

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 4|2000

Editorial	Zum „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“	128
Berufspolitik	Verleihung der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille an den Ehrenpräsidenten	130
	Aus der Vorstandssitzung am 1. März 2000	133
	Kreisärztekammerwahl in Chemnitz-Stadt	133
	Zertifizierung von Krankenhäusern in Deutschland	134
	Sächsisches Register für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen	140
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Tag der offenen Tür am 13. Mai 2000	144
	Konzerte und Ausstellungen	144
	Impressum	144
	Einrichtung einer Lebendspendekommission bei der Sächsischen Landesärztekammer	145
	Zertifikat Schutzimpfungen	145
Amtliche Bekanntmachungen	Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister	145
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	146
Originalie	Klinik, Therapie und postoperative Komplikationen des Zenker-Divertikel E. Wagler, C. Schwokowski, M. Schönfelder	146
Verschiedenes	Empfehlungen zur Kariesprophylaxe in Abhängigkeit vom Fluoridgehalt im Trinkwasser im Freistaat Sachsen	149
Tagungsberichte	5. Bilaterales Ungarisch-Deutsches Symposium	152
	5. Erzgebirgische Gastroenterologietagung in Aue	153
	12. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch	154
Personalia	Geburtstage im Mai 2000	158
Medizingeschichte	Bach-Kopf rekonstruiert	159
Feuilleton	Frohe Ostern	160
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juni 2000	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, im DGN unter <http://slaek.dgn.de> und per e-Mail: dresden@slaek.de zu erreichen/abrufbar.

Zum „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“



In zunehmendem Maße wächst das Bedürfnis der ärztlichen Kollegen, sich zu der schwierigen gesundheitspolitischen Situation zu artikulieren und ihre Sorgen und Befürchtungen zu diskutieren. So erreichen die Geschäftsstelle des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 an der Sächsischen Landesärztekammer Anschreiben mit Anfragen und Vorstellungen zur Bewältigung der Situation.

Deshalb wollen wir regelmäßig über die Vorhaben und die Aktivitäten des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 informieren.

Die **Hauptsorgen** bestehen zurzeit besonders **im ambulanten Bereich:**

1. Arzneimittelregresse
2. Die sich deutlich verschlechternde finanzielle Situation der fachärztlichen Bereiche.
Die sektorale Budgetierung zwischen Haus- und Fachärzten wird als Vernichtungsversuch der Fachärzte gesehen mit dem Ziel, Fachärzte vom „Markt“ zu nehmen. Dazu passt dann die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.
3. Entstehen und weiterer Ausbau der Zwei- oder Mehrklassenmedizin mit Verlassen des solidarischen Grundprinzips.

Diese Sorgen sind bei der Torso-Reform der Rot-Grünen-Koalition mehr als begründet:

- Der medizinische Fortschritt und damit eine auf dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechenden Versorgung ist bei einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der GKV nicht möglich.
- Die demographische Entwicklung zehrt an den Finanzgrundlagen der GKV.
- Die hohe Arbeitslosenquote schwächt die GKV-Einnahmen.
- Die Ausgabenbegrenzung durch Budgetierung bei fehlenden Mehreinnahmen sind kein geeignetes Instrument, um das Leistungsspektrum abzudecken.

Die Politik verspricht den Bürgern ein volles Leistungsspektrum. Die Ärzte kommen in Begründungszwänge für innovative Verfahren (z. B. Mamma-MRT, PET in der Onkologie) und in Regressvermeidungsstrategie (Therapie: MS, Alzheimer, AIDS).

Für die Patienten bedeutet das eine schleichende, nicht sofort bemerkbare Rationierung.

Diese Probleme und Konflikte sehen auch SPD-Mitglieder, wie am Samstag, dem 4. März 2000, in einer Diskussion in der SPD-Fraktion mit Bündnis-Vertretern zu erkennen war.

Die Politik kann sich nicht gänzlich gegen die Realität stellen. So sind die Reformgedanken und die vorausschauende Arbeit des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 für eine leistungsfähige Medizin mit der Möglichkeit des medizinischen Fortschritts und dem Erhalt der Solidarität unabdingbar.

Am 3. März 2000 trafen sich die Bündnispartner zur 7. Beratung. Zuerst konnte ein detaillierter Eindruck über die Arbeit des Bündnisses Gesundheit 2000 auf Bundesebene erlangt werden, durch ein ausführliches Referat von Herrn Freese der Bundesärztekammer aus dem Dezernat Öffentlichkeitsarbeit.

Auf Bundesebene sind fünf Arbeitsgruppen zu den Themen Budgetierung, Eigenverantwortung (Grund- und Wahlleistung), Versorgungsbedarf (Medizinischer Fortschritt/Demographische Entwicklung), Analyse der GKV-Einnahmen (Beitragsbemessung) und Qualität der Patientenversorgung gebildet worden. Am 9. März 2000 wurden mit allen Teilnehmern des Bündnisses diese Eckpunkte diskutiert. Nach weiterer Ausarbeitung und Konkretisierung soll dieses Papier veröffentlicht werden und zugleich als Grundlage für eine „Rationalisierungs- versus Rationierungsdebatte dienen“.

Am 3. März 2000 wurden im Sächsischen Bündnis sechs Arbeitsgruppen gebildet, die sich an den **Reformzielen des Positionspapiers** vom 17. 12. 1999 orientieren.

Thema 1: „Beibehaltung des Solidarprinzips“

- Interdisziplinäre Sichtweise eines zukünftigen Solidarprinzips (mit Ideenbörse)
- Pflicht zur Versicherung unter dem Solidargedanken
- Finanzierung der GKV
- Solidarprinzip der GKV.

Thema 2: „Zugang zum Versorgungssystem für alle“

- Zulassungsbeschränkung, freie Niederlassung
- Zulassung
- Qualitative Veränderung für Zulassungsvorschriften
- Integrierte Versorgung
- Vernetzung von Krankenhäusern
- Integrierte Versorgung – Gruppenverträge
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Thema 3: „Optimale medizinische Versorgung unter Nutzung des medizinischen Fortschritts und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit“

- Kooperation der Leistungsbereiche
- Optimale medizinische Versorgung in der GKV
- Verbesserung der Datenlage im Bereich der orthopädiotechnischen Versorgung
- Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Verordnungen von Heilmitteln
- Können im Gesundheitswesen die Regeln der Marktwirtschaft ohne Berücksichtigung von berufsspezifischen Besonderheiten zur Anwendung kommen?
- Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern
- Qualitätssicherung

- Erarbeitung realistischer Vorstellungen für eine Zusammenarbeit aller am Gesundheitsprozess beteiligter Gruppen.

Thema 4: „Budget“

- Kostenerstattung oder Sachleistung
- Gesamtvergütung/Budgetierung/Beitragssatzstabilität
- Keine Budgetierung im Bereich der Hilfsmittel
- Budget – Umgang mit Heilmitteln aus der Sicht des Arztes und der Kassen
- Schwerpunkt Budget
- Budgetierung der GKV.

Thema 5: „Selbstbestimmung der Versicherten“

- Patienteninformation/Patientenberatungsstellen
- Keine Abgabe von orthopädietechnischen Hilfsmitteln durch Ärzte und Apotheken
- Selbstbeteiligung der Versicherten bei weiteren Behandlungswünschen im Anschluss an das Rezept
- Keine Selbstabgabestellen der Krankenkassen bei Hilfsmitteln
- Selbstbestimmung der Versicherten / Selbsthilfegruppen
- Datenschutz
- Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesundheitserziehung der Bevölkerung (mit Ideenbörse).

Thema 6: „Neufassung der Vergütungssysteme“

- Vertragspreise für die Versorgung der Patienten mit orthopädietechnischen Hilfsmitteln und Rehamitteln
- 1.5. § 43 B (Zuzahlungsweg) in Verbindung mit § 33 SGB V (Hilfsmittelversorgung)
- Anpassung der Vergütung zwischen Ost und West
- Zulassung über die Kassen für Physiotherapeuten – Zulassungsbeschränkungen möglich?
- Kostenerstattung oder Sachleistungsprinzip!

Inzwischen haben sich die Arbeitsgruppen konstituiert. Aus den interdisziplinären Diskussionsrunden erwarten wir themenbezogene Entwurfsentwürfe, die voraussichtlich Ende Mai nach Überarbeitung und Abstimmung veröffentlicht werden und zur streitbaren Beratung von Politik, Kassen und anderen Gremien zur Verfügung stehen.

Für den Herbst 2000 wird ein „Bündnis-Workshop“ vorbereitet.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. Gisela Trübsbach
Vorstandsmitglied

Verleihung der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille an den Ehrenpräsidenten, Prof. Dr. Heinz Diettrich

Laudatio

Herr Dr. Heinz Diettrich, C3-Professor, Chef-Chirurg am Städtischen Klinikum Dresden-Neustadt, parteilos, studierte in Leipzig und Dresden Medizin.

Prof. Heinz Diettrich ist der Gründungspräsident der Sächsischen Landesärztekammer, dem es gelang, mit einer Gruppe verantwortungsbewusster Ärzte und Wissenschaftler bereits 1989/1990 in kürzester Zeit im noch zu gründenden Sachsen die erste vorläufige Ärztekammer Ostdeutschlands aufzubauen.

Vorläuferorganisationen, die das Vakuum damaliger berufsständischer Vertretung überbrückten, waren Initiativgruppen und freie Ärzteverbände. Bereits zu Beginn des Jahres 1990 reiste Professor Diettrich mit einer sächsischen Delegation nach Baden-Württemberg, um sich einen Überblick über die Organisation des Gesundheitswesens Westdeutschlands zu verschaffen und Einblick in die Strukturen und Aufgaben von Körperschaften öffentlichen Rechts in der späteren Partnerkammer zu gewinnen.

Folgerichtig wurde Professor Diettrich als unermüdlicher Organisator und Spiritus rektor des Kammergedankens zunächst vorläufiger Vorsitzender und am 20. April 1991 zum ersten Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer gewählt.

Unter seiner Leitung und zielstrebigem



ehrenamtlichen Tätigkeit gelang es Heinz Diettrich, mit enormen persönlichen Einsatz, Geschick und Überzeugungskraft die Strukturen und Prozesse dieser Landesärztekammer prägend auf- und auszubauen.

Die in seiner Präsidentschaft von 1991 bis 1999 erreichten Ergebnisse können hier nur pars pro toto dargestellt werden. Genannt sei die gemeinsam mit Manfred Halm errichtete Sächsische Ärzteversorgung, die sich in der sächsischen Ärzte-

schaft und im Kreis der deutschen Versorgungswerke hohes Ansehen erworben hat.

Hervorzuheben ist die Ausrichtung des 96. Deutschen Ärztetages 1993 in Dresden, der auf Antrag von Heinz Diettrich und seines Vorstandes erstmalig nach der Wende in Ostdeutschland ein bedeutames berufspolitisches Ereignis wurde.

Ein weiteres Glimmerlicht berufspolitischen Wirkens von Heinz Diettrich sind Grundsteinlegung und Einweihung des wunderbaren Kammergebäudes auf der Schützenhöhe, das hervorragende Bedingungen für die ärztliche Selbstverwaltung und gediegene Fortbildungsmöglichkeiten bietet.

Unter der Präsidentschaft von Heinz Diettrich entwickelte sich die ärztliche Selbstverwaltung im sächsischen Raum und darüber hinaus zu einem integrierenden und kreativen Faktor der Gesundheitspolitik in Sachsen.

Der Vorstand beschloss, Herrn Professor Heinz Diettrich anlässlich seines 60. Geburtstages für seine Verdienste um die sächsische Ärzteschaft die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille zu verleihen.

Dresden, den 6. März 2000

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer



Staatsminister Dr. Hans Geisler; Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Heinz Diettrich; Frau Rita Diettrich, Berit Diettrich, Dr. Peter Schwenke während der Feierstunde (v. re. n. li.)

Aus der Vorstandssitzung am 1. März 2000

Nach Begrüßung durch den Präsidenten, Protokollbestätigung und Beschlusskontrolle der letzten Vorstandssitzung wurden die aktuellen Tagesordnungspunkte in Angriff genommen, die hier schwerpunktmäßig angesprochen werden sollen. Herr Dr. Halm, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung, war als Gast geladen und referierte über grundsätzliche Fragen der berufsständischen Versorgungswerke im Allgemeinen und über die Position unseres Versorgungswerkes im Besonderen. Trotz mancher Probleme (beispielsweise geringeres Beitragsaufkommen entsprechend den gesetzlichen Regelungen zur Beitragsbemessungsgrenze) ist festzustellen, dass die Finanzierung der Leistungen auf solidem Fundament gesichert ist.

Wie immer befasste sich der Vorstand in geschlossener Sitzung mit der Haushaltsinanspruchnahme.

Ein Schwerpunkt stellte die Thematik des Ersatzes von PC-Gerätetechnik für die Sächsische Landesärztekammer dar. Hierbei wurde nach ausführlicher Diskussion Einvernehmen darüber erzielt, dass zum Erhalt der Leistungsfähigkeit, bei zweifelsfrei wachsenden Aufgaben und begrenzten Personalressourcen, eine Modernisierung erforderlich ist. Die Geschäftsführung wird zusammen mit dem Fachausschuss und mit den kompetenten

Mitarbeitern nach der geeignetsten und dabei kostengünstigsten Variante suchen. Der Vorstand bestätigte den zwischen Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen ausgehandelten Mietvertragsentwurf für die Unterbringung des Sitzes der Kreisärztekammer Leipzig und der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, so dass der Umsetzung der Vereinbarung in der nahen Zukunft entgegengeschaut werden kann.

Breiten Raum nahmen – wie immer – berufsrechtliche Angelegenheiten ein, die Herr Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht, erläuterte. Herr Dr. Rainer Kluge, Vorsitzender der Schlichtungsstelle, legte den Tätigkeitsbericht und die Jahresstatistik 1999 der Schlichtungsstelle vor. Tendenz der Inanspruchnahme: steigend.

Herr Priv.-Doz. Wolfgang Saueremann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen, referierte die Stellungnahme des Ausschusses Satzungen zur geplanten Novellierung der Musterberufsordnung. Die geplante Novellierung der Berufsordnung läuft unter anderem auf eine wesentliche Liberalisierung in punkto Führungsfähigkeiten von Bezeichnungen hinaus. Dies ist als Folge geübter Rechtssprechung einfach notwendig und

in vielen Bereichen auch sinnvoll. Teilweise wird neues, geltendes Sozialrecht nur in die Berufsordnung umgesetzt. Natürlich gilt es, eine Öffnung mit Augenmaß zu bewerkstelligen, um Missverständnissen und Missbrauch vorzubeugen.

Wiederholt wurde die geplante Novellierung der Musterweiterbildungsordnung erörtert, wobei der Vorstand derzeit den Vorteil der Neufassung nicht klar erkennen konnte. Die Diskussion auf dem 103. Deutschen Ärztetag im Mai in Köln dürfte für klarere Konturen sorgen.

Frau Dr. Giesela Trübsbach, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, erläuterte die weiterführenden Aktivitäten des „Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000“. Im Gegensatz zur Stagnation in den politischen Rahmenbedingungen werden hier konstruktive Konzeptionen berufsgruppenübergreifend erarbeitet und vertreten.

Frau Dr. Verena Diefenbach, Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, berichtete zum Stand der Vorbereitungen für die Veranstaltungen zum zehnjährigen Bestehen der Sächsischen Landesärztekammer am 13. Mai 2000 und zum 10. Sächsischen Ärztetag, der 22. Kammerversammlung, am 30. Juni / 1. Juli 2000.

Dr. med. Stefan Windau
Vorstandsmitglied

Kreisärztekammerwahl in Chemnitz-Stadt

Am 26. Januar 2000 führte die Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt ihre Wahl durch.

Die Wahlversammlung wurde durch den bisherigen Vorsitzenden, Herrn Dr. Roland Endesfelder, eröffnet. Als Gast begrüßte er besonders herzlich Herrn Dr. Günter Bartsch, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Frau Dr.

Claudia Kühnert übernahm die weitere Leitung der Veranstaltung. Die Mitgliederversammlung stimmte der vorliegenden Tagesordnung zu. Der bisherige Vorsitzende der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt berichtete über die Kammerarbeit der vergangenen Wahlperiode: Im allgemeinen Teil über die jetzige gesundheitspolitische Lage, über das „Bündnis Gesundheit 2000“ speziell in

Sachsen, über die ehrenamtliche Tätigkeit des Vorstandes, der Mandatsträger überhaupt; im speziellen Teil über die Kammerarbeit mit den Schwerpunkten Beschwerde- und Schlichtungsfälle, Fortbildungsveranstaltungen, Seniorenarbeit.

Ergänzt wurde dies durch den Finanzbericht 1999 sowie die Übersicht über den Einsatz der Kreisärztekammargelder



in der letzten Wahlperiode von der „Finanzministerin“ der Kreisärztekammer, Frau Dr. Irmgard Kaschl. Nach der Entlastung des alten Vorstandes sprach die Veranstaltungsleiterin unter dem Beifall der Anwesenden diesem einen herzlichen Dank für die geleistete Arbeit aus. Zum neuen *Vorsitzenden der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt* wurde Herr Dr. Roland Endesfelder wiedergewählt. Zur *stellvertretenden Vorsitzenden* wählte die Mitgliederversammlung Frau Dr. Bärbel Dräbenstedt. Zum *Beisitzer im Vorstand* wurden gewählt: Frau Dr. Irmgard Kaschl, Herr Dr. Albrecht Kobelt, Frau Dr. Petra Pfüller. Im Schlusswort dankte der neue (alte) Vorsitzende, Herr Dr. Roland Endesfel-

der, für das ihm entgegengebrachte Vertrauen. Er bat darum, dass künftig mehr jüngere Kollegen den Weg zur Kammerarbeit finden mögen, um die Geschicke der Ärzteschaft selbst in die Hände zu nehmen. In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, dass mit der Wahl von Herrn Dr. Albrecht Kobelt, als jungem und einzigem „neuen“ Vorstandsmitglied, ein Schritt in die richtige Richtung getan sei. Er versicherte, dass auch künftig der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt im Interesse ihrer Mitglieder tätig sein werde.

Dr. med. Roland Endesfelder
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Chemnitz-Stadt

Informationen zur Zertifizierung von Krankenhäusern in Deutschland

Aktuelle Informationen
nach Verabschiedung
des neuen GKV
Gesundheitsreform-
gesetzes 2000

Zu Beginn des Jahres wurde die Qualitätssicherung im Krankenhausbereich weiter gesetzlich verankert: Danach sind alle öffentlich zugelassenen Krankenhäuser und stationäre Versorgungseinrichtungen inklusive Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, innerhalb ihrer Einrichtung ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a ff).

Dies bedeutet, dass auch das Thema „Zertifizierung“ auf die Krankenhäuser zukommen wird. Nach wie vor soll diese Zertifizierung zwar freiwillig sein, praktisch gesehen wird aufgrund der zunehmenden Konkurrenzsituation und geplanter Vergütungsabschläge bei nicht nachgewiesener Qualität eine Zertifizierung der einzelnen Krankenhäuser unvermeidbar sein, wenn die Einrichtungen auf die volle Vergütung der Kostenträger angewiesen sind.

Somit hat das Interesse an dieser Thematik deutlich zugenommen, verbunden jedoch mit einer hohen Unsicherheit hinsichtlich der Auswahl eines geeigneten Verfahrens angesichts der stark divergierenden Zielsetzungen und methodischen Ansätze. Auch liegen seitens des Bundesgesundheitsministeriums weder klare Vorstellungen zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements in einer stationären Einrichtung vor, noch existiert eine öffentliche Anerkennung ausgewählter Zertifizierungsstellen im Hinblick auf definierte Verfahren.

Während es in anderen Staaten (z. B. USA) bereits seit Jahrzehnten Zertifizierungen von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen gibt, sind in Deutschland erst seit Ende der 90iger stationäre Einrichtungen zertifi-

ziert. Die Anfänge hierzu orientierten sich an einem Verfahren, das ursprünglich aus der Industrie stammt und auf das Gesundheitswesen übertragen wurde. Hierbei handelt es sich um die DIN EN ISO 9000-Reihe, ein Verfahren, bei dem vor allem Arbeits- und Organisationsabläufe standardisiert und kontrolliert werden, Aspekte der Ergebnisqualität allerdings weniger Berücksichtigung finden. Daher wird die Zweckmäßigkeit und Machbarkeit einer Krankenhauszertifizierung mittels der DIN EN ISO-Normenreihe seitens der Ärzteschaft kritisch hinterfragt und auch Kostenträger lehnten dieses Verfahren für eine globale Aussage zur Qualität eines Krankenhauses ab.

Auch das sogenannte EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management), das inzwischen von einzel-

nen Kliniken und Praxen erfolgreich auf ihre Einrichtung abgebildet wurde und die Qualität der Ergebnisse gebührend mit berücksichtigt, war zunächst von der Industrie als ein für alle Branchen offenes System zur kritischen Selbstbewertung entwickelt worden. Übertragen auf das Gesundheitswesen hat dieses Verfahren bereits positive Signale für ihre Anwender und die gesamte Qualitätsdiskussion und Auseinandersetzung über die Zertifizierung gebracht.

Gesundheitspolitische Einrichtungen in Deutschland haben sich schon seit längerer Zeit geeinigt, ein eigenes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln:

So beschlossen im Juni 1997 die Bundesärztekammer und der Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeitgeber-Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) eine sogenannte Machbarkeitsstudie zur Etablierung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern mit der Möglichkeit der nachfolgenden Zertifizierung. Das Verfahren orientiert sich an bewährten internationalen Methoden zur Zertifizierung im Gesundheitswesen wie die von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Gemeinsame Kommission zur Akkreditierung von Gesundheitsorganisationen), dem Canadian Council on Health Services, der EFQM etc., welche bereits seit Jahren und Jahrzehnten im Gesundheitswesen angewandt worden sind und eine gute Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen Verfahrens bieten. Inzwischen haben sich weitere Verbände der Arbeitsgemeinschaft der Bundesärztekammer und der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV angeschlossen und gemeinsam die sogenannte „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) gebildet. So ist seit kurzem die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als gleichwertiger Vertragspartner beigetreten; weitere Kooperationspartner sind der Deutsche Pflegerat, die proCum Cert GmbH (konfessionelle Krankenhäuser) sowie wissenschaftlich medizinische Fachgesell-

schaften. Ferner wird das Projekt vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen (Prof. Dr. Selbmann) wissenschaftlich begleitet und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Zielsetzung dieses deutschen Verfahrens ist es, durch Analyse, Verbesserung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Arbeitsprozesse einen Motivationsschub im Krankenhaus auszulösen. Dabei wird der Patient in den Mittelpunkt der Bemühungen im Krankenhaus gestellt (Patientenorientierung der Prozesse und Ergebnisse), gleichzeitig gilt es, die Mitarbeiter zu fördern, ihre Zufriedenheit zu dokumentieren und zu verbessern (Mitarbeiterorientierung). Ein weiteres erklärtes Ziel der Zertifizierung durch die KTQ ist die Schaffung von Transparenz sowohl für die Patienten, aber auch für die Mitarbeiter des Krankenhauses und die niedergelassenen Ärzte, für die Krankenkassen und schließlich auch für die Krankenhäuser selbst im Sinne einer Vergleichsbewertung mit anderen Krankenhäusern (Benchmarking). Darüber hinaus wird eine solide Außendarstellung nach erfolgreicher Zertifizierung ermöglicht.

Wie soll nun die Zertifizierung im Einzelnen erfolgen?

Zunächst wird auf der Basis eines internen Qualitätsmanagements eine strukturierte Selbstbewertung des Krankenhauses vorgenommen, die der Suche von Schwachstellen dient und Möglichkeiten der Beseitigung derselben aufzeigen soll. Hierzu wird von der KTQ ein Bewertungskatalog zur Verfügung gestellt, der von den Krankenhäusern abgearbeitet wird und quasi als Basis für den Stand der Qualität dient. Diese Ergebnisse der Selbstbewertung sind die Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im eigenen Hause und zugleich Basis für eine sich anschließende Fremdbewertung, die von akkreditierten

Zertifizierungsstellen durchgeführt wird. Sollte sich das Krankenhaus für eine anschließende Fremdbewertung entscheiden, kommt es zur Begehung des Krankenhauses durch beruflich gleichgestellte Visitoren, d. h., beruflich erfahrene, aktive und im Qualitätsmanagement geschulte Personen aus der ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Ebene eines Krankenhauses mit Leitungsfunktion. Neben Gesprächen mit den Leistungserbringern im Krankenhaus folgen auch Gesprächsrunden mit Patienten, Angehörigen und Repräsentanten des Krankenhauses. Dabei sollen die Visitoren den Fachkollegen im Rahmen der Begehung beratend zur Seite stehen und selbst gelungene Problemlösungen der Einrichtungen kennenlernen.

Im Rahmen der Umsetzung von Verbesserungspotentialen ist es erforderlich, dass im Anschluß an die Phase der Selbst- oder Fremdbewertung verschiedene Arbeitsgruppen im Krankenhaus eine Reihe von Projekten entwickeln, um in der Zielsetzung ein umfassendes Qualitätsmanagement aufzubauen, das sämtliche Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Qualität dokumentiert, analysiert und daraus Verbesserungsvorschläge unterbreitet. An diesem Qualitätsmanagement müssen gleichsam alle Bereiche des Krankenhauses, wie Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltung und Versorgungseinrichtungen beteiligt sein und unter der Leitung der Geschäftsführung dieses Qualitätsmanagement kooperativ erarbeiten und ständig weiterentwickeln. Dabei werden auch die bereits existierenden Verfahren der externen Qualitätssicherung sowie viele weitere, bereits existierende Arbeitsgruppen in einzelnen Krankenhäusern integriert (z.B. Arzneimittelkommission, Transfusionskommission u. a.).

Für die Leistungsmessung im Rahmen der Zertifizierung steht künftig ein Bewertungskatalog zur Verfügung, der in

Arbeitsgruppen von ausgewählten Experten aus den verschiedenen Berufsgruppen unter wissenschaftlicher Begleitung erarbeitet wurde. In der ersten Stufe werden folgende Bereiche erfaßt: Krankenhausleitung, Patientenbefragung, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin/pflege, Innere Medizin und Pflege. Die eigentliche Zertifizierung erfolgt durch akkreditierte dezentrale Organisationen (Zertifizierungsstellen), die sich akkreditierter KTQ-Visitoren bedienen. Dabei bereiten die Zertifizierungsstellen das Zertifikat vor und leiten es mit einer Empfehlung zur abschließenden Vergabe an die KTQ weiter. Die Zertifikate sind zeitlich begrenzt und müssen zu einem festgesetzten Termin erneuert werden. In diesem Sinne versteht es sich von selbst, dass in der Zwischenzeit der Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung fortgesetzt werden muss.

Wie ist der aktuelle Stand des Verfahrens?

Zur Zeit wird der in einer Pretestphase erstmals in einzelnen Krankenhäusern getestete Bewertungskatalog bezüglich seines Umfangs, seiner Verständlichkeit und Praktikabilität bewertet und nach Abschluss dieser Überarbeitung einem größeren Kreis von weiteren Krankenhäusern zur weiteren Überprüfung angeboten. Im Rahmen dieser Pilotphase, die im Mai 2000 beginnen und voraussichtlich bis Januar 2001 abgeschlossen sein soll, folgt die Selbstbewertung und Fremdbewertung der Krankenhäuser unter wissenschaftlicher Begleitung und Koordination durch die KTQ. Nach Abschluss dieser Phase soll das Verfahren aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse erneut überarbeitet und schließlich in den Routinebetrieb für alle Krankenhäuser, die sich zertifizieren lassen wollen, übernommen werden. Die Kosten des Verfahrens unterscheiden sich in direkte (Begehung, Zertifikatserteilung, Gemeinkostenanteil für alle Kran-

kenhäuser, die an der Zertifizierung teilnehmen) und indirekte (z. B. Ausfallzeiten während der Begehung) und sind durch die interessierten Krankenhäuser selbst zu tragen. Eine Refinanzierung soll durch die Einrichtung eines internen Qualitätsmanagementsystems geschehen, in dem z. B. Arbeitsabläufe optimiert und damit Ressourcen frei werden. **Weitere Informationen** sind derzeit u.a. über das Internet wie folgt verfügbar:

- *direkt über die KTQ-Homepage (<http://www.ktq.de>) oder*
- *direkt von der KTQ-Geschäftsstelle: c/o VdAK/AEV Siegburg Herr Beck, Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg Tel.: 02241/108-472*

Aufgrund der vorgestellten Entwicklungen zeichnet sich bereits jetzt ein deutliches Interesse an der Zertifizierung von Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen auch im Freistaat Sachsen ab. Schon aus diesem Grund, aber auch wegen des bereits fortgeschrittenen Verfahrens auf Bundesebene hat der Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ ein eigenes Expertengremium (AG Zertifizierung) damit beauftragt, aktuelle Sach- und Fachkompetenz den verschiedenen Gremien und den Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung zu stellen. So braucht eine Zertifizierung von Krankenhäusern die notwendigen und klar definierten Voraussetzungen, um einen „Wildwuchs“ im Sinne der reinen Verfolgung geschäftlicher Interessen zu verhindern. Damit gilt es auf Landesebene, möglichst frühzeitig an einem Verfahren mitzuwirken, das auf Bundesebene entwickelt wird und bei dem die Pilotphase in Kürze beginnen soll. Eine Zertifizierung von Krankenhäusern in Sachsen kann nur mit der Ärzteschaft erfolgen, wenn sich Anbieter zur Durchführung einer Zertifizierung vorher mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kranken-

hausgesellschaft Sachsen e.V. abstimmen und offiziell zugelassen sind. Für diese Zielsetzungen wird sich der Ausschuss für „QS in Diagnostik und Therapie“ zusammen mit der „Arbeitsgruppe Zertifizierung“ einsetzen. Darüber hinaus gilt es, mit den Betroffenen in den Einrichtungen in einen regen Dialog zu treten mit dem Ziel, Erfahrungen und Meinungen auszutauschen. Zu diesem Zweck wird im Verlauf des dritten Quartals, nach Vorliegen erster Erfahrungen aus der Pilotphase, eine Informationsveranstaltung für die Ärzteschaft von den Ausschuss- und Arbeitsgruppenmitgliedern zusammen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. angeboten werden; der genaue Termin wird rechtzeitig bekannt gegeben.

Die Zertifizierung von Krankenhäusern und stationären Einrichtungen ist eine große Herausforderung, kann aber auch als Chance für die Beteiligten genutzt werden. Es ist die Aufgabe der Ärzte in Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungsorganen, Qualitätsanforderungen an den Möglichkeiten und Ressourcen der Leistungserbringer zu orientieren und mit den gesundheitspolitischen Verbänden abzustimmen. Überzogene und unrealistische Qualitätsanforderungen müssen vermieden werden. Im Hinblick auf begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen gilt es, über die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems mit der Möglichkeit einer Zertifizierung an einem Gesundheitswesen mitzuwirken, das letztendlich allen zugute kommt, gute Qualität hält und weiterentwickelt und trotzdem bezahlbar bleibt.

AG Zertifizierung des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ der Sächsischen Landesärztekammer

Herr Dr. Thilo Lipkow
Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska
Frau Lieselotte Hundt
Herr Dr. Torsten Schlosser
(Ansprechpartner bei der SLÄK)

Sächsisches Register für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Die Damen und Herren Th. Richter¹, U. Rothe², H. Kunath², J. Henker³, O. Herbarth⁴, A. Klinghammer⁵, J. Schulze⁶, J. Deutscher¹, H. H. Uhlig¹, M. Gahr³, U. Winkler³, W. Kiess¹

¹Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig,

²Institut für Medizinische Informatik und Biometrie an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden

³Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde am Universitätsklinikum der TU Dresden,

⁴UFZ Umweltforschungszentrum Leipzig-Halle GmbH,

⁵Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikum Chemnitz GmbH und

⁶Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

haben einen Aufruf und eine Konzeption zur Schaffung eines Sächsischen Registers für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – Epidemiologie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Freistaat Sachsen geschaffen.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) manifestieren sich oftmals bereits im Kindes- und Jugendalter. Die deutlichen klinischen Symptome bei Colitis ulcerosa führen auch bei Kindern und Jugendlichen in den meisten Fällen zu einer frühzeitigen Diagnosestellung. Die unspezifischeren Symptome bei Morbus Crohn werden dagegen oftmals zunächst fehlgedeutet; eine Wachstumsstörung kann der eigentlichen Manifestation um Jahre vorausgehen. Die Erkrankung wird dann spät diagnostiziert, in manchen Fällen erst im fortgeschrittenen Stadium im Erwachsenenalter. Die Lebensqualität von Patienten im Kindes- und Jugendalter mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist trotz Ausschöpfung moderner symptomatischer Behandlungsstrategien zumeist deutlich beeinträchtigt bzw. reduziert. Dies ist

auch durch die extraintestinalen Komplikationen und Manifestationen bedingt. In der letzten Zeit wurde an einigen Zentren ein Anstieg von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Bei einigen dieser Patienten verlief die Erkrankung sehr schwer. Verlässliche epidemiologische Daten zu Prävalenz und Inzidenz von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland fehlen. Mit dem **Aufbau eines flächendeckenden Sächsischen Registers für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED-Register)** soll zunächst die Inzidenz im Kindes- und Jugendalter erfasst werden. Mittelfristig können damit auch genetische und immunologische Parameter bei den betroffenen Patienten erforscht werden. Neben der Aufklärung genetischer Ursachen wäre z. B. bei Vorliegen von Exzeßinzidenzen durch eine Erfassung von Lebensbedingungen, Ernährungsgewohnheiten und Umweltbedingungen der betroffenen Patienten eine Identifikation von krankheitsauslösenden Faktoren möglich. Die Datenerfassung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen soll letztlich zur Verbesserung der medizinischen Betreuung und zur Etablierung effektiver und effizienter Versorgungsstrukturen führen.

Unter chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) werden Colitis ulcerosa und Morbus Crohn verstanden. In etwa 10 bis 15% der Fälle sind beide Erkrankungen nicht eindeutig voneinander abzugrenzen. In Mitteleuropa erkranken ca. 13 von 100.000 Einwohnern jährlich neu an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. Bei etwa 30-40% dieser Patienten manifestiert sich die Erkrankung bereits vor dem 20. Lebensjahr. Etwa 45% unserer Patienten waren bei Erkrankungsbeginn jünger als 12 Jahre. In letzter Zeit wird regional eine scheinbare Zunahme von chronisch

entzündlichen Darmerkrankungen im Kindesalter beobachtet. So wurden im gesamten Zeitraum 1977 bis 1991 bei uns lediglich 12 Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dokumentiert: weniger als ein Patient pro Jahr. Seit 1992 wurden zwischen 7 und 14 neue Patienten pro Jahr betreut, bisher insgesamt über 80 Patienten. Während einige Zentren ähnliche Beobachtungen mitteilten, wurde von anderen Kollegen dieser Trend nicht bestätigt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese ist der Aufbau eines CED-Registers in einem geographisch umschriebenen und überschaubaren Bereich sinnvoll. Über komplexe Einzelfallanalysen bei diesen Kindern sowie Untersuchungen zum Einfluss von Umweltfaktoren lassen sich möglicherweise wichtige Erkenntnisse zur Entstehung der Erkrankungen gewinnen. Bestätigt sich die Zunahme von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in unserer Region, lässt sich die Hypothese aufstellen, dass unter Annahme konstanter genetischer Faktoren Umweltänderungen die steigende Inzidenz erklären könnten.

Die Ätiologie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist bisher nicht geklärt. Eine Vielzahl pathogenetisch eventuell relevanter Faktoren wird diskutiert:

- Störung der Immuntoleranz – z. B. durch Überwiegen der entzündungsfördernden Zytokine. Die Bedeutung immunologischer Phänomene wird u.a. dadurch deutlich, dass die Therapie mit Steroiden und immunsupprimierenden Medikamenten die wesentlichste Behandlungssäule bei der medikamentösen Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen bildet. Trotzdem ist aber unklar, ob dabei nur sekundäre immunologische Phänomene behandelt werden.
- Genetische Faktoren: Familiäre Häufung (Geschwister haben ein 10-30fach

höheres Risiko), ethnische Unterschiede (chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind selten bei Afrikanern und Asiaten), genetische Marker (bei Patienten mit Colitis ulcerosa besteht eine positive Korrelation zu HLA-DR2, HLA-DRB1.1502).

■ **Infektiöse Faktoren:** Nachweis von Masern-Antigenen in intestinalen Granulomen, von Mykobakterium paratuberculosis in OP-Präparaten, von Listeria monocytogenes in Schleimhautulcera, Fisteln, Granulomen und regionalen Lymphknoten.

■ **Umweltfaktoren:** Rauchen (protektive Wirkung von Nikotin bei Colitis ulcerosa, Risikofaktor für Morbus Crohn), Änderung der Ernährungsgewohnheiten (Zucker, Margarine, Fast-food, Nahrungsmittelzusatzstoffe, hochkalorische und ballaststoffarme Kost) kommen als exogene Noxen in Frage.

Die Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig möchte gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der TU Dresden in Anlehnung an das bereits existierende Diabetes-Register ein flächendeckendes Register für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – (**CED-Register**) – im Freistaat Sachsen ab dem **II. Quartal 2000** aufbauen. Alle Kinderkliniken und Kinderärzte des Freistaates Sachsen sind zur Teilnahme herzlich eingeladen. Eingeschlossen sind natürlich auch alle internistischen Kollegen, die Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betreuen. Durch eine lückenlose und zeitgleiche Erfassung aller Rezidive bei bekannten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie aller neu aufgetretenen Fälle von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen können zeitliche und räumliche Exzessinzidenzen ermittelt und Aussagen zum Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen getroffen werden.

Wir bitten alle Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Alter unter 18 Jahren betreu-

en, herzlich um regelmäßige Meldung von Neuerkrankungen bzw. von Rezidiven bei bereits bekannten Patienten.

 UNIVERSITÄT LEIPZIG UND TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN	
Rücksendung bitte an: Medizinische Fakultät der TU Dresden Institut für Medizinische Informatik und Biometrie Frau Dr. med. U. Rothe Fetscherstr. 74 01307 Dresden	
Absenderstempel:	
CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN (CED) BEI KINDERN / JUGENDLICHEN - Stationärer Aufenthalt -	
Name: <input type="text"/> <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag/Monat/Jahr Nationalität deutsch: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Aufnahme- und Entlassungsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag/Monat/Jahr	
Entlassungsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag/Monat/Jahr PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wohnort	
Ambulante Weiterbetreuung der CED durch: (Name, Ort, evtl. Telefon des Arztes)	
Diagnose	1. <input type="radio"/> CED-Verdacht <input type="radio"/> Mb Crohn <input type="radio"/> Colitis ulcerosa <input type="radio"/> Colitis indeterminata <input type="radio"/> Ersterkrankung <input type="radio"/> Rezidiv
Anamnese (Nur bei Erstambulanz ausfüllen!)	2. Beginn mit CED-Therapie am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat/Jahr CED in der Familie: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, falls ja: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Verwandte 2. Grades <input type="checkbox"/> Auftreten erster Symptome seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat/Jahr (Siehe unter 3.) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12
Symptomatik	3. Symptome bei Aufnahme: <input type="radio"/> 1 Blut im Stuhl <input type="radio"/> 4 Bauchschmerzen <input type="radio"/> 7 Pankreatitis <input type="radio"/> 10 Anämie <input type="radio"/> 2 Schleim im Stuhl <input type="radio"/> 5 Gewichtsverlust kg <input type="radio"/> 8 Lebererkrankung <input type="radio"/> 11 Leistungsverminderung <input type="radio"/> 3 Anz.Stühle / Woche <input type="radio"/> 6 Wachstumsretardierung <input type="radio"/> 9 Arthritis <input type="radio"/> 12 andere Symptome: Appetit <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> schlecht
Paraklinik	4. Paraklinik bei Aufnahme: (in SI-Einheiten, falls andere Maßeinheit, bitte vermerken) Gewicht kg Größe cm CRP mg/l BSG / Hb mmol/l Stabkernige % Eisen µmol/l α ₂ -Globulin % Albumin i. S. g/l
Diagnosesicherung	5. o. g. Diagnose <input type="radio"/> gesichert durch: <input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> nicht bestätigt <input type="radio"/> Endoskopie <input type="radio"/> Histologie <input type="radio"/> Sellink Lokalisation: <input type="radio"/> 1 Ösophagus <input type="radio"/> 3 oberer Dünndarm <input type="radio"/> 5 Colon ascendens <input type="radio"/> 7 Colon descendens <input type="radio"/> 2 Magen <input type="radio"/> 4 term. Ileum <input type="radio"/> 6 Colon transversum <input type="radio"/> 8 Sigmoidum <input type="radio"/> 9 Rektum
Entlassung	6. Krankheitsverlauf <input type="radio"/> unkompliziert <input type="radio"/> kompliziert <input type="radio"/> schwerstkrank 7. Therapie bei Entlassung: oral: <input type="radio"/> 5-ASA <input type="radio"/> Prednisolon <input type="radio"/> Budesonid <input type="radio"/> Azathioprin <input type="radio"/> Ernährungstherapie <input type="radio"/> Psychotherapie <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> andere: (evtl. Ergänzung Rückseite) rektal: <input type="radio"/> 5-ASA <input type="radio"/> Prednisolon <input type="radio"/> Budesonid <input type="radio"/>

Abbildung 1: Erfassungsbogen zur Meldung von Kindern und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die stationär betreut wurden



UNIVERSITÄT LEIPZIG UND TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN

CHRONISCH-ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN (CED) VON KINDERN / JUGENDLICHEN
- Stationärer Aufenthalt -

Arztstempel

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

mein Einverständnis, dass der oben genannte Arzt meine medizinischen Daten, die bei der Feststellung der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung angefallen sind, an das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden übermittelt und dass sie dort zur Erforschung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen ausgewertet werden. Mein Einverständnis umfasst auch die Weitergabe dieser Daten durch die TU Dresden an die am Forschungsvorhaben beteiligte Universitätskinderklinik Leipzig. Weitere Datenverwendungen umfasst dieses Einverständnis nicht.

Ich kann dieses Einverständnis verweigern bzw. jederzeit gegenüber dem oben genannten Arzt oder der TU Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden oder der Universitätskinderklinik Leipzig, Oststraße 21-25, 04317 Leipzig widerrufen.

Ort / Datum

Unterschrift
des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Abbildung 2: Formular der Einverständniserklärung für Erziehungsberechtigte im Rahmen der Erstellung des Sächsischen CED-Registers für Kinder und Jugendliche

Begründung für den Aufbau eines Registers für chronisch entzündliche Darmerkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Sachsen:

Der einzelne Kinderarzt sieht oftmals nur wenige Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in seinem Arbeitsleben und kann deshalb nur wenige Erfahrungen mit diesen Erkrankungen sammeln. Auch in einzelnen Kinderkliniken werden nur wenige Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt. Die Symptome sind bei den Patienten in Abhängigkeit von der Lokalisation unterschiedlich, der Krankheitsverlauf ist wenig vorhersehbar und sehr variabel. Beim Morbus Crohn führen eine Imbalanz zwischen Kalorienbedarf und -aufnahme sowie die Erkrankung selbst zur Gewichtsabnah-

me und zur Verzögerung von Wachstum und Entwicklung. Bei einigen Patienten stehen zunächst unspezifische Allgemeinsymptome (Essstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Fieber) im Vordergrund der Erkrankung. Die Diagnose wird dann oftmals erst spät gestellt. Es gibt letztlich keine eindeutigen pathognomonischen Befunde für Morbus Crohn: Granulome werden in vielen Fällen nicht nachgewiesen und kommen auch bei anderen Erkrankungen vor. Oftmals gehen auch die extraintestinalen Symptome der chronisch entzündlichen Darmerkrankung lange Zeit voran und lenken die Aufmerksamkeit zunächst in eine andere Richtung. Vermutlich wird bei einigen Kindern und Jugendlichen die Erkrankung verkannt und die Diagnose erst im weit fortgeschrittenen Stadium im Er-

wachsenalter gestellt. Die blutigen Stühle bei Colitis ulcerosa führen dagegen zumeist rasch zur Diagnose.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen bestehen lebenslang. Eine Besonderheit im Kindesalter sind das Sistieren des Wachstums sowie eine Pubertas tarda. Bei effektiver Therapie werden Aufholwachstum und ungestörte Entwicklung beobachtet. Bei Patienten mit Colitis ulcerosa besteht mit zunehmender Krankheitsdauer ein erhöhtes Karzinomrisiko. Bei Patienten mit Morbus Crohn sind für den weiteren Krankheitsverlauf die Komplikationen der Erkrankung entscheidend. Die langandauernden krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Schule haben für die betroffenen Kinder und Jugendlichen schwerwiegende soziale Folgen wie z. B. Leistungsabfall, Wiederholung von Klassen, Schulwechsel, Ausbildungsabbruch. Unverständnis und Unkenntnis der Gesellschaft führen bei einigen Jugendlichen zur sozialen Isolation. Innerhalb des Kollektives werden sie in eine Sonderstellung gedrängt und können oftmals auch trotz guter Schulleistungen nicht eine Ausbildung im Wunschberuf aufnehmen.

Die Behandlung umfasst verschiedene Bereiche: Medikamentöse Therapie, Ernährungsberatung, psychologische Führung, chirurgische Eingriffe. Alle derzeit etablierten Behandlungsstrategien bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Nebenwirkungen zu hinterfragen.

Die Notwendigkeit des Aufbaus eines Sächsischen Registers für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ergibt sich somit aus gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Sicht. Folgende *Aufgaben und Fragestellungen* können auf der Basis eines flächendeckenden CED-Registers gelöst werden:

1. *Erkennung und Neudefinition von Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen sowie Erarbeitung neuer Organisationsformen und neuer Strategien zur Gesundheitsversorgung.*
2. *Erleichterung der klinischen Zusammenarbeit (z. B. Durchführung gemeinsamer Beratungen, Erarbeitung von gemeinsamen Therapiezielen und Leitlinien zur Gewährleistung der effektivsten und effizientesten Therapiekonzepte). Langfristig ist die Entwicklung eines Kompetenznetzwerks zur optimalen klinischen Betreuung der betroffenen Kinder mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen geplant.*
3. *Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen (Ursachenforschung).*
4. *Basis für Studien mit neuartigen Therapieansätzen.*
5. *Grundlage für klinische Untersuchungen zur Prognose von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.*

Der Freistaat Sachsen bietet sich für den Aufbau eines CED-Registers bei Kindern und Jugendlichen besonders an:

- In einem geographisch umschriebenen Raum sind relativ große Patientenzahlen gut erfassbar.
- Die Migration der Bevölkerung ist noch relativ gering.
- Durch das bereits etablierte Diabetes-Register besteht bereits eine exzellente Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Kinderkliniken, die im Regelfall auch Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betreuen.

Methodik des Register-Aufbaus

Die Erfahrungen bei der Erfassung anderer Erkrankungen (Krebs-Register, Perinatal-Erhebung, Diabetes-Register) im Freistaat Sachsen werden beim Aufbau des CED-Registers genutzt.

1. *Prospektiv sollen ab 01. 04. 2000 mittels eines einfachen postalischen Meldesystems alle stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen mit chro-*

nisch entzündlichen Darmerkrankungen unter 18 Jahren zentral an die TU Dresden (Institut für Medizinische Informatik und Biometrie) gemeldet werden. Der gleiche Erfassungsbogen (Abbildung 1) wird für zwei Situationen jeweils am Tag der stationären Entlassung abgesendet:

- *Meldung eines neu erkrankten Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung*
- *Meldung des Rezidives bei einem bekannten Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung*

Das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie des Universitätsklinikums der TU Dresden erarbeitet derzeit Methoden, mittels Computer und online-Erfassung eine sofortige Datenübertragung an das Institut zu ermöglichen. Fragen des Datenschutzes werden dabei in Zusammenarbeit mit den Datenschutzbehörden des Freistaat Sachsen bearbeitet und gelöst (Abbildung 2 Einverständniserklärung).

2. *Retrospektiv sollen die Kinder und Jugendlichen nachgemeldet werden, die im I. Quartal 2000 wegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung stationär betreut wurden. Ebenso ist es wünschenswert, dass alle Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung, die 1999 stationär betreut wurden, nachgemeldet werden.*

3. Einschlusskriterien:

- *Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose „Chronisch entzündliche Darmerkrankung“, bzw. Auftreten der ersten Symptome im Alter von 0 – 18 Jahren (Erstmeldung).*
- *Jede stationäre Betreuung in einer Klinik im Freistaat Sachsen, unabhängig vom Wohnort des Patienten (Rezidive, Kontrolluntersuchungen).*

Zusammenfassung

Das angestrebte Sächsische CED-Register soll die kollegiale Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch bei der Diagnostik und Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

bei Kindern und Jugendlichen im Sinne von Qualitätszirkeln fördern.

Die Initiatoren des CED-Registers für Kinder und Jugendliche bemühen sich, auf der Basis dieses Registers klinische Hilfestellung bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit CED im Freistaat Sachsen zu leisten. Die Etablierung von Qualitätszirkeln mit jährlich stattfindenden Treffen aller interessierten stationär und ambulant arbeitenden Ärzte zum Informationsaustausch wird institutionalisiert. Diese Treffen sollen jeweils im Wechsel in den beteiligten Sächsischen Kinderkliniken durchgeführt werden.

Zur Erreichung der formulierten Ziele des Sächsischen CED-Registers für Kinder und Jugendliche ist die lückenlose Erfassung aller im Freistaat Sachsen diagnostizierten Erkrankungen von chronisch entzündlicher Darmerkrankung bei Kindern und Jugendlichen unbedingt erforderlich. Eine rege Zusammenarbeit aller Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung im Alter von unter 18 Jahren betreuen, ist daher essentiell. Mit dieser Initiative soll in den kommenden Monaten auch eine Einbindung der Inneren Kliniken, der Sächsischen Landesärztekammer, der Kasernenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie der Krankenkassen erfolgen.

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Richter
Oberarzt Gastroenterologie
Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche Leipzig
Oststraße 21-25
04317 Leipzig

Tag der offenen Tür – Kammer zum Anfassen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

aus Anlass des 10. Gründungstages der Sächsischen Landesärztekammer findet ein

**Tag der offenen Tür
„Kammer zum Anfassen –
lebendige Selbstverwaltung“**

**am Sonnabend, dem 13. Mai 2000,
von 11.00 Uhr bis 16.00 Uhr**

im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt.

Alle Kammermitglieder, insbesondere die neuen Kammermitglieder, sind sehr herzlich mit ihren Familien eingeladen.

Mit Vorträgen, Diskussionen, Vorführungen, Ausstellungen und Informationen können Sie Ihre ärztliche Selbstverwaltung hautnah erleben.

Beachten Sie bitte die beigelegte Klappkarte in diesem Heft mit den Programmangaben zum Tagesablauf.

Zur organisatorischen Planung bitten wir Sie freundlichst, auf der beigelegten Rückantwortkarte um Ihre Anmeldung.

Der Vorstand

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 7. Mai 2000, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Lieder von

Robert Schumann

mit Sängerinnen und Sängern der Hochschule für Musik Dresden in Vorbereitung auf den internationalen Robert-Schumann-Wettbewerb für Gesang vom 15. bis 25. Juni 2000 in Zwickau

Sonntag, 4. Juni 2000, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Uns passt es, dass es basst...

mit Studenten der Kontrabassklasse von Prof. Peter Krauß der Hochschule für Musik Dresden

Programmänderungen

bleiben vorbehalten.

Telefonische Nachfrage unter
Telefonnummer 03 51 / 82 67 0.

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110 (Frau Arnold) gern entgegengenommen.

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Dr. med. Erich Thomas

**Unterwegs mit
Pinsel und Zeichenstift**

vom 14. März 2000 bis 19. Mai 2000

Hagen Döring

Malerei

vom 23. Mai 2000 bis 14. Juli 2000

**Vernissage am Donnerstag,
25. Mai 2000, 19.30 Uhr**

Einführung: Karin Weber, Galerie Mitte

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Mechthild Mansel

**Moderne Kunst
im alten Rahmen**

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0, Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
DGN: <http://slaek.dgn.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja Schneider

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 72 28, Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 3 vom 1. 1. 2000 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. 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 oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Einrichtung einer Lebendspendekommission bei der Sächsischen Landesärztekammer

Am 1. Dezember 1997 ist das lang diskutierte Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen – Transplantationsgesetz – in Kraft getreten. Nach § 8 Abs. 3 darf die Entnahme von Organen bei einem Lebenden zum Zwecke der Organtransplantation erst durchgeführt werden, wenn u. a. die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachterlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende durch den Spender nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 TPG ist.

Diese, kurz genannt, Lebendspendekommission ist aufgrund der Verordnung des

Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie zur Errichtung einer Kommission bei einer Lebendspende (KommTPGVO) Vom 14. Dezember 1999 (SächsGVBl. vom 21. Januar 2000) mit Zustimmung der Sächsischen Landesärztekammer bei der Sächsischen Landesärztekammer errichtet worden. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben hat der Vorstand der Sächsischen Lan-

desärztekammer als Arzt, Herrn Priv.-Doz. Dr. Weimann, als Juristen, Herrn Prof. Kern, sowie als in psychologischen Fragen erfahrene Person, Frau Dr. Reuner, bestimmt. Die jeweiligen Vertreter sind Herr Priv.-Doz. Dr. Schweizer, Herr van Stiphout sowie Herr Dr. Köllner.

Transplantationszentren im Freistaat Sachsen, die zum Zwecke der Organspende Organe bei einem Lebenden entnehmen wollen, bitten wir, sich hinsichtlich eines Antrages an die Sächsische Landesärztekammer, Herrn Dr. Schlosser, Tel.-Nr.: (0351) 8267 308, zu wenden.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

„Zertifikat Schutzimpfungen“

Auf grund von Nachfragen zum Artikel „Zertifikat Schutzimpfungen“ im Ärzteblatt Sachsen, Heft 1/2000, Seite 18, soll, um Missverständnissen vorzubeugen, nochmals klargestellt werden, dass es ein „Zertifikat Schutzimpfungen“ auf gesetzlicher Grundlage als Vorausset-

zung zum Impfen im Freistaat Sachsen nicht gibt.

Die Teilnahmebescheinigungen der absolvierten Fortbildungskurse Schutzimpfungen I und II sind das Zertifikat Schutzimpfungen.

„Ärzteblatt Sachsen“
Heft 1/2000, S. 18

Die Teilnahme an den Kursen ist freiwillig, doch wird jedem Arzt empfohlen, der Impfungen durchführt, in diesen Kursen sein Wissen zu aktualisieren.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister

PR 76-07.02.2000: **Partnerschaft:** Herr **Dr. med. Klaus Piontek**, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Herr **Dipl.-Chem. Ekkehardt Bauer**, Diplomchemiker, Herr **Dipl.-Chem. Jürgen Poesch**, Diplomchemiker, Herr **Dr. rer. nat. Joachim Schierz**, Fachchemiker der Medizin, Herr **Dr. rer. nat. Klaus Zimmermann**, Fachchemiker der Medizin, Dresden.

Gegenstand des Unternehmens: gemeinsame ärztliche bzw. medizinisch-fachärztliche Berufstätigkeit in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft als Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, als Diplomchemiker sowie als Fachchemiker der Medizin.

Partner: Herr Dr. med. Klaus Piontek, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Herr Dipl.-Chem.

Ekkehardt Bauer, Diplomchemiker, Herr Dipl.-Chem. Jürgen Poesch, Diplomchemiker, Herr Dr. rer. nat. Joachim Schierz, Fachchemiker der Medizin, Herr Dr. rer. nat. Klaus Zimmermann, Fachchemiker der Medizin, Dresden

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bezirksstelle Chemnitz

**Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich
Chemnitz-Stadt**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Freiberg
Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum
12. 5. 2000 an die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,

Bezirksstelle Chemnitz,
Postfach 11 64, 09070 Chemnitz,
Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03
zu richten.

Bezirksstelle Dresden

**Planungsbereich
Landkreis Meißen**
Facharzt für Urologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum
20. 4. 2000 an die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksstelle Dresden,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,
Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Planungsbereich Dresden-Stadt
Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum
15. 5. 2000 an die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,

Bezirksstelle Dresden,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,
Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

**Planungsbereich
Delitzsch-Schkeuditz**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum
4. 5. 2000 an die
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Bezirksstelle Leipzig,
Braunstraße 16, 04347 Leipzig,
Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

**Wir weisen darauf hin, daß sich auch
die in den Wartelisten eingetragenen
Ärzte bei Interesse um den betreffen-
den Vertragsarztsitz bewerben müs-
sen.**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

E. Wagler, C. Schwokowski, M. Schönfelder

Klinik, Therapie und postoperative Komplikationen des Zenker-Divertikel

Universität Leipzig
Chirurgische Klinik
und Poliklinik I

Zusammenfassung

Im 10-Jahreszeitraum vom 1. 1. 1989 bis 31. 12. 1998 wurden an der 1. Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig 21 Patienten wegen eines Zenker-Divertikels durch Divertikelresektion und Myotomie operiert.

Die perioperative Komplikationsrate betrug insgesamt 14,3 Prozent. Bei einem Patient trat eine passagere Rekurrensparese auf, ein Patient wies nach zwei Jahren ein asymptomatisches Rezidiv auf und in einem weiteren Fall entwickelte sich im Narbenbereich ein Keloid. Eine Letalität war in unserem Krankengut nicht zu verzeichnen.

20 der untersuchten Patienten sind seit der Operation völlig beschwerdefrei.

Die Therapie des symptomatischen Zenker-Divertikels, gleich welcher Größe, ist eine Operative. Die Divertikelabtragung und die Myotomie des Musculus cricopharyngeus stellt eine komplikationsarme Methode zur Behandlung der Oesophagusdivertikel dar.

Schlüsselwörter:

Zenker Divertikel - Klinik - Verlauf - Komplikationen

Einleitung

Oesophagusdivertikel sind im klinischen Krankengut relativ selten, wobei die pharyngoösophageale Lokalisation (Zenker-Divertikel) mit etwa 70 Prozent dominiert.

Infolge sogenannter Pulsationsmechanismen kommt es zur hernienartigen Vorwölbung der Schleimhaut in dem muskelschwachen Killian'schen Dreieck zwischen Musculus constrictor pharyngis inferior und dem horizontalen Anteil des M. cricopharyngeus (Abbildung 1).

Die Therapie bei zervikalem Divertikel besteht bei entsprechender Symptomatik in der Regel in der Operation. Unter den verschiedenen operativen Verfahren hat sich die Divertikelresektion mit extramuköser Myotomie der proximalen Oesophagusmuskulatur inklusive Musculus cricopharyngeus weitgehend durchgesetzt.

Ziel unserer Untersuchungen ist anhand der operierten Patienten mit einem Zenker-Divertikel die Ergebnisse der Divertikelabtragung und Myotomie, perioperativen Risiken und Komplikationen zu analysieren.

Patienten und Methode

In unserer retrospektiven Analyse präsentieren wir die Ergebnisse der an der Chirurgischen Klinik I der Universität Leipzig wegen eines Zenker-Divertikels zwischen dem 1. 1. 1989 und dem 31. 12. 1998 operativ behandelten Patienten.

Alle Patienten wiesen signifikante Symptome wie Dysphagie, Regurgitation, Fremdkörpergefühl, Erbrechen unverdauter Nahrung und Foetor ex ore auf.

Die Therapie erfolgte operativ durch Divertikelresektion und Myotomie.

Zur Beurteilung eventueller postoperativer Schäden des N. recurrens wurde so-

wohl prä- als auch postoperativ die Laryngoskopie durchgeführt, zur Kontrolle der Ösophaguspassage sowie zur Erruierung von Rezidiven erfolgte die Röntgenkontrolle.

Ergebnisse

Zwischen Januar 1989 und Dezember 1998 wurden an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik I der Universität Leipzig insgesamt 21 Patienten mit einem Zenker-Divertikel mittels Divertikelabtragung und Myotomie des Musculus cricopharyngeus behandelt.

15 Patienten waren weiblich und sechs männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 66,9 Jahre (52 - 85 Jahre), der Anteil der Patienten über 60 Jahre 66,7 Prozent (n = 14).

Die Dauer der Beschwerden wurde von den einzelnen Patienten unterschiedlich angegeben und reichte über einen Zeitraum zwischen 6 Monaten und 30 Jah-

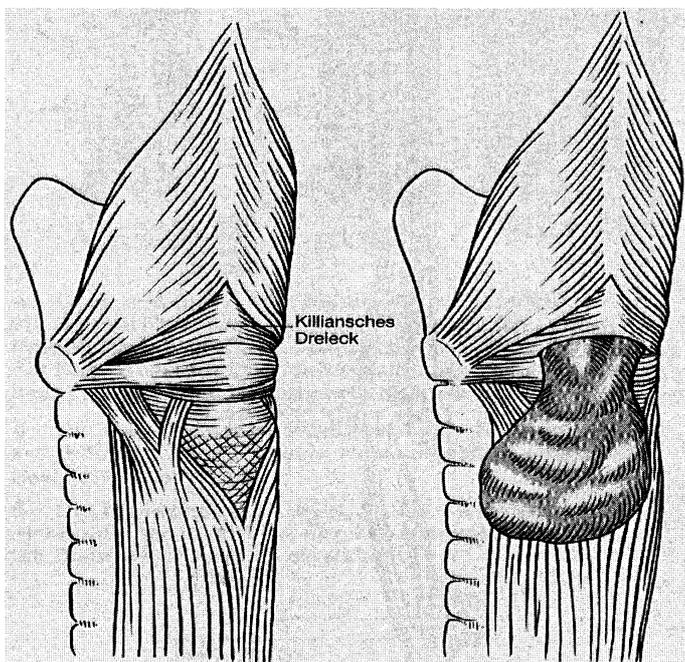


Abbildung 1 (links): typische Lokalisation des Zenker-Divertikels. Seine Austrittsstelle liegt in der Regel oberhalb der Pars transversalis des Musculus cricopharyngeus (Killian'sches Dreieck)

Abbildung 2 (rechts): 81-jährige Patientin mit einem seit 25 Jahren bestehenden cervicalem Zenker-Divertikel



ren. Die durchschnittliche Beschwerdedauer betrug 8,1 Jahre.

76,2 Prozent der Patienten (n = 16) wiesen eine oder mehrere Begleiterkrankungen auf, wobei hier kardiale Risiken im Vordergrund standen, gefolgt von pulmonalen, vaskulären und endokrinologischen Zweiterkrankungen (Tab. 1).

Tabelle 1:

Häufigkeit der Begleiterkrankungen bei Patienten mit Zenker-Divertikel

Begleiterkrankung	n	%
kardiale	12	57,1
pulmonale	6	28,6
vaskuläre	6	28,6
Diabetes mellitus	1	4,8

Im Vordergrund der klinischen Symptomatik standen Regurgitation, Dysphagie sowie Glomusgefühl. Bei drei Patienten kam es zu gelegentlichem Erbrechen, weitere sechs gaben zusätzlich Sodbrennen an (Tab. 2).

Tabelle 2:

Symptome bei Patienten mit Zenker-Divertikel

Symptom	n	%
Dysphagie	21	100
Regurgitation	10	47,6
Glomusgefühl	9	42,9
Sodbrennen	6	28,6
Erbrechen	3	14,3

Zur präoperativen Diagnostik gehörte bei jedem Patienten die Ösophago- und Gastroskopie sowie eine Kontrastmitteldarstellung.

Bei fünf Patienten wurde eine Gastritis als Zweitbefund aufgedeckt und entsprechend konservativ behandelt.

Die Durchmesser der Divertikel betragen zwischen einem und 4,5 cm (Tab. 3). Alle 21 Patienten wurden elektiv operiert: bei allen Fällen wurden die Divertikel reseziert und zwölfmal wurde zusätzlich die extramuköse Myotomie ausgeführt (Abb. 3). Die durchschnittliche

Tabelle 3:

Divertikelgröße	n	%
1 cm	6	28,6
2 cm	5	23,8
2,5 cm	1	4,8
3 cm	4	19,0
3,5 cm	2	9,5
4 cm	2	9,5
4,5 cm	1	4,8

Operationsdauer lag bei 62 Minuten. Vor dem Kostenaufbau wurde bei allen Patienten am 6. postoperativen Tag ein Ösophagographie mit Visotrast durchgeführt. Zusätzlich erfolgte bei allen Patienten eine postoperative Laryngoskopie zur Beurteilung der Stimmlippen, um eventuelle Schäden des N. laryngeus recurrens zu verifizieren.

Von den 21 operativ versorgten Patienten konnten 20 nachbeobachtet und nachuntersucht werden. Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit betrug 28 Monate (17 - 70 Monate).

Zur Verlaufskontrolle wurde bei den Patienten eine Röntgenuntersuchung des Ösophagus beziehungsweise die Ösophagogastroskopie durchgeführt.

Eine Patientin verstarb bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung an einer von der Operation unabhängigen Erkrankung; seitens der Divertikelabtragung bestand nach Angaben des Hausarztes Beschwerdefreiheit.

Der stationäre Aufenthalt der Patienten betrug im Durchschnitt 16 Tage (8 - 24 Tage). Insgesamt traten bei drei Patienten (14,3 Prozent) postoperative Komplikationen auf. In einem Fall wurde bei der Kontrollaryngoskopie eine inkomplette Rekurrensparese diagnostiziert, wobei keine Einschränkung der Phonation bestand. Die Behandlung erfolgte konservativ mit Vitamin-B-Gaben sowie Sprachübungen. Nach drei Monaten erfolgte ein nochmalige Laryngoskopie, bei der die Stimmlippen eine freie Beweglichkeit zeigten. Ein weiterer Patient wies nach zwei Jahren ein kleines symptomloses Rezidiv auf, welches in der Kontrolle keine Progredienz zeigte. Bei

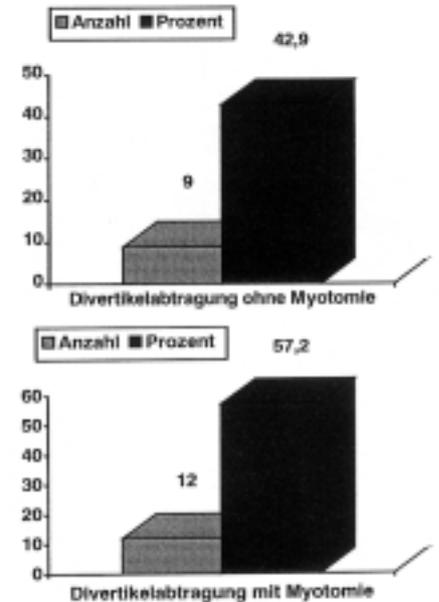


Abbildung 3: Operationsverfahren bei Patienten mit Zenker-Divertikel

einem Kranken kam es nach der Operation zu einem Narbenkeloid, welches operativ korrigiert wurde.

Andere Komplikationen wie Stenosen, Nachblutungen, Nahtinsuffizienzen, Fisteln beziehungsweise Wundinfektionen waren nicht aufgetreten; eine Letalität war nicht zu verzeichnen.

Diskussion

Divertikel des Oesophagus können im gesamten Verlauf der Speiseröhre auftreten, davon ist das Zenker-Divertikel mit 46,4 bis 70 Prozent (10, 17) die häufigste Erscheinungsform.

Die Pathogenese der Zenker-Divertikel beruht auf einer Drucksteigerung im Hypopharynx bei mangelhafter Öffnung der oberen oesophagealen Muskulatur (4, 7, 2). Arden (2) führt die erhöhte Steigerung des Druckes auf eine zu frühe Kontraktion des Musculus cricopharyngeus zurück. Andere Autoren (6) beschrieben eine ungenügende Relaxation des oberen Oesophagussphinkters. Die anamnestischen Beschwerden der Patienten äußern sich hauptsächlich in Form von Dysphagie, Glomusgefühl,

Foetor und Regurgitation, in deren Folge es zur Aspiration mit nachfolgenden pulmonalen Komplikationen kommen kann. Zur Vermeidung solcher Komplikationen wird bei allen zervikalen Divertikeln mit entsprechender Symptomatik die Operation in Form der Divertikelresektion empfohlen. Die zusätzliche Myotomie des Musculus cricopharyngeus dient der Rezidivprophylaxe (14, 18). Die Rezidivraten nach alleiniger Divertikelresektion werden zwischen 15 und 30 Prozent (4, 18), mit Myotomie zwischen 3 und 10 Prozent (4, 11) angegeben.

In unserem Krankengut kam es nach alleiniger Divertikelabtragung in einem Fall zu einem kleinen symptomlosen Rezidiv nach zwei Jahren. Die Gründe für den Verzicht auf eine Myotomie bei neun Patienten lagen in der Vermeidung längerer Operationszeiten sowie höheren Traumatisierung insbesondere bei Risikopatienten.

Neben der Divertikelabtragung werden

in der Literatur noch andere Verfahren zur Therapie des Zenker-Divertikels, wie zum Beispiel das Invaginationsverfahren oder die CO₂-Laser-Durchtrennung, beschrieben (4, 12). So heben die Autoren (5, 12, 20) die geringe Operationszeit, kleinere Komplikationsrate und das insgesamt schonendere Verfahren hervor. Wir sehen in diesen Therapieverfahren, die die Ursachen der Divertikelkrankheit nicht beseitigen, keinerlei Vorteile und haben sie auch nicht angewandt.

Das perioperative Risiko bei der Abtragung des Zenker-Divertikels und Myotomie ist relativ gering. Im Schrifttum wird die Komplikationsrate zwischen 0 und 24 Prozent (3, 9, 12, 14, 20), die Letalität mit 0 - 3,5 Prozent (3, 8, 14) angegeben. Zu den möglichen postoperativen Komplikationen zählen neben der Oesophagusstenose, Fistelbildung auch die Läsion des Nervus laryngeus recurrens sowie Divertikelrezidiv.

Schwere Komplikationen wie eine Me-

diastinitis (12), Stenosen (12), Fistelbildung (9, 21), Aspiration (14) und Wundinfektionen (14) haben wir nicht beobachtet. Bei einem hohen Anteil älterer Patienten über 60 Jahren (57 Prozent) traten keine postoperativen kardiopulmonalen Komplikationen auf.

Auf Grund unserer eigenen günstigen Erfahrungen bei der Behandlung des Zenker-Divertikels sehen wir die Divertikelabtragung und Myotomie des Musculus cricopharyngeus als ein zuverlässiges und komplikationsarmes operatives Verfahren an.

Artikel eingegangen: 22. 7. 1999

Artikel nach Revision angenommen: 30. 9. 1999

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Elke Wagler
Chirurgische Klinik und Poliklinik I
der Universität Leipzig
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig

Empfehlungen zur Kariesprophylaxe in Abhängigkeit vom Fluoridgehalt im Trinkwasser im Freistaat Sachsen

Einleitung

Seit 1996 existieren in Deutschland neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden / 1 / 6 /. Die Umsetzung dieser Empfehlungen in die Praxis erfordert zwingend die Kenntnis und Beachtung des aktuellen Fluoridgehaltes im Trinkwasser im jeweiligen Einzugsgebiet der Trinkwasserversorgungsunternehmen der Stadt bzw. Gemeinde.

Nichtbeachtung der aktuellen Fluoridwerte im Trinkwasser hat entweder Unterversorgung (nicht optimale Prophylaxe) oder Überversorgung (Gefahr der Fluorose) zur Folge.

Das Recht auf Kenntnis der aktuellen Trinkwasseranalysedaten einschließlich

des Fluoridgehaltes der jeweiligen Wasserversorgungsanlagen wird von den Anschlussnehmern oder Verbrauchern, zu denen auch Ärzte gehören, leider aus verschiedenen Gründen (siehe auch unter Methodik) nur unzureichend wahrgenommen.

Um diesen Mangelzustand zu beheben, hatten die Autoren im Rahmen der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e. V. (GHUSS) den aktuellen Fluoridgehalt im Trinkwasser nach Regierungsbezirken, Kreisen und Städten/Gemeinden in 3 Broschüren auf ca. 120 Seiten aktuell zusammengestellt, die den Gesundheitsämtern zur Verfügung stehen.

Aus Platzgründen werden in den EDV-Dateien nur die Orte aufgeführt, bei denen der aktuelle Fluoridgehalt im Trinkwasser gleich oder größer als 0,30 mg/l ist, mithin eine geringere tägliche Supplementierung empfohlen ist (Einzelheiten des Abrufs der EDV-Datei siehe unter *).

Zielstellung

Die Fluoridierung strebt an, Kindern während der Bildung der Zahnschmelzsubstanz sowie der Gesamtbevölkerung als Prophylaxe gegen Karies und Osteoporose optimale Dosen an Fluorid zuzuführen, da die Versorgung des Körpers mit Fluorid - auch in den meisten Regionen des Freistaates Sachsen - defizitär ist.

Die insgesamt vom Körper aufnehmbaren Fluormengen ergeben sich aus:

- dem Fluoridgehalt des Trinkwassers,
- dem Fluoridgehalt der verzehrten Lebensmittel (sehr hohe Gehalte in Tee, vor allem in schwarzem Tee, sowie in Fisch, insbesondere in den Gräten von Kleinfischen, die z. T. in nicht entgrätetem Zustand verzehrt werden),
- dem Fluoridgehalt von Zahnpasten und Mundwässern,
- pulmonaler Zufuhr (über die Atemluft) und
- der möglichen individuellen Supplementation, z. B. mittels Fluorettten oder fluoridiertem Speisesalz.

Für die natürlicherweise vom menschlichen Körper aufgenommene Fluoridmenge spielt der Gehalt des Trinkwassers an Fluorid eine entscheidende Rolle und muss zur Quantifizierung des erforderlichen Optimums unbedingt Berücksichtigung finden.

Methodik

Die Schwierigkeit dabei ist, dass durch die sich gegenwärtig noch ständig wandelnde Struktur der Trinkwasserversorgung, die wechselnden nutzbaren Ressourcen zwischen Grund- und Oberflächenwasser, die unterschiedlichen geologischen und hydrogeologischen Verhältnisse und die vielfach bestehenden Mischwasserprobleme in den Versorgungsgebieten eine genaue territoriale Feststellung des tatsächlichen Fluoridgehaltes des an den Zapfstellen zu entnehmenden Trinkwassers bislang recht schwierig war und daher eine Darstellung desselben großflächig und ortsbezogen noch nicht für den Freistaat Sachsen vorgenommen worden ist.

Die Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e. V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Lücke zu schließen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Kreis- und Gebietsreform in Sachsen

sind in den Jahren 1998 und 1999 aktuelle Übersichten über den Fluoridgehalt der sächsischen Trinkwässer auf der Grundlage der zentralen öffentlichen Wasserversorgung vorgelegt worden. Auf private Trinkwasserversorgungsanlagen (Brunnen), die derzeit ohnehin nur für 1,9 % der Bevölkerung Sachsens von Bedeutung sind, kann nur im Ausnahmefall Bezug genommen werden, da hierüber flächendeckend keine ausreichenden Untersuchungsergebnisse vorliegen. Wo möglich, erfolgt bei Gemeinden mit Brunnenversorgung entsprechend dem jeweiligen Kenntnisstand die Angabe einer von-bis-Spanne.

Die als Kreisübersicht nach den drei sächsischen Regierungsbezirken Chemnitz, Dresden und Leipzig angelegten Zusammenstellungen berücksichtigen aktuell alle im Verzeichnis des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen, hier: Ausgabe April '98, aufgeführten Gemeinden und Gemeindeteile im Freistaat Sachsen. Zugrunde liegen die auf- oder abgerundeten Ergebnisse der in der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen erfolgten amtlichen Trinkwasseruntersuchungen. Die Darstellung der vorliegenden Ergebnisse ist abgestimmt mit den zuständigen Wasserversorgungsunternehmen und deren Eigenkontrollergebnissen sowie den Gesundheitsämtern. Sie sollen periodisch aktualisiert und fortgeschrieben werden.

Beurteilungskriterien und Empfehlungen

Aus den im Internet unter <http://www.slaek.de> oder in der Datei FLUORID.DOC der Mailbox der LUA (siehe unter * Seite 151) nachzulesenden Kreisübersichten für die Orte, Ortsteile und ggf. Versorgungsgebiete ablesbaren aktuellen Fluoridgehalten der Wässer der öffentlichen zentralen Wasserversorgung, es handelt sich in der Regel um Durchschnittswerte aus mehreren Untersuchungen unter Berücksichtigung

der die Supplementierung begrenzenden Wertetabelle (siehe unten), leiten sich die erforderlichen Supplementgaben in Milligramm Fluorid pro Tag ab. Sie können den zur Prophylaxe mit Fluoridtabletten herausgegebenen „Nationalen Empfehlungen“ (1996) / 1 / 2 / der wissenschaftlichen Gesellschaften der Bundesrepublik Deutschland,

- der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK),
- der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) und
- der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)

entnommen werden (siehe Tabelle 1):

Als wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass die aus den USA (1989, 1994) bekanntgewordenen Empfehlungen diesen Werten sowohl hinsichtlich der damit abgedeckten Geltungsbereiche als auch in den absoluten Zahlen selbst weitgehend entsprechen. Dies ist um so verständlicher, als beide Empfehlungen auf sorgfältigen Einschätzungen der Datenbasis beruhen, wobei von deutscher Seite bestimmend war, der Vermeidung fluorotischer Flecken des Zahnschmelzes den Vorrang vor den kariespräventiven Levels zu geben.

Zur Beurteilung der Gesamtaufnahme von Fluorid (über Trinkwasser, Nahrung, Zahnpflegemittel und ggf. Supplementation) wird seitens des NRC (National Research Council) der USA folgende ESADDI (estimated safe and adequate daily dietary intake) als zur Kariesprävention bei Verhinderung einer Dentalfluorose für erforderlich erachtete **tägliche orale Aufnahmemenge** empfohlen/3/:

- für Erwachsene** 1,5 - 4,0 mg/d Fluorid,
- für Kinder** 0,5 - 2,5 mg/d Fluorid,
- für Jugendliche** 1,5 - 2,5 mg/d Fluorid,
- für Säuglinge** 0,1 - 1,0 mg/d Fluorid.

Unter Berücksichtigung dieser Werte ergibt sich daraus, bezogen auf die jeweiligen Trinkwasserkonzentrationen, eine adäquate Supplementempfehlung wie oben bereits ausgeführt:

- für Erwachsene über Trinkwasserfluoridierung,
 - nach Orientierung zahlreicher Untersucher seit den 50er Jahren, auf 1,0 mg/l und
 - nach NRC der USA 1989 / 4 / auf 0,7 - 1,2 mg/l und
- für Kinder und Jugendliche nach ADA (American Dental Association) der USA 1994 / 5 / als Supplement pro Tag: siehe Tabelle 2

Handlungsbedarf

Die Gesundheitsbehörden, die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte sind hiermit aufgerufen, die gesamte Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer ortsbezogenen differenzierten Betrachtungs- und Vorgehensweise bei der Fluoridierung hinzuweisen und danach zu handeln. Systemisch sollte nur eine Form der Fluoridprophylaxe eingesetzt werden, d.h. als Supplement Fluoridtabletten oder fluoriertes Speisesalz. Im Vorschulalter ist wegen der genaueren Dosierung den Fluoridtabletten der Vorzug zu geben. Sie sind bei Kindern uneingeschränkt auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig / 6 / 7 / 8 /.

Literatur:

- / 1 / G. Schmalz, E. Schmidt, G Wolfram
Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden (DGZMK, DGKJ, DGE)
Dt. zahnärztl. Z. 51 (1996) 725 - 726
- / 2 / K. E. Bergmann, R. Bergmann
Fluoridgehalt im Trinkwasser – Fluoridgehalt der Muttermilch
Pädiat. Prax. 53 (1997/98) 630 - 632
- / 3 / American Dental Association Council on Dental Therapeutics
New fluoride schedule adopted
ADA News (1994) May 16; p. 12 - 14

Tabelle 1:

	Fluoridgehalt des Trinkwassers (mg/l)		
	< 0,30	0,30 - 0,70	> 0,70*
	Supplement in mg pro Tag		
0 bis < 3 Jahre	0,25	-	-
3 bis < 6 Jahre	0,50	0,25	-
ab 6 Jahre	1,00	0,50	-

* Der Wert von 0,7 mg/l Fluorid bezieht sich als begrenzender Wert ausschließlich auf die zusätzliche Gabe von Fluorid in Tablettenform / 2 /.

Tabelle 2:

	Fluoridgehalt des Trinkwassers (mg/l)		
	< 0,30	0,30 - 0,60	> 0,60
	Supplement in mg pro Tag		
6 Monate - 3 Jahre	0,25	-	-
3 bis 6 Jahre	0,50	0,25	-
6 bis 16 Jahre	1,00	0,50	-

- / 4 / G. N. Jenkins
Optimale Intake
Fluoride 29 (1996) 189
- / 5 / National Research Council - NRC
Recommended Dietary Allowances
10th edition Subcommittee on the Tenth Edition of the RDAs Food and Nutrition Board, Commission of Life Sciences
NRC; National Academy Press, Washington, DC, 1989.
- / 6 / W. Gey
Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden
der Kinderarzt 27. Jg. (1996) Nr. 12, S. 1513-1514
- / 7 / B. Wiethardt
Fluoridpräparate zur Kariesprophylaxe bei Kindern uneingeschränkt verordnungsfähig
Kinder- und Jugendarzt 31. Jg. (2000) Nr. 1, S. 91-92
- / 8 / J. Einwag
Kariesprophylaxe mit Fluorid
Kinder- und Jugendarzt 30. Jg. (1999) Nr. 7, S. 731-735

chungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen.
Sie erreichen diese Mailbox (Nutzung kostenlos) per Einwahl über Modem unter der Telefon-Nr.: (03 71) 60 09 – 2 03. Als Ihre Kennung geben Sie bitte „epid“ (ohne Anführungszeichen) an.
Nach einem Begrüßungstext können Sie aus dem Hauptauswahl-Menue über dem Punkt „Datei empfangen“ den Empfehlungstext auf Ihren Computer laden.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident und Abteilungsdirektor
Humanmedizin
Dr. rer. nat. Lothar Täumer
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Str. 87
09111 Chemnitz
Tel.: (0371) 6009 100
Fax: (0371) 6009 109
eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

*) Die entsprechende Datei FLUORID.DOC (Dokument im Format Word für Windows 6.0/95) können Sie abrufen aus der Mailbox „Epidemiologischer Informationsdienst“ der Landesuntersu-

5. Bilaterales Ungarisch-Deutsches Symposium

24. September 1999
Szeged (Ungarn)

Angenehme Urlaubsaufenthalte in Ungarn sind vielen von uns in guter Erinnerung. Gastfreundschaft und ein Fluidum der „freien Welt“ sind und waren damit für viele von uns verbunden. Zahlreiche persönliche Verbindungen, aber auch eine Vielzahl wissenschaftlicher und fachbezogener Kontakte entstanden. So verweilten ungarische Kollegen der Chirurgischen Klinik der Universität Szeged schon vor der Wiedervereinigung in Deutschland, unter anderem im Rahmen von Hospitationen, zu Vortragsveranstaltungen und gemeinsamen wissenschaftlichen Forschungsvorhaben. Besonderes Engagement mit Vertiefung dieser Beziehungen und Gegenaufenthalten in Ungarn sind mit den Namen der Leipziger und Hallenser Professoren A. Gläser und H. Neef verbunden, welche langjährige wissenschaftliche Kooperationsbeziehungen aufbauten und pflegten. Auch nach der Wende, zu welcher die Ungarn durch die Grenzöffnung einen nicht unwesentlichen Beitrag leisteten, wurden diese Beziehungen durch uns weiter intensiviert und fortgeführt. Eine Vertiefung erfuhren diese durch den Abschluss eines Kooperationsvertrages zwischen den Chirurgischen Kliniken der Universitäten Szeged und Leipzig. Besondere Aktivitäten gingen dabei von den ungarischen Professoren A. Balogh und I. Trojan, deren Namen hier nur stellvertretend für viele ungarische und auch deutsche Kollegen stehen sollen, auf onkochirurgischem und thoraxchirurgischem Gebiet aus. Jährliche interessante und fruchtbare wissenschaftliche Symposien wurden auf dieser Basis veranstaltet.

So konnten wir im September diesen Jahres auch das 5. Bilaterale Ungarisch-Deutsche Symposium in Szeged ausrichten. Besonderer Schwerpunkt lag dabei auf der chirurgischen Forschung.

Nach der Eröffnung durch den Prodekan der Universität Szeged schloss sich die Präsentation der deutschen und ungarischen Vorträge an. Die Kollegen aus

Leipzig hielten fünf beachtete Vorträge. Herr **Dr. Friedrich (Leipzig)** referierte unter anderem über die seit Januar diesen Jahres erfolgreich angewandte Methode des **intraoperativen Neuromonitoring des Nervus laryngeus recurrens** im Rahmen von Schilddrüsenoperationen. Nach Überwindung anfänglicher technischer Probleme zeigte die Auswertung der ersten 100 operierten Patienten eine Senkung der permanenten Recurrensparese von 2,7 % auf 1 %.

Herr **PD Dr. Würfl (Leipzig)** hob hervor, dass Veränderungen des **Tumorsuppressorenproduktes p 53** sich als Prognoseparameter bei Weichteilsarkomen des Erwachsenen andeuten.

Herr **Dr. Petzold (Leipzig)** und Herr **Dr. Leinung (Leipzig)** zeigten die Möglichkeiten des **Nachweises von Tumorzellen in der Peritoneallavage und im Knochenmark** auf, der für das rezidivfreie Überleben und die Überlebenszeit bei Patienten nach RO-Resektionen von Magenkarzinomen, kolorektalen Karzinomen und Mammakarzinomen von prognostischer Bedeutung ist.

Die Reihe der acht ungarischen Vorträge verschiedener Fachgebiete wurde durch einen Vortrag des Direktors der Chirurgischen Universitätsklinik Szeged, Herrn **Prof. A. Balogh**, und Mitarbeitern zum Thema „**Darmdysfunktion nach subtotalen Kolektomien**“ eröffnet.

Im Weiteren analysierte **Dr. Szöge (Szeged)** aus der thoraxchirurgischen Abteilung unter Leitung von Prof. Trojan die intra- und postoperativen Komplikationen nach Lungenoperationen von 1551 Patienten. Sie schlussfolgerten, dass niedrige Komplikationsraten im Wesentlichen durch eine genaue Patientenselektion und exakter Indikationsstellung erreicht werden. Dabei stellt das Alter der Patienten keine unbedingte Kontraindikation dar. Die Grundkrankheiten beeinflussen aber wesentlich die Prognose mit signifikant höheren Komplikationsraten bei Operationen entzündlicher Erkrankungen.

Über **Verätzungsverletzungen des oberen Gastrointestinaltraktes** berichteten **Dr. Olah (Szeged)** und Mitarbeiter, welche in eine Behandlung akuter Verletzungen und die Therapie von Komplikationen unterscheiden. Dabei unterscheidet die Schwere und Ausdehnung der Schädigung im Wesentlichen über die Indikation zur Akutoperation und deren Ausmaß. Operationsindikationen im späteren Stadium stellen vorrangig Strikturen und Narbenkarzinome dar.

Der Vortrag von **Dr. Marton (Szeged)** und **Dr. Farkas (Szeged)** entfachte die Diskussion um den **prognostischen Wert einer radikalen Pankreaskarzinomchirurgie**. Es folgten zwei Vorträge über die **Komplikationen nach Nierentransplantationen**. **Dr. Varga (Szeged)** und Mitarbeiter referierten über von polyzystischen Nieren verursachten septischen Komplikationen nach Nierentransplantationen.

Im Mittelpunkt des Vortrages von **Dr. Szederkeny (Szeged)** und Mitarbeiter stand die Problematik der spontanen **Nierentransplantatruptur** aufgrund schwerer parenchymatöser Ödeme. Die Referenten schuldigen das postoperative Fehlen der Lymphdrainage dafür an. Die akute Abstoßungsreaktion und akute Tubulusnekrose könnten durch eine bessere Konservierung des Transplantates, Verkürzung der „handling time“ beziehungsweise wirksamerer medikamentöser Behandlung der Abstoßungsreaktion günstig beeinflusst werden.

Den Abschluss der Vortragsreihe bildeten die Vorträge von **Dr. Lazar (Szeged)** über die **Rolle der Kupferschen Zellen** auf der Basis experimenteller Untersuchungen bei Ratten mit Gallengangsverschluss und ein Referat, gehalten von **Dr. Vangel (Szeged)**, über die **Endothel-A-Rezeptor-Blockade**, welche eine Verbesserung der intestinalen Hämodynamik bei Dünndarmtransplantationen erzeugen kann.

Eine rege Diskussion mit Austausch

wertvoller Erfahrungen prägte die Veranstaltung. Ansätze für ein gemeinsames Forschungsvorhaben wurden geschaffen. Gegenseitige Kongressteilnahmen und ein Schriftenaustausch sind bereits seit längerem Realität.

Mit großer Freude und Erwartung sehen wir dem 6. gemeinsamen Deutsch-Ungarischen Symposium im Herbst 2000 in Leipzig entgegen.

Prof. Dr. Uwe Eichfeld
Universität Leipzig
Zentrum für Chirurgie/Chirurgische Klinik I,
Klinik für Allgemeine Chirurgie,
Chirurgische Onkologie und Thoraxchirurgie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig

5. Erzgebirgische Gastroenterologietagung

26. und 27. November 1999
Aue

Es steht außer Frage, dass Fortbildung für die Ausübung des ärztlichen Berufs ein essentielles Erfordernis darstellt. In einer Zeit der rasanten Ausweitung des zur Verfügung stehenden Wissens und der fast täglich spürbaren Auswirkungen auf Anwendungen in der Medizin erscheint es besonders wichtig, die für die tägliche Arbeit relevanten Neuerungen in geeigneter Weise dem Arzt „an der Basis“ nahezubringen. Gerade dieser Aspekt der praxisorientierten Fortbildung war von Anfang an bestimmend für das Konzept der Erzgebirgischen Gastroenterologietagung Aue, zu der der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II am HELIOS-Klinikum Aue, Herr PD Dr. med. habil. Rink, nunmehr bereits zum fünften Mal eingeladen hatte. Das **Thema** der Veranstaltung lautete „**Diagnostik und Therapie der primären und sekundären Tumoren der Leber und der Gallenwege**“.

Am Vorabend der Tagung fand ein Expertenforum statt. Fragen aus der Praxis über Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei Verdacht eines hepatozellulären Karzinoms, einer fokalen nodulären Hyperplasie über Interferontherapie bei chronischer Delta-Hepatitis wurden beantwortet.

Die wissenschaftliche Veranstaltung begann am 27. November 1999 nach den Grußworten des Ärztlichen Direktors und des Geschäftsführers des HELIOS Klinikums Aue sowie des Bürgermeisters der Stadt Schneeberg mit dem

Vortrag von Herrn **Prof. Dr. Machnik (Jena)** „**Pathologische Anatomie von primären und sekundären Tumoren der Leber und der Gallenwege**“. Eindrucksvolle Bilder sowohl aus der Prosektur als auch Aufnahmen histologischer Präparate zeigten den anwesenden Klinikern einmal mehr die Wichtigkeit eines engen Kontakts zum Pathologen nicht nur nach dem Tod eines Patienten, sondern auch zunehmend zu dessen Lebzeiten auf.

Herr **Prof. Dr. Blum (Freiburg)** referierte über den heutigen **Stand von Diagnostik und nicht-chirurgischer Therapie des hepatozellulären Karzinoms**.

Nach wie vor kommt in der Diagnostik die Bestimmung des alpha-Fetoproteins und der Sonographie der Leber im Screening von Risikopatienten (insbesondere Leberzirrhosen durch Alkoholabusus und Virushepatitiden) die führende Rolle zu. Kurativ kann nur die Resektion des Karzinoms oder in bestimmten Fällen eine Lebertransplantation sein. Prof. Dr. Blum konnte zeigen, dass die perkutane Alkoholinjektion, die Radiofrequenz-Thermoablation, die transarterielle Embolisation oder Chemotherapie oder die Kombination beider Verfahren, die generell schlechte Prognose bei einem klinisch apparenten HCC signifikant bessern können.

Herr **Prof. Leuschner (Frankfurt am Main)** referierte über die **Diagnostik und Therapie der Tumoren der Gallenwege**. Klassisch ist das Symptom des

schmerzlosen Ikterus.

Die Diagnose (Sonographie, ERC, CT, MRC und PET) einer Raumforderung der ableitenden Gallenwege wird also in der Regel erst gestellt, wenn der Tumor zu einer Obstruktion geführt hat. Meist steht die Palliation im Vordergrund, insbesondere dem Einlegen von Stents. Über den **Stellenwert der Polychemotherapie maligner Tumoren der Leber und der Gallenwege** im interdisziplinären Behandlungskonzept berichtete Herr **Prof. Dr. Ehninger (Dresden)**. Nach Darstellung der derzeitigen Studienlage musste konstatiert werden, dass die Wirksamkeit der heute zur Verfügung stehenden Substanzen als ungenügend eingeschätzt werden muss.

Zum Abschluss der Tagung referierte Herr **PD Dr. Nagel (Dresden)** über **chirurgische Möglichkeiten der Therapie**. Obwohl die Prognose der Patienten mit Tumoren von Leber und Gallenwegen insgesamt schlecht ist, sollte therapeutischer Nihilismus nicht am Platz sein.

Wie die Tagung selbst, hinterließ auch der Besuch des 500 Jahre alten historischen Bergwerks „St. Anna am Freudenstein nebst Troster Stolln“ einen tiefen Eindruck und Verständnis dafür, warum die Erzgebirgler sich auch heute noch grüßen mit: „Glück auf!“.

Dr. med. Steffen Liebscher
Zwönitzer Straße 19
08294 Löbnitz

Anthropologische Grundlagen und Kommunikation bei moderner Therapieplanung

12. Dresdner
hämatologisch-onkologisches
Gespräch

Am 19. und 20. November 1999 fand im Knochenmarktransplantationszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus das 12. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch statt, das von der Medizinischen Klinik und Poliklinik I in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Dresden e.V. veranstaltet wurde.

In seiner Einführung stellte **H. Günther (Dresden)** die Konzeption des Symposiums vor. Seit 1991 widmet sich diese Symposiumsreihe den anthropologischen Grundlagen und psychosozialen Problemen in der Onkologie. Erstmals waren nun bei der Programmgestaltung auch Vorträge zu den aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten selbst einbezogen worden. Jeweils eine halbtägige Sitzung widmete sich dem fortgeschrittenen Magenkarzinom und dem niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphom.

Die anthropologischen Grundlagen und die psychosoziale Dimension onkologischer Krankheiten war gleichermaßen ein traditioneller Schwerpunkt der Veranstaltung. Diese Inhalte sind auch in Zukunft von bleibender Aktualität, da gerade bei weiter wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten die Behandlung von Krebskranken nicht ausschließlich auf die naturwissenschaftliche Ebene objektiver somatischer Befunde reduziert werden darf.

Die Einmaligkeit jeder Patientenbiographie, die individuelle Bewertung von Lebensinhalten durch die Patienten, Probleme beruflicher Reintegration des geheilten Patienten oder des Umgangs mit Leid, Sterben und Tod sind nur durch subjektbezogene Sichtweise zu erfassen. Ebenso bedeutsam und zugleich aus gesundheitsökonomischer und allokatons-ethischer Perspektive aktuell ist die Haltung der Gesellschaft zu diesen Grundfragen des Lebens, was einen interdisziplinären Diskurs mit Geisteswissenschaftlern wie Juristen, Philosophen, Psychologen und Theologen, zugleich auch mit Schwestern, anderen Helfern

und den Patienten selbst erfordert und der das Symposium im Verlauf wieder besonders prägte. So bildete die enge Verflechtung von modernen Therapieverfahren selbst mit ihrer Planung anhand anthropologischer Grundlagen und Kommunikation den besonderen Akzent der diesjährigen Veranstaltung.

K. Schackert (Dresden) gab einen Überblick über „**Prädiktive genetische Untersuchungen – Möglichkeiten und Probleme**“, wobei schwerpunktmäßig das Kolonkarzinom behandelt wurde. Er beleuchtete dabei auch die Problematik, dass vergleichbare klinische Befundkonstellationen von verschiedenen Schulen unterschiedlich bewertet werden können und zum Beispiel beim hereditären Kolonkarzinom unterschiedliche chirurgische Empfehlungen gegeben werden.

In ihrem Vortrag „**Chirurgische Möglichkeiten in der Palliation fortgeschrittener Magenkarzinome**“ ging **U. Wehrmann (Dresden)** anhand großer eigener Erfahrungen auf die operativen und endoskopischen Möglichkeiten ein und betonte, dass im Sinne der Lebensqualität das jeweils am wenigsten belastende Therapieverfahren zu wählen ist.

C. Haag (Dresden) gab einen Überblick über „**Systemische und lokale zytostatische Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms – Gesichertes und Ausblick**“. Die Vorträge zum Magenkarzinom schlossen mit einem Beitrag von **B. Orth und K. Kunze (Kreitscha)** zu rehabilitativen Behandlungskonzepten und Erfahrungsberichten.

L. Hoffmann (Hamburg) stellte die „**Reorganisation aller Arbeitsprozesse als Grundlage der Planung eines Krankenhausneubaus**“ vor und regte zur Diskussion über betriebswirtschaftliche, logistische, aber auch medizinisch-inhaltliche Probleme von stationären Einrichtungen unter den aktuellen gesundheitspolitischen Bedingungen an.

R. Ohlmer (Dresden) sprach über Aspekte im Umgang mit Methoden ohne

nachgewiesene Wirksamkeit in der Onkologie.

Zur Problematik der Kommunikation bei der Therapieplanung gab **V. Köllner (Dresden)** einen überzeugenden Einführungsvortrag, in dem er die Bedeutung eines einbeziehenden Gesprächsstils für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung hervorhob, aber auch auf dessen Voraussetzungen – wie einer hinreichenden Zeitreserve etc. – einging.

K. Schückel (Dresden) stellte die Sorgen von Kindern onkologischer Patienten in den Mittelpunkt ihres eindrucksvollen kasuistischen Beitrages.

Den Abschluss des ersten Tages bildeten Vorträge von **D. Meurer (Marburg)** und **H. Pompey (Freiburg)** zu juristischen und theologischen Inhalten des Umgangs mit Sterben und Tod. D. Meurer sprach über „**Rechtsprechung zu Sterben und Tod – historische Entwicklung und deutscher Status quo im internationalen Vergleich**“, wobei die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ebenso einbezogen und interpretiert wurden wie die erheblichen internationalen Unterschiede in der Rechtsprechung sogar benachbarter Länder am Beispiel der aktiven Sterbehilfe und des Suizids in den Niederlanden, in Österreich und in Deutschland. H. Pompey referierte über Patientenverfügungen und ging besonders auf die Besonderheiten der von den Kirchen gemeinsam herausgegebenen christlichen Patientenverfügung ein.

Der zweite Tag wurde eröffnet mit einem Beitrag von **J. Tabaczek (Dresden)**, der aus eigenem Erleben über die große Bedeutung der Selbsthilfegruppen für die Betroffenen sprach. Anschließend gab **M. Ziegenfuß (Dresden)** einen Überblick über die Entwicklung der Hospizarbeit im Freistaat Sachsen, und **B. Schubert (Dresden)** stellte das im Bau befindliche Clara-Wolff-Haus mit der Palliativstation vor und schloss mit eindrucksvollen, zu Meditation anregenden optischen Impressionen.

Der Nachmittag war der Diagnostik und Therapie niedrig maligner Non-Hodgkin-Lymphome gewidmet. Zunächst sprach **C. Thiede (Dresden)** über „**Molekularbiologische Diagnostik und Therapiekonzepte beim niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphom am Beispiel des MALT-Lymphoms des Magens**“. **U. Keßler (Dresden)** konzentrierte sich auf die chirurgische Therapie des MALT-Lymphoms, und **A. Lesche und H. Neumann (Dresden)** gaben einen Überblick über strahlentherapeutische Optionen beim niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphom.

Eine aktuelle Synopse zu „**Stand und Perspektiven in der Therapie niedrig maligner Non-Hodgkin-Lymphome**“ trug **A. Neubauer (Marburg)** vor, wobei der Beitrag vom Vergleich der Klassifikationen ausgehend die aktuellen Op-

tionen bei den einzelnen Entitäten ausgewogen beleuchtete; intensivere therapeutische Methoden setzen sich derzeit mit anthracyclinhaltigen Protokollen beim follikulären NHL und mit Hochdosischemotherapie beim primär mediastinalen B-Zell-NHL mit seiner eher ungünstigen Prognose durch.

M. Gramatzki (Erlangen) sprach zu „**Stellenwert des CD 20 – Antikörpers in der Therapie niedrig maligner Non-Hodgkin-Lymphome**“, und **M. Bornhäuser (Dresden)** informierte über neueste therapeutische Ansätze in seinem Vortrag „**Metakine Transplantationsverfahren beim niedrig-malignen Non-Hodgkin-Lymphom unter besonderer Berücksichtigung der chronischen lymphatischen Leukämie**“.

Eine ausführliche Diskussion zeigte das

rege Interesse an den detailliert-therapeutischen Themen und gleichermaßen an den anthropologischen Grundlagen und den juristischen wie psychosozialen Problemen.

Besonderer Dank gilt wiederum den Referenten für das Engagement und der pharmazeutischen Industrie für die großzügige Unterstützung der Veranstaltung. Das **13. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch ist für den 24. und 25. 11. 2000** vorgesehen.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Heinrich Günther und
Prof. Dr. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

24. Jahrestagung der Association pour la Promotion de l'Informatique de Santé (APIS)

in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Termin: 11. – 12. Mai 2000 in Dresden
Ort: Sächsische Landesärztekammer

Thema: Teamwork und Partnerschaft
Patient Care 2000
Computer im Team
Integrierte Versorgung
Diagnosis Related Groups
Nursing Informatics

Telemedizin in Sachsen:
Eine Region vernetzt sich

Leitung:
Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath

Anmeldung/Auskunft:
Institut für Medizinische Informatik und Biometrie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon: (03 51) 3 17 71 33
Internet: www.imib.med.tu-dresden.de

3. Semestertreffen Immatrikulationsjahrgang Leipzig 1968

Das dritte Semestertreffen des Immatrikulationsjahrganges Medizin/Zahnmedizin Leipzig 1968 findet vom 12. bis 14. Mai 2000 im Panorama-Ringhotel in Oberwiesenthal/Erzgebirge statt.

Teilnahmeinteressierte melden sich bitte bei:

Dr. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstraße 34
04299 Leipzig
Tel. 0341/8 61 68 68
Fax 0341/8 72 03 78

Unsere Jubilare im Mai

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 5. Dr. med. Lieschke, Erika
04107 Leipzig
2. 5. Dr. med. Beyer, Eckhard
08393 Meerane
2. 5. Otto, Heidi
02923 Uhsmannsdorf
3. 5. Dr. med. Arndt, Ingrid
04430 Böhlitz-Ehrenberg
4. 5. Dr. med. Ebersbach, Günter
04720 Döbeln
4. 5. Dr. med. Gruß, Barbara
09228 Wittgensdorf
5. 5. Börner, Klaus
09496 Pobershau
6. 5. Dr. med. Bartels, Christa
09618 Brand-Erbisdorf
6. 5. Dr. med. Beckert, Adelheid
02692 Obergurig
8. 5. Dietel, Jochen
08301 Schlema
8. 5. Dr. med. Simonis, Erich
02979 Maukendorf
8. 5. Dr. med. Teichmann, Werner
04567 Hainichen
9. 5. Dr. med. Werner, Jutta
04277 Leipzig
11. 5. Dr. med. Aehle, Charlotte
04105 Leipzig
11. 5. Dr. med. Croy, Peter
04430 Rückmarsdorf
11. 5. Dr. med. Helm, Christa
01462 Cossebaude
11. 5. Dr. med. Hentschel, Helga
01277 Dresden
12. 5. Dr. med. Sattler, Brunhilde
04105 Leipzig
13. 5. Prof. Dr. med. habil.
Schröder, Hans-Egbert
01109 Dresden
14. 5. Dr. med. Rieger, Edda
04103 Leipzig
15. 5. Hofmann, Horst
08062 Zwickau
16. 5. Dipl.-Med. Möller, Barbara
09228 Wittgensdorf
16. 5. Dr. med. Scholz, Ingrid
01309 Dresden
16. 5. Dr. med. Wintruff, Christine
01069 Dresden
17. 5. Dr. med. habil. Harzbecker, Klaus
09366 Stollberg
18. 5. Dr. med. Bartsch, Peter
02763 Eckartsberg
20. 5. Dr. med. Wiese, Helga
01217 Dresden
21. 5. Dr. med. Zeißig, Helga
09120 Chemnitz
22. 5. Usath, Hans-Dieter
09394 Hohndorf
24. 5. Dr. med. Daßler, Gudrun
08527 Neundorf

24. 5. Dr. med. Klinger, Manfred
04838 Eilenburg
24. 5. Dr. med. Müller, Birgit
04435 Schkeuditz
26. 5. Dr. med. Grund, Heinz
08289 Schneeberg
27. 5. Dr. med. Heinrich, Lothar
01662 Meißen
28. 5. Krabes, Heiderun
04425 Taucha
28. 5. Prof. Dr. med. habil.
Leupold, Wolfgang
01309 Dresden
29. 5. Dr. med. Müller, Barbara
01067 Dresden
30. 5. Dr. med. Horn, Peter
01623 Lommatzsch
31. 5. Dr. med. Kern, Berthold
08541 Thoßfell

65 Jahre

2. 5. Dr. med. Nachreiner, Renate
08371 Glauchau
2. 5. Dr. med. Opitz, Susanne
02689 Taubenheim
2. 5. Prof. Dr. sc. med. Ulrich, Christa
04229 Leipzig
4. 5. Dr. med. Berger, Regina
04720 Westewitz
5. 5. Prof. Dr. med. habil. Raue, Ingrid
04299 Leipzig
6. 5. Dr. med. Lorenz, Manfred
01139 Dresden
7. 5. Dr. med. Petzholdt, Walter
01844 Neustadt
8. 5. Dr. med. Kade, Renate
04275 Leipzig
8. 5. Päßler, Sibylle
08056 Zwickau
8. 5. Prof. Dr. med. habil. Wunderlich, Peter
01129 Dresden
9. 5. Dr. med. Hettmer, Margrit
04860 Torgau
11. 5. Prof. Dr. med. habil.
Hanitzsch, Renate
04277 Leipzig
12. 5. Scott, Eberhard
01819 Kurort Berggießhübel
13. 5. Dr. med. Hüneburg, Barbara
04109 Leipzig
15. 5. Dr. med. Eissmann, Hans-Jörg
04107 Leipzig
16. 5. Dr. med. Lonitz, Maria
08525 Plauen
16. 5. Dr. med. Seidel, Ute
09113 Chemnitz
17. 5. Dr. med. Bartel, Oskar
01445 Radebeul
19. 5. Dr. med. Brodkorb, Wilhelm
08058 Zwickau
20. 5. Dr. med. Federsel, Christian
01900 Brettnig-Hauswalde

20. 5. Popp, Ruth
08451 Crimmitschau
21. 5. Dr. med. Alber, Hans
04680 Colditz
21. 5. Dr. med. Hillmann, Siegfried
04736 Waldheim
23. 5. Dr. med. Kettner, Werner
04209 Leipzig
26. 5. Dr. med. Jänchen, Gisela
02730 Ebersbach
28. 5. Dr. med. Engelmann, Vera
04103 Leipzig
30. 5. Dr. med. Gessner, Günter
09212 Limbach-Oberfrohna
30. 5. Dr. med. habil. Riedel, Horst
01640 Coswig
31. 5. Dr. med. Kowalski, Stephan
04425 Taucha

70 Jahre

4. 5. Dr. med. Wachtler, Irmtraut
01662 Meißen
6. 5. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
6. 5. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
7. 5. Dr. med. Schmeißer, Ernst
04838 Eilenburg
8. 5. Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
10. 5. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
12. 5. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
20. 5. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01187 Dresden
24. 5. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
24. 5. Streller, Horst
01109 Dresden
29. 5. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen

75 Jahre

8. 5. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
24. 5. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz

80 Jahre

2. 5. Dr. med. Abdank, Renate
09337 Hohenstein-Ernstthal

81 Jahre

4. 5. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
9. 5. Dr. med. Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
18. 5. Dr. med. Thomas, Karl
01259 Dresden

20. 5. Dr. med. Hartmann, Gottfried
01326 Dresden

23. 5. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

82 Jahre

30. 5. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard
08523 Plauen

84 Jahre

13. 5. Dr. med. Steps, Werner
04159 Leipzig

86 Jahre

1. 5. Dr. med. Kretschmar, Ursula
01326 Dresden

88 Jahre

10. 5. Dr. med. Nauer, Dorothea
02826 Görlitz

15. 5. Dr. med. Lorenz, Hannchen
08529 Plauen

89 Jahre

1. 5. Dr. med. Barthel, Franz
09112 Chemnitz

15. 5. Prof. Dr. med. habil.
Straube, Karl-Heinz
08058 Zwickau

19. 5. Dr. med. Kissner, Fritz
02943 Weißwasser

27. 5. Prof. Dr. med. habil.
Schumann, Hans-Dietrich
01474 Weißig

31. 5. Dr. med. Günther, Wilhelm
01809 Dohna

Wünsche im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich. Bitte lassen Sie uns das wissen.

Die Redaktion

Bach-Kopf rekonstruiert

Einen besonderen Beitrag zum Bach-Jahr liefert das Institut für Anatomie der Universität Leipzig: Die Rekonstruktion des Kopfes von Johann Sebastian Bach wurde in alten Beständen des Anatomischen Instituts wiederentdeckt und soll im April mit anderen Ausstellungsstücken aus dem Fundus des Instituts einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Die Rekonstruktion des Bachschädels hat eine interessante Geschichte: Der 1872 aus Basel nach Leipzig berufene Anatom Wilhelm His erhielt 1894 die Aufgabe, die Gebeine eines älteren Mannes zu identifizieren, die beim Umbau der Johanniskirche gefunden worden waren. Nach mündlicher Überlieferung handelte es sich dabei um die sterblichen Überreste des Leipziger Thomaskantors Johann Sebastian Bach.

His hatte bereits in früheren Arbeiten die Weichteildicke am Kopf erwachsener Leichen entsprechend einer vorher festgelegten großen Anzahl von zu messenden Punkten untersucht. Dabei hatte er



Die rekonstruierte Bachbüste am Anatomischen Institut

festgestellt, dass es beim gesunden, normal ernährten Menschen kaum Unterschiede gab. Den Durchschnitt seiner

Messergebnisse gab His an den Leipziger Bildhauer Carl Seffner weiter, der bereits viele Porträts von Leipziger Persönlichkeiten geschaffen hatte. Seffner modellierte nun eine Porträtbüste über dem Abguss des gefundenen Schädels. Dabei achtete er sorgsam darauf, dass er die Weichteildicke an den festgelegten Punkten genau einhielt.

Bei diesem erstmals ausgeführten Versuch entstand eine Büste, die mit den bekannten Bildnissen Bachs stark übereinstimmte. Eine Prüfungskommission befand denn auch: „Die Annahme, dass die in einem eichenen Sarg aufgefundenen Gebeine eines älteren Mannes die Gebeine von Johann Sebastian Bach sind, ist in hohem Grade wahrscheinlich.“ Anthropologen wandten die His'sche Methode später wiederholt an. Manche Rekonstruktion eines Steinzeitmenschen ist darauf zurückzuführen.

Dr. Bärbel Adams
Universität Leipzig
Pressestelle

Johann Sebastian Bach im Spiegel der Medizin

Persönlichkeit, Krankheiten, Operationen, Ärzte, Tod, Reliquien, Denkmäler und Ruhestätten des Thomaskantors.

Eine allgemeinverständliche
Pathographie von

Prof. em. Dr. Reinhard Ludewig

Festschrift zum 250. Todestag,

120 Seiten, 60 Abbildungen

(teils farbig), 119 Quellennachweise.

DM 34,-, Subskriptionspreis bei

Vorbestellung bis 01.06.2000: DM 28,-

EDITION WAECHTERPAPPEL:

Grimma - ISBN 3-933629-01-2

In der Februarausgabe unserer Zeitschrift konnten wir auf die 9. Auflage seines Standardwerkes „Akute Vergif-

tungen“ hinweisen, welches unter keinem Schreibtisch eines klinisch oder ambulant tätigen Arztes fehlen sollte, schon kündigt sich ein neues Buch aus der Feder des bekannten Leipziger Klinischen Pharmakologen Prof. Dr. R. Ludewig an: nicht wie jenes aus der „Pflicht“ seines Fachgebietes, sondern aus der „Kür“ eines seiner vielen Steckenpferde, der Klassiker-Pathographien. Wohl kaum etwas ist in den zahlreichen Veröffentlichungen über den Genius J. S. Bach zu beschreiben ausgelassen worden, der schlichte Mensch Bach jedoch in seinen Alltagsbefindlichkeiten, seinen Verhaltensweisen, seinen Krankheiten, die sein Schaffen beeinflusst haben, wurde bislang so noch nicht dargestellt.

Auch die Kontroversen um die Identifikation seiner exhumierten Gebeine und seine vier Ruhestätten werden mit zeitgenössischen Aufzeichnungen, Porträts und Autographen verdeutlicht und wissenschaftlich fundierte Interpretationen von Fehleinschätzungen und Spekulationen abgegrenzt. Es ist eine interessante Lektüre, welche nicht nur von jenem großen Personenkreis geschätzt werden wird, der alljährlich im Herbst im Saale der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden die Vorträge Prof. Ludewigs zu Musiker-Pathographien besucht.

Dr. Peter Schwenke, Leipzig

Frohe Ostern!

Der lange Winter ist nun endlich vorbei, und erstes frisches Grün lädt zum Spaziergang ein. Die Natur erwacht, und der Mensch wird wieder aktiver. Die Tage werden heller, und die Abende sind kürzer. Das Osterfest kündigt sich an. Schon lange bevor es so weit ist, hat uns die Konsumgesellschaft die Ostersüßigkeiten in den Märkten und Einkaufshallen aufgedrängt. Und Wilhelm Busch sagt: „Es ist das Osterfest alljährlich, doch für den Hasen recht beschwerlich.“

Jetzt ist es also an der Zeit, einen kleinen geschichtlichen Rückblick zum Osterfest zu machen und etwas über die Osterbräuche zu sagen. Das festliche Kirchenjahr beginnt entgegen dem kalendrischen Jahr mit dem 1. Advent und endet mit dem Ewigkeitssonntag. Es lässt sich grob in drei Hauptabschnitte

gliedern: – den Weihnachtsfestkreis, – den Osterfestkreis und – die Trinitatiszeit, die weniger reich an Fest- und Feiertagen ist.

Der Osterfestkreis hat im Zentrum die Feier der Auferstehung Jesu Christi von den Toten. Ostern ist wohl auch das grundlegende Fest des Christentums und mit Pfingsten das älteste christliche Fest überhaupt. Es ist eng mit dem jüdischen Passafest verwandt. Der Weg zum Osterfest ist durch eine 40-tägige Vorbereitungszeit geprägt. Dann kommt die Kar-Woche. Dieser schließt sich das 2-tägige Osterfest an. Danach folgt nochmals eine 40-tägige nachösterliche Zeit bis zum Fest der Himmelfahrt Christi. Insgesamt gelten die 50 Tage bis zum Pfingstfest, auch Quinquagesima genannt, als österliche Freudenzeit. Die

Zeit der Vorbereitung auf Ostern ist die Fastenzeit, auch Passionszeit genannt. Heute hält sich wohl kaum noch jemand an diesen alten Brauch. Seit dem frühen 4. Jahrhundert nach Christus, als die Zeit der Christenverfolgung ein Ende nahm, bildete sich eine kirchliche Ordnung, die den Osterfestkreis definierte. Die Woche vor dem Osterfest, auch Kar-Woche genannt, liegt der Bezeichnung nach dem althochdeutschen Wort – chara – gleichbedeutend mit Trauer und Klage, sinnbildlich zugrunde. Der Karfreitag ist der Gedenktag an die Kreuzigung Jesu, seinen Tod und das Begräbnis. Die in den Evangelien dargestellten Geschehnisse in Jerusalem und die Kreuzigung Jesu bildeten den historischen Hintergrund dieser heiligen Woche. Der Gründonnerstag, als Vortag des Karfreitag, hat nichts mit der Farbe Grün oder gar grü-

nem Gemüse zu tun. Abgeleitet vom althochdeutschen Wort greinen – gleichbedeutend mit weinen – stellt dieser Tag eine Form des Weinens und der Trauer dar. Der Gründonnerstag wird in der Evangelischen Kirche mit der Feier des Abendmahles begonnen und setzt so der Fastenzeit ein Ende. Selbstverständlich lag es deshalb nahe, auch frisches grünes Gemüse zu verzehren. Die Osterwoche war in früheren Zeiten eine etwa 8 Tage währende Fest- und Feierzeit, die mit täglichen Gottesdiensten begangen wurde. Das hielt sich so bis ins Mittelalter. Im Jahre 1094 wurde diese Zeit auf drei Tage verkürzt, und seit der Reformationszeit sind uns nur noch Ostersonntag und Ostermontag als Feiertage erhalten. Zur Zeit der DDR-Diktatur war das Fest sogar auf nur einen Tag reduziert worden. Das Osterfest wird im Allgemeinen mit einem fröhlichen Gottesdienst in der Kirche begangen. Die Lesung der Ostergeschichte steht dann im Mittelpunkt und außerdem die Osterpredigt. Atheisten gehen in der Regel nicht zum Gottesdienst, aber auch für sie hat das Osterfest große Bedeutung. Neben dem Konsum stehen im Vordergrund Freizeit und Erholung sowie die österlichen Rituale des Ostereierversteckens und der Rede vom Osterhasen. Das Osterei und der Osterhase, wem auch nicht bekannt, sind die Eckpunkte dieser Feiertage. Insbesondere für die Kinder ist das Ostereiersuchen und -finden eine hochbedeutende Sache. Im Zusammenhang mit dem biblischen Text, so auch zur Osterzeit, sei verwiesen auf Matthäus 7.7: „Suchet, so werdet Ihr finden.“ Das Ei ist für die Entstehung des Lebens Grundlage. Wer war zuerst da? Das Ei oder die Henne? Das Bemalen und Verschenken von Ostereiern geht traditionell bis ins 13. Jahrhundert zurück. In manchen Gegenden ist das Eierbemalen zur wahren Kunst entwickelt worden. Auch der Hase ist in engster Verbindung zum Osterfest zu sehen. Seit Ende des 17. Jahrhunderts hat sich der Glaube in einigen Gegenden Deutschlands verbreitet, der Osterhase



lege die Ostereier, und er verstecke sie auch in Gärten und Wiesen, damit sie dort von den Kindern gesucht werden. Bis heute ist dieser Brauch lebendig geblieben, und trotz Computerzeitalter wird diese Tradition auch im neuen Jahrtausend sicherlich nicht auszulöschen sein. Andere Osterbräuche sind zum Beispiel das Eierwerfen und das Eieraneinanderschlagen. Auch anderes Osterbrauchtum wie das Osterwasser knüpft an die kirchliche Symbolik an. Das Osterfest ist in manchen Regionen mit dem Holen des Osterwassers, welches eine besondere Heilkraft besitzen soll und jungen Mädchen Schönheit verleiht, als Ritual nicht wegzudenken. Nebenher haben auch Osterlicht und Osterfeuer große Bedeutung („Ich bin das Licht der Welt.“ Johannes 8.12.). Das Licht als Symbol für Christus ist uns aus dem Johannesevangelium bekannt. Manchen Orts wird in der Osternacht das Osterfeuer entzündet, und der Sieg des Lichtes über die lange Winterfinsternis wird dargestellt. Unabhängig wie sich die weltliche Entwicklung im neuen Jahrtausend vollziehen wird, werden die

Feiertage, insbesondere auch das Osterfest, weiter Fortbestand haben, nicht zuletzt auch aus der kulturellen Tradition heraus. Überdies hat selbstverständlich auch die Nahrungs- und Genussmittelindustrie sowie der allgemeine Markt, schon des Umsatzes wegen, verbindliches Interesse am Überdauern solcher Feiertage. Letztendlich ist der Erholungswert für den Einzelnen maßgeblich.

In diesem Sinne und namens des Redaktionskollegiums wünscht der Autor der geneigten Leserschaft gesunde, erholsame und frohe Osterfeiertage.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Köhren-Sahlis