

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 1/2006

Editorial	Die Lage spitzt sich zu	4
Berufspolitik	Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes	5
	Die neue Weiterbildungsordnung tritt am 1.1.2006 in Kraft	7
	Gesundheitspolitisches Forum in Leipzig	9
	Protesttag der Fachärzte und Arzthelferinnen	10
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2005	12
Gesundheitspolitik	Qualitätssicherung in der Urologie	13
	Sächsisches Neugeborenencreening	
	Ergebnisse 2002 – 2004	15
	Untersuchung von Gewaltopfern	21
	Rauchen und Nichtrauchen in Sachsen	31
	Eine neue Front	35
Leserbriefe	Dr. Ackermann	20
	Dr. Böhme	36
Mittelhefter	Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer	
	Jahresinhaltsverzeichnis 2005	
Hygiene aktuell	Neue Impfempfehlungen für Sachsen ab dem 1.1.2006	33
Buchbesprechung	Praxisleitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen	36
Mitteilungen der Geschäftsstelle	100. Sitzung des Ausschusses Weiterbildung	37
	Fortbildung für Arzthelferinnen „Ambulantes Operieren“	37
	Konzerte und Ausstellungen	37
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	38
Tagungsberichte	Erfolgreiche Arbeit in hausärztlichem Qualitätszirkel	39
	Seniorentreff der Kreisärztekammer Stadt Leipzig	39
Personalia	Unsere Jubilare im Februar	40
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Koch	41
Medizingeschichte	Zur Geschichte des Kropfes im Erzgebirge	42
	Dr. med. habil. Hermann Eck zum 100. Geburtstag	44
	Impressum	45
Kunst und Kultur	Ausstellung: Gerd Küchler	45
Beilagen	Heilberufekammergesetz	
	Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommission	
	Fortbildung in Sachsen – März 2006	

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

Die Lage spitzt sich zu



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Kanzlerrücktritt, Bundestagswahl, Kanzlerin, Koalitionspapier – 2005 war nicht eben von politischer Kontinuität geprägt. Sacharbeit blieb oftmals auf der Strecke, weil Personalpoker wichtiger war. Das neue Jahr verspricht nicht besser zu werden: Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes verschoben, Angleichung der GOÄ nach unten, Malusregelung bei Arzneimitteln. Sieht so eine Gesundheitsreform aus, die eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung garantieren und gleichzeitig Kosten sparen will? Aus ärztlicher Sicht bestimmt nicht, denn die Arbeitsbelastung der Klinikärzte bleibt trotz anders lautender Urteile des Europäischen Gerichtshofes bestehen, die Bürokratie nimmt zu und an der ärztlichen Vergütung wird weiter gespart.

Viele Kollegen hat der Frust über die gesundheitspolitische Entwicklung auf die Straße getrieben, auch in Sachsen gab es an Kliniken und in Praxen Protestver-

anstaltungen. Unsere Patienten reagierten größtenteils mit Verständnis.

Die Arbeitsbedingungen für Ärzte werden auch mit einer Gesundheitsreform 2006 offensichtlich nicht besser. Burn out und Abwanderung in alternative Berufsfelder oder ins Ausland bleiben an der Tagesordnung. Wie wir in Sachsen mit dieser Art der Bundesgesundheitspolitik dem Ärztemangel begegnen wollen, ist fraglich. Bisher hat nur die konzertierte Aktion der sächsischen Selbstverwaltungskörperschaften und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zu einer ersten Linderung der größten Ärzte-Defizite in Kliniken und Praxen geführt.

Die alte und neue Bundesgesundheitsministerin versucht indessen, die Schmerzgrenze der Koalitionspartner auszutesten, indem sie mit nicht abgesprochenen Vorschlägen an die Öffentlichkeit geht. Intern erklärt sie ihren Parteigenossen, wie sie es tatsächlich gemeint hat, zum Beispiel mit der Angleichung der GOÄ. In einem mir vorliegenden Papier schreibt Frau Ulla Schmidt: „Benachteiligt sind Hausärzte und Ärzte in ländlichen Regionen, speziell in den neuen Bundesländern, die keinen nennenswerten Anteil an Privatpatienten behandeln. Eine Lösung dieser Problematik sieht sie in einer verstärkten Anwendung pauschalierter Vergütungen im ambulanten Bereich.“

Was pauschalierte Vergütungen bewirken können, erleben wir derzeit an den Krankenhäusern: Pro Jahr immer mehr Patienten bei kürzeren Liegezeiten und weniger Personal, Behandlung der aus ökonomischer Sicht besten Diagnose. Für Folgekrankheiten ist eine Wiedereinweisung notwendig, und die ambulanten Ärzte müssen die teure Nachsorge übernehmen.

Aus meiner Sicht spitzt sich die Lage insgesamt zu, weil die drängenden Probleme

der Gesundheitspolitik durch die Koalition nur verschoben wurden. Lösungen sind nicht absehbar. In Sachen Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie wird es wohl einen Kompromiss aus beiden Modellen geben. Die Frage ist nur wann? Bis dahin wird am bestehenden unterfinanzierten System zulasten der Patienten und Ärzte herumgebastelt. Leistungsbeschränkungen sind an der Tagesordnung. Aber nicht die Bundespolitiker sondern wir Ärzte müssen sie vermitteln. Damit besteht die Gefahr, dass es mit einem nachgewiesenen weltweit sehr guten Gesundheitssystem in kürzester Zeit bergab geht.

Machen wir Dienst nach Vorschrift, heißt es, wir lassen unsere Patienten im Stich. Deshalb wäre die beste Protestdemonstration eine Demonstration der Patienten. Doch welcher Patient hat schon Lust, sich mit einer Erkrankung auf die Straße zu stellen?

Was also bleibt zu sagen zum Jahresbeginn? Vielleicht so viel: Die Ärzte und die Patienten müssen damit rechnen, dass es zu weiteren Eingriffen in das Arzt-Patienten-Verhältnis kommen wird. Die Selbstverwaltung ist mehr denn je gefordert, ihre am Allgemeinwohl orientierten Berufs- und Standesinteressen in die Waagschale zu werfen. Die Sächsische Landesärztekammer wird verstärkt am politischen Prozess partizipieren und den Kontakt nach Berlin suchen, um spezifische sächsische Probleme zu vermitteln. Und wir Ärzte dürfen bei allen politischen Streitigkeiten einen nicht aus den Augen verlieren: Den Patienten, den kranken hilfsbedürftigen Menschen. Dafür lohnt es sich, noch immer mit Tatkraft und Zuversicht in das neue Jahr zu gehen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes

Der Sächsische Landtag hat am 11. November 2005 die umfassende Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) beschlossen. Das Gesetz zur Änderung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes und des Heilmittelzuständigkeitsgesetzes ist am 26. November 2005 in Kraft getreten. Bereits zuvor wurde in den Anwendungsbereich des Sächsischen Heilberufekammergesetzes mit Gesetz vom 9. September 2005 die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einbezogen.

Auszugsweise wird im Folgenden die Gesetzesbegründung der Änderungsschwerpunkte wiedergegeben:

Die Informationspflichten des § 3 Abs. 3 zwischen den Kammern und Approbationsbehörden erfüllen eine zeitliche Straffung. Gemäß § 291a SGB V Abs. 5a ist die für die Herausgabe des elektronischen Heilberufeausweises (eHBA) zuständige Stelle – also die Heilberufekammern – bei Wegfall der Befugnis zur Ausübung des Berufes verpflichtet, unverzüglich die Sperrung der Authentifizierungsfunktion des eHBA zu veranlassen. Die Kammern sind dabei auf eine unverzügliche Information bei Rücknahme, Widerruf und Anordnung des Ruhens von Approbationen und Berufserlaubnissen durch die Approbationsbehörde angewiesen. Künftig ist die Kammer vor jeder Entscheidung der Approbationsbehörde über die Rücknahme, den Widerruf und die Anordnung des Ruhens der Approbation oder Berufserlaubnis zu hören. Damit soll der spezifische Sachverstand der jeweiligen Berufsvertretung in die Entscheidung der Approbationsbehörde einfließen.

Die in § 5 Abs. 1 Nr. 4 normierte Aufgabe der Kammern, geeignete Maßnahmen zur Gestaltung und Förderung der Fort- und Weiterbildung der Mitglieder zu treffen, wurde konkretisiert. Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ hat der Bundesgesetzgeber in § 95d SGB V für Vertragsärzte eine Pflichtfortbildung eingeführt und bei Nichtbefolgung Sanktionen festgeschrieben. Der Nachweis über die vorgeschriebene Fortbildung ist nach § 95d Abs. 2 SGB V, insbesondere durch Fortbildungszertifikate der Kammern, zu erbringen. Dies gilt gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auch für Krankenhausärzte. In der Gesetzlichen Krankenversicherung soll gemäß § 291a SGB V die elektronische Ge-

sundheitskarte für Versicherte eingeführt werden. Um die Karte lesen zu können und weitere Eintragungen, wie etwa den Impfstatus oder Arzneimittelunverträglichkeiten, vornehmen zu können, bedarf es auf Seiten der Leistungserbringer eines Gegenstückes des eHBA. Nur mit dieser Karte als Schlüssel kann die elektronische Gesundheitskarte genutzt und können Abrechnungen getätigt werden. Nach der Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen obliegt die Ausstellung des eHBA bei den akademischen Heilberufen der jeweiligen Kammer. Diese Aufgabe wurde in § 5 Abs. 1 Nr. 11 aufgenommen.

Mit § 5a wurde die Errichtung einer in ihren Entscheidungen unabhängigen Ethikkommission geregelt. Mit der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) hat der Bundesgesetzgeber die EU-Richtlinie zur Angleichung der Vorschriften über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung klinischer Arzneimittelprüfungen (Richtlinie 2001/20/EG) in nationales Recht umgesetzt. § 40 AMG ist dahingehend geändert worden, dass mit einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels nur begonnen werden darf, wenn die zuvor nach Landesrecht zuständige Ethikkommission eine zustimmende Bewertung abgegeben hat. Durch diese Novellierung des AMG hat das bisherige Votum der Ethikkommission, das nur beratende Funktion hatte, nunmehr als zustimmende Bewertung den Charakter eines Verwaltungsaktes. Der Freistaat Sachsen stellt die Sächsische Landesärztekammer für über eine abzuschließende Haftpflichtversicherung hinausgehende Haftungsansprüche frei.

Aktualisiert wurde auch § 6, Versorgungswerk. Nach der EG-Verordnung 1408/71 haben die Mitglieder von Versorgungswerken dort ihre Beiträge zu zahlen, wo sie aktuell tätig sind, um am Ende ihres Berufslebens eine Gesamtversorgung aus allen Anwartschaften beanspruchen zu können. Die EG-Verordnung 1408/71 sieht dieses System natürlich nur für eine Migration zwischen den EU-Mitgliedstaaten vor. Ein erster Schritt, dieses System auch innerhalb Deutschlands auf alle Versorgungswerke zu übertragen, ist bereits getan, indem ein Großteil der Versorgungswerke die Überleitungsverträge nur noch für so genannte „Minianwartschaften“ (bis 5 Jahre) abschließt. Die Formulierung des § 6 Abs. 4 bringt deutlicher zum Ausdruck, dass es sich bei dem

Vermögen des Versorgungswerkes um ein Sondervermögen handelt, das nur für die satzungsrechtlichen Aufgaben des Versorgungswerkes, nicht jedoch für die sonstigen Aufgaben der Kammern zur Verfügung steht.

Nach § 10 Abs. 3 Nr. 2 ist für die Kammerversammlung nicht wählbar, wer gegen die Grundsätze der Menschlichkeit verstoßen hat oder für das frühere Ministerium für Staatssicherheit gearbeitet hat. Die bisher in § 10 Abs. 5 Satz 2 bis 5 vorgesehene Regelanfrage beim Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes zur Feststellung der Wählbarkeit wird fallen gelassen, da für Mitglieder der Kammerversammlung ohne Leitungsfunktion keine Auskünfte erteilt worden sind. Eine Auskunft wird gemäß §§ 20, 21 Abs. 1 Nr. 6f StUG nur für die Mitglieder des Vorstandes der Kammern und gemäß §§ 20, 21 Abs. 1 Nr. 6d StUG für angestellte Mitarbeiter, die den Status von Beschäftigten im öffentlichen Dienst haben, erteilt.

Gemäß § 13 Abs. 2 darf nicht Mitglied des Vorstandes oder angestellter Mitarbeiter der Kammer sein, wer gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen hat oder für das frühere Ministerium für Staatssicherheit/Amt für nationale Sicherheit tätig war und dessen Beschäftigung im öffentlichen Dienst deshalb untragbar erscheint. Nach der Regelung im bisherigen § 16 Abs. 4 war es nicht statthaft, die ärztliche Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts zu führen. Demgegenüber wurde eine eigenständige Regelung zur Kooperation des Arztes mit anderen Angehörigen der Heilberufekammern und anderer selbständiger und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Angehöriger anderer Heilberufe aufgenommen. Die Verantwortlichkeit des einzelnen Kammermitgliedes für die Einhaltung der Berufspflichten bleibt erhalten.

Nach § 16 Abs. 5 kann die Sächsische Landesärztekammer kann zur Einhaltung der Berufsordnung auch Verpflichtungs- oder Unterlassungsverfügungen gegenüber ihren Mitgliedern erlassen.

Die Umsetzung der Richtlinie 93/16/EWG in Bezug auf die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin und weiterer EWG- und EG-Richtlinien stellt einen Schwerpunkt der Novellierung dar.

Für die Zulassung zur Weiterbildungsprüfung werden in § 20 Abs. 1 die Anforderungen an die vorzulegenden Zeugnisse präzisiert. Die Zeugnisse müssen Aufschluss über den Inhalt, den Umfang und die durchlaufenen Weiterbildungen geben. Die Anforderungen fördern eine inhaltlich strukturierte Weiterbildung. Des Weiteren setzt die Anerkennung aller Weiterbildungsbezeichnungen zwingend eine Prüfung oder ein Prüfungsgespräch voraus.

Nach der Richtlinie 2001/19/EG sind bei der Anrechnung von Weiterbildungszeiten auch die Berufserfahrung und Zusatzausbildungen zu berücksichtigen. Gemäß dieser Richtlinie ist zudem eine außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes absolvierte Weiterbildung entsprechend den Bestimmungen in § 20 Abs. 8 anzurechnen, sofern die Weiterbildung bereits bei einem Vertragsstaat anerkannt worden ist. Die Entscheidungsfristen für Anträge nach § 20 Abs. 6 bis 8 sind ebenfalls in der Richtlinie 2001/19/EG vorgegeben.

In § 21 Abs. 3 wird eine Ausnahme von dem in Abs. 1 normierten Gebot, dass ein Arzt nur auf einem Gebiet, dessen Bezeichnung er führt, tätig werden kann, zugelassen. Diese Regelung soll die notwendige Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachgebiete erleichtern.

§ 22 Abs. 3 Satz 1 dehnt den Grundsatz, dass die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten ganztägig und in hauptberuflicher Stellung abzuleisten ist, auf die Bereiche aus, da eine unterschiedliche Regelung für die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten und der Weiterbildung in Bereichen zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung fachlich nicht begründet ist. Des Weiteren wurde die EU-rechtliche Vorgabe (Anhang I der Richtlinie 93/16 EWG), nach der die Weiterbildungsstellen angemessen vergütet werden, mit aufgenommen.

In der Neufassung des § 22 Abs. 5 wird die Weiterbildung in Teilzeit nicht mehr von dem Vorliegen wichtiger Gründe und von der vorherigen Zustimmung durch die Kammer abhängig gemacht. Dadurch soll die Flexibilität der Weiterbildung erhöht werden. Bei einer Weiterbildung in Teilzeit verlängert sich die Weiterbildungszeit entsprechend, da die Wei-

terbildung inhaltlich und zeitlich einer Weiterbildung in Vollzeit gleichwertig sein muss.

Mit § 23 Absatz 2 Satz 2 werden die Bestimmungen zur Weiterbildungsbefugnis entsprechend der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer auch auf die Weiterbildung in Bereichen ausgedehnt.

Mit der Neufassung des § 24 wird die staatliche Anerkennung von Krankenhäusern als Weiterbildungsstätte für Ärzte nunmehr auf die Kammer delegiert. Die Delegation dieser Aufgabe auf die Kammern führt zu einer Konzentration staatlicher Aufgaben an einer Stelle. Sie trägt zugleich dem Subsidiaritätsprinzip Rechnung, nach dem staatliche Aufgaben auf der untersten Ebene, die die Aufgabe erledigen kann, anzusiedeln sind. Kriterium für die Anerkennung als Weiterbildungsstätte ist allein, ob der weiterzubildende Arzt sich in der Einrichtung mit typischen Krankheitsbildern des Fachgebietes oder Schwerpunktes vertraut machen kann.

Neu gefasst wird in § 29 die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach dem Recht der Europäischen Union. Als Konsequenz aus dem EU-Vertragsverletzungsverfahren 1999/2065 wird die in der Richtlinie 93/16/EWG europarechtlich vorgeschriebene spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin zukünftig nur noch in der Form der von der Ärztekammer in ihrer Weiterbildungsordnung festgelegten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durchgeführt.

Aus der Formulierung des § 29 Abs. 1, dass die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin Weiterbildung im Sinne des Gesetzes ist, ergibt sich die Geltung aller gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Weiterbildung; das heißt die §§ 18 bis 28 gelten auch für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. § 29 Abs. 2 setzt Artikel 14 Nr. 13 der Richtlinie 2001/19/EG um, wonach gemäß Artikel 31 Abs. 1 Buchst. B der Richtlinie 93/16/EWG die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin mindestens dreijährig zu erfolgen hat. Das Nähere regelt die Sächsische Landesärztekammer in ihrer Weiterbildungsordnung nach den Vorgaben der EU-Richtlinie. Es wird klargestellt, dass auch eine längere Weiterbildungszeit als drei Jahre und abschließende Facharztprüfung durch die Weiterbildungsord-

nung, bestimmt werden kann, um von vornherein möglichen Zweifeln an der Zulässigkeit der fünfjährigen Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entgegenzutreten.

Gemäß § 29 Abs. 3 tritt an die Stelle der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Praktische Ärztin“ nach den Vorgaben der Richtlinie 93/16/EWG die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“. Für den Fall der Notifizierung der Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ durch die Bundesrepublik Deutschland ist bereits vorgesehen, dass von deren Veröffentlichung an diese neue Bezeichnung zu führen ist.

§ 29 Abs. 6 ist ebenfalls eine Folge des EU-Vertragsverletzungsverfahrens 1999/2065, wonach allen Personen, die die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach den europäischen Vorgaben absolviert haben, die Facharztbezeichnung zuzugestehen ist. Deshalb wird diesen Personen, die die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Praktische Ärztin“ nach der Richtlinie 93/16/EWG führen, die Möglichkeit eingeräumt, zukünftig die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ zu führen. Zum Nachweis der Berechtigung benötigen sie eine Bescheinigung, die auf Antrag von der Ärztekammer erteilt wird.

Mit § 41 erhält die Kammer die Möglichkeit bei der Verletzung von Berufspflichten durch Kammermitglieder neben der Rüge auch ein Ordnungsgeld bis zu 2.500 Euro zu verhängen. Die Ahndung berufsrechtlicher Verletzungen mit einer bloßen Rüge hat häufig nicht den erforderlichen Verhaltenswechsel der Kammermitglieder zur Folge gehabt. Die Möglichkeit der Verhängung eines Ordnungsgeldes ist deshalb geeignet, die Einhaltung der Berufspflichten mit Nachdruck durchzusetzen, wie die Erfahrungen in anderen Kammerbereichen zeigen. Zudem werden dadurch voraussichtlich die Berufsgerichte entlastet, da die Kammern nicht mehr angehalten sind, sogleich ein berufsgerichtliches Verfahren einzuleiten, wenn das Mitglied sich durch eine Rüge nicht beeindrucken lässt.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Die neue Weiterbildungsordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft

Die novellierte Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (WBO) haben alle Ärzte in Sachsen mit dem Ärzteblatt Sachsen Heft 12/2005 erhalten. Wegen der späten Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) kann unsere WBO, die bereits am 26. 6. 2004 von der Kammerversammlung beschlossen wurde, erst am 1. Januar 2006 in Kraft treten.

Die „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ werden nach der Verabschiedung durch den Vorstand im Internet veröffentlicht (www.slaek.de).

Neue Antragsbögen für die Zulassung zur Prüfung, neue Erhebungsbögen auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis sowie neue Urkunden sind oder werden gedruckt.

Die Prüfungskommissionen bei den Arztbezeichnungen, die bereits in der WBO 1994 bestanden, arbeiten weiter. Für alle neuen und

veränderten Arztbezeichnungen werden neue Prüfungskommissionen berufen.

Auf bedeutsame Neuerungen haben wir bereits in einem ausführlichen Beitrag im Heft 1/2004 des „Ärzteblatt Sachsen“ hingewiesen. Trotzdem wollen wir nochmals auf einige Änderungen (Auswahl!) aufmerksam machen:

- Die Zahl der Arztbezeichnungen wurde von 156 auf 105 reduziert und nur noch nach 3 Kategorien (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatzweiterbildungen) differenziert.
- Alle Bezeichnungen nach der neuen WBO sind führbar und müssen mit einer Prüfung abgeschlossen werden.
- Weiterbildung ist hauptberuflich und mit angemessener Vergütung durchzuführen.
- Zeugnisse haben neben der abgeleisteten Weiterbildungszeit, den erworbenen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten und

der fachlichen Eignung auch Angaben über den zeitlichen Umfang einer Teilzeitweiterbildung und Unterbrechungen der Weiterbildung zu enthalten. Ausführliche Zeugnisse sind jetzt besonders notwendig, weil die bisher geforderte mindestens einjährige Weiterbildung bei Vollbefugten entfallen ist. Bei Verbundweiterbildungsbefugnis ist das Zeugnis von allen am Verbund beteiligten Weiterbildern zu unterschreiben.

- Der Arzt in Weiterbildung hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren.
- Die Anrechenbarkeit von Teilzeitweiterbildung ist jetzt ohne Zustimmung der Ärztekammer möglich, wenn sie den Bedingungen der Vollzeittätigkeit entspricht und mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beträgt.

- In den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Chirurgie, HNO, Pathologie, Pharmakologie wurde die gemeinsame Basisweiterbildung („common trunk“) für mehrere Facharztkompetenzen im jeweiligen Gebiet eingeführt, deren Inhalte auch bei der Facharztprüfung geprüft werden.
- Der bisherige Facharzt für Orthopädie fusioniert mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie der Chirurgie zur Facharztkompetenz „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“ im Gebiet Chirurgie.
- Die Facharztkompetenz „Plastische Chirurgie“ wurde in „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ umbenannt.
- Neben der Anerkennung zur Weiterbildungsbefugnis erfolgt jetzt auch die Zulassung als Weiterbildungsstätte durch die Landesärztekammer.
- Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss bereits bei der Antragstellung für eine Weiterbildungsbefugnis ein gegliedertes Programm über den geplanten Ablauf der Weiterbildung an dieser Weiterbildungsstätte (Rotationsplanung) vorlegen und auch den Weiterbildungsassistenten vor Beginn der Weiterbildung das gegliederte Programm für ihre Weiterbildung aushändigen.
- Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss zukünftig mit seinen Ärzten in Weiterbildung nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch jährlich, ein Gespräch führen, in dem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt wird. Bestehende Defizite werden dabei aufgezeigt. Der Inhalt dieses Gespräches ist zu dokumentieren und dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen!

Zu allgemeinen Übergangsbestimmungen (Auswahl!)

- Alle Kammermitglieder, die bei Inkrafttreten dieser WBO eine Weiterbildung im Gebiet begonnen haben, können diese innerhalb einer Frist von 7 Jahren nach den Bedingungen der bisher gültigen WBO beenden und die Zulassung zur Prüfung beantragen, bei der Weiterbildung in einem Schwerpunkt und einem Bereich innerhalb von 3 Jahren, in einer Fakultativen Weiterbildung oder in einer Fachkunde innerhalb von 2 Jahren (WBO §20 Abs. 4-7).

Zur Beantragung von neu eingeführten Arztbezeichnungen:

Nach § 20 Abs. 8 WBO können Kammermitglieder, die bei Einführung einer neuen Be-

zeichnung nach der WBO **innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten dieser neuen WBO die Anerkennung zum Führen dieser Bezeichnung und die Zulassung zur Prüfung beantragen**, wenn sie in dem beantragten Gebiet, Schwerpunkt oder in der Zusatzweiterbildung regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der jeweiligen Mindestweiterbildungszeit nach der WBO entspricht. Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit dieser Mindestdauer zu erbringen. Aus diesem Nachweis muss auch hervorgehen, dass der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend in der beantragten Arztbezeichnung tätig gewesen ist und dabei umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat. Für die Nachweisführung genügt die Eigendarstellung nicht, diese sollte von einem (sachkundigen) Arzt (Vorgesetzten o. ä.) bestätigt worden sein.

Zum Führen von Bezeichnungen bei hausärztlicher Tätigkeit.

Weil von den 17 Landesärztekammern die novellierte WBO erst in 13 Kammerbereichen in Kraft getreten ist und bisher nur 16 Landesärztekammern den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als zukünftigen Hausarzt beschlossen haben (Hessen bisher nicht), kann die Bundesrepublik Deutschland diese neue Bezeichnung bei der EU noch nicht notifizieren lassen. Deshalb ist nach § 3 Abs. 6 WBO bis zur Notifizierung statt der Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen.

Zur differenzierten Führbarkeit:

1. Facharzt für Allgemeinmedizin:

- 1.1. Kammermitglieder, die diese Arztbezeichnung erworben haben, führen sie fort.
- 1.2. Die neue Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ oder die zugehörige Kurzbezeichnung ist ab dem Tag nach der Veröffentlichung einer von der Bundesrepublik Deutschland gemäß Artikel 41 der Richtlinie 93/16/EWG vom 05.04.1993 (ABl EG Nr.L 165 S.1) geändert durch die Richtlinie 2001/19/EWG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 14.05.2001 (ABl EG Nr.L 206 S.1) notifizierten Mitteilung über den Ersatz der bisherigen Facharztbezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen (§ 3 Abs 6 WBO).

2. Praktischer Arzt (nach dem EU-Recht!),

- 2.1. Kammermitglieder, die die Bedingungen

des Titels IV der Richtlinie 93/16/EWG erfüllen, dürfen (D) bzw. müssen (EU) die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ führen.

Auf Antrag kann bis zum 31. Dezember 2006 hierüber eine Bescheinigung von der Landesärztekammer ausgestellt werden (SächsH-KaG § 29 Abs. 6).

2.2. Die neue Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist nach der Notifizierung (siehe unter 1.2.) als Ersatz der bisherigen Bezeichnung Facharzt für Allgemeinmedizin zu führen. Keine neue Bescheinigung!

3. Praktische Ärzte, die den Titel IV der Richtlinie 93/16/EWG nicht erfüllen, also keine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach dem EU-Recht oder Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin abgeschlossen haben, **aber hausärztlich** tätig sind und die die Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung als „Praktischer Arzt“ erhalten haben,

3.1. dürfen ohne „spezifische“ Bezeichnung“ (zum Beispiel als praktische Ärzte) weiterhin an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Besitzstandswahrung) oder

3.2. können auch zur Prüfung zum „Facharzt für (Innere und)Allgemeinmedizin zugelassen werden (Einzelfallentscheidung nach der WBO §10-Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung)

4. Fachärzte für Innere Medizin, die hausärztlich tätig sind,

4.1. dürfen nach Notifizierung der Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ diese Bezeichnung führen (WBO §3 Abs.7) oder

4.2. können auch zur Prüfung zum „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ zugelassen werden als Voraussetzung für die Ausstellung einer Urkunde mit der neuen Bezeichnung (WBO: Übergangsbestimmungen für das Gebiet Innere und Allgemeinmedizin) oder

4.3. dürfen mit der Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ weiterhin an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Besitzstandswahrung).

Bei Unklarheiten zur neuen WBO wenden Sie sich bitte schriftlich oder telefonisch an das Referat Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer (Leitung: Frau Dr. med. Birgit Gäbler, Tel. 0351 8267313).

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

Gesundheitspolitisches Forum in Leipzig



Podium des gesundheitspolitischen Forums

„Die Koalition hat die Probleme nicht gelöst, sie hat sie nur verschoben“. Mit diesen Worten stieg Dr. med. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, in die Podiumsdiskussion auf dem Gesundheitspolitischen Forum der Kreisärztekammer (KÄK) Leipzig Stadt am 23. November 2005 ein. Und dieser grundsätzlichen Sichtweise schlossen sich die anderen Teilnehmer der Gesprächsrunde vorbehaltlos an. Im Detail gab es dann doch leicht divergierende Auffassungen zur aktuellen Gesundheitspolitik. Vor allem bei der Frage zum neuen Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus folgte ein Schlagabtausch zwischen Dr. Rainer Wedekind, Ministerialdirigent im Sächsischen Sozialministerium, Dr. Stefan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. (KGS) und Dr. med. Stefan Windau. Herr Dr. Wedekind befürwortete die Verlängerung der Ausnahmeregelung für den Bereitschaftsdienst im Krankenhaus, weil dadurch die Fragen der Finanzierung und Besetzung notwendiger zusätzlicher Stellen nicht bis zum Jahresende geklärt werden müssten. Dr. Stefan Helm sieht dagegen die Krankenhäuser im Nachteil, die sich rechtskonform auf das neue Arbeitszeitgesetz vorbereitet haben. „Die Gnadenfrist von einem Jahr wird uns nicht retten“, so Dr. Windau. „Die Sächsische Landesärztekammer wird deshalb weiterhin mit den zuständigen Ministerien und Partnern an Lösungen arbeiten“. Nach Informationen der KGS werden bei Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes 600 bis 1.000 Ärzte zusätzlich in Sachsen benötigt, um die Dienste abzusichern. Für die offene Frage der Anrechnung einer Notärztlichen Tätigkeit auf die Arbeitszeit versprach Herr Dr. Rainer Wedekind eine Klärung bis Ende November.

Unterschiedliche Sichtweisen gab es dagegen nicht bei der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Angleichung der GOÄ. Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt, Bezirksstellenleiter der Kassenärztlichen Vereinigung

Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, brachte es so auf den Punkt: „Die Bundesgesundheitsministerin versucht mit populistischen Äußerungen ihre fachliche Inkompetenz zu vertuschen“. Eine Angleichung erfolge bisher nur nach unten, so der Tenor der Diskussion. Für Sachsen ist aber die GOÄ-Debatte nur ein Nebenschauplatz, weil der Anteil an Privatpatienten gerade einmal 3 bis 5 Prozent beträgt. Viel gravierender ist die Tatsache einer völligen Unterfinanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen. 30 Prozent der Behandlungsfälle eines Hausarztes und bis 40 Prozent der Behandlungsfälle eines niedergelassenen Facharztes werden nicht vergütet. Und die Ärzte in Sachsen erhalten bis zu 20 Prozent weniger Vergütung als die Kollegen in den alten Bundesländern. Daran muss gearbeitet werden. Über diesen Umstand hinweg täuschen konnte auch der Vertreter der AOK Sachsen, Herr Rainer Striebel, nicht, weil doch die AOK Sachsen ein verbessertes Vergütungspaket schnürte und er deshalb für die Proteste der Ärzte kein Verständnis hat.

Bei den Neuen Versorgungsformen wurde vor allem die absurde Bürokratie in allen Bereichen heftig von den Diskutanten kritisiert. Vom Ansatz her sind eine Integrierte Versorgung und die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren sinnvoll, wenn sie an die strukturellen Bedingungen angepasst sind und freie Verträge sowie freie Kooperationen zulassen. Derzeit diene aber die Integrierte Versorgung nur dazu, Keile in die Ärzteschaft zu treiben und die fachärztliche ambulante Versorgung abzuschaffen.

Das Gesundheitspolitische Forum der Kreisärztekammer Stadt Leipzig erwies sich an diesem Abend wieder einmal als eine exzellente Form des politischen Disputs auf sachlicher Ebene. Möglich war dies durch die sehr gute Vorbereitung vom Vorsitzenden der KÄK Leipzig Stadt, Herrn Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller. Trotz kontroverser Ansichten auf dem Podium stand eine gute Argumentation im Vordergrund. Dies war für die rund 200 Gäste der Veranstaltung im Neuen Rathaus in Leipzig wohlthuend, auch wenn sie selbst kaum zu Wort gekommen sind. Moderiert wurde das Podium von Frau Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann vom Deutschen Ärzteblatt. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller plant bereits ein weiteres Podium für November 2006.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Protesttag der Fachärzte und Arzthelferinnen

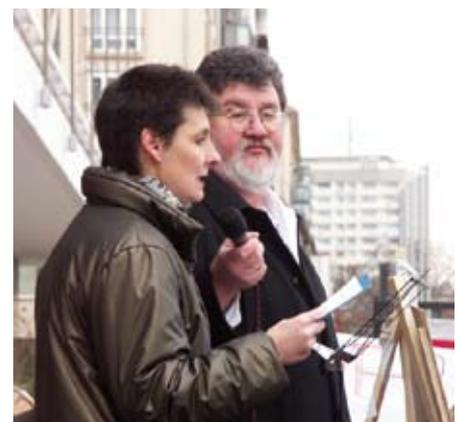


Mit einem Protesttag haben am 30. November 2005 rund 300 Fachärzte und Arzthelferinnen aus ganz Sachsen vor dem Dresdner Kulturpalast auf die Unterfinanzierung des Gesundheitssystems und insbesondere auf die schwierige Vergütungssituation in der Niederlassung aufmerksam gemacht. Die Hauptorganisatoren der Aktion, Herr Dr. med. Eckart Laake von der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände und Frau Sabine Rothe, Präsidentin der Arzt- Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen, begründeten den Protest in ihren Ansprachen mit einer drohenden Entlassungswelle von Arzthelferinnen, wenn die ungleiche Vergütung zwischen Ost- und Westdeutschland bestünde und die Gesundheitspolitiker sogar noch die GOÄ nach unten angleiche. Um die Folgen den Patienten zu demonstrieren, arbeiteten an diesem Mittwoch Vormittag viele Fachärzte ohne ihre Arzthelferinnen.

Die Protestierenden in Dresden hatten auf ihren Transparenten geschrieben: „Uns droht der Praxistod“, „Wir Arztpraxen in Sachsen leisten auch deutsche Wertarbeit“ und „Weg mit der Gesundheitsmauer“. Forderungen nach weniger Bürokratie und geänderten Rahmenbedingungen für eine ärztliche Tätigkeit waren ebenso zu hören. An der Demonstration beteiligten sich auch Hausärzte aus Dresden und Umgebung, obwohl sich der Sächsische Hausärztertetag in Oybin gegen eine Beteiligung ausgesprochen hatte.

Zum Abschluss der Veranstaltung erklärten sich die protestierenden niedergelassenen Fachärzte mit den Klinikärzten und deren Protesten solidarisch.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Frau Sabine Rothe und Herr Dr. med. Eckart Laake vor dem Kulturpalast

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2005

Für den 8. November 2005 hatte der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden zur alljährlichen Mitgliederversammlung geladen. Zirka 70 Gäste fanden sich im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer hierzu ein. Der Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden, Dr. Norbert Grosche, berichtete initial über die Tätigkeit des Vorstandes im vergangenen Jahr. Neben berufspolitischen Erörterungen bildete vor allem die Behandlung und Vermittlung von Patientenbeschwerden und Anfragen sowie die Organisation der Seniorenbetreuung einen Schwerpunkt der Tätigkeit.

Im letztgenannten Bereich wurde den Senioren der Kreisärztekammer Dresden im Berichtszeitraum ein umfangreiches Programm angeboten. Dies umfasste Vorträge in der Kammer zu den Themen „Dresdner Elbtal-UNESCO-Welterbe“, „Aktuelle Aspekte zum Dresdner Kupferstichkabinett“ und „Die Zittauer Bibel und die Zittauer Fastentücher“. Ein weiterer Termin führte zum Vortrag mit Besichtigung der neu errichteten Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin (Direktor Prof. Dr. med. Manfred Gahr) in das Areal des Dresdner Universitätsklinikums. Den Jahreshöhepunkt stellte die Autofahrt der Senioren, die in diesem Jahr nach Lübbenau in den Spreewald führte, dar. Insgesamt 140 Gäste konnten zu diesem Termin begrüßt werden – eine Steigerung unserer Besucherzahlen, die zunehmenden organisatorischen Aufwand bedeutet. Ein Bericht wurde hierzu im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2005, bereits veröffentlicht.

Ebenfalls Würdigung erfuhr der diesjährige Ärzteball, der Ende August – wiederum in der Orangerie Schloß Pillnitz – zelebriert wurde und auch in diesem Jahr, unter dem Motto „Viva la danza!“, auf gepflegtem Tanzboden ein großer Erfolg wurde. Für das nächste Jahr – auf noch größerer Tanzfläche – lud der Vorstand bereits ein.

Seit 2003 fokussiert die Kreisärztekammer auch im besonderen Maße das Thema

„Ärztlicher Nachwuchs“. Hierzu wurde schon im Wintersemester 2003/2004 an der hiesigen Medizinischen Fakultät eine erste Studie initiiert, die im Berichtszeitraum mit einer Folgerhebung im Mai 2005 unter den Studenten des 5. Studienjahres aktualisiert wurde. Die Veröffentlichung der Daten erfolgte als ausführlicher Artikel im Heft 11/2005 des „Ärzteblatt Sachsen“. Die Ergebnisse konnten am 4. Oktober 2005 in einem direkten, einstündigen Gespräch der Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, vorgestellt werden.

Ergänzt wurde der Jahresbericht des Vorsitzenden zu Aspekten der Einführung des neuen EBM in diesem Jahr sowie eine Einschätzung zur aktuellen Situation der niedergelassenen Kollegen.

In der Diskussion des Berichtes reflektierte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die aufgeworfenen Punkte und stellte diese in den Kontext der nationalen Lage im Gesundheitswesen. In eher bedrückter Stimmung wurde der berufspolitische Teil der Veranstaltung beendet.

Umso erfreulicher der diesjährige kulturelle Beitrag: Im letzten Jahr hörten die Gäste an dieser Stelle Interessantes zum Wiederaufbau und zur Restaurierung des Lingnerschlusses sowie zu den Zielen des Fördervereins. In diesem Jahr wurden die Erzeugnisse der darunter gelegenen Weinterrassen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Eröffnet wurde der vinologische Teil vom Männerchor Dresden-Striesen e.V. Unter der Leitung von Susanne Antkowiak erklangen bekannte Chorwerke mit entsprechendem Bezug. Hauptvortragender des Abends war Dr. med. Christoph Altmann, Chefarzt der Herz-Kreislauf-Klinik im Gesundheitspark Bad Gottleuba. In heiterer, aber auch provozierender Art und Weise unternahm er mit den Gästen einen Streifzug zu aktuellen Aspekten von Gesundheit, Ernährung und Alkohol. Auch wenn keine allgemeine Absolution zum (reichlichen) Alkoholge-

nuss erteilt werden konnte, hier gilt wohl Paracelsus: „Allein die Dosis macht das Gift!“. Wohl aber die Erkenntnis, dass ein wenig „Gift“ auf regelmäßiger Basis schon einen Zugewinn an Gesundheit bedeuten kann. Mit einem musikalischen Dreisatz durch den Männerchor wurde zum nächsten Thema übergeleitet: Varietas Delectat – Betrachtungen zu Rot- und Weißwein aus der Sicht der Kunst“. Mit diesem Vortrag unternahm Dr. Michael Nitschke, Klinik für Kardiologie, Herzzentrum Dresden mit den Gästen eine Bilderreise, die vom 15. Jahrhundert bis in die Jetztzeit führte. Zitate von Luther, Goethe ergänzten mit Versen von Eugen Roth die bildlichen Darstellungen. Kontrapunkt hierbei die „Jugendbrigade“ von Werner Tübke, die auf eine Flasche Rotwein an großer Tafel reduziert, mit einer gewissen Skepsis die Situation der sechziger Jahre nach 2005 übertrug. Zumal eben dieses Bild vom Männerchor akustisch mit einem suffizienten Trinkspruch versehen wurde...

Die Veranstaltung setzte sich im Foyer bei einem weintypischen Buffet fort. In rascher Folge wurden Grauburgunder und Weißburgunder vom Weinberg am Lingnerschloss (Winzer Lutz Müller) entkorkt, gelangten selbige erst ins Glas und dann in die Kehlen der anwesenden Gäste, die ganz im Gegensatz zu sonst in entspannter Atmosphäre bis gegen 22.00 Uhr in anregenden Gesprächen Berufspolitik, Privates und Genuss in Gleichklang zu bringen wussten. Auch hier wieder einige musikalische Einlagen passend zum Thema.

In Reminiszenz dieses Abends freuten sich die Organisatoren über die Teilnahme, insbesondere die Anwesenheit auch jüngerer Kolleginnen und Kollegen. Dennoch bleibt zu fragen, warum Standespolitik auch im Jahr 2005 noch insgesamt (zu) wenig Interesse generiert.

Der Vorstand der
Kreisärztekammer Dresden

Qualitätssicherung in der Urologie

5 Jahre externe Qualitätssicherung in der Urologie in Sachsen – was hat es gebracht?

Auf Beschluss des Gesetzgebers wurde ab Mitte der 90er Jahre für zahlreiche operative Disziplinen eine ‚externe Qualitätssicherung‘ eingeführt. Für die Urologie betraf dies die operative Therapie des Prostataadenoms, also transurethrale Resektion und offene Adenomentfernung. Diese Eingriffe wurden von 1998 bis 2003 bundesweit erfasst und ausgewertet. Ebenfalls auf zentralen Beschluss hin wurde diese Maßnahme für die Urologie nun wieder eingestellt.

Man muss sich fragen, was diese Datenerhebung eigentlich gebracht hat. Wurde hier nur sinnloser ‚Datenmüll‘ produziert oder hat diese Maßnahme tatsächlich Qualität ‚gesichert‘ oder gar verbessert? Denn man sollte annehmen, dass dies die Ziele der Maßnahme waren. Es soll versucht werden, diese Fragen aufgrund der in Sachsen gemachten Erfahrungen zu beantworten.

Ganz eindeutig hat die externe Qualitätssicherung Kosten verursacht und zusätzliche Arbeit hervorgerufen. Dies gilt für die Kliniken, aber auch für die übergeordnete Datenverarbeitung und -auswertung wie auch für die mit der Bewertung weiter befassten Gremien. Es entstand also ein nicht unerheblicher Arbeitsaufwand. Auf Klinikebene wurde diese Dokumentationsarbeit ganz überwiegend von ärztlichen Mitarbeitern durchgeführt, deren Dokumentationspflichten in den letzten Jahren ohnehin schon exponentiell angewachsen sind. Die den Kliniken gezahlten Aufwandsentschädigungen pro Fall waren in Relation zum Aufwand gering.

Das Messinstrument war für die Urologie das Modul 14/1. Dieses von der Bundesarbeitsgruppe ausgearbeitete Modul war jedoch mit zahlreichen Mängeln behaftet, welche im Laufe der Anwendung mehrere Veränderungen erforderlich machten. Offensichtlich war man bemüht gewesen, die klassischen Elemente Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Modul 14/1 abzubilden. Dies ist jedoch wenig gelun-

gen und war auch vielleicht nicht der richtige Ansatz. Es wurden zum Beispiel der Ausbildungsstatus des 1. Operateurs wie auch der Instrumentierassistenz erfragt, beides ausgesprochen irrelevante Merkmale im Rahmen einer strukturierten Erfassung der Gesamtqualität. Auch wurde versucht, die Ergebnisqualität des Eingriffes der Adenomentfernung zu bewerten. Dieser Eingriff, ob als TURP oder offene Adenomentfernung ausgeführt, dient dazu, die Funktion der Blasenentleerung zu verbessern. Das funktionelle Ergebnis dieses Eingriffes ist nach der Literatur aber frühestens nach 6, besser erst nach 12 Monaten abschließend zu bewerten. Es muss also gefragt werden, ob die Bewertung von funktionellen Ergebnisparametern während des stationären Aufenthaltes im Rahmen einer bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahme überhaupt sinnvoll ist. Erst 2002 wurde der für die Ergebnisqualität eher relevante Parameter ‚Entlassung mit Dauerkatheter‘ in das Modul aufgenommen (in Sachsen 2002 3,0 Prozent, 2004 3,6 Prozent der Fälle).

Als Beispiele für weitere offensichtliche Mängel im Erhebungsmodul sei die Tatsache genannt, dass in den ersten Jahren nicht zwischen Katheterträgern und anderen Patienten unterschieden wurde, was bei der Bewertung der präoperativen Symptome, der Harnstrahl- und Restharnmessung jedenfalls erforderlich ist. Dieser offenkundige methodische Mangel wurde jedoch erst mit der letzten Korrektur 2002 behoben. Ein weiteres Beispiel ist die fehlende Differenzierung zwischen den beiden grundsätzlich unterschiedlichen Indikationen für eine ‚Nachoperation‘: die Revision aufgrund von Blutungen oder die Nachoperation aufgrund eines funktionell unzureichenden Ergebnisses (hoher Restharn, schwacher Harnstrahl). Obwohl zahlreiche der methodischen Mängel des Erfassungsinstrumentes von Anfang an oder sehr bald der Bundesarbeitsgruppe zur Kenntnis gebracht wurden, wurde hier zu langsam reagiert. Das Resultat war, dass praktisch jedes Jahr veränderte Erhebungsbögen zur Anwendung kamen.

Über die Ergebnisse der jährlichen externen Qualitätssicherung wurde regelmäßig im Einzelnen berichtet. Für das Land Sachsen beteiligten sich die Mehrzahl, jedoch nicht alle urologischen Kliniken an dieser zunächst freiwilligen, später eigentlich verbindlichen Maßnahme (1998 bis 2003 waren dies pro Jahr zwischen 19 und 28 Kliniken in Sachsen, erfasst wurden dabei 1.143 bis 2.842 Eingriffe). Eine vollständige Datenerfassung war also nicht gegeben.

Im Vergleich mit den Bundesergebnissen ergab sich für Sachsen eigentlich jedes Jahr das gleiche Bild: die Ergebnisse waren denen des Bundesdurchschnitts sehr ähnlich und es gab keine gravierenden Abweichungen, geht man davon aus, dass der Bundesdurchschnitt ein sowohl repräsentatives wie auch gutes Maß darstellt. So lag zum Beispiel die Zahl der Komplikationen bei der TURP für 2003 im Bundesdurchschnitt im Median bei 9,9 Prozent, für Sachsen bei 10,03 Prozent (n.s.).

Relativ aussagekräftig erscheinen insgesamt die Daten zur Prozessqualität und relevant sind dabei die zu den Komplikationen. Als Ergebnis für Urologen interessant ist die Tatsache, dass die relevante intraoperative Komplikation des TURP-Syndroms selten vorkam (0,16 bis 0,71 Prozent der Fälle in Sachsen 1999 bis 2003), intra- und perioperative Transfusionen (2,9 bis 4,3 Prozent der Fälle) aber durchaus relativ häufig gegeben wurden. Auch lässt sich eine geringe, aber nicht vernachlässigbare und zeitkonstante Mortalität bei diesen Routineeingriffen feststellen (0,26 bis 0,51 Prozent der Fälle in Sachsen).

Ebenfalls interessant ist der Rückgang des durchschnittlichen stationären Aufenthaltes von 11,3 auf 9,3 Tage von 1999 bis 2003 bei der TURP in Sachsen (bei einer angesichts der DRG-Situation immer noch erstaunlichen Länge).

Erst nachträglich wurden Items zur Qualität der Pflege in das Modul aufgenommen. Ob dies überhaupt sinnvoll war, darf ebenfalls bezweifelt werden. Der Einfluss der von Parametern wie ‚Dokumentation der Pflegeziele‘, ‚Erhebung der Pflege-

anamnese' oder ‚Dokumentation der Pflegeergebnisse' ist möglicherweise für die Strukturierung des Pflegeberufes wichtig, jedoch für die Prozessqualität eines operativen Eingriffes völlig irrelevant. Die Auswertung der Parameter zur Pflege zeigte auch, dass die abgefragten Items keinen diskriminativen Wert besaßen, da die Ergebnisse alle überwiegend zwischen 90 und 100 Prozent lagen, so dass durch Erfragung dieser Parameter kaum Mängel oder Abweichungen aufgedeckt werden können.

Hat die Datenerhebung insgesamt eine Bewertung der Qualität einzelner Kliniken und damit auch die Aufdeckung von Mängeln ermöglicht? Die Daten zur Komplikationsdichte zeigten eine deutliche Streubreite und damit Unterschiede zwischen den Kliniken. So lag zum Beispiel im Jahr 2003 die durchschnittliche Zahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation bei der TURP sachsenweit bei 9,5 Prozent, die Spannbreite der Angaben der Kliniken schwankte dabei zwischen 0 und 53 Prozent. Bei beiden Extremwerten ergibt sich die Frage nach der Anzahl der durchgeführten Eingriffe (diese Korrelation war im Auswertungsmodus leider nicht enthalten) und der Qualität der von den Kliniken angegebenen Daten. Prinzipiell war also eine Differenzierung von Qualitätsunterschieden zwischen verschiedenen Kliniken durchaus möglich.

Die Vorgehensweise des Bewertungsausschusses auf der Ebene der Landesärztekammer beschränkte sich auf die anonymisierte Betrachtung der Ergebnisse. Die einzige Maßnahme bestand darin, dass Kliniken mit erheblichen negativen Abweichungen vom Durchschnitt von der Landesärztekammer angeschrieben und auf diese Abweichungen hingewiesen wurden. Weitere Konsequenzen ergaben sich nicht.

Zu berücksichtigen bleibt auch, dass es sich bei dieser Datenerhebung ja nicht eigentlich um eine ‚externe' Qualitätssicherung, sondern um eine externe Sammlung intern erhobener Daten handelte. Für die Qualität der erhobenen Daten war in jeder Hinsicht die jeweilige Klinik selbst

verantwortlich und diese wurde auch nicht kontrolliert.

Hat diese Form der Qualitätserfassung nun Auswirkungen auf die Qualität gehabt? Bei der anonymisierten Betrachtungsweise der Kliniken wurden diese jährlich unter der gleichen Nummer geführt, so dass Verläufe nachvollziehbar sind. So lag eine Klinik in den Jahren 2000 und 2001 mit einer Transfusionsrate von 11 Prozent bzw. 10 Prozent deutlich über dem Durchschnitt und wurde jeweils auf diesen Umstand hingewiesen. In den Jahren 2002 und 2003 berichtete dieselbe Klinik dann über Transfusionsraten von 1,1 Prozent bzw. 0,8 Prozent, so dass angenommen werden kann, dass hier eine Qualitätsverbesserung herbeigeführt wurde. Eine andere Klinik dagegen dokumentierte gleich bleibend überdurchschnittlich hohe Transfusionsraten von 10 Prozent, 7,6 Prozent, 10,2 Prozent und 8,3 Prozent im gleichen Zeitraum. Eine dritte Klinik hatte 2000 und 2001 die geforderte postoperative Kontrolle des Restharnes unterdurchschnittlich nur in 76 Prozent bzw. 69 Prozent der Fälle dokumentiert, 2002 und 2003 dann aber in 98 Prozent bzw. 100 Prozent.

Insgesamt lassen sich aber an den Daten, von erfreulichen Einzelfällen abgesehen, keine systematischen Veränderungen der dokumentierten Qualität erkennen, weder im landesweiten Durchschnitt (zum Beispiel bestimmter Komplikationshäufigkeiten) noch im allgemeinen Trend aller Kliniken. Möglicherweise ist hierfür der Erfassungszeitraum auch zu kurz gewesen.

Was kann als Ergebnis also festgehalten werden? Die für die Urologie durchgeführte Datenerhebung hat ein Zustandsbild der Prozess- und Strukturqualität der Adenomoperationen in der Urologie erbracht, nicht mehr und nicht weniger. Der Versuch wurde mit einem sehr mangelhaften Instrument vorgenommen, das im Laufe der Anwendung deutlich verbessert wurde, aber noch immer überfrachtet und nicht ausgereift ist. Der unzulängliche Versuch der Bewertung der Ergebnisqualität wurde dabei weitgehend

fallengelassen. Aufgrund der relativen Konstanz der landesweiten Ergebnisse über die betrachteten Jahre kann davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten den tatsächlichen Zustand zutreffend wiedergeben. So sind die erhobenen Zahlen zu Komplikations-, Transfusions- und Mortalitätsraten von großem Interesse, als sie durchschnittliche Realität in Kliniken aller Größen darstellen und nicht die Ergebnisse wissenschaftlich interessierter Kliniken, die ihre Daten publizieren.

Ob diese interne Datenerfassung mit externer Auswertung in der durchgeführten Form wirksam im Sinne einer Qualitätsverbesserung insgesamt ist, muss bezweifelt werden. Nur in wenigen Fällen einzelner Kliniken wurden nachvollziehbar Verbesserungen erreicht, wobei solche auch für die meisten Kliniken aufgrund des Durchschnittsprinzips ja nicht erforderlich waren. Verbesserungen in den Durchschnittszahlen Sachsens waren im Beobachtungszeitraum jedenfalls nicht zu verzeichnen. Festzustellen war allerdings eine abnehmende Dokumentationsqualität vieler Kliniken, die sich zum Beispiel darin ausdrückte, dass der durchschnittliche Prozentsatz der Patienten mit vollständiger Erfassung aller vorgegebenen präoperativen Untersuchungsparameter von 1999 bis 2003 stetig abnahm.

Es ist einerseits bedauerlich, dass die Erfassung jetzt, da diese sich an den meisten Kliniken eingespielt hat, eingestellt wurde. Andererseits ist diese Entscheidung zu begrüßen, da aufgrund der bisherigen Erfahrungen bezweifelt werden muss, ob der Aufwand in einem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen stand. Möglicherweise wäre es sinnvoll, nach einem längeren Intervall die Erfassung zu wiederholen. Dafür aber wären die weitere Überarbeitung des Erfassungsmoduls und eine Verbesserung der Auswertungsbedingungen wünschenswert, um das vorhandene Instrument tauglicher zu machen.

PD Dr. med. Oliver W. Hakenberg
Vorsitzender der fachspezifischen
Arbeitsgruppe Urologie
Ltd. Oberarzt der Klinik und Poliklinik für
Urologie, Universitätsklinikum Dresden

Sächsisches Neugeborenencreening

Ergebnisse 2002 – 2004

Zusammenfassung

Gemäß der sächsischen Vereinbarung über die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen auf endokrine und metabolische Erkrankungen werden in gemeinsamer Veröffentlichung der Screeningzentren Dresden und Leipzig die Ergebnisse des Neugeborenencreenings im Freistaat Sachsen für die Jahre 2002 bis 2004 dokumentiert.

In beiden Zentren erfolgt seit 2002 das erweiterte Neugeborenencreening durch Einführung der Tandemmassenspektrometrie für alle Neugeborenen gemäß den aktualisierten Empfehlungen¹ der Fachgesell-

schaften der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

Maßnahmen zur Sicherung der organisatorischen Qualität sind ausführlich beschrieben. Sie sind an die bestehenden strukturellen Bedingungen gebunden.

Schlüsselwörter: sächsisches Neugeborenencreening, Früherkennungsuntersuchungen, Endokrinopathien, Stoffwechselstörungen

M. Stopsack¹⁾, A. Näke¹⁾, A. Hübner¹⁾, M. Gahr¹⁾,

¹⁾ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

U. Ceglarek²⁾, J. Thiery²⁾,

²⁾ Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinikum Leipzig

P. Bührdel³⁾, R. Pfäffle³⁾, W. Kiess³⁾

³⁾ Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinikum Leipzig

1. Einleitung

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse des Neugeborenencreenings (NGS) der Jahre 2002 bis 2004 aus den sächsischen Screeningzentren Dresden und Leipzig unter den Bedingungen einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Untersuchungsaufträge über eine Fallpauschale der Gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam vor. Er schließt die Darstellung der organisatorischen Bedingungen, der erreichten Ergebnisse und entstehender Probleme bei der Früherkennung behandelbarer metabolischer und endokriner Erkrankungen im Freistaat Sachsen ein. Besonderes Augenmerk erhalten darüber hinaus die Anforderungen der neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen und Ärzte² zum NGS. Eine Qualitätsbewertung nach Screeningkriterien erfolgt über den Zeitraum der letzten sieben Jahre.

2. Screeningumfang und Erfassungsrate

Nach dem Abschluss des bayerischen Modellprojektes zur Erweiterung des NGS durch Tandem-Massenspektrometrie (TMS) wurde dieses zusätzliche Untersuchungsverfahren ab dem Jahre 2002 allen sächsischen Neugeborenen neben den konventionellen Screeningtests zugänglich gemacht. Dies entspricht den aktu-

alisierten Empfehlungen¹ der Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Danach gehören

zum Screeningumfang Untersuchungen auf

1. Störungen des Aminosäurestoffwechsels *
2. Organoazidurien *

Tabelle 1: Umfang des Neugeborenencreening in Sachsen

Erkrankung	Inzidenz (Deutschland 1996 – 2002) ¹⁾	Screeningmethode	Parameter	Grenzwerte
Hypothyreose	1:3716	Fluoreszenz-Immunoassay	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)	15 mU/l
Adrenogenitales Syndrom (21-Hydroxylasemangel)	1:13251	Fluoreszenz-Immunoassay	17-a-Hydroxyprogesteron (17-OHP)	abhängig vom Gestationsalter
Galaktosämie (Galaktose-1-phosphaturidyl-transferasemangel)	1:42035	fotometrische Messung der Enzymaktivität	Galaktose-1-phosphaturidyltransferase (GALT)	< 2,3 U/gHb
Biotinidasemangel	1:97370	Enzym-Substrat-Reaktion	Biotinidase (BIO)	< 30% der durchschnittl. Aktivität
Aminoazidopathien Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA), Ahornsiruperkrankung (MSUD) Fettsäureoxidationsdefekte Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-mangel (MCAD) Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenasemangel (LCHAD), Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenasemangel (VLCAD) Carnitinzyklus-Defekte Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT I), Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT II), Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel (CAT) Organoazidurien Glutarazidurie Typ I (GA I) Isovalerialacidämie (IVA)	1:12249 1:10705	LC/MS/MS (Tandem-Massenspektrometrie)	diagnose-spezifische Leitmetabolite und Marker-kombinationen	abhängig von Lebensalter, Reife und Methode (99,9te bzw. 0,1te Perzentile der Normalverteilung)
kumulativ ohne PKU:	1:8043			
mit PKU:	1:4420			

¹⁾ ZABRANSKY, S. DGNS-Jahresstatistik 2002, Hannover 06.05.2003

(Defekte ohne Angabe der Inzidenz sind seltener als 1 : 100000)

¹⁾ „Richtlinien zur Organisation und Durchführung des Neugeborenencreenings auf angeborenen Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien in Deutschland“, Monatsschr Kinderheilkd 2002;150:1424 - 1429

²⁾ „Änderung der Richtlinien ...über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern ... zur Einführung des erweiterten Neugeborenen-Screenings vom 21.12.2004“, BAnz Nr. 60 (S. 4833) vom 31.03.2005

Tabelle 2: Anzahl und Erfassungsrate der untersuchten Screeningproben

		Dresden	Leipzig	Sachsen	Trend zu Vorjahr	Lebendgeborene in Sachsen, Gesamtzahl	Erfassungsrate	Lebendgeborene mit Wohnort in Sachsen	Erfassungsrate
Probenzahl gesamt	2002	15376	21050	36426	+1,6%				
	2003	15011	21139	36150					
	2004	15705	21589	37294					
Erst-screening	2002	13234	18050	31284	- 6,6%	31803	99,3%	31518	98,4%
	2003	13857	18733	32590	+ 2,7%	32169	101,6%	32079	101,3%
	2004	14026	18850	32876	+ 0,9%	32464	101,3%	33044	99,5%
Zweit-screening *	2002	2142**	3000**	5142**	+ 86,7%				
		284*							
	2003	516*	676*	1192	+ 82,0%				
	2004	592*	697*	768	+ 14,7%				
nicht auswertbar	2002	135	323	458	+ 147,6%				
	2003	63	243	306	- 33,2%				
	2004	45	216	261	- 29,4%				

* Summe kontrollbedürftiger Frühabnahmen < 36 Lebensstunde bzw. < 32 SSW

** Differenz aus Gesamtprobenzahl und Anzahl Erstscreenings

3. Defekte der Fettsäureoxidation und des Carnitinzzyklus *
4. Klassische Galaktosämie
5. Konnatale Hypothyreose
6. klassisches Adrenogenitales Syndrom (AGS)
7. Biotinidase-Mangel

Die derzeit behandelbaren und methodisch zuverlässig erfassbaren Zielkrankheiten *, Untersuchungsverfahren und Grenzwerte sind in Tab. 1 aufgeführt. In Dresden wurde darüber hinaus das seit 1996 innerhalb eines Forschungsprojektes angebotene zweistufige Mukoviszidosescreening als zusätzliche Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen fortgesetzt. Dabei erfolgt primär die Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT) als Marker der Pankreasfunktion. Bei IRT-Erhöhung schließt sich wegen einer für Screeningzwecke ungenügenden Spezifität des IRT der Nachweis von drei CFTR-Genmutationen aus derselben Trockenblutprobe an.

Das Gesamtergebnis von Früherkennungsuntersuchungen ist wesentlich davon abhängig, ob die betreffende Population möglichst vollständig erfaßt wurde. Die Anzahl zugesandter Trockenblutproben wie auch die Zahl der Erstscreenings hat sich, proportional zur Gebur-

tenrate, im Berichtszeitraum leicht gesteigert. Daten zur Erfassungsrate sind in Tabelle 2 angegeben. Die Differenz zwischen Geburtenrate und Anzahl Erstscreenings ist durch die unterschiedliche Erfassungsgrundlage begründet (Geburtenzahl basiert auf standesamtlicher Erfassung nach Wohnort der Mutter, Erstscreening-Anzahl auf Erfassung der zugesandten Proben des Einzugsbereiches). Eine personenbezogene Erfassungsrate ist auf dieser Basis nicht feststellbar. Die Zahl der standesamtlich in Sachsen gemeldeten Geburten entspricht der Zahl der Erstscreenings besser. Die im Jahr 2002 festgestellte Erfassungsrate unter 100% (danach wurden erstmals 519 Neugeborene nicht in Sachsen oder überhaupt nicht gescreent) kann durch Geburten außerhalb Sachsens während des Elbe-Hochwassers erklärt werden. Erfassung und Abgleich der Geburtenbuchnummern der Entbindungskliniken erfolgen in den Screeninglaboratorien. Bei ambulanten Geburten kann das Screeninglabor eine Leerkarte mit den Daten von Mutter und Kind aus der Geburtsklinik erhalten und bei Ausbleiben der zeitgerechten Blutprobe an das Screening erinnern. Allerdings gibt es nach diesem Verfahren keine praktikable Lösung für Hausgeburten. Zusammenfassend

muß festgestellt werden, dass die in beiden Screeninglaboratorien praktizierte Kontrolle der Geburtenbuchnummern und Probeneingänge einen erheblichen Mehraufwand bedeutet und außerdem nicht zuverlässig einen Datenabgleich zwischen geborenen und untersuchten Kindern erlaubt. Eine vollständige Erfassung aller Neugeborenen und des Verlaufs kontrollbedürftiger Ergebnisse im Screening ist, wie im bayrischen Modellprojekt zum NGS gezeigt, nur durch den direkten Datenabgleich zwischen Screeninglabor und Standesämtern realisierbar. Diese Verfahrensweise erfordert einen öffentlichen Auftrag und wird in ihrer Effektivität durch die erforderlichen Bearbeitungszeiten begrenzt. Die zusätzlichen Kosten werden im Projekt mit 1,50 € je Neugeborenes³ angegeben.

3. Zeitpunkt der Blutentnahme, Anzahl und Herkunft der Proben

Mit der Einführung des TMS-Screenings wurde der Zeitpunkt der Probenentnahme auf 48 bis 72 Lebensstunden vorverlegt. Die Früherkennung von Fettsäureoxidationsdefekten ist wegen der zu diesem Zeitpunkt bestehenden katabolen Stoffwechselsituation des Neugeborenen sicherer und es wird Interventionszeit für frühmanifestierende Krankheiten gewonnen. Bei kürzerer Verweildauer von Mutter und Kind in der Klinik ist so eine Screening-Blutentnahme noch vor der Entlassung möglich. Ein technisch sicheres Screening ist, bei einer etwas höheren Rate notwendiger Kontrollen, nach 36 vollendeten Lebensstunden möglich. In Tabelle 3 sind die Ersteinsendungen aufgeschlüsselt nach dem Alter des Kindes zusammengefasst. Im Jahre 2004 wurden 97,0% (Leipzig) bzw. 96,0% (Dresden) der Proben am korrekten Termin entnommen (Tab. 3). Bei 3,1% (Dresden) bzw. 1,4% (Leipzig) der untersuchten Proben erfolgte die Entnahme vorzeitig und bei 0,9% (Dresden) bzw. 1,6% (Leipzig) zu spät. Damit konnte der Zeitpunkt der Blutentnahme auf den optimalen Termin vorverlagert und der Anteil der verspäteten Abnahmen im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gesenkt werden. Allerdings betrug die durchschnittliche Versanddauer der Trockenblutproben zwei bis drei Tage, so dass erst bis zum siebenten Lebenstag bei 98% der Neugeborenen die Untersuchungsergebnisse vorlagen. Maximale Zeitspannen zwischen

³ NENNSTIEL-RATZEL, U., persönl. Mitteilung, DGNS-Jahrestagung 2003, Hannover 07.05.2003

Tabelle 3: Probenentnahmetermin und Probenversanddauer 2002 – 2004

Lebenstag	Alter bei Probenentnahmen für Erstscreening (%)						Alter bei Diagnostikbeginn für Erstscreening (%)					
	Dresden			Leipzig			Dresden			Leipzig		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
1	1,3	2,8	3,1	0,05	1,2	1,45	0,25	0,7	0,7	0,01	0,5	0,2
2	2,9	7,2	6,6	0,5	10,2	13,4	1,8	4,2	3,8	0,9	1,2	1,64
3	72,9	79,9	81,4	68,1	69,1	66,6	12,7	19,0	19,7	9,0	12,5	17,4
4	13,1	8,2	7,2	20,0	16,6	15,3	26,4	32,1	34,3	31,5	34,7	37,0
5	6,2	0,8	0,8	7,2	1,4	1,7	20,9	20,9	21,0	26,9	25,8	24,6
6	1,7	0,3	0,3	1,9	0,6	0,5	17,6	14,1	13,8	17,1	14,9	12,4
7	0,6	0,1	0,1	0,7	0,2	0,2	10,0	6,4	4,8	8,3	6,1	4,4
8	0,2			0,7			4,1	1,4	1,2	3,7	2,0	1,4
9	0,1			0,2			2,1	0,5	0,3	1,7	1,5	0,4
> 9	1,1	0,65	0,45	1,2			0,8	0,6	0,4	1,0	0,8	0,3

Blutentnahme- und Laboreingangsdatum betragen bis zu fünf Wochen. Damit kommt für diesen Einzelfall jeder pathologische Befund zu spät. Weitere Folge zu langer Versandzeiten ist insbesondere bei hohen Sommertemperaturen eine mögliche Inaktivierung von Enzymen in der Blutprobe, wie in Abbildung 1 am Beispiel der Galaktose-1-phosphat-Uridyltransferase dargestellt. Es resultieren falsch kontrollbedürftige Befunde im Galaktosämie- und Biotinidascreening. Im Mukoviszidosescreening kann derselbe Effekt zu falsch normalen Ergebnissen führen.

Häufige Ursachen der teilweise sehr langen Versandzeiten sind einrichtungsinterne organisatorische Hindernisse, fehlende Briefkastenerleerungen am Wochenende, gesammelte Probenzustellung durch private Zustelldienste oder aus Arztpraxen der Umweg über Labor-Kuriere zur Portoersparnis.

0,3% (Dresden) bzw. 1,0% (Leipzig) der Screeningproben waren im Jahr 2004 nicht verwertbar. Damit wurde dieser Anteil durch Schulung der Einsender im Vergleich zu den Vorjahren stetig reduziert. Vor allem unzurei-

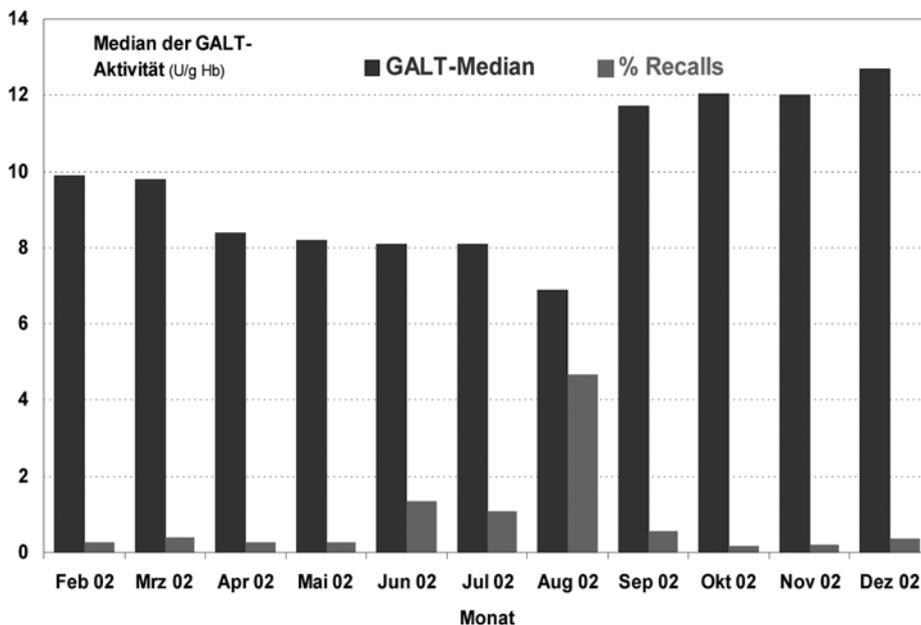


Abbildung 1: Jahreszeitliche Verteilung der GALT-Recalls

chend durchtränkte oder mehrfach betroffene Filterpapierkarten und die o. g. Probeninaktivierung führten zur Anforderung einer Neu-einsendung, die Zeitverzug für das Ergebnis und Kostenanstieg für das Labor bewirken. Häufig sind technische Probleme bei zu seltener Blutentnahme Ursache für eine zu beanstandende Probenqualität. Die zeitlichen Abläufe des Screeningprozesses müssen stärker gestrafft werden. Die Abhängigkeit des Blutentnahmetermins von der Nahrungsaufnahme tritt in den Hintergrund. Besonders für Aminoazidopathien, Organoazidurien und Fettsäureoxidationsstörungen ist eine frühzeitige Behandlung ebenso wie für die klassische Galaktosämie und das Adrenogenitale Syndrom mit Salzverlust maßgebend für den Therapieerfolg.

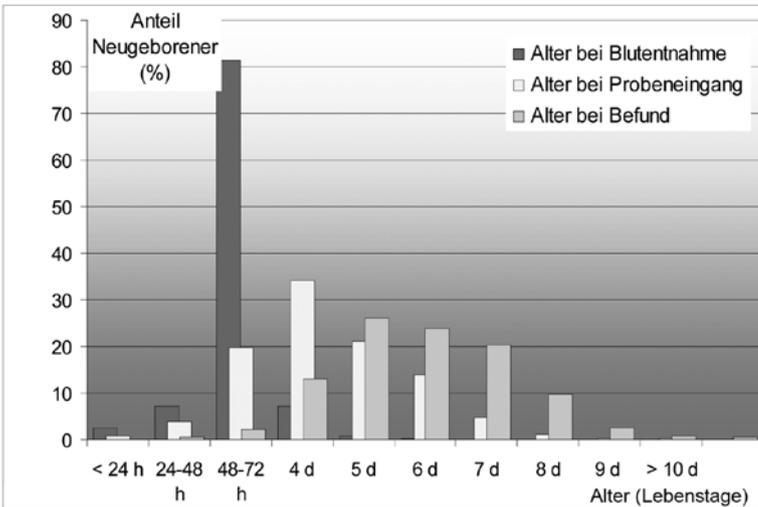
Die Anzahl aller notwendigen Kontrollen – nach auffälligem Erstbefund, nach vorzeitiger Blutentnahme bei ambulanter Geburt oder Geburt vor der 32. Schwangerschaftswoche sowie nach beanstandeter Probenqualität – ist im Zeitraum von 2002 bis 2004 überproportional angewachsen. Größten Anteil daran hat die stetige Vorverlagerung des Blutentnahmetermins (Tab. 3). Das Nachverfolgen kontrollbedürftiger oder auffälliger Ergebnisse und die Vollständigkeitskontrolle der Erfassung (Tracking) ist mit einem kontinuierlich steigenden Arbeitsaufwand für die Screeninglaboratorien verbunden. Als wesentliche Maßnahme zur Sicherung der Prozessqualität ist Tracking aber für den Gesamterfolg des Früherkennungsprogrammes maßgeblich und lässt sich nicht von den eigentlichen Analysen trennen, weil es nur zeitnah und in enger Wechselwirkung mit den Einsendern der Proben sinnvoll und für das jeweilige Kind effektiv ist. Für das Gesamtergebnis des NGS ist Tracking ebenso wichtig wie die Qualitätssicherung der Analytik. Diese Sicherung der Prozessqualität durch die Screeninglaboratorien wird jedoch derzeit in der Richtlinie des GBA² nicht berücksichtigt, obwohl die interdisziplinäre Screeningkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin den Screeninglaboratorien Maßnahmen zur Sicherung der organisatorischen Qualität auferlegt¹.

Für die Qualitätserfassung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung wurden auch in den Jahren 2002 bis 2004 die entsprechenden Qualitätszertifikate nach Teilnahme an nationa-

Tabelle 4: Ergebnisse des Neugeborenen Screenings in Sachsen 2002 bis 2004

Screening auf	Jahr	Erstuntersuchungen		Anzahl Recalls		Recallrate (%)		gesicherte Fälle ¹⁾	
		Dresden	Leipzig	Dresden	Leipzig	Dresden	Leipzig	Dresden	Leipzig
Hypothyreose	2002	13234	18050	16	14	0,12	0,08	4	6
	2003	13857	18733	7	5	0,05	0,03	5	4
	2004	14027	18850	6	5	0,04	0,03	6	5
Adrenogenitales Syndrom	2002	13234	18050	28	61	0,21	0,34	3	3
	2003	13857	18733	8	53	0,06	0,28	1	1
	2004	14027	18850	9	34	0,06	0,18	2	1
Phenylketonurie	2002	13234	18050	16	23	0,12	0,13	1	3
	2003	13857	18733	13	33	0,09	0,18	2	0
	2004	14027	18850	13	13	0,09	0,07	2	5
klassische Galaktosämie	2002	13234	18050	79	43	0,60	0,24	0	0
	2003	13857	18733	33	38	0,24	0,20	0	0
	2004	14027	18850	21	29	0,15	0,15	0	1
Biotinidase-mangel	2002	13234	18050	13	2	0,10	0,01	0	1
	2003	13857	18733	26	1	0,19	0,01	1	0
	2004	14027	18850	13	2	0,09	0,01	4	1
Tandem-MS (ohne PKU)	2002	13234	18050	54	101	0,41	0,56	3	5
	2003	13857	18733	60	74	0,43	0,40	1	1
	2004	14027	18850	59	56	0,42	0,30	1	4

¹⁾ nur Zielkrankheiten lt. Screening-Richtlinien, ohne Hyperphenylalaninämien und milde Galaktosämievarianten



durchschnittl. Lebensstag	Erstscreening allgemein	bestätigte Patienten
Alter bei Blutentnahme	2,60	2,52
Dauer Probenversand	1,78	2,15
Dauer Untersuchungen	1,50	1,60
Alter bei Befund	5,90	5,20
Alter bei Therapiebeginn	entfällt	7,5

Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des NGS im Jahr 2004, bezogen auf Lebensstage aller untersuchten Neugeborenen

len und internationalen Ringversuchen nachgewiesen. Alle Resultate wurden statistisch und wissenschaftlich ausgewertet und einer Erfassung durch die Deutsche Gesellschaft für das Neugeborenen Screening zur Verfügung gestellt.

4. Ergebnisse des sächsischen NGS

Die in den Jahren 2002 bis 2004 erreichten Screeningergebnisse (Tab. 4) zeigen erwartungsgemäß die höchste Inzidenz für die konnatale Hypothyreose (30 Patienten). Mit 11 Fällen für das Adrenogenitale Syndrom und 13 Patienten mit klassischer Phenylketonurie wurden diese Erkrankungen etwa ebenso häufig wie langfristig beobachtet gefunden. Eine Ausnahme hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit stellten 2004 im Dresdener Labor vier Patienten mit gesichertem Biotinidasemangel dar, was sich über einen längeren Screeningzeitraum sicher relativieren wird. Das TMS-Screening ermöglichte die Früherkennung von insgesamt 15 zusätzlichen Patienten und hat damit einen Anteil von 20% an der Gesamtzahl der Patienten.

Auch im Berichtszeitraum konnte ein akzeptables Verhältnis zwischen der Anzahl der gesicherten Fälle und der Zahl der Recallanforderungen (= positiver Vorhersagewert) erreicht werden. Grundsätzlich werden Recallanforderungen erst nach laborinterner Bestätigung des kontrollbedürftigen Screeningergebnisses veranlasst. Von 1061 Neugeborenen mit kontrollbedürftigem Befund hatten 76 eine der gesuchten klassischen Erkrankungen und konnten rechtzeitig behandelt werden (Tab. 4). Der positive Vorhersagewert betrug dafür 7,1 %. Daneben wurden weitere Patienten mit milden Krankheitsvarianten (Hyperphenylalaninämien, Galaktosämievarianten u. a.) diagnostiziert.

Im Vergleich zum konventionellen Neugeborenen Screening vor Einführung der TMS-Untersuchung hat sich die kumulative Recallrate erhöht. Die Vielzahl der mit TMS gemessenen Analyten liegt in unterschiedlichen Konzentrationsbereichen vor, so dass einige Metabolite mehr Kontrollen verursachen als andere und zu einer höheren Gesamt-Recallrate führen. Dank eines qualifizierten Befundungssystems in Form von Standardarbeitsvorschriften der Laborakkreditierung und der Beschränkung auf Zielkrankheiten konnten diese im Zeitraum von 2002 bis 2004 kontinuierlich gesenkt werden.

Tabelle 5: kumulative Ergebnisse des Neugeborenen Screenings in Sachsen 1998 – 2004

Screening auf	Labor	Erstuntersuchung	Recall		Patienten ¹⁾	Inzidenz Sachsen	Spezifität (%)	PPW ²⁾ (%)
			n	%				
Hypothyreose	Dresden	95591	58	0,06	31	1 : 3085	99,97	53,4
	Leipzig	128669	169	0,13	45	1 : 2859	99,90	26,6
	gesamt	224260	227	0,10	76	1 : 2951	99,93	33,5
Adrenogenitales Syndrom	Dresden	96220	474	0,49	12	1 : 8058	99,52	2,53
	Leipzig	128669	565	0,44	8	1 : 16084	99,57	1,41
	gesamt	224889	1039	0,46	20	1 : 11244	99,55	1,92
Phenylketonurie	Dresden	96752	116	0,12	10	1 : 9687	99,89	8,62
	Leipzig	129696	209	0,16	18	1 : 7205	99,85	8,61
	gesamt	226448	325	0,14	28	1 : 8087	99,87	8,61
Klass. Galaktosämie	Dresden	96709	156	0,16	0	k. A.	99,84	0
	Leipzig	129696	296	0,23	2	1 : 64848	99,77	0,68
	gesamt	226405	452	0,20	2	1 : 113202	99,80	0,44
Biotinidasemangel	Dresden	96716	66	0,07	6	1 : 16130	99,94	9,1
	Leipzig	129696	28	0,02	4	1 : 32424	99,98	14,3
	gesamt	226412	94	0,04	10	1 : 22641	99,96	10,6
Tandem-MS (ohne PKU)	Dresden	40895	173	0,42	5	1 : 8214	99,59	2,89
	Leipzig	84826	325	0,38	16	1 : 5302	99,62	4,92
	gesamt	125721	498	0,40	21	1 : 5987	99,60	4,22
kumulativ			2635		157			5,96

Mukoviszidose	Dresden	96792 (IRT)	0					
			1236 (CFTR)	74	0,08	17	1 : 5694	99,94

¹⁾ nur Zielkrankheiten lt. Screening-Richtlinien, ohne Hyperphenylalaninämien und milde Galaktosämievarianten

²⁾ positiver prädiktiver Wert

Außerdem führte die Umstellung des Galaktosämiescreenings durch Enzymaktivitätsmessung, wie sie am dritten Lebenstag erforderlich wird, durch mögliche präanalytische Probeninaktivierung wie unter 3. beschrieben, ebenfalls zu mehr kontrollbedürftigen Ergebnissen als mit der bisherigen Messung der Gesamtgalaktosekonzentration. In den Folgejahren war die 2002 beobachtete jahreszeitliche Zunahme der GALT-Recalls im Dresdener Labor deutlich geringer.

Im 1. Halbjahr 2002 wurde die Bewertung des AGS-Screenings in Dresden auf statistisch berechnete Lebenstag- bzw. Gestationsalterabhängige Grenzwerte bei Reifgeborenen bzw. Frühgeborenen umgestellt. Damit konnten die Kontrolluntersuchungen bei Frühgeborenen und jenen Reifgeborenen mit Blutentnahme zwischen der 37. und 72. Lebensstunde deut-

lich reduziert werden. Mit 0,21 % betrug die Recallrate weniger als ein Sechstel der Vorjahre und erreichte 2003 und 2004 mit 0,06 % die Qualität des Hypothyreosescreenings ohne Verlust an Sensitivität. In Leipzig wird seit 2001 mit gestationsalterabhängigen Grenzwerten für das AGS-Screening gearbeitet.

Ein wichtiges Qualitätskriterium des NGS ist das Alter bei Therapiebeginn (Abb. 2). Bei jenen Neugeborenen, deren sofortige Therapiebedürftigkeit bereits auf Grund des Screeningergebnisses und der Art der Verdachtsdiagnose sicher war, konnte diese in der Regel bis zum 8. Lebenstag eingeleitet werden. Die Qualitätsanforderungen der pädiatrischen Fachgesellschaften, einen Behandlungsbeginn bis zum Alter von 10 Lebenstagen sicherzustellen, wurden damit erfüllt. Einige Erkrankungen aus dem TMS-Screening benötigen jedoch weitere diagnostische Abklärung, wes-

halb in diesen Einzelfällen erst in der zweiten bis dritten Lebenswoche mit der spezifischen Therapie begonnen werden konnte. Ähnlich ist die Situation beim Biotinidasemangel, wo eine mögliche Enzymreife abgewartet werden sollte. Beim Mukoviszidosescreening kann je nach Mutationsnachweis nach der zweistufigen IRT/DNA-Analyse in einigen Fällen erst in einem Alter ab etwa sechs Lebenswochen mit einer sicheren Diagnose auf der Grundlage einer Pilocarpin-Iontophorese gerechnet werden.

5. Qualitätsbewertung nach Screeningkriterien

Die Wiederfindung einer Krankheitsinzidenz entsprechend den wissenschaftlich gesicherten, regionalen Erwartungswerten ist grundsätzliches Qualitätskriterium für das NGS. Um den Einfluß zufälliger zeitlicher Verteilungen zu reduzieren, erfolgte diese Gegenüberstellung auf Basis der kumulativen Ergebnisse der letzten sieben Untersuchungsjahre seit Beginn der gemeinsamen Ergebnisberichte der Sächsischen Screeninglaboratorien (Tab. 5). Es besteht eine sehr gute Übereinstimmung mit den in Deutschland registrierten Krankheitshäufigkeiten für Hypothyreose, AGS, PKU und MCAD (Tab. 1). Biotinidasemangel und Galaktosämie sind deutlich seltener und weichen daher auch stärker von den für Deutschland zur Verfügung stehenden Inzidenzen ab.

Ein Vergleich der Screeninguntersuchungen miteinander erfolgt anhand von Recallrate, Spezifität und Sensitivität (Tab. 5). Angaben zur Sensitivität sind jedoch nicht möglich, da deutschlandweit kein System zur Erfassung von Patienten mit negativem Screeningergebnis existiert und eventuelle Einzelinformationen über „Screeningversager“ keine gesicherte Aussage erlauben.

Hinsichtlich der Screeningkriterien erreicht auch die Früherkennung der Mukoviszidose eine beispielhafte Qualität. Inzwischen ist durch große Studien in Australien und Wisconsin (USA) auch für die Mukoviszidose bewiesen, dass ein möglichst früher Behandlungsbeginn entscheidenden Einfluß auf die Lebensqualität und die Lebensdauer der Patienten hat. Deshalb sollte das Mukoviszidose-Screening unter Beachtung der Krankheitshäufigkeit künftig allen Neugeborenen zugänglich gemacht werden.

6. Schlussfolgerung und Perspektive

Die folgenden Qualitätsmerkmale von Neugeborenen Screenings

- vollständige und frühzeitige Erfassung aller Neugeborenen
- zentrale Untersuchung der Proben einer Region ohne Probensplitting
- rechtzeitige Behandlung der gefundenen Erkrankten in spezialisierten Zentren

wurden im Berichtszeitraum in vollem Umfang erreicht, wie die dargestellten Ergebnisse belegen.

Ein Hauptziel des NGS, die möglichst vollständige Erfassung aller Neugeborenen einer Region mit zeitnahe Tracking der wiederholungsbedürftigen oder auffälligen Ergebnisse wurde erreicht. Allen geborenen Kindern war

damit das vollständige, von den Fachgesellschaften empfohlene Früherkennungsprogramm zugänglich.

Der Screeningbericht 2002 bis 2004 zeigt, dass das NGS im Freistaat Sachsen unter Einhaltung der gültigen Screeningrichtlinien erfolgt. Die hohe und im Bundesvergleich beispielgebende Qualität des sächsischen Neugeborenen Screenings soll weiterhin in enger Kooperation zwischen beiden Universitätsklinik und allen einsendenden Einrichtungen gesichert und verbessert werden. Nicht zuletzt basiert der Erfolg des sächsischen NGS auf der 1998 vertraglich geregelten pauschalisierten Abrechnung der Screeningleistung zwischen den Screeninglaboratorien und den sächsischen Krankenkassen. Unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen für ambulante (EBM)

und stationäre Einsendungen (DRG), wie sie im Rahmen der Screening-Richtlinie des GBA durch den Bewertungsausschuss in diesem Jahr festgelegt wurden, dürfen jedoch keinesfalls die Qualitätsziele des NGS in Frage stellen. Deshalb bleibt zu hoffen, dass das im Freistaat Sachsen etablierte einheitliche Abrechnungsmodell langfristig bestehen bleibt, um wie bisher das NGS effizient für alle sächsischen Neugeborenen durchführen zu können.

Korrespondenzführender Autor:

Dr. rer. nat. Marina Stopsack

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

marina.stopsack@uniklinikum-dresden.de

Leserbrief

Dr. med. Bernhard Ackermann
Dr. med. Gerhild Ackermann
Ernst-Fabian-Straße 10
08058 Zwickau

An das Ärzteblatt Sachsen, Redaktion
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,
als Teilnehmer am 3. Deutsch-polnischen Symposium in Wrocław/Breslau verfolgten wir mit großem Interesse die Ausführungen des Präsidenten der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. n. med. Wojnar, über die berufliche Migration von polnischen Ärzten in Sachsen.

Es wurde von 121 Ärzten berichtet, wovon nur ein Kollege als niedergelassener Allgemeinarzt tätig ist. Obwohl viele Arztsitze in Sachsen vakant sind, wird von den migrationswilligen Ärzten eher eine klinische Tätigkeit bevorzugt, da ein Krankenhaus durch die Anwesenheit mehrerer deutscher Kollegen den sprachlichen Patientenkontakt erleichtert. Außerdem sind in einigen Fachgebieten, wie

zum Beispiel in der Anästhesie, die sprachlichen Kontakte mit dem Patienten weniger intensiv. Bei der ambulanten ärztlichen Tätigkeit ausländischer Kollegen besteht das Problem hauptsächlich in der Überwindung der Sprachbarriere, denn der Patientenkontakt ist unvermeidlich intensiv und ganztägig.

Wir, die wir unsere Allgemeinärztliche Praxis in Zwickau an einen polnischen Kollegen aus Breslau, der dort ebenfalls eine Praxis führte, übergeben haben, können von einer erfolgreichen Weiterführung derselben berichten. Auf Grund von vorhandenen guten Deutschkenntnissen und seinem Bemühen um Vervollkommnung der Umgangssprache ist unserem Praxisnachfolger der Einstieg in die Niederlassung in Sachsen gelungen. Hilfreich war sicherlich, daß er mehrere Wochen sowohl den Praxisablauf als auch die Patienten kennen lernen konnte. So wurden von vornherein mögliche Ressentiments abgebaut. Es kam vielmehr zu angeregten Gesprächen ehemaliger Breslauer mit ihrem neuen Hausarzt, sodaß dessen Befürchtungen, in Deutschland von den Patienten nicht angenommen zu werden,

widerlegt werden konnten. Als sichtbares Zeichen dafür kann beispielsweise der Stadtplan von Breslau in deutscher und polnischer Sprache angeführt werden, der im Ordinationszimmer an der Wand angebracht ist, wo dann über die Straßen und Plätze, über die Oder und ihre Arme oder über die Kirchen und Klöster der gemeinsamen alterwürdigen Heimatstadt erzählt und berichtet wird.

Es ist also erfreulicherweise festzustellen, dass durch diese Praxisübernahme nicht nur eine ärztliche Versorgungslücke geschlossen werden konnte, sondern auch ein Anliegen der Sächsischen und der Schlesischen Ärztekammern unter dem Motto des stattgefundenen 3. Deutsch-polnischen Symposiums „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ in die Tat umgesetzt wurde.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Bernhard Ackermann
Dr. Gerhild Ackermann

Untersuchung von Gewaltopfern

Gemeinsame Tagung der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer und der Institute für Rechtsmedizin Dresden und Leipzig am 24. 11. 2005.

Häusliche Gewalt – ein Thema, das sowohl in der Politik als auch im alltäglichen Leben immer mehr Beachtung findet. Jeder Mediziner, Sozialarbeiter, Polizei- und Justizbeamter und viele andere Menschen werden immer häufiger mit diesem Thema konfrontiert. Und dabei sehen sie alle sicher nur die Spitze des Eisberges. Die Unterscheidung zwischen Folgen tatsächlicher Gewalteinwirkungen oder unfalltypischen Verletzungen ist oft entscheidend für das weitere Vorgehen. Es ist die Frage zu beantworten, was können die mit der Bearbeitung dieser Fragestellung befassten Personen tun, um Opfer von Gewaltstraftaten effizient zu betreuen und zu beraten. Grundlage des Handelns ist immer zuerst eine genaue Befunddokumentation und die Kenntnis des richtigen Handelns bei Verdacht auf Gewalteinwirkungen.

Seit den 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts gibt es mit den Frauenhäusern eine ausgewiesene Unterstützungspraxis bei Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Diese Einrichtungen machten sowohl die gesellschaftliche Verbreitung der Gewalt gegen Frauen als auch ihr Vorkommen in allen Gesellschaftsschichten sichtbar. Gewalt wird als Verletzung sowohl der körperlichen und sexuellen als auch der seelischen Integrität definiert. Und nicht nur Frauen sondern auch Kinder und Männer sind immer häufiger Gewaltstraftaten ausgeliefert. Diese geschehen in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz, aber auch an ganz neutralen Plätzen unseres Lebens.

Opfer von Gewaltstraftaten – seien es Erwachsene oder Kinder – sind oft hilflos und, insbesondere wenn es sich um Handlungen in der Familie handelt, der Nähe des Täters weiterhin ausgesetzt. Für sie ist es besonders schwer, aus diesem Kreis auszubrechen und sich einer anderen, fremden Person anzuvertrauen. Diese Person wird oft ein Arzt sein, von dem sich das Opfer in erster Linie Verständnis, Schutz und Beratung erhofft.

Zur Bewältigung dieser schweren Aufgabe sollte die gemeinsame Tagung der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer und den sächsischen Instituten für



Frau PD Dr. med. habil. Christine Erfurt

Rechtsmedizin Dresden und Leipzig die notwendigen Grundlagen den Ärztinnen und Ärzten näher bringen und wieder ins Gedächtnis rufen.

Das Grußwort der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, wurde von Herrn Ministerialdirigent Einbock übermittelt. Er zeigte die Aufgaben des Sozialministeriums insbesondere bei der Verbesserung der Lebensbedingungen von Familien und Kindern und der Entwicklung von Projekten und Netzwerken zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt auf. Des Weiteren unterstützt das Sozialministerium den Druck eines Flyers mit einer Übersicht von Ambulanzen zur Untersuchung von Gewaltopfern an den sächsischen rechtsmedizinischen Instituten.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. Jan Schulze stellte die Tätigkeit der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ in den Mittelpunkt seines Grußwortes. Hauptaugenmerk der Kommission wird besonders auf die Weiterbildung insbesondere der Ärzteschaft, aber auch aller anderen mit dem Thema häuslicher Gewalt befasster Personen gelegt. Eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung dieser Aufgabe ist der Leitfaden zur Untersuchung von Gewaltopfern mit den Themen Befunddokumentation, Beschreibung von psychischen Auffälligkeiten, mögliche juristische Vorgehensweisen und Hilfsangebote für die Opfer

von Gewaltstraftaten. Dieser Leitfaden ist gerade neu überarbeitet worden und wird 2006 erscheinen.

Ein weiteres Grußwort überbrachte der Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herr Prof. Dr. med. Heinz Reichmann. Er hob die bereits seit vielen Jahren bestehende sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät (unter anderem Gynäkologen, Kinderärzte, Kinderchirurgen, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Rechtsmediziner) bei der Untersuchung von Opfern nach Gewalttaten hervor. Diese Zusammenarbeit muss unbedingt mit anderen klinischen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten weiter ausgebaut werden.

Der Direktor des Dresdner Institutes für Rechtsmedizin, Herr Prof. Dr. med. Jan Dreßler, zeigte die Rolle der Rechtsmediziner bei der Untersuchung von Geschädigten und Tatverdächtigen auf. Hierbei steht neben der Dokumentation der Befunde die Hergangskonstruktion und die Einschätzung der Verletzungen hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit im Vordergrund. Die sächsischen Rechtsmediziner wollen in einer landesweiten Forschungsarbeit die Ursachen der Zunahme der häuslichen Gewalt ergründen und Möglichkeiten der Prävention finden.

Der erste Vortrag wurde gemeinsam von vier Referentinnen gestaltet: Frau Eßbach (Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (KIS) Leipzig), Frau Müller (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt / Gewalt im sozialen Nahraum (DIK) Dresden), Frau Kynast (Sächsisches Staatsministerium für Inneres) und Frau Herrmann (Sächsisches Staatsministerium für Soziales). Die Aufgaben und Möglichkeiten einer Interventions- und Koordinierungsstelle wurden insbesondere der ärztlichen Hörerschaft aufgezeigt. Die Interventionsstellen stehen in der Kette staatlicher Interventionen bei häuslicher Gewalt als Bindeglied zwischen den erweiterten Eingriffsbefugnissen (Wegweisung des Täters aus der Wohnung für eine bestimmte, nach Bundesländern unterschiedlichen, Frist) und den seit 1. Januar 2002 geltenden zivilrechtlichen Schutzmöglichkeiten durch das Gewaltschutzgesetz (vereinfachte Wohnungszuweisung, Kontakt und Näherungsverbote). Ein solches Bindeglied ist notwendig. Ohne schnelle, fachspezifische, opferparteiliche Beratung besteht

die Gefahr, dass Gewaltbetroffene innerhalb der befristeten Zeit der polizeilichen Wegweisung die zivilrechtlichen Möglichkeiten nicht für sich nutzen können, zum Beispiel weil sie nicht über ihre Rechte informiert sind oder auf Grund der Traumatisierung von sich aus nicht den Schritt in eine Beratungsstelle, zu einer Rechtsanwältin oder in ein Frauenhaus schaffen.

Es wurden weiterhin der Lenkungsausschuss der Staatsregierung zur Bekämpfung der häuslichen Gewalt und die bereits bestehenden Beratungsstellen und Frauenhäuser und Kindernotdienste im Freistaat Sachsen vorgestellt. Im Raum Leipzig existiert bereits ein funktionierendes Netzwerk zur Bekämpfung häuslicher Gewalt. Hier arbeiten die Koordinierungs- und Interventionsstelle, Polizeidirektion, Täterberatungen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Kinderschutzzentrum, Juristen und Rechtsmediziner eng zusammen. Es bestehen ein Weiterbildungsprogramm und fallspezifische Besprechungen.

Für die Ärztinnen und Ärzte war es besonders wichtig diese Interventions- und Koordinierungsstellen kennen zu lernen, um ihren Patienten fachliche Hilfe empfehlen zu können. In einem weiteren Vortrag erläuterte Herr Hartel, Richter am Familiengericht Dresden, den Inhalt des Gewaltschutzgesetzes. Insbesondere erläuterte er für den „Nichtjuristen“ verständlich die Hilfsangebote für die Opfer von Gewaltstraftaten.

Die folgenden Vorträge wurden von den sächsischen rechtsmedizinischen Instituten vorgelesen. Im ersten Vortrag (PD Dr. med. Christine Erfurt, Dr. med. Uwe Schmidt, Institut für Rechtsmedizin Dresden) wurde insbesondere auf die sehr genaue Befunddokumentation hingewiesen. Es muss vermieden werden, dass durch eine unzureichende Dokumentation („Prellmarken am ganzen Körper“) eine juristische Nichtverwertbarkeit gegeben sein kann. Die genaue Dokumentation mittels Beschreibung oder Fotodokumentation wurde aufgezeigt. Dieses wurde an Fallbeispielen deutlich gemacht. Eine qualitativ minderwertige Dokumentation darf nicht Ursache für eine juristisch nicht verwertbare Beweissicherung sein. Des Weiteren wurde auf spezielle Differenz-

aldiagnosen (Schütteltrauma, Osteogenesis imperfecta) eingegangen.

Der zweite Vortrag befasste sich mit dem Thema „Sexualisierte Gewalt“ (Dr. med. Böhm, Prof. Dr. med. Werner Kleemann, Institut für Rechtsmedizin Leipzig). Der Nachweis von Sexualdelikten gestaltet sich in der Regel bedeutend schwieriger. Dies ist insbesondere bedingt durch die Arten des sexuellen Missbrauchs, der sehr oft keinerlei Spuren hinterlässt. Die Aufgaben des Arztes zur effizienten Spurensicherung wurden aufgezeigt. Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Beurteilung von Verletzungen ist die Unterscheidung zwischen fremd- und selbstbeigebrachten Verletzungen wurden an Fallbeispielen deutlich gemacht.

Im dritten Vortrag (Dr. med. Thiele, Dr. med. Uwe Schmidt, PD Dr. med. Christine Erfurt, Institut für Rechtsmedizin Leipzig, Außenstelle Chemnitz und Institut für Rechtsmedizin Dresden) wurden die Erscheinungsbilder der häuslichen Gewalt und deren Epidemiologie demonstriert. Das juristisch richtige Vorgehen bei Verdacht auf eine Gewalteinwirkung wurde dargelegt. Die Ärzteschaft muss an einer beweisicheren Befunddokumentation interessiert sein. Die juristische Verwertbarkeit der medizinischen Befunde wurde an Fallbeispielen erläutert.

Auch wenn die juristische Beurteilung nicht immer der ärztlichen Einschätzung entspricht, darf eine mangelhafte medizinische Dokumentation nicht Ursache einer juristischen Nichtverwertbarkeit sein.

An der Tagung nahmen insgesamt 143 Personen teil (Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken und Praxen sowie im Ruhestand, Medizinstudenten, Ärztinnen und Ärzte aus Gesundheits- und Jugendämtern, Mitarbeiter von Ministerien und Beratungsstellen, Juristen, Rettungsdienstmitarbeiter und andere). In der anschließenden, sehr regen und fachkompetenten Diskussion konnte zu sehr praxisnahen Fragen der Teilnehmer Stellung genommen werden. Insbesondere juristische Unsicherheiten wurden einer Klärung zugeführt. Es wurde nochmals das Hilfsangebot der rechtsmedizinischen Institute bei Problemfällen und juristischen Fragestellungen bekräftigt sowie die

Befürchtung, dass eine Konsultation der Rechtsmedizin immer eine Anzeige bei Polizei oder Staatsanwaltschaft beinhaltet, ausgeräumt. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in jedem Fall notwendig.

Diese Tagung wird auf Grund der positiven und auch kritischen Anmerkungen der Tagungsteilnehmer und des geäußerten Wunsches von an der Teilnahme verhandelter Kollegen eine Wiederholung finden.

PD Dr. med. habil. Christine Erfurt
Kommission „Gewalt gegen
Kinder/Misshandlung Minderjähriger“
Sächsische Landesärztekammer

Hinweis: Die Sächsische Landesärztekammer und das Deutsche Hygiene Museum in Dresden führen zum gleichen Thema eine Veranstaltungsreihe mit dem Titel „Häusliche Gewalt – Sinnvoll helfen“ durch. Die Reihe richtet sich vor allem an Ärzte, Sozialarbeiter, Erzieherinnen, Jugendämter und Pflegekräfte. Die Vorträge finden alle im Deutschen Hygiene Museum in Dresden statt.

15. März, Mittwoch, 19.00 Uhr
Häusliche Gewalt erkennen – Untersuchungsmöglichkeiten der Rechtsmedizin
Dr. med. Uwe Schmidt, Institut für Rechtsmedizin, TU Dresden

22. März, Mittwoch, 19.00 Uhr
Häusliche Gewalt erkennen und was dann? Möglichkeiten der Hilfe für Opfer
Dr. med. Uwe Schmidt, Institut für Rechtsmedizin, TU Dresden

29. März, Mittwoch, 19.00 Uhr
Kinder als Opfer häuslicher Gewalt
PD Dr. med. habil. Christine Erfurt, Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden, Vorsitzende der Kommission „Gewalt gegen Kinder/ Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer

Ärzte erhalten für die Teilnahme pro Veranstaltung zwei Fortbildungspunkte.

Rauchen und Nichtrauchen in Sachsen

Ein Workshop „Rauchen und Nichtrauchen in Sachsen“ wurde vom Ausschuss „Prävention und Rehabilitation“ der Sächsischen Landesärztekammer im Rahmen des 1. Nationalen Präventionskongresses vom 1. bis 2. Dezember 2005 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden organisiert.

Die Diskussion um die Notwendigkeit einer breiten Präventionsarbeit als gleichwertige ärztliche Aufgabe ist vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung, Morbidität und der gewünschten Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung in eine neue Dimension eingetreten.

Bislang wurde und wird dieses wichtige Gebiet ärztlicher Tätigkeit, welches einen breiten gesellschaftsübergreifenden Ansatz erfordert noch immer unterschätzt. Der Entwicklungsbedarf dieses Fachbereichs wurde von den Tagungsleitern, Prof. Dr. Wilhelm Kirch, Dresden und Prof. Dr. B. Badura, Bielefeld, zum Anlass genommen, mit diesem 1. Nationalen Präventionskongress einen breiten wissenschaftlichen Dialog zu ermöglichen, Ergebnisse zu diskutieren und neue Ziele abzustecken. Gleichzeitig sollten die Träger der Sozialversicherungssysteme, der öffentliche Gesundheitsdienst und die Arbeits- und Betriebsmedizin in diesen Diskurs eingebunden werden. Es wurde die Hoffnung verbunden, auch die finanzielle Förderung dieses zunehmend wichtigen Arbeitsbereiches durch breitere Aufmerksamkeit zu verbessern. Veranstalter der Tagung waren die Deutsche Gesellschaft für Public Health, (DGPH), der Deutsche Verband für Gesundheitswissenschaften (DVGPH), der Verband Deutscher betriebs- und Werksärzte (VDBW), der Bundesverband des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) und der Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Tagungsort war an beiden Tagen das Deutsche Hygiene-Museum Dresden mit geschichtsträchtigen Bezug zu präventiven Aspekten. An beiden Veranstaltungstagen fand eine Plenarveranstaltung statt, an die sich parallele Workshopsitzungen anschlossen. Ergänzt wurde das Angebot durch eine umfangreiche Posterausstellung. Zur Eröffnungsveranstaltung sprachen prominente Gäste wie die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz; zur internationalen Lage Dr. Berglind Asgeirsdóttir, Vizepräsidentin der OECD, Paris; zu Erwartungen an ein GKV-Präven-

tionsgesetz Herr von Stackelberg, stellvertretender Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die Plenarveranstaltung des Folgetages wurde von der Posterpreisverleihung, einem Bericht zur Primärprävention, einem Vortrag zur Geschichte der Prävention und des Hygiene-Museums Dresden, einer Vorstellung des Programms zur sozialkompensatorischen Prävention der Deutschen Betriebskrankenkassen sowie einer Standpunktdarlegung zum Thema „Gesundheitsberatung als Ärztliche Aufgabe“ (Referent: Dr. Rudolf Henke, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer) gestaltet. Der umfangreiche Inhalt der Workshops sowie die Zusammenfassungen der Poster können in der zeitgleich erschienenen Ausgabe des Journal of Public Health, Vol. 13, Suppl 1, November 2005 nachgeschlagen werden. Parallel dazu erschien im gleichen Journal eine Zusammenfassung wichtiger Beiträge. Von Springer wurde darüber hinaus zur Tagung eine Sammlung wichtiger Referate in Buchform vorgelegt. Vor diesem publizistischen Hintergrund wird die Dimension der (noch ungelösten) Probleme mehr als deutlich.

Ein nicht unwesentlicher Teil der Präventionsarbeit ist die Beachtung des bestehenden Suchtverhaltens in der deutschen Bevölkerung. Eine besondere Rolle fällt hierbei dem Nikotinkonsum zu. Er gilt auch für fortgesetztes Suchtverhalten als Einstiegsdroge. Eine Vielzahl von diagnostischen und interventionellen Ansätzen existiert hierzu im Freistaat Sachsen. Der Ausschuss für Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer (Vorsitzender: PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel) bemühte sich im Vorfeld des Kongresses um Ausrichtung eines Symposiums zur Darstellung der vielfältigen Aktivitäten im Freistaat. Die Organisation erfolgte durch Dr. med. Christoph Altmann (Chefarzt Herzkreislaufklinik, Gesundheitspark Bad Gottleuba), Dr. Agathe Maurer (Ärztin in der Geschäftsführung, Sächsische Landesärztekammer) sowie Dr. med. Michael Nitschke (Herzzentrum Dresden, Medizinische Klinik/Kardiologie).

Als Ziel setzte sich der Veranstalter eine Darlegung von 5 bis 7-minütigen Kurzstatements zu Problemen, erreichten Ergebnissen und offenen Fragen im Zusammenhang von Rauchen und Nichtrauchen in Sachsen. Geladene weitere Referenten waren der Leiter des Fachbereichs Prävention der AOK Sachsen, Dr. J. Heusinger; Frau Steffi Michel als Vertreterin des Staatsministeriums für Soziales; Frau Kers-

tin Schnepel von der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLFG), der Leiter der Raucherambulanz der TU Dresden, PD Dr. Stephan Mühlig, Prof. Dr. Ekkehart Paditz (Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden), ChA Dr. Clemens Baumeister, Klinik für Psychosomatik, Gesundheitspark Bad Gottleuba sowie Dipl.-Med. Peter Ullrich als Vertreter niedergelassener Ärzte (der ambulanten Versorger). Gemeinsam wurden in der verbleibenden Zeit die Statements diskutiert und neue Verbindungen aktiviert.

In seiner Eröffnung als Vorsitzender des Symposiums wurden von Dr. Christoph Altmann die bisherigen Aktivitäten kurz reflektiert und die Referenten vorgestellt.

Dr. Jürgen Heusinger hob in seinem Statement die Rolle der AOK Sachsen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung hervor. Die Krankenkasse unterstützt die Arbeit der Suchtberatungsstellen und sorgte in den vergangenen beiden Jahren dafür, dass in allen sächsischen Beratungsstellen aktuell ein Angebot zur Tabakentwöhnung vorliegt. Über das Bildungszentrum der AOK Sachsen wurden hierzu die Mitarbeiter der Beratungsstellen geschult. Auch die Nichtraucheraktivitäten und Gesundheitsvorsorge wird durch eine mobile Beratungsstelle in den Betrieben und Einrichtungen im Freistaat unterstützt. Die AOK Sachsen wird selbst als „Rauchfreies Unternehmen“ akkreditiert und sieht ihre Schwerpunkte in Zukunft insbesondere in der Intervention und Prävention des Suchtverhaltens Jugendlicher. Daten zum Ausmaß des Tabakkonsums in Sachsen wurden durch Steffi Michel vorgestellt. Obwohl der allgemeine Tabakkonsum in Deutschland insgesamt auf dem Rückzug ist, gilt diese Entwicklung nicht für die Neuen Bundesländer. In der Gruppe der 17 bis 25-Jährigen nimmt er im Vergleich weiter zu. Die frühere Dominanz der Männer im Rauchkonsum wurde an die Frauen abgegeben. Gleichzeitig erwächst aus diesen Daten die Furcht vor Folgerkrankungen, da mit der hohen Prävalenz bei 17 bis 25-Jährigen eine breite Gruppe der Bevölkerung ohne Intervention mit Latenz darauf zusteuert.

Des Weiteren wurde über die Aktion „Rauchfreie Schulen“ berichtet. Hier wird von einer Zielvorgabe von 75 Prozent in zwei Jahren ausgegangen. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist das Erreichen einer Rauchfreiheit in sächsischen Krankenhäusern und Kindertagesstätten. Im Nebensatz wurde auf die bereits beste-

hende Dienstordnung des Freistaates Sachsen hingewiesen, in der das Rauchen in Diensträumen bereits untersagt ist. Sollten die Zielvorgaben in zwei Jahren nicht zu erfüllen sein, wird der Gesetzgeber über entsprechende Sanktionen beraten.

Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SFLG e.V.) versteht sich als Koordinator von Projekten im präventiven Bereich. Frau Kerstin Schnepel berichtete hierbei besonders über Schulen, die sich dem Projekt „Be smart don't start“ angeschlossen haben. Hier sollen bundesweit 12.000 Klassen mit insgesamt 320.000 Schülern erreicht werden, die dann im Klassenverband geschlossen einen Rauchverzicht von sechs Monaten einhalten sollen. Dies erscheint auf den ersten Blick nicht weiter bedeutsam, verdeutlicht man sich jedoch das für Schüler extrem niedrige Einstiegsalter von 11,5 Jahren, wird die Bedeutung solcher präventiven Projekte deutlich.

Den Blick aus der angewandten Seite der Tabaksentwöhnung wurde von PD Dr. med. Stephan Mühlig von der Raucherambulanz der TU Dresden (Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie, Prof. Dr. Hans-Ullrich Wittchen) dargestellt. Als Hochschullehrer mit professioneller Powerpoint-Präsentation ausgerüstet, überzeugte die Anwesenden vom Konzept der Raucherambulanz, der verwendeten Methodik und präsentierte erste Kurzzeitergebnisse. Diese liegen mit den kurzfristigen Entwöhnungsraten über dem allgemeinen bundesweiten Durchschnitt verschiedener anderer Projekte. Die Langzeitevaluierung bleibt abzuwarten, da die Ambulanz erst im April eröffnet wurde. In einer vorab durchgeführten Studie berichtete Dr. Mühlig über eine Evaluation von 1.000 Arztpraxen mit 30.000 Patienten zur Nikotinproblematik. Als besorgniserregend wurde dabei die Tatsache gewertet, dass 80 Prozent der befragten Ärzte keine genaue Kenntnis zu örtlichen Beratungsstellen haben.

Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin steht für das Erfolgskonzept des Rückgangs des „Plötzlichen Säuglingstodes“ in Sachsen. Rauchen ist hierbei bis zu 30 Prozent am Säuglingstod beteiligt. Seit 1999 gibt es deshalb ein proaktives Raucherberatungstelefon für Schwangere und junge Mütter. Es ist das deutschlandweit erste seiner Art. Die Erfolgsraten sind beachtlich. Bei telefonischem Kontakt konnte bei

40 Prozent innerhalb 14 Tage ein Stopp des Nikotinkonsums, bei 20 Prozent eine deutliche Reduktion des bestehenden Abusus erreicht werden. Das Beratungstelefon bietet eine telefonische Nachsorge bis zu einem Jahr nach Änderung der Rauchgewohnheiten. Als Hauptrisikofaktor für fehlenden permanenten Erfolg und für den Rückfall wurde hierbei der weiter rauchende Partner identifiziert. Prof. Dr. med. Ekkehart Paditz empfahl das Problembewusstsein durch gezieltes Nachfragen in der Sprechstunde zielgruppenorientiert zu schärfen.

Dr. Clemens Baumeister fokussierte in seinem Beitrag besonders auf die zugrunde liegenden Mechanismen des Beginns und der Erhaltung der Tabakssucht. Auch der eigene Arbeitgeber hat sich hierbei zur Rauchfreiheit bekannt. Dr. Baumeister wies besonders auf die Wettbewerbsvorteile rauchfreier Unternehmen hin und proklamierte die Nichtraucherphilosophie als Unternehmensvorteil.

Dipl.-Med. Peter Ullrich von der kardiologischen Gemeinschaftspraxis Görlitz stellte die Probleme des Rauchens und Nichtrauchens anhand einer Fallvignette der vergangenen Nacht vor. Ein Drittel der Patienten sind über 70 Jahre und in der überwiegenden Mehrheit Ex-Raucher oder Nichtraucher. Problematisch erscheint der fortgesetzte Nikotinabusus trotz stattgehabtem Indexereignis (zum Beispiel Herzinfarkt) vor allem aber der Nikotinabusus des jungen Patienten. Es wurde nochmals auf den Rauchverzicht hingewiesen, der bei 3-jähriger Abstinenz das Risiko für akuten Herzinfarkt auf das Risikoniveau des Nichtrauchers senkt und damit effektiver als jede medikamentöse Therapie ist. Die Rolle der Ärzte wurde in diesem Zusammenhang von Herrn Ullrich bejaht, er sieht jedoch angesichts der hohen Arbeitsdichte und der überbordenden Bürokratie in der niedergelassenen Praxis nur geringe Handlungsspielräume.

Abschließend verdeutlichte Dr. med. Michel Nitschke vom Herzzentrum Dresden die Problematik des Patienten als Raucher nach Herzinfarkt auf der Intensivstation. Neben der raschen und nachhaltigen Behandlung lässt, vergleichbar der Situation der niedergelassenen Kollegen, der hohe Durchsatz an Patienten und die vermehrten Anforderungen an Dokumentationsaufgaben die Möglichkeiten der sprachlichen Interventionen nur beschränkt zu. Zudem weist ein Teil der Mitarbeiter einen eigenen Nikotinabusus auf, mit dem der durch jüngste Erlebnisse generierte – nunmehr Ex-

Raucher-Patient – möglicherweise eine Re-Exposition erfährt. Des Weiteren wurde kurz über die Ergebnisse der Befragung der Teilnehmer aller sächsischer Herzsportgruppen zum Rauch und Gesundheitsverhalten aus dem vergangenen Jahr berichtet. Hierbei konnte erfreulicherweise nur in einer sehr kleinen Minderheit ein fortgesetzter Nikotinabusus eruiert werden.

In der anschließenden Diskussion wurde die Verdichtung des Beratungsnetzes gewürdigt. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass „Entwöhnwillige“ mitunter mit langen Wartezeiten rechnen müssen und damit die Bereitschaft zur Beendigung des Abusus wieder sinkt. Ein Diskussionspunkt aus dem Publikum war die Rolle der Betriebsärzte in der Tabakentwöhnung, die im Rahmen des Symposiums keine eigene Würdigung erhielt. Die Anwesenden teilten die Meinung des Diskutanten. Bereits im Vorfeld wurde von Dr. Heusinger die enge Zusammenarbeit mit der Krankenkasse bei Vor-Ort Beratung referiert. Ebenfalls anwesend, eine Vertreterin des Aktionsbündnisses „Rauchfreies Krankenhaus“: Sie berichtete über Angebote des Bündnisses und bot Vermittlung von „erfolgreichen“ Einrichtungen zum Erfahrungsaustausch an.

Beispielhaft ist Deutschland im Evidenzbasierten Ordnungsverhalten von Medikamenten nach kardiovaskulären Ereignissen. Dennoch existieren im Jahr 2005 neben der leitlinienkonformen Empfehlung der Beendigung des Nikotinabusus noch keine verbindlichen Programme, dies den betroffenen Patienten zu erleichtern. Neben diesen sekundärpräventiven Ansätzen sollte der Primärprävention in der ärztlichen Tätigkeit eine stärkere Rolle zukommen. Gleichzeitig wurde diskutiert, inwieweit durch Implementierung eines geeigneten Bonussystems durch die Krankenkassen ein weiterer Anreiz zum nachhaltigen Nikotinverzicht erreicht werden kann.

Die Veranstaltung zeigte beispielhaft, dass bislang eine Vielzahl von Aktivitäten im Gebiet des Freistaates Sachsen existiert. Eine geeignete Form des gemeinsamen (häufigeren) Austausches von Ergebnissen, Erfolgen und Unerfreulichem sollte in Zukunft angestrebt werden.

Dr. med. Michael Nitschke
für den Ausschuss Prävention und Rehabilitation
der Sächsischen Landesärztekammer

Neue Impfempfehlungen für Sachsen ab dem 1. Januar 2006

1. Pneumokokkenstandardimpfung für alle Säuglinge und Kleinkinder

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) hat auf ihrer 26. Sitzung am 11.11.2005 die Standardimpfung für alle Säuglinge und Kleinkinder ab dem 3. Lebensmonat bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit konjugiertem Pneumokokkenimpfstoff empfohlen. Sie folgte damit dem Beispiel anderer Industrienationen: USA seit 2000, Luxemburg und Österreich seit 2004, Australien und verschiedene Provinzen in Kanada 2005. In Frankreich besteht eine umfassende Risikoempfehlung, die bis zu 80 % eines Geburtsjahrganges umfasst; für Italien und gesamt Deutschland ist diese Empfehlung in Kürze vorgesehen.

Im Folgenden soll diese Entscheidung begründet werden:

Die 90 beschriebenen Serotypen des Streptokokkus pneumoniae definieren sich über ihre äußeren Kapselpolysaccharide (Bakterienhülle). Der Infektionsverlauf unterscheidet sich von Serotyp zu Serotyp je nach Virulenz und Infektiosität. Ausgehend von lokalen Infektionen meist des oberen Respirationstraktes kann es zu invasiven Erkrankungen (Bakteriämie, Sepsis, Meningitis) kommen, die mit hoher Letalität und Komplikationsraten (Dauerschäden) einhergehen.

Da Pneumokokken und damit potentielle Infektionsquellen beim Menschen weit verbreitet sind – bis 60 % der 3-jährigen Kinder in Kindergärten sind asymptomatische Träger – kommen klassische Bekämpfungsmaßnahmen wie Isolierung und Unterbrechung der Übertragungsmechanismen nicht in Betracht. Für Erwachsene steht seit langem eine Polysac-

charidvakzine als wirksame Immunprophylaxe zur Verfügung (1946 6-valenter, 1977 14-valenter, 1984 23-valenter Pneumokokkenpolysaccharidvakzine lizenziert).

Eine allgemeine Impfempfehlung mit diesem Impfstoff wurde 1998 für Erwachsene ab dem 60. Lebensjahr in Deutschland und in Sachsen ausgesprochen.

Seit dem Jahr 2000 steht nun ein konjugierter Impfstoff zur Verfügung, der auch bei Säuglingen und Kleinkinder unter zwei Jahren einen zuverlässigen Schutz gegen Pneumokokkeninfektionen bietet. Die bisherige Strategie der Impfung nur der Säuglinge mit vermeintlichen Risikofaktoren hat nicht zum erwünschten Erfolg geführt. Die Analyse der an invasiven Pneumokokkeninfektionen Erkrankten der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass nicht alle Risikofaktoren für diese Erkrankung außer dem Lebensalter mit Sicherheit zu benennen sind. Mithin kann nur die Immunprophylaxe aller Säuglinge zum gewünschten Erfolg führen.

Als Ziele dieser neuen Standardimpfung müssen genannt werden:

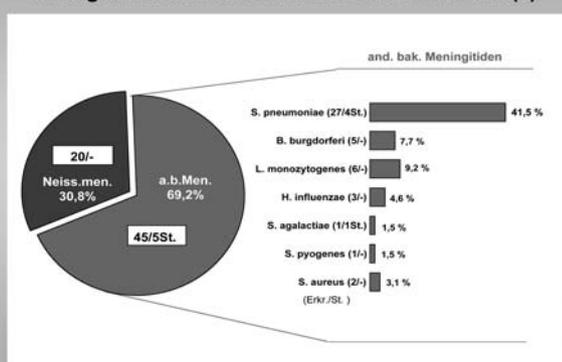
1. Senkung der Morbidität und Mortalität der invasiven Pneumokokkeninfektionen (Sepsis und Meningitis) sowie Induktion eines gewissen Schutzes vor nichtinvasiven Pneumokokkenerkrankungen (Pneumonie, Bronchitis, Sinusitis, Otitis media, unklares Fieber).
2. Senkung der asymptomatischen Keimträgerraten und damit Verringerung der Infektionsquellen in Gemeinschaftseinrichtungen,
3. Positiver Einfluss auf die Antibiotikaresistenzproblematik und

4. Herdenimmunitätseffekte (Senkung der Morbidität auch von Nichtgeimpften).

Konkrete Daten liegen in Sachsen seit 1986 für die Pneumokokkenmeningitis vor (Abbildung 1 und 2, Tabelle 1). Daraus geht hervor, dass die alterspezifische Inzidenz bei den Säuglingen und Kleinkindern unter fünf Jahren um ein vielfältiges (Faktor 10 bis 35) höher liegt als im mittleren Lebensalter und erst bei Erwachsenen wieder stark ansteigt. In der Ursachenhäufigkeit aller bakteriellen Meningitiden lag die Pneumokokkenmeningitis im Jahre 2004 mit 27 Erkrankungen und vier Sterbefällen in Sachsen erstmalig an erster Stelle, noch vor der Meningokokkenmeningitis. Die Letalität ist seit 1986 unvermindert hoch, jeder 5. Erkrankte starb. Deutschlandweit sterben jährlich an invasiven Pneumokokkenerkrankungen nach Erhebungen durch die ESPED 19 Kinder unter fünf Jahren. In der Literatur werden des weiteren die Behinderungen nach Pneumokokkenmeningitis mit 44 % beziffert; die ESPED-Daten in Deutschland 1997 bis 2003 geben 20,6 % (38 pro Jahr im Mittel) an (Schwerhörigkeit, Hydrozephalus, Hirnnervenausfälle, Epilepsie, Hemi- und Tetraparesen, Ataxien, mentale Schäden und Sprachstörungen).

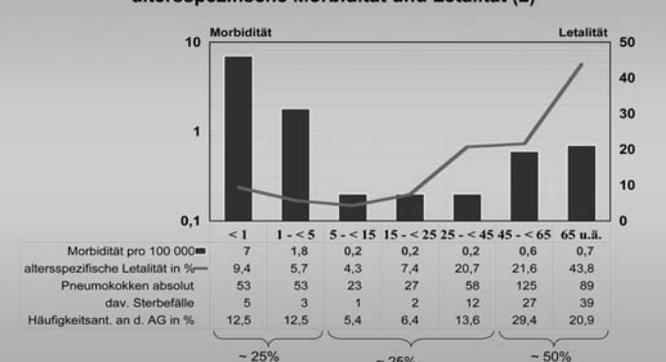
Deutschlandweit werden als zu verhütende Krankheiten bei Kindern angegeben: 220 bis 250 Meningitiden, 300 bis 1300 Bakteriämien und Septikämien, 150.000 Pneumonien und mehr als 1.300.000 von Otitis media – Fälle. Der 7-valente Pneumokokkenkonjugatimpfstoff ist auf die Serotypenverteilung bei invasiven Pneumokokkeninfektionen der USA abgestimmt, die Abdeckung („coverage“) betrug dort 90 %. In Deutschland kann auf die Sero-

Anteil der einzelnen Erreger der bakteriellen Meningitiden im Jahr 2004 im Freistaat Sachsen (1)



S. Bigl, 2005

Pneumokokken – Meningitiden in Sachsen 1986-2004 (n=428)
altersspezifische Morbidität und Letalität (2)



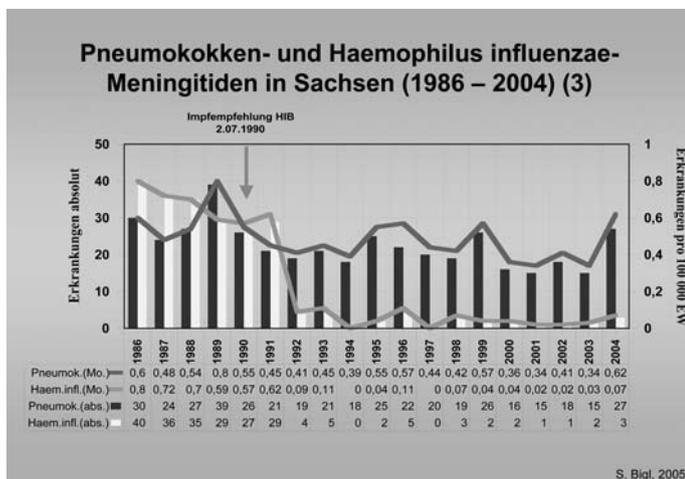
S. Bigl, 2005

typenbestimmung des NRZ für Pneumokokken in Aachen 1997 bis 2003 zurückgegriffen werden; sie beträgt für 0 bis 15-jährige für Meningitis/Sepsis in Deutschland 65,3/63,8 %. Die altersspezifische Abdeckung der Serotypen ist zwischen dem 6. Lebensmonat und 4. Lebensjahr mit etwa 75 % am höchsten. Da die Immunogenität des Impfstoffes bei vollständig Geimpften mit sehr gut bezeichnet werden muss, in 97,4 % werden schützende Titer gegen die im Impfstoff enthaltenen Serotypen erreicht: $\geq 0,20 \mu\text{g/ml}$ in ELISA, etwa identisch mit $\geq 1:8$ im OPT (Opsonophagozytostest), liegt der Anteil der durch die Impfung verhütbaren Pneumokokkenmenigitiden/-sepsisfälle in der gleichen Größenordnung von etwa 61 % bei allen Kindern bis zum 16. Lebensjahr. Damit sollte im Freistaat Sachsen bei der Prophylaxe der Pneumokokkenmenigitiden baldigst ein gleichgutes Ergebnis, wie ab 1991 (Einführung der HIB-Impfung für alle Kinder) bei der Bekämpfung der HIB-Meningitis, erreicht werden (Abb. 3). Da über die Serotypenverteilung bei den lokalen Pneumokokkeninfektionen insbesondere bei Pneumonie und Otitis media in Deutschland mangels unzureichender bakteriologischer Diagnostik (Blutkulturen, Abstriche, Sekrete zum Beispiel nach Parazentese) keine statistisch soliden Aussagen möglich sind, ist die Wirksamkeit auf diese Erkrankungen nicht abschätzbar. Nach Literaturangaben sind Senkungen der Pneumonierate zum Beispiel bei 1 bis 2-jährigen um 23,4 %, bei 10 bis 15-jährigen um 9,1 %; aller akuten Otitis media-Fälle um 6 %, der chronischen Verläufe aber um 15 bis 16 % zu erwarten. Ein weiterer positiver Effekt der Pneumokok-

kenimpfung wurde in den USA beobachtet: die Abnahme der Antibiotikaresistenzentwicklung gegenüber Penicillin um 58,9 % und gegenüber Cephalosporine der 4. Generation um 17,8 %. Das Antibiotikaresistenzproblem bei Pneumokokken besteht zurzeit in Deutschland noch nicht in Besorgnis erregendem Maße. Eine diesbezügliche Prävention ist aber angezeigt. Die Herdenimmunität (Senkung der invasiven Pneumokokkenerkrankungen Meningitis und Sepsis auch bei Nichtgeimpften) wurde für die USA im Vergleich 1998 zu 2003 wie folgt angegeben: Säuglinge jünger als 2 Monate -53 %; 5 - 19 Jahre -51 %; 20 - 39 Jahre -41 %; 40 - 64 Jahre -20 %. Die Nebenwirkungsrate des 7-valenten konjugiviertem Pneumokokkenimpfstoffes ist mit der von DTPa und 5- oder 6fachimpfstoffen (DTPa-IPV-HIB-HBV) vergleichbar: Schläfrigkeit, Unleidlichkeit, verminderter Appetit bei 20 bis 30 % und Temperaturerhöhung $> 39^\circ$ bei 1 bis 2 % kurzzeitig in den ersten 2 bis 3 Tagen post vaccinationem. Bei simultaner Impfung mit 5- oder 6fachimpfstoff, die immunologisch möglich ist (kein negatives Enhancement), ist die Reaktogenität jedoch deutlich erhöht. Im Interesse eines guten Arzt-Elternvertrauensverhältnisses empfiehlt der Autor daher eine zeitlich getrennte Applikation zumindest bis zur exakten wissenschaftlichen Klärung der seltenen plötzlichen Säuglings/Kleinstkindertodesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit Schutzimpfungen. Das Applikationsschema ist genau zu beachten: Säuglinge vom 3. bis 6. Monat: Schema 3 + 1; Säuglinge 7. bis 12. Monat Schema: 2 + 1; Kinder im 2. Lebensjahr: 2 Injektionen. Für

ältere Kinder sind nur Indikationsimpfungen empfohlen. Einzelheiten sind der dem Heft beiliegenden novellierten Impfpflichtung E 1 für Sachsen zu entnehmen. Mit besonderer Genugtuung darf ich im Namen aller SIKO-Mitglieder mitteilen, dass die Technikerkrankenkasse die Kostenübernahme sofort zugesagt hat und die AOK dies ebenfalls ab 1. 1. 2006 in Aussicht gestellt hat. Die übrigen Ersatzkassen werden sicher bald folgen (bitte unbedingt die Veröffentlichung der Ergänzung der Impfvereinbarungen KVS - GKK abwarten!). Die generelle Einführung der Pneumokokkenimpfung zieht wie jede neue Impfung zwingend gesellschaftspolitische Überwachungsaufgaben nach sich, die laut föderativer Verfassung Deutschlands bei den Bundesländern liegen. Es sind dies konkret folgende Aufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Landesuntersuchungsanstalt: Meldepflicht für alle Sepsisfälle nach Erreger; Typisierung der Pneumokokken von allen septischen und meningitischen Verläufen zur Beurteilung der Impfeffektivität und eventuellen Typenverschiebung zu nicht im Impfstoff enthaltenen Serotypen (Replacementphänomene, die in den USA in geringem Maße beobachtet wurden); seroepidemiologisches Surveillance gegenüber den wichtigsten Pneumokokkenserotypen.

2. Einführung der 6. Pertussisimpfung
 Entsprechend den Begründungen in Hygiene aktuell unter Pertussis im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/2005, S. 486 und 487, sowie „KVS-Mitteilungen“ 11/2005 IV - VII hat die SIKO in Konsens mit der Meinung der STIKO



Jahr	< 1	1 - < 5	5 - < 15	15 - < 25	25 - < 45	45 - < 65	über 65	gesamt	Letal.
	Erkr.	%							
1986	14,5	2,7	0,2	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6	20,0
1987	6,4	0,8	0,3	0,5	0,3	0,6	0,1	0,5	16,7
1988	9,7	1,2	0,3	0,3	0,1	0,6	0,5	0,5	33,3
1989	11,3	2,4	-	0,6	0,3	0,8	1,0	0,8	17,9
1990	6,8	0,8	0,3	0,3	0,4	0,6	0,3	0,5	7,7
1991	1,6	1,7	0,2	0,2	0,1	0,7	0,4	0,4	23,8
1992	2,0	0,9	0,2	-	0,4	0,4	1,0	0,4	21,1
1993	3,2	0,5	0,2	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	19,0
1994	-	1,1	0,3	0,2	0,2	0,6	0,4	0,4	16,7
1995	4,3	1,9	0,3	0,4	0,2	0,6	0,9	0,5	20,0
1996	8,8	-	0,2	-	0,4	0,5	0,9	0,5	31,8
1997	4,2	1,9	0,3	-	0,1	0,6	0,8	0,4	40,0
1998	7,4	3,1	0,4	-	-	0,6	0,6	0,4	10,5
1999	17,2	-	-	0,4	0,3	0,5	1,2	0,6	26,9
2000	3,3	1,9	-	0,4	0,2	0,3	0,6	0,4	25,0
2001	6,4	2,7	-	-	0,1	0,4	0,5	0,3	13,3
2002	6,1	2,6	-	-	0,1	0,4	0,7	0,4	11,1
2003	3,1	3,3	-	-	0,1	0,4	0,4	0,3	13,3
2004	9,5	3,2	0,9	0,3	0,2	0,7	0,5	0,6	18,5
Gesamt(Wert)	7,0	1,8	0,2	0,2	0,2	0,6	0,7	0,5	20,6
altersspezifische Letalität	9,4	5,7	4,3	7,4	20,7	21,6	43,8	20,6	
Häufigkeitsanteil ≥ 40 in %	12,7	11,0	5,4	6,8	15,0	28,6	20,4	100	

für ganz Deutschland die 6. Pertussisimpfung ab dem 11. Lebensjahr empfohlen. Zu diesem Zeitpunkt wird also angeraten, die bisherige Td-IPV-Impfung durch die Tdpa-IPV-Impfung um die Pertussiskomponente zu ergänzen. Auch wird die dort geschilderte Verfahrensweise der Boosterempfehlung der Haushaltkontaktpersonen zu Säuglingen (Eltern, Großeltern, Babysitter und andere) bestätigt.

Eine neue Front

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist geprägt von einem Vertrauen ganz besonderer Art. Erst dieses Vertrauen ermöglicht es, dass der Patient sich mit all seinen Sorgen und Nöten dem Arzt anvertrauen kann. Dieses Vertrauen ist unabdingbar, auch und insbesondere dann, wenn der Patient sich auf Anraten des Arztes zu einer Operation oder einer anderen invasiven Handlung begeben muss. Über eine neue Art der Einflussnahme auf das Arzt-Patienten-Verhältnis mit versuchter Untergrabung des Vertrauens soll in der Folge berichtet werden. Den Patienten meiner Hausarztpraxis wird entsprechend den geltenden Empfehlungen die Durchführung der Präventivkoloskopie nahe gelegt. Dies geschieht durchaus auch eingedenk der bestehenden Risiken und Komplikationsmöglichkeiten, da diese nach meiner Einschätzung die Vorteile der Durchführung einer solchen endoskopischen Untersuchung bei Weitem nicht aufwiegen. So wurde auch Herr M. im Juni diesen Jahres zu dieser Untersuchung überwiesen, die dann in einer internistischen Facharztpraxis der Region durchgeführt wurde. Nach einer lege artis geführten Vorbereitung und Aufklärung musste bei dem Patient eine Polypektomie durchgeführt werden. Der endoskopisch sehr versierte Kollege, dessen Komplikationszahlen im eigenen Patientengut absolut im Durchschnitt einer vergleichbaren Kollegengruppe liegen, hatte sofort nach der Abtragung den Verdacht auf eine Perforation an der Abtragungsstelle. Daraufhin wurde der Patient zur Beobachtung in der Praxis belassen und nachdem sich nach kurzem Intervall der Verdacht auf eine Bauchsymptomatik erhärtete, eine Abdomenübersichtsaufnahme durchgeführt. Es ergab sich der Befund freier Luft im Abdomen und es erfolgte unverzüglich die Einweisung in eine nahegelegene Klinik per Rettungsdienst. Zwischen Abtragung des Polypen und Aufnahme in die Klinik lagen keine zwei Stunden. Der Patient wurde ebenso unverzüglich operiert und es gelang, die sehr kleine Perforationsstelle darzustellen und zu übernähen. Ein Eingriff in die Kontinuität des Darmes konnte

3. Influenzaschutzimpfung

Entsprechend dem internationalen Trend sind die Indikationsimpfempfehlungen für Reisende („R“) und bei beruflichem Umgang mit Vögeln und Geflügel („B“) ergänzt worden. Einzelheiten siehe Beilage zum „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2006 unter Influenza der E1.

vermieden werden. Es folgte ein komplikationsloser Verlauf mit Entlassung des Patienten am zehnten stationären Tag. Nachdem mich mein Patient wieder aufsuchen konnte, berichtete er mir über das stattgefundenere Ereignis und schilderte die Fürsorge des die Koloskopie durchführenden Kollegen als beispielhaft. Nach seinem Eindruck waren die Abläufe sowohl während der Untersuchung als auch nach Eintreten und Erkennen der Komplikation professionell. Nachdem der koloskopierende Kollege den Patienten auch noch in der Klinik besucht hatte und gute Wünsche für einen problemlosen Verlauf übermittelt hatte, war auch die menschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient gefestigt. Der abgetragene Polyp stellte sich histologisch auch noch als ein insitu-Karzinom dar, welches koloskopische Kontrollen erforderlich machen wird. Das Vertrauen des Patienten in dieser Phase in die ärztliche Kunst des internistischen Kollegen ging soweit, dass er sich gut vorstellen konnte, die Kontrolluntersuchungen durch ihn durchführen zu lassen.

Umso verstört war der Patient Wochen später, als er von seiner Krankenkasse ein Schreiben erhalten hatte, worin diese ohne exakte Kenntnis der genauen Vorgänge ein schuldhaftes Verhalten des Arztes unterstellte und den Patient aufforderte, genaue Angaben zum Sachverhalt zu machen sowie die Haftpflichtversicherung des Kollegen zu benennen, damit man sich zur Regulierung von Schadenersatzansprüchen an diese wenden können. Sowohl mein Kollege als auch ich kamen nun, vor allem durch die aggressive Diktion des Briefes der Krankenkasse in Erklärungsnot, schien es jetzt doch so zu sein, dass wir dem Patienten die Situation sehr einseitig und interessengeleitet dargestellt hätten. Inwieweit sich der Patient rechtlich extern beraten ließ, ist nicht bekannt. Bisher jedoch wurden von ihm keine rechtlichen Schritte gegen den untersuchenden Kollegen eingeleitet. Als der Kollege sich in dieser Sache an die Krankenkasse wandte, gestand diese zwar ein, dass nach Eingang aller Akten eine weitere Verfol-

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl*
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommission
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz

* Für die Aktualisierung der Abbildungen und der Tabelle sei der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen, Herrn Dr. Beier gedankt.

gung des Vorganges eingestellt worden sei, die Tatsache aber, dass nicht der betreffende Arzt verständigt, sondern ausschließlich der Patient aufgefordert wurde, über das „Schadensereignis“ und den „Schädiger“ Informationen zu liefern, zeigt eindeutig die Tendenz der Krankenkasse mit Hilfe der Vereinnahmung von Patienten Kosten auf Ärzte bzw. ihre Haftpflichtversicherer abzuwälzen.

Die Politik hat in den letzten Jahren durch ihren „Reform“ – Aktionismus erheblich zu einer Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beigetragen. Es sei hier nur an den durch die rigide Budgetierung genannten Verteilungskampf um die beste Versorgung auf dem Schreibtisch des Arztes erinnert. Nuncmehr schlagen also die Krankenkassen ein weiteres unrühmliches Kapitel auf, um Patienten und Ärzte voneinander zu entfremden und das für eine erfolgreiche Behandlung unabdingbare Vertrauensverhältnis zu untergraben. Wenn Ärzte nunmehr auch noch quasi befürchten müssen, durch die Krankenkasse bei lege artis durchgeführten Eingriffen wegen im Rahmen des möglichen liegenden Komplikationen vor den Kadi gezogen zu werden, dann drohen zunehmend amerikanische Verhältnisse, wo Eingriffe zunehmend unterbleiben aus Angst vor dem Haftungsrisiko, wo Haftpflichtprämien des Arztes ins Unermessliche steigen und der Anwalt des Patienten bei jeder Konsultation faktisch mit im Zimmer sitzt. Ich bin der Überzeugung, dass wir uns als Ärzteschaft gegen derartige Machenschaften wehren müssen und bitte herzlich darum, dass Kollegen, denen Ähnliches widerfährt, sich entweder an die Kammer (Ärztlicher Geschäftsführer) oder aber an mich persönlich wenden mögen. Nur so kann das wahre Ausmaß der Kampagne erkannt werden und die ärztlichen Körperschaften können ihr Gewicht zur Bekämpfung und letzten Endes Unterlassung solchen Tuns in die Waagschale werfen.

Dr. med. Steffen Liebscher
Professor-Richard-Beck-Straße 1, 08280 Aue

Leserbrief

Dr. med. Maria Böhme
Robert-Koch-Straße 8
04643 Geithain

7. 12. 2005

An den Präsidenten der
Sächsischen Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrter Herr Präsident,
für Ihre freundliche Antwort auf meine
Anfrage vom 22. 8. 2005 – Richtlinie für
Chefärzte, Entlassungsberichte – erlaube ich
mir, Ihnen herzlich zu danken.

Erlauben Sie mir bitte – sozusagen aus aktueller Veranlassung heraus – eine persönliche Bemerkung zum Thema Bronze Award für Sächsisches Diabetes-Modell (Ärztezeitung vom 21. 11. 2005): Unser Praxisteam ist 1999 aus rein fachlichem Interesse dem Sächsischen Betreuungsmodell beigetreten. Mussten wir doch – als allgemeinmedizinisch tätiger Arzt und als chirurgische bzw. Kinderkrankenschwester – nach der Privatisierung 1991 unsere Wissen im Fach Diabetologie erheblich verbessern; bis 1991 wurden unsere Patienten ja in der Diabetes-Betreuungsstelle unserer Poliklinik mitbetreut. Das Sächsische Diabetes-Modell war uns ein hochwillkommenes Mittel für externe Qualitätskontrollen. Wir

wurden kurzfristig und fachlich fundiert über die Ergebnisse unserer Arbeit informiert und haben viel gelernt. Dann plötzlich: DMP-Papierwust, Datenverluste, doppelte und dreifache Mehrarbeit ohne einen anderen als den finanziellen Effekt; mitunter nicht nachvollziehbare Empfehlungen der Krankenkassen an die Patienten ...

Also: Danke für das Modell und herzlichen Glückwunsch zum Bronze-Award!

Mit vorzüglicher Hochachtung und freundlichen Grüßen

Ihre Maria Böhme

Buchbesprechung

Praxis-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen 1. Auflage vergriffen, 2. überarbeitete Auflage erschienen

Unter der Schirmherrschaft der Sächsischen Landesärztekammer hat die Fachkommission Diabetes Sachsen in Zusammenarbeit mit einem unabhängigen wissenschaftlichen Beirat von Experten verschiedener Fachdisziplinen eine Praxisleitlinie zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen erarbeitet. Zur Erhöhung der Qualität und Akzeptanz dieser Leitlinie haben ausgewiesene Experten verschiedener Fachbereiche aus ganz Deutschland mitgewirkt. Hervorzuheben ist auch die Mitarbeit von Fachärzten für Allgemeinmedizin. Ziel ist es, diese Leitlinie in Sachsen und in ganz Deutschland zu verbreiten, da bisher keine derartigen Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen vorliegen. Damit hat eine über mehrere Jahre dauernde, umfassende Diskussion mit Generalisten und Spezialisten aus Sachsen und ganz Deutschland auf der Basis nationaler und internationaler aktueller Studienergebnisse ihren Niederschlag gefunden.

Inzwischen ist die 1. Auflage bereits vergriffen und eine 2. überarbeitete Auflage liegt vor.

Die Leitlinie zeigt einerseits den aktuellen Wissensstand und gibt klare Hinweise für die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen. Andererseits stellt sie auch eine Grundlage für die Diskussion mit den Kostenträgern dar.

Die überarbeitete Leitlinie ist unserer Meinung nach eine wichtige Voraussetzung, um Zusammenwirken zwischen Hausärzten, Schwerpunkt-Einrichtungen, Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die Behandlung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen qualitativ weiter zu verbessern und ökonomisch vertretbar zu gestalten. Damit liegt auch für die ärztlichen Körperschaften und die Kostenträger eine übersichtliche, transparente Leistungsbeschreibung auf dem modernen Stand der Medizin vor, die Notwendiges von Verzichtbarem trennt.

Fettstoffwechselstörungen sind wegen der mit dieser Krankheit in hohem Maße assoziierten arteriosklerotischen Folgeerkrankungen oder auch der Gefahr einer Pankreatitis gefährliche Erkrankungen, die einer rationalen Diagnostik und Therapie zugeführt werden müssen. Ein

effektives Vorgehen spart letztlich auch Kosten für unsere Solidargemeinschaft. Nutzen wir gemeinsam im Interesse unserer Patienten dieses Instrument.

Es ist vorgesehen, die neuen Aspekte dieser Leitlinie auf der nächsten Tagung der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien im Januar 2006 (20./21.01.2006) vorzustellen.

Das Heft kann über ein Bestellformular bezogen werden. Rückfragen richten Sie bitte an Frau Wünsche, Telefon 0351 3177232.

www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/

Prof. Dr. med. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Bereich Endokrinopathien und
Stoffwechselkrankheiten Universitätsklinikum der
TU Dresden

Prof. Dr. med. Markolf Hanefeld
Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer
Forschungsbereich Endokrinologie und
Stoffwechsel an der TU Dresden

PD Dr. med. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III Bereich
Endokrinopathien und Stoffwechselkrankheiten
Universitätsklinikum der TU Dresden
Dr. med. Ulrike Rothe
Institut für Medizinische Informatik und Biometrie
Universitätsklinikum der TU Dresden

Ausschuss Weiterbildung 100. Sitzung



Dr. med. Birgit Gäbler, Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber und Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold (v.l.)

Am 8. Dezember 2005 fand die 100. Sitzung des Ausschusses Weiterbildung in Dresden statt, an der auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, teilnahm.

Nach Absolvierung der Tagesordnung resümierte Prof. Dr. Gunter Gruber in einem sehr

persönlich gehaltenen Vortrag über die Historie der ärztlichen Selbstverwaltung. Er benannte dabei wichtige Daten: 1929 Bildung der ersten Ärztekammer in Bayern, 1955 Bildung der Bundesärztekammer.

Die erste Sitzung des Weiterbildungsausschusses in Sachsen fand am 29. Juni 1990 in Leip-

zig statt. Vorausgegangen waren Sitzungen im damaligen Ministerium für Gesundheitswesen der DDR in Berlin und im zuständigen Bundesministerium in Bonn mit Weiterbildungsbeauftragten aus den Landesärztekammern der Bundesrepublik und aus den neu gebildeten Landesärztekammern der DDR. Es galt zuerst die unterschiedlichen Bildungssysteme für die Ärzte im wiedervereinigten Deutschland in einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung schnell zu vereinheitlichen. Die Paten für Sachsen waren damals die Landesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg.

Herr Prof. Gruber, der den Ausschuss Weiterbildung seit der Gründung 1990 leitet und auch in dieser Zeit Sachsen in der Ständigen Konferenz für ärztliche Weiterbildung bei der Bundesärztekammer vertritt, berichtete über einzelne Etappen einer sehr arbeitsintensiven Ausschusstätigkeit. Er dankte allen Ausschussmitgliedern sowie von der Geschäftsführung Frau Dr. med. Birgit Gäbler, Herrn Dr. med. Siegfried Herzig, den Mitarbeiterinnen im Referat Weiterbildung sowie den Rechtsberatern für die jahrelange, harmonische Zusammenarbeit.

Ausschuss Weiterbildung

„Ambulantes Operieren“ Fortbildung für Arzthelferinnen

Die Sächsische Landesärztekammer plant in Zusammenarbeit mit der BWM Medizinisch-Technisches Aus- und Weiterbildungszentrum GmbH in Leipzig einen neuen Kurs für die Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen.

Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an der Fortbildung ist der Berufsabschluss als Arzthelferin oder vergleichbare Berufsabschlüsse.

Die Fortbildung umfasst insgesamt 160 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs, der fachpraktischen und fachtheoretischen Unterricht (120 Stunden) und Praktikum (40 Stunden) integriert. Inhaltlich richtet sich die Fortbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen.

Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.slaek.de/Arzthelferinnen. Zur Planung der Fortbildung wenden sich interessierte BewerberInnen bis zum **31. 1. 2006** an die Sächsische Landesärztekammer, Referat Arzthelferinnenwesen, PF 10 04 65, 01074 Dresden.

Für Rückfragen stehen Ihnen Frau Hartmann (0351-8267170) und Frau Jähne (0351-8267171) gern zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 5. Februar 2006, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Bläser- und Streichkammermusik
Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Gerd Küchler Kraftfelder

18. Januar bis 12. März 2006
Vernissage: 19. Januar 2006, 19.30 Uhr

Dyrck Bondzin
Begegnungen in Dresden
Pastelle-Aquarelle-Öl
bis 31. März 2006



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 der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben: Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C094

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C095

Zwickau-Stadt

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 05/C096

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 05/C097

Freiberg

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 05/C098

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/C099

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C0100

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Zwickau-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 05/C101

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C102

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 05/C103

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/C104

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.02.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 06/D001

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/D002

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/D003

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/004

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 06/005

Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/006

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 06/007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.02.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 06/L001

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 06/L006

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 06/002

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 06/L003

Döbeln

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/004

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 06/005

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum

17.02.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: September 2006

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Ende 2006

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin

geplante Praxisabgabe: Ende 2006

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Hoyerswerda-Stadt)

geplante Praxisabgabe: nach Vereinbarung

Weißeritzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

geplante Praxisabgabe: ab III/2006

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer

Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 31.01.2007

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2006

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

KVS, Landesgeschäftsstelle

Erfolgreiche Arbeit in hausärztlichem Qualitätszirkel

Der Qualitätszirkel Hausärzte Hoyerswerda und Umgebung hat für seine vier Veranstaltungen pro Jahr im Juli 2003 die Zertifizierung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erhalten. Seit dieser Zeit ist es gelungen, das Niveau der Fortbildung deutlich zu steigern. Es ist zu betonen, dass auch die Hausärzte in Hoyerswerda und Umgebung sich fortbilden, weil es ihnen ein wichtiges und selbstverständliches Bedürfnis ist.

Die Spezifik hausärztlicher Tätigkeit besteht in der außerordentlichen Breite der täglichen Anforderungen. Jedem Hausarzt (Allgemeinmediziner, Pädiater, hausärztlich tätiger Internist) ist bewusst, dass selbstverständlich dabei besonderes Augenmerk auf die erforderliche Tiefe des Wissens und der Fähigkeiten gelegt werden muss. So ist es verständlich, dass nur durch langfristige Planung (in unserem Fall derzeit drei Jahre im Voraus!) fachliche, aber auch organisatorische und betriebswirtschaftliche Themen unter einen Hut gebracht werden können. Darüber hinaus ist uns die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen gebietsärztlich tätigen Niedergelassenen und den Klinikärzten ein wichtiges Bedürfnis. Es steht sicher außer Frage, dass die Betreuung unserer gemeinsamen Patienten nur besser werden kann, wenn sich die betreuenden Ärzte persönlich kennen und schätzen.

Wir haben deshalb schon im Oktober des letzten Jahres erstmals alle Kollegen zur Teilnahme an unserem Qualitätszirkel eingeladen. Die außerordentlich gut besuchte Veranstaltung (26 Teilnehmer) fand sich bald in einem sehr konstruktiven Gedankenaustausch. Im

Vordergrund standen zunächst Informationen zur Spezifik der jeweiligen Fachgebiete, darüber hinaus wurden sehr offen Missverständnisse und Ärgernisse dargelegt.

Am 12. Oktober des vergangenen Jahres starteten wir das zweite interdisziplinäre Gespräch. Die Beteiligung von 65 (!) Kollegen aus allen Fachrichtungen und den meisten Disziplinen des Klinikums zeigte sehr eindrucksvoll den gemeinsam empfundenen Gesprächsbedarf. Neben 30 Hausärzten, 21 Kollegen aus allen anderen Fachgebieten nahmen auch unsere Amtsärztin und 13 Klinikkollegen teil. Dabei ist erwähnenswert, dass der Ärztliche Direktor in Begleitung von fünf Chefärzten Gewähr dafür bot, dass Unstimmigkeiten schnell erkannt werden können und gemeinsam nach baldigen Lösungen gesucht wird. Zu Beginn referierten zwei Kardiologen der Region über das Thema Herzinsuffizienz. Am Beispiel dieser Symptomatik wurde die Notwendigkeit fachübergreifender Zusammenarbeit schnell sichtbar. In der dann folgenden Diskussion kamen auch sehr bald die Dinge zur Sprache, die im täglichen Alltag oft für Ärger sorgen. Warum wird im Klinikum so oft geradezu polypragmatisch therapiert, und warum haben Hausärzte so häufig das Gefühl, dass sie Lasten schultern müssen, die andere nicht tragen wollen? Aber natürlich mussten sich die Hausärzte auch fragen lassen, warum sie nicht häufiger die Spezialisten an ihren diagnostischen Erkenntnissen teilhaben lassen (Befunde auf Überweisungsscheinen).

Über diese eher organisatorischen Fragen hinaus, die zwar nicht alle schlussendlich

geklärt werden konnten, diskutierten wir aber durchaus kontrovers zum Beispiel die Indikation und Dauer einer Antikoagulation. Allen Anwesenden wurde mehrfach schmerzlich bewusst, dass viele Versorgungsengpässe politisch durchaus gewollt sind, und nicht Resultat einer schlechten Einstellung oder Leistung von Kollegen sind (zum Beispiel ambulante radiologische Versorgung, Ausdünnung der Krankenhauslandschaft). Mit Genugtuung konnten die Zuhörer von den anwesenden Chefärzten hören, dass sie persönlich über Missstände und Probleme informiert werden wollen. Es wurde klargestellt, dass dies keinesfalls als Anschwärzen aufgefasst würde, sondern im Gegenteil den Weg zu einer Lösung von Problemen deutlich verkürzt. Viele Kollegen nutzten die sich hier bietende Gelegenheit, auf ihr spezielles Leistungsprofil hinzuweisen oder ganz persönliche Stellungnahmen abzugeben. Als durchaus beabsichtigter Nebeneffekt können nun die Kollegen den Stimmen am Telefon und den Unterschriften auf den Überweisungsscheinen und Befunden auch die Personen und Gesichter zuordnen. Für die weitere Zusammenarbeit ist es als sehr förderlich anzusehen, dass die von hausärztlicher Seite ausgesprochene Einladung zur Teilnahme an weiteren Zirkelabenden auf offene Ohren traf. Mehrheitlich wurde es begrüßt, dass das interdisziplinäre Gespräch im nächsten Jahr seine Fortsetzung finden soll. Die Vorbereitungen haben schon begonnen!

Dipl.-Med. Thilo Wirth
Moderator des Qualitätszirkels
S.-G. Frentzel-Straße 26, 02977 Hoyerswerda

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

Am 26. Oktober 2005 fanden sich auf Einladung der Kreisärztekammer Stadt Leipzig bei strahlendem Herbstwetter insgesamt 198 Kolleginnen und Kollegen zum Teil mit ihren Partnern – gutgelaunt – zu einem gemeinsamen Kaffeetrinken im Hotel „Mercure“ am Augustusplatz in Leipzig ein. Untermalt wurde die Veranstaltung durch Vorträge von Frau Dr. med. Marion Uhlig (Chemnitz) und Herrn Dr. med. Helmut Knoblauch (Geringswalde) vom Bund Deutscher Schriftsteller-Ärzte (Landesgruppe Sachsen) zum Thema:

Lyrisches-Satirisches-Medizynisches.

Der berufspolitische Part – Satirisches-Medi-

zynisches, vorgetragen von Herrn Dr. Knoblauch, rief im Kollegenkreis manche Erinnerung, auch manches Schmunzeln wach. Anklang fand die von Frau Dr. Uhlig dargestellte feinsinnige Lyrik. Die Arbeiten Dr. Knoblauchs sind zusammengefasst unter dem Titel „Geringswalder Viechereien“. Frau Dr. Uhlig zeigte einen Kalender mit eigenen Illustrationen zu ihren Gedichten – ebenso einen illustrierten Gedichtband mit dem Titel „Das Kind vom Honigmond“ und ein Kinderbuch (4-8 Jahre) „Die Geschichten vom Zweckneck“. Zweckinecks sind Fantasie-Figuren Frau Dr. Uhligs und ihrer Tochter, das heißt

zwerghafte Außerirdische mit besonderen Fähigkeiten und magischen Kräften. Wie diese den Kindern helfen und auch zeigen, wie und was man alles lernen kann, ist in kleinen Geschichten und kinderfreundlichen Gedichten dargestellt. Da das literarische Programm des diesjährigen Treffens den zeitlichen Rahmen etwas überspannte, kamen die gewünschten interkollegialen Gespräche sicher etwas zu kurz. Ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Programm und Plausch ist für die nächste Zusammenkunft der Ärztesenioren in Leipzig angesagt.

Prof. Dr. Ingrid Raue
Senioren Ausschuss KÄK Stadt Leipzig

Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

07. 02.	60 Jahre Dr. med. Dörfeld, Günter 08132 Mühlsten	23. 02.	Dr. med. Hirsch, Ulrike 01159 Dresden	17. 02.	Dr. med. Horn, Ehrenfried 08289 Schneeberg
11. 02.	Dr. med. Heim, Thilo 04275 Leipzig	23. 02.	Prof. Dr. med. habil. Schmoz, Günter 01662 Meißen	18. 02.	Prof. Dr. sc. med. Radzuweit, Heinz 02943 Weißwasser
18. 02.	Dr. med. Koraus, Hans-Joachim 04229 Leipzig	23. 02.	Dr. med. Stagl, Jutta 04288 Leipzig	25. 02.	Schmieden, Edeltraut 08525 Plauen
23. 02.	Dr. med. Lewandowski, Helga 02828 Görlitz	24. 02.	Köhler, Ruth 08228 Rodewisch	80 Jahre	
27. 02.	Dr. med. Herrmann, Eberhard 04451 Panitzsch	24. 02.	Dr. med. Oechel, Siegbert 01309 Dresden	02. 02.	Dr. med. Stolle, Renate 04275 Leipzig
02. 02.	Dr. med. Oeser, Wolfgang 08066 Zwickau	25. 02.	Dr. med. Nebe, Petra 04279 Leipzig	09. 02.	Doz. Dr. med. habil. Dietel, Klaus 09131 Chemnitz
03. 02.	65 Jahre Dr. med. Kuhfahl, Elke 01328 Dresden	28. 02.	Dr. med. Frenzel, Rainer 01896 Pulsnitz	22. 02.	Dipl.-Med. Fribert, Harald 08064 Zwickau
05. 02.	Dr. med. Pökert, Hans-Gert 01616 Strehla	28. 02.	Dr. med. Schreiber, Lucie 04349 Leipzig	28. 02.	Dr. med. Göhler, Irene 04275 Leipzig
06. 02.	Janke, Ina 04289 Leipzig	70 Jahre		81 Jahre	
07. 02.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Gläser, Volkmar 08525 Plauen	01. 02.	Nowitzki, Christa 04720 Döbeln	16. 02.	Dr. med. Löffler, Herbert 08280 Aue
07. 02.	Dr. med. Rudolf, Karl-Heinz 04277 Leipzig	01. 02.	Dr. med. Schimmel, Klaus 04808 Wurzen	16. 02.	Dr. med. Stephan, Christine 04103 Leipzig
08. 02.	Dr. med. Baum, Gisela 04316 Leipzig	04. 02.	Dr. med. Liebig, Christoph 08499 Mylau	18. 02.	Prof. Dr. med. habil. Crasselt, Carl 01324 Dresden
08. 02.	Bayn, Maria 02692 Singwitz	06. 02.	Dr. med. Heine, Annemarie 01445 Radebeul	18. 02.	Dr. med. Schmiedel, Annelies 01326 Dresden
08. 02.	Dr. med. Bullmann, Wolfgang 02829 Neibeau	08. 02.	Dr. med. Schneider, Hanswolf 04703 Leisnig	19. 02.	Dr. med. Adam, Marlise 08058 Zwickau
08. 02.	Fröbel, Helfriede 08060 Zwickau	10. 02.	Dr. med. Berger, Günther 02827 Görlitz	82 Jahre	
09. 02.	Dr. med. Böhme, Richard 08141 Reinsdorf	12. 02.	Dr. med. Günther, Brigitta 01259 Dresden	01. 02.	Hübner, Gertraud 04319 Leipzig
09. 02.	Dr. med. Heimick, Fritz 08393 Meerane	13. 02.	Dr. med. Oeser, Joachim 08062 Zwickau	08. 02.	Dr. med. Gräßer, Annelies 04157 Leipzig
09. 02.	Dr. med. Michel, Heidrun 08525 Plauen	13. 02.	Szeskus, Edith 04277 Leipzig-Connewitz	18. 02.	Böttcher, Werner 04279 Leipzig
09. 02.	Dr. med. Pflug, Ulrich 08064 Zwickau	14. 02.	Dr. med. Grube, Rolf 09599 Freiberg	83 Jahre	
10. 02.	Dr. med. Wagler, Karsten 01900 Großbröhrsorf	16. 02.	Dr. med. Thiemi, Eva 02829 Markersdorf	24. 02.	Dr. med. Kunze, Irmgard 08258 Wernitzgrün
10. 02.	Dr. med. Wolf, Günter 01069 Dresden	17. 02.	Dr. med. Escher, Renate 04668 Grimma	84 Jahre	
11. 02.	Dr. med. Müller, Peter 01829 Stadt Wehlen	17. 02.	Dr. med. Schmidt, Christine 08058 Zwickau	07. 02.	Dr. med. Kreihs, Werner 02708 Löbau
11. 02.	Dr. med. Paul, Wolf 02828 Görlitz	17. 02.	Thielmann, Marianne 02627 Radibor	85 Jahre	
12. 02.	Dr. med. Fink, Martin 09544 Neuhausen	18. 02.	Dr. med. Klinger, Helmut 02906 Niesky	06. 02.	Prof. Dr. med. habil. Seyfarth, Harro 04288 Leipzig
12. 02.	Dr. med. Pinkert, Rudolf 01445 Radebeul	19. 02.	Prof. Dr. med. habil. Bauch, Karlheinz 09117 Chemnitz	10. 02.	Dr. med. Schmeiser, Marianne 01219 Dresden
12. 02.	Dr. med. Taubert, Frank 09111 Chemnitz	23. 02.	Dr. med. Kempier, Manfred 04107 Leipzig	13. 02.	Dr. med. Ahnert, Friedrich 04109 Leipzig
12. 02.	Dr. med. Weiß, Brita 08321 Zschorlau	23. 02.	Dr. med. Martin, Heinz 08141 Reinsdorf b. Zwickau	13. 02.	Dr. med. Kluge, Helmut 01067 Dresden
13. 02.	Prof. Dr. med. habil. Heberling, Hans-Jürgen 04416 Markkleeberg	25. 02.	Dr. med. Adler, Dieter 01069 Dresden	23. 02.	Dr. med. Klöppel, Eva 04275 Leipzig
14. 02.	Martin, Hans-Ulrich 08321 Zschorlau	25. 02.	Dr. med. Günnel, Helga 08428 Langenbernsdorf	26. 02.	Dr. med. Berlin, Krista 01069 Dresden
14. 02.	Dr. med. Oettinger, Bernt 01454 Ullersdorf	25. 02.	Tasler, Helga 01307 Dresden	86 Jahre	
14. 02.	Dr. med. Schrepel, Volkmar 09212 Limbach-Oberfrohna	27. 02.	Dr. med. Naupert, Wolfgang 01877 Bischofswerda	15. 02.	Dr. med. Franck, Gerhard 08349 Erlabrunn
15. 02.	Rosche, Antje 04574 Deutzen	27. 02.	Dr. med. Pfeifer, Margot 08315 Bernsbach	16. 02.	Dr. med. Fischer, Helmut 04564 Böhlen
15. 02.	Prof. Dr. med. habil. Schwokowski, Christian 04279 Leipzig	27. 02.	Dr. med. Schierz, Dietmar 01796 Pirma	29. 02.	Dr. med. Kerber, Jürgen 09114 Chemnitz
16. 02.	Dr. med. Baron, Ursula 08228 Rodewisch	27. 02.	Dr. med. Zema, Manfred 02943 Weißwasser	88 Jahre	
17. 02.	Zeh, Karl Peter 08399 Wolkenburg-Kaufungen	28. 02.	Dr. med. Wolff, Hans-Dieter 04416 Markkleeberg	26. 02.	Dr. med. Dörr, Wilmar 04860 Torgau
18. 02.	Dr. med. Heinrich, Erdmute 01662 Meißen	75 Jahre		90 Jahre	
18. 02.	Dr. med. Schlenzig, Joachim 02692 Doberschau	03. 02.	Dr. med. Wießner, Wolfgang 04720 Ebersbach	17. 02.	Nawka, Joachim 02627 Radibor
19. 02.	Dr. med. Korn, Dieter 09130 Chemnitz	04. 02.	Birbinschus, Valentin 08412 Werdau	29. 02.	Prof. Dr. sc. med. Sachsenweger, Rudolf 04277 Leipzig
19. 02.	Dr. med. Treibmann, Sigmar 01326 Dresden	04. 02.	Dr. med. Mertens, Helga 04463 Großpösna	91 Jahre	
20. 02.	Dr. med. Baron, Waldemar 08228 Rodewisch	05. 02.	Dr. med. Hübner, Hans-Joachim 04318 Leipzig	03. 02.	Dr. med. Krause, Helmut 09111 Chemnitz
20. 02.	Dr. med. Thiem, Bärbel 04435 Schkeuditz	05. 02.	Dr. med. Pfeifer, Günther 08412 Werdau	93 Jahre	
21. 02.	Dr. med. Breidel, Peter 04277 Leipzig	11. 02.	Prof. Dr. med. habil. Sarembe, Bodo 01326 Dresden	18. 02.	Dr. med. Dr. med. dent. Becker, Heinz 08371 Glauchau
22. 02.	Dr. med. Weigel, Klaus 08289 Schneeberg	11. 02.	Dr. med. Schimmel, Margit 04828 Deuben	94 Jahre	
23. 02.	Dr. med. Eisold, Werner 01458 Ottendorf-Okrilla	13. 02.	Dr. med. Klauf, Irene 09120 Chemnitz	20. 02.	Dr. med. Kunzmann, Annie 04460 Kitzen
23. 02.	Prof. Dr. med. habil. Franz, Rüdiger 01328 Dresden	15. 02.	Dr. med. Dipl.-Psych. Behrends, Lothar 04155 Leipzig	95 Jahre	
		16. 02.	Dr. med. habil. Kratzsch, Karl-Heinz 09131 Chemnitz	01. 02.	Dr. med. Seefried, Johannes 01465 Dresden
		16. 02.	Dr. med. Langer, Horst 09131 Chemnitz		

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Koch

* 02.10.1943
† 08.10.2005



Am 8.10.2005 verstarb plötzlich und unerwartet im Alter von 62 Jahren Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Koch, Chefarzt der Hautklinik am DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein.

1943 in Breslau geboren, ging H.-J. Koch in Bleicherode zur Schule, studierte von 1965 bis 1971 Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena; erhielt 1971 die Approbation als Arzt und war anschließend Assistenzarzt an der Universitäts-Hautklinik Jena. 1976 erhielt H.-J. Koch die Facharztanerkennung für Dermatolo-

gie und Venerologie. Neben seiner Tätigkeit als Stationsarzt übernahm Dr. Koch frühzeitig die Leitung des immunologischen Labors der Universitäts-Hautklinik Jena. 1984 wurde Dr. H.-J. Koch zum Oberarzt an der Universitäts-Hautklinik Jena ernannt und 1985 zum Chefarzt des Bezirkskrankenhauses Plauen berufen. Unter seiner Leitung wurde die Hautklinik komplex rekonstruiert und zu einem leistungsfähigen dermatovenerologischen Zentrum ausgebaut.

1994 übernahm er als Chefarzt die Leitung der Hautklinik des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein und war von 1998 bis 2002 darüber hinaus als leitender Chefarzt tätig.

Die akademische Laufbahn von H.-J. Koch beginnt 1975 mit der Promotion über ein mikrobiologisch-immunologisches Thema an der Universität Jena. 1984 habilitierte er mit der Arbeit „Die gonorrhoeische Zervizitis. Untersuchungen zur Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der Gonorrhoe. Befunde zur infektionsbedingten systemischen und lokalen Immunantwort“. 1998 wird er Privatdozent an der Universität Leipzig, 2002 findet die wissenschaftliche Leistung von Prof. Dr. H.-J. Koch mit der Berufung zum außerplanmäßigen Professor an der

Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig die verdiente Würdigung.

Stellvertretend für die zahlreichen akademischen Lehrveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltungen die Prof. Dr. Koch organisiert und geleitet hat, sollen die jährlichen Dreiklinikstagungen der Hautkliniken Erlangen, Jena und Plauen genannt werden, die nach der Wende 1989 nicht nur den Zusammenhalt der deutschen Dermatologie symbolisierten, sondern auch der Plauener Hautklinik Gelegenheit gaben ihre Leistungsstärke unter Beweis zu stellen.

Über viele Jahre hat sich Prof. Dr. Koch als Mitglied in den Vorständen der Sächsischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und des Berufsverbandes der Dermatologen Sachsens sowie als Leiter der Fachkommission Dermatologie und Venerologie der Landesärztekammer Sachsen um die Akzeptanz und den Bestand in unserem Fachgebiet in seiner ganzen Breite große Verdienste erworben. Wir werden ihn in allerbesten Erinnerung behalten.

OA Dr. med. Jörg Höpner
Hautklinik DRK Krankenhaus
Chemnitz-Rabenstein

Zur Geschichte des Kropfes im Erzgebirge

Noch vor 20 bis 30 Jahren waren Kröpfe bei uns öfter zu beobachten. Durch gezielte Vorbeugungsmaßnahmen sind sie heute seltener geworden.

Der Kropf bereitet zunächst keine Beschwerden; er führt jedoch bei beträchtlicher Größe zur Beeinträchtigung der Herz- und Atemfunktion, die nur durch operative Schilddrüsenentfernung gebessert werden kann. In der Regel besteht der Kropf aus gutartigem Gewebe und weist eine normale Schilddrüsenfunktion auf, seltener ist eine Schilddrüsenunter- oder etwas häufiger eine Schilddrüsenüberfunktion.

Als wesentlichste Ursache für ein gehäuftes Kropfvorkommen ist ein Jodmangel in der Nahrung anzuschuldigen. Die kropferzeugende Wirkung des Jodmangels kann durch erhöhten Verzehr von Kohl („Kohlkröpfe“), hohen Nitratgehalt des Trinkwassers (Gülle, verschmutzte Brunnen!) oder auch Nahrungsmangel (zum Beispiel in Entwicklungsländern) verstärkt werden. Die sog. Kropfwellen nach den beiden Weltkriegen sind auf diese Faktoren zurückzuführen. Treffen diese das sich entwickelnde Kind im Mutterleib, kommt es zur Störung der Hirn- und Schilddrüsenentwicklung. Das Neugeborene hat dann mit einem Kretinismus ein chronisches, lebenslanges Leiden, das vor allem in Gebieten mit schwerstem Jodmangel beobachtet wird. Nachdem die misslichen Lebensverhältnisse seit langem beseitigt sind und durch die Strumaphylaxe eine ausreichende Jodzufuhr garantiert wird, sind Kröpfe seltener geworden. Ein Kretinismus kommt praktisch nicht

mehr vor. Noch vor 20 bis 30 Jahren hatten 2/3 der Mädchen und 1/4 bis 1/3 der Jungen eine sog. Pupertätsstruma. Etwa 1/3 der Erwachsenen hatte einen Kropf, häufig beträchtlichen Ausmaßes, so dass die Schilddrüsenoperation die dritt- bis vierhäufigste Operation darstellt. Im Bezirk Chemnitz waren vor 30 Jahren 4,5 Prozent der Bevölkerung an der Schilddrüse operiert.

Die wichtigsten Beschreibungen über gehäuftes Vorkommen des Kropfes und Auftreten von Kretinismus in Europa stammen aus den alpinen Regionen. In der Schweiz wurde in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine Kropfkommission gegründet, Nahrungsjodmangel nachgewiesen und erfolgreich eine allgemeine Jod-Struma-Prophylaxe eingeleitet.

In Deutschland war unter anderem das Erzgebirge eine Region mit vielen und großen Kröpfen, ohne dass es publizistisch besonders bekannt geworden ist. Bislang war ebenfalls nicht bekannt, dass es Kretinismus gab. Solche Berichte existierten nur aus alpinen Regionen, vor allem der Schweiz. Ein Blick in die Geschichte des Kropfes im Erzgebirgsraum zeigt allerdings, dass dieselben Verhältnisse wie in der Schweiz vorlagen, das heißt schwerer Nahrungsjodmangel und schlechte Lebensbedingungen. Hierzu einige Beispiele:

- Auf das Altarbild der alten Wehrkirche in Großrückerswalde ist rechts ein Engel mit leichtem Kropf und ein Kretin (gemäß der Bergpredigt: „Selig sind, die da geistig arm sind...“) gemalt (Abb. 1).

- 1805 wird „in einem Reiseführer zur“ Wanderung durch das sächsische Erzgebirge darauf hingewiesen, dass in Schneeberg „manch hübsches Bürgermädchen durch einen Kropf entstellt ist.“
- 1871 wurde aus der königlichen Unteroffizierskaserne in Marienberg (mittleres Erzgebirge) – einer Kasernen-Anlage, die noch heute von der Bundeswehr betrieben wird – über eine „Kropfepidemie“ berichtet. Ein Vierteljahr nach Dienstantritt bekamen die Unteroffizierschüler einen Kropf, wohingegen die Offiziere kropffrei blieben. Schon damals gab es eine plausible Begründung: Im Offizierskasino war das Essen abwechslungsreich, bei den Unteroffizierschülern karg, einseitig, aus heutiger Sicht jodarm und wahrscheinlich angesichts der häufigen Kohlgerichte auch strumaerzeugend wirksam.
- 1923 wurde eine Kropfkarte Sachsens entworfen, die die Region um Freiberg, Chemnitz und Zwickau als besonders auffällige Zonen aufwies.
- 1924 wurde aus dem Zwickauer Raum mitgeteilt, dass die Schilddrüsenengewichte der Verstorbenen denen aus der Schweiz mitgeteilten entsprachen. Ähnliche Befunde wurden 1951 in dem gleichen Zwickauer Institut beobachtet.
- Interessant und erschütternd zugleich sind Beobachtungen aus dem Jahre 1930 in Rübenu, wo familiär gehäuft Kretinismus beobachtet wurde (Abb. 2) und heute nicht mehr vorstellbare schlechte Lebensver-



Altar in Wehrkirche, Großrückerswalde (Detail)



Kretin-Familie in Rübenu/Erzgebirge 1930



Schlafzimmer der Kretin-Familie

hältnisse herrschten. Der Autor schreibt: „Heute herrscht die schlimmste Arbeitslosigkeit. Das Dorf kann keine Arbeit geben, außer der Beschäftigung einiger Frauen in der kleinen Trikotagenfabrik, die im alten Herrenhaus untergebracht ist (Wochenverdienst 12 bis 20 Mark). Mehr als 10 Prozent der Bevölkerung von 200 bis 2000 Bewohnern sind völlig arbeitslos. Der größere Teil arbeitet außerhalb in Olbernau, Kupferhammer-Grünthal und anderswo; täglich müssen die Arbeiter stundenlang wandern, andere leben von Vogelstellerei und Grenzschmuggel.“ Der Autor zitiert dann die Eintragungen eines Pastor Bauer, der 1854 als Schulinspektor tätig war: „Und eben diese erwähnten klimatischen üblen, kalten, feuchten Ausdünstungen des hiesigen Moor- und Sumpfbodens haben eine unübersehbare Höhe erreicht, durch die seit längerer Zeit schon während der Teuerung und Erwerbslosigkeit entstandene gänzliche Verarmung hiesigen Volkes, in Folge der man oftmals im harten Winter kleinere und größere Kinder

ohne Schuhe und Stiefel, nur mit ein paar alten Strümpfen angetan, öfters auch barfuß eine große Strecke weit in die Schule gehen sieht,“ und weiter: „viele andere Kinder hingegen, deren Körperbedeckung nur aus alten Fetzen von Hemden und Beinkleidern besteht, und die nichts weiter zu ihrer Bekleidung haben als nur Lumpen, können teils ihrer isolierten und weiter Entfernung von der Schule, teils außerdem bei dem Genuss der elendsten Nahrungsmittel dabei nicht einmal halbsatt, und abgehungert, matt, gleich den Halbtoten, zur Zeit des Winters bei vielen Schneemassen und Stürmen wie zum Beispiel in dem letzt verflossenen Winter, die Schule nicht regelmäßig besuchen...“. Der Autor schreibt weiter: „Heute noch (1930!) müssen die Kinder Schulwege bis zu einer Stunde zurücklegen. Ich trete in die Hütte eines Holzarbeiters ein (Abb. 2). Um den Tisch sitzt die ganze Familie, Mann, Frau und 5 Kinder von 3 bis 10 Jahren. Alle Gesichter zeigen deutliche Spuren des Kretinismus. Die Arbeitsstelle des Holzar-

beiters liegt 15 km von der Wohnung entfernt. Täglich wandert er diese Strecke zu Fuß über die Berge – 15 km hin, 15 km zurück. 6 Stunden Fußweg und 9 bis 10 Stunden Arbeit jeden Tag. In einer Woche bringt er es auf 25 Mark. Die Schlafkammer ist übler als ein Tierstall (Abb. 3). In den Holzbettgestellen Stroh und schmutzige Lumpen. Vor den zerbrochenen Scheiben der Fenster hängen zerrissene Decken. Mit 3 „Betten“ müssen sich die 7 Menschen begnügen. Widerlicher Geruch, Ungeziefer. In der Dämmerung erscheinen Ratten.“

Obgleich in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, also 40 Jahre später sich generell die Lebensbedingungen gebessert hatten, war zwar kein Kretinismus, aber der Kropf bei jung und alt noch gehäuft anzutreffen. Als Ursache konnte viel früher in der Schweiz im gesamten Deutschland ein Jodmangel nachgewiesen werden. Er nahm von Nord nach Süd zu, war in Bayern und den südlichen Bezirken der DDR am schwersten. Die allgemein verbreitete Hypothese, die letzte Eiszeit habe die Böden ausgewaschen, jodarm gemacht und zum Jodmangel der darauf angebauten Nahrungsmittel geführt, trifft zwar unter anderem für die Schweiz, aber nicht für das Erzgebirge zu. Die Eismassen schoben sich nur bis etwa Höhe Chemnitz, das Erzgebirge blieb eisfrei. Der Jodmangel im Erzgebirge ist der metamorphen Struktur des Gesteins geschuldet, das nur eine ganz geringe Jodbindung aufweist. Entsprechend sind die Böden und die darauf angebauten Nahrungsmittel jodarm. Inzwischen ist der Jodmangel durch eine entsprechende Jodprophylaxe kompensiert, die Häufigkeit und Größe der Kröpfe deutlich zurückgegangen. Für uns ist es heute auch in den Zeiten der Arbeitslosigkeit und wirtschaftlichen Rezession kaum vorstellbar, in welcher Armut und Not ein nicht geringer Teil der Erzgebirgsbevölkerung noch vor 75 Jahren gelebt hat.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch
Klinikum Hoyerswerda

Dankbares Gedenken Dr. med. habil. Hermann Eck zum 100. Geburtstag

* 1905
† 1974

Am 25. Februar 2005 wäre **Hermann Eck** (geboren 1905 in Beckstein in Baden, gestorben am 20. Januar 1974 in Leipzig) 100 Jahre alt geworden. Dies sei Anlass, eines Arztes zu gedenken, der große Teile seines beruflichen Lebens in Sachsen verbracht hat und in Leipzig begraben liegt.

Über sein Wesen, seine Entwicklung, seine wissenschaftlichen Leistungen und Ausstrahlungen hat G. Möbius 1975 in den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2) ausführlich berichtet. In aller Kürze seien einige wichtige Fakten aus diesem ausgezeichneten Nachruf aufgezeigt.

H. Eck war Sohn eines Weinbauern in Baden, verlor seinen Vater früh im ersten Weltkrieg, studierte Medizin in Würzburg, Tübingen und Heidelberg und kam nach seiner Medizinalpraktikantenzeit an das Institut für Pathologie des Heinrich-Braun-Krankenhaus in Zwickau zu Professor Heilmann. Seine Promotion, 1932 an der Universität Erlangen, hatte sich mit der traumatischen Spätapoplexie beschäftigt.

Von 1935 an wirkte er als Oberarzt im Zwickauer Institut und leitete hier auch die große bakteriologisch-serologische Abteilung. Diese einheitliche Betrachtung von pathologisch-morphologischer Analyse mit bakteriologischen Befunden in der Bewertung von Krankheiten und auch Todesursachen im Sektionssaal hat hier ihre Wurzeln und ist später seinen Schülern sehr zu Gute gekommen.

Ein möglicher und vorgesehener Wechsel an das Leipziger Universitätsinstitut zu Professor Hueck wurde durch den Ausbruch des zweiten Weltkrieges verhindert, Hermann Eck blieb in Zwickau bis zu seiner Berufung als Prosektor und Chefarzt des Pathologisch-Bakteriologischen Institutes am damaligen Städtischen Krankenhauses St. Georg in Leipzig. Am 1. April 1948 trat er diese Leitung an und arbeitete und wirkte hier bis zum 31. Dezember 1971.

Segensreich für die sehr fruchtbare praktische und wissenschaftliche Arbeit an Institut St. Georg waren sein interdisziplinäres Denken und Handeln und die damit verbundene sehr gute, teilweise freundschaftliche Zusammenarbeit mit den Internisten Seyfarth und Keller, den Chirurgen Heller, Mörl und Rothe und dem Infektionisten Förster. So sind uns, seinen Schülern, die wöchentlichen klinisch-pathologischen Demonstrationen von Obduktionsbefunden und die sorgsame und debattenreich bearbeitete von Lungenresektionspräparaten mit Internisten, Chirurgen und Radiologen in allerbesten Erinnerung.

Mir selbst waren dies Haltung und die Praktik der engen Zusammenarbeit mit den klinisch tätigen Kollegen stets Vermächtnis und Verpflichtung zugleich. Von 1963 bis zum Amtsantritt als

sein Nachfolger am 1. Januar 1972 habe ich von und unter Hermann Eck lernen dürfen und viele wissenschaftliche und persönliche Anregungen erhalten, die mich zu tiefem Dank verpflichten. Hermann Eck war ein liberaler Chef, der uns auch in der Zeit der DDR geistige Freiheit ermöglichte, in vielen interessanten Diskussionen auch außerhalb fachlich-pathologischer Probleme Anregungen zu selbstständigem Denken gab. Die sogenannten „Bierabende“ waren so prägende Gesprächsrunden zu Fragen der Philosophie, der Medizin- und deutschen Geschichte, getragen von der großen Bildung und humanistischen Gedankenwelt unseres Chefs.

Noch nach seinem Eintritt in den Ruhestand 1972 kam er gern ins Institut, hatte hier ein Zimmer zur freien Verfügung und trieb mit uns Latein.

Mit ungeheuerem Fleiß hat er von sehr früh morgens (sechs Uhr) bis oft spät ein riesiges Routineprogramm bewältigt, wissenschaftliche Literatur verfolgt und selbst sehr kreativ wissenschaftlich gearbeitet. „Wer mehr werden will als andere, muss mehr arbeiten als andere“ – war ein wichtiger Wahlspruch Ecks. So erhielt jeder der zahlreichen Schüler, die oft nur zur Vorbereitung auf klinische Tätigkeit für kürzere Zeit im Institut arbeiteten, einmal oder höchstens zweimal eine Anregung für eine kleine wissenschaftliche Untersuchung und Veröffentlichung. Wurde sie mit Fleiß und Interesse beantwortet, war einem die volle Unterstützung auf wissenschaftlichem Gebiet durch den Chef bis hin zur Habilitation sicher. Anderenfalls ließ der Chef die jungen Assistenten im Lernen der täglichen Routinearbeiten gewähren, ohne nachtragend zu sein. Bis zum Eintritt in den Ruhestand hat Eck selbst fleißig obduziert und so besonders auf Außensektionen in zahlreichen Krankenhäusern der näheren und weiteren Umgebung enge Kontakte zu den dortigen ärztlichen Kollegen gepflegt.

Sein eigenes wissenschaftliches Werk (56 Publikationen zwei Buch- bzw. Handbuchbeiträge und unzählige Vorträge) wurden ergänzt durch die Betreuung von 217 wissenschaftlichen Arbeiten seiner Mitarbeiter, fünf Monographien aus dem Institut und 180 Doktorarbeiten, die er vergab und zusammen mit seinen Oberärzten betreute. Fünf seiner Schüler habilitierten extern im Fach Pathologische Anatomie und nahmen später leitende Funktionen ein.

Die Titel der wissenschaftlichen Publikationen von H. Eck sind bei Möbius (2) zusammengestellt. Hervorgehoben seien die Untersuchungen zu den Lungentumoren, die im Falle des „Alveolarzellkarzinoms“ 1959 zur Habilitation von Eck an der Universität Leipzig führten und einen besonderen Niederschlag im Handbuchartikeln über Lungenschwülste im Handbuch der Spezi-

ellen Pathologischen Anatomie und Histologie (1969) fanden, an dem ich neben G. Rothe selbst aktiv mitarbeiten durfte.

Weitere eindrucksvolle Arbeiten befassen sich mit Infektionskrankheiten, so auch mit bakteriologischen Untersuchungen von Leichenblut und Leichenorganen bei der Aufdeckung von bakteriellen Todesursachen (Münch. Med. Wschr. **89**, 515 (1942), die noch heute wichtige Hinweise für eine erfolgreiche Obduktionstätigkeit liefern und über die „Encephalomyelitis listeriaca apostematosa“ (Schweiz. Med. Wschr. **87**, 2387 (1960)). Studien zum Mikrokarzinom der Lunge und des Magens und die Zusammenhänge zwischen Unfall und tödlichen Spätkomplikationen seien hervorgehoben. Daneben sind Arbeiten aus dem breiten Gebiet des gesamten Pathologie von Eck und seinen Schülern verzeichnet. Zum 50-jährigen Bestehen des Pathologisch-Bakteriologischen Institutes am Krankenhaus St. Georg Leipzig 1963 hat H. Eck nicht nur die Leistungen der Pathologie im Dialog mit der Klinik gewürdigt, sondern auch seiner Vorgänger ehrend gedacht (1).

Beeindruckte uns das umfangreiche fachliche Wissen auf dem Gebiet der Makroskopie und Histologie und die außerordentliche Fähigkeit zur Zusammenschau von Einzelergebnissen bei H. Eck, so war es auch seine Art, eigene Fehleinschätzungen einzugestehen und seine Geflogenheit, auch Jüngere um Rat zu fragen. Dies frühe Vertrauen in die eigenständigen Leistungen der Schüler und die Übertragung kleiner Aufgaben zur selbstständigen Erledigung haben uns ermutigt und die Begeisterung für unseren Chef und das Fachgebiet der Pathologischen Anatomie und Histologie verstärkt.

Am Ende seiner Chefarztstätigkeit im Dezember 1971 hat H. Eck in einer kleinen privaten Schrift Bilanz seiner Arbeit im Pathologischen Institut St. Georg gezogen, besonders gute und auch belastende Ereignisse seines Berufslebens beschrieben und allen seinen Akademikern im Institut wohlwollende Anerkennung zugeschrieben, die für uns Ermutigung und Wegweisung geworden sind (3).

Heute selbst im Ruhestand habe ich noch immer starke Gefühle des Dankes dafür, diesem großartigen Lehrer begegnet zu sein. Auch in den zwei Jahren nach Eintritt in seinen Ruhestand haben mich Gespräche mit ihm bereichert, nicht zuletzt sein Bekenntnis zu den Sachen, denen er bis zu seinem Lebensende verbunden geblieben ist.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Lemseler Weg 21
04129 Leipzig

Gerd Küchler: Kraftfelder Malerei und Arbeiten auf Papier



„Transformation“ 2004, Öl-Leinwand, 130 x 160 cm

„Straffe geometrische Ordnung ohne Ausweichen, ohne Abweichung. Eine sehr feine farbige Differenzierung über die ganze Skala. Diese Geradlinigkeit einerseits, diese sensible Modulierung andererseits. Kompakte Bilder, das ist es, was Gerd Küchlers Malerei auszeichnet. Die Titel zeigen an, dass für jede ein bestimmter Anlass vorhanden ist und die einzelnen Erfindungen keine routinemäßigen Wiederholungen sind“, befand Claus Weidendorfer, einer seiner einstigen Lehrer, im Jahr 2003. Küchler (Jhrgang 1965), der bis 1991 als Stahlbauer arbeitete, hat zwischen 1981 und 1984 zunächst ein Abendstudium an der Hochschule für Bildende Künste Dresden absolviert. Ab 1991 studierte der gebürtige Dresdner erst einmal Theatermalerei (1991 bis 1995), woran er – ebenfalls an der HfBK – ein Studium der Malerei und Grafik, unter anderem bei Claus Weidendorfer und Max Uhlig, anschloss. Seit 1999 freischaffend, fand der Künstler Anerkennung in Ausstellungen und durch Ankäufe privater und öffentlicher Sammlungen auch über Dresden hinaus. In seinen jüngsten konstruktiven Bildern tritt der früher noch erkennbare, ursprüngliche Zusammenhang zur Landschaft zunehmend zurück. Die Farbe selbst, künstlerische Bezüge oder Atmosphärisches gewinnen als Thema an Bedeutung. Bildtitel wie „Komposition mit Rot und Blau“ (2003), „Streifen für Scully“ (2002) oder „Kalter und warmer Tag“ (2000) unterstreichen dies.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 18. Januar bis 12. März 2006, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 19. Januar, 19.30 Uhr.

Vortrag und Diskussion

Patientenverfügung im Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin

31. Januar 2006, 20.00 Uhr

Seelsorgezentrum des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Gemeinsame Veranstaltung der
Sächsischen Landesärztekammer und des
Sächsischen Staatsministeriums der Justiz

Geert Mackenroth, Sächsischer
Staatsminister der Justiz
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,
Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger,
Medizinische Klinik und Poliklinik I,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Begrüßung
Nikolaus Krause, Krankenhausesseelsoerger

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 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.1.2006 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 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

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

ISSN: 0938-8478