

Editorial	Der „vogtländische Kammerweg“ bei den Kreisgebietsreformen	100
Berufspolitik	Anerkennung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen	101
	Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz	102
	Symposium in Österreich	103
	Ärztliche Weiterbildung in Sachsen	105
	Gesetzesinitiative	
	Früherkennungsuntersuchungen	108
	Kinderschutz in Sachsen	108
	1. Treffen der klinischen Ethikkomitees	110
	Bericht der Kommission „Sucht und Drogen“ 2008	111
	Ärztebiografien im Nationalsozialismus	114
	Impressum	107
Gesundheitspolitik	Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2006 – Orthopädie/Unfallchirurgie	115
	Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2007 – Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	116
	Künstliche Ernährung am Lebensende	122
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	123
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	124
Originalie	Diabetisches Fußsyndrom	125
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise zum 80. Geburtstag	129
	Dr. med. Johannes Seeliger zum 75. Geburtstag	130
	Jubilare im April	131
Kunst und Kultur	Ausstellung: Annelis P. Schenke „Augen-Blicke“	132
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2009	



Symposium in Österreich
Seite 103



Kinderschutz in Sachsen
Seite 108



Ärztebiografien im
Nationalsozialismus
Seite 114



Ausstellung Annelis P. Schenke
„Augen-Blicke“
Seite 132

Der „vogtländische Kammerweg“ bei den Kreisgebietsreformen



Das Vogtland – die südlichste Region Sachsens – hat in nahezu zwei Jahrzehnten nach der Wende einen durchaus bemerkenswerten kammerpolitischen Entwicklungsweg durchleben müssen, dessen Endpunkt noch nicht ganz erreicht ist.

Die ehemaligen Kreise Klingenthal, Auerbach, Plauen-Land, Oelsnitz und Reichenbach wurden 1996 zum Vogtlandkreis fusioniert. Damit war es auch nötig, die damaligen Kreiskammern zu vereinen. Wir sind damals ohne Zögern und auch ohne Vorurteile an diese Aufgabe gegangen. Retrospektiv darf man mit Fug und Recht von einem vollen Erfolg sprechen. Die einzelnen Regionen des neuen Kreises wurden im Kammervorstand durch Kolleginnen und Kollegen paritätisch vertreten. Die

Fortbildungsveranstaltungen wurden weiter regional über die bekannten Stammtische und über die vier Krankenhäuser im Kreisgebiet organisiert. Trotz der Größe des Vogtlandkreises (1307 km²) gelingt es jährlich, mit viel Erfolg zwei gemeinsame Veranstaltungen, die immer durch rege Teilnahme gekennzeichnet sind, für alle Kolleginnen und Kollegen zu organisieren. Im Frühjahr findet die Kammervollversammlung statt, dabei kombinieren wir diese mit einem fachlich allgemein interessierenden Thema aus der Kammerarbeit oder der Arbeit des Versorgungswerkes. Im Herbst findet jährlich der Vogtländische Ärztetag in Bad Elster statt. Hier handelt es sich weniger um eine kammerpolitische als eher eine fachspezifische Fortbildungsveranstaltung, die aber immer mit einer kurzen Kammervollversammlung kombiniert wird. Die fachlich breit gefächerten Themen sprechen eine Vielzahl interessierter Kolleginnen und Kollegen an, und der äußerst großzügige Rahmen der Veranstaltung, die im Festsaal der Vogtlandklinik stattfindet, tut sein Übriges, um das Interesse bei der Kollegenschaft zu wecken. In diesem Jahr führen wir bereits den 12. Vogtländischen Ärztetag durch.

Die Ärzteschaft des Vogtlandkreises wird durch die regionalen Politiker und die Kreisverwaltung in höchstfreudlicher Weise deutlich unterstützt. Der Ärztemangel wird auch von Seiten der Verwaltung als ein Hauptproblem bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung erkannt. Gemeinsame Anstrengungen von Kammer und Landratsamt werden unternommen, um schon Studenten an die Region zu binden und freie Arztstellen in Praxis und Klinik neu zu

besetzen. Der Landrat des Vogtlandkreises (im früheren Beruf Tierarzt) hat immer ein offenes Ohr für die Probleme der Ärzteschaft. Unsere Anliegen werden häufig zur „Chefsache“ erklärt.

Ein enges und vertrauensvolles Verhältnis besteht zwischen der Kreisärztekammer und dem Vorstand der Landesärztekammer Dresden. So werden zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen zu berufspolitischen Themen gern von Mitarbeitern der Landesärztekammer unterstützt.

Die neue Kreisgebietsreform, die nun auch die Stadt Plauen mit dem ehemaligen Vogtlandkreis zusammenschließt, wird für uns nach menschlichem Ermessen keine Probleme mit sich bringen. Erste Kontakte zu den Plauener Kollegen sind geknüpft. Wir werden in freundschaftlich kollegialer Art und Weise die beiden Kammern zusammenführen und gemeinsam mit der Stadt Plauen im Vogtland ein aktives kammerpolitisches Leben für unsere Kolleginnen und Kollegen gestalten.

Dieser Beitrag soll insbesondere denjenigen Kollegen, die vor einem Zusammenschluss der Kreiskammern Ängste und Befürchtungen haben, Mut zusprechen. Wir Vogtländer haben den Zusammenschluss unserer Kammern auch schon 1996 als einen deutlichen Gewinn gesehen, um mit mehr Kraft und mehr Gemeinsamkeit das kammerpolitische Leben zu gestalten.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorstandsmitglied

Anerkennung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen

Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen in Sachsen – Aktuelle Zahlen und Fakten

Die Fortbildung ist ein berufsbegleitender und lebenslanger Prozess der Ärzte und die Pflicht zur Fortbildung in der Berufsordnung seit jeher verankert. Wichtigstes Anliegen der Fortbildung ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes notwendig ist.

Der Deutsche Ärztetag hat sich 1999 auf eine bundesweite, probeweise Einführung eines Fortbildungsnachweises verständigt und anvisiert, bis 2003 erste Erfahrungen zusammenzutragen. Mit dem freiwilligen Fortbildungszertifikat haben die Ärztekammern ein Angebot geschaffen, das es Ärzten ermöglicht, ihre regelmäßige Teilnahme an qualifizierter ärztlicher Fortbildung zu dokumentieren. Die Veranstaltungen werden nach definierten Qualitätskriterien begutachtet und nach einem Punktesystem bewertet.

Bereits vor der Einführung der Fortbildungsdiplome gab es in Sachsen die Möglichkeit, die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen durch die Sächsische Landesärztekammer – mit dem Prädikat: „Anerkannt von der Sächsischen Landesärztekammer“ – bestätigen zu lassen.

Das Modellprojekt „Freiwilliges Fortbildungsdiplom“ wurde bereits 1999 in Sachsen gestartet, innerhalb von drei Jahren waren mindestens 100 Fortbildungspunkte zu erwerben.

Nach einer Änderung der Fortbildungssatzung im Jahr 2001 wurde gemäß den Empfehlungen des 107. Deutschen Ärztetages (Bremen, 2004) die Satzung zur Fortbildung von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer im November 2004 verabschiedet.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 für niedergelassene Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus

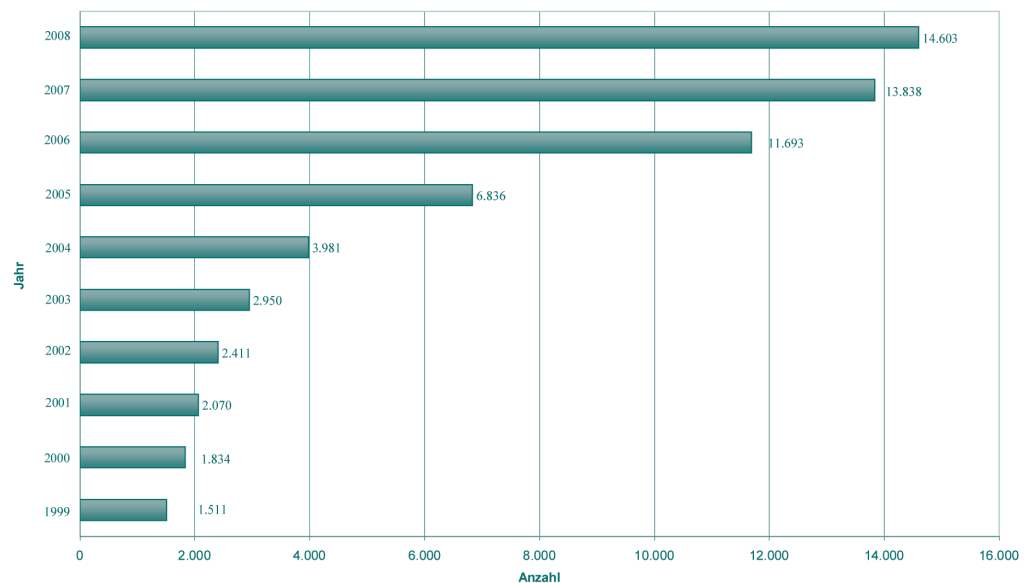


Abbildung 1: Anerkannte Veranstaltungen (1999 – 2008)

eine Fortbildungsverpflichtung für Ärzte eingeführt (hierüber wurde im „Ärztblatt Sachsen“ kontinuierlich berichtet).

Ärzte können Fortbildungspunkte durch die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erwerben. Die Anerkennung wird durch die zuständige Landesärztekammer erteilt. Voraussetzungen für die Anerkennung als ärztliche Fortbildungsveranstaltung sind unter anderem, dass in den Veranstaltungen dem aktuellen Kenntnisstand entsprechend, medizinisch-fachlich bezogene Themen vermittelt werden. Bei der Planung und Durchführung müssen die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung beachtet werden. Die formalen Kriterien, nach denen Fortbildungspunkte vergeben werden (45 Minuten ent-

sprechen einem Fortbildungspunkt), und auch die Kategorisierung nach Fortbildungsformen sind bundesweit weitgehend einheitlich gestaltet. Unterschieden wird im Wesentlichen zwischen Frontalveranstaltungen, mehrtägigen Kongressen und Fortbildungsmaßnahmen mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers. Das Interesse der zahlreichen Fortbildungsanbieter, ihre Veranstaltungen zertifizieren zu lassen, ist seit 1999 stetig gewachsen. Waren es im Jahr 1999 monatlich 125 anerkannte Veranstaltungen und über 570 monatlich im Jahr 2005, so ist diese Zahl auf fast 1.220 im Jahr 2008 angewachsen, das heißt im Jahr 2008 wurden insgesamt 14.603 ärztliche Fortbildungsveranstaltungen durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt (siehe Abbildung 1).

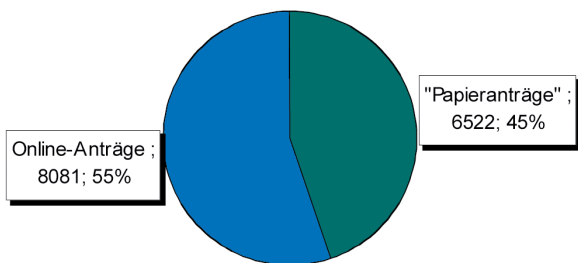


Abbildung 2: Übersicht über die Zahl der Papier- und Online-Anträge 2008

Welche Methoden und Inhalte werden bevorzugt? Hierzu wurden die anerkannten Veranstaltungen im Jahr 2008 näher beleuchtet. Die höher bewerteten Fortbildungen mit konzeptioneller Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (Kategorie C) stellen 46 Prozent der anerkannten Fortbildungsmaßnahmen dar. 51 Prozent sind Frontalveranstaltungen mit Diskussionsmöglichkeiten (Kategorie A). Mit nur einem Prozent gehen Kongresse in die Statistik ein. Dies lässt sich auf die zu beobachtende Tendenz, die im Rahmen von Kongressen stattfindenden Vorträge, Kurse und Workshops einzeln anerkennen zu lassen, zurückführen. Die verbleibenden zwei Prozent entfallen auf strukturierte Maßnahmen, die nach den Curricula der Bundesärztekammer durchgeführt werden.

Mit ca. 3.500 Veranstaltungen ist der größte Teil der anerkannten Veranstaltungen interdisziplinär ausgerichtet. Das zweitgrößte Angebot wendet sich an Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (ca. 3.400 Veranstaltungen), mit großem Abstand gefolgt von den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie (ca. 850), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ca. 800), Chirurgie (ca. 600), Neurologie und Anästhesiologie (ca. 550). Fortbildungsveranstaltungen

werden regelmäßig auch für die anderen Fachgebiete angeboten.

Erfreulich ist, dass die Veranstalter ihre Fortbildungen überwiegend kostenfrei, das heißt ohne Teilnehmergebühren durchführen.

Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen nutzen zunehmend die Möglichkeit, ihre ärztlichen Veranstaltungen online bei der Sächsischen Landesärztekammer anzumelden (siehe Abbildung 2). Damit kann auf die händische Ausfüllung des Papier-Zertifizierungsantrages verzichtet und die Bearbeitungszeit der Anträge verkürzt werden.

Die Sächsische Landesärztekammer veröffentlicht tagaktuell in ihrem Online-Veranstaltungskalender in der Rubrik Fortbildung (über www.slaek.de aufrufbar) alle prospektiven, im Freistaat Sachsen anerkannten ärztlichen Veranstaltungen. Eine komfortable Funktionalität mit Abfragemöglichkeiten zu Veranstaltungszeitraum, Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsort und/oder einem oder mehreren Fachgebieten ermöglicht eine nutzerorientierte Suche. Zunehmend wird von diesem Angebot Gebrauch gemacht. Im vergangenen Jahr konnten ca. 30.000 Zugriffe auf den Online-Fortbildungskalender registriert werden.

Hinzufügend soll an dieser Stelle auf die vielen Möglichkeiten hingewiesen werden, die sich den Ärzten über die Angebote der Fortbildung auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de bieten. Neben dem genannten Online-Fortbildungskalender wird hier – neben vielen anderen Angeboten – aktuell über die eigenen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen informiert, Barcodes können nachbestellt, Zugangskennungen für das Online-Fortbildungspunktekonto in Auftrag gegeben und Formulare für die Beantragung des Fortbildungszertifikates ausgedruckt werden. Selbstverständlich kann man an dieser Stelle auch die Zertifizierung ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen online beantragen.

Dipl.-Bibl. Astrid Richter,
Referatsleiterin Fortbildung
Dr. med. Katrin Bräutigam,
Ärztliche Geschäftsführerin,
E-Mail: aegf@slaek.de

Untersuchungen im Jugendarbeitsschutz

Ärztliche Fortbildungsveranstaltung am 25. April 2009, 10.00 bis 16.00 Uhr, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

Nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz sind ärztliche Untersuchungen zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr verbindlich vorgeschrieben. Alle approbierten Ärzte können diese Untersuchungen durchführen. Gegenwärtig gibt es fachliche und politische Diskussionen zur Umsetzung dieser Untersuchungen im europäischen Rahmen. Ein Forschungsprojekt zur dieser Thematik wird von der Technischen Universität Dresden bearbeitet, finanziert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Die Sächsische Landesärztekammer bietet mit dem Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden diese Fortbildungsveranstaltung an.

Inhalt dieser Fortbildungsveranstaltung werden neben den Rahmenbedingungen für die ärztlichen Untersuchungen entsprechend des Jugendarbeitsschutzgesetzes Vorträge zu den medizinischen Problemen bei der Berufsfindung und zur Erkennung von Suchtproblemen bei Jugendlichen sein.

Es besteht auch ausreichend Möglichkeit, Fragen der ärztlichen Untersuchungen zum Jugendarbeitsschutz zu diskutieren.

Die Veranstaltung richtet sich an Fachärzte für Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin sowie an Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Anmeldung erforderlich:

Frau Sylvia Kromer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel.: 0351 8267-307, Fax: -332

E-Mail: ausschuesse@slaek.de

Keine Teilnahmegebühren,
6 Fortbildungspunkte

Symposium in Österreich

Gesundheitspolitisches Symposium in der Österreichischen Ärztekammer

Probleme in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zeichnen sich seit Jahren, wie bekannt, nicht nur in Deutschland ab. Schauen wir nach Europa, so gibt es unterschiedliche Lösungsansätze, kein bisheriger Systemwechsel jedoch wird die Lösung bringen können. Im vergangenen Jahr trug die Österreichische Ärzteschaft nicht unmaßgeblich zum Bruch der Regierung bei, indem sie massiv geplante Einschnitte in das Gesundheitsversorgungssystem durch Demonstrationen bekämpfte.

Seit nunmehr fünf Jahren bestehen feste Beziehungen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer, der Krankenhausgesellschaft Sachsen und später auch der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf der einen und der Österreichischen Ärztekammer auf der anderen Seite. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales unterstützte diese Aktivitäten. Im Herbst 2007 unterzeichneten Frau Staatsministerin Helma Orosz und Herr Präsident Dr. Walter Dorner (Präsident der Ärztekammer für Wien und Österreich) ein Freundschaftsabkommen.

2008 kamen weitere Abkommen mit den anderen Mitteldeutschen Bundesländern hinzu.

Diese waren Anlass für die Österreichische Ärztekammer nach Wien, zu



Präsidium: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; Ministerin Dr. Gerlinde Kuppe, Sachsen-Anhalt; MR Dr. Walter Dorner, Präsident der Österreichischen Ärztekammer; Bundesminister Alois Stöger, Österreich; Ministerin Christine Klaus, Sachsen (v.l.)

einem ersten hochrangigen gesundheitspolitischen Symposium am 30. Januar 2009, einzuladen. Teilnehmer auf österreichischer Seite waren der Bundesminister für Soziales, Herr Alois Stöger, der einladende Präsident der österreichischen Ärztekammer, Herr Dr. Walter Dorner, sowie Präsidenten und Vizepräsidenten der österreichischen Landesärztekammern. Auf deutscher Seite nahmen teil: die Ministerinnen für Soziales der Länder Sachsen, Frau Christine Clauß, und Sachsen-Anhalt, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, sowie Vertreter des Sozialministeriums Thüringen. Ebenso befanden sich unter den Teilnehmern Vertreter der Krankenhausgesellschaften der drei Länder und Mecklenburg-Vorpommern. Die ärztliche Seite wurde durch eine Delegation der Sächsischen Landesärztekammer, geführt durch Herrn Präsidenten, Prof. Dr. Jan Schulze, Frau Dr. Annette Rommel, Mitglied des Vorstandes der Landesärztekammer Thüringen und Herrn Präsidenten, Dr. Günther Jonitz (Berlin), vertreten.

Mit einem eindeutigen Bekenntnis zur ärztlichen Selbstverwaltung, gegen

zentralstaatliche Regelungen begann Herr Bundesminister Alois Stöger seine kurzen Ausführungen zur zukünftigen österreichischen Gesundheitspolitik. Er sieht es nicht als erstrebenswert an, ein Gesundheitswesen für Österreich mit staatlicher Reglementierung zu errichten. Hingegen ist eine starke ärztliche Selbstverwaltung Garant für ein funktionierendes System. Die Probleme der Zukunft könnten im gegenseitigen Miteinander besser gelöst werden als im Gegeneinander.

Frau Staatsministerin Christine Clauß betonte die gute und solide Zusammenarbeit zwischen Sachsen und



Beim Besuch des AKH Wien: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer (2.v.r.); Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen (3.v.r.)

Österreich auf dem Gebiet des ärztlichen Austausches. Insbesondere könnten junge österreichische Ärztinnen und Ärzte von den guten Möglichkeiten ärztlicher Weiterbildung in Sachsen profitieren. Gleichfalls kann der Freistaat auch eine Perspektive in Klinik und Praxis für eine Lebensstellung bieten. Bezüglich der gesundheitspolitischen Veränderungen brachte Frau Staatsministerin nochmals die ablehnende Haltung des Freistaates gegenüber Zentralisierung und „Verstaatlichungstendenzen“ des deutschen Gesundheitswesens zum Ausdruck. Besonderes Augenmerk sei auf die Ablehnung des Gesundheitsfonds gelegt. Frau Ministerin Dr. Kuppe (Sachsen-Anhalt) beschrieb die Möglichkeiten in Sachsen-Anhalt, ein Bundesland mit besonderen sozio-ökonomischen Problemen. Der fehlende ärztliche Nachwuchs und die demographische Entwicklung auch der Ärzteschaft machten Sachsen-Anhalt insbesondere Probleme in den ländlichen Gebieten. Auch in Sachsen-Anhalt arbeiteten bereits eine größere Anzahl österreichischer Absolventen und Absolventinnen.

Herr Ministerialdirigent Heinz Fracke (Abteilungsleiter im Staatsministerium für Soziales Thüringen) stellte aus Sicht des Freistaates Thüringen die Region mit ihren Stärken und Schwächen dar.

Fragen der deutschen Gesundheitspolitik aus Sicht der Ärzteschaft, Probleme der ärztlichen Versorgung und Weiterbildungsfragen erörterte Herr Professor Schulze in seinem Vortrag. Insbesondere ging er nochmals auf die Ablehnung jeglicher zentralstaatlicher Regelungen für die Gesundheitsversorgung ein. Subsidiarität und gemeinsame Verantwortung führten mehr zum Ziel, als Gesundheitsfond und „Einheitskasse“. Die Ärzteschaft an sich, wird dadurch immer mehr entzweit und zum Erfüllungsgehilfen staatlicher Rationierungspolitik.

Dies widerspiegelt sich auch in den Entwicklungen der Arztzahlen. Zwar habe in den letzten Jahren die Zahl an Ärzten insgesamt zugenommen, ebenso wieder die Zahl an Bewerbern um ein Medizinstudium, demgegenüber stehen in Flächenregio-



Kammeramtsdirektor der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Karlheinz Kux

nen nicht mehr genügend Ärzte für die Versorgung der alternden Bevölkerung zur Verfügung. Den Problemen der demographischen Entwicklung muss mittels verstärkter Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und Qualifikation derer und nicht mit Bildung von Ersatz- und Parallelstrukturen begegnet werden. Ärztinnen und Ärzte wird es auch in Zukunft brauchen. Die sich zwar schwerfällig, aber an neue Gegebenheiten anpassende Weiterbildungsordnung als Qualitätsmerkmal ist beredtes Zeugnis für Bemühungen der Ärzteschaft. Allerdings erschweren diese Bemühungen „kleinstaatliches“ Kompetenzgerangel.

Komplett sanierte Klinikstrukturen und eine in großen Teilen noch flächendeckende ambulante Versorgung stellten hervorragende Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte dar. Überfrachtung mit arztfremden Leistungen sind allerdings ein gewichtiger Hinderungsgrund, zumindest für deutsche Absolventen, eine Tätigkeit in Sachsen aufzunehmen.

Gleiches wusste Frau Dr. Annette Rommel aus Thüringen zu berichten. Zum Abschluss des Symposiums referierte Herr Kammeramtsdirektor Dr. Karlheinz Kux von der Österreichischen Ärztekammer über die Aufgaben und Belange der Österreichischen Ärztekammer.

Diese ist im Gegensatz zur deutschen Bundesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Unter ihrem Dach sind sämtliche ärztlichen Belange von angestellter Tätigkeit bis Niederlassung vereinigt. Der Österreichischen Ärztekammer obliegt also die Tarif- wie auch die Honorarpolitik für die österreichi-

schen Ärztinnen und Ärzte. Dazu gehören natürlich ebenso die Weiterbildung zum Facharzt, die Berufszulassung oder die Qualitätssicherung. Besonderes Augenmerk wurde in den letzten Jahren auf die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich gelegt. Herr Dr. Kux berichtet, dass einige Ordinationen (Kassenarztpraxen) wegen fortgesetzter Qualitätsmängel geschlossen werden mussten.

Welchen besonderen Einfluss auf die Politik eine solch mächtige Struktur hat, stellte die österreichische Ärzteschaft wie oben beschrieben im Jahr 2008 unter Beweis.

Durch Diskussion während und am Rande der Veranstaltungen konnten die Themen vertieft werden. Es wurde verabredet, weitere Gespräche insbesondere auf dem Gebiet der Weiterbildung zu führen.

Am 31. Januar 2009 konnte das Allgemeine Krankenhaus (AKH) der Stadt Wien, Universitätsklinikum und größtes Krankenhaus Österreichs, besucht werden. Der ärztliche Direktor, Herr Prof. Dr. Reinhard Krepler, führte in das Krankenhaus ein. Hier wurden im vergangenen Jahr auf ca. 340.000 m² Fläche ca. 110.000 Patienten behandelt. Das Krankenhaus beherbergt 27 Kliniken und eine Menge Ambulanzen. Ca. 9.500 Mitarbeiter sind um das Wohl der Patienten und das Funktionieren des Krankenhauses bemüht. Durch Erweiterungsbauten will das Krankenhaus den Anforderungen an Wissenschaft und Patientenversorgung weiter gerecht werden. Der Besuch der endokrinologisch-diabetologischen Abteilung gab einen kurzen Einblick in die universitäre Krankenversorgung.

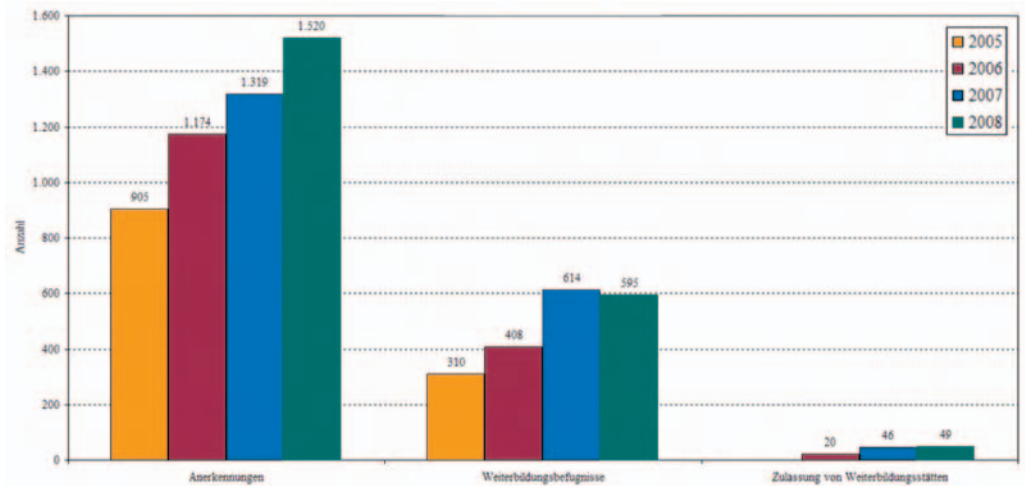
Am Abend des 31. Januar 2009 waren die deutschen Gäste als Ehrengäste auf dem 59. Wiener Ärzteball eingeladen. Dies war ein Erlebnis der besonderen Art. Mit allem Protokoll und aller Etikette fand die Eröffnung statt. Wem aber nach anderem Tanz oder Gespräch zumute war, der fand ausreichend Gelegenheit in den verschiedenen weitläufigen Sälen der Wiener Hofburg.

Im Fokus: Ärztliche Weiter- bildung in Sachsen

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels und einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Situation sächsischer Weiterbildungsassistenten hat die Sächsische Landesärztekammer eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt, die der Optimierung der ärztlichen Weiterbildung dienen.

Die nachfolgende Übersicht gibt eine Auswahl über derzeitige und geplante Tätigkeiten der Sächsischen Landesärztekammer in der ärztlichen Weiterbildung.

Zu den gesetzlich verankerten Pflichten der Sächsischen Landesärztekammer gehören unter anderem die Durchführung von Prüfungen nach Weiterbildungsordnung, die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Zulassung von Weiterbildungsstätten. So wurden im Jahr 2008 durch die Sächsische Landesärztekammer insgesamt 847 Anerkennungen für Gebiete und Schwerpunkte erteilt. Darüber hinaus konnten insgesamt 656 Anerkennungen für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen ausgesprochen werden. Im gleichen Zeitraum wurden 49 weitere Weiterbildungsstätten zugelassen und 595 Befugnisse für Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Weiterbildungsbefugnisse für Zusatz-Weiterbildungen erteilt.



Statistik Weiterbildung

Die Sächsische Landesärztekammer plant für Ende des Jahres 2009 oder Anfang des Jahres 2010 einen Erfahrungsaustausch der Vorsitzenden der Prüfungskommissionen der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Weiterbildungsordnung, die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, eine Liste der akademischen Lehrkrankenhäuser in Sachsen und eine Übersicht zugelassener Weiterbildungsstätten für Fachgebiete, Facharztkompetenzen und Schwerpunkte sowie weiterbildungsbefugter Ärzte in Sachsen einschließlich der Angaben zum Umfang der Weiterbildungsbefugnis können über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer in der Rubrik Weiterbildung (<http://www.slaek.de>) abgerufen werden.

Durchführung von ärztlichen Weiterbildungsveranstaltungen

Die Sächsische Landesärztekammer führt eine Vielzahl von nach der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Kursen durch. Hierzu gehören:

- 80-Stunden-Kompaktkurs Allgemeinmedizin zur Erlangung des Facharztes Allgemeinmedizin im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildung nach der alten Weiterbildungsordnung.
- 50-Stunden-Kurs Psychosomatische Grundversorgung zur Erlangung des Facharztes Innere Medizin und Allgemeinmedizin nach neuer WBO vom 01.01.2006.
- 50-Stunden-Kurs Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde für Ärzte in Weiter-

bildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

- 360-Stunden-Kurs Arbeits- und Betriebsmedizin.
- 80-Stunden-Kompaktkurs Notfallmedizin.
- 200-Stunden-Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement.
- 80-Stunden-Kurs Spezielle Schmerztherapie.
- 50-Stunden-Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung.
- 40-Stunden-Grundkurs Palliativmedizin.

Darüber hinaus bietet die Sächsische Landesärztekammer Veranstaltungen mit der Hauptzielgruppe der Weiterbildungsassistenten an, unter anderem:

- 40-Stunden-Kurs Prüfungsvorbereitung zur Erlangung des Facharztes Innere Medizin und Allgemeinmedizin nach neuer WBO vom 01. 01. 2006.
- Fortbildungscurriculum für Weiterbildungsassistenten Psychiatrie/ Psychotherapie.
- EKG-Kurs.

Aktuelle Weiter- und Fortbildungsangebote der Sächsischen Landesärztekammer sind über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer in der Rubrik Fortbildung (<http://www.slaek.de>) einsehbar.

Befragung der sächsischen Weiterbildungsabsolventen 2007

Die Situation von Weiterbildungsassistenten steht seit Jahren im Mittelpunkt zahlreicher Debatten auf Bundes- und Landesebene. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung im Dezember 2006 beschlossen, eine anonyme Befragung von Weiterbildungsassistenten zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung und den Rahmenbedingungen im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 durchzuführen.

16 Prozent der Befragten waren mit ihrer Weiterbildung sehr zufrieden, 53 Prozent überwiegend zufrieden. Äußerst positiv wurde die Kollegialität während der Absolvierung der Weiterbildungszeit empfunden (38

Prozent sehr gut, 46 Prozent gut). Die Weiterbildungsmöglichkeiten und speziellen Weiterbildungsangebote sowie die Möglichkeiten zur Freistellung für die Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote wurden auf einer Schulnotenskala (von 1 bis 6) von über 50 Prozent der Befragten mit sehr gut oder gut beurteilt.

Nahezu 70 Prozent beurteilten die Möglichkeit zur Freistellung für die Teilnahme an Kursen und Tagungen zur Nutzung externer Weiterbildungsangebote mit sehr gut (35 Prozent) oder gut (32 Prozent). 58 Prozent der Befragten empfanden die Vergütung während der Weiterbildung als angemessen, 35 Prozent als niedrig und weitere 7 Prozent als sehr niedrig.

68 Prozent der Befragten gaben an, über einen Arbeitsvertrag zu verfügen, der in seinem zeitlichen Umfang der erteilten Weiterbildungsbefugnis des Weiterbildungsbefugten entsprach. Diese Zahl entspricht der Angabe über die ausgestellten Kurzzeitarbeitsverträge: 70 Prozent hatten während ihrer Weiterbildung keine Kurzzeitarbeitsverträge, wohingegen 27 Prozent aus unterschiedlichen Gründen mehrere Kurzzeitarbeitsverträge abschließen mussten. Nahezu 60 Prozent der Befragten gab den Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung als angemessen an. Die Ergebnisse der Befragung wurden bereits im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 3/2008, veröffentlicht.

Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistenten und angehende Fachärzte

Zusammen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank wurde diese Veranstaltung am 17. Januar 2009 mit dem Ziel durchgeführt, Hinweise zur Facharztweiterbildung zu geben und Ärzte für eine dauerhafte ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung in Sachsen zu werben.

Etwa 100 Teilnehmer nutzten das vielfältige Angebot (Vortragsveranstaltung, Workshops, Stellen- und Praxisbörse). Eine weitere Veranstal-

tung ist für das nächste Jahr vorgesehen (siehe hierzu Bericht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 2/2009).

Jährliche Veranstaltungen für sächsische Medizinstudenten geben eine Orientierungshilfe für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit und stellen Ansprechpartner in den Körperschaften und Institutionen vor.

Die nunmehr 5. Stellenmesse zur Gewinnung österreichischer Ärzte findet in diesem Jahr vom 16. bis 19. März 2009 statt. Da die Ärzte in Österreich nach wie vor 18 bis 36 Monate auf eine Stelle als Turnusarzt zur Beendigung ihrer Ausbildung warten müssen, besteht großes Interesse an dieser Veranstaltung. Im Jahr 2008 war ein Zugang von 25 Ärzten von der Österreichischen Ärztekammer nach Sachsen zu verzeichnen. Davon sind 20 Ärzte im Krankenhaus tätig.

Individuelle Beratung von Weiterbildungsassistenten durch Ombudspersonen

Vor dem Hintergrund der Leistungsverdichtung bei verkürzten Liegezeiten und dem Wegfall von Planstellen im ärztlichen Dienst sowie unerträglicher Arbeitsbelastungen von Ärzten in den Krankenhäusern hatte der 104. Deutsche Ärztetag an die Ärztekammern appelliert, Ombudsstellen einzurichten. Hier können Ärzte in Konfliktsituationen unter Einhaltung der Verschwiegenheit beraten werden. Gerade von Weiterbildungsassistenten wird das Angebot genutzt. Die Ombudsstelle der Sächsischen Landesärztekammer (Ombudsperson Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, Ärztliche Geschäftsführerin, ist Ansprechpartner für alle ärztlichen Probleme, insbesondere Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen) kann über die E-Mail ombudsstelle@slaek.de kontaktiert werden.

Befragung der sächsischen Weiterbildungsbefugten

Im III. Quartal 2009 ist eine Befragung der über 2.100 weiterbildungsbefugten Kollegen in Sachsen zu verschiedenen Aspekten der Weiterbildung vorgesehen. Ziel der Befragung

Ärztblatt 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-Grüner-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 vom 1.1.2009 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 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei 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 Lesermanagement Medizinischer Zeitschriften e.V.

soll es auch sein, eine zahlenmäßige Schätzung der Zahl der Weiterbildungsassistenten in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung zu erhalten.

Informationsveranstaltung für Weiterbildungsbeauftragte

Verstärkt sollen fachgebietsbezogenen Informationsveranstaltungen der sächsischen Weiterbildungsbeauftragten durchgeführt werden. Sie dienen dem Erfahrungsaustausch der Weiterbildungsbeauftragten und der Optimierung der Weiterbildung hinsichtlich Rotation und Verbundweiterbildung. Hinzuweisen ist unter anderem auf stattgefundenen Veranstaltungen für Weiterbildungsbeauftragte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) am 17. September 2008 und für Befugte für das Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen am 25. Februar 2009. Alle für das jeweilige Fach befugten Kollegen erhielten eine individuelle Einladung. Durch gezielte Absprachen und Kooperationen sollen Weiterbildungsbünde unterstützt werden.

Information von Weiterbildungsstätten

Die Zulassung von Weiterbildungsstätten erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer. Im Bedarfsfall kann dies optimal durch eine Vor-Ort-Beratung und Begehung von Weiterbildungsstätten realisiert werden.

Selbstverständlich wird die berufspolitische Diskussion über die Situation der Weiterbildungsassistenten fortgeführt. So ist die Frage der DRG-Weiterentwicklung, der Berücksichtigung und Abbildung der Weiterbildung in den DRGs noch nicht endgültig beantwortet. Das ändert auch nicht der entsprechende Prüfauftrag im unlängst verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Vorrangiges Ziel muss vielmehr die Intensivierung der gemeinsamen Bemühungen des Bundes, der Länder sowie der Ärzteschaft zur Verbesserung der Bedingungen der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und eine zukunftsweisende ärztliche Nachwuchsförderung sein. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Arztzahlen, dem demographischen Wandel und der Problematik der Besetzung von freien Arztstellen sind zeitnahe und weitreichende Initiativen sowie eine ergänzende Finanzausstattung unabdingbar. Probleme bei der Realisierung der Weiterbildung unter den Bedingungen der gültigen Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus sind noch nicht gelöst.

Alle sächsischen Weiterbildungsassistenten sind zur Diskussion aufgerufen.

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

Gesetzesinitiative Früherkennungsuntersuchungen

Position der Sächsischen Landesärztekammer

Die Sächsische Landesärztekammer begrüßt die Gesetzesinitiative zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen in Sachsen. Das Gesetz befindet sich derzeit in der parlamentarischen Beratung. Es soll noch vor der Landtagswahl im August 2009 verabschiedet werden.

Die Sächsische Landesärztekammer hat in einer Stellungnahme Änderungen angemahnt. Grundsätzlich hat der Schutz der Kinder höchste Priorität. Es müssen mit Früherkennungsuntersuchungen frühzeitig Kinder in problematischen Verhältnissen oder Situationen erkannt und Hilfen angeboten werden.

Aber verbindliche Vorsorgeuntersuchungen, wie sie im Gesetz gefordert werden, stellen nur einen Baustein zum Schutz des Kindeswohls dar. Insbesondere der Vernetzung von Früherkennungs- und Hilfsangeboten kommt eine zunehmend größere Bedeutung zu. Notwendig dafür ist eine wohnortnahe ärztliche Versorgung. Für die Wahrnehmung der Erinnerungsfunktion und der Aufklärung und Beratung durch das Gesundheitsamt wird zudem eine entsprechende personell-ärztliche Ausstattung benötigt. Aber die Anzahl

der Ärzte in den Gesundheitsämtern nimmt stetig ab.

Bei der geforderten Meldepflicht ist fraglich, inwiefern die häufigen Meldungen zielführend sind. Am Ende jedes Quartals erfolgen bereits jetzt die Meldungen der Ärzte an die Kasenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) mithilfe von Abrechnungsdaten. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, in welchem Umfang ein Melde-Prozedere an die KVS hinsichtlich der in der privaten Krankenversicherung Versicherten erwünscht und rechtlich zulässig ist.

Durch das geplante Gesetz erfahren die ursprünglichen prioritären Aufgaben der beteiligten Institutionen (Jugendamt, Gesundheitsamt) eine Umkehrung. Deshalb sollten die Jugendämter stärker mit einbezogen werden (verminderter Verwaltungsaufwand in den Gesundheitsämtern). Und die Übertragung der Aufgaben an das Gesundheitsamt darf nicht zum Vertrauensverlust in der Bevölkerung führen.

Hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht ist die in der Begründung des Gesetzentwurfes ausgeführte prozentual stark schwankende Teilnehmerate an Früherkennungsuntersuchungen aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer allein keine ausreichende Rechtfertigungsgrundlage für eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht. Auch bietet die Prüfung der Befugnis zur Datenübermittlung keine zusätzliche Rechtssicherheit oder -klarheit für den Arzt. Gerade das vertrauensvolle Patient-

Arzt-Verhältnis bedarf des besonderen Schutzes, die Autonomie in der Patient-Arzt-Beziehung muss erhalten bleiben.

Auch ist der zusätzliche Dokumentationsaufwand für den Arzt so gering wie möglich zu gestalten und entsprechend zu vergüten. Dazu muss deutlich formuliert werden, dass es sich um eine zusätzliche Bereitstellung von finanziellen Mitteln aus dem Landeshaushalt handelt. Die entstehenden Verwaltungskosten dürfen nicht zu Lasten der untersuchenden Ärzte gehen.

Es ist klarzustellen, wie und durch wen die bei den Gesundheitsämtern durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen erstattet werden. Gleiches gilt für die Erstattung der bei der KVS entstehenden Kosten.

Um den späteren Nutzen des Gesetzes feststellen zu können, bedarf es einer Evaluation der Maßnahmen insbesondere hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit und des Aufwandes.

Selbstverständlich ist eine Abstimmung der Verfahrensweise aller beteiligten Institutionen erforderlich. Für eine Berücksichtigung der Daten der Untersuchungen in der Gesundheitsberichterstattung ist ein abgestimmtes Untersuchungsverfahren von allen teilnehmenden Ärzten zu verwenden.

Erik Bodendieck, Vizepräsident
Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vorstandsmitglied

bvkJ.

Kinderschutz in Sachsen

Position der Kinder- und Jugendärzte

Das Thema Kinderschutz ist in aller Munde. Mit dramatischen Fällen sensibilisieren und polarisieren die Medien. Ein „Nationales Zentrum für Frühe Hilfen“, ein Kindergipfel der Ministerpräsidenten, neue Gesetze, Ausschüsse, Projekte, Kooperationsvereinbarungen – eine Vielzahl von Aktivitäten hat Deutschland erfasst.

Die Kinder- und Jugendärzte begrüßen die gesamtgesellschaftlichen Bemühungen, den Kinderschutz zu verbessern. Dabei wünschen sich die Ärzte klare und nachhaltige Strukturen, Transparenz und juristische Sicherheit für ihre Arbeit.

Die Sächsische Staatsregierung bekennt sich dazu, den Schutz unserer Kinder zu gewährleisten.

Schwerpunkte sind dabei:

- die Etablierung „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder“ mit sozialen Frühwarnsystemen,

- die Schulung aller Helfer, die im Kontakt mit Kindern sind (Kinder- und Jugendärzte sollen nicht nur erste Anzeichen von Gefährdungen des Kindeswohls erkennen, sondern Eltern ermutigen, früh genug Hilfen anzunehmen),
- die Erweiterung der Untersuchungsschwerpunkte bei Früherkennungsuntersuchungen,
- die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren, deren Aufgabe der Schutz von Kindern ist,
- die Teilnahme aller Kinder an den

Vorsorgeuntersuchungen; diese, wie in anderen Bundesländern zur Pflicht zu erklären, wird nicht für notwendig erachtet,

- Elternförderung und -schulung,
- Kampagnen zum Schutz der Kinder vor Gewalt.

Zur Durchsetzung des Handlungskonzeptes „präventiver Kinderschutz“ hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales einen Landesfachausschuss für Kinderschutz gebildet. Mitglieder des Landesfachausschusses sind Vertreter des Sozialministeriums, der Jugend- und Gesundheitsämter, des Sächsischen Landkreistages, der AOK PLUS, des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales und des Sächsischen Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Zwei Kinder- und Jugendärzte können die Interessen ihrer Berufsgruppe in dieses Gremium einbringen.

Durch die Initiative dieser Kollegen fand am 20. 8. 2008 ein Arbeitstreffen von Kinder- und Jugendärzten in Dresden statt. Vertreten waren Kinder- und Jugendärzte aus der Niederlassung, aus der Klinik und aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst).

Sie vereinbarten die folgende Stellungnahme zum Kinderschutz:

Kinderschutz ist ein ureigenes Interesse der Kinder- und Jugendärzte, das täglich praktiziert wird.

Wir Ärzte stellen uns dieser Aufgabe uneingeschränkt, sind dabei auf Kooperationen angewiesen und fordern diese nachdrücklich.

Deshalb befürworten wir die sich bildenden Netze von komplexen Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen und die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen auf einem effektiven Niveau.

Wir sehen folgende wichtige Maßnahmen für den Kinderschutz:

- Frühe Hilfen müssen vor der familiären Fehlentwicklung wirken. Je früher Hilfen angeboten werden, desto besser sind die Chancen, Fehlentwicklung mit Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden. Wir befürworten dabei den Einsatz

der Kinder- und Jugendhilfe bereits in der Schwangerschaft nach bestehenden Modellen in anderen Bundesländern (bisheriges Kinder- und Jugendhilfegesetz setzt die Hilfen erst ab der Geburt an).

- Besonders gefährdet sind sehr junge Kinder (Säuglinge, Kleinkinder bis 3 Jahre), da Störungen in der fürsorglichen Pflege rasch zu schwerwiegenden Folgen führen können und diese Kinder oft nicht Helfern zugänglich sind (keine Kindertagesstättenbetreuung, keine Pflichtfürsorgen). Viele Familien mit sehr jungen Kindern sind sich selbst überlassen, können die Vielfalt der Beratungsangebote für sich nicht annehmen. Deshalb befürworten wir aufsuchende Hilfen durch Fachpersonal (zum Beispiel Kinderkrankenschwestern und entsprechend qualifizierte Hebammen). Eltern können vorzugsweise über die Theamtik „Gesund-

heitsfürsorge – Was braucht mein Kind?“ Eltern erreicht und begleitet werden.

- Das Modellprojekt „Pro Kind Sachsen“ ist ein zeitlich befristetes, wissenschaftlich begleitetes Projekt, das in einigen Sächsischen Kommunen durchgeführt wird. In Sachsen sollen dabei 200 schwangere Frauen in das Projekt aufgenommen werden. Voraussetzungen sind: erstgebärende Schwangere, Beginn 12. bis 28. Schwangerschaftswoche, finanzielle Problemlage, besondere soziale oder persönliche Problemlage. Die Leistungen für diese Frauen sind: Informationen über Unterstützungsmaßnahmen, Vergütung der Fahrtkosten zu den Vorsorgeuntersuchungen, Entwicklungs- und Empfindungstestung des Kindes und Empfehlungen zur Entwicklungsförderung, Hausbesuchsprogramm für die Hälfte der nach Zufall ausgewählten Frauen. Das Projekt

endet, wenn das Kind zwei Jahre alt ist. „Pro Kind Sachsen“ ist befristet bis Ende 2011. „Pro Kind Sachsen“ ist eine wissenschaftliche Studie, die Alltagsnetzwerke und ihre Organisation nicht ersetzen kann.

- Für Risikofamilien bedarf es interprofessioneller Hilfen. Das erforderliche Netzwerk muss verlässlich (das heißt auch nachhaltig) und transparent sein, alle Helferstrukturen einschließen und allen Familien und Helfern zugänglich sein. Dabei ist es dringend erforderlich, dass die Vielfalt dieses Netzes durch eine koordinierende Instanz gelenkt wird („Kinderschutzzentrum“). Dieses Zentrum führt auch das Fallmanagement durch, entsprechende Informationen müssen dort zusammenfließen. Die Kinder- und Jugendärzte benötigen dringend eine solche zentrale Anlaufstelle, die sowohl Prävention als auch Intervention auslösen kann, den „Fall“ übernimmt und zuverlässig rückinformiert.
- Für den Informationsfluss zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdung ist es für alle Ärzte wichtig, dass Datenschutz und Schweigepflicht rechtsverbindlich geregelt sind. Es gibt einen großen Graubereich, bevor harte Fakten einer Kindeswohlgefährdung die Datenweitergabe auch gegen den Willen der Eltern

ermöglichen. Hier sind Justiz und Politik aufgefordert, sich klar zu positionieren und gesetzliche Grundlagen für die Datenübermittlung zu schaffen.

- Früherkennungsuntersuchungen müssen allen Kindern zugänglich gemacht werden. Die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sind unabdingbar. Wir fordern, die Vorsorgeuntersuchungen zur Pflicht zu erklären. Früherkennungsuntersuchungen auf behandelbare endokrinologische und Stoffwechselerkrankungen (Neugeborenenenscreening) sollen ebenfalls verpflichtend sein. Finanzielle Mehraufwendungen aus der Durchsetzung verpflichtender Maßnahmen sind aus öffentlichen Mitteln zu begleichen.
- Die Bundesländer Saarland, Hessen und Bayern berichten über sehr gute Erfahrungen mit verbindlichen Früherkennungsuntersuchungen (sie sind Bestandteil des Kindergesundheitsschutzgesetzes), auch in Nordrhein-Westfalen ist die Einführung noch in diesem Jahr vorgesehen. Wir empfehlen dem Sächsischen Sozialministerium dringend, sich diesem Konzept anzuschließen.
- Wir empfehlen dem Sächsischen Sozialministerium, allen Eltern mit einem Neugeborenen ein Merkblatt zum Kinderschutz zur Verfügung zu stellen, in dem alle Vorsorgeuntersuchungen für Kin-

der (Stoffwechseluntersuchungen nach der Geburt, Vorsorgeuntersuchungen bei Kinder- und Jugendärzten in der Praxis und im Öffentlichen Gesundheitsdienst) vorgestellt werden.

- Öffentlich empfohlene Impfungen sind eine vorzügliche präventive Maßnahme auch im Kinderschutz. Bei Aufnahme von Kindern in Kindertagesstätten und Gymnasien ist stets eine ärztliche Bescheinigung über die Vollständigkeit von Impfungen vorzulegen. Die Einrichtungen sollten berechtigt werden, eine Aufnahme bei nicht durchgeführten Impfungen abzulehnen.

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Klaus Hofmann
Landesvorsitzender Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte
Geschwister-Scholl-Str. 29, 09244 Lichtenau
E-Mail: kinderlinik@skc.de

Dr. med. Elke Siegert
Abteilungsleiterin Kinder- und
Jugendärztlicher Dienst
Dürerstr. 8, 01307 Dresden
E-Mail: ESiegert@Dresden.de

Dr. med. Thomas Stuckert
Chefarzt Kinderzentrum
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH
Vereinigung Leitender Kinderärzte und
Kinderchirurgen Sachsens

Dipl.-Med. Ingrid Carl
Vorsitzende im Fachbeirat Kinder- und
Jugendärztlicher Dienst im Berufsverband
Öffentlicher Gesundheitsdienst in Sachsen

Dr. med. Stephan Rupprecht
Kinder- und Jugendarztpraxis in Dresden

1. Treffen der klinischen Ethikkomitees

In jüngster Zeit hat der Bedarf an Ethikberatung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten gerade für moralische Alltagsprobleme im Klinik- und Hausarztbereich zugenommen. In Deutschland konzentrierten sich die Bemühungen der Ethikberatung bisher vor allem auf stationäre Einrichtungen. Zukünftig sollten aber auch Hausärzte auf Wunsch die Möglichkeit einer professionellen,

interdisziplinären ambulanten Ethikberatung nutzen können. Sie sind herzlich eingeladen zum fachlichen Austausch am **15. April 2009**, 18.30 Uhr, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Programm

18.30 Uhr: Begrüßung
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
18.40 Uhr: Organisationsethik und Ethikberatung als ärztliche Herausforderung
Prof. Andreas Heller, Wien

19.30 Uhr: Braucht der ambulant tätige Arzt eine Ethikberatung?
Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
Ist alle Beratung Ethikberatung?
Prof. Dr. med. Frank Oehmichen,
Kreischau

Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 2 Fortbildungspunkten.

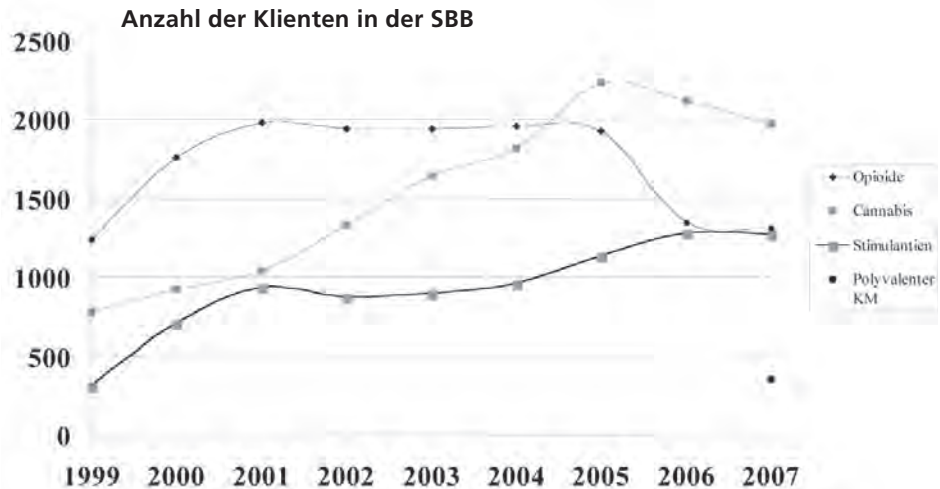
Anmeldung bis 10. April 2009:

Frau Ingrid Hüfner
Telefon: 0351 8267-161
Fax: 0351 8267-162
E-Mail: presse@slaek.de

Bericht der Kommission „Sucht und Drogen“ 2008

Nach ihrer Berufung Ende des Jahres 2007 traf sich die Kommission „Sucht und Drogen“ (KSD) in den zurückliegenden Monaten mehrfach. Inhaltlich ging es um die Abstimmung der Ziele unter Berücksichtigung der aktuellen epidemiologischen Lage und der vorliegenden Daten zur Versorgung Suchtkrankter, wobei insbesondere auf die Versorgung Drogenabhängiger geachtet wurde. Die vorgefundene Versorgungsrealität musste mit den gesetzlichen Grundlagen für die Behandlung und Versorgung Suchtkrankter abgeglichen werden, dazu gehörte auch die Sorge für die Einhaltung dieser Grundlagen. Ein weiterer Punkt der Kommissionsarbeit bestand in der Förderung der Suchtkrankenhilfe für die verschiedenen Berufsgruppen, auch für Kammermitglieder. Zu ihrer Arbeit besaß die KSD die ständige Unterstützung der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer und der entsprechenden berufsrechtlichen Ausschüsse der Kammer. Zudem hat sich die Zusammenarbeit mit der Landesdirektion Leipzig und ihren einschlägigen Referaten sowie die Kooperation mit der Suchtauftragten der Stadt Leipzig, Frau Dr. Lein, intensiviert.

Diagramm 1: Klientenentwicklung ausgewählter illegaler Drogen 1999 – 2007



Quelle: Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe 2007 (SLS)

Epidemiologisch sind seit Jahren die hohe Behandlungszahlen Drogenabhängiger zu verzeichnen. Das wird illustriert durch die Angaben der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Tabelle 1) zur Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Hier wurden in der Tabelle die Klienten der sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen erfasst. Polyvalenter Konsum/ Abhängigkeit wird erstmals 2007 erfasst und ausgewiesen (Diagramm 1). Vorher erfolgte die Zuordnung jeweils nach der Leitsubstanz. Die Angaben aus den psychiatrischen Einrichtungen sind durch die häufigen, oft auch im Vordergrund der Behandlung stehenden Komorbiditäten beeinflusst und spiegeln von der

Hauptdiagnose ausgehend die Behandlungszahlen Suchtkrankter nicht eindeutig wieder.

Mittlerweile haben sich in jedem Regierungsbezirk Sachsens an den größeren psychiatrischen Einrichtungen spezialisierte Stationen zur Behandlung Drogenabhängiger etabliert. Diese werden aufgrund der schon genannten hohen Komorbiditätsraten Drogenabhängiger sehr in Anspruch genommen. Der hohe Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener am epidemiologischen Geschehen ist sehr beeindruckend. Im letzten Jahrzehnt hat sich ein Wandel dahingehend ergeben, dass bei illegaler Drogenabhängigkeit polytoxikomane Konsumformen und Abhängigkeiten dominieren. Beispielsweise liegt in der eigenen Klinik die Quote polytoxikomaner Abhängigkeitsformen bei den unter 25-Jährigen bei 75 Prozent der wegen Drogenabhängigkeit Behandelten. Innerhalb Sachsens findet sich eine regionale Differenzierung der Konsumformen. Während in den Regierungsbezirken Chemnitz und Dresden Cannabis

Tabelle 1: Leistungen sächsischer SBB von 2003 bis 2007

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Gesamtanzahl der betreuten Klienten	27.872	29.165	29.014	27.949	28.757
davon: Klienten im Bereich Illegale Drogen	4.846	5.031 (104 %)	5.537 (110 %)	5.076 (92 %)	5.137 (101 %)

in Klammern: Entwicklung zum Vorjahr

(Quelle: SLS – Standardisierter Jahresbericht – SBB / JVA)

Tabelle 2: Substitutionszahlen

Jahr	2004	2005	2006	2007
Anzahl Substitutionen (Quelle: Substitutionsregister)	894	1.228	1.264	1.400 111%
Anzahl psychosozialer Begleitungen in Sachsen:	439	576	411	560 136%
davon im:				
RB Chemnitz	33	39	49	77
RB Dresden	43	41	54	72
RB Leipzig (davon Stadt Leipzig)	363 (347)	496 (459)	308 (256)	411 (348)

Quelle: Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe 2007 (SLS)

Tabelle 3: Substitutionsbehandlung im Freistaat Sachsen 2007

Landkreis/kreisfreie Stadt	Anzahl Patienten 1.1. – 31.12.	Psychosoziale Begleitungen 1.1. – 31.12.	%	Anzahl Patienten Stichtag 1.10.	Psychosoziale Begleitungen Stichtag 1.10.	%	Anzahl subst. Ärzte 2007
RB Chemnitz	157 + 13%	76	48	98	61	62	6
RB Dresden	127 + 81%	72	57	81	39	48	4
RB Leipzig	1.116 + 1,5%	412	37	537	357	66	9
Leipzig	1.020	348	34	461	331	72	7
Delitzsch	0	9		0	4		0
Döbeln	0	1		0	1		0
Leipziger Land	89	48	54	76	18	24	1
Muldentalkreis	0	4		0	3		0
Torgau-Oschatz	7	2		0	0		1
Sachsen	1.400 + 7%	560	40	716	457	64	19

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS)

und Amphetamine als bevorzugte Substanzen neben Alkohol und Nikotin dominieren, liegt im Regierungsbezirk Leipzig bei illegalen Substanzen der Opiatkonsum neben Cannabis nach wie vor innerhalb Sachsens am höchsten. Zunehmend ist aber eine präferierte Substanz nicht zu ermitteln. Dieser Entwicklung tragen die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen seit 2007 Rechnung und weisen Fälle mit ausgeprägtem polyvalenten Drogenkonsum wie in Diagramm 1 separat aus. Einerseits ist in den Beratungsstellen in den letzten Jahren seit 2005 eine sinkende Fallquote bei Cannabis und Opioiden zu verzeichnen, andererseits steigen die Substitutionszahlen (Diagramm 1 und Tabelle 2). Für die Durchführung der Substitution bei Opiatabhängigen ist auch die psychosoziale Begleitung in Beratungsstellen vorgegeben. Zwischen der Substitutionszahl und der Zahl der dabei stattfindenden psychosozialen Begleitung besteht im Raum Leipzig eine große Differenz. Diese Missverhältnisse gilt es in Zukunft zu verringern. Weiter zeigten sich in Leipzig Verstöße, die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke betreffend. Bekannt ist, dass in der Drogenszene insbesondere Flunitrazepam (Rohypnol) favorisiert wird, um Versorgungsengpässe und anderweitig zustande kommende Entzugserscheinungen oder Befindensstörungen zu mitigieren. Entsprechend hoch liegt der Flunitrazepamumsatz! Andere Benzodia-

zepine wurden jedoch auch häufig Suchtkranken verordnet, obwohl auch diese Verordnungen nicht richtlinienkonform sind. Hier muss an die Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke vom 1. 7. 2004 erinnert werden. Wir verweisen auf „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, Seite 429.

Im Sommer des Jahres hatte die Kommission aufgrund einschlägiger Informationen und Vorkommnisse die Aufgabe, mit mehreren ärztlichen Kollegen aus Leipzig Gespräche zur Korrektur der Verordnungsgewohnheiten in der Behandlung Suchtkranker zu führen.

Es ging dabei insbesondere um die Benzodiazepinverordnung bei Drogenabhängigen. Bei der Mehrzahl dieser Kollegen stellte sich die deutliche Unkenntnis der schon oben erwähnten Richtlinie zur Benzodiazepinverordnung bei Suchtkranken heraus. Außerdem waren sie offensichtlich Fehlinformationen gefolgt, dass Benzodiazepine an Suchtkranke verordnet werden könnten. Weiter schilderten die Kollegen geradezu einhellig den von der Szene ausgehenden Druck, die einmal begonnene Verordnungspraxis fortzusetzen und auszuweiten, sich also selbst coabhängig zur Suchtentwicklung zur Verfügung zu stellen. Mehrere zum klärenden Gespräch eingeladene Kollegen äußerten sich dann

deutlich erleichtert über die schon im Vorfeld des Gesprächstermines ergangenen Hinweise der Kammer, in deren Folge sie die falsche Verordnungspraxis beendet hatten und nicht mehr unter Druck aus der „Szene“ standen. Somit waren kammerseitig weitere berufsrechtliche oder juristische Schritte nicht mehr einzuleiten. Die von den um Benzodiazepinverordnung einkommenden Drogenabhängigen geäußerten Gründe für eine Verordnung sind überwiegend sachlich und fachlich unzutreffend und bereits seit längerer Frist bekannt. So wird von Drogenabhängigen wiederholt behauptet, dass es keine entsprechende psychiatrische abstinenzorientierte Behandlung zeitnah für Drogenabhängige in Leipzig gäbe. Dem ist nach Rücksprache mit den zuständigen psychiatrischen Einrichtungen in Leipzig und den psychiatrischen Einrichtungen des Umfeldes klar zu widersprechen. Bei vorhandener Indikation sind ständig auch Sofortmaßnahmen möglich. Ebenso sind auch die Angaben, noch dringlich Termine oder Vorhaben vor einer abstinenzorientierten Therapie erledigen zu wollen oder zu müssen, in der Regel nicht stichhaltig. Wichtige soziale Aufgabenstellungen können die Patienten meist erst nach Stabilisierung am Ende stationärer psychiatrischer Behandlung sinnvoll in Angriff nehmen.

Darüber hinaus muss gesehen werden, dass Suchtkrankheit eine Er-

krankung mit progredientem Verlauf ist. Dieser ergibt sich zum Beispiel durch die Tachyphylaxie und abnehmende Satisfaktion beim Konsum der bevorzugten Hauptsubstanz. Geradezu pathognomonisch erfolgt dann eine Ausweitung des Mittelkonsums entweder durch unterschiedlich intensive Dosissteigerung oder zusätzlichen Konsum anderer Substanzen oder nichtsubstanzgebundene süchtige Verhaltensweisen.

Damit bedeutet fortlaufende Benzodiazepinverordnung an Suchtkranke, besonders aber Drogenabhängige, überwiegend Chronifizierung und Ausweitung der bestehenden Suchterkrankung in Richtung Polytoxikomanie. Die Probleme mit der Substitution Opiatabhängiger in Leipzig wird durch das Missverhältnis zwischen der Zahl der Substituierten und der Zahl der substituierenden Ärzte weiter zugespitzt (Tabelle 3). Aus der Zahl der substituierenden Ärzte in Leipzig lässt sich sehr leicht eine Durchschnittsquote von rund 145 Substituierten pro Arzt ermitteln. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass nicht sämtliche Ärzte die Qualifizierung in suchtmedizinischer Grundversorgung, die zur Substitution berechtigt, erworben haben. Diese Kollegen dürfen nur mit konsiliarischer Betreuung bis zu drei Patienten substituieren. Die tatsächliche Quote der Substituierten pro Arzt liegt also noch höher. Inwieweit Sachsen aus den sonstigen Verhältnissen der Bundesrepublik herausfällt, ergibt sich aus dem Diagramm 2. Diese Verhältnisse unterschreiten die Qualitätsstandards. Somit verwundert es auch nicht, dass die Qualitätsforderung psychosozialer Begleitung der Substitution ebenso nicht eingehalten wird, offenbar mangels Zeit für den Patienten und seine Motivationsentwicklung. Sowohl bei dem Verhältnis Substituierte zu substituierenden Ärzten als auch bei der Quote der psychosozialen Begleitung der Substituierten müssen im Jahre 2009 Änderungen eintreten. Die Sächsische Landesärztekammer bildet weiterhin Ärzte aus, die nach ihrer Qualifikation in suchtmedizinischer Grundversorgung die Substitution aufnehmen können. Von den Beratungsstel-

len wird die Bereitschaft, mehr psychosoziale Begleitung durchzuführen, signalisiert. Weiter wird auch die Anleitung noch nicht in suchtmedizinischer Grundversorgung qualifizierter Kollegen durch in Substitution erfahrene Kollegen auf enger regionaler Ebene möglich sein. Die Kommission favorisiert die regionale Unterstützung nicht substitutionserfahrener Kollegen. „Fernkonsile“ werden nicht empfohlen.

Im Jahr 2008 musste sich die Kommission auch mit der Veränderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung befassen. Dies betraf eine Ausweitung der Vertreterregelung, bei der nicht suchtmedizinisch qualifizierte Kollegen substituierende Ärzte praktisch über Monatsfristen hätten vertreten können. Diese Ausweitung wird von der Sächsischen Landesärztekammer abgelehnt. Wir kämen auch nicht auf den Gedanken, über die Sommerzeit ein Herzzentrum durch Dermatologen vertretungsweise versorgen zu lassen. Diese Ausweitung und fragliche weitere Vorhaben, wie eine Veränderung der

take-home-Regelung und die Absicht, die Wochenendvergabe anders zu gestalten, sind im parlamentarischen Prozess blockiert. Unter Qualitätsgesichtspunkten ist das sehr gut so.

Hilfe für Suchtkranke in Richtung Abstinenz muss aus allen gesellschaftlichen Schichten und für alle Berufsgruppen zur Verfügung stehen. Vielfach haben sich im Freistaat Sachsen in Großbetrieben, Behörden und anderen Organisationen abgestufte Systeme der Suchtkrankenhilfe betrieblicher und berufsgruppenspezifischer Art bewährt. Exemplarisch wird hier für den Freistaat Sachsen VW in Mosel genannt. Die Gemeinsamkeiten dieser gestuften Hilfesysteme liegen in Ansprechpartnern, über die erste Anfragen oder Erstkontakte zustande kommen können, um den Zugang zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen, auch nachdem berufsrechtliche Sanktionen gegriffen haben und daraufhin Behandlung in Anspruch genommen wird, um an den Arbeitsplatz zurückzugelangen. Insbesondere bei

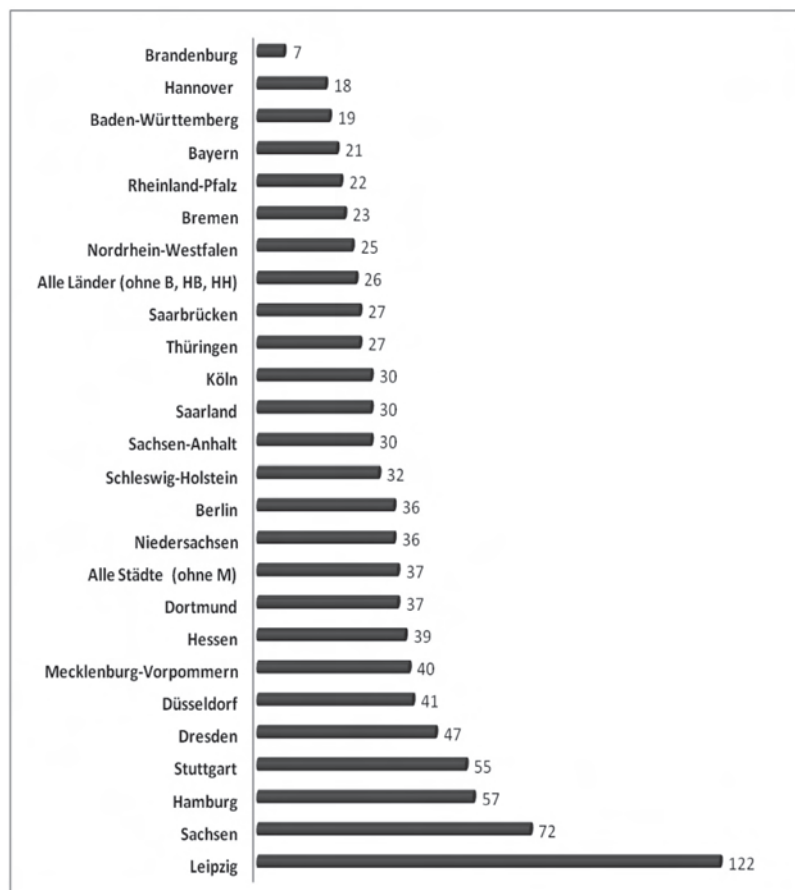


Diagramm 2: Zahl der Substituierten pro Arzt

betrieblicher Suchtkrankenhilfe ist dieses Element der Rehabilitation „zurück an den Arbeitsplatz“ wesentliches Ziel.

Da Suchterkrankungen bekanntermaßen um keine Berufsgruppe einen Bogen machen, besteht auch für die Ärzteschaft die Notwendigkeit, Verfahrensweisen und Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Kollegen vorzuhalten. Den aktuellen Stand der Gegebenheiten für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer wollen wir hier nochmals kurz darstellen. Zunächst gibt es für Anfragen von Betroffenen und Kollegen oder Angehörigen Ansprechpartner bei der Sächsischen Landesärztekammer. Diese sind Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Tel.-Nr.: 0351 82 67 320, Herr Dr. med. Frank Härtel, Tel.-Nr.: 037603 54-250. Über diese Kontakte sind erste Absprachen möglich, Rückfragen zu klären, Auskünfte über Behandlungswege zu geben. In allen drei Regierungsbezirken ist jeweils eine psychiatrische Einrichtung für Behandlungskontakte betroffener Kollegen zuständig. Diese Einrichtungen können entweder nach Vermittlung durch die zwei Genannten oder auch selbständig

kontaktiert werden. Alle Einrichtungen verfügen über psychiatrische Institutsambulanzen für ambulante Kontakte, aber auch über teilstationäre und vollstationäre Behandlungsmöglichkeiten. Vermittlungen zur Rehabilitation können auch von dort oder mit Hilfe dieser Einrichtungen vorgenommen werden. Im Bereich der Landesdirektion Dresden steht im SKH für Psychiatrie/Psychotherapie und Neurologie Arnsdorf, Frau Dr. med. Christine Neuberg, Tel.-Nr.: 035200 263161 als Ansprechpartner zur Verfügung. Im Leipziger Regierungsbezirk ist im SKH Altscherbitz, in der dortigen Suchtabteilung, Frau Dr. med. Jutta Inglik, Tel.-Nr.: 034204 87-186, für diese Fragen ansprechbar. Für Chemnitz sind im Asklepios Fachklinikum Wiesen in der Institutsambulanz, Herr Hendrik Moritz, Tel.-Nr.: 037603 54-170, oder Herr Frieder Möckel, Tel.-Nr.: 037603 54-188, erreichbar. Sollten betroffene Kollegen den Wunsch nach einer Behandlung ihrer Suchterkrankung außerhalb Sachsens haben, empfehlen wir, sich an Herrn Prof. Dr. Mundle, Oberberg-Klinik Schwarzwald, Oberberg 01, 78132 Hornberg, Tel.-Nr.: 07833 7920, E-Mail: götzmundle@oberbergkliniken.de, zu wenden.

Selbstverständlich setzen diese Empfehlungen die freie Arztwahl und die freie Wahl der Behandlungsstelle nicht außer Kraft, sie sollen aber den Zugang zur Behandlung erleichtern. Die Sächsische Ärzteversorgung wird in den entsprechenden Fällen, zum Beispiel bei einer rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung, eine Einzelprüfung über die Höhe der Beteiligung an den Behandlungsmaßnahmen auf Antrag durchführen. Wir haben uns im Ergebnis unserer Diskussionen entschlossen, ein solches Verfahren zu wählen, das den Kollegen eigene Handlungsmöglichkeiten belässt und eine primär aufsuchende Vorgehensweise durch die Sächsische Landesärztekammer nicht vorsieht. Das ist aber in anderen Bundesländern Praxis. Allerdings werden auch in Sachsen berufsrechtliche Schritte bei fehlender Behandlungsbereitschaft nicht auszuschließen sein. Auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer finden Interessenten demnächst zu diesem Themenkreis weitere Informationen, auf deren Erscheinen im „Ärzteblatt Sachsen“ hingewiesen werden wird.

Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender Kommission „Sucht und Drogen“
bei der Sächsischen Landesärztekammer

Täter oder Opfer?

Ärztebiografien im Nationalsozialismus

Am 27. Januar 2009, dem Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus, folgten 90 Gäste der Einladung der Stiftung Sächsische Gedenkstätten, der Sächsischen Landeszentrale für politische Bildung sowie der Sächsischen Landesärztekammer und gedachten in der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein gemeinsam der während der NS-„Euthanasie“ ermordeten Menschen. Nach der Begrüßung durch Dr. Klaus-Dieter Müller, Geschäftsführer der Stiftung Sächsische Gedenkstätten, führte Dr. Clemens Vollnhals, stellvertretender Direktor des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung an der TU Dresden, in das

Thema Entnazifizierung in Nachkriegsdeutschland mit dem besonderen Schwerpunkt der Sowjetischen Besatzungszone ein.

Anschließend stellte Frau Dr. Marina Lienert vom Institut für Geschichte der Medizin der TU Dresden die Biografie des Psychiaters Prof. Dr. Johannes Suckow vor. Frau Dr. Lienert ver-



Dr. phil. Marina Lienert

deutlichte anhand seines Lebensweges eindrucksvoll, wie schnell ein Arzt während der NS-Zeit trotz hohem ärztlichen und menschlichen Anspruch und trotz aller Bemühungen, unbelastet zu bleiben, in ernste Bedrängnis geraten konnte.

Dr. Boris Böhm, Leiter der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, erörterte danach einen wichtigen Teilaspekt des Dresdner „Euthanasie“-Prozesses: die Zeugenschaft von Angehörigen der Opfer. Er zeigte auf, dass sich die Justiz im Rahmen des Prozesses am Dresdner Landgericht, anhand vieler von Angehörigen eingereichter Dokumente, sehr intensiv mit persönlichen Einzelschicksalen auseinandersetzte. Zum Abschluss beantworteten die drei Referenten die Fragen der Gäste.

Anja Miesner
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2006

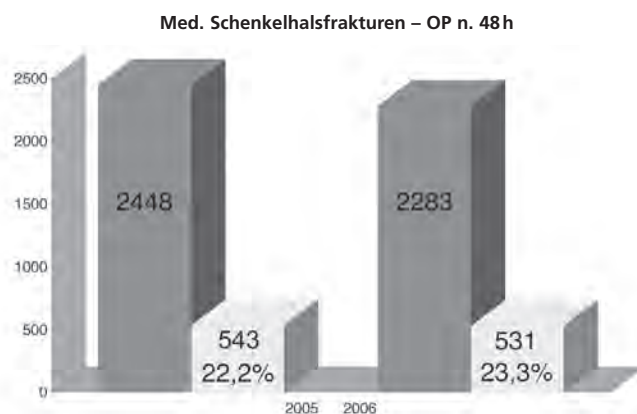
Leistungsbereich:
Orthopädie / Unfallchirurgie –
Jahresauswertung 2006
Hüftgelenknahe Femurfraktur
(mediale Schenkelhals- und
perthrochantäre Oberschenkel-
frakturen)

Sandner, K.

Im Freistaat Sachsen nahmen im Jahre 2006 62 Krankenhäuser an der Qualitätssicherung hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) teil. Insgesamt wurden in Sachsen 5.251 Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen operativ behandelt. 2.283 Patienten (43,5 %) entfielen auf mediale Schenkelhalsfrakturen und 2.968 Patienten (56,5 %) auf perthrochantäre Oberschenkelfrakturen.

Bei dem Qualitätsindikator kurze präoperative Verweildauer (Operation nach Aufnahme innerhalb von 48 Stunden: Referenzbereich ≤ 15 %) waren bei der operativen Versorgung der medialen Schenkelhalsfrakturen 38 Krankenhäuser (61,3 %), nahezu 2/3 der medizinischen Einrichtungen auffällig. Somit erfolgte bei knapp einem Viertel der Patienten mit medialen Schenkelhalsfrakturen (531 von 2.283 = 23,3 %) die Operation erst 48 Stunden nach dem Unfallereignis (Abbildung 1). Dieser Qualitätsindikator lag im Jahr 2005 um 1,1 % (543 von 2.448 = 22,2 %) niedriger. Bei den perthrochantären Oberschenkelfrakturen wurde in Bezug auf die präoperative Verweildauer im Jahr 2006 kein Referenzbereich definiert. Das Ergebnis fiel hier im Vergleich zu den medialen Schenkelhalsfrakturen deutlich günstiger aus. Nur rund 11 % der Frakturen (334 von 2.968 = 11,3 %) konnten erst nach 48 Stunden operiert werden.

Die Arbeitsgruppe Orthopädie / Unfallchirurgie der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer forderte zum



Qualitätsindikator „kurze präoperative Verweildauer“

Abbildung 1

Punkt präoperative Verweildauer 35 Krankenhäuser zu Stellungnahmen auf. Drei Krankenhäuser wurden von der Arbeitsgruppe nach den Stellungnahmen im Strukturierten Dialog als auffällig eingestuft, zwei Krankenhäuser zum Gespräch in die Sächsische Landesärztekammer eingeladen.

Als Ursachen für die verlängerte präoperative Verweildauer wurden die Multimorbidität sehr alter Patienten, bei denen vorab durch Internisten die Operationsfähigkeit und durch Anästhesisten die Narkosefähigkeit abgeklärt werden mussten, die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten und ärztliche Versorgungsstrukturen während der Bereitschaftsdienstzeiten, an Wochenenden und an Feiertagen in kleineren chirurgischen Einrichtungen angeführt.

Aus Personal- und Kostengründen wurde in der Dienstbesetzung oft ein unfallchirurgischer Facharzt gestrichen. Außerdem wurden Defizite in der sofortigen Vorbereitung der Patienten zur Operation nach dem Eintreffen ins Krankenhaus sichtbar.

Bei den medialen Schenkelhalsfrakturen wurden in der Wahl der Operationsverfahren: 1. Osteosynthese bei Patienten < 65 Jahre und Garden I und II (Referenzbereich ≥ 80 %) und 2. endoprothetische Versorgung bei Patienten > 80 Jahre und Garden III und IV (Referenzbereich ≥ 90 %) die Qualitätskriterien im Freistaat Sachsen erfüllt.

2006 wurden 88,8 % der medialen Schenkelhalsfrakturen bei Patienten < 65 Jahre und Garden I und II osteosynthetisch mit Spongiosazugschrauben bzw. durch dynamische Schenkelhalschrauben (DHS) versorgt, ein Plus von 8 % im Vergleich zum Jahr 2005.

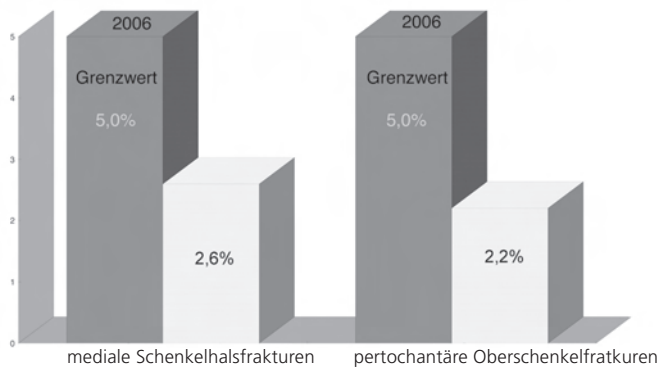
Mediale Schenkelhalsfrakturen bei Patienten > 80 Jahre und Garden III und IV wurden 2006 98,0 % endoprothetisch (TEP, monopolare Femurkopfprothesen, Duokopfprothesen) versorgt, ein Plus von 1,4 % im Vergleich zum Jahr 2005.

Bei der perioperativen Antibiotikaprophylaxe wurde bei den medialen Schenkelhalsfrakturen als Qualitätsindikator ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgegeben.

2.190 von 2.283 Patienten (= 95,9 %) erhielten eine perioperative Antibiotikaprophylaxe (im Vergleich zu 2005 95,8 %), wobei 89,7 % auf die osteosynthetische und 97,7 % auf die endoprothetische Versorgung entfielen.

Die Arbeitsgruppe forderte von insgesamt 11 auffälligen Krankenhäusern 4 Einrichtungen zur Stellungnahme auf und lud ein Krankenhaus zum Gespräch in die Ärztekammer ein.

Der Referenzbereich der perioperativen Antibiotikaprophylaxe lag bei den perthrochantären Oberschenkelfrakturen ebenfalls bei ≥ 95 %. Von 2.968 Patienten mit perthrochantären Oberschenkelfrakturen erhielten 2.720 Patienten (= 91,6 %) eine perioperative Antibiotikaprophylaxe, dies



Qualitätsindikator „ $\leq 5\%$ postoperative Wundinfektion“

Abbildung 2

bedeutet ein Minus von 3,4 % zum Referenzwert. Im Vergleich zum Jahr 2005 erhielten damals nur 90,6 % eine perioperative Antibiotikaphylaxe (ein Minus von 4,4 % zum Referenzwert). 23 Krankenhäuser des Freistaates Sachsen (= 37,1 %) erfüllten diesen Qualitätsindikator nicht.

Der Qualitätsindikator $\leq 5\%$ **postoperative Wundinfektion** bei hüftgelenknahen Femurfrakturen wurde landesweit erfüllt. Der Durchschnitt lag bei den medialen Schenkelhalsfrakturen bei 2,6 % und bei den peritochantären Oberschenkelhalsfrakturen bei 2,2 % (Abbildung 2).

Bei der postoperativen Wundinfektion waren 20 Krankenhäuser auffällig. 16 Krankenhäuser wurden von der Arbeitsgruppe zur Stellungnah-

me aufgefordert. Ein Krankenhaus wurde nach der Stellungnahme als auffällig eingestuft und zwei Krankenhäuser zum Gespräch in die Ärztekammer eingeladen. 13 Krankenhäuser konnten im Strukturierten Dialog nach Eingang der Stellungnahmen als unauffällig eingestuft werden.

Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur. Qualitätsziel: selten Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation. Der vorgegebene Referenzbereich $\leq 2\%$ wurde sowohl bei den medialen Schenkelhalsfrakturen mit 1,0 % (22 von 2.283 Patienten) als auch bei den peritochantären Oberschenkelhalsfrakturen mit 1,7 % (50 von 2.968

Patienten) erfüllt. 12 Krankenhäuser lagen bei den Schenkelhalsfrakturen und 20 Krankenhäuser bei den peritochantären Oberschenkelhalsfrakturen über dem vorgegebenen Referenzbereich. Von der Arbeitsgruppe wurden von 18 Krankenhäusern Stellungnahmen angefordert. Alle 18 Krankenhäuser konnten nach Eingang der Stellungnahmen als unauffällig eingestuft werden.

11 Krankenhäuser waren bei Reinterventionen wegen Komplikationen bei den hüftgelenknahen Femurfrakturen auffällig. 10 Krankenhäuser wurden von der Arbeitsgruppe zur Stellungnahme aufgefordert. 2 Krankenhäuser wurden nach erfolgter Stellungnahme zu einem klärenden Gespräch in die Landesärztekammer eingeladen.

Im Bereich der Qualitätsindikatoren Endoprothesenluxation, Gefäßläsion oder Nervenschaden, allgemeine postoperative Komplikationen und Letalität wiesen die Krankenhäuser keine relevanten Auffälligkeiten auf.

Für die Arbeitsgruppe
Orthopädie / Unfallchirurgie:
Prof. Dr. med. Karlheinz Sandner
Kontaktaufnahme bitte über die
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2007

Gefäßchirurgie: Operative Karotisrekonstruktion

Schröder, A.; Florek, H.-J.

Im Jahr 2007 haben im Land Sachsen 31 Krankenhäuser (2006: 27) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ (10/2) teilgenom-

men. Insgesamt wurden 1.375 Datensätze importiert und ausgewertet, 104 mehr als im Jahr 2006.

70,7 % der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 66,6 %.

Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist wie im Jahr 2006 niedrig, in der Tendenz eher fallend (präoperativ 47,9 % 2007, 49,3 % 2006; postoperativ 25,8 % 2007, 32,7 % 2006). Es bleibt nach wie vor ein erhebliches

Verbesserungspotential, da nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden sollten und im Bundesdurchschnitt die Anzahl fachneurologisch untersuchter Patienten deutlich höher ist (präoperativ 66,6 % 2007; postoperativ 45,8 % 2007).

In die präoperative apparative Diagnostik wurde 2007 in 97,7 % der Fälle die Duplexsonographie einbezogen. Unter den angiographischen Verfahren wurden die i. a. digitale Subtraktionsangiographie mit 24,4 %, die Magnetresonanztomographie mit

27,4 % und die CT-Angiographie mit 24,9 % der Fälle etwa gleich häufig durchgeführt. Wie oft Mehrfachangiographien in verschiedenen Techniken vorgenommen wurden oder ausschließlich die Duplexsonographie zur Beurteilung der hirnversorgenden Gefäße, geht aus der Analyse nicht hervor. Auffällig ist, dass im Bundesdurchschnitt die Magnetresonanztomographie sehr viel häufiger, in 48,3 % der Fälle, angewendet wird, während die Häufigkeit der i. a. digitalen Subtraktionsangiographie nur noch 14,9 % beträgt.

Deutliche Unterschiede zwischen der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen finden sich auch in der Art der Anästhesie und der angewendeten Operationstechnik. Während in Sachsen 42,3 % der Fälle in Loko-Regionalanästhesie operiert werden, sind es im Bundesdurchschnitt nur 19,8 %. Die Eversionsendarterektomie wird in Sachsen in 66,0 % der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 39,8 %.

Eine postoperative Kontrolle der Strombahn (fast ausschließlich als Duplexsonographie) wurde in Sachsen zwar seltener als im Bundesdurchschnitt vorgenommen (49,0 % gegenüber 65,3 %), die intraoperative Kontrolle (überwiegend als Angiographie) hingegen häufiger (66,4 % gegenüber 57,4 %).

Trotz der oben aufgeführten Unterschiede in den Basisdaten der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen waren in der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI) die Ergebnisse im Jahr 2007 im Land Sachsen innerhalb der Referenzbereiche für sämtliche Qualitätsindikatoren (siehe Tabelle) und differenzierten unwesentlich von den Ergebnissen der Bundesauswertung.

Abweichungen von den Referenzwerten sind wie im Vorjahr in einigen Kliniken durch Dokumentationsfehler bedingt. In anderen Kliniken sind wiederum die Grundgesamtheiten der Untergruppen, in denen Abweichungen von den Referenzwerten bestanden, so klein, dass statistische Aussagen problematisch

sind. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Epikrisen zu den beanstandeten Referenzwerten ließen auch im Jahr 2007 keine Auffälligkeiten in der Behandlung erkennen. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war wiederum sachlich.

Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um Qualitätsbesserung.

Viszeralchirurgie: Cholezystektomie

Jungnickel, H.

Vorwort

Im Jahr 2007 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation wie auch in den Vorjahren durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangsrevision, die unter der Hauptdiagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt wurden. Simultane Cholezystektomien im Rahmen eines anderen Eingriffes (es gibt entsprechende OPS-Nummern) sind nicht zu erfassen.

In der Viszeralchirurgie ist seit 2004 nur noch das Modul 12/1 (Cholezystektomie) verpflichtend zu erfassen. Diesbezüglich liegen den Krankenhäusern die Daten der Bundes- und Landesauswertungen zum Vergleich vor. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter erfasst werden können. Es wird zwar keine Auswertung auf

Tabelle: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)
Auswertung Sachsen 2007 und Bundesauswertung 2007

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen Gesamt	Ergebnis Bund Gesamt	Referenz-Bereich
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	92,5 %	92,1 %	≥ 80 %
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	95,7 %	96,6 %	≥ 90 %
QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	0,5 %	1,3 %	< 3 %
QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	1,1 %	2,4 %	< 5 %
QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad ≥ 70 % (NASCET)	2,5 %	2,8 %	< 6 %
QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 % (NASCET)	3,7 %	2,5 %	< 6 %
QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	0,81 2,2 %	0,98 2,7 %	≤ 2,90 ≤ 7,9 %
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod Beobachtete Rate unter allen Patienten Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	1,5 % 0,87 1,3 %	1,5 % 0,96 1,4 %	nicht definiert ≤ 3,4 ≤ 5,2 %

Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten Klinikintern zu bewerten.

Von der BQS wurden wiederum 8 Qualitätsindikatoren vorgegeben. Bei der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Kliniken (in anonymisierter Form) wurden diejenigen Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines Strukturierten Dialoges gebeten. Der Strukturierte Dialog ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

Basisauswertung

Im Jahre 2007 wurden insgesamt 8.596 Cholezystektomien (12/1) im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,2 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 26,1 %). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen nicht so deutlich fortgesetzt.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 83,6 % auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung, die Umsteigerrate ist dagegen mit 6,3 % nahezu unverändert geblieben (Tabelle 1).

51,3 % aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, damit wurden anteilmäßig wieder mehr jün-

gere Patienten cholezystektomiert (Tabelle 1).

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,2 % der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2007 war kein weiterer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates zu verzeichnen, mit 99,2 % ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen auch im vergangenen Jahr nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird im Weiteren dazu noch Stellung bezogen. Die Gesamtletalität (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) ist mit 0,6 % geringfügig niedriger als im Vorjahr (Tabelle 1).

Die Tabelle 1 zeigt die Daten von ausgewählten Parametern der letzten 10 Jahre im Verlauf.

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den weiteren Jahren nahezu unverändert beibehalten wurden, können diese Jahre gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation
Referenzbereich: ≤ 5 %

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch

ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,7 % der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 1,4 %). Sachsen lag damit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von ≤ 5,0 %. Bei einer Schwankungsbreite von 0 % – 9,7 % lagen lediglich drei Kliniken außerhalb des Referenzbereiches, diese erhielten im Rahmen des Strukturierten Dialoges einen Hinweis. Nach Durchsicht der Akten des Vorjahres konnte festgestellt werden, dass es sich immer um eine Fehldokumentation gehandelt hat. Die Indikation zur Operation wurde von uns in allen Fällen bestätigt, so dass dieses Jahr auf eine Stellungnahme der betroffenen Kliniken verzichtet wurde.

Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase

Ziel: bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege
Referenzbereich: ≥ 95 %

Noch im Vorjahr wurde von der BQS ein Referenzbereich von 100 % festgelegt. Dieser angestrebte Wert erschien der Arbeitsgruppe aufgrund von Notfällen unrealistisch. Anhand der Erfahrungen des Strukturierten Dialoges der vergangenen Jahre wurde der Referenzbereich von der BQS nunmehr auf ≥ 95 % korrigiert. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase bereits für ausreichend ange-

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	operativ behandelte Patienten			auswertbare Datensätze						
Gesamtzahl	9.706	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6
konventionell	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3
Alter > 60 Jahre	50,4	51,5	52,0	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2
histologische Untersuchung	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2
Letalität	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6

sehen wird (siehe Erfassungsbogen). Wir gehen davon aus, dass diese Untersuchung präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird und haben deshalb wie auch im Vorjahr auf einen Strukturierten Dialog verzichtet. Wir bitten um Beachtung der von der BQS vorgegebenen Ausfüllhinweise bei der Dokumentation. Es wurde im Jahr 2007 für Sachsen ein Wert von 97,9 % dokumentiert (Vorjahr 97,0 %). Bei einer Schwankungsbreite von 85,7 % bis 100 % lag nur eine Klinik außerhalb des Referenzbereiches.

Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Referenzbereich: ≥ 95 %

Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,2 % ist der Vorjahreswert von 99,3 % nahezu erreicht (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 95,2 % bis 100 % nur unerheblich. Die Dokumentationsqualität hat sich somit deutlich gebessert. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass **nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde**, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Da die Auswertung der vergangenen Jahre gezeigt hat, dass es sich eigentlich immer um Dokumentationsfehler gehandelt hat, wurde wahrscheinlich durch die BQS für dieses Jahr aus methodischen Gründen der Referenzbereich auf ≥ 95 % herabgesetzt. Somit musste auch keine Klinik in Sachsen im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben werden. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Referenzbereich: $\leq 6,4$ % (95 %-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Von der BQS wurde auch für das Jahr 2007 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 2,6 % deutlich unter diesem Wert (Tabelle 2).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 lag nur noch zwischen 0 % und 6,4 % (im Vorjahr noch 0 % bis 24,7 %). Keine Klinik in Sachsen lag somit außerhalb des Referenzbereiches.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht ca. 50 % der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Es hat sich gezeigt, dass auch hier häufig ein Dokumentationsfehler vorgelegen hat und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend. Unabhängig vom Operationsverfahren sind die eingriffsspezifischen Komplikationen weiter rückläufig (Tabelle 2).

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ nach Meinung der BQS betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 10 Patienten (0,1 %) diese Komplikation dokumentiert. Alle Fälle wurden im Strukturierten Dialog ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Im Vorjahr wurden noch 27 Patienten (0,3 %) mit einer DHC-Durchtrennung dokumentiert. Dieser Wert erscheint der Arbeitsgruppe anhand von Literaturdaten realistischer, aber ob hier Behandlungsfälle bewusst verschwiegen wurden, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht festgestellt werden.

Zu hinterfragen bleibt auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion

Ziel: selten postoperative Wundinfektionen

Referenzbereich für die Risikoklasse 0: ≤ 2 %

Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 2,0 % dokumentiert (Vorjahr 2,1 %).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 % bis 9,7 % erheblich. Ein Referenzbereich wurde hier von der BQS nicht festgelegt. In Auswertung des Strukturierten Dialogs kann Folgendes festgehalten werden: Die meisten Kliniken benutzen einen Bergebeutel nicht routinemäßig, sondern nur bei akuter Cholezystitis, iatrogenen Gallenblaseneröffnung oder Malignomverdacht. Auch eine perioperative Antibiotikaprophylaxe wird nicht generell in allen Kliniken durchgeführt und ist teilweise eine Entscheidung des Operateurs anhand des intraoperativen Befundes. Bei dieser Vorgehensweise muss mit einer geringeren Effektivität der perioperativen Antibiotikaprophylaxe gerechnet werden.

Von der BQS wurde in Anlehnung an die Vorjahre eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 mit ≤ 2 % festgelegt. Da trotz wiederholter Hinweise unsererseits bezüglich des Kontaminationsgrades auch im Jahr 2007 noch 39,4 % aller Eingriffe als aseptisch eingestuft wurden (Vorjahr 41,7 %), ist weiterhin von einer Datenfehlage hinsichtlich der Risikoklasse 0 auszugehen. Wir bitten um sorgfältige Ausfüllung der Erfassungsbögen.

Anhand der dokumentierten Daten wäre allerdings für das Jahr 2007 ein deutlicher Rückgang der postoperativen Wundinfektionen bei den laparoskopisch operierten Patienten

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Komplikationen gesamt	4,0	3,9	3,1	3,3	3,2	2,6	9,0	9,2	7,5
Blutung	1,3	1,5	1,3	1,1	1,3	1,2	2,2	2,6	2,4
periphere Gallengangsverletzung	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	1,2	0,8	0,9
Okklusion / Durchtrennung des DHC	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0	0,1
Residualstein im Gallengang	0,5			0,4			1,3		
sonstige	1,9	2,0	1,5	1,5	1,5	1,2	4,7	5,8	4,5

(Residualsteine im Gallengang wurden ab 2006 nicht mehr gesondert erfasst.)

Tabelle 3: Postoperative Wundinfektion der Risikoklasse 0 (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
postoperative Wundinfektion	0,7	0,8	0,4	2,4	4,7	6,6	0,6	0,6	0,2
oberflächliche Wundinfektion	0,7	0,5	0,3	2,0	3,7	4,8	0,6	0,3	0,1
tiefe Wundinfektion	0,0	0,2	0,1	0,0	0,9	1,8	0,0	0,2	0,0
Infektion von Räumen und Organen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

Tabelle 4: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	4,4	4,7	3,4	15,1	16,1	13,2	2,9	3,3	2,3
Pneumonie	0,9	1,0	0,7	3,9	3,9	3,8	0,4	0,6	0,3
kardiovaskuläre Komplikationen	1,6	1,5	1,2	6,3	7,8	6,2	0,9	0,8	0,7
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	0,1	0,0	0,1	0,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,5	0,4	0,5	0,0	0,1	0,1
Harnwegsinfekt	0,5	0,3	0,2	2,5	1,1	1,1	0,2	0,2	0,1
sonstige	2,7	2,7	2,0	9,4	8,1	7,3	1,8	2,1	1,4

sowie bei allen Patienten zu registrieren, während bei den primär offen operierten Patienten in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg an Wundinfektionen zu verzeichnen ist (negative Auslese?).

Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen
Referenzbereich: jeweils die 95 %-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein deutlicher

Rückgang der dokumentierten Komplikationen in allen Gruppen zu beobachten. Die von der BQS vorgegebenen Referenzbereiche werden in allen 3 Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: ≤ 7,9 %, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: ≤ 6,3 % und Gruppe 3 = offene Operationen: ≤ 28,6 %). Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In Auswertung des Strukturierten Dialoges des Vorjahres hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum

Beispiel Doppeltennung einer Nachblutung oder Wundinfektion sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Wie auch bei den eingriffsspezifischen Komplikationen wurden aber gerade in diesem Feld ca. 50 % aller Komplikationen dokumentiert. Auf eine erneute Stellungnahme der betroffenen Kliniken wurde deshalb dieses Jahr verzichtet.

Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate
Referenzbereich: siehe Text

Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen.

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von ≤ 1,5 % bezieht sich auf alle laparoskopisch operierten Patienten. Seit 2006 werden aber auch nur Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 erfasst und die akuten Entzündungen herausgerechnet. Somit wurde der Referenzbereich von ehemals 2 % deutlich strenger gestellt – ein Vergleich mit länger zurückliegenden Daten ist nur bedingt möglich, da bis 2005 alle Patienten einbezogen wurden. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate mit 1,1 % 2007 im Normbereich. Auch die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 % bis 5,0 % (Vorjahr noch 0 % bis 8,0 %) deutlich gesunken. Letztendlich blieb keine Klinik auffällig (Tabelle 5).

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität
Referenzbereich: Sentinel Event bei ASA 1 – 3

Die Gesamtletalität ist mit 0,6 % im Vergleich zu den Vorjahren leicht gesunken (Tabelle 1 und 6). Von der BQS wurde ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 bis 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführli-

chen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden. Vielmehr handelte es sich häufig um schicksalhafte Verläufe bei multimorbiden Patienten, welche allerdings nicht in die ASA-Klassifikation 1 bis 3 gehörten (Fehldokumentation!).

Im Jahr 2007 sind 55 Patienten nach einer Cholezystektomie im Krankenhaus verstorben (entspricht 0,6 %). Eine vollständige Analyse der Todesursachen ist aufgrund unserer Datenlage leider nicht möglich. 23 Patienten wurden bereits primär von den Kliniken in die ASA-Klassifikation 4 und 5 eingeordnet. Hier war kein Strukturierter Dialog vorgesehen. Die verbleibenden 32 Patienten wurden allerdings im Rahmen des Strukturierter Dialoges mit den Kliniken ausgewertet. Zunächst kann erst einmal festgestellt werden, dass die Indikation zur Operation bei allen Patienten gegeben war. Bei nochmaliger Durchsicht der Krankenblätter wurden weitere 20 Patienten in die ASA-Klassifikation 4 und 5 hochgestuft. Nur 12 der verstorbenen Patienten blieben letztendlich in der ASA-Klassifikation 1 bis 3. Bemerkenswert ist auch weiterhin, dass nur bei 4 Patienten eine operative Revision durchgeführt werden musste. Bei allen anderen Patienten handelt es sich um rein schicksalhafte Verläufe ohne operative Komplikation. Ein Behandlungsfehler ist aber auch bei den 4 revidierten Patienten nicht festzustellen. Nunmehr noch die genannten Todesursachen aufgelistet:

- kardiopulmonale Dekompensation: 8 Patienten
- Multiorganversagen: 7 Patienten
- Pneumonie: 4 Patienten
- akuter Myokardinfarkt 3 Patienten
- Lungenembolie: 3 Patienten
- nekrotisierende Pankreatitis: 2 Patienten
- Apoplex: 1 Patient
- Leberversagen: 1 Patient

Tabelle 5: Reinterventionen (in Prozent)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
alle Fälle	2,6	2,3	2,0	2,9	2,6	2,8	2,2
offen-chirurgische Operation	5,5	5,2	4,5	8,1	6,6	8,6	7,1
laparoskopische Operation	1,9	1,5	1,7	1,9	2,0	1,3	1,1

Tabelle 6: Letalität

	2003	2004	2005	2006	2007
alle Fälle	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6
offen-chirurgische Operation	3,0	4,8	4,3	5,3	4,3
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
ASA 1-3	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4
ASA 4/5	23,5	22,4	21,6	17,9	20,0

Bei weiteren 3 Patienten wurde die Cholezystektomie lediglich simultan im Rahmen eines Karzinomeingriffes durchgeführt. Bei diesen Patienten handelt es sich ebenfalls um eine Fehldokumentation.

Die Fachgruppe bedankt sich recht herzlich für die hohe Auskunftsbereitschaft der beteiligten Kliniken und die sachlich geführte Diskussion mit der Qualitätssicherungsgruppe.

Ausblick

Wie im letzten Jahr stellt die Fachgruppe Chirurgie fest, dass insgesamt eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen.

Von der BQS wurde deshalb auch für das Jahr 2009 eine Fortsetzung der stationären Qualitätssicherung im Modul 12/1 (Cholezystektomie) beschlossen. Es sollte geprüft werden, ob möglicherweise mit einer weniger aufwändigen Datenerhebung (z. B. Verwendung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser) diese Zielsetzung ebenfalls erreicht werden kann. Nach unserem aktuellen Kenntnisstand wird aber auch 2009 die Cholezystektomie weiter über die bekannten Erfassungsbögen dokumentiert werden müssen.

In Zukunft ist aber auch eine Verknüpfung von mehreren Krankenhausaufenthalten geplant (z. B. Wiederaufnahme des Patienten infolge einer Komplikation).

Die Gesetzgebung bietet bereits die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Diese wird an ein neues unabhängiges Institut vergeben werden (unter anderem hat sich die BQS um diesen Auftrag beworben). Eine endgültige Entscheidung wurde leider noch nicht getroffen, so dass auch alle Aktivitäten diesbezüglich ruhen.

Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang aber die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten. Des Weiteren werden auf Bundesebene neue Leistungsbereiche wie das kolorektale Karzinom diskutiert.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie
 Dr. med. Henry Jungnickel, Vorsitzender
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt –
 Städtisches Klinikum
 Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie
 Dr. med. Arne Dietrich
 Universitätsklinikum Leipzig, Chirurgische
 Klinik und Poliklinik II, Visceral-,
 Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie
 Dr. med. Hubert Ebbach
 DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf,
 Klinik für Chirurgie
 Dr. med. Hans-Joachim Florek
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt –
 Städtisches Klinikum,
 Klinik für Gefäßchirurgie
 Dr. med. Klaus-Peter Heinemann
 Medizinischer Dienst der
 Krankenversicherung Sachsen e. V.
 PD Dr. med. habil. Alfred Schröder
 Klinikum Chemnitz GmbH,
 Krankenhaus Küchwald
 Klinik für Gefäßchirurgie
 Kontaktaufnahme bitte über die
 Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
 bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Künstliche Ernährung (PEG-Sonde) am Lebensende

Erstmals hatte der Gesprächskreis Ethik in der Medizin am 29. Januar 2009 zu einer öffentlichen Veranstaltung in die Sächsische Landesärztekammer eingeladen. Denn nachdem die Themen Sterbebegleitung, Patientenverfügung und medizinische Indikation unter ethischen Aspekten ausführlich im Gesprächskreis diskutiert worden waren, schien es als folgerichtig, anhand eines Beispiels einzelne Fragestellungen explizit beleuchten zu lassen. Für das Thema der künstlichen Ernährung konnte ein hervorragender Referent gewonnen werden. Dessen dezidierte Darstellung des Themas führte zu einer interessanten Diskussion bei den rund 60 Gästen. An dieser Stelle druckt das „Ärzteblatt Sachsen“ deshalb eine Kurzfassung des Referates ab.

Künstliche Ernährung (PEG-Sonde) am Lebensende – Medizinische Implikationen und ethische Grenzen

*Prof. Dr. med. Christian Löser
(Kassel)*

Der Beitrag, den eine ernährungsmedizinische Betreuung im Rahmen der Palliativmedizin leisten kann, ist vielschichtig und komplex. Auf alle Fälle kann er keinem allgemein gültigen Schema folgen, sondern muss individuell und frei von den häufig vorhandenen Pauschaleinstellungen („man kann den Patienten doch nicht verhungern lassen“, „die Infusion ist das Letzte, was wir noch tun können“) sein. Das Ziel der Ernährungstherapie im Rahmen der Palliativmedizin ist vom Charakter her präventiv und nur an der Frage orientiert, ob der Patient von den zur Verfügung stehenden Maßnahmen in der Tat profitiert. Das primäre Ziel ist der Erhalt und sekundär die erneute Steigerung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität des Patienten in psychischer wie physischer Hinsicht. Nach unserem heutigen Kenntnisstand ist Ernährung Prävention von

Komplikationen und notwendigen Krankenhausaufenthalten und dient neben dem unmittelbaren Erhalt des Ernährungszustandes primär dem Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität. Unter dieser Überzeugung muss eine ernährungsmedizinische Betreuung so früh einsetzen, wie klinisch notwendig, da eine einmal eingetretene Reduktion des Ernährungszustandes und konsekutiv der Lebensqualität nur schwer rückgängig zu machen sind. Das grundsätzliche Problem, das es für die in die Betreuung des Palliativpatienten Involvierten zu lösen gilt, ist das, dass es in der Anfangsphase in der Regel deutlich zu wenig und in der Endphase der Erkrankung häufig zu viel Engagement in Bezug auf die Ernährung gibt.

Die praktische Ernährung von Schwerkranken folgt folgenden Grundsätzen: Abwechslungsreiche, wohlschmeckende Wunschkost, Berücksichtigung individueller Essgewohnheiten, häufige, kleine Mahlzeiten, viel trinken, individuell würzen, ansprechend servieren, ggf. appetitanregende Getränke, Essen in angenehmer Umgebung und gut gelüfteten Räumen, Vermeiden von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und adäquate Behandlung ggf. auftretender individueller Probleme. Wenn in der Frühphase einer infausten Erkrankung diese Maßnahmen zu keiner adäquaten Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr führen, stehen als weitere Maßnahmen die zusätzliche Gabe von Supplement- und Trinknahrung (Tetrapaks, Suppen, Joghurts etc.) zur Verfügung, die es mittlerweile in mehr als 30 verschiedenen Geschmacksrichtungen gibt und die individuell ausprobiert und eingesetzt werden sollten. Eine so durchgeführte frühzeitige ernährungsmedizinische Betreuung hilft den Verlust der Lebensqualität zu verringern, vermeidet Krankenhausaufenthalte und Komplikationen und ermöglicht eine Betreuung zu Hause.

Für die Terminalphase einer Erkrankung gelten andere Grundsätze. Hier sollte eine aggressive ernährungsmedizinische Intervention vermieden werden. Hier steht ausschließlich die

Frage im Vordergrund, ob subjektive Befindlichkeitsstörungen oder Symptome wie Hunger und Durst durch eine ernährungsmedizinische Intervention zu lindern oder behebbar sind. Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, an einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Ernährungstherapie mitzuwirken, weil sie anhaltend somnolent oder komatös sind, sollten keine Ernährungstherapie erhalten. Klinische Studien belegen, dass schwer kranke Patienten in der Terminalphase in mehr als 60 Prozent nicht unter Hungergefühl leiden, ca. 35 Prozent weder Hunger noch Durstgefühl haben und dass in fast 100 Prozent der Fälle die Patienten symptomfrei sind, wenn sie nur geringe Mengen Nahrung und Flüssigkeit erhalten und Allgemeinmaßnahmen wie Mundpflege und gegebenenfalls Applikation von Eiswürfeln durchgeführt werden. Ernährungsmedizinische Erwägungen sind hier primär von vorhandenen Beschwerden und Symptomen sowie der individuell auszuprobierenden Linderung durch Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr abhängig.

Ein extrazelluläres Volumendefizit kann auf der einen Seite zu Mundtrockenheit, Durst, Reizbarkeit, Müdigkeit, Somnolenz, Orthostase oder unangenehmen Mundgeschmack führen. Viele dieser Symptome können allein durch gezielte Lokalmaßnahmen (zum Beispiel Mundpflege) adäquat gelindert werden. Auf der anderen Seite können diese Symptome in der Terminalphase durch einen Rehydratationsversuch mit zum Beispiel 1000 bis 1500 ml Flüssigkeit über 24 Stunden behandelt werden, wobei im Fall einer Symptomlinderung die Flüssigkeitssubstitution fortgeführt werden muss. Mundtrockenheit und Durst sind nicht unbedingt korreliert mit dem Hydrationszustand des Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass Flüssigkeitsgabe das Symptom Durst oft nicht adäquat bessern kann.

Ganz wichtig ist, dass Symptome und Beschwerden, die im Rahmen einer Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr auftreten können (zum Beispiel



Prof. Dr. med. Christian Löser

Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, abdominelle Schmerzen) individuell adäquat mit der Vielzahl der heute therapeutisch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten behandelt werden.

Die ernährungsmedizinische Betreuung schwer kranker Patienten mit infauster Prognose wirft zudem eine Vielzahl von grundsätzlichen ethischen Fragen auf. Künstliche Ernährung ist keine symbolische Behandlung bei infauster Prognose der Grunderkrankung. Dieser Einschätzung folgend, währe eine künstliche Ernährung eher der Therapie zuzuordnen und der medikamentösen Behandlung vergleichbar. Wird die Ernährung andererseits zu den Grundbedürfnissen eines Menschen gerechnet, so wäre eine künstliche Ernährung auch Teil der Grundpflege, welche die Sauerstoffgabe, die Analgesie und die Flüssigkeitszufuhr umfasst. Nach dieser Einschätzung müsste die künstliche Ernährung auch bei infauster Prognose bis zum Lebensende durchgeführt werden. Die Zuordnung der künstlichen

Ernährung zur Therapie oder Grundpflege ist eine grundsätzliche Entscheidung.

Der Einsatz von interventionell gelegten Ernährungssonden (zum Beispiel PEG-/PEJ-Sonden) im Rahmen einer palliativmedizinischen Ernährung wirft eine Vielzahl von ethischen Fragen auf, die nur individuell und nicht allgemeingültig zu entscheiden sind. Die Ernährung über eine PEG-/PEJ-Sonde ist keine terminale Maßnahme bei Patienten mit infauster Prognose. Das Legen einer PEG-Sonde bedarf immer einer klaren medizinischen Indikation; eine PEG darf niemals aus Gründen der Zeit-, Personal- und Kostenersparnis gelegt werden. In der Terminalphase einer Erkrankung kann eine PEG-Sondenanlage ethisch dann geboten sein, wenn Leiden und Symptome wie Durst, Flüssigkeitsmangel, Hunger, die notwendige Applikation von Medikamenten oder „die Angst zu verhungern“ bei gleichzeitiger Unfähigkeit einer adäquaten oralen Versorgung vorliegen und vorher ein limitierter Behandlungsversuch über eine nasogastrale Sonde zu einer adäquaten Symptomlinderung geführt haben. Hier kann im „Grenzfall“ auch die Hinzuziehung einer Ethik-Kommission sinnvoll sein. So kritisch die Indikation für eine künstliche Ernährung über eine PEG-/PEJ-Sonde in der Terminalphase einer Erkrankung zu stellen ist, so offensiv sollte die Möglichkeit einer zusätzlichen Ernährung über ein enterales Sondensystem bei nicht mehr adäquat möglicher oraler Nahrungsaufnahme in der Frühphase einer progredienten schweren Erkrankung individuell erwogen werden. Prospektive klinische Studien belegen

sehr eindrucksvoll, dass auch bei Patienten mit progredienter infauster Grunderkrankung die Lebensqualität der Patienten signifikant durch eine zusätzliche Ernährung über eine PEG-Sonde verbessert werden kann. Diese signifikante Verbesserung der Lebensqualität gilt sowohl für Patienten mit benigner wie auch für Patienten mit maligner Grunderkrankung, für kooperative sowie nichtkooperativ, komatöse wie auch für Patienten mit Tumorkachexie. Darüber hinaus belegen prospektive klinische Studien auch, dass die subjektive Akzeptanz der PEG-Sonde bei dem betroffenen Patienten exzellent ist. Gerade in der Frühphase einer progredienten schweren Erkrankung kann nach unserem heutigen Wissensstand eine gezielte ernährungsmedizinische Betreuung auch unter Einsatz von additiver künstlicher Ernährung über eine PEG-Sonde nicht nur den Ernährungszustand des Patienten erhalten und ggf. verbessern, sondern darüber hinaus auch eindeutig die Befindlichkeit und Lebensqualität des Patienten signifikant verbessern. Hier gilt der Grundsatz, möglichst frühzeitig und objektiv mit den Betroffenen über die zur Verfügung stehenden ernährungsmedizinischen Möglichkeiten zu sprechen. Unter diesen Kautelen kann die Ernährungsmedizin einen wesentlichen Beitrag für die Befindlichkeit und die individuelle Lebensqualität der betroffenen Patienten leisten.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Christian Löser
Medizinische Klinik,
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 5. April 2009
11.00 Uhr – Junge Matinee
Sommer.Zeit
Schülerinnen und Schüler des

Heinrich-Schütz-Konservatoriums e.V.
Dresden

Ausstellung Foyer und 4. Etage

Christina Pohl – Lustgarten
bis 15. März 2009

Annelis P. Schenke
Augen-Blicke – Malerei und Grafik
18. März bis 24. Mai 2009

Vernissage: Donnerstag, 19. März 2009,
19.30 Uhr
Einführung: Karin Weber,
Kunstwissenschaftlerin und Kuratorin,
Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung, 2. Etage

Beate Bilkenroth
Malerei – „WBS 70“
bis 30. April 2009

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 Stollberg

Facharzt für Chirurgie
(häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 09/C015
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2009

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C016

Freiberg

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 09/C017

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/TG Kinderlungen- u. Bronchialsheilkunde
Reg.-Nr. 09/C018
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C019

Facharzt für Radiologie
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 09/C020
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2009

Chemnitzer Land

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 09/C021

Reg.-Nr. 09/C022

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)

Reg.-Nr. 09/C023

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/C024

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 09/C025

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.04.2009 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 Urologie

Reg.-Nr. 09/D015

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2009

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D016

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2009

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D017

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D018

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.04.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 09/L015

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 09/L016

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 09/L017

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/L018

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 17.04.2009 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 Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresden-Striesen

Praxisabgabe geplant: Juli 2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisabgabe geplant: 01.04.2010

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

ehem. Landkreis Kamenz

Praxisabgabe ab sofort bis 31.01.2010

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie

geplante Praxisabgabe: 01.10.2009

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

Diabetisches Fußsyndrom

Medizinisches Konzept zur integrierten ambulanten/stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms in der Region Leipzig durch das Netzwerk diabetischer Fuß Leipzig

M. Verlohren, C. Woitek, R. Mütze

Zusammenfassung

Die Behandlung von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom ist das Paradebeispiel einer Ebenen und Fachgebiete übergreifenden Diagnostik und Therapie. Auf Grund des Facettenreichtums dieses Krankheitsbildes, des notwendigen hohen personellen und materiellen Aufwandes und der oft langwierigen Auseinandersetzungen mit Krankenkassen fordert diese Behandlung ein hohes Engagement aller am Behandlungsprozess Beteiligten. Grundvoraussetzung für einen günstigen Heilungsverlauf ist zusätzlich zur fachlichen Qualifikation der in die Therapie und Diagnostik involvierten Ärzte und nichtärztlichen Fachgruppen die intensive Zusammenarbeit und Kommunikation. Ein großes Hemmnis stellt die für diesen hohen Aufwand unzureichende Vergütungssituation dar. Seit mehreren Jahren haben sich daher in Leipzig und Umgebung engagierte ärztliche Kollegen und Vertreter der notwendigen und wichtigen nichtärztlichen Berufsgruppen im Netzwerk Diabetischer Fuß Leipzig vereint. Ziel ist zum einen die Bündelung und Koordinierung der fachlichen Kompetenz und die Beschreibung und Praktizierung geeigneter Behandlungswege, andererseits aber auch die Verbesserung der ungünstigen finanziellen Voraussetzungen. Hierfür werden Verhandlungen mit Krankenkassen geführt. Entsprechende Verträge von Ärztenetzen existieren bereits in anderen Bundesländern, können aber auf Grund der jeweiligen regional gewachsenen und erprobten Strukturen nie einfach kopiert werden. Ziel eines Vertrages muss immer die Einbeziehung der bereits existierenden Strukturen sein.

Im Folgenden soll das medizinische Konzept des Netzwerkes Diabetischer Fuß Leipzig, welches auch als Grundlage für derartige Verträge dient, detailliert dargestellt werden.

Begriffsklärung und Behandlungsebenen

Begriffe:

DFS – diabetisches Fußsyndrom

Qmax – im Netz zur Dokumentation und zum Datenaustausch genutztes Programm der Fa. GMC Systems, Ilmenau

Koordinierungsarzt – spezialisierte Praxis, Erläuterung siehe unter Behandlungsebenen

Koordinierungsrat – oberstes Gremium des Netzwerkes Diabetischer Fuß Leipzig, trifft bestimmte Entscheidungen für das Netzwerk Diabetischer Fuß Leipzig, zum Beispiel Entscheidung der Anerkennung als Koordinierungsarzt, Abstimmung der Hospitationen, zentrale Erfassung der gemeldeten Behandlungsfälle

Die zur Erstellung einbezogenen Leitlinien (im Folgenden nur allgemein „Leitlinien“ genannt) sind: Leitlinie Diabetisches Fußsyndrom der Fachkommission Sachsen (2002), Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen, Langfassung, Version 2.2, März 2007

Folgende Behandlungsebenen werden unterschieden:

- Hausarzt,
- diabetologische Schwerpunktpraxis,
- für die Behandlung von Patienten mit DFS gesondert spezialisierte Praxen mit nachgewiesener Ausbildung zum Koordinierungsarzt (Netzwerk Köln) oder anderer gleichwertiger Ausbildung, im Folgenden Koordinierungsarzt genannt. Die Anerkennung als Koordinierungsarzt wird durch den Koordinierungsrat getroffen. Als Koordinierungsärzte können sowohl Schwerpunktdiabetologen als auch Fußchirurgen tätig werden,
- stationäre Behandlungsebene,
- parallel zu allen Behandlungsebenen können weitere Fachrichtungen und Dienstleister hinzugezogen werden (zum Beispiel

Angiologen, Gefäßchirurgen, Neurologen, Rezeptierung podologischer Behandlung – siehe Schema).

Zielsetzung

Ziel des Netzwerkes diabetischer Fuß Leipzig ist die flächendeckende Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) in der Region Leipzig. Es soll das Auftreten schwerer Stadien, die Rate von Majoramputationen und die Anzahl der insgesamt in der Region notwendigen stationären Behandlungstage für die Therapie von Patienten mit DFS gesenkt werden. Als Vergleich hierzu dienen die Zahlen anderer vergleichbarer Netzwerke. Zur Zielerreichung sind die Einbeziehung möglichst aller diabetologischen Schwerpunktpraxen und die Einbeziehung weiterer spezialisierter Einrichtungen notwendig.

Weitere Hauptziele und gleichzeitig Grundvoraussetzungen sind die Durchsetzung einer leitliniengerechten Behandlung (vorliegendes Konzept, Leitlinie diabetischer Fuß der Fachkommission Diabetes Sachsen, Leitlinie Diabetisches Fußsyndrom der DDG) und die Festlegung definierter Behandlungspfade in der Region.

Die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ist auch bei Vorliegen der genannten Leitlinien in hohem Maße „Erfahrungsmedizin“. Daher ist es ein Hauptanliegen des Netzwerkes diabetischer Fuß Leipzig, den Erfahrungsaustausch zwischen den Partnern durch festgelegte Hospitationen und durch vorgeschriebene regelmäßige Fortbildungen sicherzustellen.

Das Netzwerk diabetischer Fuß und die beteiligte Krankenkasse arbeiten gemeinsam an der Sensibilisierung von Patienten und Ärzten für die Prävention und die Metaphylaxe des DFS. Alle eingeschriebenen Patienten sollen daher auch für die Einschreibung in das DMP motiviert werden. Weitere Teilziele sind:

- Optimierung der Hilfsmittelversorgung,
- Verbesserung der Behandlungsqualität für den Patienten (reduzierte Wartezeiten, Terminabstimmung im Netzwerk),

Im Folgenden werden die Ziele und Teilziele nochmals in tabellarischer Form mit den zur Erreichung vorgesehenen Maßnahmen und Kennziffern aufgeführt.

Behandlungsablauf / Behandlungsinhalte

(siehe Grafik)

Hausärzte:

Die Hausärzte werden nicht finanziell eingebunden, erhalten aber durch die klare Netzstruktur die Möglichkeit, rasch Ansprechpartner und Behandlungspartner zu finden. Die Überweisung von Patienten durch Hausärzte ist in jedem Wagnerstadium möglich. Bei Wagnerstadium 1 (PEDIS 1) sollte die Überweisung an die diabetologische Schwerpunktpraxis erfolgen, bei höheren Wagnerstadien direkt an einen „Koordinierungsarzt“. Ab Infektionsstadium PEDIS 3 (tiefe Infektion oder systemische Infektion) ist eine stationäre Einweisung in eine der beteiligten Kliniken vordringlich.

Bei Wagnerstadium 1 Armstrong A (PEDIS Infektionsstadium 1) ist eine Therapie durch den Hausarzt möglich. Die Überweisung sollte aber bei Verschlechterung des Befundes umgehend oder bei ausbleibender Besserung rasch (spätestens nach vier Wochen) erfolgen. Eine Kooperation mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis ist in diesem Stadium wegen der Bahnung gegebenenfalls weiterer Therapieschritte, aber auch wegen der notwendigen guten Stoffwechselführung anzustreben.

Auch im Wagnerstadium 0 kann jederzeit eine Überweisung bei Unklarheiten oder Problemen bei den präventiven Maßnahmen (Schuh- und Einlagenversorgung), zur speziellen Schulung zu Fußproblemen oder zur allgemeinen diabetologischen Mitbetreuung in eine diabetologische Schwerpunktpraxis erfolgen (siehe Leitlinien Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 der Fachkommission Sachsen).

Diabetologische Schwerpunktpraxen ohne Koordinationsarzt:

Die diabetologische Schwerpunktpraxis kann Patienten in den i.V.-Vertrag einschreiben.

Die Therapie von Patienten mit DFS erfolgt hier bis zum Wagnerstadium 1 Armstrong D. Eine Weiterüberweisung zum Koordinationsarzt erfolgt bei Verschlechterung des Befundes unter laufender Therapie umgehend oder bei ausbleibender Besserung rasch spätestens nach vier Wochen). Prinzipiell ist eine Weiterüberweisung zum Koordinationsarzt in jedem Wagnerstadium möglich.

Bei Infektionsstadium PEDIS 3 erfolgt die stationäre Einweisung.

Die diabetische Schwerpunktpraxis kann Überweisungen zu sämtlichen Partnern im Netzwerk vornehmen (Angiologe, Gefäßchirurg, Rezeptierung podologischer Behandlung ...) Die diabetologische Schwerpunktpraxis übernimmt während des gesamten Heilungs- und Behandlungsverlaufes die diabetologische Therapie des Patienten und damit die

Ziele	Maßnahme	Kennziffer
Prävention DFS /Vermeidung schwerer Stadien und Verringerung von Majoramputationen/	Fallmanagement im Netzwerk, Erfahrungsaustausch, Sensibilisierung von Patienten	leitliniengestützte Behandlung, festgelegte Behandlungspfade, Datenerfassung in Qmax und Vergleich mit anderen Netzen (Unterstützung durch Krankenkasse KKH)
Reduktion der stationären Behandlungsdauer	gezielte Vordiagnostik, zeitnahe schwellenlose Zusammenarbeit, ebenenübergreifende Therapie	Behandlungstage, erfasst in Qmax, Vergleich mit anderen Netzwerken (Unterstützung von KKH) Netziinterne Dokumentation, festgelegte Hospitationen (s.u.)
Erfahrungszuwachs aller Behandler	Qualitätszirkel, passive und aktive Hospitationen	
Teilziele		
Förderung Prävention bzw. frühzeitiger Behandlungsbeginn bei Rezidiven	Einschreibung DMP Diabetes	Einschreibequote
	Mind.2x jährlich Qualitätszirkelteilnahme der teilnehmenden Ärzte	Teilnahmezahlen
	Schulung Patient	Prüfung bei Konsultationen
	Regelmäßiger Arzt/Patienten-Kontakte	Abrechnungsziffern, bei Rezidiven niedrigere Wagnerstadien, als bei erstmanifestierten Patienten
Erhalt der Mobilität/Gesundheit des Patienten	Nachuntersuchungen/Einsatz Heil- oder Hilfsmittel	Verringerung der Rezidivquote
Verkürzung der Heilungszeit/ Reduzierung der Wundbehandlungszeit	Ärztliche Behandlung/ Einsatz Heil- oder Hilfsmittel	Dokumentation
Vermeidung stationäre Aufenthalte	Keine Majoramputation ohne Abklärung der Gefäßsituation	Dokumentation der Behandlungsabläufe
Optimierung der Hilfsmittelversorgung	Kontrolle durch Arzt Gewährleistung durch Erbringer	Beanstandungen
Verbesserung der Behandlungsqualität für den Patienten	Keine Wartezeiten Terminabstimmung im Netzwerk	Patientenfragebogen, Diskussion bei Qualitätszirkeln

Stoffwechsoptimierung als Grundvoraussetzung für den raschen Heilungsverlauf (siehe Leitlinien Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 der Fachkommission Sachsen). Sie übernimmt ebenfalls die Schulung der Patienten.

Die Dokumentation der spezifischen Therapie des DFS erfolgt im Programm Qmax.

Koordinierungsärzte

Der Koordinierungsarzt kann Patienten in den i.V.-Vertrag einschreiben. Die alleinige Therapie von Patienten mit DFS erfolgt hier bis zum Wagnerstadium 2. Bei ausbleibender Befundbesserung und Befundverschlechterung wird geraten, eine Zweitmeinung einzuholen. Höhergradige Stadien werden ausschließlich in enger Abstimmung und Kooperation mit einer stationären Einrichtung behandelt. Bei Infektionsstadium PEDIS 3 erfolgt die stationäre Einweisung. Auch niedrigere Stadien können bei gegebener medizinischer Indikation und ausbleibender Heilung stationär eingewiesen werden.

Der Koordinierungsarzt kann Überweisungen zu sämtlichen Partnern im Netzwerk vornehmen (Angiologe, Gefäßchirurg, Rezeptierung podologischer Behandlung ...). Die Rücküberweisung an die diabetologische Schwerpunktpraxis ohne Koordinationsarzt erfolgt nach Abheilung der Wunde und erfolgter Einlagen- oder Schuhversorgung oder entsprechender orthopädiemechanischer Versorgung. Chirurgische Koordinierungsärzte beziehen, falls noch nicht erfolgt, eine diabetologische Schwerpunktpraxis zur diabetologischen Mitbehandlung ein. Die Dokumentation erfolgt im Programm Qmax.

Stationäre Einrichtungen

Die Einweisung erfolgt durch die oben genannten Partner im Netzwerk.

Die Therapie ist stationär prinzipiell bei gegebener medizinischer Indikation in jedem Wagner-, Armstrong- oder PEDIS-Stadium möglich. Vor jeder Amputation ist zwingend eine Abklärung der Gefäßsituation notwendig. Die gilt prinzipiell für alle planbaren Eingriffe an der unteren

Extremität. Stationäre Partner im Netzwerk haben eine enge Zusammenarbeit internistischer diabetologischer und chirurgisch tätiger Kollegen sicherzustellen.

Die Weiterleitung der Patienten nach Entlassung soll an einen Koordinierungsarzt im Netzwerk erfolgen. Dies gilt insbesondere für Patienten mit noch nicht abgeheilten Läsionen. Bei diesen Patienten ist bereits vor der Entlassung die notwendige nachstationäre Entlastung der Läsion sicherzustellen. Zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung wird eine Abstimmung vor Entlassung angestrebt. Die stationäre Einrichtung sorgt für die Übermittlung der notwendigen Befunde (letztes Antibiotogramm, Laborbefunde, Röntgenbefund, Behandlungsverlauf, eingeleitete Schuhversorgung und Hilfsmittelversorgung mit Ansprechpartner, Epikrise, verwendete Verbandstoffe).

Die Dokumentation im Programm Qmax wird angestrebt.

Hospitationen des mittleren medizinischen Personals in anderen Kliniken oder in Einrichtungen mit Koordinierungsarzt werden angestrebt.

Weitere Partner im Netzwerk (siehe Grafik)

Die weiteren Partner im Netzwerk werden auf Überweisung tätig. Sie unterstützen zusätzlich zur jeweiligen spezifischen Tätigkeit die Sensibilisierung der Patienten für die Prävention und Früherkennung von Läsionen. Es werden für von Netzwerk-

mitgliedern überwiesene Patienten zeitnah Termine zur Verfügung gestellt. Die entsprechenden therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen erfolgen fachgerecht und entsprechend der Leitlinien.

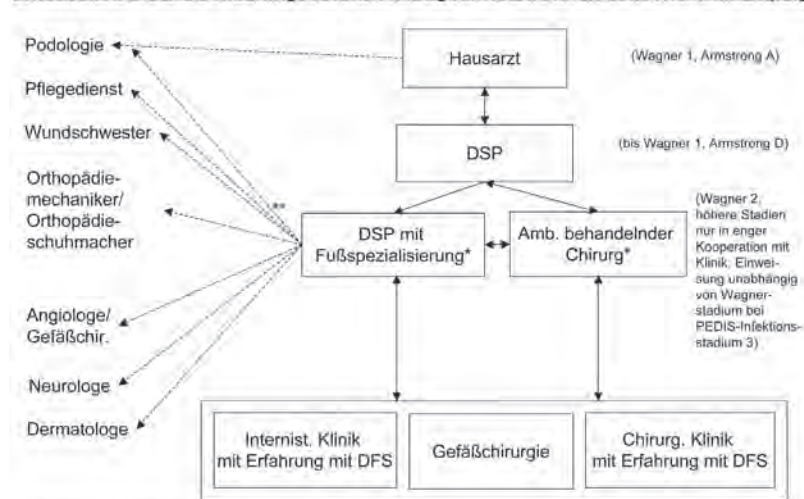
- Zur Überprüfung der Ausführungsqualität nichtärztlicher Aufgaben, zum Erfahrungsaustausch und zur Fortbildung erfolgen Hospitationen in der ärztlichen Behandlungseinrichtung.
- Die Anleitung und Kontrolle von Verbänden durch nicht firmeneigene Wundmanager (auch mittels digitaler Fotodokumentation) ist im Netzwerk möglich. Deren Arbeit ist durch die ärztlichen Kollegen zu kontrollieren.

Generelle Bemerkungen zum Behandlungsverlauf

Es erfolgt eine leitlinienkonforme Therapie auf der niedrigstmöglichen Kostenebene. Bei jeder Überweisung ist die Übermittlung der notwendigen Untersuchungsbefunde und Informationen sicherzustellen. Diese Kooperation vermeidet Doppeluntersuchungen. Durch die gemeinsame Analyse der Behandlungsabläufe und die Möglichkeit der schwellenlosen Überweisung und Rücküberweisung bei gleichem Qualitätsstandard wird die Wundbehandlungszeit reduziert und die Verwendung von Hilfsmitteln optimiert.

Ein Überweiser organisiert eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Podologen, Pflegediensten, Wundthera-

Flusschema der Behandlungsverantwortung im Netzwerk diabetischer Fuß Leipzig



* Zentrale ärztliche Partner gleichberechtigt

** gestrichelt dargestellte Überweisungen sind jedem der zentralen ärztlichen Partner möglich

peuten, Orthopädienschuhamachern und Orthopädiemechanikern und hat stets die Erfüllung der Verordnungen zeitnah zu kontrollieren.

Auch nach Abschluss der Wundheilung bleibt der Patient ein Hochrisikopatient und es wird daher ein Verbleiben des Patienten im Netzwerk angestrebt, vordergründig eine kontinuierliche Weiterbetreuung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis. Ausschlusskriterium für die oben genannte Behandlungssteuerung ist der entsprechende Wunsch des Patienten und die in Abstimmung zwischen Patient (Angehörigen) und Arzt getroffene entsprechende Entscheidung bei sehr schlechter Gesamtprognose oder Unfähigkeit des Patienten zur Teilnahme am i.V.-Vertrag.

Beteiligte Krankenkasse

Die Krankenkasse vereinfacht oder verkürzt die Entscheidung über die Übernahme von Kosten für Hilfsmittel bei Verordnung durch Netzärzte, da nur so eine zeitnahe Versorgung und schnellstmögliche Wundheilung möglich ist.

Diagnostik:

- Die Voraussetzungen für in der Praxis durchzuführende Diagnostik entsprechen den Anforderungen der Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis.
- Es ist die neurologische und angiologische Basisdiagnostik durchzuführen (siehe Leitlinien).
- Durch die Einbeziehung von Partnern aus anderen Fachrichtungen erhalten Netzmitglieder abgestimmte rasche Patientenvorstellungstermine. Dies beschleunigt die Diagnostik.
- Die Abstimmung der Diagnostik unter den Netzmitgliedern und mit stationären Behandlern führt zur Verkürzung der Liegezeit und einheitlicher Vordiagnostik.
- Die Insulinierung als Voraussetzung der Wundheilung wird von den chirurgischen Behandlern überprüft und gegebenenfalls eingefordert.

Dokumentation und Qualitätssicherung:

- Die Dokumentation erfolgt nach fachlichen Kriterien einheitlich

bei den ambulanten Behandlern im Dokumentationssystem Qmax (Fußbogen nach DDG). Es ist angestrebt, auch die stationäre Diagnostik und Therapie in Qmax zu dokumentieren. Sämtliche in den i.V.-Vertrag eingeschriebenen Patienten werden dem Netzwerk gemeldet.

- Im stationären Bereich ist der Fußbogen der DDG Grundlage der Dokumentation.
- Die allgemeine diabetologische Dokumentation erfolgt für jeden Patienten im Diabetespass der DDG.
- Die Erfassung der Patientenzufriedenheit erfolgt nicht generell, jedoch in Stichprobengruppen.
- Durch die Teilnahme am Netzwerk Diabetischer Fuß Leipzig erklärt jeder Arzt die Bereitschaft zur Hospitation in der eigenen Praxis oder Klinik. Dies ist das zentrale Element der Kontrolle des Netzwerkes. Es erfolgt geplant und zentral im Netzwerk koordiniert jeweils 1 x pro Jahr eine sog. passive Hospitation und eine sogenannte aktive Hospitation. Hospitation bedeutet, dass eine Überprüfung der Korrektheit der Dokumentation und der Übereinstimmung des therapeutischen Vorgehens mit den Vorgaben des Netzwerkes bei einem Kollegen stattfindet und bis zu zehn Fälle, welche sehr kurzfristig mitgeteilt werden, diskutiert werden (Termin langfristig bekannt, Fälle kurzfristig bekannt gegeben). Für den kontrollierenden Kollegen bedeutet dies „aktiv“, für den kontrollierten Kollegen „passiv“.
- Jährlich sind zwei Teilnahmen am Fußnetzqualitätszirkel lokal Pflicht.
- Jährlich ist ein Besuch einer überregionalen zertifizierten Fortbildung (DDG, andere Fußnetze/fachübergreifend) Pflicht.

Orthopädienschuhamacher und -techniker:

- Die Einbindung erfolgt durch Überweisung durch die Netzärzte. Es erfolgt eine Abstimmung der Verordnungen mit dem zuweisenden Arzt entsprechend der

Risikogruppe, in die der Patient eingeordnet werden kann und entsprechend den Richtlinien des Heilmittelkataloges. Dies dient zusätzlich zur Gewährleistung der Behandlungsqualität auch der Entlastung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Der Orthopädienschuhamacher/-techniker kommt zur Abstimmung der Therapie kurzfristig in die Behandlungseinrichtung. Er überprüft die korrekte Ausführung der Verordnungen nochmals nach Auslieferung.

- Hausärztliche Verordnungen werden im Netz abgestimmt und als abgestufte Versorgung ermöglicht (ökonomischer Ressourceneinsatz).
- Recallsystem der nichtärztlichen Leistungserbringer zur Kontrolle der Versorgung, der Patientencompliance und der Erhaltung der Mobilität der Betroffenen.

Qualitative Charakterisierung der zu erwartenden finanziellen Einsparungen:

- Verkürzung von Behandlungszeiten ambulant und stationär durch klare Strukturierung der Behandlungsabläufe, durch ständigen Erfahrungszuwachs der Beteiligten durch Hospitationen und Falldiskussionen und durch zeitnahe schwellenlose Zusammenarbeit zwischen den Behandlungsebenen.
- Zeitigerer Therapiebeginn und Therapiebeginn in niedrigeren Wagnerstadien durch Sensibilisierung sowohl der Bevölkerung, der Patienten als auch der Hausärzte.
- Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung durch Konzentration auf wenige Leistungserbringer speziell bei nichtärztlichen Leistungserbringern und Verpflichtung aller Beteiligten zur Hospitation und Dokumentation, was im Rahmen des Netzwerkes überprüft wird.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Michael Verlohren
Lindenauer Markt 20, 04177 Leipzig
Netzwerk Diabetischer Fuß Leipzig
www.fussnetz-leipzig.de

Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise zum 80. Geburtstag



Am 1. März 2009 feierte Prof. Dr. Klaus Weise seinen 80. Geburtstag. Ein Anlass, einen Kollegen zu ehren, der für die sächsische Psychiatrie und weit darüber hinaus Wirkungen erreicht hat, die sich bis heute in fachliterarischen Werken, in der Gestaltung von Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke und in der Bildung und Formung einer ganzen Generation von psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten nachweisen lassen.

Klaus Weise wurde am 1. 3. 1929 in Freiburg im Breisgau geboren, wenngleich er eigentlich aus dem Leipziger Bildungsbürgertum stammt. Sein Großvater – Hugo Gaudig – war ein bekannter Gymnasiallehrer und Lehrerausbilder, der durch seine liberalen Erziehungsideen weit über die Region hinaus bekannt war. Erwähnt wird dieses biografische Detail, weil dieser Pädagoge und seine reformerischen Intentionen einer „Schule der Selbständigkeit“, die von der „Selbsttätigkeit“ zur „Selbständigkeit“ führen müsse, ihren Widerhall in Betreuungskonzepten, die zwei Generationen später sein Enkel favorisierte, gefunden hatten. Für Klaus Weise verstand sich Sozialpsychiatrie immer auch als eine von der Psychotherapie durchdrungene Psychiatrie, die ihre Wurzeln in der humanistischen Psychologie und in einer handlungsorientierten, kompetenzverbessernden aktivere Therapiegestaltung fördern den Haltung fand.

Professor Weise studierte Medizin in Leipzig, war von 1953 bis 1956 Pflichtassistent und wissenschaftlicher Assistent an der Leipziger Universitätsnervenklinik. Nach einem Zwischenspiel im damaligen Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Rodewisch und der Facharztanerkennung 1958 war er dann fortlaufend an der Psychiatrischen Klinik in Leipzig tätig. 1969 habilitierte er zum Thema „Grenzen und Möglichkeiten der Psychopathologie“. 1971 wurde er zum Dozenten berufen und begleitete die Funktion eines 1. Oberarztes der Klinik. Von 1973 bis 1995 leitete Professor Weise die Klinik für Psychiatrie der Leipziger Medizinischen Fakultät. Er hat in dieser Zeit auf unterschiedlichen Berufsfeldern seines Faches Wichtiges erreicht.

Klaus Weise ging von einem multifaktoriellen Krankheitsverständnis aus, wobei er den sozialen Faktoren im Ursachengeflecht psychischer Störungen insofern eine besondere Bedeutung beimaß, als gerade auch über sozial orientierte und psychotherapeutisch fundierte Therapiestrategien der rehabilitative Aspekt therapeutischen Handelns sich besonders gestalten lässt. Diese Konzepte führten zu sozialpsychiatrischen Initiativen, die von Professor Weise in der Leipziger Region auch praktisch umgesetzt wurden.

Erwähnt seien die frühzeitigen, damals fast modellhaften Veränderungen des Binnenklimas der Stationen (Offentürsystem, Aufhebung der Geschlechtertrennung in den Therapieabläufen, Patientenmitbestimmung – Anfang der 60iger Jahre) und die Schaffung von ambulanten und halbklinischen Versorgungsstrukturen (Eröffnung einer der ersten deutschen Tageskliniken 1969, Gründung ambulanter Patientenclubs 1967). Besonders bedeutsam war, dass 1976 erstmals in der DDR und vorbildhaft für ganz Deutschland von einer Universitätsklinik die Initiative für ein sektorisierendes Versorgungssystem ausging.

Das wissenschaftliche Werk von Klaus Weise war bestimmt von Fragen der Versorgungsforschung, der psychotherapeutischen Betreuung psychiatrischer Patienten und metho-

dologischen Erwägungen zum Fach. Eine für die wissenschaftliche Arbeit, aber auch die Aus- und Weiterbildung der Assistenten glückliche Verbindung ergab sich in der Zusammenarbeit mit dem Philosophen und Medizinhistoriker Professor Achim Thom.

Viele Ärztinnen und Ärzte – die späterhin auch als Chefs eigener Kliniken tätig waren – haben das Gedankengut aus dieser, für uns alle bildsamen Zeit weitergetragen.

Aus der Leipziger Klinik sind eine große Zahl von Publikationen hervorgegangen, die die philosophische, klinisch-medizinische und psychosoziale Ebene des Faches zu verbinden wussten und dezidiert praxisorientiert waren, sodass heute schon in Fachbüchern der Psychiatriegeschichte die kommunale Psychiatrie in Leipzig, die auf den Ideen von Professor Weise und seinen Partnern basierte, als das Beste angesehen wird, was die DDR-Psychiatrie überhaupt hervorgebracht hat.

Lange Jahre war Klaus Weise der Vorsitzende der Leipziger Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, die – 1948 gegründet – sich am 16.3.1991 mit der entsprechenden Dresdner Gesellschaft zur heutigen Sächsischen wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde zusammenschloss. Diesem Vorstand sowie dem Vorstand der nach der Wende von ihm mitgegründeten Gesellschaft für kommunale Psychiatrie gehörte Klaus Weise viele Jahre an. Er hat auch nach seiner Pensionierung 1995 weiter aktiv am psychiatrischen Geschehen Sachsens teilgenommen, sei es als Mitglied der Fachgesellschaften, als Facharztprüfer der Sächsischen Landesärztekammer, als Vorstandsmitglied des Leipziger Psychiatrie-Betroffenen-Vereins Durchblick e.V.

Seine früheren Mitarbeiter und Schüler – eine große Gruppe sächsischer Ärzte – und viele Freunde und Kollegen, weit über seinen Leipziger Wirkungskreis hinaus, werden den Ehrentag zum Anlass nehmen, ihn herzlich zu grüßen und ihm weitere Jahre voll Lebenszufriedenheit zu wünschen.

Dr. med. Johannes Seeliger zum 75. Geburtstag



Geboren wurde er am 2. 3. 1934 als drittes Kind des Schmiedemeisters Georg Seeliger und seiner Frau Agnes in Kieslingswalde (Schlesien – heute Polen) in der Nähe von Görlitz.

Sein 75. Geburtstag ist mir ein besonderer Anlass, um mehr als zehn Jahre nach Beendigung seiner aktiven Klinik­tätigkeit, ein erfülltes und arbeitsreiches Berufsleben Revue passieren zu lassen.

Der Vater aus dem Russland-Feldzug nicht wiedergekehrt, die Mutter bei der Geburt eines Kindes verstorben, 1945 nach Kriegsende aus seinem Heimatort vertrieben – wuchs er ab 1946 bei seinen Großeltern in Ruppertsdorf auf. Die Schule besuchte er im Ort und in Herrnhut.

Nach Schulabschluss und erfolgreich beendeter Lehre als Tischler absolvierte Herr Kollege Dr. Seeliger die Arbeiter- und Bauernfakultät (ABF) (1952 bis 1954) in Leipzig mit Abschluss der Hochschulreife. Es folgte das Studium der Humanmedizin in Berlin ab 1954. Nach erfolgreicher Approbation und Assistenzzeit schloss sich seine Facharztausbildung für Urologie am Städtischen Krankenhaus Görlitz von 1962 bis 1966 an.

Im Jahr 1965 erfolgte die Promotion an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden.

Unter der damaligen Klinikleitung in Görlitz von Herrn Prof. Dr. Hertkens – einem Pionier der Urologie der DDR

und Schüler des bekannten Herrn Prof. Kneise – hatte er maßgeblichen Anteil am weiteren Aufbau und ab 1970 als Oberarzt an der Leitung der Urologischen Klinik in Görlitz.

Mehrere wissenschaftliche Publikationen auf dem Gebiet der urologischen Traumatologie und der urologischen Missbildungen sind in der Folgezeit erschienen.

1976 folgte er dem Ruf zum Aufbau einer eigenständigen urologischen Klinik am Kreiskrankenhaus Bautzen. Die folgende Zeit sollte die größte Herausforderung für den jungen, frisch berufenen Chefarzt in Bautzen werden. Mit großer Hingabe auf fachlicher und organisatorischer Ebene und nicht zuletzt auch mit vielen persönlichen Opfern trotzte er dabei den äußeren politischen und zum Teil auch klinikinternen Widerständen.

Mit seiner stets sachlichen, geradlinigen, auch oft kompromisslosen Haltung und seiner hohen fachlichen Kompetenz errang er sich in kurzer Zeit die Achtung und Anerkennung der Patienten und Kollegen. Unter seiner Führung erlangte die Bautzener Urologische Klinik schnell einen sehr guten Ruf weit über die damaligen Kreisgrenzen hinaus.

Nach seiner Heirat im Jahr 1959 wuchsen inzwischen vier gesunde Kinder heran. Auch in der Familie ließen sich die Eheleute Seeliger von den verinnerlichten menschlichen Grundwerten, basierend auf ihrem tiefen christlichen Glauben, unbeirrt leiten. Auftretende Probleme, zum Beispiel im schulischen Umfeld, durch die streng christliche Erziehung führten wohl zu tiefgreifenden Diskussionen mit den Verantwortlichen, aber nie zu einer Meinungsanpassung mit dem damaligen Regime.

Als Chefarzt der Urologischen Klinik Bautzen mit voller Weiterbildungsermächtigung galt sein Bemühen von Anfang an auch der Aus- und Weiterbildung junger Kollegen.

Als Ausbildungsassistent seiner Klinik profitierte jeder vom hohen fachlichen Standard und der bereitwilligen theoretischen und operativen Wissensvermittlung. Gleichzeitig sah man sich einem sehr resoluten und strengen, aber immer gerechten Chef als Vorbild gegenüber. Selbst für alltäg-

liche oder private Probleme seiner Mitarbeiter hatte er stets ein offenes Ohr, sicherte wo er konnte Unterstützung zu und hatte oft einen väterlichen Rat.

Viele seiner Schüler sind heute in Kliniken oder in Praxen in der ost-sächsischen Region erfolgreich tätig.

Unter Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Seeliger erfolgte nach der Wiedervereinigung Deutschlands die Neuorientierung der Bautzener Urologischen Klinik, unter anderem durch die Einführung der Ultraschall­diagnostik, der kompletten Endourologie und Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), der Einrichtung eines klinikeigenen Röntgen- und Durchleuchtungsarbeitsplatzes und eines urodynamischen Messplatzes. Die verbesserte Ausstattung erlaubte auch den weiteren Ausbau der Diagnostik an Kindern bereits ab dem Säuglingsalter.

Operativer Schwerpunkt wurde mehr und mehr die radikale urologische Tumorchirurgie.

Ab 1995 engagierte sich Herr Dr. Seeliger zusätzlich als berufenes Mitglied der Prüfungskommission zum Facharztkolloquium für Urologie der Sächsischen Landesärztekammer.

Im Wissen, dass die Arbeit in seiner Klinik in seinem Sinne fortgeführt wird, konnte er sich 1998 in den wohlverdienten Ruhestand begeben. Fortan hat er jetzt endlich Zeit viele seiner privaten Neigungen und Interessen zu verfolgen. Besonders die Geschichte der Oberlausitz und Schlesiens begeistern ihn nach wie vor sehr.

Basierend auf seinen eigenen Kindheitserfahrungen gilt sein Engagement im Rahmen der Kriegsgräberfürsorge besonders der Erhaltung und Pflege der Gräber europaweit und auch der weiteren Nachforschung zum Verbleib der vielen sinnlosen Opfer des letzten Weltkrieges. Ich wünsche meinem ehemaligen Chefarzt, Herrn Dr. med. Johannes Seeliger, herzlichst auch in den folgenden Jahren stabile gesundheitliche Verhältnisse und weiterhin viel Elan, Kraft und Spaß bei der Verwirklichung seiner vielen Ideen.

Sein dankbarer Schüler
Dr. med. Markus Hentschel, Bautzen

Unsere Jubilare im April 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.04. Dr. med. Schröder, Gert
09509 Pockau
- 03.04. Dr. med. Bauer, Horst
04107 Leipzig
- 07.04. Dipl.-Med. Aust, Karla
01109 Dresden
- 08.04. Dr. med. Schilling, Irene
08459 Neukirchen
- 09.04. Dipl.-Med.
Conzendorf, Gudrun
01877 Bischofswerda
- 12.04. Dipl.-Med. Jacobs, Regina
01809 Heidenau
- 15.04. Dipl.-Med. Ost, Margitta
09113 Chemnitz
- 16.04. Dr. med. Stubert, Bernd
04299 Leipzig
- 18.04. Dr. med. Teucher, Albrecht
08344 Grünhain-Beierfeld
- 25.04. Dr. med. Dunger, Volkmar
09509 Forchheim
- 26.04. Dr. med. Müller, Solveigh
08107 Kirchberg
- 26.04. Dipl.-Ing. Dr. med.
Steffens, Werner
09113 Chemnitz
- 27.04. Dr. med. Ilge, Gabriele
08393 Meerane
- 28.04. Dipl.-Med.
Lachmann, Angelika
01665 Klipphausen
- 29.04. Dr. med. Beier, Gabriele
01326 Dresden
- 29.04. Dr. med. Walter, Ursula
09599 Freiberg
- 30.04. Dr. med. Mehlhorn, Günter
01723 Wilsdruff

65 Jahre

- 01.04. Dr. med. Schneider, Walter
09125 Chemnitz
- 02.04. Dr. med. Ostwaldt,
Roswitha
01217 Dresden
- 02.04. Schulze, Iris-Sylvia
01309 Dresden
- 04.04. Dr. med. Pönisch, Dagmar
04105 Leipzig
- 06.04. Dr. med. Kießlich, Bernd
01731 Kautzsch
- 06.04. Dr. med. Weise, Hartmut
04356 Leipzig
- 09.04. Dr. med. Eulerich, Stefan
08228 Rodewisch
- 10.04. Dr. med. Hensel, Barbara
01156 Dresden
- 12.04. Dr. med. Richter, Christine
09125 Chemnitz
- 14.04. Dr. med.
Hegedüsch, Attila-Istvan
04838 Eilenburg

- 15.04. Fröhner, Ingrid
09465 Cranzahl
- 16.04. Ebert, Hans-Jochen
04158 Leipzig
- 17.04. Dr. med. Grahl, Rainer
04132 Leipzig
- 17.04. Dr. med. Sommer, Renate
01257 Dresden
- 18.04. Dipl.-Med. Müller, Barbara
01309 Dresden
- 19.04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Degen, Karl-Werner
01259 Dresden
- 19.04. Dr. med. Eckhof, Armin
01259 Dresden
- 19.04. Dipl.-Med. Schreiter, Jürgen
02694 Jetscheba
- 20.04. Dr. med.
Kupfernagel, Wolfgang
09130 Chemnitz
- 21.04. Dr. med. Klemm, Frohmüt
09481 Scheibenberg
- 21.04. Dr. med. Richter, Helga
04509 Delitzsch
- 21.04. Dr. med. Tietze, Heiner
08058 Zwickau
- 22.04. Dr. med. habil.
Grundmann, Gero
04808 Wurzen
- 22.04. Dr. med. Höhne, Heidrun
08412 Werdau
- 24.04. Dr. med. Seidel, Hartmut
08523 Plauen
- 28.04. Dr. med. habil.
Pflücke, Frank
01844 Neustadt
- 29.04. Dr. med. Reinhardt, Frank
04425 Taucha
- 30.04. Dr. med. Grosche, Norbert
01187 Dresden
- 30.04. Dr. med. Wichmann, Robert
08645 Bad Elster

70 Jahre

- 01.04. Dr. med. Langer, Jürgen
08056 Zwickau
- 01.04. Dr. med. Wittig, Dieter
09117 Chemnitz
- 02.04. Dr. med. Lohse, Peter
01683 Nossen
- 03.04. Dr. med. Füssel, Helga
09128 Chemnitz
- 04.04. Dr. med.
Hildebrandt, Alexandra
01217 Dresden
- 05.04. Dr. med. Kretzschmar, Helga
01640 Coswig
- 05.04. Dr. med. Kupfer, Ingrid
01097 Dresden
- 05.04. Dr. med. Radelhof, Imme
09557 Flöha
- 07.04. Dr. med. Beier, Eberhard
02826 Görlitz
- 08.04. Feister, Horst
02625 Bautzen
- 09.04. Franz, Irmgard
04886 Beilrode

- 09.04. Dr. med. Lehmann, Lothar
02826 Görlitz
- 10.04. Dr. med. Matthes, Erika
01900 Brettnig-Hauswalde
- 12.04. Dr. med. Teichmann, Irma
01157 Dresden
- 13.04. Dr. med. Hunger, Jürgen
01454 Radeberg
- 13.04. Dr. med. Schröder, Klaus
09380 Thalheim
- 17.04. Prof. Dr. med. habil.
Vogtmann, Christoph
04425 Taucha
- 18.04. Dr. med. Peschel, Hellmut
02953 Kromlau
- 19.04. Dr. med. Simonis, Brigitte
02997 Wittichenau
- 20.04. Dr. med.
Ackermann, Gerhild
08058 Zwickau
- 20.04. Dr. med. Rödiger, Hannelore
09125 Chemnitz
- 22.04. Dr. med. Götz, Siegfried
09481 Scheibenberg
- 23.04. Dr. med. Vieweg, Karin
09518 Großrückerswalde
- 24.04. Dr. med. Knösel, Bernd
08626 Adorf
- 25.04. Prof. Dr. med. habil.
Schauer, Joachim
04509 Delitzsch
- 25.04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schauer, Klaus
04668 Grimma
- 25.04. Dr. med. Schurk, Johann
01920 Rückelwitz
- 26.04. Dr. med.
Kaeding, Eva-Maria
01307 Dresden
- 26.04. Dr. med. Petzold, Manfred
01067 Dresden
- 28.04. Dr. med. Böttcher, Hartmut
04229 Leipzig
- 29.04. Dr. med. Frank, Dieter
01587 Riesa
- 30.04. Dr. med. Degenkolb, Renate
08529 Plauen
- 30.04. Krieger, Waldemar
08359 Breitenbrunn
- 30.04. Dr. med. Tempel, Volker
01723 Grumbach

75 Jahre

- 01.04. Dr. med. Werner, Ingeborg
02763 Zittau
- 03.04. Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.04. MUDr. Westphälinger, Alena
01259 Dresden
- 07.04. Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf
- 07.04. Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringswalde
- 13.04. Prof. Dr. med. habil.
Beyreiß, Klaus
04416 Markkleeberg

- 13.04. Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig
- 14.04. Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg
- 15.04. Dr. med. Vieweg, Gerhard
09577 Niederwiesa
- 16.04. Dr. sc. med.
Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04758 Cavertitz
- 25.04. Hinze, Fritz
04435 Schkeuditz
- 27.04. Prof. Dr. med. habil.
Klug, Winfried
01458 Ottendorf-Okrilla/
Grünberg
- 29.04. Hantschel, Ingeborg
02708 Löbau
- 29.04. Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick

80 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 19.04. Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

81 Jahre

- 01.04. Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
- 16.04. Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz

- 23.04. Dr. med. Langer, Christoph
08107 Kirchberg
- 26.04. Dr. med. Dix, Christa
09232 Hartmannsdorf
- 26.04. Dr. med. Trautwein, Hans
01920 Haselbachtal

82 Jahre

- 03.04. Dr. med. Zerres, Maria
04299 Leipzig
- 22.04. Dr. med. habil.
Voigt, Günther
09113 Chemnitz

83 Jahre

- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
- 29.04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

84 Jahre

- 12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz
- 23.04. Dr. med. Ziesche, Helmut
02625 Bautzen

85 Jahre

- 02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

87 Jahre

- 18.04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

88 Jahre

- 03.04. Dr. med.
Weiser, Hans-Guido
04425 Taucha

89 Jahre

- 15.04. Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
- 28.04. Dr. med.
Kolbe, Christel
01326 Dresden
- 29.04. Dr. med.
Schubardt, Ingeborg
08645 Bad Elster

90 Jahre

- 05.04. Dr. med.
Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida

91 Jahre

- 23.04. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau

92 Jahre

- 18.04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden



„Clown im Zirkuszelt“, 90 x 110 cm, Oel, 1991

Annelis P. Schenke „Augen-Blicke“

Wollte man im vielgestaltigen Werk von Annelis P. Schenke ein Hauptsujet benennen, so stößt man auf unzählige Bilder, die Puppen in unterschiedlichster Konstellation und Verfärbung zeigen. Als Akteure der Bilder sind sie „Stellvertreter“ des Menschen, seiner Gefühle und Handlungen, wobei die Bildsprache selbst mit den Jahren zunehmend abstraktere Züge angenommen hat. Partiiell trifft man auf sarkastische Darstellungen, die Annelis P. Schenke als große Bewunderin Goyas ausweisen. Darüber hinaus ist die Künstlerin Schöpferin charaktvoller Porträts und Landschaften, darunter wunderbare Aquarelle.

Annelis P. Schenke ist in vielen künstlerischen Techniken zu Hause. Außer auf ein umfangreiches malerisches Werk kann sie vor allem auf ein exzellentes grafisches Schaffen zurückblicken. Neben klassischen Techniken wie die Radierung in verschie-

densten Ausprägungen nutzt sie in jüngerer Zeit von experimentellem Geist geprägte Mischtechniken, in denen sie Computergrafik, Feder, Tusche, Kreide, Wasserfarbe und Streifen-collage kombiniert. Die so entstandenen Arbeiten lassen dem Betrachter oft mehrere Deutungsmöglichkeiten.

Annelis P. Schenke, in den 30er Jahren in Aussig/Usti geboren, lebt als freischaffende Künstlerin im thüringischen Sonneberg. Nach einer Ausbildung in Leipzig, studierte sie an der Hochschule für Bildende Künste Dresden bei Siegfried Klotz und Gerhard Kettner, dessen Meisterschülerin sie war. Ihre Werke wurden bisher in mehr als 30 Personalausstellungen im In- und Ausland gezeigt.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 18. März bis 24. Mai 2009, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 19. März, 19.30 Uhr