

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 5/2006

Berufspolitik	3. Nationaler Protesttag am 19. Mai 2006 in Berlin Ärzteprotest in Leipzig	188 188
	26. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern Ausländische Ärzte in Sachsen Empfang für neue Kammermitglieder Obskure Briefe – ausufernde Bürokratie	189 193 194 194
Gesundheitspolitik	Gedanken zur Einführung der E-Card für Patienten und Ärzte in Deutschland Sucht-Selbsthilfegruppen in Sachsen Soziodemografischer Wandel und gesundheitliche Veränderungen bei suchtkranken Menschen Sachsens Externe vergleichende Qualitätssicherung in der Orthopädie/Unfallchirurgie und Kardiologie	195 197 201 212
Amtliche Bekanntmachungen	Eintragung in das Partnerschaftsregister	205
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Arzt/Ärztin für medizinische Sachfragen gesucht 13. Dresdner Ärzteball Konzerte und Ausstellungen Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	205 205 205 205
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	206
Originalie	Aktuelles zur Therapie des metastasierten Mammakarzinoms	207
Leserbrief	Doz. Dr. med. habil. Jost Schönfelder zum offenen Brief von Prof. Dr. Bigl	211
	Impressum	211
Tagungsbericht	Leben mit Krebs	215
Personalia	Nachruf für Dr. med. Klaus Ermisch Prof. em. Dr. med. Dr. h.c. Rudolf Sachsenweger zum 90. Geburtstag Prof. Dr. med. habil. Horst Fleißner zum 80. Geburtstag Unsere Jubilare im Juni 2006	210 217 218 218
Kunst und Kultur	Dank an Dottore Ausstellung: Karl-Heinz Adler Konkrete Illusion in Zeichnung und Malerei	220 221
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juli 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



3. Nationaler Protesttag 19. Mai 2006 in Berlin

Mit über 30.000 Teilnehmern war der Ärzteprotest am 24. März 2006 die bislang größte Demonstration niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Dieser Protest wurde von einer überwältigenden Zustimmung aus der Bevölkerung getragen.

Am **19. Mai 2006** werden sich in Berlin erneut zehntausende Ärzte, Arzthelferinnen und weitere Heilberufe versammeln. Ab 12 Uhr geht eine Demonstration vom Invalidenpark aus über die Friedrichstraße zum Gendarmenmarkt. Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen unterstützt diesen Protest.

Alle Bündnispartner sind aufgerufen, sich mit ihren Mitgliedern oder Berufsangehörigen an diesem Protesttag zu beteiligen und nach Berlin zu fahren.

Damit zeigen wir den Politikern, dass nicht nur die Ärzte, sondern alle Angehörigen der Heil- und Pflegeberufe sowie die Patienten gegen die Fehlsteuerungen in der Gesundheitspolitik protestieren. Die Anliegen der Ärzteschaft sind auch die Anliegen des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen.

Für die Anreise nach Berlin stehen am 19. Mai 2006 Busse unter anderem bereit in:

Dresden:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden (www.slaek.de), **Abfahrt 9.00 Uhr.**
Anmeldung 0351 8267161 oder per E-Mail: presse@slaek.de.

Leipzig:

Connewitzer Kreuz, Karl-Liebknecht- Ecke Scheffelstr, **Abfahrt 8.00 Uhr.**

Anmeldung 0341 4416820 oder E-Mail: lv.sac@hartmannbund.de.

Chemnitz:

Carl-Hamel-Str. 3, KVS-Gebäude (Gewerbegebiet), **Abfahrt 7.30 Uhr.**
Anmeldung 0371 216514 oder chemnitz@slaek.de.

Wer mit diesen Bussen mitfahren möchte, meldet sich bitte **verbindlich** bis zum **15. Mai 2006 bei dem angegebenen Kontakt** an. Die Rückkehr ist gegen 19.00 Uhr vorgesehen. Fahrtkosten entstehen pro Person in Höhe von 10 €.

Es ist jedoch auch sinnvoll, weitere regionale Treffpunkte und Mitfahrmöglichkeiten einzurichten.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sprecher des Sächsischen
Bündnis Gesundheit 2000

Ärzteprotest in Leipzig



Foto: Nils Werner

Etwa 4.000 Ärzte von Universitätskliniken aus ganz Deutschland, darunter etwa 500 Ärzte aus den Universitätskliniken Dresden und Leipzig, versammelten sich am 19. April 2006 zu einer Protestkundgebung auf dem Augustusplatz in Leipzig. Bereits in der Nacht vom 17. zum 18. April 2006 haben Ärzte von deutschen Universitätskliniken mit einem Fackelzug

durch die Leipziger Innenstadt auf den schwelenden Tarifkonflikt aufmerksam gemacht. Eine Hauptforderung der Uniklinik-Ärzte ist, dass die geleistete Arbeit auch vergütet wird. Der Anteil unbezahlter Überstunden ist enorm hoch. Die Ärzte demonstrierten für bessere Arbeitsbedingungen und für einen Ärzte-Tarif, der international übliche Gehälter garan-

tiert. Außerdem fordern der Marburger Bund und die Ärzteschaft:

- wesentliche bessere Arbeitsbedingungen,
- eine Bezahlung der Über- und Bereitschaftsstunden,
- gleiche Bezahlung für Ärzte in Ost- und Westdeutschland,
- keine willkürlichen Befristungen von Arbeitsverträgen,
- wirksame Maßnahmen zur Entbürokratisierung.

Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Stefan Windau, versicherte auf der Protestveranstaltung den Klinikärzten die Solidarität der Sächsischen Landesärztekammer.

„Die Forderung nach 30 Prozent mehr Gehalt ist nur der Ausgleich für ausgefallene Leistungen in den vergangenen Jahren“. Die Ärzte beteiligen sich nunmehr seit über sieben Wochen bundesweit an Protesttagen und sie setzen die Großkundgebungen in allen deutschen Bundesländern massiv fort!

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

26. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
25. März 2006

Der Einladung des Präsidenten und des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur aktiven Teilnahme an der 26. Tagung war die Mehrzahl der Vorsitzenden, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Bericht des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer

„Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik“

Herr Dr. med. Stefan Windau berichtete zu Beginn der Sitzung ausführlich von der Außerordentlichen Kammer- und Vertreterversammlung. Er stellt die äußerst kritische Diskussion zum Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz mit der darin enthaltenen Bonus-Malus-Klausel in den Vordergrund seiner Ausführungen. Er wies darauf hin, dass sich nur noch schwer Änderungen in das Gesetz einbringen lassen. Vielmehr müsse das ganze Gesetz zurückgezogen werden. Nach Ansicht der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) ist die Malus-Regelung juristisch nicht durchsetzbar, weil Einzelregresse juristischen Überprüfung nur stand halten, wenn die Voraussetzungen dafür rechtlich wasserdicht sind.

Der Vizepräsident wies darauf hin, dass die geplante Malus-Regelung schon jetzt zu angstgesteuerten Reaktionen der Ärzte führt. Die KVS will sämtliche juristische Möglichkeiten gegen die Malusregelung ausschöpfen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hatte sich der Abstimmung im Bundesrat enthalten.

Die Ärzteproteste vom 18. Januar und 24. März 2006 in Berlin mit 20.000 bis 30.000 Teilnehmern sind nach Ansicht von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, ein Alarmsignal in der deutschen Sozialgeschichte. Dr. med. Stefan Windau sieht als Auslöser der andauernden Protesten, den Frust der Ärzteschaft auf Grund eines jahrelangen politischen Budgetierungs- und Gängelungsprozesses. Die Streiks an Kliniken werden unterschiedlich wahrgenommen,

aber erhalten größtenteils Verständnis von den Patienten. Dass die Ärzte das Gesundheitswesen mit unbezahlten Überstunden und Mehrarbeit in Höhe von 12 Milliarden Euro maßgeblich stützen, ist nun auch dem Bürger bewusst geworden. Die Forderung nach 30 Prozent mehr Gehalt der Klinikärzte bezieht sich auf Verluste der letzten Jahre, stellte der Vizepräsident klar. Die SPD plant bei der Gesundheitsreform eine Kombination aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale. Das Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen soll in einen „Wettbewerb um die beste Versorgung“ umgewandelt werden. Dr. Windau analysierte ein Konzept der Gesundheitspolitikerin Gudrun Schaich-Walch. Dieses Konzept, so es denn kommt, sieht Folgendes vor:

- Verträge mit und ohne Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Arbeitnehmersversicherung – Versicherungspflicht für alle, Wahlrecht entfällt, Abkopplung von Lohnkosten, Wahlmöglichkeiten,
- arztgruppenbezogene und arztbezogene Regelleistungsvolumina,
- neue Bedarfsplanung,
- Definition der „Unterversorgung“,
- Abbau der Ausnahmen bei DRG,
- keine doppelte Vorhaltung von Großgeräten stationär/ambulant,
- Verträge zur Integrierten Versorgung ohne Kassenärztliche Vereinigungen.

Dass die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt so großen Freiraum genießt, ist der Tatsache geschuldet, dass der CDU ein Gesundheitsprogramm und ein profilierter Gesundheitspolitiker fehlen.

Eine Begrenzung der Leistungsausgaben, um eine finanzielle Stabilisierung der GKV zu erreichen, ist nur zielführend, wenn eine breite gesellschaftliche Diskussion über die zu erbringenden Leistungen geführt und nicht den Ärzten die Schuld für ständig steigende Ausgaben zugeschoben wird.

Oftmals von Ärzten kritisiert wird die Bürokratie in der Praxis. Der Vorwurf, die Selbstverwaltung produziere die Bürokratie

selbst, ist nicht haltbar. Dennoch ist die Sächsische Landesärztekammer mit der Bundesärztekammer im Gespräch über ein mögliches Projekt zur Dokumentationsoptimierung. Dieses Projekt könnte auch Bestandteil der von der Bundesärztekammer initiierten Versorgungsforschung werden, um die Pauschalangriffe auf die Ärzteschaft und die Behauptung von Über-Unter-Fehlversorgung zu entkräften.

Übergeordnetes Ziel der Versorgungsforschung ist es, die Ärzteschaft in die Lage zu versetzen, auf wissenschaftlich evaluierten Daten als Politikberater in Zeiten knapper (Kranken-) Kassen tätig zu werden und damit die isoliert ökonomisierenden Betrachtungsweise mit fortschreitender Rationierung zu verhindern.

Über die Arbeit des „Bündnis Gesundheit 2000“ im Freistaat Sachsen berichtete Dr. Windau gemeinsam mit Frau Dr. med. Gisela Trübsbach. Das Bündnis unterstützt die Resolution der Außerordentlichen Kammer- und Vertreterversammlung und den Protesttag vom 24. März 2006.

Weiterhin plant es ein dringliches Gespräch von Vertretern des Bündnisses zur Situation der Heilberufe mit der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, sowie Patientenforen in Dresden, Chemnitz, Leipzig.

Dr. Windau informierte über weitere Vorhaben der Sächsische Landesärztekammer. So konnte die Veranstaltungsreihe „Häusliche Gewalt“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum mit 350 Teilnehmern abgeschlossen werden. In Vorbereitung ist eine Reihe unter dem Titel „Ethik und Verantwortung in der modernen Medizin“. Am 10. Mai 2006 ist eine gemeinsame Sitzung der Ausschussvorsitzenden der Sächsischen Landesärztekammer anberaumt.

Ein Aufruf zur aktiven Teilnahme der sächsischen Ärzteschaft an dem Ärzteprotest am 19. Mai 2006 in Berlin erfolgte durch Herrn Dr. Windau.

Mit Blick auf die Neuwahl von Vorstand und Kammerversammlung (2007/2011)

wies Dr. Windau darauf hin, dass die Wahlvorbereitungen jetzt beginnen und möglichst viele engagierte Ärzte für die vielfältigen Aufgaben der Sächsische Landesärztekammer gewonnen werden müssen. Die Gesundheitspolitik macht eine aktive Mitarbeit der Kammer notwendig. Die Sächsische Landesärztekammer braucht Ärzte, die konstruktiv mitarbeiten.

Gewalt gegen Kinder, Misshandlung Minderjähriger

*Frau PD Dr. med. Christine Erfurt
Technische Universität Dresden,
Medizinische Fakultät
Institut für Rechtsmedizin*

Die Misshandlung von Kindern steht im engen Kontext zur Gewalt durch den Partner eines Elternteiles im näheren und weiteren häuslichen Umfeld. In etwa 30 bis 60 Prozent der beobachteten Fälle kommt es zu einer Überschneidung zwischen häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung, wobei ca. 50 Prozent der Mütter von misshandelten Kindern ebenfalls von Gewalt betroffen sind. Hierbei sind die Erscheinungsbilder der Gewalt ganz unterschiedlich (körperliche, psychische, verbale, sexuelle und ökonomische Gewalt).

Die epidemiologischen Daten zum Ausmaß von Gewalttaten beruhen zum einen auf der Kriminalstatistik und zum anderen auf den Untersuchungszahlen der rechtsmedizinischen Institute. Es ist dabei besonders augenfällig, in welchem geringen Maße die Opfer von Gewaltstraftaten medizinisch begutachtet werden.

Jeder Arzt wird sicher in weit größerem Maße mit den Folgen von Gewalttaten konfrontiert sein als er es selbst wahrnimmt.

Die Mitglieder der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer und die Mitarbeiter der sächsischen Institute für Rechtsmedizin in Dresden und Leipzig sehen ihre Aufgabe in der Fortbildung der Ärzteschaft in der Erkennung von Verletzungen, die nicht unfallty-

pisch sind. Des Weiteren sind die beweissichere Befunddokumentation und das richtige juristische Vorgehen bei der Untersuchung von Gewaltopfern ein wichtiges Fortbildungsziel. Den Ärzten sollen weiterhin Informationen und Hilfsangebote zum weiteren Vorgehen nach Feststellung von Gewaltfolgen zur Verfügung gestellt werden.

Sowohl die Kommission als die rechtsmedizinischen Institute wenden sich an die Sächsische Landesärztekammer mit der Bitte, sie bei der Fortbildung der Ärzteschaft beim Erkennen und Befunden von Gewaltstraftaten und dem Handeln danach zu unterstützen. Es muss dringend vermieden werden, dass durch zum Beispiel eine möglicherweise unzureichende Befunddokumentation die Hilfe für Opfer von Gewalttaten nicht optimal oder gar unmöglich ist. Die Opfer haben oft keinen anderen Ansprechpartner als den Arzt.

Influenza-Pandemieplanung in Sachsen

*Dr. med. Rudolf Marx, Vorstandsmitglied,
Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer in der Arbeitsgruppe Influenza des Landes Sachsen
Professor Dr. med. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin*

Zahlreiche Experten warnen derzeit vor einer drohenden Influenzapandemie.

Der genaue Zeitpunkt, die Schwere und der Subtyp des Erregers können allerdings nicht vorgesagt werden.

Erfahrungen aus den Pandemien des vergangenen Jahrhunderts und die gegenwärtige Ausbreitung der aviären Influenza A/H5N1 führen die Wissenschaftler zu der Aussage, dass eine Influenzapandemie jederzeit auftreten kann.

Für deren Entstehen gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Es kommt zu einer Neuzusammensetzung (Reassortment) der Influenzavirus-Genomsegmente aus einem aviären Subtyp und einem der gegenwärtig zirkulierenden humanen Influenzavirus-Subtypen bei gleichzeitiger Infektion oder

2. ein tierpathogener Subtyp passt sich durch einzelne Punktmutationen (Antigen-drift) zum Beispiel vom Influenzavirus A/H5N1 allmählich an den Menschen an. Dieser Mechanismus wird für die Entstehung eines Pandemievirus aus dem derzeit epidemischen Geflügelpesterreger befürchtet.

Die Vorbereitung auf eine Influenzapandemie ist eine weltweite Aufgabe. Die WHO hat bereits 1999 dazu aufgerufen, nationale Pläne zu erstellen. In Deutschland verständigten sich Bund und Länder auf einen Nationalen Influenzapandemieplan. Zu dessen Umsetzung wurde ein sächsischer Maßnahmeplan erarbeitet. Auf der Grundlage dieses Papiers konstituierte sich unter Federführung des Sozialministeriums eine AG Influenza des Freistaates.

Zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben wurden zusätzlich folgende Unterarbeitsgruppen gebildet:

1. Surveillance

Der Surveillance kommt im Fall einer Pandemie eine Schlüsselstellung zu, da durch frühe Identifizierung des Virus der Verlauf hinsichtlich Morbidität und Mortalität günstig beeinflusst werden kann. Das bestehende sächsische Influenza-Sentinel muss in diesem Zusammenhang optimiert werden.

2. Impfungen/Impfstoffe

Es ist anzustreben, dass im Pandemiefall Impfstoff für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht.

3. Antivirale Arzneimittel

Antivirale Medikamente (Tamiflu, Relenza) können zur Therapie und Chemoprophylaxe der Influenza eingesetzt werden. Für den ersten Bevorratungsschritt wurde für den Freistaat Sachsen eine Erkrankungsrate von 15 Prozent zugrunde gelegt. Vor den Mitgliedern der AG steht eine Vielzahl von Aufgaben, die von der Lagerung der Medikamente, deren gebrauchsfertiger Herstellung, Verteilung usw. reicht.

4. Antiepidemische Maßnahmen

Durch Einsatz antiepidemischer Maßnah-

men in den Frühphasen einer Pandemie sollen Virusübertragungen vermindert/verhindert und die Pandemieentwicklung abgeschwächt werden. Hierunter fallen unter anderem die Schließung von Einrichtungen, Besuchsverbote und Verbote von Veranstaltungen.

5. Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Die Landkreise und kreisfreien Städte stehen hier in besonderer Verantwortung. Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Betreuung der Alten- und Pflegeheime und die Krankenhaus-Notfallbehandlung müssen geplant und koordiniert werden. Zusätzliche Arbeitskräfte sind zu rekrutieren.

Sämtliche Arbeitsgruppen sind mit renommierten und kompetenten Fachvertretern zahlreicher Institutionen, Körperschaften, Verbänden und anderen besetzt.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises (HPC) ab 2007, Sachstandbericht

Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied

Frau Kornelia Keller,

Kaufmännische Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer

Die elektronische Gesundheitskarte wird zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis die Abläufe im deutschen Gesundheitswesen und auch in den Praxen radikal verändern.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises ist nicht aufzuhalten, da sie im § 291a SGB V gesetzlich verankert sind. Dies ist allerdings als ein mehrjähriger Prozess zu verstehen. Es ist drin-

gend geboten, dass langfristige Übergangsregelungen geschaffen werden. Der Gesamt-Rollout ist Ende des Jahres 2007/Anfang 2008 zu erwarten. Selbst dieser Zeitpunkt ist noch als optimistisch einzustufen.

Die Ärzteschaft hat bei der Gestaltung der Telematikinfrastruktur eine große Verantwortung, auch gegenüber ihren Patienten. Die Gegenfinanzierung der den Praxisinhabern entstehenden telematikbedingten Mehrkosten muss gesichert sein.

Die Kammern haben als Herausgeber des elektronischen Heilberufsausweises die Aufgabe, über die Spezifikation des elektronischen Heilberufsausweises die Interessen der Ärzteschaft wie Datensicherheit, Sicherung der ärztlichen Schweigepflicht und eine breite Anwendung der Karte im Rahmen der ärztlichen berufsbezogenen Anwendung über Erweiterungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe der Gestaltung der gesamten Telematikinfrastruktur im niedergelassenen Bereich und der Sicherung von reibungslosen Praxisabläufen in Kooperation mit den Praxissoftwareherstellern.

Der elektronische Heilberufsausweis wird der digitale Schlüssel zur medizinischen Telematikinfrastruktur sein. Der Ausgabeprozess des elektronischen Heilberufsausweises durch die Ärztekammern soll so unbürokratisch wie möglich gestaltet werden. Unumgänglich für den Start ist eine Unterschrift unter einen Papierantrag und die persönliche Identifizierung. Dabei wird die Sächsische Landesärztekammer mehrere Varianten von einer webbasierten Möglichkeit bis zur persönlichen Betreuung der Kammermitglieder in den Geschäftsstellen anbieten.

Die Region Löbau/Zittau ist als Testregion für den Freistaat Sachsen vom Bundesministerium für Gesundheit bestätigt worden. Damit besteht in Sachsen die

Möglichkeit, das Zusammenspiel von elektronischer Gesundheitskarte, elektronischem Heilberufsausweis, der technischen Komponenten und der Infrastruktur zu erproben. Wichtige Prämissen sind dabei die Prüfung der Funktionalität der Komponenten und des Zusammenspiels, Anwenderfreundlichkeit, Zuverlässigkeit, Praxistauglichkeit und Datensicherheit. Die Teilnehmer der Tagung fordern, dass die Veranlasser dieser Schlüsseltechnologie auch die Kosten tragen und dass Hast nicht ausgereifte Qualität ersetzen darf.

Vorbereitung der Wahl für die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2007 bis 2011

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurden vom Vizepräsident, Dr. med. Stefan Windau, gebeten, rechtzeitig für Kandidaten zur Kammerversammlung zu werben und insbesondere jüngere Kolleginnen und Kollegen für ehrenamtliche Tätigkeiten in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer zu gewinnen.

Frau Dr. Diefenbach, Landeswahlleiterin, informierte über den Rahmenzeitplan gemäß § 4 der Wahlordnung:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten: 31. 10. 2006
- Auflegung der Wählerlisten: 16. bis 27.11.2006
- Endzeitpunkt zur Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter: 13. 2. 2007
- Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechtes: 10. 4. 2007
- Konstituierende Kammerversammlung: 22./23. 6. 2007.

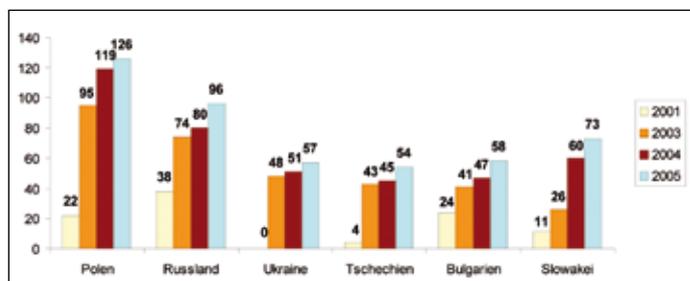
Ausländische Ärzte in Sachsen

Anzahl gemeldeter ausländischer Ärzte an der Sächsischen Landesärztekammer im Vergleich der Jahre 2001 bis 2005

Insgesamt arbeiteten zum 31. 12. 2005 14.329 Ärzte in Sachsen. Davon 7.139 (+173)¹ im stationären und 6.087 (+2) im ambulanten Bereich, darunter 1.878 (-15) Allgemeinärzte. 466 (-23) Ärzte waren in Behörden beschäftigt. Dazu kommen 4.424 (+414) Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit. Insgesamt 4.654 (+329) Ärzte befanden sich im Rentenalter, gingen aber zum Teil noch ihrem Beruf nach. Damit lebten und arbeiteten 18.753 (+ 523) Ärzte in Sachsen.

835 ausländische Ärzte aus 78 Nationen waren bei der Sächsischen Landesärzte-

¹ Angaben in Klammern beziehen sich auf die Differenz zum 31.12.2004.



Grafik: Anzahl ausländischer Ärzte nach Ländern (Auswahl)

Tabelle: Anzahl ausländischer Ärzte nach Ländern

Länder (Auswahl)	2001	2003	2004	2005
Polen	22	95	119	126
Russland	38	74	80	96
Ukraine	0	48	51	57
Tschechien	4	43	45	54
Bulgarien	24	41	47	58
Slowakei	11	26	60	73
Österreich	7	21	27	38
Syrien	14	20	23	25
Griechenland	16	16	17	21
Irak	11	15	13	16
.
.
Gesamt	254	607	722	835

kammer zum 31. Dezember 2005 (2004: 722) angemeldet. Daraus ergibt sich eine Zunahme an ausländischen Ärzten in Sachsen im Vergleich zu 2004 um 16 Prozent. Von diesen arbeiten 637 (2004: 530) Ärzte im stationären Sektor und 37 (36) im niedergelassenen Bereich. 51 (55) arbeiten in sonstigen Bereichen und 110

(101) Mediziner gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach.

Der meiste Zuwachs war bei Ärzten aus Russland (+ 16) und der Slowakei (+13) gefolgt von Österreich und Bulgarien (je +11) sowie Tschechien (+9) zu verzeichnen (siehe Tabelle und Grafik). Bei den übrigen Ländern liegt die Zahl zwischen zwei und sechs Ärzten pro Land. Insgesamt bestätigte sich eine weiter zunehmende Anzahl von Ärzten aus Osteuropa in Sachsen.

Knut Köhler M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Empfang für neue Kammermitglieder

Jedes Jahr melden sich Ärzte bei der Sächsischen Landesärztekammer neu an. Der Kontakt zur Selbstverwaltung basiert dabei zumeist auf einer reinen Verwaltungsebene.

Um einmal diesen neuen Kammermitgliedern die Struktur und Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer ausführlich darzustellen, wurden vom Präsidenten über 1.000 neue Kammermitglieder des Jahres 2005/2006 am 26. April 2006 zu einem Empfang eingeladen.

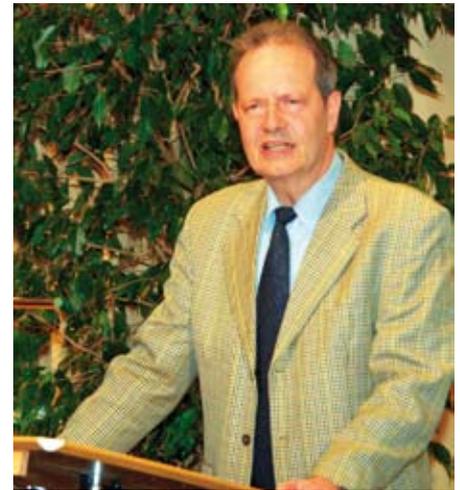
In drei Vorträgen konnten sich die Gäste über die Aufgaben und die Gremien der Sächsischen Landesärztekammer (Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident), über die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbil-

dung (Prof. Dr. Otto Bach) und die Sächsische Ärzteversorgung (Dr. Steffen Liebcher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung) informieren.

Im Anschluss nutzten die neuen Kammermitglieder die Möglichkeit für detaillierte Gespräche zur Weiterbildung, Fortbildung, zum Versorgungswerk und zur ehrenamtlichen Tätigkeit.

Die musikalische Umrahmung hatte das Trio Caros, bestehend aus Musikstudenten der Musikhochschule Carl-Maria-von-Weber Dresden, übernommen.

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



Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Obskure Briefe – ausufernde Bürokratie

Fast täglich erreichen die Ärzte obskure Briefe von Krankenkassen, Versicherungen oder Behörden. Mit viel personellem Aufwand wird zum Beispiel dem Arzt darin vorgerechnet, dass er 35,00 € Regress zahlen muss oder man soll einem Sachbearbeiter eine medizinische Behandlung erläutern. Jeder von Ihnen, liebe Leser, hat sicher schon einmal solche widersinnigen und provozierenden Schreiben erhalten. Und es gibt sicher noch sehr viel mehr Beispiele, bei denen Sie die Welt nicht mehr verstehen.

Wir möchten Sie auffordern, uns solche Schreiben zu übermitteln oder kuriose Fälle zu schildern. Sie können Namen und Anschriften unkenntlich machen, so dass wir nur den Sachverhalt erfahren können. Wir möchten diese obskuren Fälle sammeln und an geeigneter Stelle entweder veröffentlichen oder auch den zuständigen Stellen als gesammelte Beispiele ausufernder Bürokratie zur Kenntnis geben.

Senden Sie Ihre obskuren Schreiben an:

Sächsische Landesärztekammer
Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Fax: 0351 8267162
E-Mail: presse@slaek.de

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

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

Erratum

„Ärzteblatt Sachsen“, 4/2006, Seite 154:

Herr Dr. med. Lars Schirmer war Diskussionsredner auf der Außerordentlichen Kammerversammlung und Vertreterversammlung am 8. März 2006 in der Sächsischen Landesärztekammer, nicht Herr Torsten Ganzow.

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

INFORMATIONEN IM INTERNET

www.slaek.de

www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Gedanken zur Einführung der E-Card für Patienten und Ärzte in Deutschland

Ohne allein auf die Mainstreamargumente, wie zum Beispiel immer weiter ausufernde Kosten, die Datenschutzproblematik usw., vordergründig eingehen zu wollen, möchte ich detailliert mögliche Schwachstellen aufzeigen, deren Beseitigung für eine Akzeptanz der Karteneinführung durch die Ärzteschaft unabdingbar sind. Die Chancen mit dieser Karte sind für die Ärzteschaft wie auch für die Patienten riesig. Vorausgesetzt, man geht auf die Bedenken ein und löst die Probleme. Erinnern möchte ich an den Widerstand gegen die Chipkarte, die sehr schnell und erfolgreich Einzug gehalten hat, deren Systemmängel wie der ungehinderte und kostentreibende Zugang zum System und der unkontrollierbare Missbrauch bei Verlust, Diebstahl und Todesfall aber immer noch nicht abgestellt sind. Bei einem erfolgreichen Start kann die E-Card auch international ein erfolgreicher Exportartikel werden. Da die deutsche Ärzte- und Patientenschaft quasi die Mitentwickler und Träger der meisten Aufwendungen sind, sollte der Grossteil der später eingenommenen Gewinne aus dem Verkauf auch dem deutschen Gesundheitssystem rückgeführt werden. Damit können Anfangsverluste ausgeglichen werden und erwartete Einsparungen kommen denen zugute, die dem System zum Erfolg verhalfen. In Österreich ist die E-Card eingeführt worden und hat dort für erheblichen Ärger und zunehmende Inakzeptanz bei der Ärzteschaft geführt. Gleichwohl ist die E-Card österreichischen Verschnitts mitnichten mit dem deutschen Ansatz zu vergleichen und entspricht nur einer Minimalvariante des in Deutschland Geplanten.

An erster Stelle aller Bedenken stehen die primären und die Folgekosten, genau genommen die Refinanzierungsformen. Absolut sicher ist die Tatsache, dass alle Kosten bis zur Dose die Kassen finanzieren müssen, alles diesseits der Arzt. Wenn diese Frage nicht zur Zufriedenheit der Ärzteschaft geklärt wird, werden die Verbände alle Kollegen aufrufen, dieses

System zu boykottieren. Und dann droht ein finanzielles Fiasko erster Güte. Es wird genügend Umgehungskreisläufe geben, um staatlichem Druck auszuweichen. Das angedachte System der Rückvergütung über einen Aufschlag auf Rezepte scheint mir wenig durchdacht. Was, wenn der Hausarzt mit seinen Möglichkeiten Unmengen Rezeptzahlen unnötig generiert, was macht der Pathologe oder Humangenetiker, der gar nicht weiß, wie ein Rezept aussieht, aber gleiche Investitionskosten hat? Hier scheint ein erhebliches Konfliktpotenzial zu liegen. Des Weiteren habe ich insofern Bedenken, dass dieses System zukünftig unabwendbar kostengenerierend wirkt, da zentral festgelegt Innovationsschübe ausgelöst werden. Analog der Situation am Heimrechner, wo durch ständig neue Marotten die Anforderungen an die Rechner immer weiter aufgebläht werden und man ständig updaten und neu investieren muss. Letztlich nur, um den Rechner am Laufen zu halten.

Ein Weiteres ist die freiwillige Beteiligung von Patienten bzw. deren zwingende Einwilligung, was auf der Karte gespeichert wird. Wenn es dem Patienten überlassen bleibt und keine obligate Regelung gefunden wird, ist die Einführung inhaltslos, denn dann kann ich als Arzt dem Inhalt nicht trauen, da ich die Vollständigkeit anzweifeln muss. Es werden sensible,

dem Patienten nicht genehme Fakten fehlen. Daraus resultieren ungeahnte und unabsehbare juristische, medizinische und berufsrechtliche Folgen, deren Klärung vorab erfolgen muss.

Der erforderliche Zeitaufwand für die Bedienung der Karte mit den verschiedenen Zugriffen muss betriebswirtschaftlich berechnet und Kosten ergänzend in den EBM 2000+ nachberechnet werden, da gerade hier Haus- auch Hautärzte und einige andere bei weitem mehr als andere mit zusätzlichem Zeitaufwand belastet werden. Wie ist der Datenzugriff zu regeln? Es gibt wirre unterschiedliche Vorstellungen bisher. Soll der Arzt nur Zugriff auf Daten seiner Fachgruppe haben, sollen alle Ärzte alles über die Inhalte der Karte erfahren dürfen, wie ist der Notfall zu händeln? Ein Nebenproblem ist die durch die Informationsdichte sicher erforderliche Interaktionsprüfung bei mehreren Medikamenten, die uns Ärzten heute leider oft entgeht. Wer ist für die Prüfung auf Interaktionen zuständig? Der, der es entdeckt? Der verschreibt?

Bis das System im Ganzen läuft, werden mindestens zehn Jahre und mehr vergehen. Vielen Bevölkerungsgruppen sind die Umstellungen nicht zuzumuten. Analog dem Handling mit der Computerisierung unserer Umwelt. Da beteiligen sich viele nicht, weil die Mittel und Fähigkeiten fehlen. Aber es gibt verlustfreie

Umgehungschancen, bei der E-Card nicht. Dort gilt es für alle. Also müssen Übergangsfristen geschaffen werden. Auch für ältere Kollegen, die sonst reihenweise vorzeitig den Ruhestand suchen. Denn ein neues System muss sich auch wirtschaftlich und mental amortisieren. Bisher ein unbestelltes Feld.

Die Zuverlässigkeit des E-Card-Systems muss ausreichend gesichert sein. Wir sahen an tollcollect und jetzt am Beispiel Österreichs, welche fatale Folgen Unzuverlässigkeit im technischen Bereich haben kann. Die Folgen auf dem sensiblen Gebiet der Medizin sind unausdenkbar und damit auch die juristischen und berufsrechtlichen. Wer haftet, wenn aus technischen Gründen hochrelevante Daten keinen Zugang finden und der Patient Schaden nimmt? Hier werden viele Rechtskreise aus berufs-, zivil- und strafrechtlicher Form geschnitten, die über Jahre und Jahrzehnte erst langsam erkannt und dann durchgefochten werden müssen. Ich sehe hier endlosen Klärungsbedarf. Insgesamt lässt sich konstatieren, dass es zu einer umfangreichen Organisationsreform der Praxis- aber auch Krankenhausabläufe kommen wird.

Eine solche Datensammlung weckt Begehrlichkeiten mit dem Entwicklungspotenzial zum Überwachungsstaat oder zum Missbrauch. Dann nämlich, wenn alles zum Beispiel auf einem von den Ärzten nicht favorisierten zentralen Server gespeichert wird, wenn durch allgemeine Gesetzesänderungen nach Maßgaben von heute unvorstellbaren, dann aber legitimierte Gremien diese Daten alle nach bestimmten Kriterien scannbar sind. Was ist, wenn die Regierung zur Legitimation von neu zu beschließenden Gesetzen Daten braucht und dann auf diese zurückgreift? Was, wenn Rentenversicherung oder Berufsgenossenschaften einen Abgleich erforderlich machen? All das ist sicher im Moment undenkbar, kann trotzdem gegebenenfalls sinnvoll sein. Wenn wir hier keine klaren festen Maßstäbe haben, wird die Zukunft in dieser Frage wirr werden können. Aus der Erfahrung

ohne ich jedenfalls eines: Es wird zu einer technisch perfektionierten Ausweitung des Prüfwesens kommen. Das Arzneimittelregresswesen bekommt dann eine völlig andere Dimension. Nun sage bitte niemand, dass so etwas ausgeschlossen ist. Wenn etwas technisch möglich ist, wird es mittel- und langfristige auch genutzt. Auf der anderen Seite fürchte ich im Sinne unserer Patienten die Möglichkeiten selektiver Kontrahierung. Kann jemand garantieren, dass im Zuge öffentlicher Meinungsänderung und weiterer Rationierung bestimmte Gruppen aus der medizinischen Versorgung ausgeklammert werden sollen, so wie es jetzt schon in vielen Ländern Europas üblich ist und die über die Datensammlung erfolgreich klassifiziert werden können? Ich will die Sache nicht weiter auf andere ethische Felder ausdehnen, die außer in Deutschland in fast allen Ländern Europas heute schon Realität sind: Thema aktive Sterbehilfe und anderes mehr.

Ein neues Problem ist das Haftungsproblem bei dem eintretenden Informationsüberfluss. Wenn alle relevanten Informationen gespeichert sind, wer will die Fülle juristisch sauber verarbeiten? Gerade unter dem Aspekt eigentlich unzutreffender Diagnosen, die teilweise und begründungsabhängig als „Begründungsdiagnosen“ eingestellt sind und noch nicht gelöscht oder vergessen wurden zu löschen, aber andere Doctores in ihrem Handeln beeinflussen können. Ich schließe nicht aus, dass eine solche E-Card neue Berufsfelder wie Lotsen im Gesundheitswesen generiert, die in Bereiche der schon ob der Patientenmenge und des Aufwandes restlos überforderten Hausärzte einbrechen.

Es darf also keine Akzeptanz und Umsetzung der Karte geben, wenn die Praktikabilität (ohne nicht honorierten Mehraufwand) des Einsatzes der eGK/HPC in Klinik und Praxis nicht vorher im detail geklärt ist. Es ist für Deutschland noch offen, wie der Regelfall bei Hausbesuch, Pflegeheim, Notdienst geregelt ist. Es grenzt die bisherige Überlegung doch an

Faschingsscherz, immer in die Praxis zurückzufahren und von dort aus die Sachen nachzuarbeiten. Wir brauchen für diese Fälle standardisierte Formen/Abläufe, zum Beispiel Patientenakten und zwingend eine übersichtliche und schnell überschaubare Datenstruktur auf der E-Card. Des Weiteren fürchte ich, dass das finanzielle Akzeptanzproblem der E-Card auf den Arzt übertragen werden wird, er haftet also für die Folgen, wenn Patienten das System boykottieren oder nicht nutzen können. Auch wird die Selbstverwaltung eigene Kollegen sanktionieren müssen. Wehret den Anfängen, dies muss ausgeschlossen werden!

In Kurzform möchte ich zusammenfassen. Das Thema der Refinanzierung der Investitionen, der Betriebskosten und des organisatorischen Mehraufwandes muss sauber und transparent im EBM geregelt werden. Eventuelle Pauschalen und nutzungsbezogene Zuschläge müssen realistisch, dem tatsächlichem Aufwand entsprechend, gestaltet werden. Die Investitionsfolgen dürfen nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen. Allerdings ist keinesfalls zu leugnen, dass auch Ärzte an Einsparungen partizipieren. Wenn Patientendaten auf deren Freiwilligkeit erfasst werden, dürfen rechtliche Folgen nicht zu Lasten der Ärzte gehen. Nach heutigem Konsens ist die Datenhoheit bei den Patienten zu belassen. Das bedingt die oben beschriebenen ausreichenden Übergangsfristen für alle Teilnehmer mit einer Gesamtzeit von letztlich 15 Jahren und mehr bis zur vollständigen Umsetzung.

Sind die von mir angerissenen Problemfelder im Sinn der Ärzte und Patienten gelöst, sollte die Ärzteschaft frohen Mutes diese Innovation tragen und ihr zum Erfolg verhelfen.

Dr. med. Thomas Lipp
Vorsitzender des
Hartmannbund-Landesverbandes Sachsen
im Auftrag des Vorstandes

Sucht-Selbsthilfegruppen in Sachsen

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit der allgemeinen Bedeutung von „Gesundheitsselfhilfe“ werden wesentliche Befragungsergebnisse in 188 teilnehmenden sächsischen Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchterkrankungen diskutiert. Die Angebote der Suchtselbsthilfe werden vor allem von suchtkranken Menschen, im mittleren Lebensalter (Durchschnittsalter: ca. 50 Jahre) mit alkoholbezogenen Störungen genutzt. Jedoch konnte sich die Selbsthilfe innerhalb der letzten fünf Jahre zunehmend differenzieren und zum Beispiel Angebote für „junge Suchtkranke“, „Illegale Drogen“, „verhaltensbezogene Suchtstörungen“

etablieren. Suchtselbsthilfe leistet in Sachsen einen wichtigen Beitrag für den Ausstieg aus der Sucht insbesondere im Rahmen der langfristigen Bewältigung der Suchterkrankung. Auch zukünftig ist für die weitere Entwicklung und Qualifizierung der Suchtselbsthilfe eine Vernetzung mit professionellen Hilfeangeboten als auch gesamtgesellschaftliche Unterstützung notwendig.

Schlüsselwörter:
Selbsthilfe, Suchtkrankenhilfe, Versorgung

Stellenwert der Selbsthilfe im Behandlungssystem für Suchtkranke

Hilfe zur Selbsthilfe in Form der Mäßigkeitsbewegungen und Abstinenzverbände bildeten die Anfänge der Suchtkrankenhilfe vor mehr als 120 Jahren. Diese Aktivitäten waren die Reaktion auf allgemeine Rat- und Hilflosigkeit gegenüber den alkoholbedingten sozialen und gesundheitlichen Problemen. Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit schilderte die damalige Situation wie folgt: „Zunehmender Alkoholgenuss ist eine Hauptursache für die Zunahme von Verarmungsfällen, Konkursen, Verbrechen, Unfällen, Erkrankungen, Ehescheidungen und anderen sozialen Übel des Volkslebens.“ (Zitat übernommen aus Rudeck und Schmidt, 1997, S. 13).

Mittlerweile konnten sich differenzierte Angebote im Rahmen der Suchtkrankenhilfe etablieren, so dass wir heute vom System der Suchtkrankenhilfe aus ambulanten, stationären, komplementären Einrichtungen und Selbsthilfe sprechen, die eng vernetzt innerhalb der verschiedenen Therapiephasen der Suchterkrankung (Kontakt-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase) zusammenwirken. Einbezogen sind in diese Prozesse verschiedene Berufsgruppen, wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte, insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin, Mitarbeiter in Suchtberatungsstellen oder stationäre medizinische Einrichtungen. Während Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung bei der Früherkennung und Frühintervention von Abhängigkeits-erkrankungen von besonderer Bedeutung

sind, erfolgt die therapeutische suchtspezifische Behandlung vor allem in spezialisierten Einrichtungen, wie psychiatrische Einrichtungen (qualifizierte Entzugsbehandlung), Suchtfachkliniken (Entwöhnungsbehandlung inklusive Adaption) oder ambulante Rehabilitationseinrichtungen/Suchtberatungsstellen (ambulante Reha). Ergänzt werden diese verschiedenen professionellen Angebote durch die Selbsthilfe in einer partnerschaftlichen und gleichrangigen Zusammenarbeit. Die Angebote der Selbsthilfe übernehmen in diesem Zusammenhang wichtige Aufgaben im Rahmen der Motivation von Suchtkranken für suchtspezifische Interventionen (Kontaktphasen), Begleitung im weiteren therapeutischen Verlauf (Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung) und vor allem innerhalb der Nachsorgephase. Entscheidend für die erfolgreiche langfristige Bewältigung der Suchterkrankung ist die soziale Reintegration im Rahmen der Nachsorge, welche durch eine regelmäßige Mitarbeit innerhalb der Selbsthilfegruppe unterstützt wird. Aber nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Mitbetroffenen, das heißt Angehörige von Suchtkranken, ist der Besuch von Selbsthilfegruppen entlastend und langfristig

bei der Bewältigung eigener oder familiärer suchtspezifischer Probleme hilfreich. Die Suchtselbsthilfe leistet allgemein einen wichtigen Beitrag in der Förderung individueller Kompetenzen, der sozialen Integration, in der Aktivierung eines Potentials freiwilliger Helfer als auch in der Artikulation eigener Interessen (Abb. 1). Deutschlandweit wird die Anzahl der Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchterkrankungen auf ca. 11.000 geschätzt (DHS, 2003). Darunter zählen Gruppen,

Zur Bedeutung von Selbsthilfe:

- Förderung von individuellen Kompetenzen zur Bewältigung außergewöhnlicher sozialer und gesundheitlicher Belastungen.
- Selbsthilfe wirkt der Ausgrenzung und Isolation besonders belasteter Menschen entgegen und stärkt die Solidarität untereinander.
- Förderung des freiwilligen sozialen Engagements.
- Selbsthilfe gibt Anregung zur Selbstfindung und Selbsterfahrung.
- Selbsthilfe artikuliert Interessen der Betroffenen.

Abbildung 1

Tab 1: Anzahl der Gruppen (Quelle SLS- Datenbank, Stand: November 2005)

	AA-Gruppen Quelle: www. anonyme- alkoholiker.de	Anzahl der SHG (ohne AA- Gruppen)	Einwohner 30.6.2005	Angebotsdichte SHG / pro Einwohner
RB Dresden	6	112	1.663.940	1 / 14.000
RB Leipzig	10	86	1.073.806	1 / 11.000
RB Chemnitz	6	172	1.546.180	1 / 8.700

welche in den großen Selbsthilfverbänden wie Kreuzbund, Blaues Kreuz, Freundeskreise organisiert sind; Gruppen, welche sehr eigenständig, zum Beispiel auch in Form eines eingetragenen Vereins, arbeiten sowie Angebote nach dem Leitbild der Anonymen Alkoholiker.

Suchtselbsthilfe in Sachsen – Ergebnisse einer Befragung 2005

Auf Grund einer aktuellen Befragung in den sächsischen Sucht-Selbsthilfgruppen im März 2005 konnten flächendeckend die Angebote der Suchtselbsthilfe im Freistaat Sachsen näher untersucht werden. Darüber hinaus wurden auch die medizinischen Probleme der Mitglieder der Selbsthilfgruppen sowie deren Versorgung evaluiert – dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit. Im Vordergrund der hier veröffentlichten Untersuchung stehen die Analyse der

Zusammensetzung und Verfügbarkeit entsprechender Angebote sowie die Vernetzung innerhalb des Systems der Suchtkrankenhilfe. Von besonderem Interesse sind Daten zur Beteiligung der Selbsthilfe im Vermittlungsprozess suchtspezifischer Hilfe (Kontaktphase) als auch im Rahmen der langfristigen Sicherung von Therapieerfolgen (Nachsorge).

Wie in Tab. 1 dargestellt, sind die Sucht-Selbsthilfgruppen in Sachsen regional unterschiedlich verteilt. Der Regierungsbezirk Chemnitz weist die höchste Angebotsdichte auf. Im Vergleich dazu ist die Angebotsdichte im RB Dresden um etwa 40 Prozent „schwächer“ entwickelt.

An der Befragung nahmen ca. 50 Prozent der angeschriebenen Sucht-Selbsthilfgruppen teil, so dass anzunehmen ist, dass die Befragungsergebnisse mit mehr als 1.900 Teilnehmern aus annähernd 190 Selbsthilfgruppen repräsentativ für Sach-

sen sind. Diese hohe Rücklaufquote stellt ein sehr gutes Ergebnis dar, zumal die Befragung per Post freiwillig erfolgte und der 3-seitige Fragebogen relativ umfangreich war.

Wie in Abb. 2 dargestellt, sind 80 Prozent der Teilnehmer in den Sucht-Selbsthilfgruppen betroffene Menschen mit eigenen Suchtproblemen. Innerhalb dieser Gruppe dominieren vor allem alkoholbezogene Störungen (ca. 92 Prozent). Andere Suchterkrankungen (illegale Drogen, Medikamente, Ess-Störungen, pathologisches Glücksspiel) spielen in sächsischen Selbsthilfgruppen eine untergeordnete Rolle (Abb. 2). Eine Zunahme der Suchtprobleme im Bereich illegaler Drogen zeichnet sich auch im Bereich der Suchtselbsthilfe ab, denn innerhalb der letzten fünf Jahr hat sich die Anzahl der Selbsthilfgruppen in diesem Bereich nahezu verdoppelt. Dennoch ist festzustellen, dass gemessen am Hilfebedarf (zum Beispiel Anteil der Klienten in ambulanter oder stationärer Behandlung) Selbsthilfeangebote im Bereich illegaler Drogen als auch verhaltensbezogener Suchterkrankungen unterrepräsentiert sind. Zukünftig sind in diesem Bereich verstärkte Aktivitäten notwendig, zum Beispiel in Form von professioneller Unterstützung und Begleitung dieser Angebote.

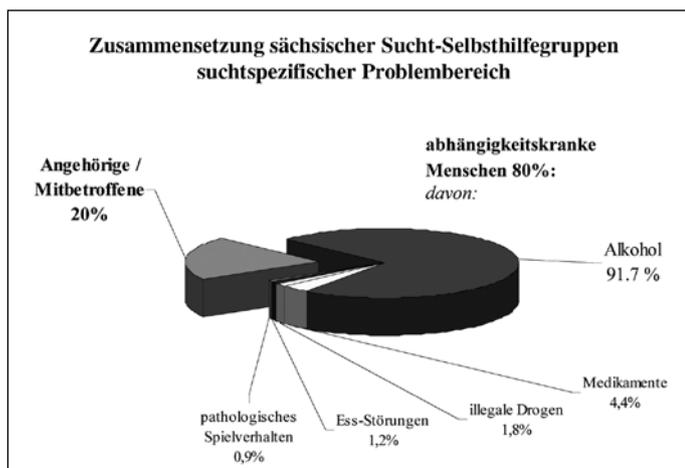


Abb. 2: Differenzierung der sächsischen Suchtselbsthilfe hinsichtlich suchtspezifischer Problematik

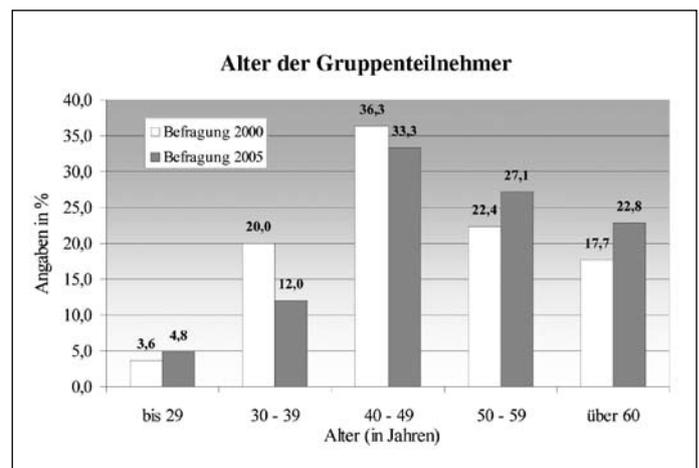


Abb. 3: Alterstruktur in den Suchtselbsthilfgruppen im Vergleich 2000 zu 2005

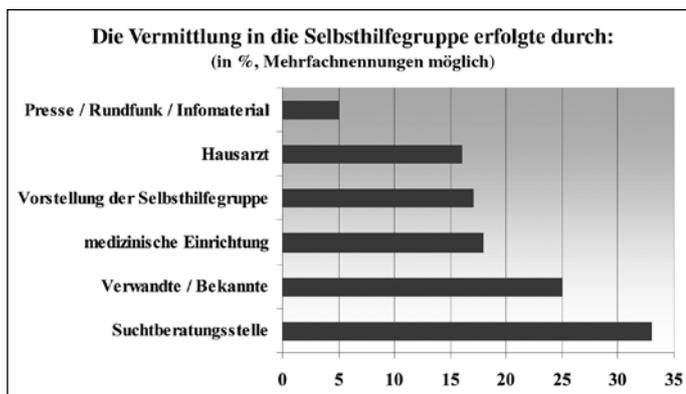


Abb. 4: Wege in eine Sucht-Selbsthilfegruppe

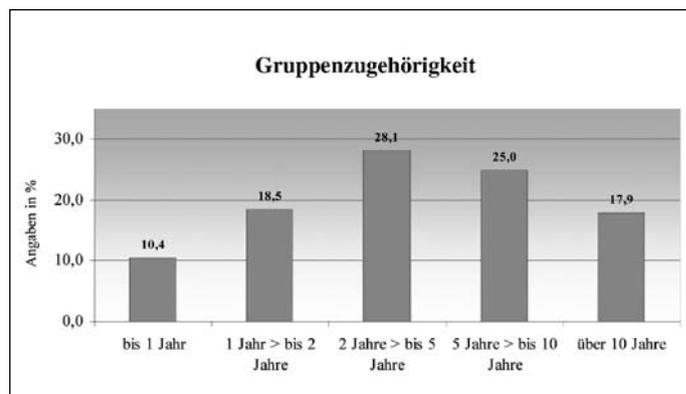


Abb. 6: Dauer der Gruppenzugehörigkeit

Das Durchschnittsalter der Selbsthilfe-Teilnehmer beträgt ca. 50 Jahre. Dargestellt in Abb. 3 sind auch jüngere Personen in den Selbsthilfegruppen engagiert, jedoch insgesamt unterrepräsentiert. Im Zusammenhang mit der Gründung neuer Selbsthilfegruppen für Suchtprobleme im Bereich illegaler Drogen nimmt der Anteil der unter 29-Jährigen tendenziell zu (aktuell 4,8 Prozent).

Die Frühzeitigkeit von suchtspezifischen Interventionen ist für die erfolgreiche Behandlung von großer Bedeutung. Da Suchtprobleme zu Beginn der Erkrankung von den Betroffenen oft geleugnet und verdrängt werden, spielen soziale Netzwerke wie Bekannten- und Familienkreis als auch Arbeitskollegen und Dienste der medizinischen Primärversorgung bei der Früherkennung und Frühintervention eine besondere Rolle. Die Darstellung der Vermittlungswege in die Selbsthilfegruppe

(Abb. 4) dokumentiert die Beteiligung verschiedener Akteure in der Vermittlung von suchtspezifischen Hilfen. Ungefähr ein Drittel der Befragten wurde durch Suchtberatungsstellen auf die Angebote der Selbsthilfegruppen aufmerksam. Nahestehende Personen wie Bekannte und Verwandte spielen ebenso eine bedeutende Rolle in der Vermittlung dieser Angebote wie auch medizinische Einrichtungen (zum Beispiel Allgemeinkrankenhäuser, Suchtfachkliniken) und Hausärzte. Allerdings sollte gerade im medizinischen Bereich noch Steigerungspotential möglich sein, da davon auszugehen ist, dass eine erfolgreiche stationäre Behandlung oder auch ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis eine gute Basis für die Thematisierung des Aufsuchens einer Selbsthilfegruppe sind. Auch als wirkungsvoll stellt sich die Vorstellung von Selbsthilfegruppen während einer stationären Behandlung dar. Ca. 17 Prozent der Selbsthilfegruppenteilnehmer entscheiden sich nach bzw. aufgrund dieser Informationsveranstaltungen für eine Teilnahme an der Selbsthilfegruppe.

Angebote der Selbsthilfe ermöglichen sowohl die ersten Schritte aus der Sucht, scheinen jedoch ebenfalls für die langfristige Krankheitsbewältigung von entscheidender Bedeutung zu sein. Etwa 10 Prozent der Selbsthilfe-Teilnehmer nennen die Selbsthilfegruppe als die wesentliche Hilfe aus der Sucht. Ohne zuvor eine suchtspezifische Behandlung durchlaufen

zu haben, finden diese Personen in einer Selbsthilfegruppe ein geeignetes Angebot zur Bewältigung der eigenen Suchterkrankung. Die überwiegende Mehrheit hat suchtspezifische Behandlungen in Beratungsstellen oder stationären Einrichtungen bereits vorher in Anspruch genommen und die Selbsthilfegruppe ergänzt diese professionellen Interventionen (Abb. 5).

Suchterkrankungen sind chronische Erkrankungen, die langfristige Unterstützungen im Rahmen der Rückfallprophylaxe benötigen. Während professionelle Angebote auf eine punktuelle, über kurze Zeiträume konzipierte Behandlung ausgerichtet sind, ermöglichen Selbsthilfegruppen ihren Mitgliedern eine lebenslange regelmäßige Teilnahme. Welchen besonderen Beitrag die Suchtselbsthilfe für die langfristige Krankheitsbewältigung leistet, wird in Abb. 6 deutlich. Mehr als 40 Prozent der Selbsthilfe-Teilnehmer gehören bereits länger als fünf Jahre der Gruppe an, welche sich in der Regel wöchentlich bzw. 14-tägig trifft. Über die Selbsthilfegruppe können soziale Kontakte und Netzwerke entstehen, die für die Bewältigung der Suchterkrankung von besondere Bedeutung sind, zumal der Anteil allein lebender und nicht mehr berufstätiger Menschen unter den Betroffenen besonders hoch ist- etwa zwei Drittel sind arbeits- oder erwerbslos und über die Hälfte der suchtkranken Menschen leben allein. Mit der Dauer der Gruppenzuge-

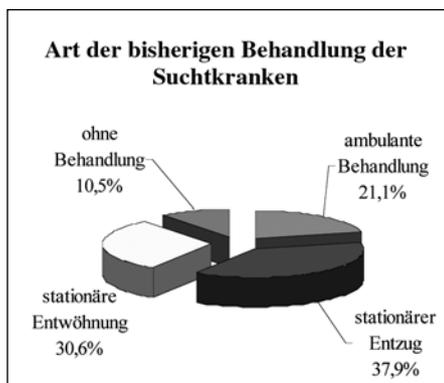


Abb. 5: Suchtspezifische Vorbehandlung

hörigkeit ist jedoch eine Verbesserung der beruflichen Situation festzustellen. Die Selbsthilfegruppe kann für viele Teilnehmer ein Weg aus der sozialen Isolation darstellen und wirkt möglicherweise über diese soziale Unterstützung rückfallverhütend. Verschiedene katamnestiche Untersuchungen haben einen solchen Zusammenhang nachgewiesen (Bürkle, 2004). In der vorliegenden Untersuchung bestand ein hoch signifikanter Zusammenhang ($r=0,81$; $p<0,001$) zwischen Abstinenzdauer und Gruppenzugehörigkeit. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass Suchtkranke, die die Selbsthilfegruppen verlassen haben (inkl. der Gründe für das Verlassen), nicht erfasst wurden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Freistaat Sachsen sind Angebote der Suchtselbsthilfe mit ca. 370 Gruppen und dazu gehörigen Dachverbänden flächendeckend verfügbar. Eine weitere Differenzierung in Hinblick auf Alters-, Geschlechts- und Suchtspezifika ist zukünftig notwendig. Die Angebote der Suchtselbsthilfe werden in Sachsen vor allem von suchtkranken Menschen mit alkoholbezogenen Störungen genutzt. Andere Suchterkrankungen spielen eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich zu 2000 werden jedoch auch Sucht-Selbsthilfeangebote verstärkt von Personen mit einer

Störung auf Grund illegaler Drogen in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter beträgt in den sächsischen Selbsthilfegruppen annähernd 50 Jahre. Verstärkte Bemühungen sind somit notwendig, um mehr junge suchtkranke Menschen in die Selbsthilfe einzubeziehen. Suchtselbsthilfe leistet einen wichtigen Beitrag für den Ausstieg aus der Sucht: Etwa 10 Prozent der Gruppenteilnehmer erreichen ihre Abstinenz ausschließlich durch das Gruppenangebot der Selbsthilfe. Die verschiedenen Wege in die Selbsthilfegruppen illustrieren ein enges Netzwerk ambulanter und stationärer Einrichtungen im Bereich der sächsischen Suchtkrankenhilfe. Die Suchtselbsthilfe ist in diesem System eine eigenständige Hilfeform, welche mit professionellen Angeboten partnerschaftlich zusammenarbeitet.

Suchtselbsthilfe leistet einen wesentlichen Beitrag im Rahmen der Rückfallprophylaxe, zur langfristigen Bewältigung der Suchterkrankung. Suchtselbsthilfe fördert die soziale und berufliche Reintegration: Festgestellt wird ein enger Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Abstinenzdauer. Dass annähernd die Hälfte der Teilnehmer die Angebote bereits mehr als fünf Jahre nutzen, verweist auf eine notwendige langfristige Arbeit der Selbsthilfegruppen. Die berufliche Situation von Suchtkranken verbessert sich mit der Dauer der Gruppenzuge-

hörigkeit. Allgemein stellt sich jedoch die berufliche Situation von Suchtkranken besonders auch im bundesdeutschen Vergleich sehr ungünstig dar (Sachsen: 37 Prozent arbeitslos; deutschlandweit beträgt dieser Anteil 22 Prozent).

Unterstützung der Selbsthilfe lohnt sich, da diese zur Reduktion suchtbezogener Störungen und den damit verbundene gesellschaftliche Folgekosten beiträgt. Die Arbeit, Weiterentwicklung und Qualifizierung der sächsischen Suchtselbsthilfe benötigt auch weiterhin eine breite gesellschaftliche Unterstützung (zum Beispiel Freistaat Sachsen, Kommunen, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen). Die Potentiale der Selbsthilfe sind durch eine engere regionale Kooperation mit niedergelassenen Ärzten als auch Krankenhäusern stärker zu nutzen. Die Einbeziehung der Selbsthilfe in Qualitätszirkeln, die Etablierung von Kooperationsberatungen für Selbsthilfegruppen und Ärzten (KOSA) als auch ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (Hamburger Modellprojekt) könnten zukünftig zur weiteren Stärkung der Suchtselbsthilfe beitragen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Dr. rer. medic. Olaf Rilke, Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Glacisstraße 26, 01099 Dresden, Tel.: / Fax: 0351-804 5506

Dr. med. Isabel Hach, MPH
Forschungsverbund Public Health Sachsen,
Medizinische Fakultät, TU Dresden

Soziodemografischer Wandel und gesundheitliche Veränderungen bei suchtkranken Menschen Sachsens

Zusammenfassung

Im Längsschnitt werden soziodemografische Veränderungen hinsichtlich der sozialen Beziehungen und der Einkommenssituation der suchtkranken Menschen Sachsens in Verbindung zur Schwere der Abhängigkeit und der Alkoholfolgeschäden gesetzt. Im Ergebnis gehen die Faktoren Alleinleben und Langzeitarbeitslosigkeit mit einer nachweisbaren alkoholbedingten

Verschlechterung des gesundheitlichen Status einher. Bei immer mehr Suchtkranken wächst die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Mehrfachschädigung.

Schlüsselwörter: Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Sucht, chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke

Das Suchtaufkommen in Sachsen

Für den Freistaat Sachsen schätzt die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS), dass allein bei der Droge Alkohol ca. 80.000 Abhängigkeitserkrankungen, 140.000 Alkoholmissbräucher und 260.000 Menschen mit riskantem Alkoholkonsum zu verzeichnen sind (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2002). Die Zahl der Drogenabhängigen wird auf 15.000 geschätzt, die der Medikamentenmissbräucher und -abhängigen auf 74.000. In Sachsen Krankenhäusern stieg die Anzahl der Suchtbehandlungen von 10.260 Fällen 1993 auf 18.275 Fälle im Jahre 2003 (Angaben laut Statistischem Landesamt). Rund ein Drittel der Behandlungen erfolgte in der Psychiatrie. Die Daten, welche vom Statistischen Landesamt erhältlich sind, geben allerdings nur die Erstdiagnosen wieder; Zweitdiagnosen werden nicht erhoben. Nach Angaben der Bundesregierung und der Arbeitsgruppe um Professor John in Greifswald (Wienberg 1995, John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. et al 1996, John, U. 1997, Rumpf, H.-J. et al. 2000, Tölle, R. 2001), sind rund 20 Prozent der verfügbaren Betten an Allgemeinkrankenhäusern dem Alkohol/Drogenmissbrauch geschuldet. An dieser Stelle lohnt es sich, eine Hochrechnung durchzuführen. In Sachsen waren laut Statistischem Landesamt im Jahr 2003 24.973 aufgestellte Betten an Allgemeinkrankenhäusern verfügbar. Wenn 20 Prozent der Betten an den Allgemeinkrankenhäusern wegen Alkohol/Drogenmissbrauch und Folgeschäden belegt sind, so wären das ca. 5.000 Betten. Bei einer angenommenen Verweildauer von 10 Tagen ergeben sich für den Freistaat Sachsen immerhin 182.500 Behandlungsfälle. Das ist rund das 10-fache von dem, was das Statistische Landesamt mit seiner Datenlage angeben kann. Die Daten vom Statistischen

Landesamt reflektieren also nur die genau zielbezogene Behandlung der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Erkrankungen, die als Alkoholfolgen anzusehen sind, werden somit statistisch nicht identifiziert. Im Fazit lässt sich feststellen, es werden wohl mehr Alkohol/Drogenfolgeerkrankungen stationär behandelt als auf den ersten Blick zu erahnen ist. Nun zu den Entwicklungen auf der ambulanten Seite. Die Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (früher Jahresstatistiken der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland genannt), der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) und die Erhebungen der SLS zeigen von 1995 bis 2004 einen Zuwachs an jährlichen Klientenneuzugängen von 5.701 auf 12.466 (Abb.1).

Zahlen aus dem ambulanten medizinischen Sektor waren nicht erhältlich. Die Gesamtzahl der von den SBB betreuten Klienten in Sachsen, also auch die Personen (inclusive Angehörige) mit eingerechnet, welche schon länger in einer Suchtberatungsstelle

betreut werden, stieg von 20.261 Personen 1995 auf 29.165 Personen im Jahre 2004.

Hilfstrukturen – und Kapazitäten

Welche Hilfstrukturen stehen dem Suchtaufkommen gegenüber?

Im Freistaat Sachsen sah die Behandlungs- und Betreuungslandschaft 2004 wie folgt aus:

- Für die hochspezialisierte Behandlung der Sucht im Sinne der psychiatrischen Regelbehandlung stehen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern in Sachsen 239 Betten zur Verfügung.
- Es können 445 Plätze für Entwöhnungsbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und 90 Plätze für die Drogenentwöhnung vorgehalten werden.
- Für die Adaptionsbehandlung stehen für Alkohol- und Medikamentenabhängige 20 Plätze, für Drogenabhängige 15 Plätze zur Verfügung.
- Im Freistaat sind 467 Plätze für die Behandlung und Betreuung chronisch mehrfach geschädigter/beeinträchtigter Abhängigkeitskranke (CMA) in sozialtherapeu-

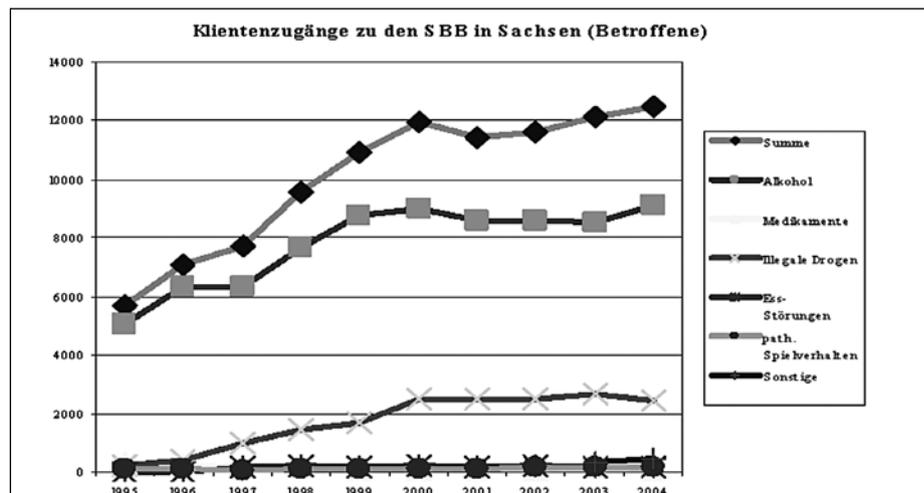


Abbildung 1

tischen Heimen geschaffen worden. Es sind 353 stationäre Therapieplätze, 55 Plätze in Außenwohngruppen und 59 Plätze im ambulant betreuten Wohnen vorhanden.

■ Im Freistaat Sachsen arbeiten insgesamt 46 Suchtberatungsstellen.

■ Es sind 410 Plätze für das betreute Wohnen für Jugendliche und Erwachsene, welche durch die Suchtberatungsstellen und Jugendämter vorgehalten werden, verfügbar.

■ Im Jahr 2006 sollen ca. 120 Therapieplätze nach § 64 StGB in den Stationen des Maßregelvollzuges bestehen.

■ In Sachsen arbeiten rund 350 Suchtselbsthilfegruppen.

In den letzten 15 Jahren ist im Freistaat Sachsen ein funktionsfähiges und in sich schlüssiges Suchtkrankenhilfesystem geschaffen worden. Aufschlussreich ist dabei eine Entwicklungslinie: Die Behandlungskapazität für chronisch mehrfach geschädigte/beeinträchtigte Abhängigkeitskranke in den sozialtherapeutischen Heimen musste in den vergangenen Jahren auf 467 Plätze erweitert werden. Es stellt sich die Frage, erreichen wir die suchtmittelabhängigen Menschen zu spät?

Die Veränderung der Lebenssituation der suchtmittelabhängigen Menschen

Folgende Darstellungen sind Auswertungen der Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sie verdeutlichen im Kern zwei Veränderungslinien. Erstens: Immer mehr suchtmittelabhängige Patienten leben mittlerweile allein. In einer festen sozialen Beziehung leben nur noch ca. 46 Prozent (Abb. 2).

Zweitens: Immer mehr Klienten aus den SBB (Abb. 3) sind arbeitslos (rund 50 Prozent). Im stationären psychiatrischen Sektor sind die Patienten, die eine Arbeit haben, fast schon eine Seltenheit! Der Anteil der Klienten mit Arbeitslosenhilfe stieg über den Beobachtungszeitraum stetig an. Ein Großteil der Klienten ist damit langzeitarbeitslos. Mit diesen deutlichen Veränderungen der Lebenssituation der Patienten sind die psychologisch wichtigen Effekte: vermehrte soziale Ausgliederung, verminderte soziale Kontrolle, „Versinglung“, Verringe-

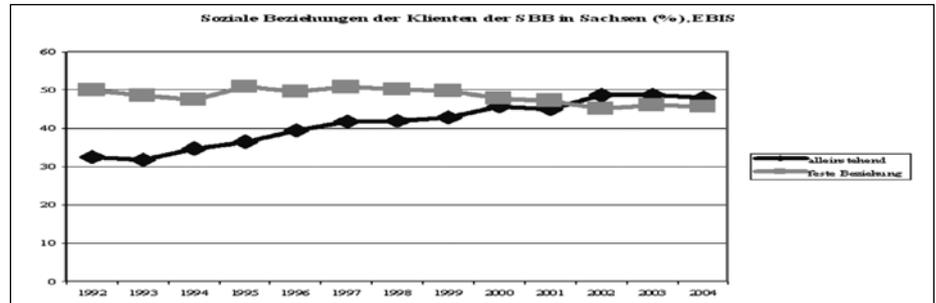


Abbildung 2

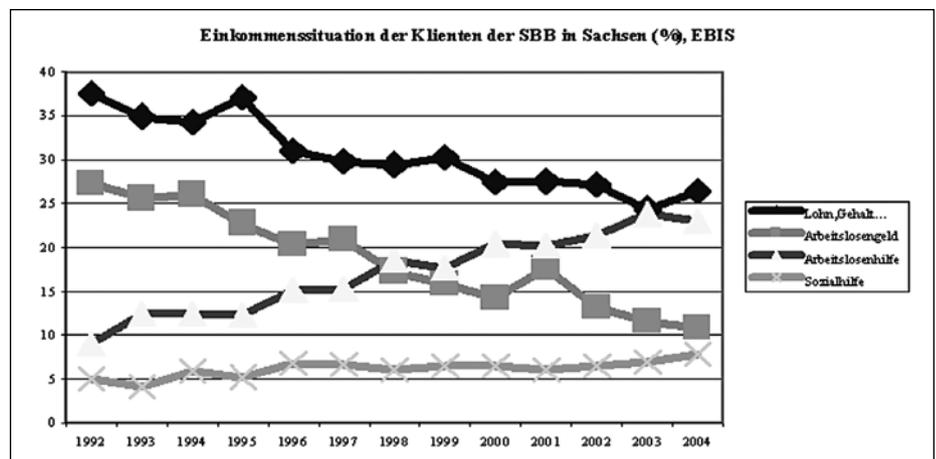


Abbildung 3

rung der finanziellen Ressourcen und eingeschränkte Lebensperspektive verknüpft. Bei Fortbestehen des Kreislaufes zwischen süchtigem Fehlverhalten und Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess stehen damit Zerfall der Familie, Zerfall der Gesundheit und Zuwanderung zu sozialen Subgruppen vor der Tür. In diesem Kreislauf stabilisieren sich süchtige Fehleinstellungen wie Selbstbedauerung, Bagatellisieren des Suchtmittelkonsums und so weiter. Die Konsequenzen der Sucht werden nicht mehr wahrgenommen. Der Sucht stehen hier keine oder nur wenige Begrenzungen mehr gegenüber! Welchen Einfluss die Harz IV-Regelungen haben werden muss offen bleiben.

Die Veränderungen der Behandlungsanforderungen- und Struktur

Die im Folgenden dargestellten Grafiken und Tabellen sind Auswertungen der Daten der Basisdokumentation (BADO-Daten) des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie

und Neurologie Rodewisch und der CMA-Untersuchungsdaten der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren-Sachsen (GAD-S).

In der Psychiatrie Sachsens entfallen mittlerweile ca. 20 Prozent der Bettenkapazität auf die Abhängigkeitskranken. Ein Trend, der sich seit 2000 zu stabilisieren scheint. Im 1. Quartal 2005 wurden in Sachsens Psychiatrie im Durchschnitt 403 Betten mit Suchtpatienten belegt. An spezialisierten Behandlungseinheiten verfügen wir, wie oben dargestellt, über 239 Betten. Die quantitativen Behandlungsanforderungen sind offenbar größer als die verfügbaren spezialisierten Behandlungseinheiten.

Der Anteil der Schwer- und Mehrfachkranken (so genannte S4-Patienten) während der psychiatrischen Regelbehandlung der Sucht hat sich im Freistaat Sachsen auf durchschnittlich 27 Prozent erhöht und bewegt sich seit 1997 auf diesem relativ stabil hohem Niveau. Die Datenlage ist aber unvollständig,

da nicht alle psychiatrischen Einrichtungen Sachsens an den Erhebungen teilnehmen. Es hat sich offenbar eine nicht unerheblich große Gruppe der schwer- und mehrfachkranken Suchtpatienten herausgebildet. An dieser Stelle lohnt sich ein Rückblick auf die Untersuchungen der GAD-S Arbeitsgruppe um Professor Mühler, Dr. Leonhardt und Dr. Härtel bezüglich der CMA Population im Freistaat Sachsen (Härtel, F., Leonhardt, H.-J., Mühler, K. 2005). Der CMA Begriff (chronisch mehrfach geschädigter/beeinträchtigter Abhängigkeitskranker) ist eine Zusammenführung somatischer, psychischer und sozialer Folgen der Alkohol/Drogenabhängigkeit. Psychische Folgeerkrankungen mit einer hohen Gewichtung können dabei zum Beispiel Delir, Halluzinose, paranoide Psychose und ähnliches sein. Anfallsgeschehen, Lebererkrankungen, Korsakow-Syndrom, Polyneuropathie und so weiter bilden somatische Folgeerkrankungen ab. Auf der sozialen Seite wird das Schädigungsmaß an den fehlenden lebens-thematischen Bezügen Wohnung, Familie und Arbeit bestimmt. In der Operationalisierung dieser Merkmale sind die Autoren wie folgt vorgegangen: Für jeden Schädigungsbereich, das heißt den somatischen, den psychischen und den sozialen, gibt es eine Skala der Schädigungshöhe, die von 1 – im Sinne von geringe Schädigung – bis 6 – im Sinne von sehr starker Schädigung – reicht. Werden die drei schädigungsrelevanten Dimensionen addiert, so kann eine Höchstpunktzahl von 18 Indexpunkten erreicht werden. In den Untersuchungen stellte sich heraus, dass ab einem Indexwert von 12 Punkten von einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne des CMA ausgegangen werden kann. In Kürze seien einige wichtige Ergebnisse und Entwicklungstrends dargestellt.

■ Bei CMA Patienten dominieren die Männer mit 91 Prozent

■ CMA Patienten sind mit durchschnittlich 47 Jahren älter als andere Abhängigkeitskranke mit durchschnittlich 43 Jahren.

■ Mit steigendem Indexwert geht eine typischerweise schrittweise Ausgliederung aus dem Arbeitsleben und steigende Entfer-

nung vom Arbeitsmarkt einher. Mit einem Indexwert von 12 besteht ein eindeutiger Bezug zur Sozialhilfe.

■ Alleinlebende weisen in den Untersuchungen einen Indexwert von fast 12 auf, nicht allein Lebende dagegen einen Indexwert um 7. Alleinlebende Abhängigkeitskranke weisen ein eindeutig höheres Risiko auf, einen hohen Indexwert zu erreichen und damit in die Gruppe der CMA zu rutschen.

■ CMA Patienten weisen deutlich mehr psychiatrische Regelbehandlungen auf (im Durchschnitt 8). Unter den „Drehtürpatienten“ sind viele CMA Patienten vorhanden. Der Grad der psychischen Erkrankung als auch der Umfang der sozialen Desintegration scheinen damit einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der Regelbehandlungen zu haben.

■ Die Untersuchungen stützten sich auf den Krankenhausbereich (17 Kliniken), insbesondere auf Psychiatrische Krankenhäuser und die Sozialtherapeutischen Heime (5 CMA-Einrichtungen) in Sachsen. Dabei wurde der Indexwert für alle in diesen Einrichtungen im Untersuchungszeitraum von jeweils 3 Monaten behandelten Alkohol/Drogen-Patienten bestimmt. Es zeigte sich in einem ersten Längsschnitt, dass sich dieser Indexwert wie folgt verändert:

2000 – Indexwert 8,7

2002 – Indexwert 9,6

2004 – Indexwert 10,5

Das heißt, die durchschnittliche Schädigung aller erfassten Patienten reicht bereits sehr nahe an die Einstufung als CMA heran.

■ Alle im Jahr 2004 erfassten Patienten mit einem festen Arbeitseinkommen weisen einen durchschnittlichen Indexwert von 5,2 auf!

■ Die Größe der 2004 erfassten Population der Abhängigkeitskranken ist unter das Niveau des Jahres 2000 gesunken. Der relative Anteil der CMA Einstufungen dagegen ist von 2000 zu 2004 deutlich gestiegen.

	erfasste Population	CMA-Anteil
2000	769 Patienten	185 □ 24,1%
2002	1048 Patienten	335 □ 32,0%
2004	725 Patienten	318 □ 43,9%

■ Es stellten sich Veränderungen des Grades der Folgeerkrankungen heraus:

– Psychische und somatische Folgeerkrankungen verzeichnen eine Erhöhung des Schweregrades 4 und 5, die Schweregradeinstufung 6 hat leicht abgenommen.

– Die soziale Desintegration zeigt dagegen ein schnelleres Wachstum, hier steigen die Schweregrade 5 und 6 an.

Soziale Desintegration mit dem Effekt des Alleinlebens und berufliche Desintegration mit dem Effekt des Lebens von Arbeitslosen- oder Sozialhilfe werden in den Untersuchungen als Prädiktoren für ein Hineinwachsen der suchtmittelabhängigen Menschen in den CMA Status angegeben. Wie die Ergebnisse der Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland zeigen, haben wir über Jahre hinweg bei den Suchtpatienten Sachsens genau diese beiden Effekte, berufliche Langzeitausgliederung und Trend zum Alleinleben, zu verzeichnen. Diese Entwicklungstendenz geht mit einer offensichtlichen Verschlimmerung der Suchtkarriere einher und hat an Brisanz zugenommen. An der Schnittstelle zwischen Sucht, familiärer Beziehung und beruflicher Anstellung entsteht offenbar eine in ausgeprägten Wechselwirkungen begründete Dynamik, die zur Klärung drängt. Dabei streben die beiden änderungs-sensiblen, weil interpersonell bestimmten, Punkte Familie und Arbeit dem statischen Endzustand der Ausgliederung entgegen und ermöglichen so der Sucht ihre ungehinderte Verhaltensexplosion (Vergl. Ehrenberg, A., 2004). Der Anteil der „Drehtürpatienten“ in der Psychiatrie scheint nicht nachzulassen und stellt ein Indiz für das Hineinwachsen von immer mehr Menschen in den CMA Status dar.

Ist das Ganze nun Dramatisierung von Zuständen in der Suchtlandschaft oder zeigen sich Veränderungen auch an anderer Stelle? Für das Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch sehen die Längsschnittdaten für die Patienten mit einer Suchterkrankung wie folgt aus. Psychiatrische und somatische Zusatzdiagnosestellungen nahmen von 2000 bis

2004 signifikant zu. Besonders auffallend sind signifikant häufigere Lebererkrankungen (K70.3, K70.4 und K70.9). Bei den neurologischen Diagnosen sind die Veränderungsraten nicht so auffallend, Alkohol-Polyneuropathien und epileptische Syndrome bestimmen hier das Bild. In der Tabelle 1 ist die relative Häufigkeit der Anzahl der Begleitdiagnosen pro Behandlungsfall dargestellt. Die mittlere Anzahl von zwei bis vier Begleitdiagnosen nimmt dabei am stärksten zu. Hatten 11,1 Prozent der Fälle im Jahr 2000 drei Begleitdiagnosen, waren es 2004 schon 19,0 Prozent. Insgesamt ergibt sich über den Beobachtungszeitraum eine hochsignifikante Zunahme an Komorbiditäten pro Behandlungsfall (Varianzanalyse(VA): $F=25,486$; $<0,001$).

In den Daten zur Basisdokumentation werden Einschätzungen zur psychischen Leistungs- und Funktionsfähigkeit erhoben. Dieser GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale, siehe DSM IV) wird zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende erstellt. Höhere Werte bedeuten psychisch leistungsfähiger und gesünder, niedrige Werte psychisch weniger leistungsfähig und kränker zu sein. Seit der Einführung des Basisdokumentationssystems der DGPPN 1997 in Rodewisch ist der GAF-Aufnahmewert von 47,9 auf 42,7 gesunken. Das heißt, unsere Patienten kommen kränker zur Aufnahme als vor Jahren (Vergl. Spießl, H. et al. 2004). Diese Differenz ist hoch signifikant (VA: $F=39,834$; $<0,001$). Der GAF-Entlassungswert lag 1997 noch bei 63,0 und 2004 bei 54,7. Auch dieser Abfall ist hoch signifikant (VA: $F=55,814$; $<0,001$; siehe Abb. 4). Zusammengefasst heißt das, die Patienten kommen mittlerweile „kränker“ zur Behandlung und werden auch „kränker“ als in den Jahren zuvor entlassen. Die Differenz zwischen GAF-Aufnahme- und Entlassungswert ist über den Erhebungszeitraum relativ gleich und zeigt, dass bei gegebenem Behandlungszeitvolumen deutliche Stabilisierungen und Verbesserungen erreicht werden können. Bei mittlerweile „kränker“ werdenden Patienten ist dieser Effekt nur mit erheblichen qualitativen Anstrengungen möglich. Die Krankheitsschwere zum Auf-

SKH-Rodewisch, relative Häufigkeit der Anzahl der Begleitdiagnosen (in%) für F1 Patienten

Anzahl der Begleitdiagnosen pro Fall	Jahr				
	2000	2001	2002	2003	2004
keine	38,2	20,4	21,5	22,3	17,1
1	28,2	25,8	27,0	27,8	27,4
2	16,7	26,2	22,8	24,7	21,7
3	11,1	13,7	15,7	13,7	19,0
4	4,6	9,0	8,7	7,8	10,0
5	1,1	3,5	3,1	2,7	3,6
6	0,0	1,0	1,0	1,0	0,9
7	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3
N(absolute Anzahl der Behandlungsfälle)	610	592	578	619	580

Tabelle 1

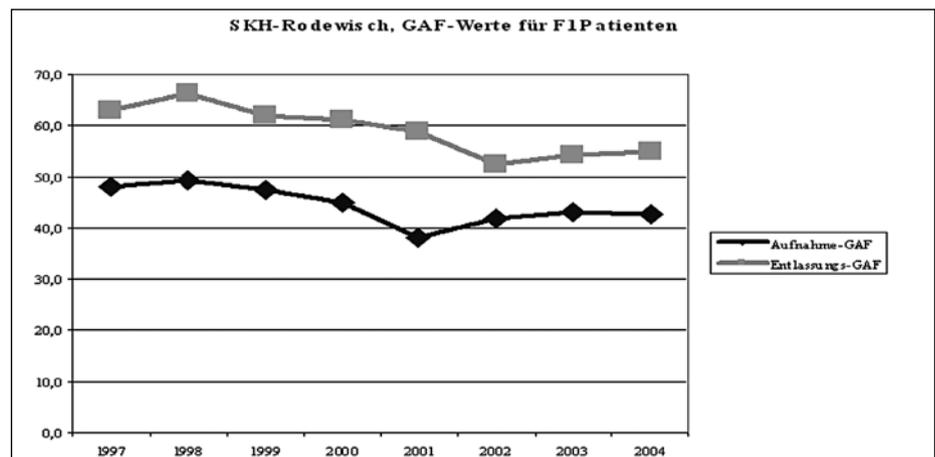


Abbildung 4

nahmezeitpunkt bestimmt bei definierter Behandlungszeit die erreichbare Gesundheit. Gleichzeitig wird klar, dass weitere Verkürzungen der Behandlungszeiten negative Folgen haben dürften. An den anderen psychiatrischen Kliniken Sachsens dürften die Effekte ähnlich sein.

Schlussfolgerungen

Die Bemühungen um Früherkennung und -intervention bei Alkohol- oder Drogenmissbrauch sollten vor diesem Hintergrund nicht nachlassen, sondern eindeutig verstärkt werden. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen hilfreich und not-

wendig. Offenbar kommen viele Patienten zu spät zur Behandlung. Die Suchtberatungs- und behandlungsstellen sollten, wenn möglich, tagesstrukturierende Maßnahmen anbieten, um den Verlust an sozialen Bezügen und am Tätigsein zumindest etwas ausgleichen zu helfen. Daraus folgt, dass Langzeitbetreuungen in Zukunft immer wichtiger werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
 Jörg Domurath, Dipl.-Psychologe, Sächsisches
 Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
 Rodewisch, 08228 Rodewisch,
 Tel.: 03744/366-5537, Fax:03744/366-5536

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 11. Juni 2006, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Schumanns Klavier-Welten

Fünf Konzerte anlässlich des 150. Todestages des Komponisten im Jahr 2006 mit Studierenden der Fachrichtung Klavier der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden.

Weiteres Konzert:

Sonntag, 2. Juli 2006, 11.00 Uhr

Foyer der Sächsischen Landes- ärztekammer und 4. Etage

Konkrete Illusion in Zeichnung und Malerei

Karl-Heinz Adler

17. Mai bis 16. Juli 2006

Vernissage:

Donnerstag, 18. Mai 2006, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. phil. Reinhild Tetzlaff,
Kunsthistorikerin, Dresden

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Britta Kayser

Mensch – Tier – Natur

Malerei und Grafik

Seniorentreffen der Kreis- ärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für

Mittwoch, den 7. Juni 2006, 15.00 Uhr

in den Plenarsaal der Sächsischen
Landesärztekammer einladen.

Zu Gast ist Herr Dr. Spitzer, Staatliche
Kunstsammlungen Dresden. Herr Dr.
Spitzer spricht zu Caspar David Fried-
rich, Carl Gustav Carus und die Dresd-
ner Romantik. Wir hoffen, mit diesem
kunsthistorischen Thema wieder zahl-
reiche Gäste zu interessieren. Sie sind
mit Ihrem Partner herzlich willkommen!

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

In eigener Sache

**Die Sächsische Landesärztekammer möchte zum nächstmöglichen Termin
die Stelle**

Arzt/Ärztin für medizinische Sachfragen

neu besetzen. Die Stelle bietet eine vielfältige, interessante und verantwortungs-
volle Tätigkeit für die Aufgabengebiete Gesundheits- und Berufspolitik, Ambu-
lante/Stationäre/Integrierte Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Präven-
tion, Umwelt, Sucht, Drogen und anderes.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert sein. Wir
erwarten die Fähigkeit zur selbständigen, teamorientierten Arbeit, Engagement,
Flexibilität, Belastbarkeit, Organisationstalent sowie PC-Erfahrung.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern in einem persönlichen
Gespräch besprechen. Die Stelle ist zunächst für ca. ein Jahr befristet wegen Mut-
terschutz/Erziehungsurlaub. Teilzeittätigkeit ist möglich.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnissen und
Lichtbild an:

Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt
sich einzuladen zum

13. Dresdner Ärzteball

**am 26. August 2006 um 19 Uhr in die
Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich
gebeten bei Frau Riedel,
Sächsische Landesärztekammer,
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden,
Telefon 8267131,
E-Mail: kaek-dd@slaek.de

Der Preis der Ballkarte beträgt
65 Euro, ermäßigt 40 Euro.

Eintragung in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Neueintragung im
Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes
Leipzig, Registergericht

Neueintragungen

PR 159 13.12.2005 „Medizinisches Labor
Ostsachsen“ PD Dr. med. habil. Thomas
Luther, Facharzt für Immunologie, Dipl.-
Chem. Wolfgang Gulich, Fachchemiker

der Medizin, Dr. med. Roger Hillert,
Facharzt für Mikrobiologie, Dr. med.
Thiello Freidt, Facharzt für Laboratori-
umsmedizin, Partnerschaft, Bautzen (Töp-
ferstr. 17, 02625 Bautzen). Gegenstand
der Partnerschaft: Gemeinsame Ausübung
der vertragsärztlichen und privatärztli-
chen Tätigkeit. Jeder Partner vertritt ein-
zeln. Partner: Dr. med. Freidt, Thiello,

Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Dem-
nitz-Thumnitz, *15.10.1959; Dipl.-Chem.
Gulich, Wolfgang, Fachchemiker der
Medizin, Görlitz, *30.07.1951; Dr. med.
Hillert, Roger, Facharzt für Mikrobiolo-
gie, Görlitz, *27.06.1962; PD Dr. med.
habil. Luther, Thomas, Facharzt für
Immunologie, Kleinröhrsdorf, *29.07.1960.

ra



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 Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/C020

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/C021

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/C022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.05.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/C023

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/C024

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/C025

Zwickau-Stadt

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 06/C026

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/C027

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/C028

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/C029

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.06.2006 an die Kassenärztliche Vereini-

gung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Bautzen

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 06/D031

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/D032

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.05.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-310 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/D033

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 06/D034

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Innere Medizin/Angiologie

Reg.-Nr. 06/D035

Bautzen

Facharzt für Radiologie

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/D036

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

(zwei Vertragsarztsitze in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/D037 und 06/D038

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/D039

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.06.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-310 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 06/L025

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/L026

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 06/L027

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/L028

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/L029

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

Reg.-Nr. 06/L030

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 06/L031

Muldentalkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/L032

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.06.2006 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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

geplante Praxisabgabe: sofort
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 Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

geplante Praxisabgabe: Dezember 2006
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-310.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Praktischer Arzt *)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

Facharzt für Allgemeinmedizin *)

geplante Praxisabgabe: sofort

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Mitte 2006

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

U. Köhler

Aktuelles zur Therapie des metastasierten Mammakarzinoms

Städtisches Klinikum
St. Georg Leipzig

Trotz weiterer Verbesserung der Therapieergebnisse handelt es sich beim metastasierten Mammakarzinom nach wie vor um eine chronisch verlaufende Erkrankung. Die Behandlung sollte individualisiert und krankheitsadaptiert erfolgen. Die Therapieziele bestehen in einer Linderung der tumorbedingten Symptome mit Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität sowie in einer Verlängerung des progressionsfreien Intervalls und des Gesamtüberlebens. Die wesentlichen prädiktiven Faktoren für die Therapie des metastasierten Mammakarzinoms sind nach den aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) in Abbildung 1 aufgeführt.

Therapie beim metastasierten Mammakarzinom			
Prädiktive Faktoren			
Therapie	Faktor	Oxford LOE / GR	AGO
Hormontherapie	Rezeptorstatus (Primärtumor, Metastase vorausgeg. Ansprechen)	1a A	++
	Vorausgegangenes Ansprechen	1b A	++
Trastuzumab	HER2 (PrimärTU)	1a A	++
Bisphosphonate	Knochenmetastasierung	1a A	++

AGO 2005

Abb. 1

Die Vielfalt im klinischen Erscheinungsbild der Erkrankung erschwert die Planung und die Durchführung prospektiver klinischer Studien.

Auf der 41. Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) im Mai vergangenen Jahres in Orlando wurden insgesamt 117 klinische Studien, einschließlich retrospektiver Erhebungen zur Systemtherapie des metastasierten Mammakarzinoms, publiziert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Phase-I/II- und lediglich fünf Phase-III-Studien.

Im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses stand, wie bereits in den vergangenen Jahren, eine weitere Optimierung der Hormon- und Chemotherapie mit etablierten Substanzen (Aromatasehemmer, reine Antiöstrogene, Taxane, Antikörper, Bisphosphonate) und die

Überprüfung des klinischen Stellenwertes neuer Wirkprinzipien (neue Antikörper, MDR-1-Inhibitoren, Antiangiogenesfaktoren, Cyclooxygenase-2-Inhibitoren ...).

Hormontherapie

Die Hormontherapien stellen die 1. Wahl bei positivem (unbekanntem) Hormonrezeptorstatus dar. Ausnahmen bilden lediglich Patientinnen mit einem hohen Remissionsdruck. Der c-erbB2-Rezeptor ist in der metastasierten Situation bislang kein etablierter prädiktiver Faktor für die Wahl der endokrinen First-line-Therapie. Die aktuellen AGO-Empfehlungen zur hormonellen Therapie sind in Abbildung 2 aufgeführt. Bei postmenopausalen Patientinnen ist die First-line-Therapie mit einem Aromatasehemmer der 3. Generation etabliert. Für die prämenopausale Patientin werden Tamoxifen mit gleichzeitiger Ausschaltung der Ovarfunktion als erste Behandlungsoption angesehen.

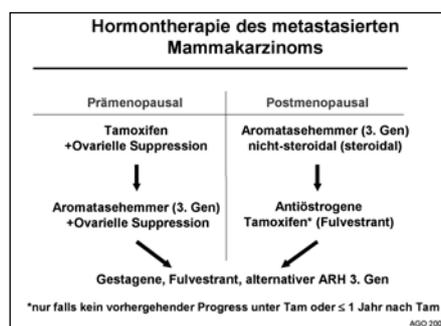


Abb. 2

Auf dem vergangenen ASCO konnte anhand einer Metaanalyse von acht Phase-III-Studien der Stellenwert der Aromatasehemmer in der endokrinen First-line-Therapie bestätigt werden [Carlini et al. # 602]. Grundlage für die Analyse bildeten die Daten von insgesamt 3238 Patientinnen aus prospektiv randomisierten Studien zum Vergleich der Effektivität verschiedener Aromatasehemmer der 3. Generation gegenüber Tamoxifen. Abbildung 3 verdeutlicht, dass es bei Einsatz der neuen Aromatasehemmer zu einer signifikanten Erhöhung der Remissionsraten (ORR) und einer Verlängerung der

Zeit bis zur Tumorprogression (TTP) kommt. Diese Ergebnisse sind gleichlaufend, unabhängig davon, ob man alle Aromatasehemmer der 3. Generation (nicht-steroidal und steroidal) oder ausschließlich die Gruppe der nichtsteroidalen Aromatasehemmer betrachtet. Die vorliegende Metaanalyse bestätigt somit die aktuellen Empfehlungen der AGO zur Behandlung der postmenopausalen Patientin.

Metastasiertes Mammakarzinom ASCO 2005		
Metaanalyse von 8 Phase-III-Studien: Stellenwert der Aromatasehemmer (AI) in der first-line endokrinen Therapie		
	AI's vs. Tamoxifen n = 3238 Pat.	
TTP	RR 0.83 (95% CI 0.76 – 0.90)	p < 0.0001
TTP bei nicht-steroidalen AI's (8 Studien mit 2458 Pat.)	RR 0.80 (95% CI 0.73 – 0.89)	p < 0.001
ORR	RR 1.18 (95% CI 1.06 – 1.31)	p = 0.002
ORR bei nicht-steroidalen AI's	RR 1.19 (95% CI 1.06 – 1.36)	p = 0.005

Carlini et al. # 602

Abb. 3

Interessant erscheint die Fragestellung, inwieweit auch bei prämenopausalen Patientinnen die Überlegenheit der Aromatasehemmer in Kombination mit einer ovariellen Suppression durch Studien Daten belegt werden kann. Gegenwärtig stehen diese noch aus. Eine Erweiterung unserer therapeutischen Möglichkeiten in der Second- und Third-line-Therapie ergeben sich mit der Einführung des ersten reinen Antiöstrogens (Fulvestrant) und dessen klinischer Zulassung.

Antikörper (Trastuzumab) und Anti-Angiogenese-Faktoren (Bevacizumab)

Die Therapie mit dem ersten tumorspezifischen Antikörper Trastuzumab (Herceptin®) ist bei Nachweis einer c-erbB2-Überexpression mittlerweile etabliert. Aufgrund bisheriger epidemiologischer Erfahrungen weisen 20 – 25% der Mammakarzinome eine erhöhte c-erbB2-Expression (immunhistochemisch, FISH) auf und die Patientinnen profitieren in der metastasierten Situation von der Behandlung mit Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan oder auch als Monotherapie nach zytostatischer Vorbehandlung.

Dabei erscheint ein möglichst frühzeitiger Einsatz vorteilhaft. Inwieweit eine Fortführung dieser tumorspezifischen Behandlung auch nach einer Progression erfolgen sollte, wird bislang kontrovers diskutiert (Abb. 4).

Trastuzumab beim metastasierten Mammakarzinom		
	Oxford LOE / GR	AGO
Zugelassen bei HER2-positiver Erkrankung: in Kombination mit Taxan nach zytostatischer Vorbehandlung als Monotherapie	1b A	**
Dosierung: wöchentliche Gabe (2 mg/kg i.v., loading dose 4 mg/kg KG) 3-wöchentliche Gabe (6 mg/kg i.v., loading dose 8 mg/kg KG)	1b A 2b C	** +
Therapiedauer: Ein möglichst früher Einsatz von Trastuzumab ist vorzuziehen Therapie bis zur Progression Therapie nach Progression	2b B 1b A 2b C	** ** +/-

AGO 2005

Abb. 4

Den Stellenwert der Kombination Docetaxel/Trastuzumab unterstreichen die auf dem ASCO 2005 publizierte Follow-up-Daten der Zulassungsstudie [Extra et al. # 555]. Nach Randomisierung erhielten insgesamt 188 Patientinnen (ICH 3+/FISH +) entweder eine Monotherapie mit Docetaxel 100 mg/m² oder zusätzlich wöchentlich Trastuzumab bis zum Tumorprogress (Abb. 5). Bei einem Progress während der Docetaxel-Monotherapie erfolgte ein Cross-over und die Patientinnen erhielten zusätzlich Trastuzumab.

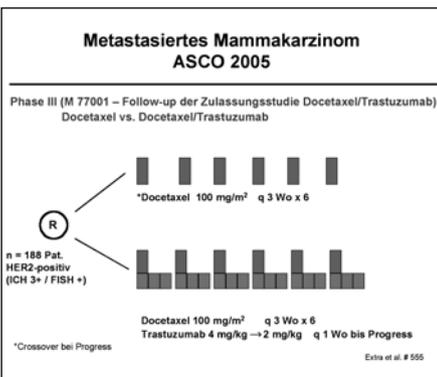


Abb. 5

Abbildung 6 verdeutlicht die Ergebnisse dieser Phase-III-Studie hinsichtlich des Langzeitüberlebens. Ohne relevante Toxizitätsunterschiede zwischen beiden Studienarmen betrug der Anteil > 3 Jahre überlebender Patientinnen im Kombinations-

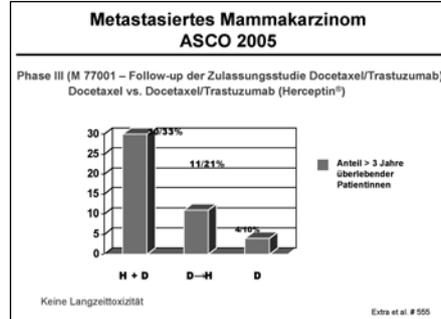


Abb. 6

arm 33% gegenüber lediglich 10% bei alleiniger Chemotherapie. Dazwischen lag die Cross-over-Gruppe mit 21% Langzeit-Überlebenden. Das Follow-up dieser Zulassungsstudie unterstreicht den Nutzen einer möglichst frühzeitigen und kombinierten Therapie mit Trastuzumab. Ein weiteres Highlight des vergangenen ASCO waren die von Miller et al. präsentierten Phase-III-Daten zum Vergleich Paclitaxel vs. Paclitaxel + Bevacizumab (Avastin®). Bevacizumab ist der erste Anti-Angiogenese-Wirkstoff, der im Rahmen einer derart umfangreichen Untersuchung für die Therapie des metastasierten Mammakarzinoms erprobt wurde. In Abbildung 7 wird das Studiendesign dargestellt und die Randomisierung der insgesamt 715 Patientinnen erfolgte nach Stratifizierung in Abhängigkeit vom krankheitsfreien Intervall (≤ 24 vs. > 24 Monate), der Anzahl von Metastasenlokalisationen (< 3 vs. ≥ 3), der jeweils erfolgten adjuvanten Chemotherapie und dem Östrogen-Rezeptorstatus (Abb. 8). Die Kombination des Paclitaxel mit dem Anti-Angiogenese-Wirkstoff (Bevacizumab) führte zu einer signifikanten Verbesserung des Gesamtüberlebens [HR = 0,674 (0,495 – 0,917), Log Rank Test p = 0,01] (Abb. 9). Klinisch relevante Toxizitäten der Paclitaxel/Bevacizumab-Kombination waren Proteinurie und Neuropathien (NCI-CTC Grad 3/4). Vor dem Hintergrund dieser Studiendaten dürften Anti-Angiogenese-Faktoren in naher Zukunft als eine weitere Option in die Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms eingeführt werden, um die Prognose für

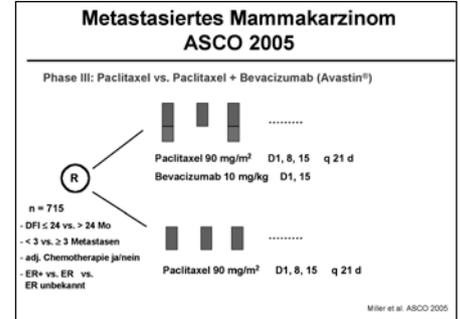


Abb. 7

Metastasiertes Mammakarzinom ASCO 2005		
Phase III: Paclitaxel vs. Paclitaxel + Bevacizumab (Avastin®)		
Patientencharakteristika		
	Paclitaxel (n = 350)	Paclitaxel + Bevacizumab (n = 365)
Behandelte Pat.	346	365
Mittleres Alter	55(27 – 85)	56 (29 – 84)
DFI ≤ 24 Monate	41%	41%
≥ 3 sites	29%	28%
Adjuvante Chemotherapie	64%	65%
ER+	63%	64%

Miller et al. ASCO 2005

Abb. 8

einzelne betroffene Patientinnen weiter und nachhaltig zu verbessern.

Chemotherapie

In den vergangenen Jahren konnten eine Reihe neuer Substanzen in die zytostatische Therapie des metastasierten Mammakarzinoms eingeführt werden. Inwieweit man eine zytostatische Mono- oder Polychemotherapie präferiert, ist jeweils eine sehr individuelle Entscheidung, die mit den Betroffenen abgestimmt werden muss. Anthrazykline und Taxane sind sowohl als Mono-, aber auch in Form von Polychemotherapien die wirksamsten Substanzen. Der Stellenwert weiterer Substanzen wie dem Gemcitabine als Kombinationspartner oder Vinorelbin als Monotherapie sowie dem oral wirksamen Capecitabine konnte in den vergangenen Jahren durch Studiendaten belegt werden. Zunkunftsweisend in Bezug auf die frühzeitige Prädiktion unserer Therapien könnten die Untersuchungen zum prognostischen Stellenwert zirkulierender Tumorzellen sein [Christofanili et al. # 524]. Eine möglichst frühzeitige Bestim-

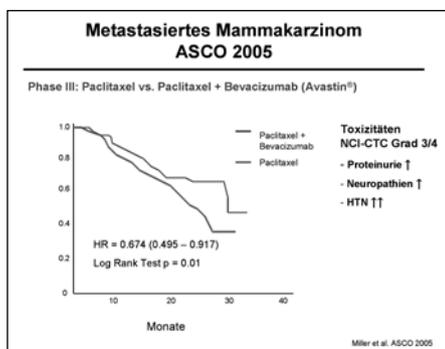


Abb. 9

mung des Nutzens der Chemotherapie könnte dazu beitragen, unnötige therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität in der metastasierten Situation zu vermeiden. Die Untersuchungsergebnisse in Abbildung 10 verdeutlichen eine signifikante Abhängigkeit des progressionsfreien und Gesamtüberlebens der Patientinnen in Abhängigkeit von der Anzahl detektierter Tumorzellen im Blut (CTC). Als Cut-off wurden 5 CTC/7,5 ml Blutvolumen ermittelt. Bei Werten ≥ 5 CTC/7,5 ml ergaben die Untersuchungen bei Therapiebeginn und im Verlaufe der Therapie eine signifikante Verringerung des progressionsfreien und Gesamtüberlebens. Die präliminären Ergebnisse müssen an größeren Patientenkollektiven mit unterschiedlichen Metastasierungsmustern bestätigt werden, um den tatsächlichen prognostischen und prädiktiven Wert freier Tumorzellen im Blut zu evaluieren.

Chan et al. # 581 demonstrierte die Ergebnisse einer Phase-III-Studie zum Vergleich der Kombination Gemcitabine/Docetaxel (GD) vs. Capecitabine/Docetaxel (CD). Von den insgesamt 295 randomisierten Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren erhielten 34% bereits eine vorherige Chemotherapie. In Bezug auf das mittlere Erkrankungsalter, den Karnowsky-Index, die Metastasenlokalisationen, die Anzahl der Metastasierungen, den Östrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus sowie den c-erbB2-Status waren die Häufigkeitsverteilungen in beiden Studienarmen homogen (Abb. 11). Zwischen beiden Therapiegruppen konn-

Metastasiertes Mammakarzinom ASCO 2005
Prognostischer Stellenwert zirkulierender Tumorzellen (CTC) beim metastasierten Mammakarzinom ≥ 5 CTC vs. < 5 CTC / 7,5 ml

	PFS in Monaten				OS in Monaten			
	≥ 5 CTC	< 5 CTC	≥ 5 CTC	p	< 5 CTC	≥ 5 CTC	p	
Baseline n = 177	49%	7,0	2,7	0.0001	21,9	10,9	< 0.0001	
1-5 Wo. n = 138	31%	7,0	2,0	< 0.0001	21,9	7,5	< 0.0001	
9-14 Wo. n = 129	19%	8,3	3,2	< 0.0001	23,6	9,7	< 0.0001	
15-20 Wo. n = 84	17%	9,5	6,3	0.0247	> 25	10,9	0.0012	

Abb. 10

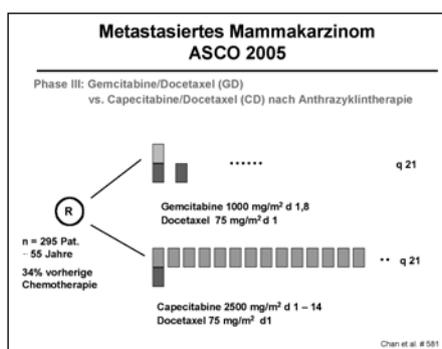


Abb. 11

ten keine Unterschiede in Bezug auf die Zeit bis zum Therapieversagen (TTF) und das progressionsfreie Intervall ermittelt werden (Abb. 12 und 13). Die ORR war ebenfalls in beiden Behandlungsarmen mit 27% für die GD-Kombination vs. 31% für die CD-Behandlung ($p = 0,4537$) nahezu identisch.

Demgegenüber zeigte die CD-Kombination ein deutlich ungünstigeres Toxizitätsprofil. Der Anteil febriler Neutropenien betrug 12% vs. 7% und vor allem wurde in 24% ein Grad-3/4-Hand-Fuß-Syndrom bei der Capecitabine-Kombination beobachtet. Gleichermäßen häufiger traten Diarrhoen und Mukosiden auf. In der klinischen Praxis sollte demnach bei gleicher Effektivität der Behandlung aufgrund des günstigeren Toxizitätsprofils die Kombination Gemcitabine/Docetaxel bevorzugt werden. Zusammenfassend können nach dem ASCO 2005 in Bezug auf die Therapie des metastasierten Mammakarzinoms die nachfolgenden Schlussfolgerungen abgeleitet werden:

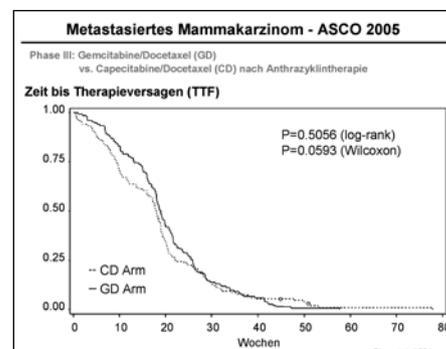


Abb. 12

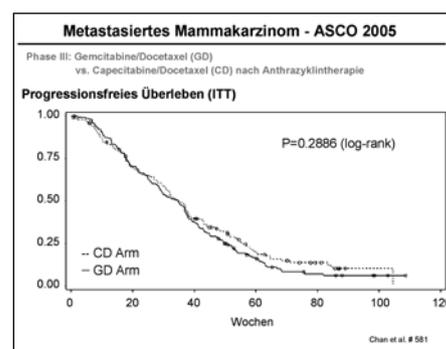


Abb. 13

- Wir stehen zweifelsfrei vor einem Paradigmenwechsel durch den Einsatz neuer und tumorspezifischer molekular biologischer Agenten (MBA), die zu einer weiteren und deutlichen Verlängerung des Überlebens betroffener Patientinnen beitragen werden.
- Trastuzumab (Herceptin®) und Bevacizumab (Avastin®) verbessern das krankheitsfreie und Gesamtüberleben in der metastasierten Krankheitssituation. Tumorspezifische Antikörper und Anti-Angiogenese-Wirkstoffe können weitgehend nebenwirkungsarm mit etablierten und hochwirksamen Chemotherapie-Regimen kombiniert werden.
- Vor dem Hintergrund dieser neuen Therapieoptionen sollten unsere bisherigen Tumornachsorgekonzepte überprüft werden.

Literatur beim Verfasser:
Prof. Dr. med. Uwe Köhler
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Städtisches Klinikum „St. Georg“
Leipzig, Delitzscher Str. 141, 04129 Leipzig
Tel.: 0341 909 3501

Nachruf für Dr. med. Klaus Ermisch

* 5.4.1910
† 2.4.2006



Herr Dr. med. Klaus Ermisch, langjähriger Abteilungsarzt der konservativen Abteilung der Heilstätten Zschadraß und später 1. Oberarzt der Thoraxchirurgie, ist am 2. April 2006 im Alter von 95 Jahren, 3 Tage vor seinem 96. Geburtstag, verstorben.

Er galt als einer der Pioniere des Faches Pneumologie und Thoraxchirurgie in Deutschland.

1910 als Sohn einer Pfarrersfamilie in Wettin / Saalkreis geboren, absolvierte er sein Medizinstudium an den Universitäten Göttingen, München, Graz und Jena. Nach Abschluss des Medizinstudiums 1935 promovierte er zum Dr. med. im Jahre 1937 in Jena.

Trotz Krankheit und Kriegswirren mit Gefangenschaft bildete er sich kontinuierlich zum Lungenspezialisten fort und arbeitete an mehreren Sanatorien, bis er seine Tätigkeit 1950 in Zschadraß aufnahm. Der Mangel an Tuberkulostatika führte dazu, dass Dr. med. habil. Anstett und sein hervorragender Oberarzt Dr. Ermisch chirurgische Verfahren zur Behandlung der Tuberkulose einführten.

Erwähnenswert sind die Lungenkollapsverfahren und die Entwicklung der Perlonplombe.

Danach war er in den 50er und 60er Jahren mit Herrn Dr. Anstett maßgeblich an der Entwicklung und dem Ausbau der Thoraxchirurgie in dem östlichen Teil Deutschlands beteiligt.

Ab 1964 wurden erstmals mehr Bronchialkarzinome mittels Resektionsbehandlung therapiert.

Während seines Wirkens entwickelte sich die Heilstätte Zschadraß zu dem größten chirurgischen Thoraxzentrum in der damaligen DDR.

Auch seine Ehefrau Ursula war als hoch engagierte Pulmologin an den Heilstätten Zschadraß tätig. Beide stellten sich mit ihren immensen Erfahrungen und großer Einsatzbereitschaft in den Dienst der ihnen anvertrauten Patienten.

Dafür wurden Dr. Ermisch und seine Ehefrau im Jahre 1997 mit dem „Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ durch den Sächsischen Sozialminister geehrt.

Noch im hohen Alter erwiesen ihm seine ehemaligen Patienten ihre Dankbarkeit und suchten bei ihm medizinischen Rat. Seine aufopfernde humanistische Haltung werden wir immer in bester Erinnerung behalten.

Dr. med. Khalil Al-Zand
Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie
der Klinikum Chemnitz gGmbH

Leserbrief

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion *Ärztblatt Sachsen*
23. 3. 2006

Offener Brief von Prof. Bigl

Sehr geehrter Herr Prof. Bigl,
Mit Freude und Erleichterung habe ich in der Nr. 3/2006 des *ÄBS* Ihren offenen Brief sowie den Abdruck aus der Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ gelesen. Endlich wird eine Diskussion eröffnet, die einen unhaltbaren Zustand in der deutschen Ärzteschaft beenden könnte. Die Impfgegnerschaft einiger Kolleginnen und Kollegen schädigt das Ansehen des gesamten Standes und verunsichert in erheblichem Maße einen großen Teil der Elternschaft.

In meiner Funktion als Landesvorsitzender des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) in Sachsen habe ich im Rahmen von Elternbildungsprogrammen viele Diskussionen mit Eltern geführt, wie sie das Wohl ihrer Kinder und ein gesundes Aufwachsen gestalten können. Immer war die Notwendigkeit von Impfungen und die Einhaltung des Impfkalenders auch einer der Diskussionspunkte.

Häufig ist es mir widerfahren, dass nach langer Diskussion, als alle Gegenargumente widerlegt schienen, Eltern auf die impfablehnende Haltung ihres Kinder- oder Hausarztes verwiesen. Die Meinung eines Arztes des Vertrauens war diesen Eltern wichtiger als die eines ihnen fremden Vortragenden. Ich fühlte mich brüskiert, gedemütigt und unausgesprochen der Lüge bezichtigt. Ich hatte nur zwei Möglichkeiten, um mit einer solchen Situation fertig zu werden: Entweder ich schluckte die Demütigung herunter oder ich zweifle die Qualifikation der genannten Ärzte als Impfpärzte an. Meist schluckte ich, auch weil ich die Verunsicherung von Eltern nicht noch vergrößern oder gar die Compliance gegenüber dem Hausarzt verringern wollte.

Da ich in den vergangenen zehn Jahren keine wirksamen Aktivitäten sowohl der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane noch

der staatlichen Aufsichtsbehörden gegen das öffentliche und verdeckte Auftreten von Impfgegnern erkennen konnte, musste ich den Status einer gewollten oder ungewollten staatlich sanktionierten Kindeswohlgefährdung konstatieren.

Ich begrüße deshalb jede Form von Einschränkung der Meinungsfreiheit für Personen, die die wissenschaftlichen Grundlagen ihres Faches verlassen haben und bitte gleichzeitig zu prüfen, ob die auf die Impfung bezogene Einschränkung der Meinungsfreiheit auch auf die nichtärztlichen Homöopathen und Naturheilkundler ausgedehnt werden kann.

Ich sehe einen sehr engen Zusammenhang zwischen der angestoßenen Diskussion zum Impfschutz und dem gegenwärtig sehr intensiven Meinungsaustausch zwischen der Politik und Fachleuten verschiedener Professionen über die Schaffung eines sozialen Frühwarnsystems zur Erkennung von Kindesvernachlässigungen und Kindeswohlgefährdungen. Wir benötigen Hilfestellungen für Eltern und andere durch eine gute, umfassende und wissenschaftlich begründete Information und Aufklärung und keine zusätzlichen Verunsicherungen.

Schließlich bitte ich zu prüfen, ob die immer wieder geäußerte Furcht vor Impfkomplicationen insofern nicht unbegründet ist, als die Statistiken des Europabüros der WHO in den vergangenen Jahren für Deutschland im westeuropäischen Vergleich eine deutlich höhere Komplikationsrate ausgewiesen hat. Sollte dieser Sachverhalt immer noch gegeben sein, wäre eine Ursachenforschung wünschenswert, um in Zukunft die Komplikationsrate zu verringern.

Mit freundlichen Grüßen

Doz. Dr. med. habil. Jost Schönfelder
Vorsitzender des Deutschen
Kinderschutzbundes, LV Sachsen e.V.
Geschäftsstelle: Dresden,
Klopstockstraße 50

Ärztblatt 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.

Redaktionsassistent:

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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Externe vergleichende Qualitätssicherung Orthopädie/Unfallchirurgie

Verlauf und inhaltliche Schwerpunkte

Die Qualitätsanalyse der Module des Kalenderjahres 2004 durch die quant GmbH erfolgte zeitnäher als in den vorangegangenen Jahren, weshalb die Arbeitsgruppe bereits im Juli 2005 mit den Auswertungen beginnen konnte. Der Dialog mit den Krankenhäusern, die in einigen Datensätzen auffällig waren, erfolgte in den Monaten August und September.

Im Oktober konnten die Antwortschreiben der einzelnen Abteilungen ausgewertet werden.

Dabei ergaben sich folgende Schwerpunkte:

- die veränderte Situation in der Kniegelenkendoprothetik
- eine hohe Luxationsrate bei endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen in mehreren Fachabteilungen

Die Situation in der Kniegelenkendoprothetik (Modul 17/5 Knie-TEP-Erstimplantation)

In Sachsen war, wie auch im gesamten Bundesgebiet, in den vergangenen 3 Jahren eine ständige Zunahme der Implantationen von Kniegelenkendoprothesen zu verzeichnen. Dies ist, wenn man sich an den Zahlen der Hüft-TEP-Implantationen orientiert, soweit gediehen, dass die Kniegelenksimplantationen den gleichen Stand erreicht haben.

Bei einer Steigerungsrate bezüglich 2003 zu 2004 in Sachsen von 1,43 und in der BRD von 1,55 werden die Kniegelenksimplantationen bereits in Jahre 2005 wahrscheinlich die Hüft-TEP-Implantationen übertreffen.

Dafür gibt es rationale Gründe:

- das epidemiologische Aufkommen an Gonarthrosen ist höher als das an Koxarthrosen;
- die Standzeiten (Verläufe) sind länger geworden;

Knie-TEP-Erstimplantationen in Sachsen im Vergleich zur Hüft-TEP
* Gesamtzahl der Datensätze an Knie-TEP-Erstimplantationen BRD

2003	5588 Knie-TEP	(49 Abt.)	vs. 6.028 Hüft-TEP	BRD 70.850*
2004	8008 Knie-TEP	(44 Abt.)	vs. 8.297 Hüft-TEP	BRD 110.349*

- das Vertrauen der Patienten und der einweisenden Ärzte in die Kniegelenkendoprothetik hat zugenommen;
- die Prozedur wird von mehr Kliniken angeboten.

In Sachsen ist allerdings die Anzahl der Kliniken, die Datensätze eingeben haben, von 2003 zu 2004 zurückgegangen (Tab. 1).

Da Knie-TEP sehr kostenintensiv sind, ist hier eine erhebliche Kostensteigerung entstanden.

Am 16. September 2005 überraschte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Krankenhäuser mit Kriterien für die Übergangsregelung zur Mindestmenge der Knie-TEP.

Danach werden die Kriterien guter Qualität nach den Daten von 2004 zu den Qualitätsindikatoren

- Indikation
 - Letalität
 - postoperative Beweglichkeit
 - risikoadjustierte postoperative Wundinfektion
 - neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2 bis 4)
- festgelegt.

Für die Leistung „Knie-TEP“ wird ab 01. Januar 2006 eine verbindliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr und pro Krankenhaus festgelegt.

In Sachsen liegen 11 von 44 Kliniken unter der Marke von 50 TEP für 2004.

Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Knie-TEP mit guter Qualität erbringen, erhalten eine Karenzzeit von einem Jahr.

Luxationsrate bei endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen

Die Arbeitsgruppe wertete den Dialog mit den bezüglich der Luxationsrate auffälligen Abteilungen der Krankenhäuser aus mit dem Schluß, dass hier ein besonders problematisches Krankengut mit geriatrischer Polymorbidität vorliegt. Auf die Qualitätskriterien zur „Indikation“ wird hingewiesen.

Darüber hinaus werden folgende Empfehlungen zur Wahl der Implantate gegeben *: Angesichts einer Klinikletalität von 6,09% für die mediale Schenkelhalsfraktur für die BRD 2003 und den hohen Letalitätsraten bei Nachuntersuchungen sollten gegenwärtig folgende Kriterien für die Indikation zur Prothese gelten:

- jede dislozierte SH-Fraktur bei Pat. > 60. Lj.
- länger als 6 h bestehende Dislokation bei Garden III und IV
- vorbestehende Koxarthrose
- schwere Osteoporose
- sekundär dislozierte Frakturen.

Die Indikationen für die Femurkopfprothese bestehen bei vorbestehender Bettlägerigkeit und bei Marasmus.

Die Duokopfprothese ist indiziert bei biologischem Alter > 75. Lj. und bei eingeschränkter Aktivität. Die monozentrische Duokopfprothese neigt zur Varusposition der Schale und zur Luxation. Bei den bizentrischen Duoköpfen differieren die Rotationsmittelpunkte von Kopf und Schale um 2 – 4 mm. Die Einstellung von 5 – 20° Valgusposition und von 5° Anteversion und ein geringeres Haftreibungsdrehmoment tragen zur Abwendung von Luxationen bei.

Qualitätsindikator	Referenzbereich	BQS-Kennzahl-ID
QI 1: Indikation	$\geq 82,17 \%$	44534
QI 2: Letalität	$\leq 0,10 \%$	45060
Q 3: Postoperative Beweglichkeit	$\geq 60,79 \%$	65537
Q 4: Risikoadjustierte postop. Wundinfektion*	$\leq 1 \%$	47406
QI 5: Neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2 – 4)*	$\leq 0,47 \%$	50656

Kontraindikationen für die Duokopfprothese stellen hochgradige Veränderungen am Azetabulum, rheumatische Erkrankungen und Osteoporose dar.

Ein zementierter Schaft bringt Vorteile durch sofortige Vollbelastung und Mobilisation bei etwas höheren kardiopulmonalen Komplikationen.

Im Zweifelsfalle ist bezüglich der Indikation die TEP gegenüber der bipolaren (bizentrischen) Duokopfprothese in der Regel zu prävalieren wegen der geringeren postoperativen Komplikationsraten im langfristigen Verlauf. Das verwendete TEP-Modell sollte eine ausgewogene modulare Abstufung aufweisen.

* nach Folien eines Vortrages „Indikation und Ergebnisse der Duokopfprothese bei der medialen Schenkelhalsfraktur“ von F. Czornack, Mitglied der Arbeitsgruppe. Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz,
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Orthopädie
der Sächsischen Landesärztekammer

Externe vergleichende Qualitätssicherung Kardiologie

Im Mittelpunkt der diesjährigen Tätigkeit der Arbeitsgruppe Kardiologie stand die kritische Auseinandersetzung mit auffälligen Ergebnissen, die außerhalb der Referenzbereiche lagen, sowie die Analyse aller Todesfälle. Institutionen mit auffälligen Ergebnissen oder Todesfällen wurden von der Projektgeschäftsstelle angeschrieben und um Erläuterungen zu den entsprechenden Bereichen gebeten; die Antworten wurden durch die Projektgeschäftsstelle anonymisiert und zur Auswertung der Arbeitsgruppe vorgelegt.

Die Auswertung der Stellungnahmen deckte überraschenderweise eine Reihe von kritischen Punkten vor allem bei der Datenerfassung auf.

Eine Institution fiel dadurch auf, dass ein hoher Prozentsatz von Herzkatheteruntersuchungen (21,8%) ohne anerkannte Indikation durchgeführt wurde. Akzeptierte Indikationen umfassen eine nachgewie-

sene Myocardischämie, ein Vitium oder eine eingeschränkte Ventrikelfunktion. Die Erklärung, die von der betreffenden Institution angeboten wurde, lief darauf hinaus, dass die für die Qualitätserfassung erforderlichen Daten nicht sofort, sondern offensichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Herzkatheterbefund gewonnen wurden. Daraus ergaben sich eine Reihe von Übertragungsfehlern und Fehlkodierungen, die für diese Überschreitung des Referenzwertes verantwortlich gemacht werden konnten.

Bei zwei weiteren Institutionen kam es aufgrund technischer Probleme zu Datenverlusten, die entweder später nicht vollständig behoben werden konnten, oder zu Fehldokumentationen führten.

Hinsichtlich der erfassten Todesfälle waren diese Fehler noch gravierender. Insgesamt wurden 16 Todesfälle von vier Institutionen bei elektiver PCI-Interven-

tion gemeldet. Die Rückfragen ergaben, dass sich davon 12 Patienten bester Gesundheit erfreuten und nur 4 Patienten tatsächlich verstorben waren. Warum es zu diesen Fehldokumentationen kam, lässt sich im Nachhinein nicht mehr in allen Fällen rekonstruieren. Bei drei Fällen konnte ein Problem bei der elektronischen Übernahme der korrekt dokumentierten Daten wahrscheinlich gemacht werden. Bei den anderen Fällen hatte die Plausibilitätskontrolle versagt, da inkompatible Angaben zu einer Fehlermeldung hätten führen müssen.

Mit einer gewissen Sorge muss festgestellt werden, dass die aufgedeckten Abweichungen vom Zielkorridor in der Mehrzahl der Fälle auf Dokumentationsfehler verschiedener Art zurückzuführen sind. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind diese Dokumentationsfehler in allen Modulen und Rubriken gleichermaßen vorhanden und werden nur bei sorgfältiger

tiger Nachkontrolle aufgedeckt. Sie führen zu falschen Resultaten sowohl in der einen wie auch in der anderen Richtung. Zur Verbesserung der Dokumentationsgenauigkeit müssen die Module unbedingt online unmittelbar nach der Untersuchung komplettiert werden. Eine Stichprobenkontrolle, wie sie von der Bundesfachgruppe für das nächste Jahr geplant ist, stellt eine wichtige Voraussetzung dar zur Qualitätsverbesserung.

Herzschrittmacherimplantationen im Land Sachsen – BQS Jahresauswertung 2004

Im Rahmen des BQS Erfassungsmodus 09/1 (Herzschrittmachererstimulation) wurden im Bundesland Sachsen im Jahr 2004 insgesamt 4.852 Patienten erfasst, bei 987 Patienten erfolgte ein Herzschrittmacheraggregatwechsel (BQS-Modul 09/2) sowie bei 652 Patienten ein Revisionsingriff (BQS-Modul 09/3).

Bei den begründenden EKG-Befunden zur Schrittmacherindikation ergaben sich bezogen auf den BQS-Bundesdurchschnitt keine relevanten Unterschiede. Der Sondenzugang erfolgte bei ca. 78% der Patienten über die Vena subclavia (bundesweit 54%). Bezogen auf OP-Dauer, Durchleuchtungszeit sowie die elektrischen Werte sind im statistischen Mittel ebenfalls keine Auffälligkeiten vorhanden.

Auch beim Herzschrittmacheraggregatwechsel liegen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt keine Auffälligkeiten vor.

Bei der Auswertung der Herzschrittmacher-Revisionsdaten liegen für die meisten Parameter im Landesdurchschnitt keine auffälligen Abweichungen zum

	HSM-Erstimplantation		HSM-Aggregatwechsel		HSM-Revision/-Explantation	
	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt
Anzahl Patienten mit mind. 1 Kompl.	4,9	5,4	1,2	2,0	2,0	4,5
Asystolie	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	0,4
Kammerflimmern	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Vorhofflimmern	0,9	0,7	0,3	0,3	0,2	0,3
Pneumothorax	0,7	0,6	-	-	0,0	0,4
Herzbeutelamponade	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1
Taschenhämatom	0,8	1,0	0,5	0,8	0,9	0,9
Hämatothorax	0,0	0,1	-	-	0,2	0,1
Sondendislokation	1,7	2,2	-	-	0,8	1,6
Wundinfektion	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,4
Sonstiges	0,4	0,7	0,1	0,6	0,2	0,6
Reanimation erforderlich	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Tod	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1

Bundesdurchschnitt vor. Erwähnenswert sind lediglich die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas höhere Rate an Systemumwandlungen sowie die etwas erhöhte Infektionsrate als Ursache einer Schrittmacherrevision.

In der Tabelle sind die Komplikationsraten von HSM-Erstimplantation / -Aggregatwechsel sowie Herzschrittmacher-Revision/-Explantation zusammengefasst.

Vergleicht man die perioperativen Komplikationsraten für die verschiedenen Schrittmachereingriffe, so ergibt sich im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt für Sachsen eine tendenziell niedrigere Komplikationsrate.

Die Arbeitsgruppe Kardiologie trat für das Bezugsjahr 2004 bei denjenigen Kliniken in einen strukturierten Dialog ein, bei denen sich klinisch relevante Auffälligkeiten in den Komplikationsraten ergeben hatten; insbesondere erfolgte eine einzelne Bewertung der wenigen aufgetretenen Todesfälle. Dabei wurde in den meisten Fällen klar, dass der Tod nicht

unmittelbar Folge der jeweiligen Schrittmacherimplantation war, sondern in der Regel Ausdruck der schweren begleitenden kardialen Grunderkrankung. Diejenigen Kliniken, die beispielsweise durch eine erhöhte Dislokationsrate bzw. häufige Reizschwellenanstiege der Elektroden auffällig wurden, haben im Ergebnis des strukturierten Dialoges entsprechende Konsequenzen für das operative Prozedere gezogen [u.a. OPs nur durch in der Schrittmacherchirurgie erfahrene Fachärzte, Verwendung von steroideluirenden Elektroden mit (falls erforderlich) aktiver Fixierung].

Zusammenfassend ist für das Bundesland Sachsen im Bezugsjahr 2004 eine hohe Qualität in der Herzschrittmachertherapie festzustellen. [Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.slaek.de → Qualitätssicherung → Kardiologie]

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler,
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Kardiologie
Dr. med. Stefan G. Spitzer,
Mitglied der Arbeitsgruppe Kardiologie
der Sächsischen Landesärztekammer

Leben mit Krebs

Dresden
18./19.11.2005

18. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch

Am 18./19.11.2005 fand das 18. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch statt, zu dem die Medizinische Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums unter dem Thema „Leben mit Krebs“ in den Tagungsraum der Klinik eingeladen hatte.

Im ersten Tagungsteil stand die klinische Tumorthherapie im Vordergrund. F. Dobrowski (Dresden) sprach anhand einer Kasuistik mit Patientenvorstellung über „Schwierige Entscheidungen bei metastasiertem Karzinom aus chirurgischer Sicht“. Im Referat von G. Folprecht (Dresden) zum Thema: „Metastasiertes kolorektales Karzinom – Wandel zur chronischen Erkrankung“ wurde deutlich, dass die Prognose der Patienten mit diesem metastasierten Tumorleiden in den letzten Jahren durch neue chemo- und immuntherapeutische Möglichkeiten erheblich gebessert werden konnte und bereits länger ist als die Überlebenszeit von Patienten, die ausgeprägt multimorbide sind, aber kein Tumorleiden haben. Das trifft beispielsweise auf die Überlebenszeit von Dialysepatienten zu, die an einem akuten Herzinfarkt erkrankt sind. Deshalb wurde vorgeschlagen, den Begriff der „palliativen Therapie“, der immer wieder Todesnähe assoziiert, abzulösen und besser von der Therapie einer chronischen Geschwulstkrankheit zu sprechen. S. Brückner (Dresden) veranschaulichte die endoskopischen Möglichkeiten bei Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes und sprach besonders über Stents in Ösophagus und Gallenwegen sowie über jüngste Entwicklungen enteraler Stents. In ihrem Vortrag „Bronchialkarzinom – Aspekte einer gemeinsamen Therapieentscheidung und palliativmedizinischer Behandlungsansätze“ stellte S. Riha (Coswig) die ärztliche Aufgabe in den Vordergrund, eine individuelle Therapieplanung vorzunehmen und mit dem Patienten auch über Therapiealternativen zu kommunizieren. Klinische Studien sind

zwar bei der Etablierung neuer Behandlungsansätze unverzichtbar; dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass durch klinische Studien nicht die Gesamtheit der erkrankten, sondern meist eine bestimmte Subgruppe von Patienten erfasst wird.

Am Nachmittag sprach zunächst S. Michel (Dresden) über „Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Schmerztherapie“. Daran schloss sich ein Vortrag zum Thema „Die Problematik von Nebenwirkungen der Krebsbehandlung in der Mundhöhle“ von E. Dörr, W. Dörr und T. Herrmann (Dresden) an, der insbesondere die Bedeutung der Mundhygiene bei der Strahlentherapie von HNO-Tumoren fokussierte. Eindrucksvoll sprach U. Brunner (Zschopau) als Betroffener über „Die Wahrnehmung und der Umgang mit familiärer Polyposis aus der Sicht eines Patienten und seiner Familie“. Er schilderte die verschiedenen Etappen seiner Erkrankung und betonte insbesondere, dass die gute Reintegration in den beruflichen und familiären Alltag für ihn als Patienten einerseits das eigentliche Ziel der Therapie bedeutet, aber gleichzeitig ein stabiles soziales Umfeld unverzichtbar auf dem Weg dahin ist. Als ebenso bedeutsam wurde von ihm die Kette Hausarzt-Spezialist-Rehabilitation dargestellt. Das Leben in der Natur und die Musik waren ihm zusätzliche wesentliche Hilfen. Zum Thema: „Salutogenese im Spannungsfeld von Medizin und Theologie“ sprach G. Becker (Freiburg). Sie erläuterte zunächst die grundlegenden Aussagen A. Antonovskys. Salutogenese sieht den menschlichen Organismus als System und ist damit holistisch. Während Pathogenese „was ist nicht mehr möglich?“ fragt, richtet sich Salutogenese mit der Frage „was ist noch möglich?“ bereits mehr nach therapeutischen Ansätzen und nach Sinnfindung aus. Auch aus theologischer Sicht ist Gesundheit, ist Heil, ist Salutogenese ganzheitlich zu begreifen. Eine Leib-Seele-Trennung gibt es nicht, auch der Leib ist im christlichen Glauben in die Auferstehung einbezogen.

Th. Küchler (Kiel) ging in seinem Vortrag „Lebensqualität bei Krebskranken“ zunächst auf mehrere Metaanalysen zur Wirkung der Psychoonkologie bei Patienten mit malignen Tumoren und dann auf eigene Untersuchungen ein. Zur Bedeutung der psychosozialen Integration gibt es ebenfalls positive Daten; so beschreibt Krongaard (1996) bei einem Kollektiv von Prostatakarzinom-Patienten eine Überlebenszeit von 69 Monaten für verheiratete Patienten gegenüber 55 für allein lebende und 38 Monate für getrennt lebende und für verwitwete Patienten. In der eigenen Untersuchung von Th. Küchler wurde ein Überlebenszeitvorteil für die psychotherapeutisch behandelte chirurgische Patientengruppe nach zehn Jahren festgestellt. Die psychoonkologische Intervention fand während des perioperativen stationären Aufenthaltes statt. Es resultierte eine Überlebenszeitdifferenz von 50,1 gegenüber 30,8 Monate.

D. von Engelhardt (Lübeck) stellte in seinem Vortrag „Leben mit Krebs im Medium der Literatur und Malerei – Erfahrungen und Anregungen“ künstlerische Werke und Beispiele der Krankheitsbewältigung mit künstlerischen Mitteln vor. U. Zimmer und B. Hornemann (Kreischa) zeigten eindrucksvolle Ergebnisse der kunsttherapeutischen Arbeit mit Geschwulstpatienten in einer Rehabilitationsklinik unter dem Thema: „Malen kann ich aber nicht – Kunsttherapie in der psychoonkologischen Betreuung“. Nach ihrer Erfahrung eignet sich Kunsttherapie besonders zum Angstabbau, zur psychologischen Kontrolle und zur Klärung von Gedanken.

Am zweiten Tag des Symposiums stellte die Arbeitsgruppe F. Balck, H. Winkler, H. Berth und F. Dörre (Dresden) die Auswertung einer Fragebogenaktion vor, die von September bis November 2004 vom Tumorzentrum Dresden und der Abteilung Medizinische Psychologie und Soziologie des Universitätsklinikums Dresden gemeinsam konzipiert und durchgeführt worden war. Die Rücklaufquote betrug

73,1 Prozent, das Durchschnittsalter der Patienten 62,2 Jahre. 10,8 Prozent der Befragten gaben an, dass bei ihnen ein Bedarf zur psychoonkologischen Betreuung bestand, zu der sie jedoch keinen Kontakt fanden.

K. Lautenschläger (Dresden) referierte Ergebnisse einer Arbeit zum psychologischen Status von Angehörigen stammzelltransplantierte Patienten; 42,5 Prozent der Angehörigen hatten eine abklärungsbedürftige Angst. Er schlussfolgerte, dass Partner aufgrund ihrer hohen Morbidität einen eigenständigen Platz im psychoonkologischen Setting bekommen sollten.

I. Pawlick (Lunzenau) stellte die Arbeit von Hausärzten mit Tumorpatienten vor. Dabei wurden die erforderliche allgemeinärztliche und psychosoziale Kompetenz sowie die wohnortnahe Erreichbarkeit der Hausärzte besonders hervorgehoben. Anhand sportmedizinischer Untersuchungen stellte die Referentin die Frage „Warum werden Patienten ins Bett geschickt?“ und reflektierte damit unseren Krankenhausalltag kritisch. Gerade die Inaktivität spielt neben Anämie und Myopathie eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Fatigue, betonte sie. Mit eindrucksvollen kasuistischen Verläufen und Bildern von Tumorpatienten in ihrem Lebensumfeld zeigte sie, welche günstige Entwicklung hinsichtlich Lebensqualität und Prognose möglich ist, wenn Patienten in diesem Lebensumfeld durch stabile soziale Beziehungen gestützt und kompetent hausärztlich begleitet werden.

„Medizin und Krankheit im Bild des Witzes – Lachen und Humor in der Be-

wältigung von Krankheit“ – zu diesem Thema sprach U. Schuler (Dresden). Er ging zunächst auf prinzipielle Charakteristika von Witzen dar. Oftmals ist die einen Witz ausmachende Inkongruenz zweier Sichtweisen dadurch gekennzeichnet, dass die zweite, meist abwertende – und dadurch die Pointe auslösende – Sichtweise mit Tod, Krankheit, psychiatrischer Diagnose o.ä. zusammenhängt. Dies stellte er an Hand zahlreicher Beispiele originell und humorvoll dar. Es schloss sich ein Vortrag von B. Orth (Kreischa) zum Thema „Unkonventionelle Methoden in der Krebsbehandlung – warum sind sie so populär?“ an. Der Referent betonte, dass dem Trend zur unkontrollierten Anwendung unkonventioneller Methoden dadurch angemessen begegnet werden kann, dass Ärzte ihre Patienten mehr darüber beraten, wie sie mit gesicherten Methoden wie gesunder Ernährung oder körperlicher Aktivität eigene Beiträge leisten können.

B. Zumpe (Dresden) vom Integrationsamt des Amtes für Familie und Soziales sprach über „Mögliche Leistungen des Integrationsamtes zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und berichtete damit über eine nur wenig bekannte Einrichtung. Aufgrund der großen gesellschaftlichen Wertschätzung der Erwerbstätigkeit und damit ihrer Bedeutung für das Selbstwertgefühl vieler Patienten sollten die Kontaktaufnahme bzw. die Möglichkeiten des Integrationsamtes öfter bedacht werden.

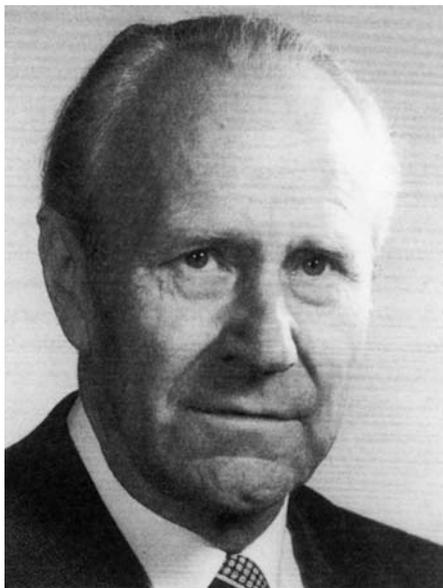
Abschließend stellte I. Ueberschär (Leipzig) „Die sozialmedizinische Begutachtung von onkologischen Patienten“ dar. Eingangs beschrieb sie die veränderten Organisationsstrukturen der Deutschen

Rentenversicherung und anschließend gutachterliche Aufgaben. Diese ergeben sich daraus, dass der Gutachter der sozialmedizinischen Anwalt sowohl des langfristig erkrankten einzelnen Versicherten als auch der Versichertengemeinschaft ist. Die Kriterien der Erwerbsunfähigkeitsrente wurden ebenso erläutert wie die Aufgaben und Chancen der Rehabilitation. Das Risiko der ungünstigen Arbeitsmarktlage hingegen darf und kann nicht zu Lasten der Rentenversicherung getragen werden. Die Referentin benannte aber die langfristig ungünstigen Folgen von Arbeitslosigkeit für Lebensqualität und Lebenserwartung des einzelnen Menschen und zugleich für die Stabilität unserer Sozialsysteme deutlich.

Die Vorträge und interdisziplinären Diskussionen zum breiten Rahmenthema „Leben mit Krebs“ fanden rege Resonanz bei den Teilnehmern. Wir danken besonders den Referenten für ihr Engagement und den Sponsoren, die durch ihre Unterstützung das Symposium ermöglichten. Das 19. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch findet am 24./25.11.06 statt.

Korrespondenzanschrift:
 Dr. med. Heinrich Günther und
 Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
 Medizinische Klinik und Poliklinik I
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Tel. 0351/458 4186
 Fax. 0351/458 5362
 heinrich.guenther@uniklinikum-dresden.de

Prof. em. Dr. med. Dr. h.c. Rudolf Sachsenweger zum 90. Geburtstag



Am 1. 3. 2006 feierte Herr Prof. Sachsenweger seinen 90. Geburtstag mit Familie, Freunden, ehemaligen Kollegen und Assistenten im Marriott-Hotel in Leipzig. Dies soll Anlass sein, sein arbeitsreiches wissenschaftliches Leben rückblickend zu würdigen, was er in hohem Maße verdient hat.

Rudolf Sachsenweger wurde am 29. 2. 1916 in Nahlendorf (jetzt Sachsen-Anhalt) als Sohn eines Lehrers und Kantors geboren.

Nicht sofort entschloss er sich zum Medizinstudium, sondern folgte zunächst den Fußstapfen des Vaters und schloss nach dem Abitur im Reformgymnasium Weißenfels eine Ausbildung als Schulamtsbewerber ab. Danach studierte er in Halle/Saale Geschichte, Mittelhochdeutsch, Psychologie und Philosophie. Bald jedoch merkte er, dass seine eigentliche Neigung der Medizin gehörte. Unterbrochen durch Einberufung in den Zweiten Weltkrieg und russische Kriegsgefangenschaft konnte er sein 1941 bis 1943 in Jena und Rostock begonnenes Medizinstudium dann 1951 in Halle mit „sehr gut“ abschließen. Hier promovierte er im gleichen Jahr und legte 1956 die Habilitation ab.

Nach der allgemeinärztlichen Ausbildung nahm er die Facharztausbildung an der

Augenklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter Prof. Clausen auf. Bereits in dieser Zeit, die infolge des damaligen Ärztemangels massive Belastungen mit sich brachte, betätigte er sich wissenschaftlich und schuf die Grundlage für seine späteren wissenschaftlich-klinischen Interessengebiete.

1958 – also nach 6-jähriger Augenarztausbildung – wurde er bereits als Nachfolger von Prof. Dr. Velhagen auf den Lehrstuhl für Augenheilkunde der Universität Leipzig berufen. Hier bestand die klinische Tätigkeit zunächst vorwiegend darin, die stark gestiegene Anzahl anfallender Augenoperationen zu bewältigen und neue operative Verfahren und moderne klinische Untersuchungsmethoden (zum Beispiel Elektroretinographie, Ultraschalluntersuchung, Photokoagulation, Schiel diagnostik) einzuführen. Eine neue Kontaktlinsenabteilung mit vier Augenoptikern sowie eine orthoptisch-pleoptische Abteilung wurden – wohl erstmalig im deutschsprachigen Raum – errichtet.

Gleich zu Beginn seiner Tätigkeit in Leipzig widmete er sich intensiv der augenärztlichen Fortbildung; so entstand beispielsweise sein Buch „Ophthalmologische Optik und Brillenlehre“ sowie zahlreiche Unterrichtsfilme für Studenten und Ärzte und es wurden ca. 70 Fortbildungskurse für Augenärzte sowohl über aktuelle Themen der Ophthalmologie als auch auf dem Gebiet der Optik und Brillenlehre, Pleoptik und Orthoptik, Augenmuskelerkrankungen und Kontaktlinsenanpassung ins Leben gerufen.

Seiner pädagogischen und psychologischen Ausbildung entsprechend galt sein besonderes Interesse auch der Erarbeitung von Kinderbüchern mit Sehübungen für sehgeschwache Kinder und stereoskopischer Tafeln zur exakten Untersuchung schielender Kinder.

In der Zeit als Klinikdirektor in Leipzig hat er über 200 wissenschaftliche Veröffentlichungen und 50 Bücher geschrieben, die zum Teil auch in andere Sprachen übersetzt wurden.

Trotz Parteilosigkeit mit entsprechenden Repressalien und politischer Neutralität führte seine wissenschaftliche Qualifikation zu einer hohen Wertschätzung im westlichen Ausland.

Diese Wertschätzung fand Ausdruck in vielen der nachfolgend genannten Ämter und Ehrenämter, die er bekleidete, so zum Beispiel:

Senatsmitglied der Deutschen Gesellschaft der Naturforscher „Leopoldina“, Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, Mitglied der Société Française d’Ophthalmologie seit 1960, Wahl in den internationalen Gonin-Club 1961, danach Ehrenmitglied der International Strabological Association und der European Glaucoma Society, Ehrenmitglied der DOG Heidelberg seit 1979, seit 1980 Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig sowie der Academia Internationalis Ophthalmologica in Chicago. 1967 erhielt er den Graefe-Preis.

1980 wurde er in Brighton als Nachfolger von Prof. Jules Francois für vier Jahre zum Präsidenten der European Ophthalmological Society gewählt – wohl ein Höhepunkt seines Schaffens! 1996 erhielt er zum 80. Geburtstag die Ehrendoktorwürde von der Leipziger Universität für sein berufliches Lebenswerk verliehen.

Trotz all dieser großen und verantwortungsvollen Aufgaben hat er sich stets mit Verständnis und Geduld seinen Mitarbeitern gewidmet. Seine charakterlichen Eigenschaften und persönliche Integrität sowie das ausgeglichene und konstruktive Arbeitsklima haben wir immer hoch geschätzt. So bedanken wir uns als seine Schüler dafür und für die solide Ausbildung, die er uns vermittelt hat.

Heute wird seine große augenärztliche Tradition durch seine beiden Söhne fortgesetzt.

Wir wünschen Herrn Professor Sachsenweger für die nächsten Jahre gesundheitliche Stabilität für viele wohlverdiente Mußestunden im Kreis seiner Familie.

Dr. med. Adelheid Lößner
Dr. med. Christa Matzen

Prof. Dr. med. habil. Horst Fleißner zum 80. Geburtstag



Horst Fleißner wurde am 2. 5. 1926 in Leipzig geboren. Er besuchte bis 1944 Volksschule und Gymnasium. Seine schulische Entwicklung wurde von Wehrdienst und einer 5-jährigen sowjetischen Kriegsgefangenschaft in Stalingrad unterbrochen. Erst 1950 konnte er das Abitur an der späteren Leibnitz-Oberschule nachholen.

Dem Studium der Medizin an der Universität Leipzig folgen Staatsexamen und Promotion sowie die obligatorische einjährige Pflichtassistentenzeit am Kreiskrankenhaus Riesa.

Im November 1957 trat er als Assistent in die Leipziger Orthopädische Universitätsklinik ein, die seit dem 1. 11. 1955 unter der Leitung von P. F. Matzen stand. Seit dem 1. 7. 1962 Facharzt für Orthopädie, wurde Fleißner am 1. 3. 1963 zum Oberarzt ernannt. Im April 1967 folgte die Habilitation über „Experimentelle Untersuchungen zur Transplantation von Halbgelenken“, ein Teilgebiet der allogenen Knochentransplantation, in der die Klinik über die Grenzen der DDR hinaus eine führende Rolle spielte. Am 1. 2. 1972 schloss sich die Berufung zum Dozenten und am 1. 9. 1979 die zum a.o. Professor für Orthopädie an.

Am 1. 11. 1975 übernahm H. Seyfarth das Direktorat der Klinik. Die vorgesehene Übernahme des Rostocker Lehrstuhls lehnte Fleißner ebenso wie eine Berufung an die Medizinische Akademie Erfurt ab. Er besaß schon damals ein wunderschönes Grundstück in der Nähe des Völkerschlacht-Denkmal, so dass ein Umzug in eine Plattenbauwohnung für ihn nicht in

Frage kam. Er blieb Leipzig erhalten, war bis zu seinem Ausscheiden am 31. 12. 2001 mit einer anerkannten Sonderstellung als Stellvertretender Klinikdirektor tätig und leitete die Klinik nach Seyfarths Emeritierung vom 31. 10. 1986 bis zum Sommer 1987 kommissarisch.

Fleißner genoss wegen seiner ärztlichen Erfahrung und seines raschen und sorgfältigen Operierens hohes Ansehen. Er brachte uns Jüngeren unermüdlich die Feinheiten der orthopädischen Röntgendiagnostik bei. Wissenschaftlichen Ausdruck fanden seine speziellen Kenntnisse im Orthopädischen Röntgenatlas (Matzen/Fleißner, Thieme-Verlag Stuttgart), der nicht nur 1969 und 1980 in zwei deutschen, sondern auch in einer englischen, italienischen, spanischen und japanischen Ausgabe erschien, neben zwei Buchbeiträgen die nachhaltigste seiner über 100 Veröffentlichungen.

Es ist uns eine Freude, ihm stellvertretend für alle seine zahlreichen Schüler zu danken und ihm zum 80. Geburtstag am 2. Mai 2006 recht herzlich zu gratulieren.

Prof. Dr. med. habil. Joachim Dippold
Prof. Dr. med. habil. Peter Matzen

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

- 60 Jahre**
- 02. 06. Dr. med. Ettelt, Rolf
04720 Döbeln
 - 02. 06. Prof. Dr. sc. med. Matthes, Gert
10117 Berlin
 - 02. 06. Dr. med. Walthert, Manfred
04668 Dürrweitzschen
 - 04. 06. Dipl.-Med. Schädlich, Margot
08228 Rodewisch
 - 06. 06. Dr. med. Dickopf, Bernd
01445 Radebeul
 - 08. 06. Dipl.-Med. Laban, Brunhild
01465 Langebrück
 - 09. 06. Dr. med. Siegel, Margarete
08645 Bad Elster
 - 11. 06. Dr. med. Götz-Möbius, Brigitte
08056 Zwickau
 - 11. 06. Dr. med. Schaufuß, Christine
08645 Bad Elster
 - 18. 06. Prof. Dr. med. habil. Mager, Peter
04828 Bennewitz/OT Neuweißenborn
 - 25. 06. Prof. Dr. med. habil. von Kummer, Rüdiger
01309 Dresden

- 28. 06. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Rother, Traugott
04179 Leipzig
 - 29. 06. Dr. med. Hofmann, Brigitte
04158 Leipzig
- 65 Jahre**
- 01. 06. Erbgen, Hans-Peter
01594 Stauchitz
 - 01. 06. Dr. med. habil. Fischer, Herbert
04155 Leipzig
 - 01. 06. Dr. med. Hoffmann, Dietmar
02692 Großpostwitz
 - 01. 06. Lenke, Ute
04105 Leipzig
 - 01. 06. Weber, Sabine
01619 Röderaue
 - 02. 06. Dr. med. Lorenz, Lieselotte
01558 Großenhain
 - 04. 06. Dr. med. Dietze, Hanswolf
01877 Bischofsverda
 - 04. 06. Dr. med. Teubner, Michael
09217 Burgstädt

- 04. 06. Dr. med. Windisch, Wolf-Rüdiger
08060 Zwickau
- 05. 06. Dipl.-Med. Hoffmann, Brigitte
02977 Hoyerswerda
- 05. 06. Prof. Dr. med. Rieber, Peter
82140 Olching
- 06. 06. Dr. med. Starke, Maria
01774 Pretzschendorf
- 06. 06. Dr. med. Steffens, Rosemarie
08525 Plauen
- 07. 06. Rauschenbach, Rainer
04779 Wermsdorf
- 07. 06. Dr. med. Trumpold, Hermann
01665 Schieritz
- 08. 06. Dr. med. Borchers, Anita
09116 Chemnitz
- 08. 06. Dr. med. Heilmann, Bärbel
01219 Dresden
- 08. 06. Dr. med. Schulz, Manfred
04357 Leipzig
- 09. 06. Dr. med. Gerchel, Barbara
04209 Leipzig

09. 06. Dr. med. Hähnel, Hans-Jürgen
09116 Chemnitz
10. 06. Dr. med. Zechlin, Hans-Henning
01689 Weinböhla
11. 06. Dr. med. Leibiger, Rainer
09456 Annaberg
11. 06. Dr. med. Wagner, Martin
04316 Leipzig
12. 06. Dr. med. Rumler, Hilmar
08541 Jöbnitz
12. 06. Selle, Helgard
01465 Langebrück
13. 06. Dr. med. Steinigen, Günter
01458 Ottendorf-Okrilla
14. 06. Lorenz, Christa
09618 Brand-Erbisdorf
15. 06. Dr. med. Baekler, Friedbert
01900 Kleinröhrsdorf
15. 06. Dr. med. Damme, Jörg
08289 Schneeberg
15. 06. Dr. med. Hoppe, Karin
04509 Delitzsch
15. 06. Dr. med. Küchler, Peter
01561 Zabeltitz
15. 06. Dr. med. Petzold, Hella
08141 Reinsdorf
15. 06. Dr. med. Sippach, Joachim
08289 Schneeberg
17. 06. Dr. med. Jäsch, Kristin
01324 Dresden
17. 06. Dr. med. Otto, Monika
08060 Zwickau
17. 06. Dr. med. Schönfelder, Berndt
09496 Marienberg
18. 06. Doz. Dr. med. habil. Fritsche, Frithjof
01324 Dresden
18. 06. Dr. med. Knoll, Hans-Jürgen
01877 Schmölln
18. 06. Seelmann, Uta
01612 Nünchritz
18. 06. Dr. med. habil. Verlohren, Hans-Joachim
04420 Markranstädt
19. 06. Lippold, Gunter
04849 Bad Dübau
20. 06. Dr. med. Böttner, Gudrun
04416 Markkleeberg
20. 06. Dr. med. Grunert, Christa
02681 Kirschau
20. 06. Schmidt, Rainer
08236 Ellefeld
20. 06. Dr. med. Sommer, Wolf-Peter
02943 Weißwasser
20. 06. Dr. med. Winterstein, Rainer
01824 Königstein
21. 06. Doz. Dr. med. habil. Eulitz, Jürgen
01108 Dresden
21. 06. Dr. med. Kremß, Bernhard
09337 Hohenstein-Ernstthal
22. 06. Dr. med. Baekler, Barbara
01900 Kleinröhrsdorf
25. 06. Dr. med. Rebner, Hans-Joachim
08523 Plauen
26. 06. Kirchner, Wilfried
01609 Wülknitz
26. 06. Schirge, Jutta
02708 Löbau
27. 06. Dr. med. Adomeit, Günter
09350 Lichtenstein
27. 06. Dr. med. Schicketanz, Brigitte
04277 Leipzig
27. 06. Dr. med. Tränkner, Margot
09376 Oelsnitz
27. 06. Dr. med. Weigel, Harald
04157 Leipzig
28. 06. Dr. med. Mauler, Birgit
01326 Dresden
28. 06. Dr. med. Wolfersdorf, Brunhilde
04808 Wurzen
29. 06. Dr. med. Rytter, Manfred
04347 Leipzig
- 70 Jahre**
02. 06. Dr. med. Pour, Georg
04289 Leipzig
03. 06. Dr. med. Luge, Rolf
01465 Liegau-Augustusbad
05. 06. Stammwitz, Hanna
01445 Radebeul
05. 06. Stavenow, Rudolf
04758 Cavertitz
06. 06. Dr. med. Mehlhose, Johannes
09127 Chemnitz
06. 06. Dr. med. Trnka, Helga
04416 Markkleeberg
07. 06. Dr. med. Scholtz, Helga
01589 Riesa
08. 06. Miesch, Gudrun
01326 Dresden
09. 06. Prof. Dr. med. habil. Richter, Gerhard
01326 Dresden
10. 06. Dr. med. Liensdorf, Irmgard
09232 Hartmannsdorf
11. 06. Dr. med. Neuber, Claus-Dieter
09128 Chemnitz
13. 06. Dr. med. Siegel, Gisela
04319 Leipzig
16. 06. Dr. med. Lattermann, Karin
04178 Leipzig
18. 06. Dr. med. Oettel, Reiner
04435 Schkeuditz
21. 06. Dr. med. Bergmann, Eva-Maria
01324 Dresden
21. 06. Dr. sc. med. Wenzel, Klaus-Peter
04317 Leipzig
24. 06. Dr. med. Drechsel, Günther
08144 Ebersbrunn
24. 06. Prof. Dr. med. habil. Rother, Paul
04157 Leipzig
25. 06. Dr. med. Scheller, Rudolf
08393 Oberschindmaas
26. 06. Dr. med. Buschner, Hans-Christian
04758 Oschatz
26. 06. Dr. med. Siegmund, Armin
01773 Altenberg
29. 06. Dr. med. Füger, Klaus
08541 Zobes
29. 06. Doz. Dr. sc. med. Lange, Armin
01159 Dresden
29. 06. Dr. med. Wehner, Johannes
04703 Leisnig
30. 06. Dr. med. Herold, Klaus
09113 Chemnitz
30. 06. Dr. med. Mroska, Margot
01609 Röderaue
- 75 Jahre**
02. 06. Dr. med. Hendel, Georg
08289 Schneeberg
02. 06. Jendryke, Erika
02977 Hoyerswerda
07. 06. Prof. Dr. med. habil. Hunger, Horst
04299 Leipzig
08. 06. Dr. med. Barth, Teo
04463 Großpösna
11. 06. Dr. med. Bormann, Christiane
08371 Glauchau
15. 06. Irmischer, Irmgard
09456 Annaberg-Buchholz
18. 06. Dr. med. Dr. med. dent. Mahn, Siegmars
04155 Leipzig
18. 06. Dr. med. Wegner, Dieter
01900 Großröhrsdorf
28. 06. Dr. med. Haas, Ruth
01097 Dresden
30. 06. Dr. med. Richter, Elisabeth
09569 Oederan
- 80 Jahre**
01. 06. Dr. med. Schmieden, Karl-Heinz
08525 Plauen
10. 06. Dr. med. Behn, Peter
04275 Leipzig
15. 06. Dr. med. Gläsel, Rolf
04155 Leipzig
- 81 Jahre**
01. 06. Dr. med. Burkhardt, Volkmar
09122 Chemnitz
10. 06. Dr. med. Böttrich, Heinz
09113 Chemnitz
14. 06. Dr. med. Drogula, Karl-Heinz
04720 Döbeln
17. 06. Dr. med. Eggert, Martina
08645 Bad Elster
17. 06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01129 Dresden
- 82 Jahre**
03. 06. Dr. med. Geyer, Eva
09244 Lichtenau b. Chemnitz
08. 06. Dr. med. Mederacke, Frank-Dietmar
01662 Meißen
10. 06. Prof. Dr. med. Kaufmann, Herbert Joseph
01762 Schmiedeberg
25. 06. Dr. med. Kirsch, Marija
09526 Olbernhau
25. 06. Dr. med. Meyer-Nitzschke, Rosemarie
04552 Borna
- 83 Jahre**
24. 06. Dr. med. Müller, Sigrid
01705 Freital
- 84 Jahre**
17. 06. Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Wolfgang
08451 Crimmitschau
- 86 Jahre**
12. 06. Dr. med. Scholze, Siegfried
01877 Bischofswerda
20. 06. Prof. Dr. med. habil. Trenckmann, Heinz
04299 Leipzig
- 87 Jahre**
24. 06. Dr. med. Ochernal, Annaliese
01309 Dresden
- 88 Jahre**
03. 06. Dr. med. Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna
27. 06. Dr. med. Pongratz, Gudrun
01689 Weinböhla
29. 06. Dr. med. Sobotzick, Ernst
08060 Zwickau
- 90 Jahre**
27. 06. Dr. med. Chudoba, Erhard
09599 Freiberg
- 91 Jahre**
20. 06. Dr. med. Parisius, Ullrich
04860 Torgau

Dank an Dottore

Über eine Ausstellung in Dresden zum 70. Geburtstag des Künstlers und Kinderarztes Dr. med. Wolfgang G. Lehmann (Dottore)

Vor fünf Jahren konnte ich über eine umfangreiche Ausstellung von Dottores Werk in Hamburg berichten (Ärzteblatt Sachsen, 6/2000, S. 263). Obwohl er seit mehr als 20 Jahren in Hamburg lebt und arbeitet, ist er noch immer mit seiner Heimatstadt Dresden fest verbunden und nimmt an ihrem Kulturleben regen Anteil.

Jetzt waren unter dem Titel „Dottore – und kein Ende“ zu seinem 70. Geburtstag vorwiegend neue Bilder in der Dresdner Volksbank Raiffeisenbank in der Eschbach-Villa am Albertplatz zu sehen. Bei der Vernissage am 7. Juli 2005 kamen viele seiner ehemaligen ärztlichen Kollegen und Kunstfreunde zusammen. Einführende verständnisvolle Worte sprach der Journalist und Dichter Bernhard Theilmann. Am Violoncello musizierte Ulrich Thiem. Es war ein Fest der Lebensfreude.



Phrygier. Keramik, Glas 2003 – 31 x 15 x 28,5 cm



Weinberg bei Chianti. Acryl auf Leinwand, 2001, 100 x 120 cm

Dr. med. Wolfgang Lehmann studierte 1953 bis 1958 Medizin an der Universität Halle und der Medizinischen Akademie Dresden und promovierte 1960

bis 1964 leitete er das Landambulatorium Neschwitz bei Bautzen. Die Facharztausbildung erhielt er in der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt.



Felder vor Zypressen. Acryl auf Leinwand, 2001, 100 x 120 cm

Von 1970 bis 1981 war er als Leitender Pädiater am Bezirkskrankenhaus Dresden-Friedrichstadt tätig. Damit war er erster Kinderarzt in einer Entbindungsklinik Ostdeutschlands. Rückblickend summiert er selbst in Stichworten die Ergebnisse dieser ärztlichen Tätigkeit: Deutliche Senkung der Perinatalen Mortalität, wissenschaftliche Publikationen über Steroidhormone bei Neugeborenen (zusammen mit Walter Hubl), Einführung der offenen Nabelpflege und der Nabelklemme, Durchsetzung einer modernen pädiatrischen Betreuung auf den Kinderstationen des gesamten Klinikums, Bronchoskopie in der Kinderklinik Dresden-Neustadt, Ästhetische Gestaltung der Neugeborenenstation.

Nach zunehmenden Konflikten mit der sozialistischen Diktatur arbeitete er freischaffend als Künstler und entschloss sich wegen fehlender Perspektive in seiner Heimat zur Ausreise nach Hamburg, wo er von 1985 bis 1996 eine kinderärztliche Praxis führte.

Schwerpunkte der neuen Ausstellung waren über 20 Gemälde aus der Toskana, die in den Jahren 2001 bis 2005 entstanden (Abb. 1 u. 2), und 14 plastische Arbeiten (Köpfe in Keramik und Bronze) (Abb. 3), zu denen er von frühen griechischen Skulpturen in der Münchner Glyptothek angeregt wurde.

Seine Landschaftsbilder vermeiden jeden fotografischen Realismus. Sie spüren dagegen die innere Struktur dieser uralten

Kulturlandschaft auf und gestalten sie in kräftigen vorwiegend rötlichen, violetten und ockerfarbigen Tönen.

Der Betrachter kann nachempfinden, wie sehr sich der Künstler den Hügeln und Weinbergen der Toskana verbunden fühlt. Er ahnt zugleich die immerwährende Erinnerung an Dresden und die Verbundenheit Dottores mit dem der Toskana so ähnlichen lieblichen Elbtal.

Dem Künstler und Arztkollegen sei Dank für die Freude, die er uns mit seiner neuen Ausstellung geschenkt hat.

Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich
Böttgerstraße 47, 01129 Dresden

Karl-Heinz Adler: Konkrete Illusion in Zeichnung und Malerei

Vor nahezu 60 Jahren begann Karl-Heinz Adlers Weg zur Kunst. 1947 gehörte er zum ersten Matrikel der wieder eröffneten Dresdner Kunstakademie. Schon früh suchte er andere Wege als die der realistischen Malerei. Baugebundenes Wirken, das ihm 1957 eine Begegnung mit Picasso brachte, verband er besonders seit 1966 mit freien künstlerischen Arbeiten, die dem „konstruktiven Prinzip“ folgen. Bekannt wurden die seit Ende der 50-er Jahre entstandenen „Schichtungen“ aus unterschiedlichen Materialien sowie die seit den späten Sechzigern geschaffenen „Seriellen Lineaturen“. Karl-Heinz Adler (Jahrgang 1927) reihte sich so in die kleine Schar der Konstruktiv-Konkreten im Osten Deutschlands ein, die aus Sicht der herrschenden Kunstdoktrin des sozialistischen Realismus höchstens eine Randberechtigung hatte und lange, abgeschnitten von einer aktiven Auseinandersetzung mit der konkreten Kunst in Westeuropa und Amerika, in der DDR jeder Öffentlichkeit beraubt war.



Späte Anerkennung in den 80-er und 90-er Jahren – zwischen 1988 und 1995 konnte er eine lange geplante Gastprofessur an der Düsseldorfer Kunstakademie

wahrnehmen – führte Adler auch künstlerisch zu neuen Ufern. Nach ersten malerischen Werken ab 1986 schuf er nun verstärkt große Tafelbilder, in denen er das Konstruktive mit einer für ihn neuen Sinnlichkeit der Malerei verband. Die Bildwerke, deren Flächen häufig nach geometrischen Prinzipien aufgebrochen und neu zusammen gesetzt sind, zeigen sanfte bis kräftige „Farbschichtungen“ aus Tausenden Pinselabdrücken. Parallel zum zeichnerischen und malerischen Werk schuf Karl-Heinz Adler Objekte und Skulpturen.

Dr. phil. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 17. Mai bis 17. Juli 2006, Montag bis Freitag 9 bis 18 Uhr, Vernissage: 18. Mai 2006, 19.30 Uhr.