

Editorial	Gesundheitspolitik muss transparent sein	96
Berufspolitik	Rahmenbedingungen für die Weiterbildung in Sachsen	97
	Individuelle Gesundheitsleistungen	100
Originalie	Lyme-Borreliose: Die wichtigsten Fakten	101
Amtliche Bekanntmachungen	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	104
Gesundheitspolitik	Die Nationale Versorgungsleitlinie Typ 2 Diabetes – Fußkomplikationen	105
	Pro und Contra zum gemeinsamen Einsatzprotokoll Notarzt/Rettungsassistent	120
	Impressum	110
Rechtsfragen in Klinik und Praxis	Gestaltung von Internetseiten	111
Mitteilungen der Geschäftsstelle	In eigener Sache	112
	Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten	112
	Aufruf Publikation von Beiträgen	113
	Wer wird „Arzthelferin 2008?“	113
	Vorankündigung 15. Dresdner Ärzteball	113
	40 Jahre Immatrikulation Medizin Leipzig 1968	113
	14. Interdisziplinärer Pflegekongress	113
	Erratum	113
	Konzerte und Ausstellungen	113
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	114
Verschiedenes	12. Sächsisches Seniorentreffen	115
	Richard-Mertens-Preis 2008	121
Leserbriefe	Dr. Jörn Lohmann/Bernd Jansen	
	Dr. Dörte Domaschke, Dr. Gunter Kässner	117
Buchbesprechung	Strukturtransfer und Eigensinn	121
	Prüfungsbuch für Medizinische Fachangestellte	127
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Werner Göhler zum 80. Geburtstag	122
	Jubilare im April	123
Feuilleton	Herzfabrik	124
Kunst und Kultur	Franziska Kunath – Bilder aus Landschaften	127
Ostern	Ostergrüße und Osterbräuche	128
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2008	



Individuelle Gesundheitsleistungen
Seite 100



Lyme-Borreliose
Seite 101



Ostergrüße und Osterbräuche
Seite 128



Ausstellung Franziska Kunath
Seite 127

Gesundheitspolitik muss transparent sein



Die in großen Teilen verfehlte Gesundheitspolitik des Bundesgesundheitsministeriums führt das deutsche Gesundheitswesen in eine zunehmend bedrohliche Schiefelage. Durch eine immer schnellere Abfolge von Spar- und Reglementierungsgesetzen ist es in wichtigen versorgungsrelevanten Bereichen des Gesundheitssystems zu Über- und Fehlsteuerungen gekommen, die jetzt und in naher Zukunft die flächendeckende Betreuung und Versorgung der deutschen Bevölkerung gefährden. Gleichzeitig gibt es Versuche einzelner Politiker, die Selbstverwaltungsstrukturen auszuhebeln, weil diese ihnen bei der Umsetzung von Maßnahmen im Wege stehen.

Unverkennbar ist auch ein klarer Trend hin zu Zentralismus, Überregulierung und Bürokratisierung. Dies

wirkt sich bereits heute in allen ärztlichen Bereichen aus. Jeder von Ihnen kann ein Lied davon singen. Umso wichtiger ist die berufs- und gesundheitspolitische Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer. Sie kann Fehlsteuerungen aufzeigen und gesundheitspolitische Standpunkte der Ärzteschaft zielgerichtet in die Politik transportieren. In dieselbe Richtung zielen die „Gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft“, die als „Ulmer Papier“ auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Mai dieses Jahres verabschiedet werden sollen.

Im Ergebnis der einfallslosen Spar- und Reglementierungspolitik kommt es zum Ausbluten der Krankenhäuser mit der Folge von Insolvenzen und weiteren Privatisierungen. Deutschland droht eine Wartelistenmedizin wie in Holland. Die Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird mit der Folge fortgesetzt, dass Ärzte abwandern oder zu Konkurrenten werden. Auch die dritte Säule im Gesundheitswesen, der Öffentliche Gesundheitsdienst, erfährt eine fortgesetzte unverantwortliche Schwächung.

Die vordergründige Orientierung an der „heiligen Kuh“ von Beitragssatzstabilität und Grundlohnsummensteigerung aus wahltaktischen Gründen einerseits und die davoneilenden Gesundheitskosten infolge Multimorbidität und moderner Medizin andererseits führen zwangsläufig bei gleichem Ressourceneinsatz zur Verknappung von Gesundheitsleistungen mit der Folge von Rationierung und Vertrauensverlust in der Patient-Arzt-Beziehung. Therapiefreiheit und freie Arztwahl sind Begrifflichkeiten, die infolge ausufernder sozialrechtlicher

Regelungen in der Versorgungsrealität ihre ursprüngliche Kraft und Bedeutung eingebüßt haben.

Die Misstrauenskultur in der politischen Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Regierungsparteien und die Atomisierung der Versorgungslandschaft in Folge von unübersichtlicher Vertrags- und Rabattvielfalt führen zu einer allorten spürbaren Abwanderung, zu Frust und zu Burnout bei den Kollegen.

Letztlich gibt es nur zwei Wege aus dieser gerade für Patienten desaströsen Situation. Entweder mehr Geld in das System, wozu die Krankenversicherten wohl auch bereit wären. Oder eine Änderung, also transparente Kürzung, des bisherigen Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit gäbe es keine verdeckte Rationierung mehr und wir Ärzte müssten uns nicht für Dinge verantworten, die wir so nicht gewollt haben.

Nur eine transparente und ehrliche Gesundheitspolitik kann die Herausforderungen dieser Zeit meistern.

Wir Ärzte müssen noch mehr Freiheit wagen und die oft zitierte „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ einfordern! Wir müssen den zunehmenden Zentralismus, den Ökonomismus, die Reglementierung und Bürokratisierung entschieden zurückweisen. Der Erhalt der ärztlichen Identität und die freiberufliche auf Patienten orientierte Professionalität müssen trotz zunehmenden Wettbewerbs unsere Ziele bleiben.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Rahmenbedingungen für die Weiterbildung in Sachsen

Ergebnisse einer Befragung von Facharztkandidaten

Hintergrund

Die Situation von Weiterbildungsassistenten steht seit Jahren im Mittelpunkt zahlreicher Debatten auf Bundes- und Landesebene. Gerade die Veränderung der Arbeitsbedingungen zum Beispiel durch die Einführung der DRGs und die Umsetzung des einschlägigen Arbeitsgerichtsurteils des Europäischen Gerichtshofs haben häufig einen ungünstigen Einfluss auf die Konstellationen in der Weiterbildungsphase. Vor diesem Hintergrund und insbesondere nach der Diskussion zum Deutschen Ärztetag 2006 zu Kurzzeitarbeitsverträgen hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer in seiner Sitzung im Dezember 2006 beschlossen, eine anonyme Befragung von Weiterbildungsassistenten zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung und den Rahmenbedingungen über einen Zeitraum von einem Jahr durchzuführen. Dem vorausgegangen waren bereits Befragungen im Jahr 2003 durch den Ausschuss „Junge Ärzte“ (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2003, S. 395 f.) und einer einmonatigen Erhebung im Dezember 2005 (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2007, S.

260 f.). Letztere zeigte auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) eine Zufriedenheit, die im Mittel bei 7 lag.

Der nun entwickelte Bogen für die Befragung im Jahr 2007 widmete sich auch dem Thema Kurzzeitarbeitsverträge. So hatte der Deutsche Ärztetag 2006 festgestellt, „...dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten...“. Hierauf wurden alle Weiterbildungsbefugten im September 2006 in einem Schreiben hingewiesen. Auf Beschluss des Vorstandes wurden außerdem die Kriterien fehlender persönlicher und/oder fachlicher Eignung von Weiterbildungsbefugten ergänzt. Sie sehen nunmehr eine Überprüfung der persönlichen Eignung des Weiterbildungsbefugten vor, wenn das Arbeitszeitgesetz und/oder Gesetz über die Befristung von Arbeitsverträgen zum Zwecke der Weiterbildung verletzt wird (siehe hierzu „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2006, S. 558).

Fragebogen

Der zweiseitige Fragebogen wurde in enger Abstimmung mit dem Ausschuss Weiterbildung entwickelt und vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer im Dezember 2006 verabschiedet. Neben Angaben zu

Geschlecht und Alter wurde die Tätigkeitsstätte und der angestrebte Facharzt oder die Schwerpunktbezeichnung erfragt. Die Fragebögen wurden vor der Prüfung in der Sächsischen Landesärztekammer dem Facharztkandidaten ausgehändigt und konnten vor oder nach der Prüfung ausgefüllt in einen Stimmzettelbehälter gegeben werden. Auf einer Schulnotenskala von eins bis sechs konnten die Weiterbildungsmöglichkeiten während der regulären Arbeitszeit,

Ärzte	158
Ärztinnen	160
25 bis 29 Jahre	2
30 bis 34 Jahre	138
35 bis 39 Jahre	134
40 bis 44 Jahre	38
ab 45 Jahre	15

Tabelle 1: Angaben zu Alter und Geschlecht (Angaben: absolut)

Krankenhaus	180
Niederlassung	26
Universität	94
ÖGD	8
Sonstiges	12

Tabelle 2: Tätigkeitsstätte (Angaben: absolut)

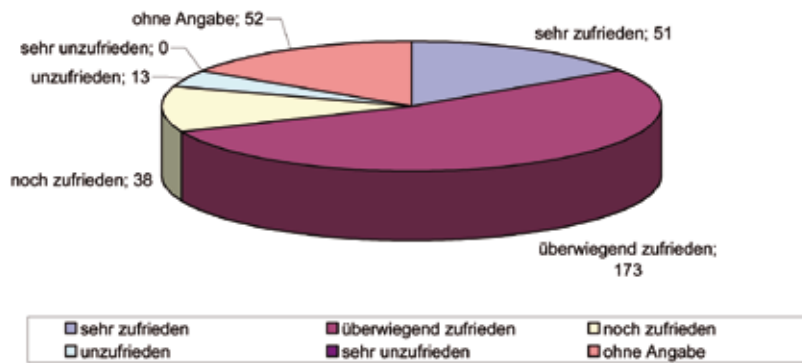


Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Weiterbildung / Fragestellung: Wie waren Sie mit Ihrer Weiterbildung zufrieden (Angaben in absoluten Zahlen)

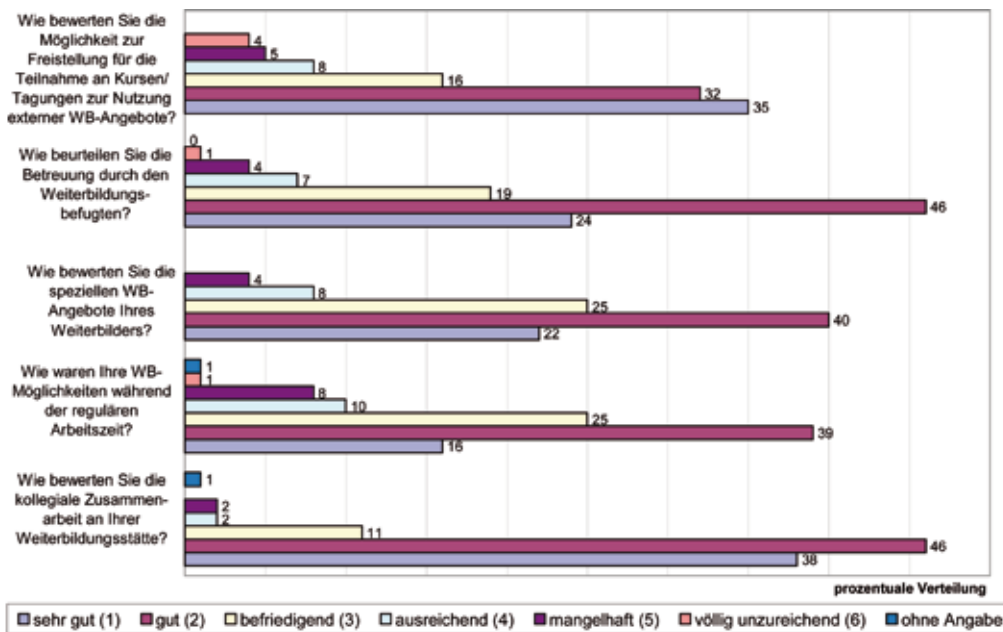


Abbildung 2: Ergebnisse (Prozentuale Verteilung auf Schulnotenskala 1 bis 6)

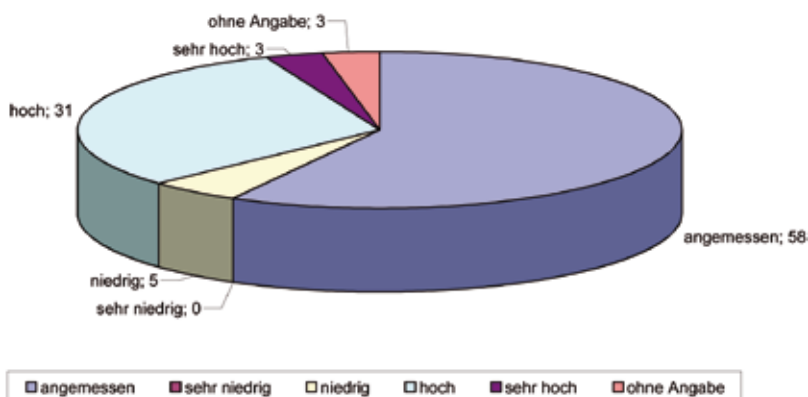


Abbildung 3: Schwierigkeitsgrad Weiterbildung: Wie bewerten Sie für sich persönlich den Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung? (prozentuale Verteilung).

die speziellen Weiterbildungsangebote des Weiterbildungsbefugten, die Möglichkeit zur Freistellung für die Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote, die Betreuung durch den zuständigen Weiterbilder,

die kollegiale Zusammenarbeit an der Weiterbildungsstätte und die Beratung durch die Sächsische Landesärztekammer bewertet werden. Die Erhebung zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Auswahlmöglichkei-

Allgemeinmedizin	32
Anästhesiologie	22
Arbeitsmedizin	7
Augenheilkunde	8
Chirurgie	24
Dermatologie	6
Gynäkologie/Geburtshilfe	19
Innere (mit Schwerpunkt)	78
Kinder- und Jugendmedizin	18
Labormedizin	7
HNO	8
Neurologie	10
Orthopädie/Unfallchirurgie	8
Psychiatrie/Psychotherapie	18

Tabelle 3: Angestrebte Facharztbezeichnungen (häufigste Angaben, absolut)

ten von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) wurde ergänzt durch eine Bewertung des Schwierigkeitsgrads für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung (von „angemessen“ bis „sehr hoch“). Zwei Fragen dienten dazu, die Problematik der Kurzzeitarbeitsverträge zu erfassen, weitere widmeten sich der Vergütung und der Belastung mit Tätigkeiten, die nicht der Weiterbildung zuzuordnen sind.

Rücklaufquote und Beteiligung

Von den 467 zur Prüfung ausgehändigten Bögen (Zeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2007) wurden 327 Fragebögen zurückgegeben und ausgewertet (Rücklaufquote 70 Prozent). Der größte Teil der anonym Befragten kam aus der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre (Tabelle 1). Die Hälfte der antwortenden Weiterbildungsassistenten hatte seine Weiterbildungszeit an Krankenhäusern (55 Prozent) und 94 Weiterbildungsassistenten an Universitätskliniken (29 Prozent) absolviert, 8 Prozent waren in der Niederlassung tätig (Tabelle 2).

Die Daten zu den am häufigsten angestrebten Facharzttiteln sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Ergebnisse

16 Prozent der Befragten waren mit ihrer Weiterbildung sehr zufrieden, 53 Prozent überwiegend zufrieden (Abbildung 1).

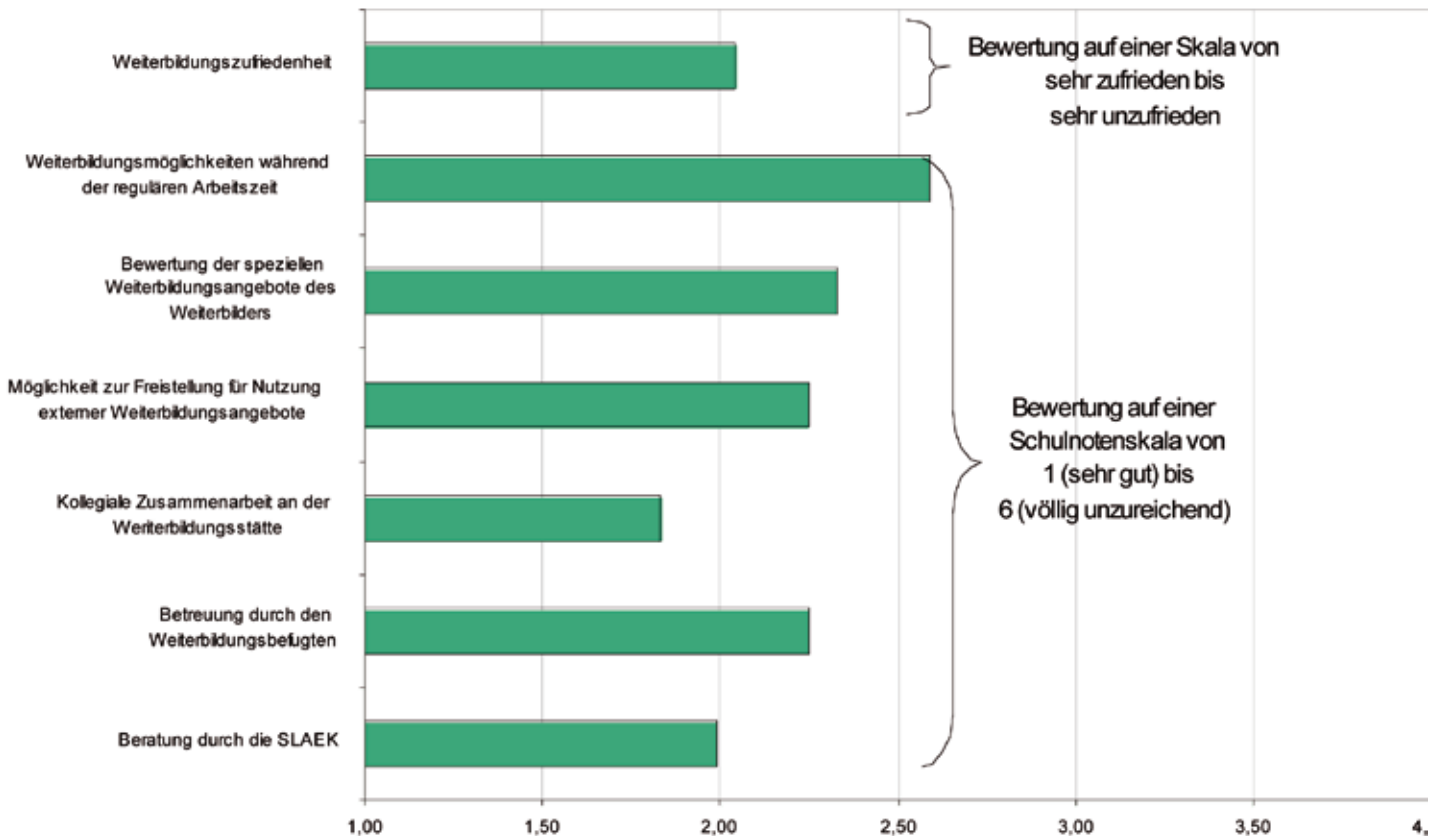


Abbildung 4: Durchschnittswerte für ausgewählte Rahmenbedingungen in der Weiterbildung

Äußerst positiv wurde die Kollegialität während der Absolvierung der Weiterbildungszeit empfunden (38 Prozent sehr gut, 46 Prozent gut), die Weiterbildungsmöglichkeiten und spezielle Weiterbildungsangebote sowie die Möglichkeiten zur Freistellung für die Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote wurden auf einer Schulnotenskala (von eins bis sechs) von über 50 Prozent der Befragten mit sehr gut bzw. gut beurteilt.

Nahezu 70 Prozent beurteilten die Möglichkeit zur Freistellung für die Teilnahme an Kursen und Tagungen zur Nutzung externer Weiterbildungsangebote mit sehr gut (35 Prozent) bzw. gut (32 Prozent). Die prozentuale Verteilung der Antworten auf einer Schulnotenskala eins bis sechs ist der Abbildung 2 zu entnehmen. 58 Prozent der Befragten empfanden die Vergütung während der Weiterbildung als angemessen, 35 Prozent als niedrig und weitere 7 Prozent als sehr niedrig.

68 Prozent der Befragten gaben an, über einen Arbeitsvertrag zu verfü-

gen, der in seinem zeitlichen Umfang der erteilten Weiterbildungsbefugnis des Weiterbildungsbefugten entsprach. Diese Zahl entspricht der Angabe über die ausgestellten Kurzzeitarbeitsverträge: 70 Prozent hatten während Ihre Weiterbildung keine Kurzzeitarbeitsverträge, wohingegen 27 Prozent aus unterschiedlichen Gründen mehrere Kurzzeitarbeitsverträge abschließen mussten.

Nahezu 60 Prozent der Befragten gab den Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung als angemessen an.

Zusammenfassung und Konsequenzen

Erfreulich war die hohe Beteiligungsrate der Facharztkandidaten. Diese lässt sich auf die persönliche Aushängung des Fragebogens zurückführen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Bögen in einer Prüfungssituation ausgefüllt wurden. Die Zielgruppe umfasst ausschließlich Facharztkandidaten, das heißt Kolleginnen und Kollegen, die mindestens

eine fünfjährige Assistenzarztzeit durchlaufen haben. Insofern darf der geringe Anteil derjenigen, die mehrere Kurzzeitarbeitsverträge in Kauf nehmen mussten, als positiver Trend angesehen werden. Unterschiede zwischen operativen und konservativen Fächern zeigten sich bei dieser Frage nicht. Als häufigste Gründe für mehrere Kurzzeitarbeitsverträge – im Übrigen überproportional an den Universitätskliniken – wurden Vorgaben des Arbeitsgebers, Elternzeitvertretung und Arbeitsstellenwechsel angegeben.

Die Weiterbildungsbedingungen wurden auf einer Schulnotenskala von eins (sehr gut) bis sechs (völlig unzureichend) durchschnittlich gut bewertet (Abbildung 4).

Mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) war mit zusätzlichen, über die Weiterbildung hinausgehenden Tätigkeiten belastet, 41 Prozent verneinten die Frage. Die Verteilung über Tätigkeitsstätten und Fachgebiete war nahezu gleich. Der Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Weiterbildungsrichtlinien wurde von

in operativen Fächern tätigen Kollegen häufiger als hoch empfunden als in konservativen Fachrichtungen.

Die Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten wurde durch die Befragten durchschnittlich mit 2,25 (Skalierung eins bis sechs) bewertet. Gerade die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Weiterbildungsordnung sieht jährlich ein Gespräch zwischen Weiterbildungsbefugtem und Weiterbildungsassistenten vor. Es bietet den Weiterbildungsassistenten die Möglichkeit, auch im Sinne von Zielvereinbarungsgesprächen über ihr Fortkommen in der individuellen Weiterbildung zu berichten und dies auch zu dokumentieren.

Die Sächsische Landesärztekammer plant für Weiterbildungsassistenten Veranstaltungen durchzuführen mit dem Ziel, frühzeitig über die Inhalte der Weiterbildung, Weiterbildungsgänge und Möglichkeiten über eine spätere Tätigkeit in der Patientenversorgung zu informieren. Informationsveranstaltungen für Weiterbildungsbefugte und Beratungen von Weiterbildungsstätten runden das breite Angebot ab.

Weiterbildungsassistenten können sich bei Problemen in der Weiterbildung an die Ombudspersonen der Sächsischen Landesärztekammer wenden (E-Mail: ombudsstelle@slak.de).

Die berufspolitischen Erörterungen zur Entwicklung der DRGs, die Berücksichtigung der Weiterbildung, die Privatisierung von Krankenhäusern und deren mögliche Konsequenzen für die ärztliche Weiterbildung sowie die Realisierung der Weiterbildung unter den gültigen Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus werden in der Kammerversammlung, im Vorstand und in den Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer kontinuierlich fortgesetzt.

Erik Bodendieck,
Vizepräsident
Dr. med. Katrin Bräutigam,
Ärztliche Geschäftsführerin,
E-Mail: aegf@slaek.de

Individuelle Gesundheitsleistungen

Die Bundesärztekammer hat in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern einen Patienten-Flyer zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) herausgegeben. Mit diesen Informationen sollen Patienten in dem Wissen gestärkt werden, was IGeL bedeutet und wann es sinnvoll ist, solche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Der Patienten-Flyer gibt auch Hinweise auf den notwendigen Umfang der Beratung durch den Arzt, auf Abrechnungsfragen sowie auf Vergleichsmöglichkeiten.

Der Flyer basiert auf einem Beschluss des 109. Deutschen Ärztetages 2006 in Magdeburg zum Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen. Jedes IGeL-Angebot müsse der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten gerecht werden, heißt es in dem Beschluss. Nur so bleibe das für den Erfolg jeder Heilbehandlung unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erhalten.

Den Patienten-Flyer als pdf-Dokument finden Sie im Internet unter www.slaek.de, „Aktuelles“.

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



Lyme-Borreliose: Die wichtigsten Fakten

Christoph Baerwald, Bernhard R. Ruf

Einleitung

Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung in Europa. Sie ist in ganz Deutschland endemisch. Der Vektor, die Zeckenspezies *Ixodes ricinus*, kommt in ganz Deutschland vor; etwa 5 bis 35 Prozent der Zecken sind mit Borrelien befallen, wobei adulte Zecken im Durchschnitt 20 Prozent, Nymphen zu 10 Prozent und Larven nur zu etwa 1 Prozent infiziert sind. In Deutschland ist nach bisherigen Daten nach einem Zeckenstich bei 1,5 bis 6 Prozent der Betroffenen mit einer Infektion und bei 0,3 bis 1,4 Prozent mit einer manifesten Erkrankung zu rechnen. Die Inzidenz liegt in Deutschland bei ca. 22 Erkrankungen auf 100.000 Einwohner pro Jahr, wobei es große regionale Schwankungen gibt. Die „Saison“ der Borreliose reicht von März bis Oktober, mit einem Gipfel in den Monaten Juni und Juli. Ca. 89 Prozent der Patienten erkranken mit einem Erythema migrans, 5 Prozent mit einer Lyme-Arthritis und ca. 3 Prozent mit einer Neuroborreliose. Die Seroprävalenz in Deutschland schwankt zwischen 3 und 17 Prozent.

Im Folgenden soll schwerpunktmäßig auf die Klinik, Diagnostik und Therapie eingegangen werden.

Klinik der Borreliose

Die klinischen Manifestationen der Borreliose können in drei Phasen eingeteilt werden, wobei der Ablauf der Phasen nicht chronologisch ist, sondern auch eine spätere Phase ohne die vorhergehenden auftreten kann.

In der frühen oder lokalisierten Phase kommt es zu dem Erythema migrans (EM) mit seinen Begleiterscheinungen (Tabelle 1). Nur ca. 30 Prozent der Patienten können sich an einen Zeckenstich erinnern, der dem EM bis zu vier Wochen vorausgeht. Ein EM (Abb. 1) hat typischerweise folgende Charakteristika:

- Es ist häufig in der Axilla, der Inguinalregion, der Kniekehle oder der Gürtellinie lokalisiert, wo die Zecken auf Grund der Wärme und Feuchtigkeit stechen.
- Meistens ist es asymptomatisch, es kann jedoch auch brennen, jucken oder schmerzhaft sein.
- Es erfolgt eine Ausbreitung über mehrere Tage, oft mit einer zentralen Aufhellung, gelegentlich jedoch auch mit zentralen Nekrosen oder Bläschenbildung.

Es kommt bei einem EM oft zu einer Spirochätämie, deren klinische Relevanz jedoch unklar ist. Allerdings dient dies als Erklärung für Patienten mit multiplen EM. In dieser Phase können auch Allgemeinsymptome wie bei einem Virusinfekt auftreten. Dazu gehören Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Myalgien, Arthralgien und eine Lymphadenopathie, die sowohl lokal als auch generalisiert auftreten kann. In der Abwesenheit eines EM sind diese Symptome nicht diagnostisch für eine Borreliose, denn selbst in Gegenden mit einer hohen Borreliose-Prävalenz sind die überwiegende Mehrzahl dieser Allgemeinsymptome nicht durch Borrelien bedingt.

Die frühe disseminierte Phase tritt nach Tagen bis Monaten nach einem Zeckenstich auf und ist gekennzeichnet durch neurologische, kardiale und rheumatologische Manifestationen (Tabelle 2). Diese Phase kann auch ohne vorhergehendes EM auftreten und somit die Erstmanifestation einer Borreliose darstellen. Die kardialen Manifestationen können



Abbildung 1: Erythema migrans am linken Unterschenkel 2 Wochen nach einem Zeckenstich.

jedwede Form eines Blockbildes einnehmen oder eine milde Perimyokarditis darstellen. Häufigste Symptome im Rahmen einer kardialen Manifestation einer Borreliose sind Palpitationen. Oft befinden sich die kardialen Symptome schon vor Einleitung der antibiotischen Therapie in Rückbildung. Eine kongestive Herzinsuffizienz oder eine chronische Kardiomyopathie ist in einzelnen Fällen in Europa im Rahmen einer Borreliose beschrieben worden, während dies in USA keine Rolle zu spielen scheint. Neurologische Veränderungen in dieser Phase sind sehr vielschichtig. Es kann zu einer lymphozytären Meningitis, Hirnnervenlähmungen (vor allem N. facialis, auch beidseitig) oder einer Radikuloneuritis kommen, in Europa

Tabelle 1:

Symptome der lokalen Infektion, Tage bis wenige Wochen nach Infektion

1. typisch: Erythema migrans: 50 – 70 % der Patienten bei Kindern bis 90 %, Dauer ~ 4 Wochen
2. fakultativ: wandernde Arthralgien, Myalgien, Krankheitsgefühl, Fieber, Milz-, Leber- o. LK - Schwellung

Tabelle 2:

Symptome der disseminierten oder frühen Infektion, wenige Wochen nach Infektion

1. Lymphadenosis cutis benigna
2. wandernde Arthralgien, Myositis
3. Facialisparesie (klassisch)
4. AV-Block, milde Perimyokarditis, Linksventrikuläre Dysfunktion
5. Abgeschlagenheit, LK – Schwellung, Augenbeteiligung



Abbildung 2: Lymphadenosis cutis benigna am 2. Zeh des linken Fußes vor (oberes Bild) und vier Wochen nach antibiotischer Therapie (unteres Bild).



ist dieser Symptomenkomplex (Meningopolyradikuloneuritis, M. Bannwarth) die zweithäufigste Manifestation nach dem EM (5). Die genannten Symptome können sowohl gemeinsam als auch einzeln auftreten. In dieser Phase der Erkrankung kann auch als eine dermatologische Manifestation ein Lymphozytom

Tabelle 3: Symptome der späten Infektion, Wochen bis Monate (Jahre) nach Infektion

1. Acrodermatitis atrophicans
2. Arthritis: intermittierender Verlauf, Mon- o. Oligoarthritis
3. Polyneuropathie, Enzephalomyelitis
4. Kardiomyopathie
5. Allgemeinsymptome, Keratitis

(Lymphadenosis cutis benigna) auftreten, das ebenfalls nur in Europa beobachtet wurde (Abbildung 2). Eine rheumatologische Manifestation im Sinne von Arthralgien oder Myalgien kann prinzipiell in jeder Phase der Erkrankung auftreten, jedoch ist eine Arthritis am häufigsten der dritten Phase zuzuordnen.

Die späte Phase der Erkrankung tritt Monate bis Jahre nach der Infektion auf und kann sich auch ohne vorhergehende Symptome manifestieren (Tabelle 3). Sehr häufig kommt es zu muskuloskelettalen Beschwerden, aber auch neurologische, dermatologische und unspezifische Symptome können auftreten. Eine Arthritis im Rahmen einer Borreliose betrifft typischerweise als mono- oder oligoartikulären Befall die untere Extremität, wobei fast regelhaft ein oder beide Kniegelenke betroffen sind. Sehr selten können auch symmetrische Arthritiden der kleinen Gelenke auftreten, dabei ist jedoch zunächst die differentialdiagnostische Abklärung bezüglich einer Autoimmunerkrankung vordringlich (z.B. rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematoses). Die neurologischen Manifestationen in der späten Phase werden auch „tertiäre Neuroborreliose“ genannt, bei der es zu einer Enzephalopathie, neurokognitiven Dysfunktio-

nen und einer peripheren Neuropathie kommen kann. Als typisches Symptom an der Haut kann sich eine Acrodermatitis atrophicans entwickeln mit einem weitgehenden Verlust von Binde- und Unterhautfettgewebe. Typischerweise kommt es zu einer einseitigen Manifestation mit Verlust der Körperbehaarung.

Diagnostik

Bezüglich der serologischen Diagnostik gilt, dass keine serologischen Untersuchungen bei Patienten ohne klinische Zeichen einer Borreliose durchgeführt werden sollen (kein Screening der Bevölkerung), denn die Diagnose Borreliose gründet sich nie ausschließlich auf einen positiven Laborbefund. Auch wird eine Titerverlaufskontrolle nicht empfohlen (außer bei erneuten typischen Symptomen einer Borreliose bzw. einer Verschlechterung des klinischen Bildes), da Antikörper häufig lebenslang positiv bleiben. Andere Labortests außer ELISA und Western Blot werden nicht empfohlen, da andere Tests derzeit noch nicht standardisiert sind (zum Beispiel T-Lymphozyten Proliferationstest, Urinantigen). Eine PCR auf Borrelien wird in wissenschaftlichen Studien durchgeführt, hat jedoch für den klinischen Gebrauch noch keine allgemeingül-

Tabelle 4: Diagnostisches Procedere bei Verdacht auf eine Borreliose

Manifestation der Erkrankung	Diagnostische Maßnahmen
<p>Lokale Infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erythema migrans, sollte 5 cm Ø haben 	Blickdiagnose, keine Serologie notwendig
<p>Disseminierte oder frühe Infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lymphozytäre Meningitis, Hirnnerven- bzw. periphere Neuritis, Enzephalomyelitis – akuter AV-Block II° – III°, selten Myokarditis 	<p>Serologie positiv</p> <p>Labor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zunächst empfindlicher ELISA – dann Western Blot als Bestätigung – Ein Monat nach Infektion sollte nur noch IgG zur Diagnostik heran gezogen werden, IgM nach dieser Zeit wahrscheinlich falsch positiv.
<p>Späte Infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Arthritis, rezidivierend, untere Extremität, selten chronifizierend 	

tige Bedeutung. Bei Verdacht auf eine ZNS-Beteiligung wird immer auch eine Liquoranalyse durchgeführt, die unter anderem eine intrathekale Antikörperproduktion gegen *B. burgdorferi* zeigt. Analog dazu können bei einer Arthritis die Antikörper in der Synovia mittels ELISA und Western Blot untersucht werden. Ein kultureller Direktnachweis ist zwar beweisend für eine Borrelieninfektion, ist aber problematisch und steht nicht routinemäßig überall zur Verfügung.

Zusammenfassend ist nach der Literatur zu sagen, dass die Borreliose typische klinische Erscheinungen verursacht, die vielgestaltig sein können, jedoch durch entsprechende klinische Symptome zusammen mit einer positiven Serologie eine Diagnose gestellt werden kann (Tabelle 4).

Therapie

Die Therapie ist umso erfolgreicher, je früher sie begonnen wird. Ein verzögerter Therapiebeginn ist mit einem schlechteren Ansprechen auf die antibiotische Therapie assoziiert. Wegen des langen Generationszyklus von *Borrelia burgdorferi* S.L. wird eine Therapiedauer von mindestens zwei Wochen empfohlen.

Im frühen Stadium (Erythema migrans) ist eine orale Therapie über zwei Wochen ausreichend. Empfohlene Substanzen sind Doxycyclin (2 x 100 mg oral/d), Amoxicillin (3 x 1000 mg oral/d) oder Cefuroxim (2 x 500 mg oral/d). Eine längere Therapiedauer als zwei Wochen ist nach Studienlage nicht notwendig. Bei Unverträglichkeiten der genannten Substanzen können neuere Makrolide eingesetzt werden, wobei Azithromycin (500 mg oral/d) der Vorzug gegeben wird.

Die akute Neuroborreliose und akute kardiale Manifestationen sollten intravenös über zwei Wochen behandelt werden, und Ceftriaxon (2g 1 x täglich) ist die Therapie der ersten Wahl. Die parenterale Therapie mit Cefotaxim (3 x 2 g/d) oder Penicillin (4 x 5 Millionen IE/d) sind gleichwertige Alternativen. Für Patienten, die gegenüber Betalaktamantibiotika

intolerant sind, ist nach Studienlage Doxycyclin (2 x 100 mg/d) ebenfalls gleichwertig. Doxycyclin wird intestinal gut absorbiert, so dass eine intravenöse Gabe nur selten notwendig ist.

Spätmanifestationen der Lyme-Borreliose (Arthritis und Acrodermatitis chronica atrophicans) sollten länger behandelt werden (3 bis 6 Wochen). Hier stehen die zuvor genannten oral oder intravenös zu verabreichenden Substanzen zur Verfügung, wobei die intravenöse Gabe keine Vorteile gegenüber der oralen Medikation hat. Bestehen bei Patienten in späteren Stadien jedoch Hinweise für eine neurologische Beteiligung, ist die intravenöse Behandlung mit Ceftriaxon, alternativ Cefotaxim oder Penicillin, der oralen Gabe vorzuziehen.

Bei Persistenz oder Wiederauftreten klinischer Zeichen einer Arthritis nach einer primären Standardtherapie wird eine Wiederholungsbehandlung über vier Wochen mit den gleichen Substanzen empfohlen. Dies gilt auch für Patienten, bei denen es zu einer Besserung, jedoch nicht vollständigen Rückbildung des klinischen Befundes kommt. Im letzteren Fall sollte jedoch ausreichend Zeit zwischen den beiden Behandlungszyklen liegen, da sich die klinischen Zeichen der Lyme-Arthritis verzögert zurückbilden können.

Antibiotika-refraktäre Lyme-Arthritis

Die Prognose der antibiotisch behandelten frühen Lyme-Borreliose ist

sehr gut. Jedoch sprechen bis zu 20% der Patienten mit einer Lyme-Arthritis nicht auf die antibiotische Behandlung an. In solchen Fällen ist es nicht sinnvoll, mehr als 2 bis 3 der empfohlenen Therapieregime in einem Abstand von sechs Wochen durchzuführen. Langfristige Antibiotikagaben haben keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf, hingegen können klassische antirheumatische Behandlungsstrategien die Beschwerden lindern. Bis auf wenige Ausnahmen konnte in keinem dieser Fälle lebende Borrelien und Borrelien-DNA nachgewiesen werden. Daher werden verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel Autoimmunphänomene, Hypersensitivitätsreaktionen auf geringe Mengen von Erregerantigenen und unspezifische Immunreaktionen als Ursache der chronischen Lyme-Arthritis diskutiert. Ausgehend von einer infektionsinduzierten Arthritis entwickelt sich diese im Verlauf zu einer von der ursprünglichen Infektion unabhängigen Erkrankung, die aufgrund immunpathologischer Mechanismen chronifizieren kann.

Post-Lyme-Borreliose-Syndrom

Wenige Patienten klagen trotz erfolgreicher antibiotischer Therapie gemessen am Rückgang aller klinischen Manifestationen über chronische Beschwerden wie zum Beispiel Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Cephalgien und Leistungsschwäche. Der Vergleich von Patienten mit einer erfolgreich behandelten Borreliose und einer alters-

entsprechenden Kontrollgruppe zeigte keine Unterschiede in der Häufigkeit dieser unspezifischen Beschwerden. Oft sind solche Beschwerden nach einer durchgemachten Borreliose nur vorübergehender Natur.

Hinweise für eine persistierende Infektion als Ursache dieser Beschwerden fehlen. Plazebokontrollierte Studien zeigen keinen Einfluss einer insgesamt drei-monatigen antibiotischen Therapie (Ceftriaxon gefolgt von Doxycyclin) gegenüber der Placebogruppe, wobei beide Gruppen hinsichtlich ihrer Anamnese und Beschwerdesymptomatik vergleichbar waren.

In einer unlängst publizierten randomisierten und plazebokontrollierten Studie bei Patienten mit einer Lyme-Enzephalopathie fand sich nach einer 10-wöchigen Behandlung mit Ceftriaxon (2 g i.v./d) kein Unterschied in den kognitiven Leistungen im Vergleich zur Placebogruppe.

Diese eindeutigen Studienergebnisse unterstreichen noch einmal die Fragwürdigkeit langfristiger antibiotischer Therapien bei solchen Patienten.

Prävention

Grundlage der Prävention sind Informationen, Aufklärung über die Risiken der Übertragung und vorbeugende Maßnahmen. Durch entsprechende Kleidung und Repellents ist eine Vermeidung von Zeckenstichen prinzipiell möglich, jedoch kaum konsequent durchführbar. Bei

Zeckenbefall muss die Zecke umgehend entfernt werden, wobei Quetschungen des Zeckenkörpers vermieden werden sollen. Vorschläge zu einer prophylaktischen einmaligen Gabe eines Antibiotikums nach Zeckenstich werden intensiv diskutiert, jedoch mehrheitlich abgelehnt. Zu viele Patienten müssten behandelt werden, um eine Erkrankung an einer gut behandelbaren Infektion zu verhindern. Auch die Nebenwirkungen einer antibiotischen Therapie, die Problematik einer Einmalgabe auf die Resistenzepidemiologie von Borrelien und anderen humanpathogenen Bakterien und ein mitigierter bzw. verzögerter Krankheitsbeginn oder -verlauf sprechen gegen eine Antibiotikaphylaxe.

Empfehlungen zu einer prophylaktischen Therapie sind auch deshalb zweifelhaft, da die meisten Zeckenstiche nicht bemerkt werden (bis zu 75 Prozent der Patienten mit einem Erythema migrans können sich nicht an einen Zeckenstich erinnern).

Eine antibiotische Primärprophylaxe mittels einer Einmalgabe ist in hyperendemischen Regionen und dokumentierten Zeckenstich mit Infestation der Zecke länger als 48 h möglicherweise vorteilhaft. Zecken müssen sich mindestens 24 bis 48 h mit Blut ernähren, bevor eine Transmission von Borrelien stattfindet.

Ein Impfstoff, der alle in Europa vorkommenden humanpathogenen Borrelienspezies umfasst und eine pro-

tektive Immunantwort vermittelt, ist nicht verfügbar. Ein Impfstoff aus Nordamerika musste wieder vom Markt genommen werden. Eine passive Immunisierung ist nicht verfügbar.

Aufgrund fehlender Daten, nachgewiesener Unwirksamkeit oder möglicher Nebenwirkungen sind Patienten mit einer Lyme-Borreliose folgende Behandlungen nicht zu empfehlen: Erstgenerations-Cephalosporine, Fluorquinolone, Peneme, Vancomycin, Co-trimoxazol, Fluconazol, antibiotische Kombinationstherapien oder Pulstherapien, langfristige antibiotische Therapie, hyperbare Behandlungsmaßnahmen, Ozontherapie, intravenöse Immunglobuline und andere.

Literatur bei den Verfassern
Prof. Dr. med. Ch. Baerwald
Universitätsklinikum
Sektion Rheumatologie/Gerontologie
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Liebigstraße 22
04103 Leipzig

Tel.: 0341 9 72-47 10
Fax: 0341 9 72-47 09
E-Mail: christoph.baerwald@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Bernhard R. Ruf
Klinikum St. Georg gGmbH
2. Klinik für Innere Medizin
Delitzscher Str. 141
04129 Leipzig

Tel.: 0341/9 09-26 01
Fax: 0341 9 09-26 30
E-Mail: ruf@sanktgeorg.de

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Neueintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht

PR 112:

Praxis für Radiologie Dr. med. Hans Alber (Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde), Dipl.-Med. Ingolf Genz (Facharzt für Radiologie) und Andreas Becker (Facharzt für

Diagnostische Radiologie), Partnerschaft, Rochlitz (Gürtnerstr. 2, 09306 Rochlitz). Partnerschaft. Gegenstand der Partnerschaft: Die Gesellschafter verbinden sich zur gemeinsamen Ausübung vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit, um einerseits generell die erweiterten Möglichkeiten der modernen apparativen Diagnostik und Therapie für die Krankenversorgung am Standort Zschadraß zu nutzen und dem Patienten ein erweitertes Spektrum qualifizierter ärztlicher Leistungen anbieten zu können und

andererseits sich daraus ergebende kaufmännische Synergien zu nutzen. Jeder Partner vertritt einzeln. Partner: Dr. med. Alber, Hans, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, Colditz, *21.05.1935; Becker, Andreas, Facharzt für Diagnostische Radiologie, Leipzig, *07.10.1948; Dipl.-Med. Genz, Ingolf, Facharzt für Radiologie, Rochlitz, *12.07.1955.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Die Nationale VersorgungsLeitlinie Typ 2 Diabetes – Fußkomplikationen

Günter Ollenschläger¹ und Ina Kopp²,
für den Expertenkreis NVL Typ 2 Diabetes –
Fußkomplikationen beim ÄZQ*

¹ Ärztliches Zentrum für Qualität in der
Medizin (ÄZQ) – gemeinsames Institut von
Bundesärztekammer und Kassenärztlicher
Bundesvereinigung

² Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Zusammenfassung

Im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) von BÄK, AWMF und KBV ist Ende 2006 die NVL Typ-2-Diabetes – Präventions- und Behandlungsstrategien von Fußkomplikationen – unter Beteiligung von 14 wissenschaftlichen Fachgesellschaften/Organisationen – inklusive der Fachkommission Diabetes Sachsen – fertiggestellt worden. Die NVL nimmt u.a. zu folgenden Fragen Stellung: Risikofaktoren, Patientenschulung, Diagnosesicherung durch objektive Messungen, konservative/operative/physikalische/podologische Therapieoptionen, Koordination von hausärztlicher und spezialisierter ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Betreuung. Der Beitrag gibt eine Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der NVL Typ-2-Diabetes – Fußkomplikationen.

Einleitung

Im Rahmen des „Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm)“, über das in dieser Zeitschrift kürzlich berichtet wurde, ist Ende 2006 die Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Präventions- und Therapiestrategien von Fußkomplikationen – erschienen (Internet: www.diabetes.versorgungsleitlinie.de). Nach einem 14 Monate dauernden, von AWMF und ÄZQ begleiteten und moderierten Abstimmungsprozess haben die an der Entwicklung beteiligten Organisationen (s. Tab. 1) gemeinsame Empfehlungen

zur Prävention und Therapie von Typ 2 Diabetikern mit drohenden oder existierenden Fußkomplikationen konsentiert. Die Patientenbeteiligung erfolgte über das Patientenforum bei der Bundesärztekammer.

Die Autoren entwickelten die NVL durch Adaptation folgender Leitlinien: „Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms 2004“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft; „Prevention and management of foot problems in Type 2 diabetes: Clinical Guidelines and Evidence 2003“ des National Institute for Clinical Excellence (NICE).

Hintergrund der NVL

Unter dem Begriff des diabetischen Fußsyndroms werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die durch unterschiedliche Ätiologie und Pathomechanismen gekennzeichnet sind. Allen gemeinsam ist, dass Läsionen am Fuß des Patienten mit Diabetes mellitus zu Komplikationen führen können, die bei verzögerter oder ineffektiver Behandlung die Amputation der gesamten Extremität zur Folge haben können.

Die Fußkomplikationen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes werden insbesondere durch die Schädigungen der Gefäße (Makroangiopathie)

Beteiligte Fachgesellschaft/ Organisation	Benannte Experten (Leitlinien-Autoren)
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	Prof. Dr. F. Arnold Gries
Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG)	Dr. Stephan Morbach
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familien-Medizin (DEGAM)	Dr. Til Uebel
Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (DGA)	Dr. Hubert Stiegler
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)	Prof. Dr. Hartwig Bauer
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)	Prof. Dr. Herbert Imig, Prof. Dr. Gerhard Rümenapf
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	vertreten durch die DDG
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven & Ästhetischen Chirurgen (DGPRAC)	Prof. Dr. Günter Germann
Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)	PD Dr. Gunnar Riepe, PD Dr. Maria Witte
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)	PD Dr. Gunnar Tepe
Fachkommission Diabetes Sachsen	Dr. Ulrike Rothe, PD Dr. Matthias Weck

Tab. 1: NVL Typ-2-Diabetes – Fußkomplikationen – 2006 – Beteiligte Organisationen und Autoren

*H. Bauer, G. Germann, F. A. Gries,
H. Imig, S. Morbach, G. Riepe, U. Rothe,
G. Rümenapf, H. Stiegler, G. Tepe,
T. Uebel, M. Weck, M. Witte

E 10.1.	Bei Diabetikern mit erhöhtem (IWGDF Risikoklassen 1-2) und hohem Risiko für Fußkomplikationen (IWGDF Risikoklassen 3) sollen mindestens halbjährlich <ul style="list-style-type: none"> ■ Fußkontrollen; ■ Kontrollen des Gefäßstatus; ■ die Organisation der Fußschulung; ■ der protektiven podologischen Behandlung; ■ der stadiengerechten Schuhversorgung und (falls erforderlich) ■ der Versorgung mit Orthesen oder Prothesen ggf. in einem spezialisierten ambulanten Zentrum erfolgen. Die regelmäßige Fußkontrolle mit Wiedereinbestellung (Recallsystem) soll durch den behandelnden Primärarzt sichergestellt werden.
E 10.2.	Bei Vorliegen von akuten, unkomplizierten Fußläsionen (Wagner-Armstrong-Stadien 1 A/B und 2 A) kann bei Patienten ohne klassische Risikofaktoren (traumatische Verletzung) die Vorstellung in einem ambulanten spezialisierten Zentrum erwogen werden. Bei Patienten mit Neuropathie oder Fußdeformitäten sollte die Vorstellung in einem ambulanten spezialisierten Zentrum sichergestellt werden. Die Behandler sollten gemeinsam eine engmaschige Wundbehandlung und Befundkontrolle organisieren. Nach Abheilung der Läsion erfolgt die Weiterbetreuung wie in E 10.1. beschrieben.
E 10.3.	Bei Vorliegen akuter, komplexer Fußläsionen (Wagner-Stadien 2 bis 5 und/oder Armstrong Grade B/C/D) sollte die Vorstellung in einem spezialisierten Zentrum mit angeschlossener stationärer Versorgungsmöglichkeit erfolgen. Bereits während der stationären Behandlung sollte in enger Kooperation mit dem Primärarzt die Weiterbetreuung durch eine spezialisierte ambulante Fußbehandlungseinrichtung und/oder eine spezialisierte Rehabilitationseinrichtung individuell festgelegt werden.
E 10.4.	Bei Verdacht auf eine diabetische Neuroosteoarthropathie (DNOAP) soll umgehend eine Vorstellung in einer spezialisierten Einrichtung erfolgen, die im Umgang mit einer DNOAP vertraut ist. Patienten mit DNOAP sollten dauerhaft durch eine spezialisierte ambulante Fußbehandlungseinrichtung nachbetreut werden.

Wagner-Grad →	0	1	2	3	4	5
↓ Armstrong –Stadium						
A keine Infektion, keine Ischämie	E 10.1.	E 10.1.	E 10.2.	E 10.3./E 10.4.		
B Infektion	E 10.1.	E 10.2.				
C Ischämie	E 10.1.					
D Infektion + Ischämie	E 10.2.					

Die Farbkodierung in der obigen Tabelle ordnet den verschiedenen Kombinationen aus Stadien und Schweregraden Versorgungsstufen zu. Die Nummern in den jeweiligen Farbbereichen verweisen auf die jeweiligen Abschnitte im Kapitel „Versorgungskoordination/ Schnittstellen“.

E 10.1.	Bereich der Grundversorgung
E 10.2.	Bereich der problembezogenen Versorgung (z. B. ambulante Fußbehandlungseinrichtung)
E 10.3./10.4.	Bereich der Kompetenzzentren oder vergleichbare Einrichtungen (z. B. stationäre Behandlung)

Abb. 1: Versorgungsmanagement bei Diabetischen Fußkomplikationen (NVL Typ-2-Diabetes – Fußkomplikationen)

und der Nerven (Neuropathie) verursacht. Sowohl die schlechtere Wahrnehmung von krankhaften Veränderungen an den Füßen, als auch die höhere Wahrscheinlichkeit der Entstehung aufgrund von Durchblutungsstörungen führen in einen Circulus vitiosus, an dessen Ende Amputationen an den Extremitäten stehen können, die massive Einschränkungen für den Patienten mit deutlich herabgesetzter Lebensqualität bedeuten.

Das erhöhte Risiko für solche abwendbar ungünstigen Verläufe, wie manifeste Fußläsionen und Extremitätenamputationen, verlangt neben dem zielgerichteten Einsatz der vor-

handenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei manifesten Fußläsionen auch eine optimale Organisation von Präventionsstrategien. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen.

Die Prävalenz des Fußulkus beträgt in der diabetischen Bevölkerung in verschiedenen Ländern zwischen 2 und 10 Prozent. Eine entsprechende jährliche Inzidenz von 2 bis 6 Prozent wurde berichtet. In Deutschland werden ca. 70 Prozent aller Amputationen bei Diabetikern durchgeführt. Nach Zahlen der AOK aus dem Jahr 2001 sind dies mehr als 29 000

Major- und Minoramputationen bei Diabetikern im Jahr. Im Vergleich zu einigen europäischen Ländern sind diese Zahlen hoch und es kam in Deutschland auch nicht zu einer Verringerung der Amputationen in den vergangenen Jahren. Neuere Publikationen lassen noch höhere Amputationszahlen vermuten.

Ziele und Inhalte der NVL

Typ-2-Diabetes – Fußkomplikationen

Die NVL zielt nach Vorstellung der Autoren und Herausgeber insbesondere auf:

- Steigerung der Rate von regelmäßigen Untersuchungen der Füße und Extremitäten sowie die damit

Untersuchung und Gefäßdiagnostik bei Diabetikern

© äzq 2006

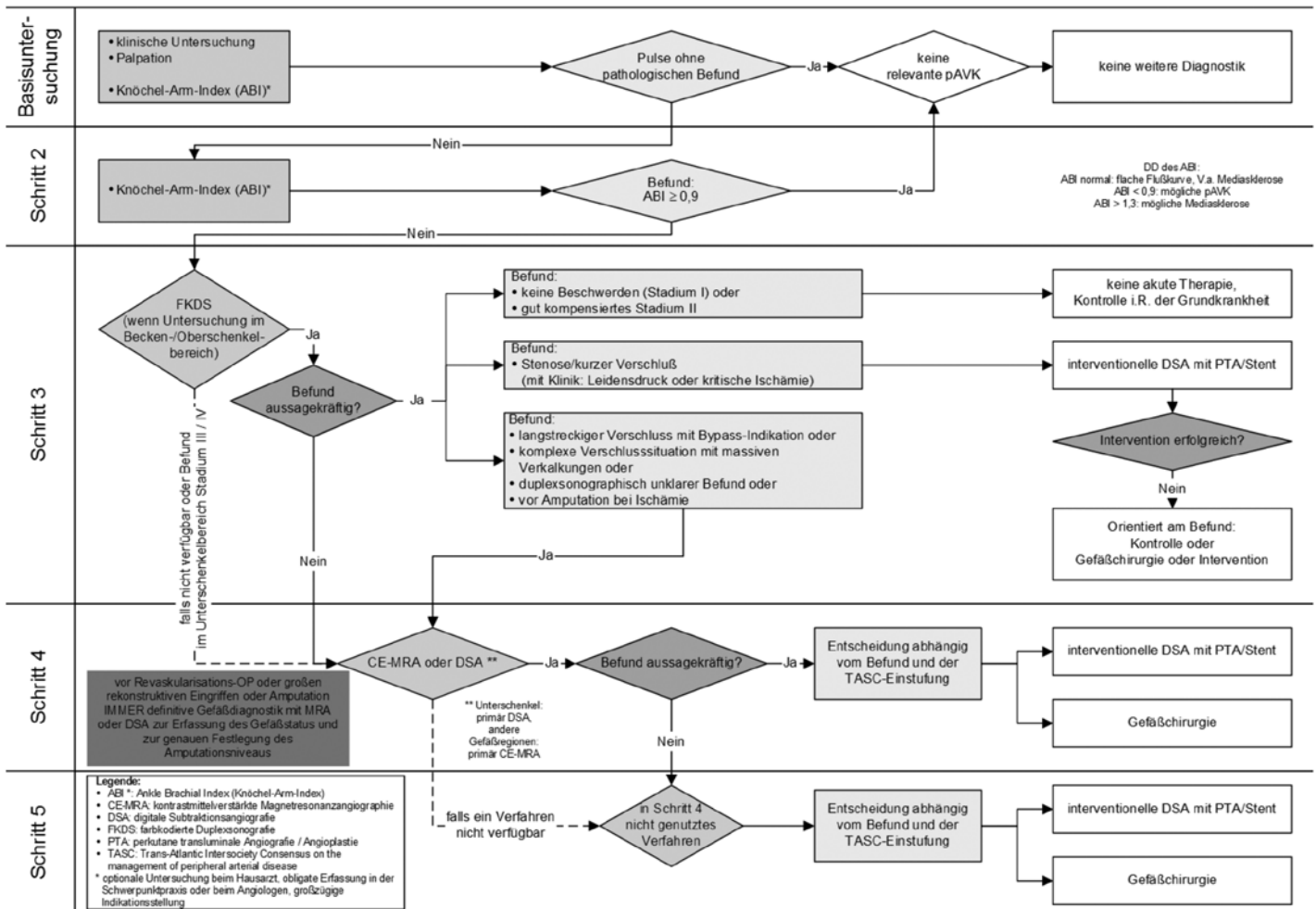


Abbildung 2: Algorithmus zur Gefäßdiagnostik mit Schnittstellen zur Therapie (NVL Typ-2-Diabetes – Fußkomplikationen)

- verbundene Erfassung von Risikofaktoren, die zu Fußkomplikationen führen können,
- Ausschöpfung präventiver und therapeutischer Möglichkeiten, die den Heilungsverlauf von Fußläsionen optimieren können,
- Ausschöpfung diagnostischer Möglichkeiten in gegebenenfalls auch bereichsübergreifenden Behandlungsteams, um alle Behandlungsmöglichkeiten insbesondere vor Minor- oder Majoramputationen sorgfältig abgewogen zu haben,
- Optimierung des Informationsflusses zwischen den Versorgungsbereichen und an den Schnittstellen der Versorgung durch optimierte Befundübermittlungen,
- Erhöhung des Risikobewusstseins von Diabetikern für Fußkomplikationen.

- Wie kann der Patient für eine möglichst frühe Entdeckung vorhandener Risikofaktoren sorgen?
- In welchen Abständen sollte der Patient hausärztlich untersucht werden?
- Welche effektiven Untersuchungsmethoden gibt es, um zuverlässig, schnell und kostengünstig zu Risikoeinschätzungen zu kommen?
- Welche Risikofaktoren kann der Patient selber beeinflussen, auf die Beseitigung welcher Risikofaktoren sollten die betreuenden Ärzte hinweisen?

- Welche Möglichkeiten der Diagnoseoptimierung gibt es?
- Welche Behandlungsoptionen stehen zur Verfügung?
- Wie lässt sich das Management zwischen den Versorgungsebenen und -bereichen optimieren? (s. Abb. 1)

Risikofaktoren

Die an der NVL beteiligten Fachgesellschaften gehen insbesondere auf folgende Maßnahmen ein: Selbstuntersuchung des Patienten; regelmäßige ärztlichen Untersuchung und

Kategorie	Befunde	Untersuchungen	Risikoeinstufung
0	keine sensorische Neuropathie	1 x jährlich	Niedriges Risiko
1	sensorische Neuropathie	1 x alle 6 Monate	Erhöhtes Risiko
2	sensorische Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Fußdeformitäten	1 x alle 3 Monate	
3	früheres Ulkus	1 x alle 1 bis 3 Monate	Hohes Risiko

Tab. 2: Risikoklassifizierungssystem für das Auftreten von Fußläsionen

Dabei nimmt die NVL unter anderem zu folgenden Fragen Stellung:

Risikoklassifizierung (s. Tab. 2); Schulung sowie Prävention der Fußkomplikationen. Hauptsächliche Risikofaktoren für diabetesassoziierte Ulzerationen und schließlich Extremitätenamputationen sind: Diabetes (Dauer, Verlauf, schlechte Stoffwechseleinstellung); Neuropathie (sensorisch, motorisch, autonom); arterielle Verschlusskrankheit und deren Folgeerkrankungen (zum Beispiel Niereninsuffizienz, Schlaganfall) sowie Alter des Patienten.

Diagnostik

Bei jedem Patientenkontakt zur Diabeteskontrolle oder mindestens einmal jährlich muss eine fußspezifische Anamnese erhoben werden. Hauptaufgabe der klinischen Untersuchung ist die Erfassung des peripheren Pulsstatus und die Untersuchung der Berührungssensibilität mittels 10g Monofilament oder alternativ des Vibrationsempfindens mit dem Stimmgabeltest.

Die Klassifikation nach Wagner ermöglicht eine Einteilung der Untersuchungsbefunde in die Grade 0 bis 5 und eine an den Graden orientierte Therapie (s. Tab. 3). Die Befunde sollten standardisiert dokumentiert werden.

0	keine Läsion, ggf. Fußdeformation oder Zellulitis
1	oberflächliche Ulzeration
2	tiefes Ulkus bis zur Gelenkkapsel, zu Sehnen oder Knochen
3	tiefes Ulkus mit Abszedierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
4	begrenzte Nekrose im Vorfuß- oder Fersenbereich
5	Nekrose des gesamten Fußes

Tabelle 3: Klassifikation diabetischer Fußläsionen nach Wagner

Die Überprüfung der Beinarterien ist bei Diabetikern mit Fußproblemen von höchster Bedeutung, da die arterielle Minderdurchblutung der Hauptrisikofaktor für die Majoramputation der Beine ist. Die Gefäßdiagnostik sollte einem Algorithmus folgen, an dessen Ende die invasiven bildgebenden Verfahren stehen (s. Abb. 2).

Es sollte stets das gesamte arterielle Gefäßsystem der betroffenen Extremität, möglichst auch das der Gegenseite, dargestellt werden. Dadurch

Als orientierende Untersuchung zur Feststellung des Gefäßzustandes soll der Knöchel-Arm-Index (ABI, „Ankle-Brachial-Index“ – s. Abb. 3) gemessen werden.

Der klinische Verdacht auf Erkrankungen des Gefäßsystems bzw. Progression einer Gefäßerkrankung indiziert eine weiterführende Abklärung.

Zur Feststellung von Ausmaß und Verteilungsmuster der pAVK sollte als Erstuntersuchung die Duplexsonografie durchgeführt werden.

Bei Verfügbarkeit kann eine Duplexsonografie auch der Unterschenkelarterien durchgeführt werden.

Bei nicht aussagekräftigem Befund und/oder Stadium > II sollte gemäß dem Algorithmus (Abbildung 2) verfahren werden.

Hierzu kommen die kontrastmittelverstärkte MR-Angiografie (MRA) und die intraarterielle digitale Subtraktionsangiografie (DSA) in Betracht.

Bei Verdacht auf eine diabetische Neuroosteoarthropathie (DNOAP) sollten Röntgenaufnahmen des betroffenen Fußes in zwei Ebenen angefertigt werden.

Dabei ist zu beachten, dass der Befund im Frühstadium negativ sein kann.

kann die Therapie besser geplant werden, insbesondere bei komplexen, mehrere Gefäßbetagen betreffenden Verschlussprozessen. Ist ein Verfahren nicht oder mit nicht ausreichender Qualität verfügbar, werden vom Algorithmus abweichende Entscheidungen notwendig. Dies trifft bei Verschlussprozessen der Unterschenkelarterien häufig für die Duplexsonografie und die Magnetresonanztomografie (MRA) zu.

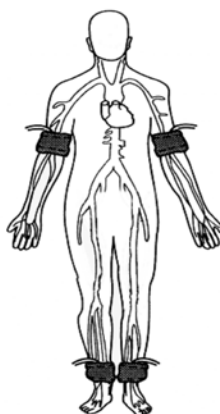
Die Röntgenaufnahme des Fußes in zwei Ebenen ist neben der klinischen Untersuchung sowie der Bestimmung der Oberflächentemperatur im Seitenvergleich die entscheidende Methode zur Diagnostik der Erkrankung. In Einzelfällen kann ein MRT differenzialdiagnostisch weiterhelfen,

insbesondere zur Erkennung von Frühstadien der DNOAP und von Komplikationen fortgeschrittener bakterieller Entzündungen.

Therapie

Die Therapie erstreckt sich auf die Behandlung der zugrunde liegenden krankhaften Veränderungen und sollte die nachstehend beschriebenen Maßnahmen umfassen:

- Behandlung von Druckstellen und Ulzera und Behandlung von Infektionen: Druckentlastung, Debridement, Wundbehandlung, Infektionsbehandlung
- Behandlung der pAVK: konservative Maßnahmen, interventionelle und gefäßchirurgische Maßnahmen
- Behandlung der diabetischen Neuroosteoarthropathie (DNOAP)



Zu verwendendes Messergebnis der Arm-Blutdruckmessungen:

Mittelwert aus beiden Arm-Blutdruckmessungen, wenn Seitendifferenz < 10mmHg,

Maximalwert, wenn Seitendifferenz ≥ 10 mmHg.

$$ABI = \frac{\text{Maximum (A. tibialis anterior, posterior)}}{\text{Armdruck}}$$

Abbildung 3: Schematische Abbildung zur Messung des ABI

Verordnungsklasse		Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	fußgerechte Konfektionsschuhe
I	wie 0, mit Fußdeformität	höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/relevante pAVK	PNP mit Sensibilitätsverlust, pAVK	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolstersohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF (diabetes-adaptierter Fußbettung) oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt, fehlgeschlagener adäquater Vorversorgung, orthopädischen Indikationen
III	Z. n. plantarem Ulkus	deutlich erhöhtes Ulkusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit diabetes-adaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, fehlgeschlagener adäquater Vorversorgung, orthopädischen Indikationen
IV	wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	nicht nach konfektioniertem Leisten zu versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF
V	diabetische Neuroosteoarthropathie (DNOAP, Sanders-TypII-V, LEVIN-Stadium III)	Orthesen i.d.R bei DNOAP Sanders-Typ IV-V oder bei starker Lotabweichung	knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen
VI	Wie II mit Fußteillamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amputation	Versorgung wie IV plus Prothesen
VII	akute Läsion/floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, Vollkontakt-Gips (TCC) ggf. mit DAF und orth. Zurichtungen

Tabelle 4: Verordnungskriterien zur Schuhversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien (NVL Typ-2-Diabetes - Fußkomplikationen)

Eine vollständige Entlastung jeder Läsion soll gewährleistet werden.

Dabei kommen die Verordnung und Anwendung von:

- protektivem Schuhwerk (zum Beispiel Entlastungsschuhe, Interimsschuhe, gegebenenfalls mit diabetes-adaptierter Fußbettung (DAF) und orthopädischen Zurichtungen oder
- Vollkontakt-Gips (Total-Contact-Cast) oder
- konfektionierten bzw. maßgefertigten Orthesen,
 - gegebenenfalls unterstützt durch
 - Gehstützen, Rollstuhl oder durch
- initiale Bettruhe zum Einsatz.

Primär soll beim diabetischen Fußulkus ein Debridement avitaler Gewebeteile erfolgen.

Vorhandene Taschenbildungen und Unterminierungen sollen entfernt werden.

Außer bei Vorliegen einer trockenen Nekrose sollte eine lokale Wundbehandlung durchgeführt werden.

Die Wundoberfläche ist bei jedem Verbandswechsel zu reinigen.

- Rehabilitationsmaßnahmen/Physikalische Therapie
- Podologie und Schuhversorgung (s. Tab.4)
- Behandlung der Polyneuropathie

Behandlung von Druckstellen und Ulzera und Behandlung von Infektionen

- Die Auswahl der Wundaufgabe sollte im individuellen Fall anhand
- des vorliegenden Wundheilungsstadiums,
- der Exsudatmenge,
- dem Vorliegen oder Fehlen von Infektionszeichen,
- dem Vorliegen eines regelhaften oder pathologischen Heilungsverlaufes sowie
- anhand von Kosten-Effektivitätskriterien getroffen werden.

Eine klinische nicht infizierte Wunde sollte nicht mit Antibiotika behandelt werden.

Bei Patienten mit milden Infektionen sollte eine Antibiotikabehandlung unter Berücksichtigung individueller Risiken erwogen werden.

Bei Patienten mit moderater oder schwerer Infektion (siehe Tab. 5) soll eine Antibiotikabehandlung erfolgen.

Bei Verdacht auf eine schwere Infektion soll die Antibiotikabehandlung intravenös begonnen werden.

Bei konservativ nicht zur Abheilung zu bringenden Ulzera sollte der Einsatz plastisch-rekonstruktiver Verfahren erwogen werden.

Behandlung der pAVK und der der diabetischen Neuroosteoarthropathie (DNOAP)

Die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit einer Revaskularisation soll bei Vorliegen einer relevanten pAVK konsequent überprüft werden. Dabei sind das Stadium der AVK sowie individuelle Risiken und persönliche Präferenzen des Patienten zu berücksichtigen.

Bei diabetischer Neuroosteoarthropathie (DNOAP) soll die Behandlung durch vollständige Druckentlastung und Ruhigstellung des betroffenen Fußes eingeleitet werden.

Eine Belastung sollte erst erfolgen, wenn sich die klinischen Zeichen normalisiert haben und eine knöcherne Stabilisierung nachzuweisen ist.

Klinische Manifestierung der Infektion	Infektions-schwere	PEDIS Grad
Wunde ohne Eiterung oder Anzeichen von Entzündung.	nicht infiziert	1
Vorhandensein von ≥ 2 Entzündungszeichen (Eiterung, Rötung, (Druck-) Schmerz, Überwärmung oder Verhärtung), aber jedes Entzündungszeichen ≤ 2 cm um das Ulkus, Infektion ist auf die Haut oder das oberflächliche subkutane Gewebe beschränkt; keine anderen örtlichen Komplikationen oder systemische Erkrankung.	leicht	2
Infektion (wie oben) bei einem Patienten, der systemisch gesund und Stoffwechselstabil ist, aber ≥ 1 der folgenden Charakteristiken aufweist: Entzündungszeichen erstrecken sich > 2 cm um das Ulkus, Lymphangitis, Ausbreitung unter die oberflächliche Faszie, Abszess im tiefen Gewebe, Gangrän und Betroffensein von Muskel, Sehne, Gelenk oder Knochen.	moderat	3
Infektion bei einem Patienten mit systemischen Infektionszeichen oder instabilem Kreislauf (z. B. Fieber, Schüttelfrost, Tachykardie, Hypotonie, Verwirrtheit, Erbrechen, Leukozytose, Azidose, schwere Hyperglykämie oder Azotämie).	schwer	4

Anmerkung. Das Vorhandensein einer kritischen Ischämie verschiebt den Schweregrad der Infektion (im Hinblick auf die Prognose) in Richtung „schwer“, kann jedoch die klinischen Zeichen der Infektion abmildern. PEDIS, „Perfusion“ (Perfusion), „Extent/Size“ (Ausmaß/Größe), „Depth/tissue loss“ (Tiefe/Gewebeverlust), „Infection“ (Infektion) und „Sensation“ (Sinnesempfindung).

Tabelle 5: Klinische Klassifikation der Fußinfektionen

Literatur bei den Verfassern
 Korrespondenzadressen:
 Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger;
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
 (ÄZQ)
 Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz,
 10623 Berlin
 Tel.: 030-4005-2500
 Fax.: 030-4005-2555
 E-Mail: ollenschlaeger@azq.de

PD Dr. Ina B. Kopp
 Ständige Kommission Leitlinien der AWMF
 c/o Institut für Theoretische Chirurgie,
 Philipps-Universität Marburg
 Baldinger Str., 35043 Marburg
 Tel. 06421 2862249
 Fax: 06421 2868926
 E-Mail: kopp@mail.uni-marburg.de

Ärzteblatt Sachsen
 ISSN: 0938-8478
 Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

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

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

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:
 Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:
 Leipziger Verlagsanstalt GmbH
 Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
 Telefon: 0341 710039-90
 Telefax: 0341 710039-99
 Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
 E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
 Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
 Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
 Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2008 gültig.
 Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
 Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:
 Inland: jährlich 93,50 € incl. Versandkosten
 Einzelheft: 8,85 € 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.

Gestaltung von Internetseiten

Was ist erlaubt, welche Pflichtangaben müssen sein?

Dem Arzt sind sachliche, berufsbezogene Informationen gestattet. Solche Informationen können grundsätzlich auch durch das Medium Internet verbreitet werden. Die Grenzen hierfür regelt § 27 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Zweck dieser Vorschrift ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs. Daher ist dem Arzt berufswidrige Werbung untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch Andere weder veranlassen noch dulden. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

Der Arzt kann

1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
3. Tätigkeitsschwerpunkte und
4. organisatorische Hinweise

ankündigen. Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig. Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können. Die Angaben nach Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes liegt eine nicht nur gelegentlich ausgeübte Tätigkeit vor, wenn die Tätigkeit jedenfalls mehr als 20 Prozent der

Gesamtleistung ausmacht. Damit ergibt sich eine zahlenmäßige Beschränkung der Angaben nach Nr. 1 bis 3 neben der/den Facharztbezeichnung(en) auf fünf.

Grundsätzlich empfehlen wir, den Internetauftritt mit einem Eingangsportale zu gestalten, wo sich der Arzt zunächst auf die für ein Praxisschild üblichen und die oben dargestellten ankündigungsfähigen Angaben beschränkt. Weitere sachliche Informationen über spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in der Praxis vorgehalten werden, sollten nicht im Eingangsportale angeführt werden, sondern auf nachgeordneten Seiten, beispielsweise unter der Bezeichnung „Medizinische Informationen“. Besondere Beachtung sollte aber § 11 Heilmittelwerbegesetz finden:

Danach darf außerhalb der Fachkreise für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden, unter anderem:

- mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf,
- mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf,
- mit der bildlichen Darstellung von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels,
- mit der bildlichen Darstellung sogenannter „Vorher-Nachher-Bilder“,
- mit einer Werbeaussage, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen,
- mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen.

Den vollständigen Text des Heilmittelwerbegesetzes können Sie im Internet unter www.gesetze-im-internet.de einsehen. Diese Homepage, betrieben vom Bundesministerium der Justiz und der juris GmbH, bietet im Übrigen einen fast vollständigen Überblick über bestehende Bundes-

gesetze. Das landesgesetzliche Pendant finden Sie unter www.revosax.sachsen.de.

Eine wichtige Änderung hat sich bei den Pflichtangaben im Impressum einer Homepage ergeben. Am 1. März 2007 hat das Telemediengesetz (TMG) das Teledienstegesetz und das Teledienstedatenschutzgesetz abgelöst. Nach § 5 Abs. 1 TMG sind natürliche und juristische Personen, die eigene oder fremde Teledienste zur Nutzung bereithalten oder den Zugang zur Nutzung vermitteln („Diensteanbieter“) verpflichtet, folgende Informationen leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar zu halten:

- Name und Anschrift der Niederlassung (bei juristischen Personen, wie zum Beispiel einer GmbH oder Aktiengesellschaft, auch Rechtsform und Vertretungsberechtigter und, sofern Angaben über das Kapital der Gesellschaft gemacht werden, das Stamm- oder Grundkapital sowie, wenn nicht alle in Geld zu leistenden Einlagen eingezahlt sind, der Gesamtbetrag der ausstehenden Einlagen),

- E-Mail-Adresse,
- Ärztekammer, welcher der Arzt angehört; bei niedergelassenen Vertragsärzten auch Angabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung,
- soweit eine Partnerschaftsgesellschaft besteht, das Partnerschaftsregister und die entsprechende Registernummer,
- gesetzliche Berufsbezeichnung (Arzt/Ärztin) und der Staat, in dem diese verliehen wurde,
- berufsrechtliche Regelungen, denen der Arzt unterworfen ist (Sächsisches Heilberufekammergesetz und Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer) und der Zugang zu diesen,
- Umsatzsteueridentifikationsnummer, sofern der Arzt der Umsatzsteuerpflicht unterliegt, oder Wirtschaftsidentifikationsnummer,
- bei Aktiengesellschaften, Kommanditgesellschaften auf Aktien und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH), die sich in Abwicklung befinden, die Angabe hierüber.

Enthält eine Homepage diese Angaben nicht, drohen Geldbußen oder Abmahnungen von hierauf spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit an, hinsichtlich der berufsrechtlichen Regelungen einen Link auf die Seite der

Sächsischen Landesärztekammer zu setzen (<http://www.slaek.de> → Rechtsgrundlagen). Aufgrund möglicher Aktualisierung ist eine regelmäßige Kontrolle der Links notwendig. Wie immer steht Ihnen die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärzte-

kammer für weitergehende Informationen unter der Telefon-Nr. 0351 8267-421 zur Verfügung.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

In eigener Sache

Stellenausschreibungen

Bei der Sächsischen Landesärztekammer sind im Ärztlichen Geschäftsbereich zum nächstmöglichen Zeitpunkt zwei Stellen zu besetzen

1. Ärztin/Arzt als Leiterin/Leiter des Referats Ethik und Medizinische Sachfragen
2. Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung

Die Bewerberin / der Bewerber sollte approbierte Ärztin / approbierter Arzt sein und möglichst über eine Promotion und abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. Die Fähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären und teamorientierten Arbeitsweise wird vorausgesetzt. Wir erwarten Organisationstalent, Flexibilität, serviceorientierte und freundliche Umgangsformen sowie eine hohe kommunikative Kompetenz.

Leiterin/Leiter des Referats Ethik und Medizinische Sachfragen

Ihr Aufgabengebiet umfasst:

- Bearbeitung von medizinisch-fachlichen Fragestellungen zum Beispiel auf den Gebieten der ambulanten und stationären Patientenversorgung, Prävention, Rehabilitation, Transplantation, Palliativmedizin, Ethik
- Betreuung der zuständigen Ausschüsse, Kommissionen, Arbeitsgruppen,
- Vorbereitung von Informationsveranstaltungen für Ärzte,
- Leitung des Referats mit 4 Mitarbeiterinnen.

Spezielle Anforderungen:

- Führungserfahrung,
- möglichst Kenntnisse auf dem Gebiet klinischer Studien.

Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung

Ihr Aufgabengebiet umfasst:

- Umsetzung der vielfältigen Qualitätssicherungsaufgaben der Sächsischen Landesärztekammer,

- Datenmanagement und Erstellung von Auswertungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung,
- Betreuung der zuständigen Gremien,
- Mitwirkung bei der Vorbereitung von Veranstaltungen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements.

Spezielle Anforderungen:

- Erfahrungen auf dem Gebiet des ärztlichen Qualitätsmanagements,
- Erfahrungen in Biostatistik/medizinischer Epidemiologie.

Die Vergütung erfolgt nach TV-L. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Teilung der jeweiligen Stelle. Für Fragen oder Auskünfte steht Ihnen die Ärztliche Geschäftsführerin, Frau Dr. Bräutigam, unter 0351 8267-310 zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins an die Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten

Deutsche Stiftung Organtransplantation Region OST in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, der Landesärztekammer Thüringen und der Sächsischen Landesärztekammer

Donnerstag, 17. April 2008 in Magdeburg

Beginn: 9.30 Uhr, Ende: 15.00 Uhr

Geplante Themen:

- Grenzen der Behandlungspflicht
 - aus juristischer Sicht
 - aus medizinischer Sicht
- Hirntoddiagnostik
- Rechte der Patienten
- Ich und meine Verantwortung für Andere

- Chancen und Risiken der Transplantation
- Gewebespende

Veranstaltungsort:

Verwaltungszentrum für Heilberufe in Magdeburg, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Anmeldung: DSO-Region Ost

Tel.: 0341 52557660, E-Mail: ost@dso.de

Fortbildungspunkte: 5

Gebühr: kostenfrei

Aufruf Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen.

Wer wird „Arzthelferin 2008?“

Deutschland sucht die Arzthelferin des Jahres 2008. „Arzthelferin Exklusiv“, der führende Beratungsbrief für das Praxis-Team ist auf der Suche nach der idealen Arzthelferin. Bundesweit können Ärzte, Kolleginnen und Patienten ihre Vorschläge bis 31. Juli 2008 einreichen.

Vorschläge für die „Arzthelferin des Jahres 2008“ sind möglich online unter www.arzthelferin-exklusiv.de/, per Brief an PKV Informationszentrum, Heidrun Polegek, Residenzstraße 24, 80333 München.

Vorankündigung

15. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum

**15. Dresdner Ärzteball
am 30. August 2008
um 19.00 Uhr in die
Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Tel.: 0351 8267131, Fax: 0351 8267132, E-Mail: kaek-dd@slaek.de.

40 Jahre Immatrikulation Medizin Leipzig 1968

Der Immatrikulationsjahrgang 1968 Medizin und Zahnmedizin veranstaltet am **5. und 6. September 2008** im Ramada-Treff-Hotel in Leipzig-Paunsdorf das Treffen „40 Jahre Immatrikulation“.

Interessenten melden sich bitte bei:
Dr. med. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstraße 34
04299 Leipzig
DocBu@t-online.de

14. Interdisziplinärer Pflegekongress

Aktive Fortbildung für alle Gesundheitsberufe

10. und 11. April 2008

Veranstaltungsort: Kongresszentrum im Hotel Hilton Dresden, An der Frauenkirche 5, 01067 Dresden.

Organisation und Durchführung:
Urban & Vogel GmbH
Ehrenbergerstraße 11 – 14
10245 Berlin
Telefon: 030 204560-40
Telefax: 030 204560-42
E-Mail: tauchert@urban-vogel.de
www.heilberufe-kongresse.de

Erratum

In der Laudatio aus Anlass des 70. Geburtstages von Herrn Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Poegel, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2008, Seite 73, muss das Geburtsdatum lauten: **23. 1. 1938.**

Die Autoren und die Redaktion entschuldigen sich bei dem Jubilar und bei den Lesern.

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

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzerte

Festsaal, Sonntag, 6. April 2008

11.00 Uhr

Junge Matinee

Brahms-Zyklus – Der Poet

Studierende der Hochschule für Musik

Carl Maria von Weber

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Gudrun Brückel – Parallelnatur

bis 16. März 2008

Franziska Kunath

Bilder aus Landschaften

19. März bis 11. Mai 2008

Vernissage: Donnerstag,

20. März 2008, 19.30 Uhr

Einführung: Gabriele Gorgas,

Kulturjournalistin, Dresden

Sächsischen Ärzteversorgung

Foyer, bis 30.4.2008

Rudolf Peperkorn

Fotoausstellung – Zeitzeugnisse

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt / Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C013

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2008

Facharzt für Chirurgie

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/C014

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2008

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 08/C015

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2008

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C016

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C017

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/C018

Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.04.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 08/D016

Bautzen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 08/D017

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut / Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 08/D018

Löbau-Zittau

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 08/D019

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2008

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 08/D020

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D021

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.04.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L027

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L028

Facharzt für Augenheilkunde

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/L029

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 08/L030

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L031

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/L032

Delitzsch

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 08/L033

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L034

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L035

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 18.04.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresden-Striesen

Praxisabgabe geplant: III/2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

01159 Dresden

Praxisabgabe geplant: 31.03.2008

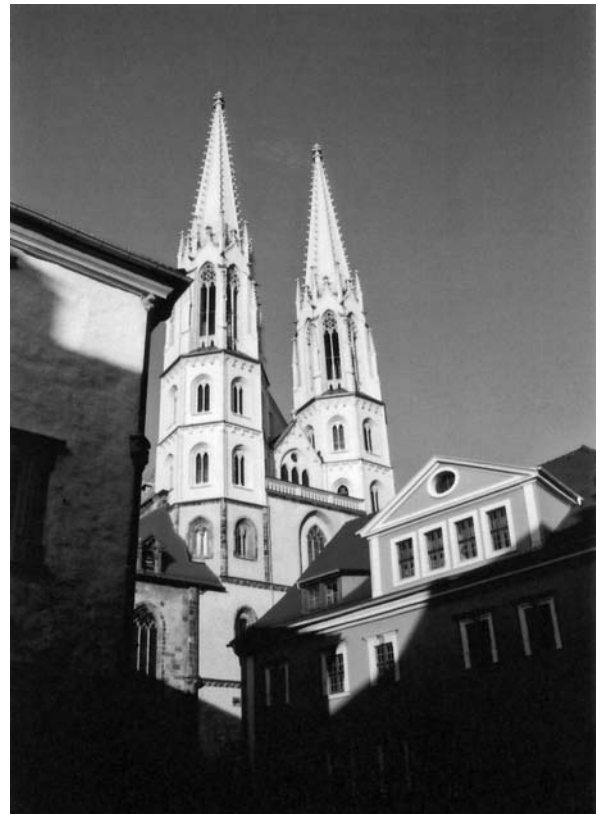
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

12. Sächsisches Seniorentreffen

Im September und Oktober fanden die Seniorenausfahrten der Sächsischen Landesärztekammer statt. 2007 konnte bereits auf eine 12-jährige Tradition zurückgeblückt werden. Ziel des diesjährigen Treffens waren die Stadt Görlitz und das Kloster St. Marienthal. Ca. 800 Senioren nahmen die Gelegenheit wahr, die Stadt an der Neiße zu besuchen. Leider konnte nur der letzte Durchgang die liebliche Lausitzer Landschaft und die schöne Laubfärbung bei Sonnenschein sehen. Vormittags- und Nachmittagsprogramm sowie die Beköstigung in Görlitzer „Szenerestaurants“ waren von Görlitz-Tourist minutiös geplant und vorbereitet. Die Stadtführer begrüßten die angereisten Gäste bereits in ihren Bussen und begleiteten sie während des ganzen Tages.

Die Stadtführungen begannen am Denkmal des ersten Görlitzer Oberbürgermeisters Gottlob Ludwig Demiani, der mit seinem Wirken das „neue Görlitz“ im 19. Jahrhundert entscheidend geprägt hat, um sich dann am „Dicken Turm“ und dem Schwibbogen neben der Dreifaltigkeitskirche dem historisch interessanten alten Görlitz zuzuwenden. Die Entstehung der Stadt vor ca. 900 Jahren an der Via Regia fand ebenso Erwähnung wie Eckpunkte der wechselvollen Geschichte der vergangenen Jahrhunderte. Mit Fleiß und Geschick entfalteten die Görlitzer Bürger eine rege Handelstätigkeit und pflegten selbst die Handwerkskünste, zum Beispiel die Tuchmacherei oder die Bierbrauerei. Fast in jedem Haus sei diese damals betrieben worden. Auf dem Weg zum Untermarkt kann der Besucher in die engen Zunftgassen mit liebevoll restaurierten Häusern blicken. Görlitz brachte es zu Wohlstand. Der wiederum weckte Begehrlichkeiten. Die Stadt musste sich mit Wehranlagen schützen. Der Kaisertrutz und einige der Türme sind bis heute erhaltene Zeichen dieser Notwendigkeit. Auch musste man sich der Raubritter

erwehren. Deshalb schlossen sich 1346 die Städte Görlitz, Bautzen, Löbau, Lauban, Kamenz und Zittau zum Sechsstädtebund zusammen. Den Wappen der Städte begegnet der Besucher an verschiedenen Orten. Görlitz blieb nicht von Kriegen verschont. Hart traf es die Görlitzer im 30-jährigen Krieg. Aber auch die Feldzüge von Friedrich dem II. und Napoleon hinterließen ihre Spuren. Der geführte Besucher erfährt, in welchen Häusern zum Beispiel der russische Zar, der „Alte Fritz“ oder Napoleon genächtigt haben. Kämpfe zwischen den Stadtrat beherrschenden Patrizierfamilien und den Handwerkszünften gehören im Mittelalter ebenfalls zur Stadtgeschichte. Zeugnis davon legen bis heute die um sieben Minuten vorgestellte Turmuhr der Dreifaltigkeitskirche ab, die zur Aufdeckung einer Verschwörung verhalf oder die Verrätergasse, in der an einem Hauseingang die Aufschrift „D.V.R.T.“ – der verräterischen Rotte Tür – zu finden



St. Peter und Paul, Görlitz

ist. Besonders beeindruckt waren die Besucher von den restaurierten Patrierhäusern mit ihren prächtigen Fassaden und Eingangsportalen. Der Betrachter stellt bewundernd fest, wie gut sich die Renaissance mit dem Barock des frühen 18. Jahrhunderts verträgt. Rund 500 Baudenkmäler gibt es in der Görlitzer Altstadt. Aus dem Ensemble des Altstadtkernes treten die vom böhmischen Baumeister Wendel Roskopf geschaffenen Bauwerke – der Schönhof und die Verkündigungskanzel der Rathaus-treppe – hervor. Es gibt lebenswürdige Hinweise zu den Lebensgewohnheiten in früheren Jahrhunderten. So ermöglichten „Tratschecken“ an den Hauseingängen den Bewohnern sitzend einen Schwatz mit Straßenpassanten zu machen. Auch ein Flüsterbogen verleitet zum Ausprobieren. Hinter den Häusern laden begrünte Innenhöfe mit kleinen Gaststätten zum Verweilen ein.

Die Stadtführung am Vormittag endete mit einem Orgelspiel in der Kirche St. Peter und Paul. Der Organist der Kirche gab Erläuterungen zur Geschichte der Kirche und natürlich zur Sonnenorgel. Sie war 1703 vom bereits greisen berühmten Orgelbauer Eugenio Casparini geschaffen worden und seit 1991 in mehreren Etappen restauriert worden. Die ausgewählten sechs Orgelmusikstücke demonstrierten die Klangvielfalt der Görlitzer Sonnenorgel in wundervoller Weise und rundeten den Vormittag ab.

Nach einer Stärkung (es gab „Schle-sisches Himmelreich“) verlief das Nachmittagsprogramm in zwei getrennten Teilen.

Die Dresdener Senioren, die das Kloster St. Marienthal bereits kannten, erkundeten das Nikolaiviertel in Görlitz, den alten Friedhof mit dem Grab von Jacob Boehme und das vom Görlitzer Bürgermeister Georg Emmerich in Auftrag gegebene und ca. 1489 vollendete Heilige Grab, das eine Nachbildung der historischen Stätten von Jerusalem darstellt. Das Kaffeetrinken im „Dreibeinigen Hund“ beschloss das Programm.

Die Chemnitzer und Leipziger Senioren setzten die Führung in ihren Bussen fort. Die Stadtführer gaben Erläuterungen zu besonderen Sehenswürdigkeiten im „neuen Görlitz“, zum Beispiel der „Muschelminna“ am Postplatz (einem 1887 errichteten Zierbrunnen). Vorbei am in Flutung befindlichen Berzdorfer See, einem ehemaligen Braunkohletagebau, ging die Fahrt zum Kloster St. Marienthal. In einem lebendigen und anrührenden Vortrag hörten die Gäste die Geschichte des Klosters, Ausführungen zum strengen, von der Außenwelt abgeschlossenen durch Gebet und Arbeit geprägten Leben der Nonnen und über die Öffnung des Klosters in der Neuzeit als Ort der Stille und Besinnung für Menschen, die Erholung an Leib und Seele suchen unterstützt durch das 1992 errichtete Internationale Begegnungszentrum. Gegründet wurde das Kloster 1234 durch Kunigundis von Böhmen als Sühnestiftung für einen Mord in der Familie. Der Grundbesitz wurde den Nonnen des Zisterzienserordens geschenkt. Im Mittelalter wurde das Kloster zweimal zerstört. 1945 verhinderte eine mutige Äbtissin die Sprengung des Klosters, indem sie sich dem Räumungsbefehl der SS widersetzte. Auf den Vortrag folgte eine Besichtigung der öffentlich zugänglichen Kloster-teile. Ein Kaffeetrinken in der historischen Klosterschänke beendete das Programm.

Auch diesmal gab es die schönen kollegialen Kontakte und Gespräche über die gemeinsame Vergangenheit, das Leben im Ruhestand und Pläne für die nächste Zeit. Leider waren die Begegnungen zwischen den Dresdener, Chemnitzer und Leipziger Kollegen nach Aufteilung in die Stadtführungen nur kurz möglich. Das wird im nächsten Jahr wieder besser möglich sein.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, nachfolgend möchte sich der Seniorenausschuss in eigener Sache zu Wort melden. Der Ausschuss hat sich nach der Wahl neu konstituiert. Langjährige Mitglieder haben den Ausschuss verlassen. Wir danken

Herrn Kollegen Knoblauch für sein großes Engagement und die tatkräftige Unterstützung der Ausschussarbeit. Zugleich wünschen wir ihm eine kreative Zeit für seine schriftstellerische Tätigkeit. Jüngere Kollegen sind dazugestoßen und stärken den Ausschuss mit neuen Ideen. Ein zentrales Anliegen der bisherigen Ausschussarbeit war die Organisation der jährlichen Seniorenausfahrten. Oben haben wir von der 12. berichtet. Vielleicht haben Sie im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 6/2007, den Bericht über die Altersstruktur der Kammermitglieder zur Kenntnis genommen. Danach wird sich die Zahl der ärztlichen Senioren in der laufenden Legislaturperiode noch einmal deutlich erhöhen. Der Ausschuss hat in der Vergangenheit immer wieder nach Möglichkeiten gesucht, um diese Kreiskammer-übergreifenden Treffen so vielen Kollegen wie möglich zugänglich zu halten und zugleich den Kontakt zur Landeskammer zu pflegen. Gegenwärtig werden die Ausfahrten in vier Durchgängen zu je 200 Personen durchgeführt. Der Einladungsmodus wurde alternierend auf einen Zweijahresrhythmus gestreckt. Trotzdem stößt die bisherige Verfahrensweise mit den avisierten weiteren Zugängen an Ihre Grenzen. Besonders problematisch ist dabei, dass die organisatorische Arbeit auf den Schultern der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen der drei Bezirksstellen liegt und Kollegen in mehr ländlichen Gebieten des Freistaates teilweise keinen Zugang zu den Veranstaltungen haben. Auf der Suche nach Lösungswegen wurde nun in Erwägung gezogen, einen Reiseveranstalter mit der Ausführung zu beauftragen (die inhaltliche Ausgestaltung wird beim Ausschuss Senioren verbleiben). Konsequenz dieses Weges könnten Erhöhungen der Teilnahmegebühren sein. Mögliche Varianten werden sorgfältig erwogen. Sobald tragfähige Vorschläge vorliegen, wird Sie der Ausschuss in geeigneter Weise informieren oder das Gespräch mit Ihnen suchen.

Beitragsentwicklung Inter-Krankenversicherung

Mit der Beitragsanpassung durch die Inter-Ärzteversicherung zum 1. Januar 2008 verteuert sich der Krankenversicherungsbeitrag für die im Gruppenvertrag mit der Sächsischen Landesärztekammer versicherten Ärzte um 200 Prozent gegenüber 1993. Die Begründung der letzten Beitragsanpassung, die besonders die Anhebung der Altersrücklage hervorhebt, hält einer mathematischen Nachprüfung nicht stand. Rechnerisch würde sich diese mit 16,30 Euro pro Versichertem und Monat auswirken, die Beitragsanpassung beträgt jedoch 45 Euro. Diese Beitragserhöhung wurde nach Mitteilung der Gesellschaft von einem unabhängigen Treuhänder flankiert. Wenig transparent ist, wie die vorgelegten Daten bewertet wurden. Aussagekräftig ist die Dokumentation der Beitragsentwicklung bei der Inter-Krankenversicherung über 15 Jahre. Neben einer Verdopplungszeit von 7,5 Stunden kann der Dokumentation entnommen werden, dass die Steigerungsrate bis 2004 einen linearen Charakter aufweist und mit der Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten sowie den Gesamtausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) korreliert. (Grafik 1 und 2)

Seitens des Versicherers wird argumentiert, dass der Vertrag zukunftsicher ist. Dem ist zuzustimmen. Wenn der Beitragsentwicklungstrend 1993 bis 2008 lediglich konstant bleibt, liegt der Beitrag im Jahr 2015 bei 520 Euro im Monat. Die Beibehaltung der jährlichen Steigerungsrate seit 2005 würde für 2015 zu einem deutlich höheren Beitrag führen. Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, die im Gruppenvertrag zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Inter-Krankenversicherung vereinbarte Kooperation zu überprüfen. Die Ausgaben für Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland stiegen von 168 Mrd. 1995 auf 22 Mrd. 2005 (53 Prozent). Dadurch wird zweifelsfrei eine Beitragsanpassung gerechtfertigt, jedoch nicht dessen Verdreifachung.

Der 1990 zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Inter-Versicherung Mannheim abgeschlossene Vertrag versieht das Versicherungsunternehmen gegenüber Wettbewerbern deutlich mit einem Vertrauensvorschuss bzw. empfehlenden Charakter für die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer.

Es steht der Sächsischen Landesärztekammer an, im Interesse ihrer in diesem Gruppenvertrag versicherten Mitglieder die Jahresgeschäftsberichte des Vertragspartners einzufordern. Die Gewinnausschüttungen der letzten fünf Jahre sollten offen gelegt werden.

Der Autor dieses Artikels jedenfalls erhielt diese Information auf Anfrage hin bisher nicht.

Dr. med. Jörn Lohmann
Löbnitzgrundstraße 50
01445 Radebeul

Stellungnahme der Inter Krankenversicherung zum Leserbrief von Herrn Dr. Jörn Lohmann

In unserer Stellungnahme zum Leserbrief von Herrn Dr. Lohmann können wir weder Beitragsvergleiche mit anderen Versicherungsunternehmen veröffentlichen noch auf den individuellen Vertrag von Herrn Dr. Lohmann eingehen. Unter anderem stehen datenschutzrechtliche Bestimmungen dem entgegen. Unsere Antwort beinhaltet daher an dieser Stelle nur die allgemeinen Aspekte der angesprochenen Problematik.

Herr Dr. Lohmann weist darauf hin, dass die Beitragsentwicklung seiner seit 1992 bei uns bestehenden Privaten Krankenversicherung (PKV) zeitweise mit der Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten bzw. den Gesamtausgaben der PKV korreliert, jedoch in den letzten Jahren ein überproportionales Ansteigen seiner Beiträge zu beobachten war.

Grundsätzlich ist es tatsächlich so, dass die Entwicklung der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen bzw. der Ausgaben der PKV und die individuelle Beitragsentwicklung unterschiedlich verlaufen können. Denn die ausgewiesenen Gesamtausgaben

der PKV umfassen alle Tarife, alle Leistungsarten von allen Personengruppen, also von Kindern und Erwachsenen, von Männern und Frauen, von Voll- und von Zusatzversicherten. Die Beiträge in der PKV werden demgegenüber wagnisgerecht in Abhängigkeit von Tarif, Geschlecht und Alter kalkuliert. Alleine schon von daher kann aus der allgemeinen Ausgabenentwicklung nicht auf die Beitragsentwicklung einzelner Tarife geschlossen werden.

Denn die Situation im jeweiligen Tarif kann durch (teilweise sogar arzt spezifische) Sondereinflüsse bestimmt sein, die sich erheblich auf die Beiträge auswirken. Auf die wichtigsten möchten wir im Folgenden eingehen:

(I)
Die früher übliche kostengünstige Kollegenbehandlung ist rückläufig; immer häufiger stellen Ärzte untereinander ganz normale Rechnungen aus; hieraus resultierende Kostensteigerungen müssen wir an unsere Kunden weitergeben.

Dennoch: Die Beiträge unserer Medizintarife liegen immer noch deutlich unter den Beiträgen vergleichbarer Tarife für Nicht-Ärzte.

(II)
Es ist richtig, dass im Vertrag von Herrn Dr. Lohmann die Beitragserhöhungen seit 2006 kräftiger ausgefallen sind. Nicht zuletzt spielt hier der stärkere Anstieg zum 01.01.2008 mit hinein, der auf folgende vom Gesetzgeber veranlasste Verfahrensumstellung zurück zu führen ist: Als Folge des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) werden ab 1. 1. 2008 die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft auf beide Geschlechter verteilt. Bisher wurden diese Kosten ausschließlich bei den Frauen verrechnet.

Tendenziell führt diese Umlage zu höheren Beiträgen bei Männern und zur Entlastung der Beiträge bei Frauen. Da in den Arzttarifen – im Vergleich zu Tarifen für Nicht-Ärzte – (erfreulicherweise!) weit überdurchschnittlich viele Geburten abgerechnet

net werden, führte diese Gesetzesänderung nachgewiesenermaßen zu erheblichen Beitragserhöhungen bei Männern, aber auch zu nennenswerten Beitragsentlastungen bzw. nur zu geringeren Erhöhungen bei Frauen.

So konnten im von Herrn Dr. Lohmann versicherten Tarif die Frauenbeiträge zum 1. 1. 2008 stabil gehalten oder sogar gesenkt werden, so dass sich hier im Zeitsegment 2005 bis 2008 unter sonst gleichen Umständen nur sehr moderate Erhöhungen ergaben.

(III)

Im Unterschied zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfassen Beiträge in der PKV auch Anteile zum Aufbau der Alterungsrückstellungen. Die regelmäßige und in kurzen Abständen realisierte Einberechnung neuer Sterbetafeln berücksichtigt die längere Lebenserwartung, verbessert somit die Vorsorge für das Alter, erfordert aber auch einen – im Vergleich zu den Leistungsausgaben – überproportional höheren Beitrag.

(IV)

Alle angesprochenen Einflüsse führten dazu, dass gerade Tarife ohne jeden Selbstbehalt im ambulanten bzw. stationären Bereich (wie zum Beispiel unser Tarif JA) branchenweit mittlerweile ein etwas höheres Beitragsniveau erreicht haben. Die Vereinbarung eines Selbstbehaltes bei ansonsten unveränderten Versicherungsleistungen entlastet die Beitragssituation spürbar.

Und nicht zuletzt möchten wir betonen, dass unsere Tarife sehr leistungsstark sind – auch und gerade in sehr kostenintensiven Bereichen wie Zahnersatz und Implantat-Behandlung. Die Leistungserstattung in unserem Hause erfolgt dabei schnell, fair und unbürokratisch, was gerade die Kunden sehr zu schätzen wissen, die aufgrund schwerer Erkrankungen hohe Rechnungen bei uns einreichen müssen. Eine auch denkbare „restriktive“ Erstattungspraxis käme sicherlich dem Beitragsniveau zugute, aber nicht den erkrankten Personen, die uns am dringendsten brauchen. Darüber hinaus weisen wir auf unsere

umfassenden Assistance-Leistungen hin, die wir in Kürze sogar noch erweitern wollen. Unsere Kunden werden wir demnächst darüber informieren.

Ein Punkt soll ganz deutlich herausgestellt werden:

Unser Verwaltungskostensatz konnte in den vergangenen Jahren regelmäßig abgesenkt werden. Wenn Beitragsanpassungen erforderlich wurden, dann immer nur in dem Ausmaß, wie es aufgrund erhöhter Leistungsausgaben an die Versicherten erforderlich war – jedoch keinesfalls um Gewinne zu maximieren. Jeder anderen Vorgehensweise würde der unabhängige Treuhänder nicht zustimmen, und unsere Aufsichtsbehörde würde eingreifen.

Übrigens: Gewinne dürfen wir als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ohnehin nicht erzielen; alle Überschüsse fließen letztlich an die Versichertengemeinschaft zurück. 90 Prozent der zur Verfügung stehenden Zinserträge werden zur Beitragsentlastung im Alter verwendet. Mindestens 80 Prozent des danach verbleibenden Rohüberschusses fließen in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Mit diesen Mitteln finanzieren wir unsere anerkannt hohen Bar-Beitragsrückerstattungen im Falle der Leistungsfreiheit und mildern notwendige Beitragserhöhungen; diese Maßnahmen kommen somit unseren Kunden unmittelbar zugute. Der Rest des Rohüberschusses dient – nach der vorzunehmenden Besteuerung – der Stärkung des Eigenkapitals der Gesellschaft und kommt damit ebenfalls allen Versicherten als Garantie und Haftungsmittel zugute. Was die Situation am Markt betrifft, so zeigen umfassende von uns durchgeführte Marktanalysen, dass wir gerade im Bereich der Arzt- und Zahnarztтарife über sehr konkurrenzfähige Produkte mit einem ausgezeichneten Preis-/Leistungsverhältnis verfügen.

Bernd Jansen
Vorstandsvorsitzender der
INTER Krankenversicherung aG
Erzbergstraße 9 – 15, 68165 Mannheim

ינואר?

Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2008

Als Freund der hebräischen Sprache bin ich immer erfreut, Hebräisch im Alltag vorzufinden, was ja in Deutschland nicht allzu häufig passiert. Umso mehr begeisterte es mich, ein paar hebräische Lettern im Ärzteblatt wahrzunehmen und dies sogar auf den ersten Seiten. Allerdings stellten Sie mir damit ein Rätsel:

Januar heißt im Neuhebräischen ebenfalls Januar. Auf Hebräisch sieht das folgendermaßen aus: ינואר (wobei meine Punktierung, nicht korrekt ist, aber die Symbole von Word geben nicht die volle Bandbreite der Punktierung wieder). Im Althebräischen erfolgte eine andere Monateinteilung. Das hebräische Wort im Editorial des „Ärzteblatt Sachsen“, 1/2008, schien jedoch am rechten und am unteren Wortrand abgeschnitten. Dies lässt nun eine breite Interpretation der möglichen Buchstaben offen. Fast jeder hebräische Buchstabe könnte hinter der abgeschnittenen rechten Letter stehen. Ebenfalls sehen ינ am unteren Bildrand abgeschnitten nahezu identisch aus. Ich vermutete jedoch, dass das geschriebene Wort irgendetwas mit Januar zu tun haben sollte. Hebräisch wird, wie auch Arabisch, von rechts nach links gelesen. Nach langem Nachdenken kam mir trotzdem die Überlegung ob das im Artikel verwendete Wort rückwärts zu lesen ist. Und wirklich nur von links nach rechts gelesen (im Hebräischen also rückwärts) kann man aus dem abgeschnittenem Wort ein Januar machen. Wie auch immer, da in Sachsen nicht allzu viele Mitbürger über hebräische Sprachkenntnisse verfügen, wird dies wohl nicht allzu sehr aufgefallen sein.

Stattdessen noch eine andere hebräische Anekdote, die den Jahresbeginn betrifft:

Sicherlich haben sich schon viele gefragt, warum man sich kurz vor Silvester immer einen „guten Rutsch“ wünscht. Abgesehen von Glatteis und hohem Alkoholpegel rutscht

man zum Jahreswechsel nicht allzu oft. Die Lösung erfuhr ich im Hebräischunterricht. Über das Jiddische kam das hebräische Wort „Rosch“ zu uns. Dies bedeutet Kopf, Haupt und Anfang. Und so wünschte man sich einen guten Anfang, einen guten „Rosch“. Das jüdische Neujahrsfest heißt so „Rosch ha Schannah“ – Anfang / Kopf des Jahres.

Dr. med. Dörte Domaschke
Erlenstraße 17
01097 Dresden

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Offener Brief zum Thema Regresse durch Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen „Sonstigen Schadens“ oder Erfahrungen eines Kassenarztes im Umgang mit Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen

Die Veröffentlichung des Briefes von Herrn Kollegen Dr. Schäfer in den KVS-Mitteilungen Heft 7-8/2007 und im Ärzteblatt Sachsen 9/2007 gibt mir Anlass, auch meine Erfahrungen mit dem „Prüforgan“ dem interessierten Leser mitzuteilen.

Am 18. April 2006 erreichte mich ein Schreiben der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien mit dem Antrag der AOK auf Prüfung zur Feststellung eines sonstigen Schadens und der Forderung um Rückzahlung von 96,66 € für unzulässige Verordnungen aus dem 3. Quartal 2004. Dem Prüforgan waren am 12.04.2006 von der AOK insgesamt 9 Images (Rezeptkopien) zugesandt wurden. Bei näherer Betrachtung der Kopien stellte ich fest, dass es sich bei 4 der 9 Verordnungen um BVG-Rezepte handelte, die bekanntermaßen nicht zu Lasten der AOK, sondern zu Lasten des Versorgungsamtes gehen und von mir korrekt ausgestellt wur-

den. Die Ziffer 6 im Kästchen BVG war sichtbar eingetragen. Eine weitere Verordnung stammte aus dem Quartal 2/2002 und eine Verordnung war eindeutig von einer anderen Arztpraxis ausgestellt worden, was die AOK in ihrem Antragseifer offenbar übersehen hatte.

Letztlich blieb eine Forderung in Höhe von 13,53 € bestehen, welche unterhalb der Bagatellgrenze von 25,60 € lag. Daher legte ich Widerspruch ein und wurde mit Bescheid aus der Sitzung vom 06.10.2006 vom Prüforgan nun mit einem Regress von 34,86 € bedacht (Az. 06D058-0015).

Da mir das ganze Verfahren unverständlich und fehlerbehaftet erschien, rief ich den Beschwerdeausschuss des Prüforgans an und stellte einen Antrag auf persönliche Anhörung. Die Ausschusssitzung fand am 21. März 2007 in der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien statt. Ich sah mich mit 10 Vertretern des Prüforgans konfrontiert, dem Vorsitzenden, der Vertreterin der Geschäftsstelle, jeweils 4 Vertretern der Krankenkassen und 4 Ärzten als meine Interessenvertreter. Sicherlich etwas erregt aber inhaltlich sachlich erläuterte ich dem Beschwerdeausschuss anhand der Images meinen Widerspruch, worauf man mich ohne weitere Nachfragen aus dem Ausschuss entließ.

Zu meinem Erstaunen erreichte mich wenig später der Widerspruchsbescheid vom Beschwerdeausschuss (Az 06D058-0015-B) mit einer Regressforderung von jetzt 45,97 €.

Erst die Zustellung meiner Klage vor dem Sozialgericht Dresden (Az S 11 KA 1097/07) änderte die Beurteilung meines Widerspruchs durch das Prüforgan, welches nun vielleicht meinen

Argumenten folgen konnte und dem Sozialgericht eine Anerkennniserklärung zusandte. Damit wurde der Streitfall vom Sozialgericht per Beschluss vom 09.10.2007 beendet. Die Kosten des Verfahrens wurden dem Prüforgan auferlegt.

Nachsatz:

Auch wenn es sich im geschilderten Fall um einen Einzelfall handeln sollte, so stimmt er mich betroffen und macht mich nachdenklich.

Die Prüfungsvereinbarungen, deren Rechtsgültigkeit ich persönlich anzweifle, benachteiligen ganz offensichtlich Vertragsärzte gegenüber Prüfungsgremien und Krankenkassen. Trotz der vielfältigen und unübersichtlichen Regelungen im Arzneimittelrecht wird von jedem Vertragsarzt bei seinen Verordnungen eine Präzision gefordert, die selbst das Prüforgan in einer langwierigen Prüfprozedur mit vielen Mitarbeitern nicht annähernd erreicht.

Auch die sogenannte Bagatellgrenze von 25,60 € halte ich für viel zu niedrig. Unter Ausnutzung der Prüfungsvereinbarung können so Krankenkassen ohne großen Aufwand Honorar von Ärzten zurückfordern. Als Bagatellgrenze sollte anstelle einer wie mir scheint aus der Luft gegriffenen Zahl besser über einen gewissen Prozentsatz vom Verordnungsvolumen als Auffälligkeitskriterium für ein Prüfverfahren verhandelt werden.

Schließlich frage ich mich, wie die Ärztevertreter bei den Verhandlungen zu den Prüfungsvereinbarungen und in den Ausschüssen der Prüfungsgremien agieren und wessen Interessen sie dabei vertreten.

Dr. med. Gunter Kässner
Nonnenstraße 44
04229 Leipzig

Pro und Contra zum gemeinsamen Einsatzprotokoll Notarzt/Rettungs- assistent

Mit der Entscheidung gegen das alte sächsische Rettungsprotokoll und für das Notarztprotokoll der Deutschen Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) ist im Jahr 2007 auch die alte Diskussion wieder aufgenommen, ob und wie der Rettungsassistent nun dokumentieren solle. Mit der Veröffentlichung der ersten Version des „Sachsenprotokolls“ 1993 (Burgkhardt, M., 1993) war man davon ausgegangen, dass die Dokumentation von Rettungseinsätzen sowohl vom Notarzt, wie auch im Falle der Nicht-Arzt-Begleitung vom Rettungsdienstmitarbeiter auf einem einheitlichen Protokoll erfolgen kann. Der damals geplante Dokumentationsumfang war relativ gering und es ging zunächst einmal darum, Erfahrungen mit einer sachseneinheitlichen Dokumentation zu gewinnen. Mit der nunmehr für 2008 festgelegten Einführung des DIVI-Protokolls in der Version 4.2 sind aber diese Überlegungen aus ärztlicher Sicht zu verwerfen.

Hp. MOECKE und F. W. AHNEFELD fordern bereits 1994 anlässlich eines Workshops zum Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin ein abgestuftes Dokumentationssystem zwischen arztbesetzten und nicht-arztbesetzten Rettungsmitteln. Die Notwendigkeit eines unterschiedlichen Dokumentationssystems ergibt sich aus der unterschiedlichen Qualifikation der Anwender (Arzt, Rettungsassistent) und letztlich auch aus dem

unterschiedlichen Aufgabenprofil der Systeme. Ein Verlust erhobener Daten auf zwei unterschiedlichen Protokollen ist nicht zu befürchten, da das Rettungsdienstprotokoll eine Teilmenge der Daten des Notarztprotokolls enthält. Somit ist auch die Zusammenführung der Daten in einem Datenpool möglich.

V. DOERGES (2007) ist gleichfalls ein Verfechter eines eigenständigen Rettungsprotokolls für den Rettungsassistenten (RA) und verfügt in Schleswig-Holstein dazu über positive Erfahrungen. Er stellt aber auch fest, dass die von den RA erhobenen Daten mit dem Datensatz des Notarztprotokolls kompatibel sein müssen.

P. SEFRIN (2007) betont in einer aktuellen Aussage, dass es sich bei dem DIVI-Notarztprotokoll um ein Instrument der ärztlichen Dokumentation handelt, das der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Er stellt klar, dass auf dem Notarztprotokoll die ärztlichen Maßnahmen aufgelistet werden und dass es zugleich das Übergabeprotokoll für die aufnehmende Klinik ist. Das Rettungsdienstprotokoll des RA dagegen dokumentiert primär die Abrechnungsdaten und die rettungsdienstlichen Maßnahmen. Nachdem rechtlich zwischen dem Notarzt und dem Patienten ein Behandlungsvertrag – im Gegensatz zum Transportauftrag des Rettungspersonals – zustande kommt, unterliegen die Wahrnehmungen und Befundergebnisse am Notfallpatienten der ärztlichen Schweigepflicht (Sefrin, P., 2007).

Neben der skeptischen Betrachtung eines zu schaffenden gemeinsamen Protokolls und der deutlichen Ten-

denz zu zwei getrennten Dokumentationsformularen, gibt es allerdings auch vehemente Pro-Vertreter des gemeinsamen Protokolls. So wurde im Rahmen einer Dissertation für Mecklenburg-Vorpommern das einheitliche Protokoll Notarzt/Rettungsassistent landesweit eingeführt, dessen Wirksamkeit auch heute noch nachdrücklich betont wird (Matthes, N., 2008).

Es ist mit Nachdruck darauf zu bestehen, dass Fragen der ärztlichen Dokumentation von den Gremien der verfassten Ärzteschaft zu behandeln sind. Aus diesem Grunde hat die Sächsische Landesärztekammer beschlossen, dass 2008 in Dresden in einem gemeinsamen Workshop die Ausschüsse „Notfall- und Katastrophenmedizin“ und „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ sich zu Fragen der Qualitätssicherung in der außerklinischen Notfallmedizin beraten werden. Ziel soll sein, dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer eine Empfehlung in die Hand zugeben, mit der in gemeinsame Beratungen mit der Arbeitsgemeinschaft für die notärztliche Versorgung (ARGE NÄV) gegangen werden soll, um im Rahmen der Qualitätssicherung als Grundlage eine optimale Dokumentation für Notfallpatienten zu schaffen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers
Dr. med. Michael Burgkhardt
Ausschussvorsitzender Notfall- und
Katastrophenmedizin
der Sächsischen Landesärztekammer
Gletschersteinstraße 34
04299 Leipzig

Strukturtransfer und Eigensinn – Die Psychiatriereform in Sachsen nach 1990

– ein psychiatriehistorischer Beitrag –
Shaker Verlag Aachen 2007

von Ulrike Hahn
ISBN 978-3-8322-6357-7

Die vorliegende Arbeit – im Rahmen der Schriftenreihe des Instituts für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin (Bd. 2/2007) erschienen – ist die Veröffentlichung einer Dissertationsschrift, die unter Leitung von Prof. Dr. E. v. Kardoff entstand. Professor von Kardoff war selbst sächsischer Koordinator der Psychiatrieplanung der Landesregierung nach der Wende und mithin initiativ und moderierend in die Entwicklung der Sächsischen Psychiatrie nach der Wende einbezogen.

Die Autorin legt einen umfangreichen Bericht (339 Seiten) unter Zugrundelegung von 373 Literaturquellen dar.

Der an der Entwicklung der Sächsischen Psychiatrie der Vor- und Nachwendezeit mitbeteiligte Rezensent kann von daher eingangs feststellen, dass außerordentlich gründlich und dabei absolut themenbezogen recherchiert wurde.

Die Autorin beschreibt den Transformationsprozess der Psychiatrie in Sachsen, der von maßgeblichen Ausgangsbedingungen, dem Erfordernis der Anpassung der Versorgungsstrukturen an die bundesrepublikanischen Bedingungen, dem Versuch, das vorhandene Potential in seinen fachlichen und persönlichen und strukturellen vernünftigen Aspekten zu erhalten und weiter zu entwickeln, bestimmt wurde.

Die Ausgangsbedingungen waren in weiten Teilen höchst bedenklich: Disaströse Verhältnisse in vielen psychiatrischen stationären Einrichtungen, Mangelversorgung im ambulanten wie stationären Bereich, personenbezogene Hypothesen, was politischen Missbrauch der Psychiatrie

anging und auch teilweise Fachideologien, die nicht mehr den modernen Stand der Psychiatrie entsprachen.

Dies alles aufzuarbeiten, neu zu gestalten und strukturell zu verbessern, war eine enorme Aufgabe. Die Autorin legt dies detailliert dar und liefert so ein Stück deutscher Psychiatriegeschichte von 1990 bis 2000, die sorgfältiger und akribischer nicht hätte gestaltet werden können.

Die Arbeit teilt sich in sieben Abschnitte, die wegen des Umfangs nicht einzeln beschrieben werden können. Herausgehoben werden das Eingangskapitel zu methodischen und methodologischen Aspekten, sozialhistorischer Forschung mit empirischen, deskriptiven Anteilen und dem für solche Forschungen so wichtigen Anteil von 31 Interviews von Zeitzeugen. Offizielle Dokumente, fachliterarische Einlassungen, Archivalien bilden des Weiteren die Grundlage von Informationen, die zu kanalisieren und auch einzugrenzen der Autorin ausgezeichnet gelingt. Dieses Einleitungskapitel atmet methodologisches Bewusstsein und fachlich ungewöhnliches Niveau.

Akteure der Abläufe kommen in einem weiteren Kapitel ausführlich zu Wort und bieten auf diese Weise gute Grundlagen einer historiographischen Analyse. Beziehungsvoll wird der Begriff des „Eigensinns“ als einer Handlungsmöglichkeit aus den interiorisierten eigenen Werten den Erfordernissen des notwendigen Transformationsprozesses gegenübergestellt und gewissermaßen auch psychohistorische Elemente zum Schwingen gebracht (die Geschichtswissenschaft spricht von Emotionologie).

Weitere Kapitel befassen sich dann mit der Programmatik der Psychiatriereform und der Psychiatriepolitik in Sachsen mit besonderer Würdigung der sehr förderlichen Rolle des ersten Gesundheitsministers in Sachsen, Dr. Hans Geisler, und mit der Umsetzung gemeindenaher psychiatrischer Konzepte (zum Beispiel in Südwestsachsen oder in Leipzig). In einem Schlussabschnitt wird versucht, die Fülle der Informationen in einem Phasenmodell der Sächsischen Psychiatriereform zu gliedern und die Abläufe thesenhaft zu fixieren.

Die Autorin legt eine lesenswerte, interessante und sorgfältig erarbeitete Studie vor. Sie ist den in der sächsischen Psychiatrie Tätigen und tätig Gewesenen sowie allen Psychiatrie- und medizinhistorisch interessierten Lesern unbedingt zum Studium empfohlen; zugleich setzt sie aus Sicht des Rezensenten Maßstäbe in der wissenschaftlichen Bearbeitung von Partialbereichen gesellschaftlicher Entwicklungen.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Richard-Merten-Preis 2008 ausgeschrieben

Im Jahr 2008 wird wieder der mit 10.000 Euro dotierte Richard-Merten-Preis ausgeschrieben. Die Stiftung zeichnet erneut Arbeiten aus, die eine Verbesserung des medizinischen, pharmazeutischen oder pflegerischen Handelns ermöglichen und einen herausragenden Beitrag zum medizinischen, sozialen, sozialpolitischen oder wirtschaftlichen Fortschritt im Gesundheitswesen leisten.

Die Ausschreibung richtet sich an Arbeiten aus dem gesamten Gesundheitswesen, die sich mit einem der folgenden drei Schwerpunkte befassen:

- Innovationen in der Humanmedizin und der Medizininformatik,
- Arzneimitteltherapie,
- Patienten-Compliance.

Die zur Bewertung vorgelegten Arbeiten dürfen nicht länger als 32 Manuskriptseiten sein und müssen samt Anschreiben, Abstract, Lebenslauf und Foto des Bewerbers sowie der Versicherung, die Arbeit für keine andere Auszeichnung eingereicht zu haben, bis zum 31. Mai 2008 bei der Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis eingegangen sein.

Weitere Informationen sowie den genauen Ausschreibungstext erhalten Sie unter: www.richard-mertenpreis.de oder bei der Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis, c/o MCS AG, Im Kappelhof 1, 65343 Eltville.

Prof. Dr. med. habil. Werner Göhler zum 80. Geburtstag



Professor Werner Göhler feierte am 28. 2. 2008 seinen 80. Geburtstag. Zu diesem Jubiläum möchten wir ihm auch im Namen seiner ehemaligen Kolleginnen und Kollegen herzlich gratulieren. Geboren in Leipzig, wo er auch seine Kindheit verbrachte, studierte er an der hiesigen Universität von 1947 bis 1954 Humanmedizin. Unmittelbar danach begann er seine wissenschaftliche Laufbahn am Leipziger Institut für Gerichtliche Medizin und Kriminalistik. Seine Tätigkeit umfasste die Ausbildung bzw. Fortbildung sowie auf wissenschaftlichem Gebiet von Anfang an das Leichenschauwesen, die forensische Pathologie und vorrangig das Gebiet der Serogenetik. In den Jahren 1956 bis 1959 wechselte er als wissenschaftlicher Assistent an das Institut für Pathologie der Universität Greifswald. Danach arbeitete Werner Göhler bis 1961 als Oberarzt am Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Rostock. 1960 promovierte er in Rostock „Zum Problem der Sterilisation aus medizinischer und erbmedizinischer Indikation“ und führte wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiet der Serogenetik zur Feststellung von Merkmalen des Gm-Systems durch. Diese Ergebnisse waren international hoch geachtet.

1961 kehrte er nach Leipzig zurück und war fortan Prosektor, stellvertretender Institutsdirektor und Leiter der Abteilung Serologie. Diese Funktion hatte er bis zur Pensionierung inne. Seine Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Serologie mündeten letztlich in die Habilitation zum Thema „Genetische Untersuchung zum Gm-System“ im Jahr 1966. 1967 erhielt er eine Dozentur und 1980 eine außerordentliche Professur. In den Jahren 1966 bis 1968 war Göhler nebenamtlich kommissarischer Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Rostock.

Seine umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit führte zu einer Vielzahl von Publikationen, Buchbeiträgen und Lehrbüchern. Er setzte sich auch intensiv mit ethischen und rechtlichen Aspekten der Humangenetik auseinander. Neben seiner Tätigkeit als Wissenschaftler am Institut bekleidete er verschiedene Ämter in Fachgesellschaften. So zum Beispiel als Vorsitzender des Beirates für Morphologie beim Präsidium der Gesellschaft für experimentelle Medizin der DDR von 1969 bis 1974, als Mitglied im Vorstand der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin der DDR in den Jahren 1969 bis 1973, als Vorsitzender der Revisionskommission dieser Gesellschaft von 1973 bis 1978 sowie der Gesellschaft für Humangenetik von 1978 bis 1986. Er ist Ehrenmitglied der Gesellschaft für Humangenetik seit 1990. Bis 1990 war er ebenfalls Mitglied der Gesellschaft für Hämatologie und Bluttransfusion der DDR. Auch angesichts seiner herausragenden wissenschaftlichen Tätigkeit und der nebenamtlichen kommissarischen Direktionstätigkeit am Institut für Gerichtliche Medizin in Rostock von 1966 bis 1968 war es Werner Göhler, den politischen Verhältnissen geschuldet, trotz dreimaliger Berufungsvorschläge nicht vergönnt, das angestrebte Ordinariat in dieser Einrichtung zu erhalten.

In Anerkennung seiner Verdienste auf dem Gebiet der gerichtlichen Medizin wurde ihm die Richard-Kockel-Medaille und auf dem Gebiet der Humangenetik 1988 die Karl-Lohmann-Medaille verliehen.

Zahlreiche Promovenden und Habilitanten haben ihm für eine anspruchsvolle und hilfreiche Betreuung zu danken. Sein Name ist mit der forensischen Serogenetik untrennbar verbunden.

Bei dem Versuch, es Göhler in seinen Stärken nachzutun, war uns – seinen Kollegen und Schülern – oft nur ein partieller Erfolg beschieden: Die Akribie und Disziplin, die es ihm ermöglichte, sich bei Dienstbeginn hinter seinen Schreibtisch zu setzen und Blatt für Blatt, von ganz weit links oben bis ganz weit rechts unten, in immer gut leserlicher, kleiner Schrift mit den Manuskriptzeilen der „Forensischen Medizin,“ oder der „Menschlichen Blutgruppen“ zu füllen (beide als Herausgeber und Autor, zusammen mit Prokop) und sich erst zu Dienstende – nach kaum nennenswerten Unterbrechungen – wieder zu erheben, ist wohl für die meisten von uns unerreichbar geblieben. Mit Bewunderung konnten wir Göhler beobachten, wie er sich – als Allround-Gerichtsmediziner lediglich über die Blutgruppen mit der Humangenetik vertraut – mit 50 Jahren in sein neues Fachgebiet einarbeitete, und sich – binnen Kurzem – als Vorsitzender der Gesellschaft für Humangenetik den Respekt auch der klinischen Humangenetiker erworben hatte. Als Gastgeber und Organisator von Tagungen war Göhler nicht zu übertreffen. Seine Ansprachen auf den Gesellschaftsabenden bleiben unvergessen, ebenso die für die Weihnachtsfeiern des Instituts professionell von ihm zubereiteten Gänse. Danke für Alles!

Ein passendes Motto für sein bisheriges Leben: Tages Arbeit – abends Gäste; saure Wochen – frohe Feste. Wir wünschen Werner Göhler, dass seine Kräfte es ihm auch in Zukunft erlauben mögen, mit seinen Gästen frohe Feste zu feiern.

PD Dr. med. Rüdiger Lessig, Institut für
Rechtsmedizin der Universität Leipzig
Prof. Dr. A. Du Chesne, Münster

Unsere Jubilare im April wir gratulieren

60 Jahre

08. 04. Dipl.-Med. Heymann,
Andreas
01809 Dohna
10. 04. Dr. med. Krause, Jutta
02779 Hainewalde
22. 04. Dr. med. Storch, Wulf-Hinrich
12159 Berlin
28. 04. Dr. med. Petzold, Horst
08525 Plauen
29. 04. Dr. med. Mamat, Hartmut
02979 Elsterheide

65 Jahre

02. 04. Prof. Dr. med. habil.
Geyer, Michael
99094 Erfurt
02. 04. Jensen, Ute
01217 Dresden
04. 04. Dr. med. Forberger, Sabine
01662 Meißen
04. 04. Dr. med. Friedrich, Isolde
08371 Glauchau
04. 04. Seitz, Gisela
04249 Leipzig
05. 04. Dr. med. Kästner, Roswitha
08258 Markneukirchen
05. 04. Dr. med. Richter, Dietlinde
08547 Jöbnitz
06. 04. Dr. med. Auerbach,
Hans-Jörg
09353 Oberlungwitz
08. 04. Rauthmann, Sabine
04746 Hartha
08. 04. Dr. med. Wetzel, Egbert
01445 Radebeul
11. 04. Dr. med. Hildesheim, Otto
02708 Löbau
12. 04. Gürtler, Inka
04680 Colditz
12. 04. Prof. Dr. med. habil.
Lenk, Harald
04229 Leipzig
12. 04. Dr. med. Mildner, Elisabeth
02979 Elsterheide
13. 04. Dr. med. Bachmann, Dieter
08527 Plauen
14. 04. Dr. med. Hänel, Bernd
08344 Grünhain-Beierfeld
14. 04. Dr. med. Schneider, Peter
01623 Lommatzsch
16. 04. Stadtkus, Ria
09117 Chemnitz
16. 04. Dr. med. Zocher, Birgit
09669 Frankenberg
18. 04. Dr. med. Albrecht, Christa
02827 Görlitz
20. 04. Dr. med. Remane, Sieglinde
04179 Leipzig

20. 04. Dr. med. Wolff, Reinhard
01097 Dresden
21. 04. Dr. med. Richter, Monika
01587 Riesa
23. 04. Dr. med. habil.
Modelmog, Dieter
02894 Vierkirchen
23. 04. Winkler, Bodo
01762 Obercarsdorf
24. 04. Dr. med. Herbig, Heidemarie
01277 Dresden
24. 04. Dr. med. Pollack,
Hans-Jürgen
02797 Kurort Oybin
26. 04. Dr. med. Klinghammer,
Albrecht
09131 Chemnitz
26. 04. Prof. Dr. med. habil.
Reichel, Gerhard
08060 Zwickau
27. 04. MUDr. Amlung, Monika
09128 Euba
28. 04. Dr. med. Schnorfeil, Günther
02763 Zittau
28. 04. Zuber, Ekkehart
01326 Dresden
29. 04. Dr. med. Bludau, Ingrid
04209 Leipzig
29. 04. Dr. med. Geyer, Sabine
08064 Rottmannsdorf
29. 04. Leubner, Roland
02708 Dürrhennersdorf
29. 04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Sinkwitz, Klaus-Dieter
01259 Dresden
30. 04. Dr. med. Pfeiffer, Brunhilde
01219 Dresden

70 Jahre

01. 04. Dr. med. Gottschling,
Christine
04416 Markkleeberg
01. 04. Neubert, Christiane
01217 Dresden
02. 04. Gräbner, Siegfried
02699 Neschwitz
03. 04. Dr. Georgiev, Jordan
01855 Sebnitz
03. 04. Dr. med. Herzog, Ursula
02708 Löbau
03. 04. Schabinski, Erika
09661 Rossau
06. 04. Dr. med. Beichler, Heide
01816 Bad Gottleuba
07. 04. Dr. med. Zöllner, Klaus
01744 Dippoldiswalde
09. 04. Dederer, Jaroslav
01069 Dresden
10. 04. Dr. med. Römer, Gert
04155 Leipzig
10. 04. Dr. med. Rummel, Ursula
01734 Obernaundorf
11. 04. Franz, Renate
08606 Oelsnitz

13. 04. Dr. med. Hergenhan, Ursel
04277 Leipzig
17. 04. Dr. med. Röhrmaier, Rudolf
08468 Reichenbach
19. 04. Dr. med. Sachse, Ursula
04779 Wernsdorf
20. 04. Dr. med. Gneipel, Sigrid
09619 Mulda
21. 04. Wehner, Klaus-Ulrich
09573 Augustusburg
25. 04. Dr. med. Schwäblein-
Sprafke, Ulrike
09337 Hohenstein-Ernstthal
26. 04. Wrobel, Margott
01069 Dresden
27. 04. Dr. med. Leidert, Jürgen
01589 Riesa
27. 04. Dr. med. Lenk, Christa
08064 Zwickau
27. 04. Dr. med. Liebschner, Klaus
09123 Chemnitz
27. 04. Dipl.-Med. Reichelt, Inge
09526 Olbernhau
28. 04. Dr. med. Küsel, Walter
08228 Rodewisch
30. 04. Dr. med. Matthäi, Christel
01705 Freital
30. 04. Dr. med. Reinsch, Wolfgang
01069 Dresden

75 Jahre

07. 04. Dr. med. Schmidt, Wolfgang
09130 Chemnitz
08. 04. Haack, Helga
09355 Gersdorf
10. 04. Dr. med. Haidar, Ruth
01662 Meißen
11. 04. Dr. med. Kieß, Egon
01462 Cossebaude
12. 04. Dr. med. Theile, Inge
04319 Leipzig
14. 04. Dr. med. Mühler, Isolde
04808 Thallwitz
26. 04. Brockelt, Waldtraut
01277 Dresden
26. 04. Dr. med. Lange, Christian
08396 Waldenburg
26. 04. Dr. med. Schultze,
Hans-Ulrich
04357 Leipzig

80 Jahre

01. 04. Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
16. 04. Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz
23. 04. Dr. med. Langer, Christoph
08107 Kirchberg
26. 04. Dr. med. Dix, Christa
09232 Hartmannsdorf
26. 04. Dr. med. Trautwein, Hans
01920 Haselbachtal

81 Jahre

- 03. 04. Dr. med. Zerres, Maria
04299 Leipzig
- 22. 04. Dr. med. habil.
Voigt, Günther
09113 Chemnitz

82 Jahre

- 03. 04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
- 29. 04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

83 Jahre

- 12. 04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz
- 23. 04. Dr. med. Ziesche, Helmut
02625 Bautzen

84 Jahre

- 02. 04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

86 Jahre

- 18. 04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

87 Jahre

- 03. 04. Dr. med. Weiser,
Hans-Guido
04425 Taucha
- 20. 04. Dr. med. Huss, Joachim
02953 Bad Muskau

88 Jahre

- 15. 04. Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
- 28. 04. Dr. med. Kolbe, Christel
01326 Dresden

- 29. 04. Dr. med. Schubardt,
Ingeborg
08645 Bad Elster

89 Jahre

- 05. 04. Dr. med. Altekrüger,
Hildegard
09648 Mittweida
- 28. 04. Dr. med. Ludwig, Ilse
01844 Neustadt

90 Jahre

- 23. 04. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau

91 Jahre

- 18. 04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

Herzfabrik

Natürlich war ich eine halbe Stunde zu früh da. Ich meldete mich am Tresen der Klinik zur vereinbarten Katheteruntersuchung. Mein Ambulanzdoktor müsste alle Unterlagen samt Einweisungsschein hinterlegt haben und da sei ich.

„Gehen sie in den Wartebereich, die Aufnahme kommt gleich“, hieß es. Nach einer Weile kam dort auch eine ältere Dame mit ihrer Tochter an.

„Ist das hier die Aufnahme?“, fragte sie.

„Ich denke schon“, sagte ich, computerbestückte Schreibtische hinter einer Glaswand ließen es vermuten. Nun entwickelte sich ein minutenlanges Streitgespräch mit der Tochter. „Wird schon richtig sein“, beruhigte diese, was aber nicht lange vorhielt. Eine vorbeieilende Schwester wurde in ihrem Lauf gestoppt. „Schwester, ist das hier die Aufnahme?“

„Ja, das ist die Aufnahme.“ Jetzt war Ruhe und ich konnte mich den Betrachtungen spät einlaufender, eilig hastender Ärzte hingeben, deren Erscheinungsbild im krassen Gegensatz zu dem der aus der Nachtschicht kommenden Ärzte stand, die langsam vorbeischlürften. Ein ganzer

Tross von ihnen, der zur Morgenkonferenz vorbeizog, gab mir Gelegenheit zu taxieren, welchem man denn von diesen vertrauen könnte. Es waren nicht alle. Im gleichen Moment verwarf ich natürlich eine derartige Ein- bzw. Abschätzung nach Äußerlichkeiten.

Gedankenverträumt hatte ich so schon den ersten Aufruf der Aufnahme überhört. Erneut beteuerte ich dort, der Einweisungsschein und alle weiteren Unterlagen seien von meinem Ambulanzdoktor hinterlegt.

„Ach ja“, sagte die Dame. Bei den Fragen mit wispernder, mir verhasster, weil schwer verständlicher, Frauenstimme, wem man Auskunft und Bescheid geben dürfte, wurde mir leicht mulmig zumute. Dagegen hörte ich die Frage: „Sind sie Diabetiker?“, an diesem Tage nicht zum einzigen Male.

Schließlich geleitete mich die freundliche Dame auf die Tagesstation, wo ich in einem Untersuchungszimmer abgesetzt wurde.

„Nehmen sie bitte Platz, der Doktor kommt gleich“, hörte ich und konnte es mir auf einem Stuhl gemütlich machen. Nach kurzem öffnete sich die Tür erneut, ein verschüchtertes Mütterlein wurde ins Zimmer gescho-

ben und es hieß wieder: „Nehmen sie bitte Platz, der Doktor kommt gleich.“

Wir wussten beide nicht recht, was Sache war, denn Platz nehmen konnte nur einer von uns, abgesehen von der Vorstellung, dass wir hier etwa gemeinsam untersucht werden sollten. „Das kann sicher nicht ganz richtig sein“, ließ ich mich vernehmen, wurde zum Glück auch bald durch eine Schwester bestätigt, die den Irrtum mit „ach du je“ und „hahaha“ korrigierte, indem das Mütterlein in das nächste Zimmer gebeten wurde.

Dann ging es gleich los, erst mit einer Funktionsschwester, die wiederum die Unterlagen vermisste und einige Fragen bzw. deren Beantwortung in den Computer hämmerte. „Sind sie Diabetiker?“, war auch dabei. Blutdruckmessung und Blutabnahme gehörten hier zu den schwesterlichen Aufgaben.

Dann kam der Auftritt des Doktors. Es war eine Doktorin, zweifellos die hübscheste, die ich hier bisher gesehen hatte. Vielleicht musste sie sich deshalb so blasiert und unnahbar geben, um nicht in Gefahr zu geraten. Wenn schon jemand sein Stethoskop so lässig über die Schulter

trug, so ließ das nichts Gutes erwarten. Wieder Fragen, z. B. „sind sie Diabetiker?“. Unvorsichtigerweise ließ ich bei der Anamnese einige Fachausdrücke fallen.

„Ach, sie verstehen wohl was davon?“

„Ja“, sagte ich knapp. Die nächste Frage aber, die zu erwarten gewesen wäre, blieb aus. Wundern musste ich mich über etwas anderes, nämlich im Arztbrief später lesen zu können, dass mein Gebiss saniert sei, wo sie mich doch nur gefragt hatte, ob ich eine Prothese trüge, was ich glücklicherweise verneinen konnte. Über den im Brief vermerkten Befund abgeschwächter Fußpulse brauchte ich mir andererseits keine Gedanken zu machen, da ich ja wusste, dass diese durch die Socken sicherlich schwierig zu tasten gewesen waren. Plötzlich stand mein Ambulanzdoktor im Zimmer, den die Schwester samt den gesuchten Unterlagen auffindig gemacht hatte. Der hatte gleich den Oberarzt, der die Untersuchung durchführen sollte, mitgebracht. Es stimmte also doch nicht, dass ich hier keinerlei menschliche Zuwendung zu erwarten hätte, wie ich im Vorfeld gewarnt worden war.

„Hab nur noch zwei Notfälle zu machen, dann sind sie dran“, hieß es abschließend. Immerhin tröstlich, dass man kein Notfall war.

Nach dieser Prozedur erneutes Warten vor der Station. Die Schwester, die mich abholen kam, erweckte in mir ein mitleidiges Gefühl. Ach, die Arme, dachte ich, sieht schon so alt aus und muss noch arbeiten. Ihren Griff nach der Tasche konnte ich in einem Anflug von Galanterie verhindern.

„Nein, nein, lassen sie mal, kommt doch nicht in Frage!“ Ich folgte ihr in das Vorbereitungs- oder auch Nachbetreuungszimmer, wie immer es auch heißen mag, bekam eines von den sechs Betten, die meisten schon belegt, zugewiesen, eines von den attraktiven OP-Hemden mit hinterem Schlitz in die Hand gedrückt und klare Anweisung.

„Tasche hier an das Fußende, Schuhe unter die Matratze. Schränke haben wir nicht“, kam die Erklärung hinterher.

Bevor ich noch mein Gegenüber richtig betrachten konnte, der sein Bett wahrlich ausfüllte, so dass die Bettdecke sogar einen Berg bildete, versperrte mir ein Lamellenvorhang die weitere Sicht und ich konnte mich vom Ballast der Alltagskleidung befreien. Jetzt war es zu spät, vom Fließband zu springen. Alles, was ich zunächst spürte, waren kalte Füße.

Neue Patienten kamen hinzu, andere von der Untersuchung zurück, einige wurden auf die Klinikstation verlegt, ein ständiges Kommen und Gehen.

„Toller Betrieb hier“, sagte jemand.

„Ist doch ruhig heute“, meinte die Schwester.

Da ich die Tür im Blick hatte, konnte ich die Technik der Schwestern bewundern, die sie zum offen halten der Tür beim Herein- und Hinauschieben der Betten anwendeten. Dazu wurde jeweils der Kehrwagen an die Tür gelehnt, anders ging es offenbar nicht. Wundern konnte ich mich nur darüber, dass es Männer gab, die am hellerlichten Tag und bei all diesem Trubel in lautes Schnarchen verfallen konnten.

Lange dauerte es nicht und der Vorhang öffnete sich.

„Sie sind schon dran“, sagte eine Schwester und warnte mich zugleich. „Hände weg, unter die Bettdecke damit!“

Richtig so, ich hätte sie mir schon bei der ersten Ecke eingeklemmt. Im Laufschrift wurde mein Bett um fünf weitere Ecken und schließlich in einen langen Gang geschoben. An die Decke starrend kam ich mir vor, als führte ich die Kamera in einem Film, vorbei an Neonbeleuchtungen, blinkenden Lampen, den Leuchtschildern Katheterlabor 1, Katheterlabor 2, Katheterlabor 3. Halt, hier ging es in eine scharfe Kurve, die nur durch mehrfaches Hin und Zurück bewältigt werden konnte. Vom Bett auf den OP-Tisch zu rutschen ging ja noch. Den Kopf an der Röntgenröhre vorbei zu kriegen war schwieriger. Die schützende Hand einer Schwester verhinderte, dass ich mir eine Beule holte.

„Keine Angst, das tut bei uns nicht weh. Gefäße haben keine Nerven“, sagte sie.

„Ja, aber ich habe welche!“. Als wenn man sich nur vor Schmerzen fürchten müsste.

Sie schob eine Bleiglaswand heran, zum Schutz vor den Röntgenstrahlen, wie sie sagte. Sie sagte es aber so, dass ich mich sicher fühlen sollte, wo ich doch wusste, dass dieser Schutz den Untersucher der Sorge um sich und seiner nächsten Kinder entheben konnte.

„Los geht's!“, sagte ein vermurmtes, durch die Brille guckendes Gesicht zu mir. Das am Monitor sichtbare EKG näherte sich während der Untersuchung kurzzeitig der Form einer wildgewordenen Hirnstromkurve, was ungeheuer beruhigend wirkte. An Hand der Bilder bekam ich am Ende alles erklärt und konnte zufrieden sein.

Zurück ins Zimmer. Dort hieß es nach Entfernung der Kanüle und minutenlangem manuellen Druck auf die Leiste, „Beine anstellen, Po hoch!“ Das waren wenigstens klare Befehle. Gewickelt und geschnürt lag ich danach flach wie eine Flunder im Bett.

Eine Rundumfrage läutete das Mittagessen ein. „Ist hier jemand Diabetiker?“ Ich bekam ein Lätzchen umgehängt und eine Schale Kartoffelsuppe mit Würstchen auf den Bauch gestellt.

„Na, ob das geht?“, meldete ich Zweifel an.

„Kein Problem!“, sagte die Schwester und stellte das Bett schräg, so dass ich mich wie auf einem Rutschbrett bei einer Meeresbestattung fühlte. Aber so ging es tatsächlich.

„Noch ein Nachtschiff, einen Joghurt vielleicht?“

„Och, das wäre nicht schlecht.“

„Sind sie Diabetiker?“ Es hatte sich noch nicht bei allen rumgesprochen, dass ich keiner war.

Nebenan, hinter dem Vorhang, dozierte jemand offenbar einer Schülerin: „Wenn der Hoden blau anschwillt oder das Bein weiß wird, kommst du gerannt.“ Oder träumte ich schon. Die Frage hörte ich aber wirklich deutlich. „Was ist denn rausgekommen?“ „Wie bitte?“ Und lauter, jetzt nicht mehr zu überhören. „Was denn

rausgekommen ist?“ „Na ja, Gefäß!“ Das hatte sie nun von ihrer fürsorglichen Nachfrage.

Schräg gegenüber beklagte jemand, dass so viele wie er ein Herzproblem hätten. Man wäre gar nichts Besonderes mehr. „Ja, das ist so, wie wenn sie sich ein neues Auto gekauft haben. Da merken sie auch erst, wie viele das Gleiche haben“, meinte die Schwester. Recht hat sie, dachte ich. „Kann ich bitte mal mein Handy aus der Tasche haben?“, bat ich in einem günstigen Moment. „Das ist hier verboten, ich bring ihnen unser Schnurloses.“ „Ach ja, danke.“ Zu Hause war besetzt. Muss sie denn allen erzählen, wie schlecht es mir geht, noch dazu, ohne es genau zu wissen?

Nach einer Weile stellte jemand an seinem Radio eine plärrende Musik ein. Als sich die Melodie wiederholte merkte ich, dass es das abgelegte Telefon war. „Ja bitte“, meldete ich mich schüchtern.

„Hier ist der Cockpit. Wo bin ich denn gelandet?“

„Also hier ist, soweit ich weiß, kein Cockpit gelandet“, wagte ich einzuwenden. „Hier ist das Vorbereitungs- oder Wachzimmer“, ich wusste ja immer noch nicht, wie es genau heißt.

„Ach du je, da muss ich eben selber zur Schwester gehen.“

„Das kann ich ihnen leider nicht abnehmen“, bedauerte ich ehrlich. Der Weg vom Cockpit zur Schwester schien weit zu sein, denn das Spielchen wiederholte sich.

Als ein bisschen Ruhe eingezogen war, bemerkte man das Brummen, Klacken und Piepsen und das gelegentliche laut schnarrende Signal der angeschlossenen Überwachungsmonitore umso deutlicher.

Brrrrrrmm, klack, klack, klack, klack, klack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, klack, pi-ep.

Blutdruckmessung in der ersten halben Stunde aller drei Minuten, dann aller fünfzehn Minuten. Und das bei sechs Patienten im Raum!

Brrrrrrmm, klack, klack, klack, klack, klack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, klack, pi-ep.

Bei zwei Liter Trinkmenge und angeschlossener Infusion hatte man aber auch etwas anderes zu tun als nur auf die Monitorgeräusche zu achten. Die Ente war bald bis zu Halskrause voll. Um Schlimmeres zu verhüten, musste man die Scheu überwinden, die Schwester sogar wegen so etwas zu belästigen.

Brrrrrrmm, klack, klack, klack, klack, klack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, klack, pi-ep.

„Kaffee oder Tee? Und ein Keks darf es auch sein?“

„Ja, danke.“

Brrrrrrmm, klack, klack, klack, klack, klack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, klack, pi-ep. Tääät. tääät, tääät, tääät!

„Aber Schwester, was ist denn das für ein komisches Signal, das ich dauernd bei meinem Nachbarn höre?“

„Das schnarrt immer, wenn der Puls zu hoch oder zu niedrig ist. Und wenn wir im Zimmer sind, gucken wir immer gleich drauf.“

Und wenn sie nicht im Zimmer sind? Aber ich fragte lieber nicht.

Brrrrrrmm, klack, klack, klack, klack, klack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, kla-ack, klack, pi-ep.

Die ersten konnten schon gehen.

„Macht's gut, Jungs!“, verabschiedete sich so ein Hüpfper.

„Taxe schon da?“, fragte einer.

„Nicht nötig, hab das Fahrrad unten stehen, hahaha.“

Manche müssen eben hier noch den Macho rauskehren.

Nach sechs Stunden wurde auch ich vom Druckverband erlöst. „Sie haben es geschafft“, sagte die Schwester, „können sich anziehen. Die Kanüle

am Arm lassen wir noch dran, im Warteraum fallen sie nämlich reihenweise wieder um. Da ist es gut, wenn wir noch einen Zugang haben.“

Schöne Aussichten, dachte ich, schlürfte erst mal auf die Toilette, zog mich umständlich an und quälte mich schließlich ächzend vom Schuhe anziehen hoch. Als ich zur Tasche griff schrie die Schwester auf. „Halt, nicht die schwere Tasche!“

„Na, das Schuhe anziehen war schwieriger“, sagte ich.

„Hätten ja auch einen Schuhanzieher gehabt“, konterte die Schwester.

Mit der Tasche ließ ich sie diesmal gewähren.

Eine Stunde Probesitzen im Warteraum. Hier menschet es, sah man sich doch zum ersten mal per Angesicht. Ein aus meiner Sicht junger Mann, ein Hüne von Mensch, sportlicher Typ mit einem Brustkorb wie Schwarzenegger zu seinen besten Zeiten, fragte teilnahmsvoll, was denn rausgekommen sei.

„Na ja, es ist nicht normal, aber viel besser als befürchtet“, sagte ich.

„Aber sie junger Mensch können doch eigentlich noch gar nichts haben.“

„Die haben mich in der Firma kaputt gespielt. Den ersten Infarkt hatte ich noch gar nicht bemerkt, jetzt hatte ich den zweiten“, klärte er mich auf. Mensch, werde bescheiden, sagte ich mir.

Mein Sohn, der mich abholen kam, erwischte mich auf dem Gang.

„Läufst ja schon wieder rum. Wie war's?“

„Perfekt“, sagte ich.

Prof. Dr. med. habil. Edgar Rupprecht
Plauenscher Ring 36
01187 Dresden

Franziska Kunath Bilder aus Land- schaften

Mit der Ausstellung von Franziska Kunath (geb. 1964 in Dresden) zeigt die Sächsische Landesärztekammer zum dritten Mal in Folge der Landschaft und der Natur verpflichtete Werke. Nach den „Natursichten“ von Irmin Beck und der „Parallelnatur“ Gudrun Brückels trifft man nun auf innere, assoziative Landschaften, gespeist von Träumen, Gefühlen und Gedanken. Die Bilder verleugnen zwar keineswegs den Bezug zur sichtbaren Welt, vermeiden aber unmittelbar Abbildhaftes und Erzählerisches. Vielmehr möchte Franziska Kunath Unsichtbares und Unsagbares ausdrücken. Oft bedarf es dafür einer länger dauernden geistigen und malerischen Verdichtung.

Dem Entstehungsprozess der Bilder ist übrigens ihr Weg zur freien Künstlerin nicht unähnlich, arbeitete sie doch in den 80er Jahren als Maschinenbauzeichnerin. Parallel dazu absolvierte sie 1982/83 ein Abendstudium an der Hochschule für Bildende Künste Dresden und hörte 1986 bis 1989 Anatomievorlesungen. Ab 1992 – inzwischen hatte sie zwei



„In Wolke“, 95 x 79 cm, Öl auf Leinwand, 2008

Kinder – folgte das Direktstudium an der HfBK, das sie nach zwei längeren Reisen nach Norwegen bei Max Uhlig abschloss. Bis 1999 war sie auch dessen Meisterschülerin. Ein Jahr zuvor hatte sie das renommierte Hegenbarth-Stipendium der Ostsächsischen Sparkasse Dresden erhalten. Mit einem DAAD-Stipendium konnte sie 2001 erneut nach Norwegen aufbrechen, wofür sie – die Kunst Edvard Munchs eingeschlossen – eine besondere Vorliebe hegt. Mittlerweile hat

sich die Künstlerin, die im Triebischtal lebt, mit zahlreichen Ausstellungen auch überregional einen Namen gemacht.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 19. März bis 11. Mai 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 20. März 2008, 19.30 Uhr.

Prüfungsbuch für Medizinische Fachangestellte

Helmut Nuding, Margit Wagner
Holland & Josenhans, 2007
ISBN-10: 3778258303
ISBN-13: 9783778258309

Das bewährte Prüfbuch ist in seiner 12. Auflage neu bearbeitet, erweitert und aktualisiert. Es enthält Fragen und Antworten für die Vorbereitung auf die Zwischenprüfung und Abschlussprüfung, zur Wiederholung und zum Nachschlagen. Das Buch behandelt unter anderen die folgenden Themen:

Wichtige Begriffe aus dem Sprechstundenablauf, Grundlagen aus Ana-



tomie und Physiologie, allgemeine Krankheitslehre, Arzneimittelkunde, allgemeine Therapieformen, Schutz

vor Infektionskrankheiten, präventive Maßnahmen, Geräte in der Praxis zu Untersuchung und Therapie, Labor-technologie, Fachmathematik, Buchführung, Betriebsverwaltung, Wirtschaftskunde, Sozialkunde sowie Datenverarbeitung. Das Buch bietet somit das Arbeiten nach sachlogischen Themen und nach Lernfeldern. Ein Lernfeldkompass ermöglicht den lernfeldspezifischen Einsatz.

Ein Verzeichnis medizinischer Fachausdrücke und ein Sachwortverzeichnis schließen das Buch ab.

Für die Arbeit mit dem Prüfungsbuch wünsche ich den Medizinischen Fachangestellten viel Erfolg.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Ostergrüße und Osterbräuche

Unterhaltsames zum Osterfest

In Nicäa wurde im Jahre 325 n. Chr. im Rahmen des Konzils festgelegt, dass Ostern immer auf den Sonntag nach dem ersten Frühlingsvollmond fällt.

Die Dauer eines Jahres ist allerdings kein Vielfaches der Dauer des Mondumlaufes um die Erde. Somit wird Ostern zu einem beweglichen Fest. Dieses Fest findet immer zwischen dem 22. März und dem 25. April eines jeden Jahres statt.

In diesem Jahr liegt das Osterfest zeitig, da bereits am 23. März Ostersonntag ist. Weitere kirchliche Festtage leiten sich vom Ostersonntag ab, so ist Christi Himmelfahrt 39 Tage nach Ostern und Pfingstsonntag 49 Tage nach dem Osterfest.

Ostern ist das wichtigste Fest der Christen, denn am Ostersonntag wird die Auferstehung von Jesus Christus gefeiert. Aber auch für Atheisten ist das Osterfest willkommen, bringt es doch Abwechslung in die arbeitsreiche Zeit und den Jahreslauf. Diese Zeit bringt für viele Menschen die Gelegenheit Urlaub zu nehmen und zu verreisen. Je nach Gläubigkeit ist Ostern für Christen und auch Nichtchristen Anlass entweder die Kirche zum Gottesdienst zu besuchen oder auch zu Hause im Kreise der Familie und Freunde dieses Fest zu begehen.

Insbesondere für Kinder ist Ostern ein Höhepunkt. Sie freuen sich auf den Osterhasen und die Ostereier und weitere Überraschungen.

Sollten aber nun Familienangehörige oder Freunde zum Fest auswärts sein, so war und ist es Tradition zum Osterfest Grüße und Wünsche zu versenden.

Der Brauch, zu Ostern Postkarten zu verschicken, ist erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden. Etwa um 1895 wurden Osterkarten zunächst noch vereinzelt versendet, aber bis zur Zeit des Ersten Weltkrieges nahm die Zahl der verschickten Ostergrüße sehr zu.



Foto: Berthold

Anfangs wurden schwarz-weiße, später bunte Karten mit der Abbildung eines Ostereis oder eines Osterhasen gedruckt. Ein Teil der Vorderseite der Postkarte blieb frei für Mitteilungen und Grüße. Auf der Rückseite der Postkarte war laut Postordnung nur Platz für die Adresse und die Postwertzeichen, sprich Briefmarken.

Die teils künstlerisch hochwertigen Osterbilder wurden durch die schriftlichen Mitteilungen oft verunziert. Eine neue Form der Postkarte entstand erst im Jahre 1906, als die Aufteilung der Karte beim Weltpostkongress in Rom international beschlossen wurde. Die Postkarte oder Osterkarte wurde praktisch normiert.

Die Vorderseite war jetzt für ein Bild, ein Foto, eine Ansicht frei und die Rückseite wurde zweigeteilt. Die rechte Hälfte stand wie auch heute noch für die Anschrift und die Briefmarke sowie den Absender bereit und die linke Hälfte kann für Grüße, Informationen oder auch persönliche Mitteilungen genutzt werden. Die Blütezeit der Osterkarten waren die Jahre vor dem ersten Weltkrieg. In den Kriegsjahren gab es sogar Osterkarten mit militanten Motiven. Später waren die Jahre vor und nach dem zweiten Weltkrieg und die Jahre bis zur Jahrtausendwende nochmals eine Blütezeit der Karten. Deutsche Hersteller und Verlage waren in all den Jahren weltweit führend bei der Herstellung von Osterkarten. Beliebte

Motive, insbesondere in den Jahren vor dem ersten Weltkrieg, waren Darstellungen von Jesus auf einer Wiese mit Schafen umgeben, Ostermotive mit Hasen und Eiern, später auch Frühlingsmotive, Blumen, Landschaften und bis heute Bilder von Osterhasen, Kücken, Ostereiern und mit fröhlichen Kindern.

Durch die rasante technische Entwicklung sind die Osterpostkarten heute etwas ins Hintertreffen geraten, denn es ist jetzt modern oder trendiger eine E-Mail oder eine SMS zu versenden oder per Telefon, sprich Handy, Grüße zu übermitteln. Sinn und Zweck der Tatsache bleibt aber immer die Kommunikation. Immerhin gehört das versenden oder verschicken von Ostergrüßen, in welcher Form auch immer, nach wie vor zur Festtagstradition. Traditionen, Osterbräuche, Symbole und Kuriositäten gibt es viele.

Zu den Kuriositäten gehören die berühmten Ostereier von Carl Fabergé, dem Juwelier der russischen Zaren. Diese sogenannten Fabergé – Eier sind wohl die berühmtesten und kostbarsten Eier der Welt. Der russisch-französische Juwelier Peter Carl Fabergé (18. 5. 1846 bis 24. 9. 1920) stellte diese Eier für die Zarenfamilie her. Zwischen 1883 und 1917 fertigte Fabergé für die Zaren Alexander III (1845 bis 1894, Regierungszeit 1881 bis 1894) und Nicolaus II (1868 bis 1918, Regierungszeit 1894 bis 1917)



Foto: Berthold

diese Eier aus Gold, Emaille und Edelsteinen. Fabergé war der Sohn des Juweliers Gustav Fabergé und seiner Gattin Charlotte. Er war hugenottischer Abstammung und er wurde in Sankt Petersburg geboren. Bereits mit 24 Jahren übernahm er das Geschäft seines Vaters. Er entwarf Schmuckstücke und Kunstgegenstände und stellte diese auch her.

Im Jahre 1883 entstand das erste der berühmten Eier für den Zaren Alexander III, das für die Zarin Maria Fjodorowna bestimmt war. Diese Ei rief eine derartige Begeisterung in der Zarenfamilie hervor, dass von nun ab Fabergé zu jedem Osterfest neue Eier herstellen musste.

1918 wurde die Firma Fabergé geschlossen und Fabergé musste in den Wirren der Revolution Rußland verlassen. Er flüchtete in die Schweiz und verstarb dort 1920 in Lausanne. Wegen Mangel an technischen und handwerklichen Fähigkeiten ruhte die Produktion bis 1990. Die Produktion, in auch weiterhin nur geringer Stückzahl, wurde erst 1989 autorisiert von Fabergés Nachfolgern durch Werkmeister Victor Mayer, Pforzheim, wieder aufgenommen. Das erste „neue“ Ei wurde Michail Gorbatschow gewidmet und anlässlich der Friedensnobelpreis-Verleihung überreicht. Es ist als Gorbatschow-Friedens-Ei bekannt und es gibt nur sechs Exemplare davon. Das persönliche Ei Gorbatschows ist im Kreml-Museum in Moskau ausgestellt. Im

Museum in Schwabach in Mittelfranken kann man ein Duplikat besichtigen. Soweit zu den Kuriositäten.

Wenden wir uns nun noch den „richtigen“ Ostereiern zu. Bemalte Eier sind wohl der bekannteste Osterbrauch. Die Kunst Eier zu bemalen und phantasievoll zu gestalten wurde vor allem in den östlichen Teilen Europas gepflegt. Schon in der Vergangenheit hat man auch bei uns in Deutschland wieder großen Wert auf die Gestaltung von Eiern gelegt.

Warum färbt man nun eigentlich die Eier?

Fleisch zu verzehren ist den Katholiken während der vierzigstägigen Fastenzeit vor Ostern nicht gestattet. Eier wurden als flüssiges Fleisch gewertet. So ergab sich ein Überangebot an Eiern und diese wurden durch Abkochen haltbar gemacht. Angemalt wurden sie, um sie von den frischen Eiern unterscheiden zu können.

Im Altertum wurden die gesegneten Eier rot eingefärbt, um sie von den ungeweihten Eiern unterscheiden zu können. Die Farbe rot symbolisiert zugleich das Blut Christi. Der Brauch des Eierfärbens stammt aus der griechischen Antike und wurde von der oströmischen orthodoxen Kirche aufgenommen und er verbreitete sich durch Wandermönche bis nach Westeuropa. Die Farbe Gelb steht für den Wunsch nach Erleuchtung und Weisheit. Rot, wie erwähnt, steht für den Opfertod Christi. Weiß ist die Farbe

der Reinheit. Grün steht für Jugend, Tugend und Unschuld und Orange ist die Farbe für Kraft, Ausdauer und Ehrgeiz.

Im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) und auch in Holland suchen die Kinder bunt bemalte Ostereier und Süßigkeiten, so zum Beispiel Schokoladenhasen und Schokoladeneier, die vom Osterhasen versteckt wurden.

Ein weiterer Brauch besteht darin, frische Zweige in Vasen zu stecken, zur Wohnraumdekoration oder an Bäumen und Sträuchern im Garten bunt bemalte Eier, heute auch einfachheitshalber Kunststoffeier, aufzuhängen.

Als Ostergebäck gibt es Kuchen in Form von Hasen oder Lämmern. In manchen christlichen Gegenden werden Osterfeuer angezündet. Das Pflegen von Bräuchen macht nicht nur den Kindern Freude. Auch Erwachsene gehen zu den Ostertagen oft nicht leer aus. Im Rahmen des Osterfestes werden kleine Geschenke ausgetauscht. Allerdings kann es in unserem Zeitalter technischen Fortschritts ohne weiteres geschehen, dass Kinder zum Beispiel auch Computerspiele oder sogar Handys vom Osterhasen und nicht „bloß“ Naschereien bekommen. Ob das eine vernünftige Entwicklung ist, bleibt abzuwarten.

Trotzdem freuen sich aber Groß und Klein wie in jedem Jahr, so auch 2008, auf die Osterfeiertage mit leckeren Speisen, kleinen und großen Osterüberraschungen und auf die Zeit der Ruhe und Besinnlichkeit. Vielleicht ist auch ein Osterspaziergang möglich.

Diesbezüglich wünscht der Autor, auch im Namen des Redaktionskollegiums des „Ärztblatt Sachsen“, allen Kolleginnen und Kollegen sowie den Leserinnen und Lesern unseres Standesorgans friedliche und erholsame Osterfeiertage.