

Editorial	Leit- oder Leitlinien?	620
Berufspolitik	39. Kammerversammlung	621
	Ärzte als Patienten – Ärzte als Behandler von Patienten	628
	Aufbau von Schlaganfallnetzwerken in Sachsen	630
	Bündnis Gesundheit fordert Ost-West-Angleichung	631
Buchbesprechung	Der Turm – Uwe Tellkamp	630
Leserbrief	Dr. med. Ulrich Schumann	631
Gesundheitspolitik	Externe Qualitätssicherung Arbeitsgruppe Gynäkologie	632
Medizinrecht	Arzthaftung – Risikoaufklärung – Fehlermanagement	637
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Künstliche Ernährung am Lebensende	641
	Öffnungszeiten der Hauptgeschäftsstelle zum Jahreswechsel	641
	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	641
	Höhere Vergütung für ärztliche Befundberichte	641
	Konzerte und Ausstellungen	641
	Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistenten	642
	Impressum	642
Verschiedenes	Ingrid-zu-Solms-Wissenschaftspreis	641
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	643
Personalia	PD Dr. med. habil. Peter Friedrich zum 70. Geburtstag	644
	Jubilare im Januar	645
Originalie	Psoriasis: Konzepte, Strategien und Therapieziele	647
Weihnachten	Adventskalender – Adventskranz	654
Medizingeschichte	Täterschaft und Schuldentlastung	656
Kunst und Kultur	Ausstellung: Mediziner und Malerei XI	656
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Februar 2009	



39. Kammerversammlung
Seite 621



Mitgliederversammlung
KÄK Leipzig
Seite 628



Psoriasis
Seite 647



Geschichte des Weihnachtskalenders
Seite 654

Leit- oder Leidlinien?

Leitlinien sind wichtige Werkzeuge der Entscheidungsfindung, beruhend auf aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Sie sollen für Sicherheit und Qualität in der Medizin unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte sorgen. Eine Arbeits- und Entscheidungs-erleichterung für den behandelnden Arzt ist erstrebenswert, um für die Arzt-Patient-Interaktion frei zu werden. Außerdem sollte eine Verbesserung der Versorgung der Patienten und deren Lebens-erwartung und -qualität resultieren.

Ist aber nur der Arzt ein guter Arzt, der alle Entscheidungen leitliniengerecht fällt? Kann er das überhaupt im Wissen um die Stochastik in der Natur und der Individualität seines Patienten? An dieser Stelle kollidiert häufig die Heilkunst mit der Leitlinienmedizin derart, dass ein Konsens scheinbar unmöglich ist. Radikale Umsetzungen von Leitlinien-therapien mit der Folge von Studienab- brüchen verschärfen diesen Konflikt.

55.000 zugelassene Arzneimittel mit 12.000 verschiedenen Wirkstoffen machen es nicht eben leicht, Gegenan- zeigen, Nebenwirkungen oder gar Wechselwirkungen zu überschauen. In der Regel haben wir Ärzte es mit multi- morbiden und zunehmend älteren Pati- enten zu tun. 72 Prozent der über 65-Jährigen nehmen fünf oder mehr Medikamente ein. Eine leitlinienge- rechte Therapie führt nach einer ameri- kanischen Studie leicht zu einer Verord- nung von 12 Medikamenten in 19 Ein- zeldosen. Im Studium habe ich gelernt, dass ab vier bis fünf Arzneimitteln die Compliance drastisch sinkt.

Leitlinien gibt es im Allgemeinen für umschriebene Krankheitsbilder, weniger aber für komplexe Geschehen, seltene Krankheiten, preiswerte Therapien, nichtpharmakologische Behandlungen oder finanziell weniger attraktive Pati- enten. Pharmaunternehmen versuchen zum Teil, Leitlinien für eigene Zwecke zu erarbeiten oder zu interpretieren. Ein- und Ausschlusskriterien von Studien las- sen im Rahmen der Selektionierung nur begrenzt Verallgemeinerungen zum Bei- spiel auf ältere Patienten, Schwangere, Kinder und Jugendliche zu. Damit wächst jedoch die Gefahr, Patienten

unkritisch in Schemata zu pressen, was wiederum große Risiken von Nebenwir- kungen in sich birgt.

Auch die Aktualität des evidenzbasier- ten Wissens durch noch immer zu ge- ringe Kommunikation zwischen Grund- lagenforschung und klinischen Frage- stellungen ist oft noch ungenügend. So vergehen heute 10 bis 15 Jahre bis zur Umsetzung entsprechender wissenschaft- licher Grundlagen.

Ein weiteres Problem ist der zuneh- mende Missbrauch von Leitlinien als zentrales ökonomisch orientiertes Steu- erungsinstrument mit einer Einschränkung der Therapiefreiheit, wenn zum Beispiel der Staat Vorgaben anhand von Leitlinien vornimmt und auf dieser Basis der Gemeinsame Bundesausschuss unter Beratung durch dessen wissenschaftli- ches Institut Methoden für die Behand- lung von Kassenpatienten vorschreibt. Der Arzt wird in einem engen Rahmen zum „Dienstleister“ mit der Konsequenz einer Beeinträchtigung der Individualität des Patienten und damit des Arzt-Pati- ent-Verhältnisses.

Des Weiteren werden Leitlinien von Juristen im Zusammenhang mit einer allgemeinen Verrechtlichung gerne zur Definition des Standards verwendet. Dazu schreibt allerdings die Arbeitsge- meinschaft der Wissenschaftlichen Medi- zinischen Fachgesellschaften AWMF: Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungs- befreiende Wirkung“. Auch der BGH entschied dazu am 28. 3. 2008, dass Leitlinien – im Gegensatz zu den Richt- linien des Gemeinsamen Bundesauss- chusses – nicht unbesehen mit medizi- nischen Standards gleichgesetzt werden können, um einen möglichen Be- handlungsfehler zu beurteilen. Leitlinien sind unverbindlich und können nicht als Ersatz für ein Sachverständigengutach- ten gelten.

Dennoch ist nicht immer zu vermeiden, dass Überreglementierung und wach- sender Widerstand frustrierter und ver- unsicherter Ärzte und Patienten gegen überbordende Bürokratie und Verrecht- lichung sich auch auf das eigentlich wichtige Instrument der Leitlinien über- tragen. Ärzte befürchten die Entwick- lung einer Verteidigungsmedizin (Diag-

nostik und Therapie als juristische Absi- cherung, nicht jedoch im Interesse der Individualität des Patienten).

Wie also kann das Dilemma beseitigt, wie die Akzeptanz von Leitlinien gebes- sert werden?

Notwendig ist der Ansatz eines Maßsta- bes von Validität, Zuverlässigkeit und Objektivität an diese Leitlinien ebenso wie eine genauere Kosten-Nutzen-Kal- kulation (zum Beispiel NNT). Die dabei erforderlichen Subgruppenanalysen kor- relieren jedoch negativ mit einer statisti- schen Verwertbarkeit von Studien. Den Ausweg kann eine sinnvolle unabhän- gige Versorgungsforschung bieten, wie sie von der Bundesärztekammer initiiert wurde. Ergebnisse von Interventionen kommen dabei auf den Prüfstand der Relevanz und Validität und Nachteile von prospektiven, doppelblinden und randomisierten Studien werden in retro- spektiven und epidemiologischen Unter- suchungen aufgehoben. Im Ulmer Papier vermerkt die deutsche Ärztes- chaft, dass „Gesundheit weder ange- ordnet noch hergestellt werden kann, da sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist“ und „Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit wie etwa schematische Standardisierungen können sich nur destruktiv auf die Ver- trauensbeziehung von Patient und Arzt auswirken: der Arzt fühlt sich in seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit seines Arztes“.

Besinnen wir Ärzte uns auf die Grundla- gen der Humanmedizin. Gewissenhaf- tigkeit beinhaltet Wissen und stetige Weiterbildung, zugleich aber auch Ach- tung vor der Würde und der Entschei- dungsfreiheit des uns anvertrauten und von uns aufgeklärten Patienten. Die Verantwortung für den Menschen als Individuum und dessen sozialen und seelischen Hintergründen bleibt beim behandelnden Arzt. Er sollte Leitlinien, deren Lücken und Einschränkungen kennen und berücksichtigen und sollte sie im Kontext mit den Besonderheiten seines Patienten anwenden.

Dies kann nur in einer vernünftigen Anwendung einer als Hilfe und Entlas- tung gedachten Leitlinienmedizin ge- sehen werden.

Dr. med. Rainer Kobes
Vorstandsmitglied

39. Kammer- versammlung 8. November 2008

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte bei der Eröffnung der 39. Kammerversammlung die Mandatsträger, den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann sowie alle Gäste. Besonders willkommen hieß er den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht

ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war somit beschlussfähig.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Herr Prof. Dr. Jan Schulze ging in seiner berufspolitischen Analyse auf die Turbulenzen in Deutschland ein. Der Sozialstaat hat sich aus seiner Sicht übernommen. Ärzte sehen sich einer straffen politischen ,top down'-Verwaltung und Rationierung ausgesetzt sowie mit einer gnadenlosen Durch-Ökonomisierung konfrontiert. Der ärztliche Behandlungsauftrag, der bisher aus der individuellen Pati-

de Investitionsbeteiligung der Länder wirft noch viele Fragen im Hinblick auf die Sicherstellung einer wohnortnahen stationären Versorgung und die fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern auf.

Die Forderungen nach einer ausreichenden Finanzierung der Personal-, Neben- und Weiterbildungskosten wurden zwar gehört, sind aber noch nicht umgesetzt.

Honorarreform

2008 ist auch das Jahr mit der ersten Honoraranhebung nach über 20 Jahren für die niedergelassenen Ärzte,



Präsidium

des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, die Vertreterin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, und die anwesenden Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 66 der gewählten 101

ent-Arzt-Beziehung abgeleitet wurde, erfährt einen mehrstufigen administrativen Überbau nach dem SGB V.

Trotz der größten Demonstration der Angestellten der Krankenhäuser, darunter viele Ärzte, zur Rettung der Krankenhäuser sei das Problem der Krankenhausfinanzierung nicht gelöst. Insbesondere die zurückhalten-

wobei noch unklar ist, wie viel davon netto tatsächlich ankommt. Gleichzeitig ist die Altersgrenze von 68 Jahren gefallen, sodass die niedergelassenen Kollegen künftig noch länger arbeiten dürfen. Ob sie das auch wollen, bliebe fraglich, so der Präsident, denn viele Ärzte möchten sogar schon vor dem 65. Lebensjahr in Rente gehen.



Dr. med. Christian Thomeczek, Erik Bodendieck,
Prof. Dr. med. Jan Schulze (v.l.)

Ärztmangel

Das Problem des fortschreitenden Ärztemangels löse man damit jedenfalls nicht. Auch nicht mit einer viel zitierten Schwester AGNES. Sie könne den Arzt zwar bei Hausbesuchen entlasten, wenn es sich um delegierbare Leistungen handelte. Doch die letzte Verantwortung bei der Behandlung bleibt beim Arzt. Die Sächsische Landesärztekammer lehnt grundsätzlich eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ab.

Die Sächsische Landesärztekammer setzt beim Thema Ärztemangel dagegen auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und den frühzeitigen Kontakt mit Studenten. Dazu führt sie Veranstaltungen in Dresden und Leipzig durch und plant Veranstaltungen für sächsische Weiterbildungsassistenten im Januar 2009. Die Gewinnung von Ärzten aus Österreich ist daneben nur ein kleiner Baustein zur Linderung eines hausgemachten Problems. Die bekannten finanziellen Förderprogramme für die Niederlassung und für Studenten haben bisher teilweise positive Er-

gebnisse erzielt. So gehört Torgau-Oschatz inzwischen nicht mehr zu den von Unterversorgung betroffenen Regionen in Sachsen.

Demografische Entwicklung

Der Sächsische Landtag hat vor drei Jahren eine Enquete-Kommission zur wissenschaftlichen Untersuchung der demografischen Entwicklung in Sachsen eingesetzt. Der 400 Seiten umfassende Bericht beleuchtet alle Politikfelder: von Arbeit über Bildung, Soziales und Gesundheit sowie Forschung und Entwicklung bis hin zu Verkehr und Verwaltung.

Fazit 1: Der demografische Wandel ist durch keine Maßnahme aufzuhalten. Er kann nur abgebremst werden.

Fazit 2: Sachsen befindet sich bereits auf dem Weg in eine überalterte Gesellschaft. Im Jahr 2020 wird ein erster Höhepunkt erwartet, weil dann eine große Zahl an Menschen aus der Berufstätigkeit ausscheidet, ohne dass eine adäquate Zahl an Menschen in das Erwerbsalter hineinwächst. Die Folgen sind Fachkräftemangel und eine extreme Belastung der Sozialsysteme.

Bedingt wird der demografische Wandel vor allem durch einen seit Jahren anhaltenden Geburtenrückgang und eine Abwanderung, vor allem junger, gut ausgebildeter Frauen, die ihre Kinder dann nicht mehr in Sachsen bekommen.

Für den Gesundheitsbereich wurde festgestellt, dass es zwar eine höhere Lebenserwartung und stärkere ältere Jahrgänge gebe, die Kosten aber dadurch nicht anstiegen. Einzig die Zunahme der Multimorbidität führe zu Mehrkosten, so der Bericht. Vor allem die Fragen rund um ein Altern in Gesundheit sind wesentliche Punkte bei der Entwicklung von Konzepten zur Demografie.

Für die Sächsische Landesärztekammer sind diese Erkenntnisse nicht neu. Bereits vor zwei Jahren hat sie ein Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Selbstbestimmung“ initiiert, maßgeblich entwickelt und 2008 in

den Gesundheitszielektatalog von Sachsen aufnehmen lassen.

Für die Gesundheitsziele in Deutschland konnte die Sächsische Landesärztekammer den entscheidenden Impuls auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm setzen. Die demografische Entwicklung wird an den sächsischen Grenzen nicht halt machen. Es ist inzwischen gelungen, dieses Ziel auch bundesweit zu verankern, womit nun auch der Prozess einer länderübergreifenden Realisierung dieses Zieles in Gang kommen kann.

Es gibt nur drei Wege, um den demografischen Wandel sowie dessen Folgen zu bremsen:

- mehr Kinder,
- mehr Zuwanderung (von Fachkräften) und
- eine längere Lebensarbeitszeit.

Andere Maßnahmen greifen zu kurz, weil sie nicht die Ursachen beseitigen, sondern nur die Symptome behandeln. Dies gilt vor allem für Korrekturen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite der Sozialsysteme.

Das Beschreiten dieser drei Wege erfordert vollkommen neuartige Konzepte

- zur Familienplanung,
- zur Bildung,
- zur Integration,
- zu den Karrierewegen und
- zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern, Frauen und Männern vor, im und nach dem Berufsleben.

Gerade die Möglichkeiten einer Vereinbarung von Familie und Beruf (Karriere) würden auch bei der Gewinnung von jungen Ärzten eine immer größere Rolle spielen, so der Präsident.

Änderungen 2009

Gegen alle Bedenken der Fachleute hat der Gesetzgeber die Einführung eines Gesundheitsfonds beschlossen. Der einheitliche Beitragssatz wurde gegen das Votum der Krankenkassen auf 15,5 Prozent festgelegt und ein rechtlicher Rahmen zur Insolvenz von Krankenkassen geschaffen. Damit ist

ab kommendem Jahr mit einem Wettbewerb unter den Krankenkassen, vor allem um Preise und (Mindest-)Leistungen zu rechnen. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich weiter reduzieren und, so das unausgesprochene Ziel von Ulla Schmidt, vermutlich eine Einheitskrankenkasse herausbilden.

Die Bundesärztekammer hat der Bundesregierung in diesem Zusammenhang vorgeworfen, bei der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes der Krankenkassen den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten weitgehend außer Acht zu lassen. Denn die Regierung legt nur nach wirtschaftlicher Opportunität und haushaltspolitischer Machbarkeit fest, wie viel Geld für die Versorgung der Patienten ausgegeben werden darf.

Wenn dem so ist, dann hinge die Versorgung der Patienten künftig vom Spardiktat der Finanzpolitiker ab und der tatsächliche Versorgungsbedarf gerät völlig aus dem Blick, argumentierte Prof. Dr. Schulze. „Sollte es schon im nächsten Jahr eine Erosion bei den Einnahmen der Krankenkassen geben, wird das zwangsläufig den Rationierungsdruck im Gesundheitswesen weiter erhöhen“.

Finanzierung der Krankenhäuser

Die Umstellung der Krankenhäuser auf Fallpauschalen wird die finanzielle Belastung der Kliniken nicht nur in Sachsen weiter erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle öffentlichen Einrichtungen dem Druck standhalten könnten und privatisiert oder insolvent werden. Derzeit erwirtschaften 30 Prozent der Kliniken in Deutschland Verluste. Prof. Dr. Schulze: „Das ist in der jetzigen Finanzkrise besonders prekär, denn die Krise führt zu Engpässen bei der Bereitstellung von Krediten“. Es gilt die Maxime einer Drittelung der Trägerschaften in Sachsen, um Monopolbildungen im Kliniksektor zu vermeiden. Denn Krankenhausmonopole führen zwangsläufig zu Preisdumping und Preisdiktaten mit entsprechenden Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und die Qualität der Versorgung.

Elektronische Gesundheitskarte

Für 2009, Insider sprechen von 2012, ist auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises in Deutschland vorgesehen. Dieses Prestigeprojekt der Bundesregierung ist mittlerweile um mindestens drei Jahre hinter dem ursprünglichen Zeitplan zurück.

Sachsen hat sich von Anfang an konstruktiv an den Tests der neuen Kartengeneration beteiligt, um so frühzeitig auf Fehler hinweisen zu können. Diese Strategie hat sich bewährt. Allerdings werden die Ärzte auf den tatsächlichen Nutzen der elektronischen Systeme noch eine Weile warten müssen, denn Sachsen wird als eines der letzten Bundesländer mit den Karten und der Technik ausgestattet. Die elektronische Gesundheitskarte bietet neben dem Passbild keine neuen Einsatzmöglichkeiten. Von dieser Neuerung profitieren in erster Linie die Krankenkassen und nicht die Ärzte. Die Zurückhaltung

der Versicherten bei der Speicherung des Notfalldatensatzes auf der Karte besteht immer noch. Auch die Fragen zum Datenschutz sind noch nicht endgültig geklärt. Besonders wichtig für Ärzte sind kürzere Zeiten beim Einlesen der Karten und sinnvolle Anwendungen für eine effektive ärztliche Tätigkeit im Sinne der Patienten.

Patientenverfügung

Es gibt drei Entwürfe zur neuen Regelung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, die in den Bundestag eingebracht wurden. Die Leitsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer indes enthalten bereits alle notwendigen ärztlich-ethischen, juristischen und spirituellen Erörterungen und Erkenntnisse zu diesem Problemkreis. Und aus ärztlicher Sicht ist die aktuelle Rechtslage bei konsequenter Anwendung und unter Beachtung der ärztlichen Kompetenz ausreichend, um Patienten ein Lebensende mit uner-

trägliches Schmerzen und eine Behandlung gegen deren Willen zu ersparen. Dennoch bedarf es vor allem noch des Ausbaus der palliativen Versorgung und der Schmerztherapie. Gute Beispiele dafür gibt es in Sachsen mit sogenannten Brückenteams, Palliativstationen und Hospizen. Und die problematischen Fälle entstehen zumeist dort, wo die Kommunikation zwischen den Akteuren nicht optimal funktioniert.

Eine Bürokratisierung bei den Patientenverfügungen sei aus Sicht des Präsidenten strikt abzulehnen, denn Vormundschaftsrichter und bestellte Betreuer lösten die menschlichen Probleme am Lebensende nicht. Letztlich seien es die Ärzte, die in den schwierigen Situationen des Lebensendes eine Mittlerfunktion einnehmen müssten. Sterben gehöre zum Leben. Sterben sei nicht normierbar, sondern immer individuell.

Politische Basisarbeit

Ärzte müssen mit den politischen Entscheidungsträgern um einen hohen Stand der medizinischen Versorgung ringen. Dazu gehören insbesondere die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Rahmenbedingungen der Berufsausübung unter Berücksichtigung des Allgemeinwohls und der Patienteninteressen. Dieser ständige Einsatz kostet Kraft und Zeit, Zeit, die im Beruf oder in der Familie fehlt. Dafür dankte der Präsident den engagierten ehrenamtlichen Ärzten in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer.

Mit Blick auf die ärztliche Ausbildung, welche in erster Linie natürlich den Hochschulen obliegt, brachte der Präsident seine Sorge zum Ausdruck, dass der kampagnenhafte, galoppierende Bologna-Prozess die deutsche Hochschullandschaft nachhaltig zu deren Ungunsten verändern wird. Die Ausbildungsausschüsse in Land und Bund, gestützt auf Beschlüsse deutscher Ärztagung, lehnen den Bachelor oder Master in der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich ab. Prof. Dr. Schulze forderte den Erhalt eines durchgehenden Hochschulstudiums.

Diskussion Bessere Finanzierung der Krankenhäuser

Die sächsischen Ärzte fordern die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern auf, mit einer soliden Finanzierung der Personal-, Sach- und Weiterbildungskosten für die Krankenhäuserplanungsicherheit für eine weiterhin qualitativ hochwertige stationäre wohnortsnahe Versorgung zu gewährleisten. Das geplante Krankenhausfinanzierungsreformgesetz muss diese Forderung berücksichtigen.

Die Reaktion der verantwortlichen Politiker auf die größte Krankenhausmitarbeiterdemonstration in der Geschichte Deutschlands, am 25. September 2008 in Berlin, ist bisher ungenügend. Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern ist überwiegend auf das ausgeprägte Engagement der Mitarbeiter über die Belastungs-

grenze hinaus und nicht auf eine ausreichende Vergütung zurückzuführen. Zudem sollte der medizinische Sachverstand nicht durch Ökonomie verdrängt werden.

Sektor übergreifende Qualitätssicherung

Die sächsischen Ärzte haben auch ein klares Votum zur inhaltlichen Konzeption der sektorenübergreifende patientenbezogene Qualitätssicherung abgegeben. Bei den derzeit seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses geschaffenen neuen Strukturen stehen Inhalte und insbesondere die Ergebnisqualität nicht im Vordergrund. Die Ärzteschaft ist nicht in die Gestaltung einbezogen. Bevor, wie bei der externen Qualitätssicherung, bei den Fallpauschalen und Sonderentgelte erneut gravierende Fehler gemacht werden, bedarf es eines klaren Urteils der Ärzteschaft. Die vorhandenen Erfahrungen bei der Qualitätssicherung auf Landesebene müssen in die Konzepte der Bundesebene integriert werden.

Delegation von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal

Die Übertragung originärer ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal führt zu unkalkulierten Sicherheitsrisiken für die Patienten und zur wesentlichen Reduzierung der fachärztlichen Leistungsstandards. Diese Form der „Leistungssteigerung im Gesundheitswesen“ führt zu Koordinations-, Kommunikations-, Organisations- und Kontrollfehlern.

Vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens und des ärztlichen Aufgabengebietes ist eine generelle Festlegung des Umfangs der ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeitsbereiche zur Erlangung der Rechtssicherheit detailliert erforderlich.

Das nichtärztliche Personal und die Pflegekraft müssen die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse für die durchzuführende Maßnahme besitzen. Dabei genügt nicht der entsprechende Ausbildungsabschluss, sondern vielmehr muss das tatsächliche Wissen und Können vorhanden sein.

Bürokratieabbau erneut eingefordert

Der ärztliche Behandlungsauftrag, der bisher aus der individuellen Patient-Arzt-Beziehung abgeleitet ist, erfährt aktuell einen mehrstufigen bürokratischen Überbau. Patienten geraten durch Ökonomie völlig aus dem Blick. Die ausufernde Bürokratie blockiert die ambulante und die stationäre Tätigkeit.

Risikomanagement aus der Luftfahrt für die Medizin

Dr. med. Christian Thomeczek, Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)



Dr. med. Christian Thomeczek

„Jeder zwölfte Irrtum endet tödlich“, so die Überschrift zu einem populärwissenschaftlichen Artikel in der Welt am Sonntag (4.3.2001), in dem die Problematik von ärztlichen Behandlungsfehlern diskutiert wird. Ob die Zahlen von 100.000 Menschen, die in Deutschland laut WamS angeblich Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers authentisch sind, bleibt nachzuweisen. Trotzdem ist in den

letzten Jahren die Thematik zunehmend in die Öffentlichkeit getragen worden, und Forderungen nach einer höheren Sicherheit für Patienten sind mit Verweis auf die Industrie, insbesondere die Luftfahrt, diskutiert worden. Warum in den letzten Jahren zunehmend auf die Luftfahrt als Beispiel für sichere Arbeitsabläufe und damit auf eine eventuelle Übertragbarkeit auf die Medizin geschaut wird, scheint offensichtlich – das Verlangen nach einem hohen Sicherheitsniveau in sehr komplexen Arbeitswelten sowie das zunehmenden Verlangen nach Gesundheit als Dienstleistung. Ob sich dabei diese beiden Bereiche ohne weiteres vergleichen lassen, muss weiter untersucht werden. Zumindest augenscheinlich ähneln sich die beiden Arbeitsbereiche, sei es durch die notwendige Teamarbeit, die hohe psychische und physische Belastung bei häufig schnell wechselnder Arbeitsintensität oder die Konfrontation mit Entscheidungssituationen. Dabei ist trotz der immer komplexeren Handlungswelten in beiden Bereichen, die einhergehen mit immer höheren Anforderungen an die agierenden Personen, erstaunlich, wie sicher die Systeme sind. Indes ist auch evident, dass sich beide Systeme in wichtigen Randbedingungen unterscheiden, auf die bei der Übertragung von Sicherheitsstrategien Rücksicht genommen werden muss. Aber (Patienten-)Sicherheit resultiert nicht nur aus immer stringenteren

Vorgaben für die technischen Randbedingungen, sondern hat sich gerade in der Luftfahrt in den letzten Jahren auf die menschliche Komponente konzentriert. Die Akzeptanz der Tatsache, dass dem Wunsch nach Unfehlbarkeit die Realitäten der tatsächlichen Leistungsfähigkeit eines Menschen entgegenstehen, haben zu der Einführung von entsprechenden Trainingsangeboten geführt, die mitverantwortlich für einen Kulturwandel in der Luftfahrt in den letzten 20 Jahren waren. Natürlich müssen bei einer Verbesserung der Patientensicherheit die entsprechenden Randbedingungen im System, die systematische Fehlerquellen darstellen, konsequent erkannt und beseitigt werden. Die treibende Kraft dahinter muss jedoch der Wunsch nach der Auseinandersetzung mit möglichen Fehlerquellen, auch in der eigenen Person, und der Wunsch der Verbesserung sein. Ein erster Schritt ist sicherlich dabei eine offen geführte Diskussion über unerwünschte Zwischenfälle in der Medizin, ohne plakative Schuldzuweisung, die wenig hilfreich wäre für die Auseinandersetzung der Ärzteschaft mit dieser Thematik und die daraus folgenden Anstrengungen für eine verbesserte Patientensicherheit, an der uns allen gelegen ist.

Der wissenschaftliche Vortrag „Was können Mediziner von den Piloten lernen“ wird als Artikel 2009 im „Ärzteblatt Sachsen“ publiziert.

Künftige Struktur der Kreisärztekammern

Prof. Dr. Schulze, Präsident
PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

Die Kammerversammlung hatte im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages/der 38. Kammerversammlung am 27. und 28. Juni 2008 beschlossen, die Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern auf die 39. Tagung der Kammerversammlung zu vertagen. Am 8. November 2008 wurde nun den Mandatsträgern seitens des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer eine Beschlussvorlage vorgelegt, wonach die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretenen Kreisgebietsreform geändert werden soll. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales als Aufsichtsbehörde hatte zuvor mitgeteilt, dass die Sächsische Landesärztekammer Kreisärztekammern nur auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte errichten könne. Der Hauptgeschäftsführer, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, stellte den Mandatsträgern die Beschlussvorlage, insbesondere den detaillierten Zeit- und Maßnahmenplan zur Umstrukturierung der Kreisärztekammern, vor. „In einem Zeitrahmen vom 1. Juli 2009 bis zum 30. November 2009 sollten in den neuen Kreisen die konstituierenden Mitgliederversammlungen stattfinden. Jede Kreisärztekammer hätte dabei über ihre neue Geschäftsordnung zu beschließen und darauf aufbauend einen Vorstand zu wählen“, führte Dr. Boerner aus. Er informierte über Maßnahmen, die die Arbeit der neuen Kreisärztekammern professionalisieren könnten. So wäre es jeder Kreisärztekammer möglich, zur Unterstützung anfallender Verwaltungsar-

beiten eine Hilfskraft zu beschäftigen. Darüber hinaus könnte ein erhöhter Arbeits- und Kostenaufwand der Vorsitzenden der sächsischen Kreisärztekammern durch eine Aufwandsentschädigung kompensiert werden, die aus den Mitteln der Sächsischen Landesärztekammer finanziert würde. Die Beschlussvorlage wurde einstimmig bei wenigen Enthaltungen angenommen. Nach Abschluss der Neugliederung bestehen damit neben den unverändert fortbestehenden Kreisärztekammern Chemnitz (Stadt), Dresden (Stadt) und Leipzig (Stadt) die Kreisärztekammern Bautzen, Erzgebirgskreis, Görlitz, Leipzig (Land), Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Vogtlandkreis und Zwickau.

Satzungsänderungen

PD Dr. jur. Dietmar Boerner,
Hauptgeschäftsführer



PD Dr. jur. Dietmar Boerner

Die Kammerversammlung hatte im Rahmen des Tagesordnungspunktes 8 über eine Änderung der Hauptsatzung und der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer sowie eine Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer zu beschließen. Ein Teil der geplanten Änderungen in diesen Regelwer-

ken ging dabei auf einen im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages gestellten Antrag aus der Kammerversammlung zurück, wonach Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer nach Eintritt in den Ruhestand die Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer ihres früheren Tätigkeitsortes eröffnet werden sollte. Bislang knüpft die Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer bei Beendigung der Berufstätigkeit einzig an den Wohnsitz an. Die Kammerversammlung hatte den Vorstand im Juni dieses Jahres beauftragt, die für die Umsetzung dieses Antrages erforderlichen Satzungsänderungen zu prüfen und der 39. Kammerversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Nachdem Herr Dr. Nitschke-Bertaud als Vertreter des Vorstandes die Auswirkungen eines Wahlrechts für die Mitgliedschaft in einer Kreisärztekammer noch einmal zusammenfassend erläutert hatte, stellte Herr Dr. Boerner die hierfür erforderlichen Satzungsänderungen vor. „Die geplante Option für den Verbleib in der Kreisärztekammer des Tätigkeitsortes ist auf den Eintritt in den Ruhestand beschränkt, muss innerhalb einer Frist von sechs Monaten ausgeübt werden und ist grundsätzlich unwiderruflich“, sagte der Hauptgeschäftsführer. Nach einer lebhaften Diskussion über das Für und Wider eines solchen Optionsrechtes kam es zunächst zur Abstimmung über die Änderungssatzung zur Hauptsatzung. Dabei wurde die erforderliche Zweidrittelmehrheit verfehlt und die Beschlussvorlage damit abgelehnt. Aufgrund der analogen Inhalte in der Änderungssatzung zur Wahlordnung sowie des Änderungsbeschlusses zur Mustergeschäftsordnung wurden diese Beschlussvorlagen folgerichtig zurückgezogen, eine Abstimmung erfolgte nicht mehr. Über das weitere Vorgehen in Bezug auf die Inhalte der satzungsrelevanten Beschlussvorlagen wird in Kürze der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer entscheiden.

Haushaltsplan 2009

Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen



Abstimmung der Mandatsträger

Herr Dr. Claus Vogel stellte den Haushaltsplan des Jahres 2009 mit einem Gesamtvolumen von 8.700.900 EUR vor. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2009 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2007 um 13 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2008 um 9 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2007 eine Senkung von 6 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2008 eine Erhöhung von 9 Prozent vorgesehen. Der Haushalt für das Jahr 2009 wurde von folgenden Entwicklungen ausgehend geplant.

- Die Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge nimmt weiter zu, insbesondere im Bereich der Fortbildung. Die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen liegt auf einem unverändert hohen Niveau, die Führung von Online-Fortbildungspunkte-Konten und die im Jahr 2009 verstärkt zu erwartende Beantragung von Fortbildungszertifikaten führen zu einer weiteren Erhöhung des Verwaltungsaufwandes.
- Die Wahrnehmung der Interessen der Kammermitglieder erfordert die zunehmende Initiierung und Beteiligung zahlreicher beruflich- und gesundheitspolitischer Aktivitäten.
- Die Komplexität und Vielfalt der Soft- und Hardwarelandschaft bringt neben steigenden Wartungskosten auch einen erhöhten Bildungsaufwand für die Mitarbeiter mit sich und erfordert verstärkte Schutzmechanismen zur Datensicherheit bei gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und des Services für die Kammermitglieder.
- Die Vorbereitung des Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden wird im Jahr 2009 verstärkt und damit verbundene finanzielle Aufwendungen verursachen. Diese werden allerdings durch Entnahme aus der Rücklage „Deutscher Ärztetag“ gegenfinanziert.
- Die Anzahl der Kammermitglieder wird vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2009 voraussichtlich um 20 % zunehmen. Aufgrund der demografischen Entwicklung der

Ärzteschaft wird sich allerdings der Anteil der im Ruhestand befindlichen Ärzten erhöhen und damit die Anzahl der berufstätigen und damit beitragspflichtigen Ärzte abnehmen.

- Es ist zu berücksichtigen, dass der Beitragssatz zum Kammerbeitrag ab 1. Januar 2008 von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesunken ist und die Mitglieder im Ruhestand von der Beitragspflicht befreit wurden.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2009 wurde durch die 39. Kammerversammlung bestätigt.

Beschlüsse der 39. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 8. November 2008 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Künftige Struktur der Kreisärztekammern
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie Unterstützungen an die Kreisärztekammern
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Haushaltsplan 2009
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer
(abgelehnt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(zurückgezogen)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Beschluss zur Änderung der Muster-geschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer
(zurückgezogen)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Bekanntgabe von Terminen (19. Sächsischer Ärztetag/40. Kammer-versammlung, 41. Kammer-versammlung)
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Sektorübergreifende Qualitätssicherung
(bestätigt).

Bekanntgabe von Terminen

Der **19. Sächsische Ärztetag / 40. Kammerversammlung** findet am **Freitag, dem 19. Juni und Sonnabend, dem 20. Juni 2009** und die **41. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 14. November 2009**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärzte als Patienten – Ärzte als Behandler von Ärzten

Die Kreisärztekammer Stadt Leipzig hatte am 5. November 2008 zur Mitgliederversammlung und zu einem berufspolitischen Forum mit Podiumsdiskussion in den Festsaal des Neuen Rathauses eingeladen.

Über 380 Ärztinnen und Ärzte der Stadt Leipzig verfolgten die lebhaften und emotionalen Redebeiträge, die sich nach dem Einführungsvortrag von Herrn Dr. med. Bernhard Mäulen, Facharzt für Psychiatrie und Leiter des Institutes für Ärztegesundheit Villingen-Schwenningen, gesprochen wurden.

Herr Dr. Mäulen stellte auf der Basis eigener Erfahrungen – nach seinen Angaben sind etwa ein Drittel seiner Patienten Ärzte – Empfehlungen für den Arzt-Patienten unter anderem vor:

„Konsultiere einen anderen Arzt, außer dich selbst“.

„Bitte den Kollegen, dich so zu behandeln, wie jeden anderen Patienten“.

„Suche dir rechtzeitig Hilfe, warte nicht zu lange“.

Vorschläge von Herrn Dr. Mäuler für den **Arzt als Behandler eines Arztes** lauten:

„Der kranke Arzt ist in erster Linie ein Patient in deiner Verantwortung, untersuche und behandle ihn besonders gründlich“.

„Höre deinen Arzt-Patienten zu und sage selbst in klaren Worten, was du für die beste Behandlung hältst“.



Podiumsdiskussion

„Zögere nicht, eine Krankenhausbehandlung zu empfehlen, wenn du dies für nötig hältst“.

An der Podiumsdiskussion nahmen teil: Herr Dr. med. Bernhard Mäulen; Herr Prof. Dr. med. Dr. med. hc. mult. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer; Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; Herr Prof. Dr. med. habil. Rudolf Ascherl, Chefarzt der Orthopädisch-Unfallchirurgischen Klinik Wichernhaus; Herr Prof. Dr. med. habil. Joachim Mössner, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Leipzig; Herr Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Stadt Leipzig; und Herr Christof Schauer, hausärztlich tätiger Internist, Leipzig.

Meinungsäußerungen, persönliche Stellungnahmen und eigene Erfahrungsberichte von Ärzten als Patienten und von Ärzten als Behandler von ärztlichen Kollegen:

Ärzte haben ihre Krankheit und den Krankheitsverlauf im Rahmen der Podiumsdiskussion eindrucksvoll und offen dargestellt (substernale Struma, thorakales Aortenaneurysma, Hirnnervenlähmung, Kolonkarzinom).

Aussagen von Ärzten als Patienten:

„Wir Ärzte kommen gar nicht auf die Idee, dass mit uns etwas nicht stimmen könnte“.

„Auch bei uns Ärzten ist die Angst da. Vielleicht viel stärker, weil wir wissen, was eigentlich passieren kann“.

„Manche Ärzte haben Angst und lassen keinen Operateur an sich ran, weil sie sagen, mit Ärzten passiert etwas“.

„Ich bin krank, es soll keiner wissen, dass ich in ein Krankenhaus gehe“.

„Wenn ich jetzt in das Krankenhaus komme, steht ja nicht einmal mein Dokortitel, mein Professortitel dran. Die im Krankenhaus wissen ja gar nichts von mir, ich bin ja schon so alt, ich kenne ja gar niemanden mehr an meiner alten Klinik“.

„Ob man nun den Titel weglassen soll oder nicht, ist Geschmackssache. Wenn man in eine bekannte Klinik kommt, spricht sich das ohnehin wie ein Lauffeuer herum.“

„Es ist ja ein Arzt, da wollen wir uns alle Mühe geben. Sachen werden auf den Kopf gestellt. Nur es wird eben die Routine nicht gemacht“.

Bekennungen von Ärzten als Behandler

Dr. Stefan Windau: „Ich kann das alles unterstreichen, dass man als Arzt natürlich Gefahr läuft, sich selbst falsch zu beurteilen“.



Rund 380 Gäste kamen zur Veranstaltung in Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

„Ich glaube schon, dass es dazugehört, dass ich einen anderen Kollegen a priori schon bevorzugt behandle. Es ist mir auch passiert, dass ich Kollegen gesehen habe, die Ordinarien waren, die als Herr XYZ behandelt worden sind. Ich denke, das ist für viele auch persönlich gerade entwürdigend. Hier macht es Sinn, an die innerärztliche Solidarität zu appellieren. Für mich ist es wirklich Berufsehre, Kollegen bevorzugt zu behandeln. Ich bin sehr dafür, dass wir unserer Kollegen mit ihrem Titel benennen. Das ist sehr wichtig berufspolitisch, aber auch menschlich und zutiefst persönlich. Ich appelliere daher an ein gewisses konservatives Menschenbild“.

Prof. Dr. Rudolf Ascherl: „Der Arzt hat das Recht und wir haben die Pflicht als Behandler, den Arzt in einer Ausnahmestellung zu behandeln. Bei uns am Krankenhaus ist es so, dass der ärztliche Kollege immer ein Einzelzimmer bekommt, egal wie er versichert ist. Bei uns kriegt der Arzt den Termin, den er haben will. Und das dürfen wir uns als Kollegen gegenseitig gewähren. Für mich ist es eine Ehre, wenn ein Kollege zu mir kommt und sagt, ich vertraue mich ihnen mit meinem Leiden an. Ich glaube, wir lernen auch von Ärzten, wenn sie Patienten sind. Ich habe noch nie so viel gelernt in meinem Beruf, als wenn ein Arzt als Patient kommt. Der weist mich fast wie ein Qualitätsmanager oft auf die Veränderungen und auf die schlechten Sachen in der Klinik hin. Der Arzt als Patient hat bei uns immer Sonderstellung. Und ich sage das auch mit ein bisschen Marketing, weil es

für eine Klinik ganz positiv ist, wenn der Arzt diese Klinik oder diesen Behandler auswählt“.

Prof. Dr. Christoph Josten: „Jeder von uns behandelt Ärzte gerne“.

Herr Christof Schauer: „Man muss als Behandler eines Arztes eine Diagnostik- und eine Behandlungsstrategie fahren wie bei einem normalen Patienten. Nur so kann man Fehler umgehen. Man muss die Brücke finden zum normalen Arzt-Patient-Gespräch und dann das alles abarbeiten“.

Privatliquidation von Ärzten als Patienten

Der Deutsche Ärztetag 1994 appellierte an die Kollegenschaft, bei Privatliquidation von Ärzten den Grundsatz der Angemessenheit besonders zu berücksichtigen. Der Ärztetag 2008 empfahl, den abrechnenden Ärzten bei Kollegenbehandlung mit besonderem Augenmaß zu liquidieren.

Prof. Dr. Christoph Josten: „Rechnungen sind ein politisches Problem. Wir als Universität, als öffentliches Krankenhaus, sind verpflichtet, eine Rechnung zu erstellen. Das ist natürlich, wenn der Arzt Privatpatient ist, das Minimum was möglich ist, liquidiere, das ist selbstverständlich. Aber zu sagen, ich erstelle keine Rechnung, ist aus juristischen Gründen in einem öffentlichen Krankenhaus nicht möglich, so ungern ich das auch tue“.

Prof. Dr. Karsten Vilmar: „Ich persönlich bin der Meinung, wir sollten uns bei der Liquidation von Ärzten als Patienten im Rahmen des Angemessenen mit Augenmaß, wie der Ärztetag in vielen Beschlüssen das immer so blumig gesagt hat, bewegen und sollten auch die Folgen bedenken, denn wenn manche so verfahren, dass das exorbitante Rechnungen werden, dann wird das für Ärzte Sondertarife geben müssen, und zwar mit höheren Prämien als bisher. Und das ist eine Unsitte geworden und der müssen wir entgegenwirken“.

Dr. Thomas Lipp: „Die Resolutionen, die auf dem Deutschen Ärztetag eingebracht werden, sind meistens von uns (Hartmannbund) verfasst worden. Es geht nicht darum, dass der Arzt nicht dem anderen keine Rech-

nung stellt, sondern dass es eine Ehrerbietung ist, die eigene persönliche Leistung dem anderen Kollegen zu schenken. Die Sachkosten sind davon natürlich nicht betroffen“.

Prof. Dr. Jan Schulze: „Ich finde diesen Kompromiss richtig, der hier gefunden wird: ehrerbietig dem Kollegen gegenüberzutreten; hochachtungsvoll ihm als klinischen Lehrer oder Kollegen entgegenzutreten; die persönliche Leistung nicht in Rechnung zu stellen, aber die Sachleistungen. Ich glaube das ist eine vernünftige Kompromisslinie“.

Fazit:

Es war eine eindrucksvolle, sehr lebendige und engagierte Veranstaltung.

Jedes Mal, wenn ärztliche Kollegen aus der Deckung treten, ihre persönliche Geschichte und Verletzlichkeit einem ärztlichen Auditorium darstellen, das eröffnet die Herzen, das verbindet das theoretische Wissen mit den eigenen Erfahrungen.

„Im Stehen und im Liegen Arzt zu sein, ist schwer“.

Das Thema „Der Arzt als aktiver Diagnostiker und Behandler, der mit seinem menschlichen und medizinischen Wissen auf seine Patienten zugeht, der dann die Patientenrolle erlebt und dadurch plötzlich in die Passivität hineinkommt“ ist noch nicht ausgeschöpft und muss weiter konstruktiv diskutiert werden.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Aufbau von Schlaganfallnetzwerken in Sachsen

Auf Initiative sächsischer Krankenhäuser hat die Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS), gemeinsam mit den Landesverbänden der sächsischen Krankenkassen (LVSK) und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales (SMS) nunmehr die finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen, um durch den Aufbau von telemedizinischen Netzwerken die Versorgung von akut betroffenen Schlaganfallpatienten insbesondere im ländlichen Raum flächendeckend weiter zu verbessern. Mit Hilfe moderner Kommunikationstechnik können die Ärzte in der Notaufnahme eines regionalen Krankenhauses einen spezialisierten Neurologen rund um die Uhr sofort und

unmittelbar in die Untersuchung eines Patienten einbeziehen. Der Spezialist aus dem Kompetenzzentrum des Schlaganfallnetzwerkes kann über ein spezielles Videosystem mit dem Patienten sprechen, diesen in Augenschein nehmen, auf die zur Verfügung stehenden klinischen und bildlichen Befunde zugreifen und mit dem behandelnden Arzt vor Ort die weiteren Untersuchungen sowie die sofortige, gezielte Therapie festlegen. Auf diese Weise kann innerhalb des kritischen Zeitfensters binnen weniger Stunden nach dem Akutereignis die notwendige Diagnostik durchgeführt, die individuell erfolgversprechendste Therapie begonnen und damit die Chancen für den Patienten erheblich verbessert werden. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen hat mit den LVSK nach monatelangen Verhandlungen eine Landesvereinbarung geschlossen, in der ins-

besondere die Vergütung der laufenden Kosten, die Abrechnungsmodalitäten und die strukturellen Voraussetzungen für die Teilnahme im Schlaganfallnetzwerk geregelt werden. Die Vergütung erfolgt über einen für alle teilnehmenden Krankenhäuser einheitlichen Zuschlag pro telekonsiliarisch befundeten Fall, der zusätzlich abrechenbar ist.

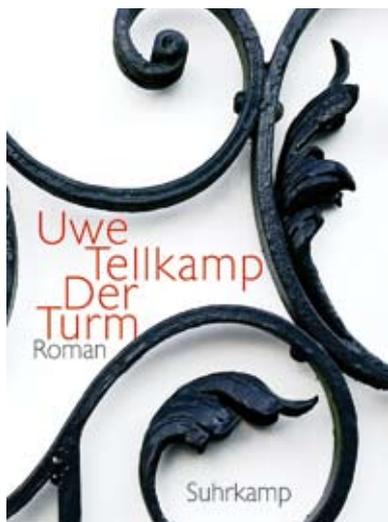
Die erforderliche technische Ausstattung der teilnehmenden Krankenhäuser wird durch das SMS im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung mit einem Millionenbetrag gefördert.

Bereits am 10. 7. 2008 fand bei der KGS in Leipzig eine Informationsveranstaltung „Schlaganfallnetzwerke – die Nutzung der Telemedizin“ statt.

Krankenhausgesellschaft Sachsen
Humboldtstraße 2a, 04105 Leipzig

„Der Turm“

Uwe Tellkamp
Suhrkamp
Euro 24,80, 976 Seiten
ISBN 978-3-518-42020-1



In epischer Sprache, in liebevollen wie dramatischen Szenen entwirft Uwe Tellkamp in seinem Roman „Der Turm – Geschichte aus einem versunkenen Land“ ein monumentales Panorama der untergehenden DDR, in der Angehörige dreier Generationen teils gestaltend, teils ohnmächtig auf den Mahlstrom der Revolution von

1989 zutreiben. Es sind Menschen, die es im Sozialismus eigentlich gar nicht hätte geben sollen und dürfen, Bildungsbürger, die Hausmusikabende veranstalten, an den Humanismus und die freie Rede glauben. Beinahe hätte man das Lesen nach den ersten fünfzig Seiten aufgegeben. Der Roman beginnt mäandernd und sehr pathetisch. Doch dann kommt die Überraschung: Aus einem völlig überladenen Anfang schält sich allmählich der eigentliche Roman heraus.

Das Dresdner Villenviertel schottet sich ab. Resigniert, aber humorvoll kommentiert man den Niedergang eines Gesellschaftssystems. Anne und Richard Hoffmann, sie Krankenschwester, er Chirurg, stehen im Konflikt zwischen Anpassung und Aufbegehren: Kann man dem System in der Nische der Dresdner Nostalgie entfliehen – oder soll man die Ausreise wählen? Christian, der Medizin studieren will, bekommt die Härte der NVA zu spüren. Sein Onkel Meno Rohde steht zwischen den Welten: Als Kind der „roten Aristokratie“ im Moskauer Exil hat er Zugang zum seltsamen Bezirk „Ostrom“, wo die Nomenklatura residiert.

Die drei Protagonisten sind einem nicht unbedingt sympathisch. Aber gerade das macht den Roman interessant. Tellkamp stellt dar, was in einer Zeit des Redeverbots und der Bespitzelung mit Menschen passiert. Indem er seine Außenseiter aus dem „Turm“ in so unterschiedlichen Milieus agieren lässt – der NVA, der Dresdner Klinik und dem Verlagswesen, der Leipziger Buchmesse oder der Zensurbehörde –, gelingt ihm die Darstellung eines Panoramas in einer genau umrissenen Zeit. Die Anschaulichkeit seiner Beschreibungen der Orte und Personen führt dazu, dass Menschen heute versuchen, die vermuteten Schauplätze in Augenschein zu nehmen.

Uwe Tellkamp ist 1968 in Dresden geboren. Nach seinem Wehrdienst in der NVA verliert er wegen »politischer Unzuverlässigkeit« seinen Medizinstudienplatz, wird 1989 im Zuge der Wende inhaftiert und setzt danach sein Studium in Leipzig, New York und Dresden fort. Nach seinem Abschluss arbeitet er als Arzt in Dresden. Derzeit lebt er als Schriftsteller in Freiburg.

Knut Köhler M.A.

Bündnis fordert Ost-West-Angleichung



Nachdem die Anhebung des ärztlichen Vergütungsrahmens und die finanzielle Aufstockung der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2009 auf den Weg gebracht wurde, sieht das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen einen dringenden Nachholbedarf in der Angleichung

der zahnärztlichen Vergütung und der Vergütung medizinischer Assistenzberufe in den neuen Bundesländern. Bei gleichen Kosten für Miete, Geräte, Material und Personal spüren besonders die Mitarbeiter in den Zahnarztpraxen die fehlenden Finanzmittel. Zahnmedizinische Fachangestellte erhalten in den alten Bundesländern etwa 20% bis 30% mehr Bruttolohn als in Sachsen. Eine ähnliche Situation besteht bei den Physiotherapeuten. „Diese deutlich geringeren Gehälter in den neuen Bundesländern führen häufig zur Abwan-

derung junger, gut ausgebildeter Frauen in die alten Bundesländer“, so Frau Sabine Rothe, Präsidentin des Verbandes der Medizinischen Fachberufe e.V.. Dies könne politisch nicht gewollt sein! Eine Angleichung der Vergütung würde es den Zahnärzten ermöglichen, den Mitarbeitern angemessene Gehälter zu zahlen und die erforderlichen Investitionen zur Sicherung der hohen Standards in den Zahnarztpraxen zu realisieren.

Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Medizin und ärztliches Ethos

Leserbrief zu „Medizin und ärztliches Ethos im Jahr 2008“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2008

Sehr geehrte Damen und Herren, es ist erfreulich und ein sicheres Zeichen für die Sensibilisierung bezüglich ethischer Grundforderungen unseres ärztlichen Tuns, wenn wie in dem Heft 9/2008 gleich mehrfach wichtige Fragestellungen dazu thematisiert werden.

Ärzte mussten sich schon immer verstärkt mit einem ethischen Codex auseinandersetzen.

Wie kläglich die Ärzteschaft den Nationalsozialismus überstanden hat und mit welchen Verbiegungen wir

den Realsozialismus hinter uns gelassen haben, wäre schon einige schlaflose Nächte mit Gewissensbissen wert gewesen.

Nun aber ist der ethische Hauptfeind nicht ideologischer Natur, sondern die Merkantilisierung unseres Gesundheitswesens, die für den einzelnen Arzt, wie für das System verlockend und schleichend daherkommt und das ärztliche Credo unterwandert. Keiner soll sagen, er werde dazu gezwungen, zu „igeln“, die höchste Ziffer der GOÄ zu wählen, Pharmsponsoring zu tolerieren oder dem Privatpatienten Soforttermine und mehr zu widmen.

Wenn es in „einer pluralen Gesellschaft keine eindeutigen und kollektiv getragenen Wahrheiten und Sicherheiten mehr gibt“, brauchen

wir immer neu zu diskutierende Übereinkünfte. Diese können aber der nachfolgenden Generation glaubwürdig nur durch reflektiertes ärztliches Verhalten vermittelt werden. Ein solcher Prozess hat jedoch alle Ebenen der medizinischen Hierarchien und Körperschaften einzubeziehen.

Die massive Unzufriedenheit der Ärzte können wir für uns nur anteilig verändern, wenn wir selbstbewusster die Komponenten: reife Arztpersönlichkeit, Unbestechlichkeit, echte Zuwendung und Mitmenschlichkeit als wichtigsten „Placebo-Heilfaktor“ einsetzen. Selbstverständlich bei höchstmöglicher medizinischer Qualität.

Ab und zu sollten wir uns fragen: „Was ist aus uns geworden?“.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Ulrich Schumann



Foto: Berthold, Dresden

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen allen sächsischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern unseres Kammerorgans eine besinnliche Adventszeit, ein gesegnetes frohes Weihnachtsfest und ein gutes Jahr 2009.

Externe Qualitätssicherung AG Gynäkologie

Entwicklung und Nutzen der externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung für die Leistungsbereiche „Gynäkologische Operationen“ und „Mammachirurgie“

Historische Entwicklung

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde in Sachsen ab 1. Juli 1998 mit den statistischen Erhebungen zur Qualitätssicherung für den Leistungsbereich gynäkologische Operationen anhand ausgewählter Fallpauschalen (Hysterektomie und Radikaloperation bei Uteruskarzinomen) begonnen und bis zum 30. Juni 1999 abgeschlossen. Eine freiwillige Erfassung aller gynäkologischen Eingriffe war in Sachsen bis Ende 2003 möglich, wurde jedoch nur von sehr wenigen Einrichtungen und auch nicht vollständig vorgenommen.

Vom damaligen Bundeskuratorium Qualitätssicherung wurden ab dem Jahr 2001 die Leistungsbereiche, in denen eine Datenerhebung und Auswertung erfolgen sollte, verpflichtend festgelegt. Ab diesem Zeitpunkt wurde auch die Mammachirurgie im Rahmen der Erfassung gynäkologischer Operationen mit dokumentiert.

Für die nicht gynäkologischen Einrichtungen mit mammachirurgischen Leistungen wurde ein gesonderter Bogen entwickelt. Ab dem Jahre 2002 erfolgte dann bundeseinheitlich die Auswertung der erfassten Daten für gynäkologische Operationen einschließlich der Mammachirurgie. Ab dem Jahre 2003 wurde das Qualitätssicherungsverfahren Mammachirurgie aus dem Modul 15/1 (Operative Gynäkologie) herausgelöst und von allen operierenden Fachabteilungen als Modul 18/1 Mammachirurgie gesondert fortgeführt. Der Schwerpunkt der Qualitätsbeobachtung ist auf die operative Therapie des Mammakarzinoms gerichtet. Ab dem 11. Januar 2004 erfolgte dann die einheitliche Dokumentation der

Mammachirurgie im Modul 18/1 für gynäkologische und chirurgische Abteilungen.

Nachfolgend wird über die wesentlichen Ergebnisse der statistischen Auswertungen sowie des Strukturierten Dialoges mit den an der Erhebung beteiligten Einrichtungen für die Leistungsbereiche „Gynäkologische Operationen“ (Modul 15/1) und „Mammachirurgie“ (Modul 18/1) im Jahre 2006 berichtet.

Der Strukturierte Dialog zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und den entsprechenden Kliniken/Fachabteilungen in den einzelnen Krankenhäusern dient auf Landes- und Bundesebene der Klärung von Hintergründen statistisch auffälliger Ergebnisse sowie der Ursachen von Qualitätsdefiziten und leistet Unterstützung bei deren Beseitigung. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden die Einrichtungen bei Abweichungen vom vorgegebenen Referenzbereich einzelner Qualitätsindikatoren um Erläuterungen gebeten. Es wurde beabsichtigt, am Einzelfall und auch im Allgemeinen Auffälligkeiten zu erklären und gegebenenfalls auch zu rechtfertigen. Die Antworten im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden abteilungs- bzw. klinikbezogen ausgewertet, im Rahmen eines Punktescores erfasst und eine entsprechende Einstufung vorgenommen.

Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“

In diesem Leistungsbereich werden Patientinnen betrachtet, die sich einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen (Gebärmutter, Eileiter oder Eierstock) unterzogen haben. Bei den genannten operativen Eingriffen ist unter anderem eine sorgfältige Indikationsstellung Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung. In der Literatur werden große regionale Unterschiede für Hysterektomieraten beschrieben, so dass offensichtlich nicht nur medizinische Gründe die Operationshäufigkeit beeinflussen [Roos 1984]. Dies trifft gleichermaßen auf Eingriffe an Eileitern und Eierstöcken bei gutartigen Veränderungen zu. Risiken und Nutzen sind sorgfältig gegenüber

konservativen Behandlungsmaßnahmen abzuwägen. Aus diesem Grunde bilden zwei von insgesamt neun Qualitätsindikatoren explizit diesen Prozess der Entscheidung zum operativen Eingriff ab. Weitere Indikatoren messen relevante Versorgungsprozesse, wie zum Beispiel eine adäquate Antibiotika-Prophylaxe bei Hysterektomien oder die Behandlungsergebnisse in Form von ungewollten Verletzungen von Nachbarorganen.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zum Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ in Sachsen beruhen im Jahr 2006 auf insgesamt 15.129 Datensätzen aus 58 Kliniken bzw. Fachabteilungen. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden 72 % der Einrichtungen als unauffällig für diesen Leistungsbereich eingestuft. Demgegenüber wurden für 28 % der Abteilungen/Kliniken statistische Auffälligkeiten registriert. Darüber hinaus wurde eine Einrichtung wegen einer nicht erfolgten Stellungnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges als auffällig eingestuft.

Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen und Hysterektomien

In Bezug auf diesen Qualitätsindikator gab es bei laparoskopischen Operationen einerseits und bei Hysterektomien andererseits keine relevanten Abweichungen vom Qualitätsziel einer möglichst niedrigen Rate entsprechender Komplikationen. Der Referenzbereich beträgt für laparoskopische Operationen $\leq 2,2$ % und wurde in Sachsen mit 0,4 % deutlich unterschritten. Für Hysterektomien wurde der Referenzbereich von $\leq 4,1$ % mit 1,4 % in Sachsen ebenfalls deutlich unterschritten. Begründungen für Organverletzungen wurden im Rahmen von Einzelfallanalysen wegen einer erschwerten operativen Zugänglichkeit und eines schwierigen OP-Situs mit massiven Adhäsionen von den einzelnen Fachabteilungen angegeben. Insbesondere die laparoskopischen Eingriffe haben seit Einführung dieser Operationstechnik einen ständigen Anstieg zu verzeichnen. Aus diesem Grunde

ist eine kritische Überprüfung der Komplikationsraten angezeigt. Auf Bundesebene wurden insgesamt 34.093 laparoskopische Eingriffe für diesen Qualitätsindikator ausgewertet. Dabei waren Karzinomerkrankungen, Endometriosen oder Voroperationen im gleichen Operationsgebiet Ausschlusskriterien, da es sich in diesen Fällen um besondere Risikokonstellationen handelt. Bei dem ausgewerteten risikostandardisierten Kollektiv wurden 118 Fälle (0,35 %) von Organverletzungen dokumentiert. Ein Vergleich dieses Gesamtergebnisses mit den Vorjahren (2003: 0,5 %; 2004: 0,3 %; 2005: 0,25 %) zeigt, dass die entsprechende Komplikationsrate stabil niedrig lag. Im Jahr 2006 lag die Spannweite der Ergebnisse bei Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen auf Bundesebene zwischen 0,0 % und 6,6 %. Im Jahre 2005 betrug dieser Wert 0,0 % bis 6,9 %, und in den Jahren 2004 und 2003 lag die Spannweite jeweils zwischen 0,0 % und 10,0 % [BQS].

Indikation bei Ovaleingriffen

Dieses Qualitätsziel beinhaltet einen möglichst geringen Anteil von Patientinnen mit isolierten Ovaleingriffen und fehlender postoperativer Histologie, lediglich Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zysten oder Normalbefunden in der histologischen Beurteilung. Immerhin wurden für 28 % der Fachabteilungen/Kliniken in Sachsen diesbezüglich Auffälligkeiten ermittelt. Bei einem Referenzbereich ≤ 20 % lag die Rate in Sachsen bei 21,0 %. In 1,2 % der Fälle wurde kein histologischer Befund angegeben. Nachvollziehbare Begründungen der Abweichungen waren, wie bereits in den vergangenen Jahren: die operative Entfernung großer Zysten ohne verbliebenes Restovarialgewebe, Verwachsungen, Konglomerattumoren, Borderline-Tumoren, Tuboovarialabszesse oder eine unklare präoperative (sonografische) Dignität als Kontraindikationen für einen Organerhalt. Gleichmaßen gaben einige Kliniken als Grund für die Organentfernung eine Größenzunahme, Beschwerden, bestehende Einblutungen, eine Saktosalpinx, die Persistenz

der Befunde über einen längeren Zeitraum sowie immer wieder den Wunsch der Patientin oder auch des ambulanten Einweisers an. Demgegenüber wurden fehlende Angaben zur Histologie bei Ovaleingriffen einzig und allein einer fehlerhaften Dokumentation angelastet.

Zum Vergleich lagen auf Bundesebene die Ergebnisse in Bezug auf diesen Qualitätsindikator mit 21,1 % nahezu exakt im Bereich der sächsischen Erhebungen. Ein Vergleich mit den Vorjahresdaten (2003: 22,4 %; 2004: 22,2 % und 2005: 23,1 %) zeigt, dass Verbesserungen beobachtet werden konnten. Dennoch wurde bislang das Qualitätsziel nicht erreicht. Die Spannweite der bundesweiten Krankenhausergebnisse lag im Jahre 2006 zwischen 0,0 % und 59,4 %. Insgesamt wird die Versorgungssituation bei der Indikationsstellung zu Ovaleingriffen weiterhin als verbesserungsbedürftig eingeschätzt, so dass immer noch von einer Über- oder Fehlversorgung ausgegangen werden muss [BQS].

Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomien

Für die Zielstellung bei möglichst vielen Patientinnen eine entsprechende Prophylaxe durchzuführen, wurden auf der Grundlage des Strukturierten Dialoges in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt. In lediglich 12 % der Fachabteilungen/Kliniken kam es in Sachsen im Jahre 2006 noch zu Auffälligkeiten. Der vorgegebene Referenzwert ≥ 90 % wurde mit 95,6 % deutlich überschritten.

Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurde in der Vergangenheit dieser Qualitätsindikator wiederholt angezweifelt. In Begründungen für Abweichungen wurde das krankenhauserne Management in Form einer jeweils individuellen Entscheidung zur Antibiotika-Prophylaxe angegeben. Die restlichen Einrichtungen gaben Dokumentationsfehler an. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurde darauf hingewiesen, dass in der Gynäkologie Wundinfektionen nach den Harnwegsinfektionen an zweiter Stelle der Häufigkeit nosokomialer Infektionen stehen. Wundinfektionen stellen eine hohe physische und psychische Belastung dar und verursachen erhebliche direkte und auch indirekte Kosten [Evaldson et al. 1992]. Bereits im Jahre 1993 konnten Mittendorf et al. in einer Metaanalyse nachweisen, dass Wundinfektionen nach abdominalen Hysterektomien durch Antibiotikaprophylaxe signifikant um etwa 12 % gesenkt werden können. Dies ist auch bei vaginalen Operationen nachgewiesen [Boodt et al. 1990, Dhar et al. 1993, Mikal et al. 1980, Loewgren et al. 2004]. Zum Vergleich lag das Gesamtergebnis auf Bundesebene bei 89,9 % und verfehlte damit den festgelegten Referenzbereich. Ein Vergleich mit den Vorjahren (2003: 80,8 %; 2004: 82,0 % und 2005: 85,8 %) zeigt eine Verbesserung des Gesamtergebnisses im Verlauf der letzten Jahre um über 9-%-Punkte. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse lag auf Bundesebene zwischen 0,0 % und

100 %. 28,1 % aller Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen erreichten im Jahr 2006 nicht den festgelegten Referenzwert von ≥ 90 %. Die BQS-Fachgruppe empfiehlt aus diesem Grund eine konsequente Weiterführung des Strukturierten Dialoges unter Berücksichtigung internationaler Leitlinien [BQS].

Indikation bei Hysterektomien

Als weiterer und nicht unumstrittener Qualitätsindikator wird die Hysterektomie bei Frauen ≤ 35 Jahre aufgeführt. Als Qualitätsziel gilt, möglichst wenige Patientinnen in dieser Altersgruppe mit benigner Histologie zu operieren. Diese Zielsetzung wurde in Sachsen bei einem Referenzwert $\leq 2,5$ % mit 1,2 % erreicht. Wie in den vergangenen Jahren waren rechtfertigende Begründungen für einzelne Abweichungen Tuboovarialabszesse mit Begleitperitonitis, rezidivierende Dys- und/oder Hypermenorrhoeen bei abgeschlossener Familienplanung (auch nach bereits erfolgter Sterilisierung), ein übergroßer Uterus myomatosus mit erheblichen Beschwerden sowie ausgeprägte Endometriosen bei den noch jüngeren Patientinnen. Alle angeschriebenen Kliniken konnten hier die vorhandene Indikation sowie die Ausschöpfung alternativer Maßnahmen und auch eine Beratung betroffener Patientinnen belegen.

Thromboseprophylaxe bei Hysterektomien

Dieses Qualitätsziel beinhaltet die Durchführung einer medikamentösen Thromboseprophylaxe im Zusammenhang mit der Gebärmutterentfernung bei möglichst vielen Patientinnen. Bei einem bundesweit vorgegebenen Referenzwert ≥ 95 % wurde diese Zielstellung in Sachsen mit 99,5 % erfüllt. Insofern lassen sich keinerlei Defizite nachweisen. Thrombosen und Lungenembolien sind mit einer hohen Letalität behaftet und gehören zu den häufigsten Todesursachen im Krankenhaus. Insbesondere nach gynäkologischen Operationen wird bei Verzicht auf prophylaktische Maßnahmen bei gutartiger Grunderkrankung von einer Thrombosehäufigkeit von 14 %

(95 %-Vertrauensbereich 11 % bis 17 %) ausgegangen [Nicolaidis et al. 2006]. Da die Empfehlungen in den Leitlinien auf der Basis von Metaanalysen entwickelt wurden, wird für diesen Indikator ein Evidenzgrad 1a erreicht [BQS].

Im Jahre 2006 wurden auf Bundesebene insgesamt 134.399 Patientinnen im Alter von über 40 Jahren mit einer Hysterektomie dokumentiert. 98,8 % dieser Patientinnen haben eine Thromboseprophylaxe erhalten. Dies wird von der BQS-Fachgruppe als ein sehr gutes Ergebnis gewertet. Dabei haben in den letzten vier Jahren stets mehr als 98 % aller über 40-jährigen Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie durchgeführt wurde, eine entsprechende Prophylaxe erhalten. Dies zeigt eine gute Versorgungsqualität auf stabilem Niveau. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse bei Häusern mit mindestens 20 Fällen liegt zwischen 52,9 % und 100 %. Ein Vergleich mit den Vorjahren (2003: 0 % – 100 %; 2004: 2,1 % – 100 %; 2005: 28,6 % – 100 %) verdeutlicht die positive Entwicklung. Im Bundesdurchschnitt erreichten lediglich 4,5 % aller Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen nicht den festgelegten Referenzwert [BQS].

Für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ sieht die zuständige Fachgruppe der BQS in Zukunft Verbesserungspotential durch besondere Berücksichtigung onkologischer Fragestellungen. Eine detailliertere Bewertung der Versorgungsqualität des Ovarialkarzinoms sollte dabei möglichst bald erfolgen, da in den letzten Erhebungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) eine erhebliche Versorgungsvariabilität konstatiert wurde. Darüber hinaus lassen abnehmende Fallzahlen bei Adnexeingriffen im stationären Bereich auf eine Verlagerung in den ambulanten Sektor schließen. Insofern muss der sektorübergreifenden Qualitätssicherung in Zukunft eine wichtigere Rolle bei der Bewertung der Versorgungsqualität zukommen [BQS].

Leistungsbereich „Mammachirurgie“

Brustkrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In der Bundesrepublik Deutschland wird im Jahr mit ca. 55.000 bis 60.000 Neuerkrankungen gerechnet. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 62 Jahren [Gekid 2006]. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sterben jährlich ca. 17.000 Frauen an den Folgen der Erkrankung.

Evidenzbasierte Standards für die gesamte Versorgungskette sind in der Deutschen S3-Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge festgeschrieben [Kreienberg et al. 2008]. Dabei sind Qualitätsindikatoren ein anerkanntes Instrument zur Implementierung von Leitlinien in die klinische Praxis.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Sachsen beruhen im Jahre 2006 auf insgesamt 5.940 Datensätzen aus 59 Krankenhäusern. Im Ergebnis des strukturierten Dialoges wurden 76 % der Einrichtungen als völlig unauffällig eingestuft. Demgegenüber zeigten 24 % einzelne Abweichungen in Bezug auf die vorgegebenen Qualitätsindikatoren. Im Erfassungsjahr 2006 mussten alle offenen Biopsien, tumorresezierenden Eingriffe, axillären Eingriffe und plastisch-rekonstruktiven Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder bei Tumorverdacht in der Brust durchgeführt wurden, dokumentiert werden. Die BQS-Fachgruppe fordert als nächsten Schritt eine sektor- und fachübergreifende Qualitätssicherung der gesamten Versorgungskette. Ein weiterer wichtiger Baustein der Qualitätssicherung bei Brustkrebs wären bundesweite und flächendeckende Krebsregister – eine seit Jahren bestehende Forderung der beteiligten Fachgesellschaften.

Ab 2007 wurden die Dokumentationsanforderungen für die Mammachirurgie an neuere medizinische Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie angepasst. Weiterhin werden nunmehr zum Teil redundante Abfragen im Falle einer Wiederaufnahme von Patientinnen vermieden und eine

Vereinheitlichung der Dokumentationsanforderungen mit Krebsregistern und Disease-Management-Programmen (DMP) angestrebt. Damit soll eine Verminderung der Dokumentationsbelastungen eine hohe Transparenz im Versorgungsgeschehen möglich machen. Seit 2007 sind plastisch-rekonstruktive Operationen nicht mehr dokumentationspflichtig. Die kritische Analyse der bislang erhobenen Daten hat gezeigt, dass das aktuelle Qualitätssicherungsverfahren „Mammachirurgie“ nicht ausreichend geeignet ist, relevante Qualitätsaspekte bei diesen Eingriffen adäquat abzubilden [BQS].

Nachfolgend werden die Ergebnisse bei maßgeblichen Qualitätsindikatoren in Sachsen mit denen auf Bundesebene verglichen.

Postoperatives Präparateröntgen

Das Qualitätsziel besteht darin, bei möglichst vielen Eingriffen nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie ein Präparateröntgen durchzuführen. Nicht tastbare, nur mammografisch nachweisbare und abklärungsbedürftige Gewebeläsionen erfordern weitere diagnostische Maßnahmen bis zum Vorliegen eines definitiven pathologischen Befundes. Diese Läsionen müssen präoperativ durch die möglichst exakte Platzierung eines Markierungsdrahtes lokalisiert werden. Bei radiologischer Markierung muss das exzidierte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung in Form einer Präparateradiografie geröntgt werden. Diese Radiografie muss auch dem Pathologen zu Verfügung gestellt werden. Dieser Indikator bildet innerhalb der Versorgungskette wichtige Schnittstellen zwischen dem Operateur, dem Radiologen und dem Pathologen ab [Kreienberg et al. 2008].

In Sachsen wurde mit 94,3 % der geforderte Referenzwert von ≥ 95 % im Jahre 2006 etwas unterschritten. Zum Vergleich wurde im Bundesdurchschnitt für 83,9 % der Fälle mit präoperativer Drahtmarkierung ein postoperatives Präparateröntgen dokumentiert. Bezogen auf den Referenzwert ist dieses Ergebnis anhand der BQS-Daten als noch unzureichend anzusehen, wobei im Rahmen des

Strukturierten Dialoges auch auf Bundesebene erhebliche Verbesserungen zu verzeichnen sind (2003: 36,0 %, 2004: 57,4 %, 2005: 65,0 %). Diese Ergebnisse verdeutlichen andererseits, dass die Implementierung der Leitlinie in Sachsen weitgehend gelungen ist.

Hormonrezeptoranalyse

Das Qualitätsziel besteht darin, bei möglichst vielen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom eine immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchzuführen. Der Referenzwert wurde mit ≥ 95 % definiert und wird in Sachsen mit 96,5 % erreicht. Dies entspricht auch den Ergebnissen auf Bundesebene mit einem Anteil von 96,95 % aller Fälle. Dadurch wird eine gute Versorgungsqualität in Bezug auf dieses Qualitätsziel sichtbar. In Sachsen gab es lediglich eine Fachabteilung/Klinik, die ein abweichendes Ergebnis lieferte. Zusätzlich zur Hormonrezeptoranalyse wird seit 2007 auch die Bestimmung des HER2-neu-Status im BQS-Verfahren bewertet.

Angabe des pT-, pN- und M-Stadiums

In Bezug auf die Angabe des Qualitätsindikators pT-, pN- und M-Stadium lagen die sächsischen Ergebnisse mit 94,1 % aller erfassten Fälle knapp unterhalb des geforderten Referenzbereiches von ≥ 95 %. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden hier an Hand einer Einzelfallanalyse Dokumentationsfehler von sechs auffälligen Fachabteilungen/Kliniken angegeben.

Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltenden Operationen und Mastektomien

Bei Angabe des Sicherheitsabstandes lagen die sächsischen Ergebnisse bei brusterhaltenden Therapien mit 94,3 % und bei Mastektomien mit 93,9 % der erfassten Fälle knapp unterhalb der geforderten Referenzbereiche von jeweils ≥ 95 %. Das Qualitätsziel beinhaltet die Forderung, bei möglichst vielen Patientinnen den Sicherheitsabstand anzugeben. Dabei ist der Sicherheitsabstand eines Mammakarzinoms zum Resek-

tionsrand bei brusterhaltender Therapie von großer Relevanz in Bezug auf die Lokalrezidivraten. Dies gilt sowohl für invasive Karzinome als auch für das duktales Carcinoma in situ (DCIS). Bei der Mastektomie kann der Sicherheitsabstand Hinweise auf eine möglicherweise erforderliche Strahlentherapie geben [Kreienberg et al. 2008]. Zum Vergleich bewertete die BQS-Fachgruppe die Ergebnisse auf Bundesebene für diesen Indikator als unzureichend. Demnach wurde im Bundesdurchschnitt nur bei 90,6 % aller Fälle mit BET und in 85,8 % der Fälle mit Mastektomie ein metrischer Sicherheitsabstand dokumentiert. Andererseits wurden die Ergebnisse in den vergangenen Jahren kontinuierlich verbessert (BET: 2003: 72,6 %, 2004: 76,2 %, 2005: 83,7 %; Mastektomie: 2003: 58,0 %, 2004: 64,6 %, 2005: 75,1 %). Da der Referenzbereich von mindestens 95 % bislang im Bundesdurchschnitt aber nicht erreicht wird, sieht die BQS-Fachgruppe in Bezug auf dieses Qualitätsziel besonderen Handlungsbedarf.

2007 wurde die Datenabfrage zur Erfassung des Sicherheitsabstandes dahingehend weiterentwickelt, dass im Falle von Nachresektionen abschließend unter Berücksichtigung aller Einzelbefunde dokumentiert wird. Diese abschließende Bewertung gilt als klinische Grundlage für weitere Therapieentscheidungen [BQS].

Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom

Der Qualitätsindikator Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom beinhaltet als Zielstellung, möglichst wenige Patientinnen einer Axilladisektion bei diesen Befunden zu unterziehen, da eine axilläre Metastasierung so gut wie ausgeschlossen ist. Demgegenüber kann bei ausgedehnten DCIS-Befunden eine Mikroinvasion vorliegen, die eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie rechtfertigt [Kreienberg et al. 2008]. Ein evidenzbasierter Referenzbereich fehlt, wobei auf Bundesebene dieser über die 80-%-Perzentile festgelegt wurde. Demnach lag die Grenze für auffällige Qualität im Jahr 2006 bei

über 19,8 %. Das Ergebnis in Sachsen lag mit 12,9 % deutlich unter diesem Grenzwert. Auf Bundesebene wurden 13,9 % erreicht. Dabei sind Sentinel-Lymphknoten-Biopsien zum damaligen Zeitpunkt in die Berechnungen noch nicht eingeflossen. Trotz Fehlens eines eindeutigen Grenzwertes für gute Qualität stuft die BQS-Fachgruppe die Rate an Axilladissektionen aus klinischer Sicht als zu hoch ein, da eine Axilladissektion bei diesen morphologischen Ausgangssituationen die Ausnahme bleiben sollte.

Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasiven Mammakarzinomen

In Bezug auf den Qualitätsindikator Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasiven Mammakarzinomen lagen die sächsischen Ergebnisse mit 85,7 % deutlich über dem geforderten Referenzbereich von ≥ 76 %. Lediglich drei Fachabteilungen/Krankenhäuser waren hier auffällig, konnten aber im Rahmen des strukturierten Dialoges an Hand von Einzelfallanalysen die nicht erfolgte Axilladissektion nachvollziehbar auf Grund des zum Teil hohen Alters der Patientinnen und bestehender Multimorbidität begründen.

Anzahl Lymphknoten

Gleichlautende Begründungen wurden auch bei Abweichungen in Bezug auf den Qualitätsindikator Anzahl entfernter Lymphknoten bei der Axilladissektion geliefert. Gefordert wurden mindestens zehn Lymphknoten im Rahmen einer kompletten Axilladissektion. Mit 91,0 % lagen die sächsischen Ergebnisse unterhalb des Referenzbereiches von ≥ 95 %. Insgesamt waren hier zehn Fachabteilungen/Kliniken auffällig, konnten aber diese Abweichungen nachvollziehbar begründen. Maßgeblich für eine eingeschränkte Axilladissektion waren das hohe Alter, die Multimorbidität und bei einer Fachabteilung die bisher noch nicht zur Verfügung stehende Sentinel-Lymphknoten-Detektion.

Indikation zur brusterhaltenden Therapie

Für diesen Qualitätsindikator wird ein Referenzbereich von ≥ 60 % bis ≤ 85 % vorgegeben. Die Ergebnisse aus Sachsen mit einem Anteil von 83,0 % brusterhaltender Operationen liegen im oberen Grenzbereich und erfüllen damit das Qualitätsziel. Insofern kann von einer flächendeckenden Implementierung adäquater Operationstechniken zum Erhalt der physischen und damit psychischen Integrität betroffener Frauen ausgegangen werden.

Meldung an Krebsregister

Gleichermaßen wird das Qualitätsziel bei der Meldung an das Krebsregister in Sachsen erreicht. Mit 98,6 % gemeldeter Behandlungsfälle wird der geforderte Referenzwert von ≥ 95 % deutlich überschritten. Dies liegt erheblich über dem Bundesdurchschnitt, zumal eine flächendeckende Krebsregistrierung für das gesamte Land trotz jahrelanger Diskussion und einzelner Pilotprojekte in westdeutschen Flächenländern bislang nicht durchgesetzt ist.

Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Die Zielstellung besteht in einem hohen Anteil von Patientinnen mit einem angemessenen zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum. Gerade die Phase zwischen Diagnose und Beginn der primären operativen Behandlung wird von vielen Patientinnen als psychisch belastend empfunden. Wartezeiten nach Konfrontation mit der immer auch als lebensbedrohlich empfundenen Diagnose verstärken psychische Beeinträchtigungen. Andererseits ist betroffenen Frauen auch ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über Behandlungskonzepte zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess zu beteiligen. Verzögerungen des Behandlungsbeginnes können sowohl durch Ärzte, Patientinnen als auch strukturell bedingt sein. Bei Fehlen eines evidenz-

basierten Referenzbereiches hat die BQS-Fachgruppe den Referenzbereich, basierend auf der 10-%- bis 95-%-Perzentile, bei minimal sechs bis maximal 18 Tagen festgesetzt.

In Sachsen betrug der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum im Median neun Tage. Dieses Ergebnis spricht für die in unserem Bundesland flächendeckend gute Strukturierung der Versorgungskette und erlaubt keine Beanstandungen, zumal keine Fachabteilung/Krankenhaus diesbezüglich Auffälligkeiten zeigte. Auf Bundesebene nahm in den vergangenen Jahren die Zeitspanne kontinuierlich zu (2003: 7,0 d, 2004: 8,0 d, 2005: 9,0 d). Im Jahre 2006 betrug die Zeitspanne zwischen der Diagnose und dem Operationsdatum für Frauen ohne neoadjuvante Therapie bereits zehn Tage. Diese Zunahme wird weiterverfolgt und die Ergebnisse werden insgesamt als zufriedenstellend bewertet. Gleichermaßen hält die BQS-Fachgruppe diesen Indikator entgegen der Meinung aus einzelnen Bundesländern für relevant, da strukturell bedingte zeitliche Verzögerungen der Behandlung so erkannt und dargestellt werden können.

Zusammenfassend konnten durch den strukturierten Dialog weitere qualitative Verbesserungen im Leistungsbereich Mammachirurgie erreicht werden. Darüber hinaus konnte die Qualität der Datenerfassung und -auswertung in den letzten Jahren deutlich verbessert werden. Wenngleich einzelne Qualitätsindikatoren und -ziele in der Diskussion bleiben, erscheint diese Form der Qualitätssicherung geeignet, um schrittweise und flächendeckend weitere Verbesserungen zu erzielen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Arbeitsgruppe Gynäkologie

Korrespondenzadresse:
Sächsische Landesärztekammer
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Arbeitsgruppe Gynäkologie
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
E-Mail: pgsqs@slaek.de

Arzthaftung – Risikoaufklärung – Fehlermanagement

Wo Menschen arbeiten, sind Fehler nicht zu vermeiden, gerade wenn man die komplexen und schnellen Abläufe in der modernen Medizin und Pflege berücksichtigt. Doch gerade ärztliche Behandlungsfehler galten lange als Tabuthema. Das hat sich allerdings geändert. Heute ist aus einem Thema, über das bisher keiner gerne sprach, ein Thema in aller Munde geworden. Doch von der Erkenntnis zur praktischen Umsetzung ist es ein weiter Weg.

In Zeiten knapper werdender Ressourcen mit zunehmender Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz von Kliniken und Arztpraxen, Personalabbau, Leistungsverdichtung und wachsendem Dokumentationsaufwand schmerzt jedes „Mehr“, das den Kliniken und Arztpraxen abverlangt wird. Zu fordern sind daher Ideen und Anregungen, wie ein Fehlermanagement in den Alltag der Kliniken und Arztpraxen sinnvoll und mit vertretbarem Aufwand integriert werden kann. Dafür sollen anschließend – nach Darstellung der zivilrechtlichen Haftungsgrundlagen – Wege aufgezeigt werden. Keineswegs sollen die hier vorgestellten Beispiele als „Patentlösungen“ verstanden werden. Ebenso wie es den „Königsweg zum Fehlermanagement“ nicht gibt.

Es ist kein leichter Weg, im Falle des Auftretens von Fehlern den Schaden zu begrenzen und schließlich aus den Fehlern zu lernen, damit sie sich in Zukunft nicht wiederholen, doch ist dies längst nicht so schwierig, wie manche glauben. Fehlermanagement und die Schaffung einer Sicherheitskultur sind keine Frage der Mittel, sondern der Einstellung.

I. Zivilrechtliche Haftungsgrundlagen

Die Behandlungsbeziehung zwischen Arzt und Patient basiert sowohl auf vertraglicher als auch auf deliktischer Grundlage. Beide Haftungsgrundlagen existieren nebeneinander¹, wobei die vertragliche Haftung im Vordergrund steht.

Die Vertragsbeziehung gründet auf dem medizinischen Behandlungsvertrag. Der medizinische Behandlungsvertrag ist ein Vertrag eigener Art, der nicht

gesondert im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt ist. Er wird zumeist als Dienstvertrag qualifiziert. Danach schuldet der Arzt eine Dienstleistung nach dem medizinischen Standard. Er steht nicht für den Behandlungs- oder Heilerfolg ein. Die tatbestandsmäßige Pflichtverletzung ist darin zu sehen, dass dem Arzt eine Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt vorgehalten wird. Für das dem Arzt vorwerfbare Verschulden genügt Fahrlässigkeit. Nicht der schlechte Ausgang einer Behandlung wird zum Haftungsgrund, sondern das Abweichen vom Standard der medizinischen Wissenschaft. Es kommt also darauf an, ob der Arzt so gehandelt hat, wie es in seinem Berufskreis erwartet wird². Solange sich der Arzt innerhalb des Standards bewegt verletzt er keine Pflicht bzw. den Arzt trifft kein Verschulden.

Für einen Behandlungsfehler („Kunstfehler“) tritt die Arzthaftung ein, wenn der Arzt:

- die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft außer Acht gelassen hat,
- gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstoßen hat,
- durch eine falsche Behandlung bei einem Patienten einen Schaden verursacht hat,
- und dieser Schaden auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen ist
- sowie dem Arzt ein Verschulden nachgewiesen werden kann.

Fehlt eine dieser Voraussetzungen, tritt die Arzthaftung nicht ein.

Behandlungsfehler sind nicht nur Fehler, die durch ein aktives Tun des Arztes herbeigeführt werden, sondern sind auch Fehler, die durch Unterlassungen begangen werden, zum Beispiel wenn eine wichtige Untersuchung pflichtwidrig nicht angeordnet wurde.

Weicht ein Arzt von den wissenschaftlich allgemein anerkannten Regeln oder Richtlinien ab, dann wird ein Behandlungsfehler zunächst vermutet. In diesem Fall kann sich ein Arzt nur dadurch entlasten, wenn er die Nichteinhaltung der ärztlichen Regeln überzeugend begründet.

Ein Arzt hat bestimmte Sorgfaltspflichten zu beachten – verletzt er diese, kann der Patient Schadenersatz verlangen.

Für die Arzthaftung ist entscheidend, ob der Schaden des Patienten unmittelbar auf den Behandlungsfehler oder die Nichteinhaltung der Sorgfaltspflicht zurückzuführen ist. Auch muss dem Arzt das Verschulden nachgewiesen werden. Zum Beispiel liegt bereits ein Sorgfaltsverstoß vor, wenn ein Arzt seine Fortbildungspflicht verletzt und daher nicht mehr auf dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft ist.

Die deliktische Haftung basiert darauf, dass die fehlerhafte ärztliche Behandlung eine so genannte unerlaubte Handlung darstellt. Der Arzt kann also auch dann haftungsrechtlich herangezogen werden, wenn er gar keinen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abgeschlossen hat. Der beim niedergelassenen Arzt angestellte Arzt kann beispielsweise für eigene Behandlungsfehler haftungsrechtlich deliktisch, nicht jedoch vertraglich, herangezogen werden. Vertraglich ist ausschließlich der niedergelassene Arzt Haftungsschuldener, auch wenn er die medizinische Behandlung selbst nicht vorgenommen hat. Bei der deliktischen Haftung handelt es sich um eine Verschuldenshaftung. Sie betrifft auch den in der Klinik angestellten Arzt. Vertraglich haftet jedoch in aller Regel nur der Träger des Krankenhauses.

Die fehlerhafte medizinische Behandlung kann beim niedergelassenen Arzt zum Beispiel sowohl zu einer vertraglichen als auch zu einer deliktischen Haftung führen. Im Klinikbereich stehen (zumindest beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag) Ärzte und Pflegekräfte mit dem Patienten nur in deliktischer Beziehung.

Der Arzt haftet nur dann aus Vertrag oder unerlaubter Handlung, wenn der bei dem Patienten eingetretene Schaden auf einem schuldhaften Behandlungsfehler beruht. Die Kausalität betrifft also die Frage der Verknüpfung zwischen Behandlungsfehler einerseits und Schaden des Patienten andererseits. Der Patient trägt dabei die Beweislast für das Vorhandensein eines Behandlungsfehlers, wobei es zugunsten des Patienten zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr kommen kann (zum Beispiel grober Behandlungsfehler).

Die Rechtsgrundlagen für den Bereich der Arzthaftung sind im BGB nicht spezifiziert. Vielmehr wird die spezielle Auslegung und damit die Rechtsent-

wicklung durch die Spruchpraxis der Oberlandesgerichte und den Bundesgerichtshof, zum Teil auch durch das Bundesverfassungsgericht geprägt. Während die Rechtsgrundlagen unverändert blieben, hat sich die Rechtsprechung in den letzten Jahren im Arzthaftungsbereich insbesondere hinsichtlich der Beweislastverteilung zunehmend patienten- oder kundenorientiert entwickelt.

II. Behandlungsfehler

Der Arzt schuldet einen so genannten Soll-Standard. Qualitätsmängel, die sich gegenüber dem anerkannten und gesicherten Stand der ärztlichen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung ergeben, werden haftungsrechtlich sanktioniert.

Es kommt stets auf die im jeweiligen Fachgebiet des Arztes zu fordernde Sorgfalt zum Zeitpunkt der Behandlung an. Der Soll-Standard wird von der medizinischen Wissenschaft vorgegeben. Die Feststellung obliegt im Streitfall dem durch einen medizinischen Sachverständigen beratenen Gericht. Maßgeblich ist, ob der Arzt nach den von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen im konkreten Fall diagnostisch und therapeutisch vertretbar und sorgfältig zu Werke gegangen ist.³

Die Wahl der Therapie kann der Arzt nach seinem ärztlichen Beurteilungsermesseln treffen. Dieser Grundsatz gilt jedoch nur für den Fall, das gleichwertige Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen und findet seine Grenze dort, wo keine vertretbare Alternative verbleibt. Bei der Wahl der Alternative muss der Arzt nicht immer den sichersten Weg beschreiten. Ein höheres Risiko muss jedoch in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falls oder einer günstigeren Heilungsprognose seine sachliche Rechtfertigung finden⁴. Der Arzt ist haftungsrechtlich nicht auf sein Fachgebiet beschränkt. Sofern er sich jedoch auf ein anderes Fachgebiet begibt, muss er dessen Standard gewährleisten.⁵

Vom Arzt wird bei der Behandlung von Patienten u.a. verlangt, dass er nicht nur die erhobenen Befunde bewertet. Er hat in der Regel nach ersten Schlussfolgerungen weitere Befunde zu erheben und zwar insbesondere dann, wenn die ersten Befunde oder die Ana-

mnese den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit ergeben. Den Verdacht hat der Arzt durch übliche Befunderhebungen weiter abzuklären, zu erhärten oder auszuräumen. Die Unterlassung der gebotenen Befunderhebung stellt regelmäßig einen Behandlungsfehler dar.⁶

III. Aufklärungsfehler

Die Aufklärung ist nicht nur eine Pflicht des Arztes, die Durchführung der Aufklärung ist auch vertraglich geschuldet. Die Aufklärung geht der Einwilligung voraus und ist Voraussetzung für die Erteilung der Einwilligung. Die Aufklärung zielt darauf ab, dem Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der in Betracht kommenden Behandlung, von den auf den Patienten zukommenden Belastungen und Risiken zu vermitteln.⁷ Die Aufklärung muss so frühzeitig wie möglich erfolgen. Welcher Zeitraum unter den heutigen Bedingungen der zunehmend ambulanten Behandlung und der stark verkürzten stationären Betreuung angemessen ist, ist je nach Einzelfall zu entscheiden. Die Aufklärung muss rechtzeitig erfolgen. Es muss dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, das Für und Wider abzuwägen. Bei „kleineren“ ambulanten Eingriffen kann eine Aufklärung am selben Tag rechtzeitig sein.⁸ Der Patient soll in den Heileingriff frei von Zwängen im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfreiheit einwilligen können. Unter Eindruck von Medikamenten oder erst im OP-Saal ist eine solche Entscheidung nicht gewährleistet (Keine Aufklärung auf der Trage!)⁹. Der Patient muss das für und wider einer Behandlung abwägen können. Die Abwägung muss je nach Schwere der Behandlung und deren Risiken erfolgen. Es bleibt anzumerken, dass die oben genannten juristischen Forderungen in der medizinischen Alltagspraxis kaum umzusetzen sind.

IV. Fehlermanagement

Im Jahr 1990 hat es rund 335 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte gegeben¹⁰. Heute kann man hochgerechnet von rund 400 Millionen ambulanten Arztkontakten jährlich ausgehen. Bei diesen rund 400 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten entstehen etwa 40.000 Behandlungsfehler¹¹. Von diesen – geschätzten – 40.000 Anschreiben an Ver-

sicherungen, Staatsanwaltschaft oder Schlichtungsstellen, landet ca. die Hälfte davon vor Gericht, sodass man letztlich von 7.500 bis 10.000 verurteilten Ärzten ausgehen kann.¹²

Dies ist – im Vergleich zu den Arzt-Patienten-Kontakten – eine verschwindend geringe Zahl. Trotzdem ist jeder Patient, den ein Behandlungsfehler trifft, einer zuviel. Zumal man von einer nicht unbeträchtlichen – statistisch nicht erfassten – Dunkelziffer ausgehen muss.

1. Behandlungsfehler und unerwünschte Ereignisse

Hinsichtlich der Fehlerursachen sind Komplikationen bzw. erkrankungstypische Folgen, die das Behandlungsergebnis naturgemäß bestimmen (krankheitsimmanente Faktoren, zum Beispiel unbeeinflussbare Progression einer Erkrankung und behandlungsimmanente Komplikationen, zum Beispiel Nebenwirkungen einer Tumorthherapie) einerseits und Behandlungsfehler andererseits zu unterscheiden.

Fehlbehandlungen dürfen in einem komplexen System wie dem Gesundheitssystem nie isoliert, sondern nur im Kontext der beteiligten Einflussfaktoren betrachtet werden. Umgekehrt kann das Auftreten eines Fehlers nicht automatisch mit mangelnder individueller Sorgfalt oder Qualifikation gleichgesetzt werden. Patientensicherheit wird vom gesamten System der Krankenversorgung beeinflusst. Hierzu gehören unter anderem beteiligte Personen (Betreuungsteam), technische Bedingungen (zum Beispiel Arbeitsplatzgestaltung), organisatorische Elemente (Dienstanweisungen, Organisationsroutinen, Arbeitszeiten und anderes) und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (zum Beispiel finanzieller Rahmen der Krankenversorgung). Im Gegensatz zur Vorstellung, dass Fehler vor allem individuell begründet sind (etwa durch Vergesslichkeit, Unwissen oder auch Intention), haben die in der Patientenversorgung auftretenden Fehler oft Systemcharakter.

2. Fehlerursachen

Unbefriedigende Behandlungsergebnisse treten überall in der Gesundheitsversorgung auf. Von den mit der Behandlung zusammenhängenden Fehlern sind am methodisch einfachsten solche im Zusammenhang mit der Arz-

neimitteltherapie, diagnostischen Maßnahmen und chirurgischen Interventionen zu identifizieren. Hierbei handelt es sich sehr häufig um vermeidbare Fehler, zum Beispiel bei der Verordnung oder Abgabe von Medikamenten.¹³ Als weitere Fehlerursache sind Fehler bei diagnostischen Maßnahmen bekannt. Falsche Diagnosen können zu falscher und unwirksamer Behandlung führen oder zu unnötiger und damit teurer und teilweise invasiver Diagnostik. Außerdem kann mangelnde Erfahrung im Umgang mit technisch schwierigen diagnostischen Verfahren die Genauigkeit der Resultate beeinträchtigen. Obwohl Fehler im Rahmen von Arzneimitteltherapie, chirurgischen Interventionen und diagnostischen Maßnahmen am leichtesten zu identifizieren sind, haben mit der Behandlung zusammenhängende medizinische Fehler ihre Ursachen häufiger auf der Systemebene der Gesundheitsversorgung.

So sind in der Mehrzahl aller identifizierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen primär Systemfehler ursächlich für die Probleme verantwortlich. Unzulänglichkeiten bei der Übermittlung pharmazeutischer Informationen, der Kontrolle von Arzneimitteldosierungen und von Zuordnungen von Pharmaka zu Patienten und bei der korrekten Information des Patienten sind Systemfehler, welche mehr als die Hälfte aller unerwünschten Ereignisse bedingen.¹⁴ Als Beispiel eines typischen Systemfehlers kann der Ausbildungsstand des Personals gelten – der häufig direkt mit dem Auftreten von Komplikationen (zum Beispiel mit dem postoperativen Harnwegsinfekten, Pneumonien, Thrombosen¹⁵) zu korrelieren ist. Behandlungsfehler vorwürfe verteilen sich in Deutschland traditionell unsymmetrisch auf die verschiedenen medizinischen Fächer. So sind über Jahre gleich bleibend die so genannten „schneidenden Fächer“ (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie) relativ überrepräsentiert, die so genannten konservativen Fächer (Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde und andere) unterrepräsentiert. Die Verteilung ergibt sich aus der Evidenz, der Wahrnehmbarkeit von Fehlern oder unglücklichen Behandlungsverläufen. Liegt in den konservativen Fächern ein Behandlungsfehler vor, ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser von den entsprechenden

Gutachtergremien als solcher angenommen wird, relativ hoch: Innere Medizin in 20 Prozent, Allgemeinmedizin in 27 Prozent, Chirurgie in 16 Prozent, Orthopädie in 12 Prozent, Gynäkologie in 28 Prozent der Fälle.¹⁶ Dabei handelt es sich um die Zahl der geäußerten Vorwürfe, nicht um die Zahl der festgestellten Fehler je Fachgebiet.

3. Fehlerprävention

Fehlerprävention fängt mit der Einsicht der Fehlerhaftigkeit an. Neben dem Erkennen und Eliminieren von systembedingten Fehlerquellen, ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Fehlerprävention eine Änderung des professionellen Selbstverständnisses bezüglich der eigenen (Un-)Fehlbarkeit.

Zur Identifizierung des Problemausmaßes im deutschen Gesundheitssystem fehlen bisher aussagefähige epidemiologische Untersuchungen. Studien und Ergebnisse aus dem Ausland lassen nur tendenzielle Schlussfolgerungen zu.

In Deutschland sind entsprechende Initiativen zur Patientensicherheit bereits 2002 vom ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualitätsmanagement) aufgegriffen worden und im Aktionsprogramm explizit benannt worden.¹⁷

Die Ärzteschaft unterstützt darüber hinaus die Einführung anonymer Fehler-Bericht- und Lernsysteme für Hausärzte oder anonymer Beinahe-Fehler-Bericht- und Lernsysteme wie das Schweizer CIRSMedical. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 12.4.2005 ein internetbasiertes CIRSAngbot zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt. Dieses CIRSAngbot wird seit einiger Zeit für Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unter der einheitlichen Internetadresse www.CIRSMedical.de als Berichtportal der verfassten Ärzteschaft ausgebaut. CIRSMedical.de – das anonyme Bericht- und Lernsystem für Kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin ist Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen von BÄK und KBV. Im Gegensatz zu umfassenden Qualitätsprogrammen ist die Entwicklung bundesweiter Maßnahmen zur Fehleridentifizierung und Prävention für Deutschland noch Neuland: hier herrscht viel Forschungsbedarf. Vorrangig ist die Identifizierung des Problemausmaßes im deutschen Gesundheitssystem.

Hier fehlen bisher aussagefähige epidemiologische Untersuchungen. Studien und Ergebnisse aus dem Ausland lassen nur tendenzielle Schlussfolgerungen zu.

Schnellstmöglich sollte bereits existierendes Datenmaterial – insbesondere aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – fehlerbezogen genutzt werden.

So verfügt Deutschland – nach einer Einschätzung von Schneeweiss¹⁸ – über eine aktuelle und umfassende Datenbasis zum quantitativen Arzneimittelverbrauch. Allerdings bestehen große Defizite bei den qualitativen Verbrauchsdaten, das heißt der personenbezogenen Verknüpfung von Arzneimittelverbrauchs-, ärztlichen Leistungs- und Diagnosedaten. Hier liegt dringender Korrekturbedarf vor. Dass die personenbezogene Verknüpfung und fehlerbezogene Auswertung von Versorgungsdaten der GKV Grundlage für Qualitätsverbesserungsprogramme sein können, belegen Studien zur Effektivität der Pharmakotherapie in Hessen.¹⁹

Außerdem bietet sich das Datenmaterial der Haftpflichtversicherer sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern zur Fehleranalyse an. Die Integration dieses Fundus in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wäre für die Identifizierung und Quantifizierung von Fehler-Raten, -Typen und -Risikofaktoren hilfreich.

Weiterhin sollte die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Aspekt der Fehleridentifizierung stärker als bisher berücksichtigen.

Durch Auswertung dieser Daten müssten Fehler und Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen des Versorgungssystems zu identifizieren sein. Allerdings setzt dies den breiten Konsens über einheitliche Erfassungs- und Analyse-Verfahren für Zwischenfälle, sowie fehlerbedingte Ereignisse und Beschwerden in der Medizin voraus (zum Beispiel über die mögliche Einführung eines einheitlichen Basismoduls und/oder eines verpflichtenden Meldesystems zu fehlerbedingten Todesfällen und schweren Gesundheitsstörungen) sowie die Erforschung/Entwicklung kli-

nischer und administrativer Informationssysteme für die systemübergreifende Anwendung unter Nutzung moderner Technologien.

Außerdem müssen möglicherweise neue gesetzliche Grundlagen für Meldung und Untersuchung von fehlerbedingten Ereignissen oder „Beinahe-Ereignissen“ und für zeitnahe Berichterstattung der Untersuchungsergebnisse geschaffen werden. So muss der Gesetzgeber verbindlich im Voraus definieren, welche Meldungen ohne Sanktionen bleiben, das heißt Gutachter, Richter, Gesundheitsdirektion und Versicherern nicht vorgelegt werden dürfen und müssen.

Diejenigen, denen individuelle Fehler am Ende einer Fehlerkette unterlaufen, ist oft selbst nicht bewusst, dass Systemprobleme für deren Entstehen mit ursächlich sind. Ein Beispiel aus der Praxis: Im Risikoberichtssystem einer Neonatologie/Kinderintensivstation in Bremen tauchen innerhalb kurzer Zeit vier Meldungen über spontane Extubationen auf. Zum Glück bleibt das Herausrutschen der Beatmungsschläuche für alle Neugeborenen folgenlos. Die Berichte stammen von vier Krankenschwestern, die alle glauben, das Pflaster zur Fixierung des Schlauchs nicht gut genug aufgeklebt zu haben. Ein Oberarzt, im lokalen Risikomanagement der Klinik erste Instanz bei der Berichtsanalyse innerhalb des Critical Incident-Reporting-Systems (CIRS), nimmt die Schilderungen zum Anlass einer gezielten Recherche. Er findet heraus, dass die Einkaufsabteilung seit Kurzem ein neues, kostengünstigeres Pflaster bestellt und dieses nun im Einsatz ist. Es hat offenbar bei der höheren Luftfeuchtigkeit und Wärme, wie sie in den Inkubatoren vorherrscht, schlechtere Klebeeigenschaften auf der Säuglingshaut. Seit Wiedergebrauch des ursprünglichen Pflasters tauchen keine solchen Risikoberichte mehr auf. Nicht immer sind die Zusammenhänge so einfach wie in diesem Beispiel. Kritische Ereignisse, die Folgen für die Patienten haben, entstehen häufig durch eine komplexe Verkettung kleinerer Einzelfehler, ungünstige Begleitumstände, Systemmängel und das versagen von Sicherheits- und Kontrollmechanismen. Durch die systematische Aufarbeitung von Fehlern kann gelernt werden, solche Ereignisse zu verhindern.

4. Fehlermanagement

Eine Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen, bieten – wie bereits erwähnt – Fehlermeldesysteme. Die Meldesysteme, die zumeist auf Freiwilligkeit beruhen, erfassen in der Regel Beinahe-Fehler oder Fehler, die zu keiner schwerwiegenden Schädigung des Patienten geführt haben. Durch eine Analyse der Beinahe-Fehler sollen systemimmanente Schwachstellen identifiziert und Maßnahmen zu deren Beseitigung ermöglicht werden. Ziel des Critical Incident Reporting System (CIRS) ist es, durch das Sammeln von Informationen über kritische Zwischenfälle Erkenntnisse für Korrekturen zu gewinnen und damit künftige Fehler zu vermeiden.

Jedoch stellt sich auch jeder, der sich mit Fehlermeldesystemen beschäftigt berechtigterweise die Frage nach den möglicherweise hieraus resultierenden juristischen Folgen. Dabei ist die Erfassung von Beinahe-Fehlern, behandlungsimmanente Komplikationen und Fehlern zu unterscheiden, die nach Gegenmaßnahme folgenlos bleiben. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist die Erfassung von Beinahe-Fehlern unproblematisch, da es zu keiner Schädigung des Patienten gekommen ist. Dies gilt ebenso für behandlungsimmanente, eingriffsspezifische Verletzungen, sofern der Patient über derartige Risiken entsprechend aufgeklärt wurde. Andere Fehler, zum Beispiel das „vergessene Bauchtuch“ könnten durchaus strafrechtliche Relevanz aufgrund eines Sorgfaltsmangels haben und zivilrechtliche Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche nach sich ziehen. Es gibt also die berechtigte Sorge, dass Informationen aus einer Fehlermelde-datei im Haftungsfall Verwendung finden könnten. So kann der Staatsanwalt im Rahmen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens eine „Meldedatei“ beschlagnahmen und die Herausgabe verlangen. Insofern ist die Einrichtung von Erfassungssystemen für unerwünschte Ereignisse wünschenswert, die frei von negativen Konsequenzen für die Berichtenden sein sollten, mit absoluter Anonymität und vollständiger Vertraulichkeit gegenüber jedermann – auch der Staatsanwaltschaft.

V. Ausblick

Es ist notwendig, im einzelnen Krankenhaus, in der einzelnen Praxis, regel-

mäßig nachzusehen, welche unerwünschten Behandlungsfolgen sich ergeben haben. Darüber hinaus ist es sinnvoll, alle „unerwünschten Ereignisse“ aufzuarbeiten, immer unter der Fragestellung, wie eine eingetretene Komplikation trotz anteiliger schicksalhafter Komponenten dennoch hätte möglicherweise verhindert werden können. Die effektivste Form des Lernens aus Fehlern ist die systematische Erfassung auch der risikobehafteten Situationen, der Beinahe-Fehler. Sie regelhaft zu benennen und nach ihren Abwendungs- oder Vermeidungstechniken zu fragen, fördert weitab vom tatsächlichen Fehler dessen Vermeidung.

Gelingt es, Themen eminenter Bedeutung aufzugreifen und sauber zu bearbeiten, dann könnten die so gewonnenen Erkenntnisse auch in die Gesundheits-Selbstverwaltung, in das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen Eingang finden. Auf diesem Wege würde aus der ursprünglichen Privatsache „aus Fehlern lernen“ eine Aufgabe von hoher systemischer Bedeutung.

Hohe Qualität und Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung lassen sich längerfristig demnach nur erhalten, wenn jeder konsequent versucht, aus vermeidbaren Fehlern, Schäden und Beinahe-Schäden zu lernen. Dazu gehört in erster Linie, dass solche Ereignisse nicht verschwiegen werden, sondern darüber gesprochen oder – zumindest anonym – berichtet wird, um Schwachstellen aufzudecken und wirksame Strategien der Risiko- und Fehlerprävention entwickeln zu können. Das Entstehen von lokalen und überregionalen Risiko-Berichtssystemen im Gesundheitswesen wird ausdrücklich begrüßt. Zu einer regen Nutzung wird hiermit aufgefordert und ermutigt.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:
RA Heike Lehmann
Mockritzer Straße 17
01219 Dresden

Künstliche Ernährung am Lebensende

Medizinische Implikationen und ethische Grenzen

Einladung zur öffentlichen Veranstaltung des Gesprächskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer. Referent ist Prof. Dr. med. Christian Löser (Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel).

29. Januar 2009, 18.30 Uhr

Sächsische Landesärztekammer, Plenarsaal, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Die Veranstaltung ist mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert.

Öffnungszeiten der Hauptgeschäftsstelle zum Jahreswechsel

Die Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer einschließlich der Bezirksstellen Chemnitz, Dresden und Leipzig bleiben am Freitag, dem 2. Januar 2009, geschlossen.

Die Mitarbeiter sind im Neuen Jahr ab dem 5. Januar 2009 wieder für Sie da.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer

Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer ist wegen Urlaub in der Zeit vom 18. 12. 2008 bis 2. 1. 2009 nicht besetzt.

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist wegen Urlaub in der Zeit vom 24. 12. 2008 bis 2. 1. 2009 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: 0351 8267411 zur Verfügung.

Höhere Vergütung für Befundberichte

Ärztliche Befundberichte im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit werden künftig wesentlich höher vergütet.

Für das Erstellen von Befundberichten erhalten Ärzte künftig eine mehr als 50 Prozent höhere Vergütung.

Der bisherige Vergütungssatz von 21 EUR pro Befundbericht steigt damit ab dem 1. Januar 2009 auf 32,50 EUR. Darauf verständigten sich die Bundesärztekammer und die Bundesagentur für Arbeit. Vereinbart wurde auch, dass der Befundbericht künftig innerhalb von zehn Werktagen vorliegen muss.

Pressemitteilung der Bundesärztekammer

Ingrid-zu-Solms-Wissenschaftspreis

Ausschreibung für eine richtungsweisende, wissenschaftliche Originalarbeit (begutachtete Habilitationsschrift oder eine nach internationalen peer review Kriterien begutachtete und akzeptierte Publikation) einer jungen Forscherin (bis 40 Jahre), die auf dem Gebiet der Grundlagenforschung der klinischen Medizin oder der ärztlichen Psychotherapie arbeitet.

Dotation: 10.000 EUR.

Die Bewerbungen mit Zusammenfassung, Lebenslauf und Publikationsliste sind elektronisch bis 15. Januar 2009 zu richten an Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Elke Solonar, Senckenberganlage 31, 60054 Frankfurt, e.solonar@vdv.uni-frankfurt.de, Betreff: Wissenschaftspreis.

Die Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter www.ingrid-zu-solms-stiftung.de.

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 11. Januar 2009

11.00 Uhr – Junge Matinee

Lied-Gut

Lieder von Mendelssohn und seinen Zeitgenossen

Konzert der Liedklasse von KS Prof. Olaf Bär, Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber, Dresden

Ausstellung

Foyer und 4. Etage

Ulrich Lindner

Zeitgehöft

20. 11. 2008 bis 11. 1. 2009

Christina Pohl

Lustgarten

14. 01. 2009 bis 15. 3. 2009

Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung, 2. Etage

Beate Bilkenroth

Malerei – „WBS 70“

bis 31. 3. 2009

Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistenten

Zukunft in Sachsen – Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Die Veranstaltung findet am **17. Januar 2009** von 11.00 Uhr bis 14.30 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt.

Die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank laden alle Weiterbildungsassistenten in Sachsen und junge Fachärzte herzlich dazu ein. Die Sächsische Landesärztekammer bietet insbesondere eine Beratung für die Weiterbildungsassistenten zur Gestaltung ihrer Weiterbildung an.

Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser informieren und beraten zu Chancen, Perspektiven und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- öffentlichen Gesundheitsdienst,

und zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Gesprächsführung / Bewerbung und
- Fördermöglichkeiten.

Die Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat erfolgt mit vier Punkten.

Vorträge 11.00 – 12.30 Uhr

11.00 – 11.05 Uhr

Begrüßung

11.05 – 11.15 Uhr

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Jürgen Hommel

11.15 – 11.30 Uhr

Ärztliche Weiterbildung in Sachsen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

11.30 – 11.45 Uhr

Ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Dipl.-Med. Petra Albrecht

11.45 – 12.00 Uhr

Krankenhäuser in Sachsen

Dr. Stephan Helm

12.00 – 12.15 Uhr

Ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Betreuung

Dr. med. Johannes Baumann

12.15 – 12.30 Uhr

Finanzierbarkeit der eigenen Niederlassung

Raimund Pecherz

Moderation: *Erik Bodendieck*

Workshops jeweils 13.00 Uhr und 13.45 Uhr

- Von der Standortplanung einer Praxis bis zur Niederlassung
Dr. Burkhard Hentschel
- Finanzierung einer Arztpraxis:
Raimund Pecherz
- Warum eine Bewerbung das Spiegelbild der Persönlichkeit ist:
Gisela Dericks
- Vereinbarkeit von Familie und Praxis
Karin Thein

Beratung und Jobbörsen ab 12.30 Uhr

Um Anmeldung wird gebeten:

Das Anmeldeformular und das ausführliche aktuelle Programm können über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de abgerufen werden. Fragen bitten wir an die E-Mail: Zukunft-in-Sachsen@slaek.de zu richten.

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie

Reg.-Nr. 08/C064

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2008

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/C065

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2008

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C066

Zwickauer Land

Praktischer Arzt/Medizinische Genetik – fachärztlich

Reg.-Nr. 08/C067

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.12.2008

(Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.01.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 08/D074

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 29.12.2008

Facharzt für Orthopädie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/D075

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 29.12.2008

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D076

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.01.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L108

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L109

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

Reg.-Nr. 08/L110

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 08/L111

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L112

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L113

Torgau-Oschatz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 08/L114

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 16.01.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Abgabe 3. Quartal 2009

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 2789-406 oder 2789-403

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresden-Striesen

Praxisabgabe geplant: 01.07.2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisabgabe geplant spätestens Ende 2009

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Görlitz-Land

Praxisabgabe geplant: I/2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Görlitz-Stadt

Praxisabgabe geplant: Juli 2009

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

PD Dr. med. habil. Peter Friedrich zum 70. Geburtstag



Geboren wurde er am 5. 12. 1938 in Gumbinnen (Ostpreußen), die Schule besuchte er in Oschatz. Ein inhaltsreiches Berufsleben, überwiegend in Dresden, später dann in Oschatz liegen hinter ihm – Zeit zu einem Rückblick für ihn und seine zahlreichen Mitstreiter, die er fachlich ausbildete, die durch kollegiale Zusammenarbeit sich ihm verbunden fühlten und nicht zuletzt die, die seinen zielgerichteten, verantwortungsbewussten und motivierenden Führungsstil selbst kennen lernen konnten.

Nach Approbation und Promotion 1966 an der Karl-Marx-Universität Leipzig begann seine Tätigkeit am ehemaligen Bezirkskrankenhaus Dresden-Neustadt mit der Facharztausbildung für Innere Medizin, die er 1972 abschloss. Bereits während dieser Zeit zeigte sich sein großes Interesse für die Gastroenterologie und die damals noch sehr junge Endoskopie. Diese Begeisterung sollte ihn nicht mehr loslassen. 1973 wurde er zum Funktionsarzt für Gastroenterologie und Endoskopie ernannt, 1976 wurde er Oberarzt und im gleichem Jahr erfolgte die Anerkennung der Subspezialisierung Gastroenterologie. 1982 habilitierte er sich an der damaligen Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden mit einem Thema über chronische Lebererkrankungen. 1985 wurde er Leiter der Abteilung für Gastroenterologie der I. Medizinischen Klinik des Krankenhauses Dresden-Neustadt. 1988 erhielt er die Lehrbefugnis „Facultas

docendi“ und 1990 wurde er zum Privatdozenten der Medizinischen Akademie Dresden berufen. 1995 übernahm er die Leitung der Abteilung für Gastroenterologie und Infektionserkrankungen des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt. Ganz entscheidend war Herr PD Dr. Friedrich an der hervorragenden Profilierung der auch über die Stadtgrenzen von Dresden anerkannten gastroenterologisch-endoskopischen Abteilung des Neustädter Krankenhauses beteiligt. So war es wesentlich sein Verdienst, dass hochspezialisierte diagnostische und therapeutische endoskopische Techniken, die zur damaligen Zeit nur Universitätskliniken vorbehalten waren, eingeführt werden konnten. Besonders ist dabei die Lasertherapie zur endoskopischen Behandlung von Tumoren und Stenosen des Oesophagus und des Rektosigmoids zu erwähnen.

Herr PD Dr. Friedrich widmete sich aber auch der ärztlichen Weiterbildung. So war er seit 1991 Mitglied des Prüfungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer für das Schwerpunktgebiet Gastroenterologie. 1993 erhielt er die Ermächtigung zur Weiterbildung für die Subspezialisierung Gastroenterologie. Großen Anklang fanden die von Herrn PD Dr. Friedrich organisierten und durchgeführten Endoskopiekurse am Krankenhaus Dresden-Neustadt. Für die eigene wissenschaftliche Arbeit sprechen 20 Veröffentlichungen und 30 Vorträge auf Kongressen.

Nachdem sich Herr PD Dr. Friedrich von seiner Wahlheimat Dresden 1998 verabschiedet hatte, wandte er sich wieder Oschatz zu. Zusammen mit seiner Frau fand er in Seelitz bei Mügeln eine neue Heimat. Bereits am 1. 2. 1998 hatte er die Chefarztstelle für Innere Medizin an der Collm Klinik in Oschatz angetreten.

Hier warteten nun neue, ganz andere Herausforderungen auf ihn. Zunächst musste er feststellen, dass die Leistungsfähigkeit dieser Inneren Abteilung hinsichtlich diagnostischer Möglichkeiten nicht seinen Erwartungen entsprach. Zudem stand der Neubau des Krankenhauses kurz vor seiner Vollendung. Bis zur Eröffnung im Juli 1998 verblieb gerade soviel Zeit, um

noch einige eigene Vorstellungen besonders im endoskopischen Funktionsbereich einbringen zu können. So war es ihm gelungen, auch in Oschatz eine modernst ausgestattete Funktionsabteilung neu zu schaffen. Nun galt es die Innere Abteilung des Krankenhauses Hubertusburg aus Wermisdorf mit der vorhandenen Inneren Abteilung in Oschatz unter seiner Leitung zusammenzuführen. Eine schwierige Aufgabe, die ihm viel Diplomatie abverlangte. Herr PD Dr. Friedrich schaffte es schnell, die Abteilung neu zu strukturieren und fachliche Profile zu entwickeln. Mit großem persönlichem Einsatz, mit fachlicher und sozialer Kompetenz arbeitete er zukunftsorientiert an der Entwicklung „seiner Inneren Abteilung“, an der zielgerichteten Ausbildung des ärztlichen und schwesterlichen Personals, als Vorsitzender der Arzneimittel-, Hygiene- und Ethikkommission, an DRG-Problematiken bis zu seinem Ausscheiden am 31. 3. 2006.

Sein berufspolitisches Engagement führte dazu, dass er für die Legislaturperiode 2003/2007 zum Vorsitzenden der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz gewählt wurde. Im September 2003 erfolgte die Ernennung zum Leitenden Chefarzt der Collm Klinik Oschatz. In dieser Funktion war er bis Juni 2006 tätig. In den letzten Jahren seiner Dienstzeit bewältigte er damit eine Dreifachbelastung. Alle diese administrativen Aufgaben löste er sehr erfolgreich mit viel betriebswirtschaftlichem Gespür und gründlich durchdachten fachlichen und organisatorischen Konzepten. So wurde er auch mit seinen großen Erfahrungen für viele Mitarbeiter im individuellen Gespräch zu einem ganz persönlichen Berater und einer Vertrauensperson.

Unserem ehemaligen Chefarzt wünschen wir vor allem weiterhin gute Gesundheit und Bewahrung seiner Vitalität.

Dr. med. Sabine Petzold, OÄ,
Inn. Abt. Collm Klinik
Dr. med. Rainer Uebel, OA,
Inn. Abt. Collm Klinik
Dipl.-Ing. Jörg Bader,
Geschäftsführer Collm Klinik Oschatz

Unsere Jubilare im Januar – wir gratulieren!

60 Jahre

01. 01. Dr. med. Mohamed Ali
Mahmoud, Abdel Halim
09405 Zschopau
06. 01. Dr. med. Rürup, Christoph
09221 Adorf
06. 01. Prof. Dr. med. habil.
Wirth, Manfred
01326 Dresden
08. 01. Dr. med. Hartmann, Ullrich
08324 Bockau
12. 01. Dipl.-Med. Haubold, Gabriele
09599 Freiberg
13. 01. Pöhlandt, Sabine
04207 Leipzig
14. 01. Nestorjuk, Olga
01067 Dresden
16. 01. Dr. med. Berndt, Ursula
02827 Görlitz
19. 01. Dipl.-Med. Klemm, Christine
04129 Leipzig
20. 01. Dr. med.
Aschenbrenner, Barbara
01594 Jahnishausen
21. 01. Dr. med. Waizmann, Elisabeth
04158 Leipzig
22. 01. Dipl.-Med. Thorweihe, Soja
04178 Burghausen
23. 01. Dr. med. Beier, Dietmar
09116 Chemnitz
23. 01. Dipl.-Med. Böhm, Christina
02906 Waldhufen
23. 01. Dipl.-Med.
Forstmann, Annelie
09390 Gornsdorf
26. 01. Dr. med. Diebl, Klaus
08289 Schneeberg
27. 01. apl. Prof. Dr. med. habil.
Bunk, Alfred
01279 Dresden
29. 01. Dr. med. Härtig, Thomas
08301 Schlema
29. 01. Ziegenfuß, Maria
01309 Dresden

65 Jahre

01. 01. Dr. med. Franke, Rainer
08412 Königswalde
02. 01. Dipl.-Med. Skaletzki, Kristin
01705 Freital – OT Pesterwitz
03. 01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Koza, Klaus-Dieter
01731 Kautzsch
03. 01. Dr. med. habil.
Lotze, Wolfgang
01277 Dresden
03. 01. Dr. med. Starke, Wolf-Rüdiger
04808 Thallwitz

07. 01. Dr. med. Tautz, Wilfried
01796 Pirna
08. 01. Dr. med. Kramer, Kristina
04289 Leipzig
09. 01. Dr. med. Ebermann, Christiane
04703 Leisnig
09. 01. Dr. med. Reiche, Evelyn
01219 Dresden
11. 01. Dr. med. habil. Barth, Volker
08289 Schneeberg
11. 01. Prof. Dr. med. Gahr, Manfred
01324 Dresden
11. 01. Dr. med. Hartmann, Helmut
04229 Leipzig
11. 01. Dr. med.
Lehmann, Hans-Ulrich
01309 Dresden
11. 01. Dr. med. Schmidt, Helmut
02979 Elsterheide
12. 01. Dr. med. Ebert, Werner
01920 Cunnersdorf
13. 01. Dipl.-Med. Flohrer, Sabine
04442 Zwenkau
13. 01. Dr. med. Grahl, Karl-Otto
09127 Chemnitz
13. 01. Dr. med. Thieme, Frank
02828 Görlitz
14. 01. Dipl.-Med. Görler, Wilhelm
08328 Stützengrün
15. 01. Dr. med. Engst, Roland
01157 Dresden
15. 01. Dr. med. Gruhle, Reiner
01587 Riesa
15. 01. Dr. med. Herrmann, Wolfgang
09127 Chemnitz
17. 01. Lindner, Bernd
09376 Oelsnitz
18. 01. Prof. Dr. med. habil.
Felber, Werner
01309 Dresden
19. 01. Dr. med. Lucas, Wilfried
04158 Leipzig
19. 01. Dr./Med.Univ.Budapest
Pribor, Birgit
01217 Dresden
20. 01. Büttig, Hans
01796 Pirna
20. 01. Gerber, Elke
02739 Eibau
20. 01. Dr. (Bg) Hajal, Ghassan
02929 Rothenburg/ OL
20. 01. Dr. med. Herold, Wilfried
04425 Taucha
20. 01. Dr. med. von Koch, Joachim
09618 St. Michaelis
21. 01. Lantzsch, Volker
01662 Meißen
21. 01. Dr. med. Laqua, Peter
01445 Radebeul-Wahnsdorf
22. 01. Dr. med. Dittrich, Wilfried
09394 Hohndorf
22. 01. Dipl.-Med. Gabsch, Uwe
01705 Freital

22. 01. Dr. med. Hillscher, Andreas
01328 Dresden
22. 01. Dr. med. Pröhl, Lothar
08209 Vogelsgrün
22. 01. Dr. med. Sterzel, Gottfried
02708 Löbau
23. 01. Dr. med.
Grumtman, Gerhard
09212 Limbach-Oberfrohna
23. 01. Dr. med. Landwehr, Christine
01612 Nünchritz
23. 01. Schreiter, Waltraud
02625 Bautzen
24. 01. Dipl.-Med. Vogel, Dietmar
08543 Jocketa
25. 01. Stark, Jochen
08228 Rodewisch
28. 01. Dr. med. Dietzel, Gerd
04205 Leipzig
28. 01. Rosemann, Ulrich
02828 Görlitz
29. 01. Prof. Dr. med. habil.
Wiese, Manfred
04155 Leipzig

70 Jahre

03. 01. Dr. med. Ermlich, Gunther
01326 Dresden
03. 01. Dr. med. Künzel, Rolf
04277 Leipzig
03. 01. Dr. med. Müller, Irene
09366 Stollberg
03. 01. Dr. med. Völz, Brigitte
02826 Görlitz
05. 01. Dr. med. Ehrhardt, Waltraud
02828 Görlitz
06. 01. Dr. med. Neumann, Gudrun
09496 Marienberg
06. 01. Dr. med. Siegel, Elwira
08056 Zwickau
08. 01. Gröttsch, Adelheid
01705 Freital
08. 01. Dr. med. Schönrock, Christine
08340 Schwarzenberg
08. 01. Dr. med. Stange, Helga
04683 Naunhof
09. 01. Rödenbeck, Helgard
04105 Leipzig
10. 01. Reiß, Gisela
08289 Schneeberg
12. 01. Dr. med. habil.
Herber, Friedrich
04103 Leipzig
13. 01. Dr. med. Friedel, Wolfgang
08326 Sosa
13. 01. Dr. med.
Smilowsky, Brunhilde
01587 Riesa
14. 01. Dr. med. Bergan, Margot
02625 Bautzen
14. 01. Dr. med. Franz, Renate
04463 Großpönsa
14. 01. Dr. med. Lindlar, Reinhold
08523 Plauen

14. 01. Dr. med. Müller, Claus
01796 Pirna
15. 01. Büchner, Klaus
02953 Gablenz
16. 01. Dr. med. Garten, Claus
01277 Dresden
16. 01. Dr. med. Härtel, Günter
08373 Voigtlaide
17. 01. Dr. med.
Pisowotzki, Anneliese
01279 Dresden
17. 01. Sauerbrei, Klaus
08261 Schöneck
19. 01. Jahn, Rosemarie
04299 Leipzig
19. 01. Dr. med. Rochelt, Ingrid
01157 Dresden
19. 01. Dipl.-Med. Schmelz, Wolfgang
01816 Bad Gottleuba
20. 01. Dr. med. Heil, Gotthard
01589 Riesa
20. 01. Dr. med. Walbe, Bernd
04416 Markkleeberg
23. 01. Dr. med. Stief, Ingrid
01324 Dresden
24. 01. Dr. med. habil.
Kunze, Wolfgang
04821 Brandis
24. 01. Dr. med. Lohmann, Ingeborg
09337 Bernsdorf
24. 01. Dr. med. Schultz, Gisela
08451 Crimmitschau
25. 01. Dr. med. Börner, Peter
04288 Leipzig
25. 01. Dr. med. Esterl, Diето
08543 Pöhl / OT Jocketa
25. 01. Dr. med. Fleischer, Eberhard
04416 Markkleeberg
25. 01. Dr. med. Miedlich, Ursula
04420 Markranstädt
28. 01. Dr. med. Reinhold, Günther
09350 Lichtenstein
28. 01. Dr. med. Seliger, Karlheinz
07973 Greiz
29. 01. Parentin, Roswitha
08233 Schreiersgrün
29. 01. Streller, Barbara
01109 Dresden
31. 01. Dr. med. Kroh, Jürgen
01640 Coswig

75 Jahre

01. 01. Dr. med. Werner, Irmgard
01445 Radebeul
04. 01. Dr. med. habil.
Schleusing, Michael
04109 Leipzig
06. 01. Dr. med.
Fernschild, Adelgund
04317 Leipzig
14. 01. Dr. med. Müller, Helga
04860 Torgau
17. 01. Dr. med. Dörfelt, Helga
12557 Berlin

20. 01. Dr. med. Burtzik, Karin
04318 Leipzig
20. 01. Dr. med. Kratzsch, Peter
02625 Bautzen
20. 01. Dr. med. Scharfe, Peter
01237 Dresden
20. 01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Thiele, Gerhard
04157 Leipzig
20. 01. Dr. med. Tischendorf, Heinz
09573 Augustusburg
26. 01. Dr. med. Orda, Ursula
08523 Plauen
28. 01. Dr. med. Stürzbecher, Klaus
04178 Leipzig
29. 01. Dr. med.
Meinerzhagen, Klaus
01705 Freital
30. 01. Dr. med. England, Manfred
04103 Leipzig
30. 01. Dr. med. Schmidt, Hannelore
04109 Leipzig

80 Jahre

04. 01. Dr. med. Haberland, Rolf
01589 Riesa
05. 01. Dr. med.
Meier, Hans-Joachim
09366 Stollberg
07. 01. Dr. med. habil.
Lehnert, Wolfgang
01445 Radebeul
14. 01. Dr. med. Michel, Edith
04155 Leipzig
23. 01. Dr. med. Thomas, Brigitte
01640 Coswig
24. 01. Dr. med. Donath, Rolf
01731 Kreischa
28. 01. Dr. med. Heinrich, Ursula
01796 Pirna

81 Jahre

01. 01. Dr. med. Kipke, Lothar
04821 Waldsteinberg
07. 01. Dr. med. Loos, Gotthard
09224 Grüna
10. 01. Dr. med. Suchert, Gerhard
01825 Liebstadt
27. 01. Dr. med. Thiem, Walter
01099 Dresden

82 Jahre

17. 01. Dr. med. Karwath, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
20. 01. Prof. Dr. med. habil.
Rose, Wolfgang
01277 Dresden
22. 01. Dr. med. Hahn, Winfried
09648 Mittweida
23. 01. Prof. Dr. sc. med.
Kaden, Wolfgang
08315 Bernsbach

83 Jahre

01. 01. Prof. Dr. med. habil.
Aßmann, Dietmar
01796 Pirna
13. 01. Dr. med. Schubert, Edith
08066 Zwickau

84 Jahre

01. 01. Dr. med. Bernhard, Joachim
01326 Dresden
03. 01. Dr. med. Keller, Ruth
04838 Eilenburg
08. 01. Dr. med. Kliemant, Günter
01612 Nünchritz
22. 01. Dr. med. Bulang, Benno
02625 Bautzen

85 Jahre

13. 01. Prof. Dr. med. habil.
Dürwald, Wolfgang
04299 Leipzig

86 Jahre

31. 01. Dr. med. Kliemant,
Hans-Jürgen
01662 Meißen

87 Jahre

07. 01. Dr. med. Rocholl, Albrecht
01309 Dresden

88 Jahre

18. 01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01728 Bannewitz

89 Jahre

28. 01. Dr. med. Lorenz, Irene
01067 Dresden

90 Jahre

02. 01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen

96 Jahre

04. 01. Dr. med. Langer, Horst
01689 Weinböhla

Wünsche, nicht im Geburtstagskalender aufgeführt zu werden, melden Sie bitte der Redaktion unter Tel. 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de

Psoriasis: Konzepte, Strategien und Therapieziele

G. Wozel, M. Aringer

Einleitung

Die letzten Jahre haben unser Bild der Psoriasis verändert. Noch immer steht die wesentliche Beteiligung der Haut mit der damit zwangsläufig verbundenen mehr oder minder sichtbaren „Offenlegung“ der Erkrankung für die Umwelt im Vordergrund. Dazu kommt neu, dass die entzündliche Systemerkrankung Psoriasis wie andere systemische Entzündungskrankheiten einen (unter mehreren) kardiovaskulären Risikofaktor darstellt. Das bedeutet einen Paradigmenwechsel, weil systemische Therapien vermutlich deutlich häufiger indiziert sind, als man früher dachte. Diese Therapien haben gleichzeitig durch die Einführung mehrerer sehr wirksamer sog. Biological Response Modifiers erhebliche Verstärkung erfahren, sodass auch für schwerste Formen der Erkrankung und der damit bei jedem fünften Patienten verbundenen Arthritis heute wirksame Therapien zur Verfügung stehen. Neuere Therapieansätze geben wieder tiefere Einblicke in die Immunpathogenese der Erkrankung, sodass die Psoriasis regelrecht zur Modellerkrankung für T-Zell-vermittelte Pathogenese geworden ist. Daraus ergeben sich für die nahe Zukunft weitere Therapieansätze.

Gerade vor diesem Hintergrund, dass die „Hauterkrankung“ Psoriasis heute als gut behandelbare Systemerkrankung wahrgenommen werden muss, ist es bedrückend, dass aktuelle Versorgungsdaten für Deutschland gegenwärtig eine definitive medizinische Unterversorgung zeigen [Augustin, M.; Reich, K.; Radtke, M.A.; et al., 2007; Augustin, M.; Krüger, K.; Radtke, M.A.; et al., 2008]. So werden sowohl konventionelle Systemtherapeutika als auch Biologicals nicht im erforderlichen Ausmaß eingesetzt. Angesichts dieser Disproportion ist es notwendig, das Krankheitsbild in Form einer Übersicht erneut

zu besprechen und die heute verfügbaren Therapiemöglichkeiten und -ziele darzustellen.

Epidemiologie

Die Psoriasis gehört mit einer Prävalenz von 2 bis 3 Prozent in Europa zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen in der Dermatologie. Weltweit bestehen große Häufigkeitsunterschiede, wobei dafür genetische Faktoren (zum Beispiel bestimmte Indianerstämme) oder Ernährungsgewohnheiten (Schutz durch ungesättigte Fettsäuren in der Kaltwasserfisch-Ernährung der Eskimos) verantwortlich gemacht werden. Für die Stadt Dresden weist eine Studie an der Klinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus mit Unterstützung des BMBF eine Punktprävalenz von exakt 2,71% aus [Eiermann, S.; Barth, J.; Wozel, G., 1995] und liegt damit genau im Bereich der Angaben anderer Autoren [Brandrup, F.; Green, A., 1981; Farber, E. M.; Nall, L., 1998; Christophers, E., 2001]. In Deutschland leiden somit etwa 2 Millionen Patienten an Psoriasis. Aus epidemiologischer Sicht lassen sich in Europa häufigkeitsstatistisch zwei unterschiedliche Psoriasisstypen unterscheiden [Henseler, T.; Christophers, E., 1985]. Der Typ 1 ist durch positive Familienanamnese, frühes Manifestationsalter (< 40. Lebensjahr) und in der Regel schwereren klinischen Verlauf charakterisiert. Es findet sich zudem eine starke Assoziation zu HLA Cw 6, Dr 7, B13 oder B17. Die Unterschiede zu Typ 2 sind in Tab. 1 aufgeführt.

Pathogenese

Vorstellungen zur Pathogenese der Psoriasis waren über Jahrzehnte Gegenstand teils kontroverser wissenschaftlicher Auseinandersetzungen und wandelnder Anschauungen [Schön, M. P.; Boehncke, W. H., 2005]. Auch unser heutiges Pathogeneseverständnis ist aller Voraussicht nach inkomplett. Standen in den 70er Jahren die neutrophilen Granulozyten und deren Akkumulation durch Lipidmediatoren (zum Beispiel Leukotrien B4) oder später durch Interleukine (zum Beispiel B. IL-8) im

Zentrum der Forschung, war unter anderem die erfolgreiche Einführung von Ciclosporin A in die Therapie der Psoriasis ein Kreuz- und Angelpunkt für einen Wechsel in der pathogenetischen Betrachtungsweise. Weitere Meilensteine waren die Nutzung von CD4-Antikörpern und Mausmodelle mit genetisch induzierter schwerer kombinierter Immundefizienz (SCID) [Kess, D.; Peters, T.; Zamek, J.; et al., 2003; Nickoloff, B. J.; Bonish, B.; Huang, B. B.; et al., 2000; Nickoloff, B. J. u. Nestle, F. O., 2004]. Somit gibt es solide Hinweise, dass die Psoriasis eine T-Zell-vermittelte Immunreaktion darstellt und damit zu einer Familie von pathogenetisch ähnlichen chronischen Erkrankungen, zu denen sonst unter anderem chronische Polyarthritis/ rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew oder Morbus Crohn zählen. Die Gemeinsamkeiten dieser Erkrankungen haben zur Präzisierung des Ausdrucks immune-mediated inflammatory diseases (IMIDs) geführt.

Abb. 1 stellt schematisch und vereinfacht dieses Pathogenesemodell vor, das die verschiedenen therapeutischen Angriffspunkte didaktisch gut erklären kann. Die Haut stellt durch den Bestand an unterschiedlichen Antigen-präsentierenden Zellen (APZ), den T-Lymphozyten und bestimmten Effektorzellen ein kutanes Immunsystem dar. Die APZ erkennen (bei Psoriasis bisher nicht definierte) Antigene in der Haut, wandern über afferente Lymphgefäße in den zugehörigen Lymphknoten und präsentieren dort immunologisch naiven (CD45RA+) T-Zellen das Antigen. Mittels Signalübertragung zwischen APZ und T-Zellen werden letztere aktiviert und beispielsweise zur verstärkten Expression von Adhäsionsmolekülen (zum Beispiel cutaneous lymphocyte-associated antigen, CLA) angeregt. Diese

Tab. 1: Charakteristik von Typ 1 und Typ 2 der Psoriasis [Henseler, T. u. Christophers, E., 1985]

Kriterium	Typ 1	Typ 2
Häufigkeit	60 – 70%	30 – 40%
Familienanamnese	gewöhnlich positiv	selten positiv
Alter bei Beginn	< 40. Lebensjahr	> 40. Lebensjahr
HLA-Assoziation	Cw6, B13, B17	selten
Klinischer Verlauf	meist schwer	gewöhnlich leicht

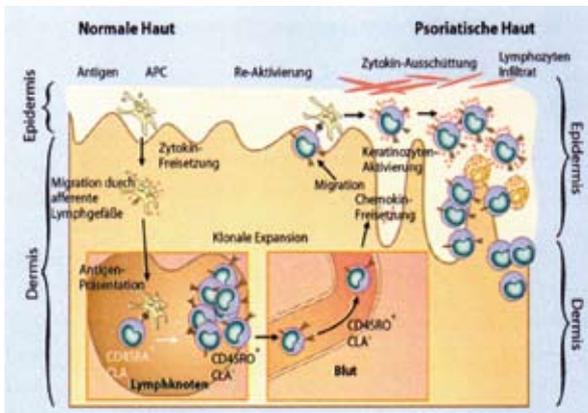


Abb. 1: Schematische Darstellung eines Modells der Immunpathogenese der Psoriasis (modifiziert nach Lowes, M. A. et al., 2004)

nunmehr antigen-spezifischen Lymphozyten – wandern über das Blutgefäßsystem wieder in die Haut. Durch co-stimulatorische Interaktionen unter anderem mit Keratinozyten und APG wird eine Kaskade pro-entzündlicher Vorgänge mit Freisetzung von Zytokinen und Chemokinen wie $TNF\alpha$, Interferon γ , Interleukin-2, Interleukin-8 und Interleukin-11 unter anderem ausgelöst. Durch Aktivierung sekundärer Mechanismen wie der Arachidonsäurekaskade werden weitere Entzündungszellen angelockt, unter anderem neutrophile Granulozyten, woraus letztlich das charakteristische histomorphologische Bild der Psoriasis resultiert. Therapeutisch können deshalb auf sehr verschiedenen Ebenen des dargestellten Pathogeneseweges Targets gefunden werden (zum Beispiel B. T-Zell-Inhibitoren, $TNF\alpha$ -Antagonisten) [Gottlieb, A. B., 2003; Lowes, M. A.; Lew, W.; Krueger, J. G.; et al., 2004; Ludwig, R.; Schön, M. P., 2005]. Neueste experimentelle Untersuchungen verschieben den Akzent der

Immunregulation der Psoriasis auf das Zusammenspiel von besonderen Subpopulationen antigen-präsentierender Zellen – C11c+ $TNF\alpha$ -iNOS-produzierender dendritischer Zellen (TIP-DCs) im Konzert mit der erst seit wenigen Jahren bekannten Th17-Subpopulation der Helfer-T-Zellen und den heterodimären Zytokinen IL-12 und IL-23 [Trinchieri, G.; Pflanz, S.; Kastelein, R. A., 2003]. Damit sind aktuell beide Zytokine als therapeutische Targets interessant geworden (zum Beispiel durch Nutzung entsprechender IL-12p40 Antikörper wie Ustekinumab oder ABT874) [Gottlieb, A. B.; Cooper, K. D.; McCormick, T. S.; et al., 2007; Krueger, G. G.; Langley, R. G.; Leonardi, C.; et al., 2007; Kimball, A. B.; Gordon, K. B.; Langley, R. G.; et al., 2008].

Klinische Manifestationen

Am häufigsten tritt die Psoriasis vulgaris als chronisch-stationäre Form auf (Synonym: chronische Plaque-Psoriasis) Tab. 2. Das klinische Bild wird durch stabile erythemato-squamöse Plaques unterschiedlicher Größe geprägt, die nummulär, gyriert oder landkartenähnlich (sogenannte Psoriasis geographica bei letzterem Befallmuster) erscheinen können. Prädisloktionsstellen sind Streckseiten der Extremitäten, behaarter Kopf, Sakralregion sowie der Stamm mit meist partiellem Befall. Diese Form ist unbehandelt durch eine lange Bestandsdauer ohne wesentliche entzündliche Randaktivität der Läsionen gekennzeichnet. Die inverse Form (Psoriasis inversa) ist quasi das Negativbild des Befallmusters der chronisch-stationären

Psoriasis; es dominieren gerötete Herde typischerweise an intertriginösen Regionen – Inguinalfalten, Rima ani, submammär, Beugeseiten der Extremitäten oder Hand- und Fußflächen. Durch die überwiegend okkludierten Körperfalten resultieren klinisch meist flächenhafte, homogene, stärker gerötete, teils mazerierte, scharf begrenzte Läsionen ohne stärkere Schuppung. Extrem seltene Verläufe sind unter dem Begriff Psoriasis verrucosa bekannt, die durch flächenhafte, dicke, warzenähnliche Hautveränderungen betont an den Dorsalflächen der Hände und Füße charakterisiert sind [Lochno, M.; Vitez, L.; Wozel, G., 2007]. Die akut-exanthematische Psoriasis tritt vordergründig bei jüngeren Patienten auf, die dem Psoriasis-Typ 1 zuzuordnen sind. Sie zeigt einen hohen Eruptionsdruck der psoriatischen Läsionen (klinisch zum Beispiel Psoriasis punctata). und überwiegend eine Stammbetonung. Als Triggerfaktoren sind bei dieser Form häufig Infekte der oberen Atemwege einschließlich Streptokokkenangina zu beobachten. Nagelbefall (Onychopathia psoriatica) bei Psoriasis ist relativ häufig, bei Psoriasis-Arthritis bis 80 Prozent. Seltener wird eine ausschließliche Nagelpsoriasis beobachtet. Klinisch äußern sich die charakteristischen Nagelstigmata als Tüpfelnägel (grübenförmige Einziehung der Nagelplatte), Ölfleck-Phänomen (kleine gelb-bräunliche, scharf begrenzte Flecken unter der Nagelplatte) und partielle bzw. komplette Zerstörung der Nagelplatte mit resultierender Onychodystrophie (sogenannter Krümelnagel mit aufgehobener Transparenz der Nagelplatte). Es können funktionelle Störungen, Schmerzen und erhebliche kosmetische Beeinträchtigungen bestehen, die teils berufliche Konsequenzen haben. Die psoriatische Erythrodermie ist ein schweres Krankheitsbild, das stationäre Aufnahme in einer dermatologischen Klinik erforderlich macht. Klinisch ist das gesamte Integument stark entzündlich gerötet, schuppig, teils trocken, teils exsudativ. Die Lymphknoten sind in der Regel partiell oder generalisiert angeschwollen.

Tab. 2: Klinische Manifestationsformen der Psoriasis

Chronisch-stationärer Typ	bevorzugt: Streckseitenbefall, behaarter Kopf, Sakralregion
Psoriasis verrucosa (Sonderform d. chronisch-stationären Typs)	Flächenhaft, warzenähnliche Hautveränderungen, akzentuiert an den Dorsalflächen der Hände und Füße
Akut-exanthematischer Typ	häufig als Psoriasis guttata, bei Kindern u. Jugendlichen, häufig infektgetriggert
Psoriasis inversa	Beugeseitenbefall, häufig mit Mazeration
Nagel-Psoriasis	Tüpfelnägel, Ölfleck-Phänomen, Nageldystrophie, 80% bei Psoriasis-Arthritis
Psoriatische Erythrodermie	schweres Krankheitsbild mit generalisiertem Befall und Allgemeinsymptomen
Psoriasis pustulosa	schwere pustulöse Krankheitsbilder, lokalisiert oder generalisiert
Psoriasis-Arthritis	Befall des Knochen-/Gelenkapparates axial/ peripher, meist Hautläsionen, Assoziation mit Nagelbeteiligung

Es bestehen erhebliches Krankheitsgefühl, teilweise Fieber verbunden mit Wärme- und Eiweißverlust. Die Ursache für die schweren Verläufe bleibt teils unklar; manchmal sind Fehlbehandlungen, Sonnenbrände oder Absetzen von Systemtherapeutika ursächlich anzuschuldigen.

Die Psoriasis pustulosa ist ein Oberbegriff für verschiedene pustulöse psoriatische Manifestationen, von denen zwei umschriebene (Psoriasis pustulosa palmo-plantaris Königsbeck-Barber und Acrodermatitis continua Hallopeau) und zwei generalisierte Formen (Psoriasis pustulosa generalisata von Zumbusch und Impetigo herpetiformis) abgegrenzt werden. Alle pustulösen Psoriasis-Formen sind grundsätzlich als schwer einzuschätzen. Teilweise sind hier Biologicals, insbesondere TNF α -Antagonisten, therapeutisch außerordentlich effektiv [Wozel, G.; Vitez, L., 2008].

Es gibt darüber hinaus charakteristische Psoriasisstigmata, die vor allem bei der chronisch-stationären Form beobachtet werden, jedoch nicht obligat nachweisbar sind. Sie sollen angesichts der medizin-historischen Bedeutung erwähnt werden. Durch Kratzen lassen sich von einem Psoriasisherd wie von einer Paraffinkerze mehrere lamelläre Schuppen abstreifen, die vorher nicht sichtbar waren (sog. Kerzenfleckphänomen). Wird an gleicher Stelle diese mechanische Reizung fortgesetzt, werden die blutgestauten Kapillaren im hochliegenden Papillarkörper eröffnet (sogenannte Auspitz-Phänomen oder Phänomen der punktförmigen Blutung). Schließlich ist die Psoriasis in etwa der Hälfte der Fälle durch ein positives Koebner-Phänomen (isomorpher Reizeffekt) gekennzeichnet. An den mechanisch irritierten Stellen entwickelt sich nach ca. 10 bis 14 Tagen ein neuer Psoriasisherd, der allerdings nicht einer „Alles oder Nichts“-Regel folgt [Kalayciyan, A.; Aydemir, E. H.; Kotogyan, A., 2007].

Psoriasis-Arthritis

Die Psoriasis-Arthritis zeigt meist gleichzeitig charakteristische Haut-, Nagel- und Gelenkveränderungen

(Abb. 2). Die klinisch typische Arthritis kann aber auch den Hauterscheinungen voran gehen und in Einzelfällen ohne solche auftreten. Die Begriffe „Psoriasis-Arthropathie“ oder „Arthropathia psoriatica“ entstammen einem Zeitalter, in dem die Brisanz des Krankheitsbildes unterschätzt wurde. Heute sollten diese Begriffe aus dem klinischen Sprachgebrauch gestrichen werden, zumal sie die potentielle Schwere in die Nähe von mehr „belanglosen“ oder „vorübergehenden“ „Pathien“ stellt – mit teils verheerenden Konsequenzen für betroffene Patienten. Die Psoriasis-Arthritis beginnt nicht im Gelenk, sondern periartikulär. De facto werden Enthesiopathien auch bei einer hohen Zahl (noch) asymptomatischer Psoriasispatienten gefunden [Gisondi, P.; Tinazzi, I.; El-Dalati, G.; 2008]. Radiologisch finden sich nicht nur Erosionen und Gelenkdestruktion, sondern auch Knochenzuwachs (Abb. 3). Typischer Weise ist die Psoriasis-Arthritis Rheumafaktor-negativ (seronegativ) und auch Anti-CCP-Antikörper-negativ. Positive Antikörper müssen daher zur Frage führen, ob zufällig Psoriasis und rheumatoide Arthritis vorliegen. Im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis betrifft die Psoriasis-Arthritis auch distale Interphalangealgelenke und führt nicht selten zum Bild der Daktylitis, die aus einer Kombination von Arthritis und Tendovaginitis erklärbar ist. Der Gelenkbefall kann reihenförmig (zum Beispiel alle distale Interphalangealgelenke) auftreten, oder es können einzelne Strahlen (zum Beispiel kompletter 2. und 3. Finger, evtl. mit Handgelenkbeteiligung) betroffen sein. Etwa ein Viertel der Patienten leidet unter nächtlichen Rückenschmerzen bei einseitiger Sakroiliitis.



Abb. 2: Charakteristischer Phänotyp bei einer Patientin mit schwerer Psoriasis-Arthritis



Abb. 3: charakteristische Knochen bei Gelenkveränderungen bei Psoriasis-Arthritis

Ausprägung von Haut- und Gelenkbefall korrelieren häufig schlecht. In einem hohen Prozentsatz (ca. 80 Prozent) ist aber ein Nagelbefall bei Psoriasis-Arthritis zu beobachten. Da die Manifestationen beider Kompartimente nicht zwingend miteinander einhergehen und der Befall von Knochen- und Gelenkapparat sehr unterschiedliche Muster zeigen kann, sind Klassifikationssysteme und diagnostische Kriterien gegenwärtig intensiv in wissenschaftlicher Bearbeitung. In den letzten Jahren wurden eine Reihe neuer Klassifikationskriterien für die Psoriasis-Arthritis vorgeschla-

Tab. 3: CASPAR (Classification criteria for psoriatic arthritis) -Set für die Klassifikation der Psoriasisarthritis (bei bereits gesicherter Synovitis). Bei zumindest 3 Punkten 98,7% Spezifität, 91,4 % Sensitivität im Vergleich zu anderen Arthritiden (Taylor-W, Arthritis Rheum 2006; 54: 2665-2673).

1. Psoriasis	– derzeit nachweisbar (2 Punkte) – Psoriasis in der Vorgeschichte des Patienten – Familienanamnese positiv
2. Psoriatische Nagelveränderungen	– aktuell nachweisbar
3. Rheumafaktor negativ	
4. Daktylitis	– aktuell nachweisbar – rheumatologisch bestätigt in der Vorgeschichte
5. Radiographisch Knochenzuwachs	– juxtaartikulär in Röntgenaufnahmen Hände/Vorfüße

gen [Taylor W., 2006], die aber alle den wesentlichen Schritt der sicheren Diagnose einer Synovitis voraussetzen. Insbesondere die CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis)-Kriterien sind wegen ihrer Einfachheit erfolgreich (Tabelle 3) und offenbar auch bei früher Psoriasisarthritis geeignet, die Erkrankung gegen andere Arthritiden abzugrenzen [Taylor, W.; Gladman, D.; Helliwell, P.; et al., 2006; Chandran, V.; Schentag, C.T.; Gladman, D., 2007].

Definition des Schweregrades
Zweifelsohne sind die Sonderformen Erythrodermie, pustulöse Psoriasis, (überwiegende) Verläufe der aktiven und progredienten Psoriasis-Arthritis und palmoplantare Psoriasis einer schweren Psoriasis zuzuordnen [Schmitt, J.; Wozel, G., 2005].

Für die häufigste Entität – die chronisch-stationäre Psoriasis – ist die Entscheidung über den Schweregrad durch die therapeutische Einführung der Biologics sowohl akademisch als auch sozialversicherungsrechtlich ausgesprochen relevant geworden, da diese Medikamente für „mittelschwere“ bis „schwere“ chronisch-stationäre Psoriasis geprüft und zugelassen wurden. Die bislang praktizierte überwiegend subjektive Entscheidung wurde vom Gesamteindruck des klinischen Bildes auf den Arzt und den verbal geschilderten Leidensdruck des Patienten festgelegt. Da die auf diesem Wege getroffene Entscheidung weder für Dritte, noch für Sozialversicherungsträger nachvollziehbar ist, geschweige denn den Ansprüchen von Kriterien zur Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen in Registern bei Studien entspricht, haben sich international folgende Instrumentarien zur Schweregradfestlegung der chronisch-stationären Psoriasis durchgesetzt:

1. PASI (Psoriasis Area and Severity Index)
2. Körperoberflächenbefall in % (sog. 9er Regel)
3. DLQI (Dermatology Life Quality Index)

Der Psoriasis Area and Severity Index (PASI) ist ein Skalierungssystem, in das zwei Größen, nämlich Ausprä-

gungsgrad der entzündlichen Morphe und Körperoberflächenbefall in Prozent für vier anatomische Regionen (Kopf, Stamm, obere und untere Extremitäten) eingehen. Die Intensität von Rötung, Schuppung und Infiltrat wird für jedes Symptom getrennt auf einer 5er Skala bestimmt (0 = kein Befall, 1 = leicht, 2 = mittelschwer, 3 = schwer, 4 = sehr schwer). Der prozentuale Oberflächenbefall der vier anatomischen Regionen ist definiert nach: 1 = 1 – 9 Prozent, 2 = 10 – 29 Prozent, 3 = 30 – 49 Prozent, 4 = 50 – 69 Prozent, 5 = 70 – 89 Prozent, 6 = 90 – 100 Prozent. Damit variiert der PASI zwischen dem Wert 0 und maximal 72. Da keine Linearität vorhanden ist, besteht eine Redundanz im Skalierungssystem; beispielsweise werden Werte über 35 sehr selten erreicht. Vor diesem Hintergrund und dem festgelegten PASI-Mindestwerten von wenigstens 10 in den Phase III-Zulassungsstudien für die Biologics herrscht gegenwärtig Konsens darüber, dass ein PASI ab dem Wert 10 einer mittelschweren Psoriasis vom chronisch-stationären Plaque-Typ entspricht. Der PASI wurde 1978 durch Fredriksson und Pettersson im Zusammenhang mit der Einführung der Retinoide in die Therapie der Psoriasis erstmals beschrieben und hat sich als häufigstes genutztes Schweregradinstrument, vor allem bei klinischen Studien, etabliert. Vor- und Nachteile sind bekannt [Schmitt, J.; Wozel, G., 2005]. Mit einiger Erfahrung ist der PASI im Alltag unter Praxisbedingungen in wenigen Minuten zu erheben; bei Einsatz von Biologics ist er als *conditio sine qua non* anzusehen.

Der Körperoberflächenbefall berechnet sich nach der bekannten 9er-Regel: Kopf (9 Prozent), Arm (9 Prozent), Stamm 2 x 9 Prozent, Rücken, Stamm Ventralfäche 2 x 9 Prozent, Bein 2 x 9 Prozent, Genitale 1 Prozent (Richtwert: 1 Handfläche des Patienten entspricht 1 Prozent der Körperoberfläche). Auch hier beginnt ab einem Befall von ≥ 10 Prozent die Zuordnung zu dem Prädikat „mittelschwer“.

Spezielle Formen der Erkrankung und spezielle Lokalisationen (zum Beispiel Hände) müssen aber in der Regel viel

schwerer bewertet werden, als das im PASI ausgedrückt wird, weil Patienten mit dort ausgeprägtem Befall oft nicht arbeitsfähig sind und mitunter Verrichtungen des täglichen Lebens nicht durchführen können und teils sogar Gefahr laufen ihren Beruf zu verlieren. Der Dermatology Life Quality Index (DLQI) ist ein häufig genutztes validiertes Instrumentarium zur Beurteilung der Lebensqualität [Finlay, A.Y.; Kahn, G.K., 1994]. Er ist einfach zu erheben, da durch den Patienten lediglich zehn Fragen zu beantworten sind (Skala 0 bis 30). Je höher die Werte angesiedelt sind, desto eingeschränkter ist die Lebensqualität. Eine Differenz von fünf Punkten oder mehr wird als statistisch relevant angesehen. Der dargestellte Sachverhalt hat dazu geführt, dass bei Einsatz von Biologics die Bedingungen der sog. 10er Regel erfüllt sein müssen, dass heißt PASI, Körperflächenoberbefall und DLQI sollten einen Wert von mindestens 10 aufweisen.

Für die Psoriasis-Arthritis sind bei peripherer Arthritis mehrere betroffene Gelenke und Zeichen eines destruierenden Verlaufes Alarmsignale. Für die Beurteilung der Sakroiliitis wird zum Teil der für den Morbus Bechterew entwickelte BASDAI – ein simpler, auf konkreten Fragen an den Patienten beruhender Score – in Analogie verwendet.

Triggerfaktoren, Co-Morbidität, Lebensqualität

Unabhängig von genetischen Faktoren, zum Beispiel die Suszeptibilitätsregion auf Chromosom 6p21.3 (PSORS 1) [Capon, F.; Trembath, R.C.; Barker, J.N., 2004], zeigen klinische Erfahrungen, dass durch bestimmte Triggerfaktoren die Schuppenflechte ausgelöst oder unterhalten werden kann bzw. therapeutisch schwieriger zu führen ist. Einige dieser Faktoren sind in Tabelle 4 aufgeführt. Im Therapiekonzept sollte deshalb möglichst eine Ausschaltung dieser angestrebt werden; ein Sachverhalt, der in der Praxis zugegebenermaßen nicht immer umzusetzen ist, zum Beispiel wenn für bestimmte Herz-erkrankungen β -Blocker oder bei

Tab. 4: Exogene Triggerfaktoren der Psoriasis (Auswahl)

Physikalische Traumen/mechanische Reize (Koebner-Phänomen)	z. B. Sonnenbrand, Operationen
Medikamente	z. B. Lithium, β -Blocker, Interferon, Antimalariamittel)
Infekte	z. B. Streptokokkenangina
Psychische Belastungssituationen	z. B. Konflikte

manisch-depressiver Erkrankung eine Therapie mit Lithium absolut angezeigt sind. Darüber hinaus zeigen zahlreiche epidemiologische Studien neueren Datums, dass Psoriasis-Patienten und Psoriasis-Arthritis-Patienten eine statistisch signifikant höhere Assoziation mit metabolischen Störungen wie Diabetes mellitus, Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Arteriosklerose usw. aufweisen [Gelfand, J. M.; Neimann, A. L.; Shin, D. B.; et al., 2006; Gisondi, P.; Tessari, G.; Conti, A.; et al., 2007; Ludwig, R. J.; Herzog, C.; Rostock, A.; et al., 2007; Malerba, M.; Gisondi, P.; Radaeli, A.; et al., 2006; Neimann, A. L.; Shin, D. B.; Wang, X.; et al., 2006] (Tam-LS Rheumatology (Oxford) 2008; April 9, epub). Konsekutiv sind sowohl kardiovaskuläres Risiko als auch Mortalität bei Psoriasispatienten erhöht. Wie viel von dieser Co-Morbidität kausal auf den chronischen Entzündungszustand bei Psoriasis zurückgeführt werden kann und wie viel (indirekt) auf sekundäres Risikoverhalten (zum Beispiel körperliche Inaktivität, Rauchen, Alkoholgenuss) wird gegenwärtig intensiv untersucht.

Obwohl auch Langzeittherapien der Psoriasis mit konventionellen systemischen Immunsuppressiva und/oder den verschiedenen UV-Therapieformen kumulativ über die Zeitachse gesehen zu Risiken führen können, liegen zunehmend wissenschaftliche Ergebnisse vor, die eine direkte Schädigung des Gefäßendothels durch den Entzündungsstatus (nicht adäquat behandelte) Psoriasis zeigen. Ähnlich den Verhältnissen bei der rheumatoiden Arthritis können durch zirkulierende proentzündliche Zytokine Endothelzellen aktiviert und geschädigt werden, was zur endothelialen Dysfunktion mit all ihren Folgen beiträgt [Creamer, D.; Allen, M. H.; Groves, R. W.; et al., 1996; Crea-

mer, D.; Allen, M. H.; Jaggar, R.; et al., 2002; Herbrig, K.; Haensel, S.; Oelschlaegel, U.; et al., 2006]. In diesem Kontext wurde noch in den 90er Jahren das vaskuläre Endothel als inaktives Gewebe angesehen. Untersuchungen der letzten Jahre konnten hingegen das Gefäßendothel als ausgesprochen „aktiv“ charakterisieren [Marsden, P. A.; Goligorsky, M. S.; Brenner, B. M., 1991]. Zusätzlich konnten im peripheren Blut aus dem Knochenmark entstammende endotheliale Progenitorzellen (EPC) identifiziert werden, die für den Erhalt eines funktionsfähigen Endothels verantwortlich zeichnen [Asahara, T.; Murohara, T.; Sullivan, A.; et al., 1997]. Aktuelle experimentelle Untersuchungen zeigen beispielsweise bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eine reduzierte Zahl von EPC sowie eine eingeschränkte Migrationsaktivität der EPC [Herbrig, K.; Haensel, S.; Oelschlaegel, U.; et al., 2006]. Diese Befunde seien als Beispiele aufgeführt. Sie ergänzen aus experimenteller Sicht die erhöhte endotheliale Dysfunktion bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen einschließlich der Psoriasis. Italienische Autoren konnten aktuell nachweisen, dass bei Krankheitsbeginn der Psoriasis keine erhöhte Inzidenz einer Co-Morbidität besteht [Naldi, L.; Chatenoud, L.; Belloni, A.; et al., 2008]. Diese Ergebnisse stützen eine mögliche Kausalität zwischen Psoriasis (Erstereignis) und Co-Morbidität (Folge). Als wichtige Konsequenz ist daraus abzuleiten, dass die Patienten frühzeitig, konsequent, jedoch vor allem effizient betreut werden müssen.

Schließlich resultiert bei Psoriasis-Patienten eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung der Sexualsphäre (häufig Tabuthema) und im psychosozialen Umfeld sowohl familiär als auch beruflich. Die Einbuße an Lebens-

qualität bzw. psychischer Befindlichkeit ist durch umfangreiche Studien belegt und – überraschender Weise – vergleichbar mit Erkrankungen wie Arthritis, Depression, Myokardinfarkt, chronische Lungenerkrankung oder Diabetes mellitus Typ 2 [Rapp, S.R.; Feldmann, S.R.; Exum, M.L.; et al., 1999; Evers, A.M.W.; Lu, Y.; Duller, P.; et al., 2005; Augustin, M.; Krüger, K.; Radtke, M. A.; et al., 2007].

Therapie

Die Psoriasis ist trotz immenser Fortschritte bislang kausal nicht heilbar. Unabdingbare Therapieziele zur Behandlung einer Psoriasis müssen dennoch die nahezu oder komplette erscheinungsfreie Haut einschließlich der Hautanhangsgebilde (zum Beispiel Nägel) sowie ein Stop des gelenkerstörenden Prozesses und Schmerzfreiheit mit funktioneller Wiederherstellung (bei Psoriasis-Arthritis) sein.

Für die chronisch-stationäre Psoriasis sollte in der Regel nach zwölf Wochen Therapie mindestens eine PASI-Verbesserung um 75 Prozent erzielt werden (sog. PASI-75-Response). Diese Ziele können aus verschiedenen Gründen nicht immer erreicht werden. Aus dem unter Punkt sieben aufgeführten ergibt sich zwangsläufig ein weiterer wichtiger Aspekt eines Therapiezieles: Identifikation von Co-Morbiditäten und Behandlung dieser. Letzteres wird in aller Regel Aufgabe des Hausarztes sein. In Abhängigkeit von Manifestationsform, Ausdehnung, Schwere, Verlauf und Co-Morbidität stehen isoliert drei oder kombinierte Therapieoptionen zur Verfügung:

- Topische Behandlung
- Phototherapieverfahren
- Systemische Behandlung
- Kombinationsverfahren

sowie allgemein unterstützende inklusive rehabilitativer Maßnahmen. Die relevanten konventionellen Medikamente für die topische Therapie sind in Tabelle 5 aufgeführt. Teer und teerhaltige Präparate unterliegen mit Recht seit Juli 2000 der Verschreibungspflicht, um das theoretisch dis-

Tab. 5: Substanzen/Substanzklassen für die topische Therapie der Psoriasis¹⁾

		Beispiele f. Fertigpräparate
Harnstoff (Urea)	5 – 10% in standardisierten Rezepturen	Elacutan®, Nubral®
Salicylsäure	3 – 5% in standardisierten Rezepturen	Psorimed®
Anthralin (Dithranol, Cignolin)	0,05 – 2% in standardisierten Rezepturen maximal 4% für Kurzzeittherapie	Psoradexan®, Psoralon®, Micanol®
Topische Glucocorticosteroide	Referenzsubstanz: Betamethasondipropionat 0,05%	Diprosone®, Diprosalic®
Vit. D ₃ und Vit. D ₃ -Analoge	Calcipotriol, Tacalcitol, Calcitriol	Daivonex®, Curatoderm®, Silkis®
Kombinationspräparate:	Calcipotriol + Betamethasondipropionat	Daivobet®, Psorcutan Beta®, Xamiol®
Topische Retinoide ²⁾	Tazaroten 0,05% und 0,1%	Zorac®
Calcineurininhibitoren ³⁾	Pimecrolimus 1% Tacrolimus 0,03% und 0,1%	Elidel® Protopic®

- 1) Auswahl; mehrere identische Wirkstoffe werden von verschiedenen Herstellern angeboten
 2) seit November 2007 in Deutschland nicht mehr im Handel; verordnungsfähig über internationale Apotheke
 3) unterliegen der sogenannten off-label-Verordnung

Tab. 6: Photo(chemo)therapie der Psoriasis

UVA	(320 – 400 nm)
UVB	(280 – 320 nm)
UVB	(311 nm)
PUVA	- systemisch
PUVA	- Bad
PUVA	- Crème

UVA = langwellige UV-Strahlung
 UVB = mittelwellige UV-Strahlung
 PUVA = Psoralen – UV A – Therapie
 Systemisch = plus 8-Methoxy-psoralen oral
 Bad = plus 8-Methoxy-psoralen im Bad
 Crème = plus 8-Methoxy-psoralen in Crémegrundlage

Jede Photo(chemo)therapie macht die Festlegung des Hauttyps, die Bestimmung der minimalen Erythemdosis (MED) bzw. minimalen phototoxischen Dosis (MPD) und Dosisfestlegung in J/cm² notwendig.

kutierte karzinogene Potential durch unkontrollierte Selbstbehandlung zu mindern. Die Calcineurininhibitoren Tacrolimus (0,03 Prozent und 0,1 Prozent) und Pimecrolimus (1 Prozent) haben kein atrophogenes Potential,

zeigen kein Tachyphylaxie- oder Rebound-Phänomen und können Hautareal-unabhängig eingesetzt werden. Sie eignen sich insbesondere zur Behandlung von sensiblen Problemzonen wie beispielsweise Gesicht, Haaransatz oder Retroaurikularregion. Gegenwärtig unterliegt ihr Einsatz der off-label-Verordnung. Es liegen aktuelle Übersichtsarbeiten über Besonderheiten der Therapie dieser sensiblen Areale vor [Papp, K.; Berth-Jones, J.; Kragballe, K.; et al., 2007, Wozel, G., 2008].

Die wichtigen Photo(chemo)therapieformen, die teilweise einer topischen Behandlung (zum Beispiel UV B), teils einer systemischen Behandlung (zum Beispiel PUVA) zuzuordnen sind, sind in Tabelle 6 aufgeführt. Sie sind an eine apparative und personelle Mindestausstattung sowie ärztliche Erfahrung und deshalb an spezialisierte Zentren bzw. dermatologische Praxen gebunden. Allein die Bestimmung

der minimalen Erythemdosis (MED) oder minimalen phototoxischen Dosis (MPD) und Determination der therapeutischen Dosis in J/cm² erfordert Facharztwissen. Die für mittelschwere bis schwere Formen der Psoriasis vorzugsweise zum Einsatz kommenden systemischen Therapieformen beinhalten die klassischen konventionellen Substanzklassen (Fumarsäureester (zukünftig neu: Dimethylfumarat als Monopräparat), Methotrexat, Ciclosporin, Retinoide (Acitretin)) und die modernen Biologics (Tabellen 7 und 8). Für die Psoriasis-Arthritis wird in erster Linie Methotrexat eingesetzt; Leflunomid und Sulfasalazin wirken auf die Arthritis, haben aber meist keinen genügenden bzw. keinen Effekt auf die Psoriasis selbst. Bei nicht ausreichendem Erfolg werden TNFα-Blocker eingesetzt. Bei Einsatz dieser Systemtherapeutika müssen substanzspezifisch zwingend die Indikationsstellung definitiv geklärt sowie

Tab. 7: Konventionelle Substanzen zur systemischen Pharmakotherapie der Psoriasis und der Psoriasisarthritis (wenn nicht anders erwähnt nur der peripheren Gelenkbeteiligung).

Substanz	Dosierung	zugelassen für	
		Psoriasis vulgaris	Psoriasis-Arthritis
Fumarsäureester ¹⁾ (Fumaderm®)	Dosierung allmählich steigern über Wochen; max. 3 x 2 Tabl.	+	∅
Methotrexat (z.B. Lantarel®, Metex®)	15 – 30 mg/Wo, oral, sc., im., iv.	+	+
Ciclosporin A (z.B. Immunosporin®)	3 – 5 mg/kg Körpergewicht, oral	+	(+)
Acitretin ²⁾ (Neotigason®)	Initial 30 mg/d, danach in Abhängigkeit vom Verlauf, oral	+	∅
Leflunomid (Arava®)	20 mg/d oral	∅	+
Sulfasalazin (z.B. Azulfidine®)	2d – 3 g/ oral	∅	+

- 1) zukünftig als Dimethylfumarat-Monopräparat in verbesserter Galenik verfügbar (Panaclar®)
 2) überwiegend in Kombination mit Photo(chemo)therapie als sogenannte Re-PUVA-Therapie

Tab. 8: Therapie der chronisch-stationären Psoriasis vulgaris und der Psoriasisarthritis (inklusive Formen mit Achsen skelettbeteiligung) mit Biologics

Internationale Freibezeichnung	Handelsname	zugelassen für	
		Psoriasis vulgaris	Psoriasis-Arthritis
Alefacept ¹⁾	Amevive TM	+	∅
Efalizumab	Raptiva [®]	+	∅
Etanercept	Enbrel [®]	+	+
Infliximab	Remicade [®]	+	+
Adalimumab	Humira [®]	+	+

1) zugelassen in USA, Canada, Israel, Schweiz; Zulassung für EU wird geprüft

Voruntersuchungen und regelmäßiges Monitoring während der Therapie garantiert werden.

Die Hinweise der Fachinformationen sind zu beachten. Die verfügbaren Biologics sind in Tabelle 8 zusammengefasst. Vor Einsatz dieser, müssen – aus verschiedenen Gründen – spezielle Voraussetzungen erfüllt sein, die in entsprechenden Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft bzw der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zusammengefasst sind [Nast, A.; Kopp, I.B.; Augustin, M.; et al., 2006; Manger, B.; Michels, H.; Nüsslein et al., 2007]. Derzeit stehen international zwei T-Zell-Inhibitoren Alefacept (AmeviveTM) und Efalizumab (Raptiva[®]) sowie drei TNF α -Antagonisten Etanercept (Enbrel[®]), Infliximab (Remicade[®]) und Adalimumab (Humira[®]) zur Verfügung. Die Voraussetzungen für den Einsatz dieser Biologics bei der chronisch-stationären Psoriasis sind für alle Biologics identisch; 1. Unwirksamkeit der konventionellen systemischen Substanzklassen (Fumarsäureester, Methotrexat, Ciclosporin A und PUVA), 2. Kontraindikationen gegen den Einsatz dieser und 3. Unverträglichkeit, die ein Absetzen dieser erzwingen [Wozel, G., 2005; Wozel, G; Sticherling, M., 2007]. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, hat jeder Patient mit mittel bis schwerer Psoriasis vom chronisch-stationären Plaque-Typ, Anspruch auf Einsatz der Biologics zu Lasten der Kasse. Empfehlenswert ist in jedem Falle eine stringente Dokumentation. Bei der schweren Psoriasisarthritis ist lediglich eine sechsmonatige erfolgreiche Therapie mit zumindest Methot-

rexiat, beziehungsweise, bei Achsen skelettbeteiligung, NSAR zu fordern [Manger, B.; Michels, H.; Nüsslein et al., 2007].

Bei Nutzung speziell der TNF α -Antagonisten ist vor Beginn zwingend ein Screening auf chronische Infekte, insbesondere Tb zu veranlassen (zumindest Anamnese, intrakutaner Tb-Test und/oder T-Spot, Thorax-Röntgen). Einzelheiten sind in den Therapieempfehlungen der S1- und S3-Leitlinien und den entsprechenden Fachinformationen zu entnehmen [Nast, A.; Kopp, I.B.; Augustin, M.; et al., 2006; Mrowietz, U.; Barth, J.; Boehncke, W. H.; et al., 2005; Mrowietz, U.; Barth, J.; Boehncke, W. H.; et al., 2006; Mrowietz, U.; Barth, J.; Boehncke, W. H.; et al., 2006].

Die Praxis zeigt, dass häufig kombinierte Therapieverfahren genutzt werden müssen, um die Wirksamkeit zu steigern und/oder das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu minimieren (zum Beispiel systemisch Methotrexat und topisch Calcipotriol). Vor allem bei Gefahr der Entstehung kumulativer Organtoxizität durch Einsatz der konventionellen Systemtherapeutika wie Methotrexat oder Ciclosporin (zum Beispiel Hepato- bzw. Nephrotoxizität) wird ein therapeutisches Rotationsverfahren oder auch intermittierender Einsatz bevorzugt. Unter Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Therapieverfahren gelingt es bei vielen Patienten das formulierte Therapieziel zu erreichen, wobei insbesondere bei schweren Verläufen den Biologics eine akzentuierte Stellung zukommt [Wozel, G.; Jahn, S.,

2006]. Für Problemfälle stehen universitäre Spezialsprechstunden beider Fachgebiete zur Verfügung.

Ausblick

Die Psoriasis ist angesichts ihres entzündlichen Systemcharakters keine isolierte Hauterkrankung; sie kann – ungenügend behandelt – zu Co-Morbidität führen und unter Umständen einen erheblich negativen Effekt auf die Lebensqualität haben.

Die gegenwärtig zur Verfügung stehenden Therapieverfahren unterscheiden sich wesentlich von früheren Möglichkeiten, bei denen die Topotherapie im Vordergrund stand. Der Aspekt der Psoriasisstherapie hat sich konsekutiv in den letzten Jahren mehr und mehr zur Systemtherapie verschoben. Neue, ausgesprochen wirksame Biologics werden gegenwärtig intensiv untersucht und teilweise in Kürze den Zulassungsstatus erhalten (zum Beispiel Ustekinumab). Auch von den traditionellen Systemtherapeutika werden durch ein verbessertes Benefit-Risk-Verhältnis unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermindert bzw. die Arzneimittelsicherheit verbessert (zum Beispiel bei Ciclosporin A). Letztlich werden zukünftig die modernen Erkenntnisse der Pharmakogenetik genutzt werden, die bereits vor Therapiestart eine Aussage über die zu erwartende Wirksamkeit/Unwirksamkeit gestatten. Damit wird die Forderung nach einer individuellen Psoriasisstherapie mehr und mehr zielführend werden. Unter Umständen werden unter diesen Bedingungen bestimmte Biologics sogar den Status einer First-line-Therapie erhalten.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:
Prof. Dr. med. Gottfried Wozel
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4582290

Prof. Dr. med. Manfred Aringer
Klinik und Poliklinik III
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 4422

Adventskalender – Adventskranz

Schon wieder ist ein Jahr vergangen und das Weihnachtsfest 2008 wird erwartet. Es ist Advent. Für viele Menschen ist die Adventszeit eine besonders schöne Zeit, weil sie als ruhig und beschaulich gilt. Die Adventszeit dient der Vorbereitung auf das Weihnachtsfest.

Die Adventszeit soll uns, im wahren Sinne des Wortes „Ankunft“, bis hin zum Weihnachtsfest begleiten. Der lateinische Begriff „adventus“ entspricht dem griechischen Wort „epiphaneia“ – Erscheinung und bedeutet Ankunft, Anwesenheit beziehungsweise Besuch eines Amtsträgers. Ein Amtsträger war ein König oder ein Kaiser. Es konnte aber auch die Ankunft der Gottheit zum Beispiel in einem Tempel gemeint sein. Von den Christen wurde diese Vokabel daher

übernommen, um ihrer Beziehung zum Sohn Gottes, Jesus Christus, Ausdruck zu verleihen.

Die Adventszeit war ursprünglich eine Fastenzeit zwischen November und Januar. Sie geht zurück auf das siebente Jahrhundert. In der Kirche des weströmischen Reiches gab es anfangs vier bis sechs Adventssonntage. Erst Papst Gregor, der Große (540 bis 604), legte endgültig vier Adventssonntage fest. Diese Tage standen symbolisch für 4000 Jahre, die von der Menschheit, nach kirchlicher Geschichtsauffassung, auf das Erscheinen des Erlösers gewartet werden musste.

Die Adventszeit ist im kirchlichen Festkalender als die vierwöchige Zeit vor Weihnachten festgelegt und sie endet am Heiligen Abend. Die liturgische Farbe der Adventszeit ist violett. Der erste Adventssonntag soll an den Einzug Jesus in Jerusalem

erinnern. Der zweite Adventssonntag hat die erhoffte Wiederkehr des Herrn zum Inhalt. Der dritte Adventssonntag erinnert an Johannes den Täufer. Der dritte Adventssonntag heißt im kirchlichen Sprachgebrauch auch „Gaudete!“. Es ist der Imperativ und er trägt die Bedeutung „Freuet euch!“ Letztendlich ist der vierte Adventssonntag dem Lobgesang der Maria gewidmet.

Im Advent gibt es viele Traditionen. Zwei davon sollen nun beleuchtet werden. Adventskalender und Adventskranz sind die bekanntesten und am meisten verbreiteten Symbole der Adventszeit.

Der Adventskranz wurde von dem Hamburger evangelisch-lutherischen Theologen und Pädagogen Johann Hinrich Wichern (1808 bis 1881) eingeführt. Wichern nahm sich Kindern an, die in großer Armut lebten. Er zog mit ihnen in das „Rauhe Haus“ in Hamburg. Es war ein altes Bauernhaus und er erzog, bildete und betreute sie dort. Die Kinder fragten während der Adventszeit immer und immer wieder, wann nun endlich Weihnachten sei. Im Jahre 1839 hatte er deshalb eine schöne Idee, die wir auch heute noch bewundern. Er baute aus einem alten Wagenrad einen Holzkranz, und dieser war mit 19 kleinen roten und vier großen weißen Kerzen versehen. Die Kerzen wurden bis zum heiligen Abend nacheinander entzündet. Die weißen Kerzen symbolisierten dabei die Adventssonntage. Somit konnten die Kinder die Tage bis zum Weihnachtsfest abzählen. Seit etwa 1860 wird der Kranz auch mit Tannengrün geschmückt. In Süddeutschland und in Österreich wird dieser Brauch seit den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts ebenfalls angewendet. Der Brauch ist inzwischen in ganz Deutschland und über seine Grenzen hinaus bekannt und übernommen worden. Aus dieser Idee von Wichern entwickelte sich somit der Adventskranz mit vier Kerzen. An jedem Adventssonntag wird daher eine Kerze mehr entzündet bis das Weihnachtsfest erreicht ist. Es gibt unterschiedliche Deutungen für die Symbolik des Adventskranzes. Die ursprüngliche Idee war die Zunahme



Original-Weihnachtskalender um 1920 (Sammlung Dr. Gräfe)

des Lichtes und der Helligkeit als Ausdruck der steigenden Erwartung auf die Geburt Jesu. Im christlichen Glauben wird er als „Licht der Welt“ bezeichnet. Selbst in Nordeuropa, so zum Beispiel in Norwegen, wird dieser Lichtenbrauch ebenso wie im ostkirchlichen Bereich wie auch in Italien angewendet.

Nun sind und waren Kinder immer schon sehr ungeduldig, insbesondere in der Vorweihnachtszeit. Deshalb haben findige Eltern sich auch schon früher zu helfen gewusst, die Vorfreude der Kinder mit Spannung zu gestalten.

So wurden Kreidestriche an eine Wand oder Tür gemalt und die Kinder konnten täglich einen Strich bis zum Fest entfernen. Auch wurden beispielsweise Strohhalme in eine Krippe gelegt oder es wurden markierte Kerzen Tag für Tag ein Stück niedergebrannt, bis das Weihnachtsfest erreicht war. Dies waren gute Zählhilfen.

Auch der kleine Gerhard Lang aus Maulbronn in Süddeutschland wartete immer ungeduldig. Er war das Kind eines Pastorenehepaares. Seine Mutter kam auf die findige Idee, kleine Schachteln mit Süßigkeiten zu füllen und zu nummerieren. Gerhard konnte so täglich ein Kästchen öffnen und naschen und es wurde nicht langweilig bis Weihnachten. Der Legende nach soll es aber schon vorher solche findigen Eltern gegeben haben und dies nachweislich nach 1850.

Gerhard Lang (1881 bis 1974) absolvierte eine Ausbildung als Buchhändler in Stuttgart und übersiedelte nach München. Dort war er ab 1905 zunächst in einem medizinischen Verlag tätig. Während dieser Zeit reifte der Gedanke, Adventskalender drucktechnisch herzustellen. Im Jahre 1906 wurde er Teilhaber der um 1894 von Friedrich Reichhold gegründeten lithographischen Anstalt. Nach Umbenennung des Unternehmens in Reichhold und Lang „München Lithografische Kunstanstalt“ war es 1908, also genau vor 100 Jahren, soweit, und die ersten Adventskalender wurden gedruckt, ausgeliefert und verkauft.

Seit dieser Zeit trat der Adventskalender seinen Siegeszug, zur Freude

vor allem der Kinder, in Deutschland und in den Nachbarländern an.

Der Verlag Reichhold und Lang existierte von 1906 bis 1940 und der Adventskalender war der Dauerbrenner. Nach 1920 erschien der erste Kalender mit Türen und Fenstern zum Öffnen. Auf der Vorderseite waren Bilder mit Fenstern, Türen und Ziffern. Hinter dem Kalender „Christkindleins Haus“ wurde farbig bedrucktes bebildertes Papier geklebt und der Kalender konnte entweder von hinten mit einer Kerze, Taschenlampe oder im Fenster hängend vom Tageslicht beleuchtet werden (siehe Originalabbildung).

Während der Zeit des Zweiten Weltkrieges wurde der Kalender systembezogen verfremdet. Die Herstellung von Adventskalendern wurde dem Verlag während der Kriegszeit verboten. Nur noch ein systemtreuer Verlag durfte Kalender drucken. Es wurden anstelle christlicher Motive nun zum Beispiel germanische Gottheiten gezeigt.

Das Erfolgsprodukt Weihnachts- oder Adventskalender hat trotz alledem aber nicht nur den Verlag, sondern auch die Kriegszeit überlebt.

Nach dem Krieg wurden und werden wieder Weihnachtskalender gedruckt. 1946 gründete Richard Sellmer einen Verlag und brachte erste Adventskalender nach dem Kriege auf den Markt. Im Jahre 1949 stellte die Firma Ars Edition (vormals Ars Scara) ihre ersten Kalender her. So gab es 1958 den ersten mit Schokolade gefüllten Kalender.

Heute sind die unterschiedlichsten Kalenderformen mit vielen Motiven, unter anderem auch mit Comics zu finden. Nach inzwischen 100 Jahren nach Erscheinen des ersten Adventskalenders sind vielfältige Wandlungen zu verzeichnen. Es gibt kleine und große Kalender, Kalender mit unterschiedlichen Motiven, gefüllte Kalender, auf Weihnachtsmärkten übergroße Kalender und Kalender mit mechanischer Musik. Es gibt neuerdings sogar virtuelle Adventskalender im Internet und Kalender für das Handy, insbesondere für die erwachsene Zielgruppe, und vieles mehr. Seit einigen Jahren wird auch ein neues Medium genutzt. So wer-

den jetzt Hörbücher mit 24 Weihnachtsgeschichten publiziert. Adventskalender werden nunmehr weltweit vermarktet. Neue Motive wie Bambis und Bären sind neben den christlichen Themen oder verschneiten Landschaften und Weihnachtsmärkten als Blickfang zu finden. Und trotzdem kann man auch immer noch selbst Kalender basteln, wie vor mehr als einhundert Jahren. Noch immer freuen sich Groß und Klein an diesen Kalendern, so auch meine Kinder, meine Familie und ich.

Den weltgrößten freistehenden Adventskalender finden wir auch in diesem Jahr wieder auf dem traditionsreichen Weihnachtsmarkt in Leipzig. Ein Besuch der Märkte in Chemnitz, Dresden und Leipzig lohnt sich wie auch der Besuch der kleineren regionalen Weihnachtsmärkte der Städte und Gemeinden. Hier finden sich allemal Verkaufsstände mit einer großen Auswahl der beliebten Kalender. Selbst ab Ende September kann man für nur wenige Cent in den Großmärkten und Kaufketten die beliebten Adventskalender erwerben.



Mit dieser kleinen Einstimmung auf die Adventszeit und das bevorstehende Weihnachtsfest möchte nun der Autor auch im Namen des gesamten Redaktionskollegiums „Ärztblatt Sachsen“ allen Kolleginnen und Kollegen sowie unserer Leserschaft ein frohes und gesundes Weihnachtsfest und ein gutes, erfolgreiches und friedliches Jahr 2009 wünschen.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Täterschaft und Schuldentlastung

Ärztebiografien im Nationalsozialismus



Am Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus am 27. Januar 2009 wird in der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein im Rahmen einer Veranstaltung an die während der NS-„Euthanasie“ ermordeten Menschen erinnert.

Teilaspekt des Dresdner „Euthanasie“-Prozesses: der Zeugenschaft von Angehörigen der Opfer. Damit werden auch die Bemühungen von Hinterbliebenen nach Aufklärung der NS-Verbrechen gewürdigt. Im zweiten Teil des musikalisch umrahmten Abends besteht die Möglichkeit einer ausführlichen Diskussion, die von Herrn Dr. Vollnhals moderiert wird.

Ausgangspunkt der Veranstaltung sind zwei Publikationen. Es handelt sich einerseits um die bereits im Leipziger Universitätsverlag erschienene Publikation „Täterschaft-Strafverfolgung-Schuldentlastung. Ärztebiografien zwischen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft und deutscher Nachkriegsgeschichte“. In diesem Tagungsband werden anhand von ausgewählten Ärztebiografien Aspekte von Täterschaft im Rahmen der NS-Gesundheitspolitik und von Strafverfolgung nach 1945 in beiden deutschen Staaten und Österreich untersucht. Insbesondere anhand der Nachkriegsschicksale werden Mechanismen der individuellen Schuldentlastung und kollektiven Verdrängung dokumentiert, die eine intensive Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit verhinderten. So konnten viele der Ärzte nach 1945 ihre Karriere bruchlos fortsetzen, angestrebte Strafverfahren wurden nicht selten eingestellt. Neben diese deutschen und österreichischen Entwicklungen gehen die Autoren dieses Buches aber auch auf die Ahndung von NS-Medizinverbrechen durch die sowjetische Besatzungsmacht anhand biografischer Beispiele ein.

Eine andere Publikation trägt den Titel „Fundamentale Gebote der Sittlichkeit – Der ‚Euthanasie‘-Prozess vor dem Landgericht Dresden 1947“. Dieser Sammelband beleuchtet das als Dresdner „Euthanasie“-Prozess bezeichnende bedeutendste Strafverfahren seiner Art in Ostdeutschland. Es fand im Juni/Juli 1947 im Landgerichtsgebäude am Münchner Platz in Dresden gegen 15 Beteiligte der Krankenmorde in Sachsen statt. Der Sammelband behandelt den Prozess aus unterschiedlichen Perspektiven. Er untersucht die Bemühungen des Dresdner Landgerichts, das tausendfache Morden unter Anwendung rechtsstaatlicher Mittel zu sühnen. Auch wird dieser Prozess in den Kontext der allgemeinen politischen Entwicklung sowie der Aufarbeitung von NS-Verbrechen durch die Alliierten und durch die Justiz in Ost- und Westdeutschland gestellt.

Veranstalter sind die Stiftung Sächsische Gedenkstätten, die Sächsische Landeszentrale für politische Bildung sowie die Sächsische Landesärztekammer.

27. Januar 2009, 19 Uhr
Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein
Schlosspark 11
01796 Pirna
Telefon 03501/ 710960
Telefax 03501/ 710969
Internet: www.pirna-sonnenstein.de

Knut Köhler M.A.
Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Herr Dr. Clemens Vollnhals – stellvertretender Direktor des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung an der TU Dresden – wird eine Einführung in das Thema Entnazifizierung in Nachkriegsdeutschland mit dem besonderen Schwerpunkt der Sowjetischen Besatzungszone geben. Anschließend wird Frau Dr. Marina Lienert vom Institut für Geschichte der Medizin der TU Dresden zu Ärztebiografien im Nationalsozialismus, insbesondere über den Psychiater Prof. Johannes Suckow, sprechen. Danach widmet sich Dr. Boris Böhm – Leiter der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein – einem wichtigen



Die Nachricht, Aquarell, Dr. med. Sigurd Hanke

Mediziner und Malerei XI

Vor zwanzig Jahren im Mai 1988 wurde „Mediziner und Malerei“ im Historischen Museum der Stadt Köthen quasi aus der Taufe gehoben und war fortan in zahlreichen Städten in ganz Deutschland zu sehen. Künstlerisch tätige Mediziner konnten ihre Werke der Öffentlichkeit zeigen. Seither hat sich auch die Palette der gezeigten Arbeiten erweitert, sodass

man jetzt nicht nur von Malerei sprechen kann. Vom Foto bis hin zu Skulpturen, Lichtinstallationen, Kreationen in Acidographie, Graphitarbeiten und Glasbildern reicht das Angebot dieser Ausstellung. Lassen Sie sich überraschen.

15.11. bis 15.12.2008 in Köthen/Anhalt

Ausstellungsorte:

Bach-Kirche St. Agnus, Galerie im Schloss und Dürerbundhaus