

Editorial	113. Deutscher Ärztetag 2010 in Dresden	140
Berufspolitik	Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus	141
	34. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	142
	Ärztliche Behandlungsfehler in Sachsen kein Tabuthema	148
	Netzwerk „Ärzte für Sachsen“	149
	Ärztemangel und Pflege-TÜV	149
Gesundheitspolitik	Externe vergleichende Qualitätssicherung – Ergebnisse 2008	150
Hygiene aktuell	Internationale Bescheinigungen über Impfungen	160
Originalie	Hautveränderungen als Leitsymptom	162
Verschiedenes	50-jähriges Jubiläum des Staatsexamens	168
	Impressum	168
Ethik in der Medizin	200. Sitzung der Ethikkommission Dimensionen der Sprache in medizinischen Grenzsituationen	169
		170
Mitteilungen der Geschäftsstelle	113. Deutscher Ärztetag	170
	Refresherkurse für Notärzte	171
	Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder	172
	Konzerte und Ausstellungen	172
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	173
Leserbriefe	Dr. Margarete Blank	174
Mitteilungen der SÄV	Änderung des Tagungsortes der Inforeveranstaltung am 14.04.2010 in Leipzig	174
Personalia	Nachruf für Dr. med. Gerhard Seidler	175
	Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulf-Eckehard Manitz	175
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Heinz Trenckmann	176
	Unsere Jubilare im Mai 2010	180
Tagungsberichte	1. Klinikärztentreffen der AG Orthopädie/Unfallchirurgie	177
	39. Symposium für Juristen und Ärzte	179
Medizingeschichte	80 Jahre Kinderklinik Dresden-Johannstadt	182
Ostern	Osterfest und Osterbräuche	183
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2010	



34. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern Seite 142



Hautveränderungen als Leitsymptom Seite 162



80 Jahre Kinderklinik Dresden-Johannstadt Seite 182



Osterfest Seite 183

113. Deutscher Ärztetag 2010 in Dresden

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, nach fast 100-jähriger Pause fand 1993 wieder ein Deutscher Ärztetag in der sächsischen Landeshauptstadt statt. Es war für uns sächsische Ärzte ein beglückendes Erlebnis, nach der Wiedervereinigung ausgewählt zu sein, als erste ostdeutsche Kammer in Dresdens Mauern Sie, meine Damen und Herren, empfangen zu dürfen. Nun treffen wir uns bereits zum zweiten Male nach dem Fall der Mauer hier in Dresden zum 113. Deutschen Ärztetag. Zu dieser Zeit waren die Umstrukturierungsprozesse des ostdeutschen Gesundheitswesens nahezu abgeschlossen. Die Polikliniken waren abgeschafft und der Einzelkämpfer in der Niederlassung war Standard. Der Ab- und Umbau in der stationären Versorgung setzte ein. Damit schließt sich ein Kreis der Anerkennung für die Gleichberechtigung der Kammerarbeit im Rahmen der Bundesärztekammer Deutschlands.

Einige Kolleginnen und Kollegen, die bereits 1993 hier weilten, werden die eindrucksvollen Veränderungen der traditionsreichen Kultur- und Musikstadt Dresden bewundern und viel Neues bestaunen können. Ganze Stadtteile wurden inzwischen wieder aufgebaut und repräsentieren den alten Glanz der sächsischen Landeshauptstadt.

Wir erinnern uns noch sehr gut der Worte von Herrn Kollegen Bialas zum 94. Deutschen Ärztetag 1991 in Hamburg, die er in so treffender Weise an die erstmals vertretenen ostdeutschen Ärzte richtete: „Bringen Sie Ihre Vorstellungen und Erfahrungen in unsere Diskussionen ohne Hemmungen ein. Sie haben unter sehr schlechten Bedingungen in den letzten Jahrzehnten hervorragende Arbeit für Ihre Patienten geleistet. Lassen Sie sich bitte nicht durch die besseren äußeren Bedingungen in den alten Ländern verunsichern. Sie haben keinen Grund, Minderwertig-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer



Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Ehrenpräsident des 113. Deutschen
Ärztetages
Ehrenpräsident der Sächsischen
Landesärztekammer

keitsgefühle zu zeigen.“ Bei aller Dankbarkeit für das gemeinsam Erreichte: Manches wäre unter Beachtung dieser Worte besser zu machen gewesen. Und dennoch, von vorwiegend ehrfurchtsvollen Gläubigen haben wir uns im Arbeitsalltag zu leistungsstarken und kritischen Mitstreitern entwickelt.

Nachwuchsmediziner sind in Deutschland zurzeit heiß begehrt. Der Ärztemangel hat sich in Deutschland zunehmend manifestiert. Schuld sind die teilweise schlechten Arbeitsbedingungen und die schlecht strukturierte Facharztweiterbildung. In Deutschland fehlen häufig Zeit und Interesse, junge Ärzte weiterzubilden. Frisch examinierte Kolleginnen und

Kollegen werden viel zu früh als Stationsärzte eingesetzt, obwohl sie von den Aufgaben dieser verantwortungsvollen Funktion verständlicherweise überfordert sind. Stundenlanges Schreiben von Arztbriefen entfernt sie von der eigentlichen Arbeit am Patienten. Auf vielen Stationen fehlt es am fachärztlichen Mittelbau. Dadurch ergibt sich zwangsläufig ein schlechtes Arbeitsklima. Weiterbildungsprogramme, Rotationspläne und tägliche Indikationskonferenzen fehlen vielerorts. Hier sollten die Kammern, deren originäre Pflicht es ist, die Weiterbildung zu überwachen, stärker als bisher wirksam werden. Notwendig ist ebenfalls die Schaffung ausgewiesener Weiterbildungsstellen mit gesicherter Finanzierung außerhalb der Fallpauschalen.

Das zusammenwachsende Europa fordert den Blick über den eigenen Tellerrand zu richten und deshalb müssen wir uns zukünftig über unsere eigene Profession unterhalten, die schlicht und einfach optimale Patientenversorgung heißt.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, wir wünschen uns, dass der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden wieder wichtige und zukunftsweisende berufspolitische Zielstellungen formuliert. Sei es zu Patientenrechten, zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit oder zur Gesundheitsversorgung in einer sich demografisch ändernden Gesellschaft. Es ist für uns Ärzte und für die ärztliche Selbstverwaltung wichtig, dass von diesem Ärztetag ein Zeichen ausgeht, welches den Versicherten signalisiert, wir sind auch unter den Bedingungen einer unterfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung für das Wohl der Allgemeinheit da.

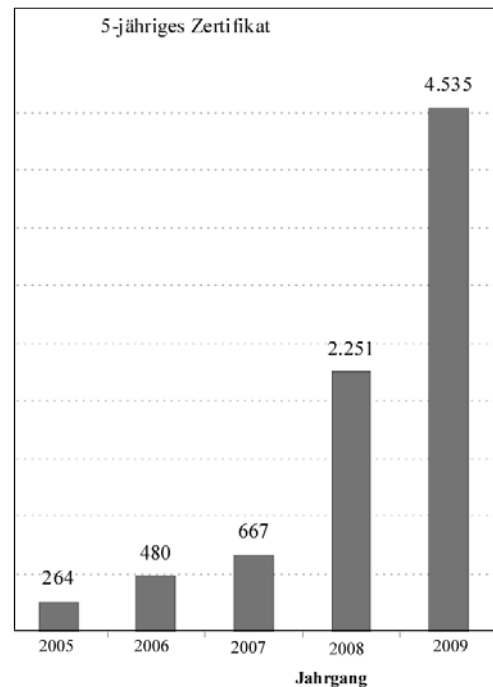
Wir wünschen den Teilnehmern auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden erfolgreiche Verhandlungen, viele persönliche Gespräche und einige erlebnisreiche Tage in Sachsens Landeshauptstadt. Und nutzen Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen aus Sachsen, die Möglichkeit zur Teilnahme an den Plenarsitzungen.

Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus

Die Fortbildungsverpflichtung für Ärzte ergibt sich aus der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Im § 4 Absatz 1 heißt es dazu „Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist.“ Eine Fortbildungsverpflichtung für niedergelassene Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus wurde im Jahr 2005 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz zur Novellierung des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – gesetzlich verankert. Die weiteren Regelungen für Vertragsärzte sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erlassen worden. Die näheren Bestimmungen zur Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie festgelegt („Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“). Alle Fachärzte, die am 1. Januar 2006 bereits Fachärzte waren, müssen den Fortbildungsnachweis spätestens bis 31. Dezember 2010 erbringen. Für alle weiteren Fachärzte, die nach dem 1. Januar 2006 tätig geworden sind oder tätig werden, verschiebt sich die Frist entsprechend. Der Nachweis über (mindestens) erworbene 250 Fortbildungspunkte in einem Fünfjahreszeitraum erfolgt mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammer. Mindestens 150 Punkte, das heißt 60 Prozent, sind fachspezifisch (Fortbildungsmaßnahmen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen) nachzuweisen. Die Einhaltung der Fortbil-

dungsverpflichtung ist vom Ärztlichen Direktor zu überwachen. Die Krankenhausleitung belegt die Fortbildung der Fachärzte durch einen vom Ärztlichen Direktor erstellten Bericht. Im Qualitätsbericht ist dann anzugeben, in welchem Umfang die Fortbildungsverpflichtungen erfüllt wurden.

Die Sächsische Landesärztekammer erteilt – bei Vorliegen der Voraussetzungen – auf Antrag das individuelle Fortbildungszertifikat. Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 4.535 Zertifikate ausgegeben. Im Vergleich zum Jahr 2008 bedeutete dies einen Anstieg um etwa 100 Prozent. Eine Übersicht über die erteilten Zertifikate der vergangenen fünf Jahre kann der Abbildung entnommen werden. Das individuelle Online-Fortbildungspunktekonto bei der Sächsischen Landesärztekammer ermöglicht nach Anmeldung einen komfortablen Überblick über die bisher erworbenen und registrierten Fortbildungspunkte. Die Fortbildungspunkte können durch die Teilnahme an von den Ärztekammern anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben werden. Ausgewählte anerkannte externe und eigene Veranstaltungen werden als Beilage zum „Ärzteblatt Sachsen“ jeweils mit zweimonatigem Vorlauf veröffentlicht. Tagaktuell sind über den Online-Fortbildungskalender der Sächsischen Landesärztekammer in der Rubrik Fortbildung (über www.slaek.de) alle zukünftigen im Freistaat Sachsen anerkannten ärztlichen Veranstaltungen abrufbar. Hinzuweisen ist auch auf die Möglichkeit des Erwerbs von Fortbildungs-



punkten über die strukturierte interaktive Fortbildung mittels Print- und Online-Medien, wie sie zum Beispiel vom „Deutschen Ärzteblatt“ angeboten werden.

Wir möchten nochmals die Fachärzte im Krankenhaus darauf aufmerksam machen, dass für die erste Zertifikatserteilung möglichst zeitnah nach Erreichen der 250 Punkte im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ein Antrag auf das Fortbildungszertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer gestellt werden kann. Nähere Informationen sind der Rubrik Fortbildung auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de zu entnehmen.

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

34. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Zweimal im Jahr treffen sich die Kreiskammervorsitzenden zum gemeinsamen Gedankenaustausch über berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Fragen mit den Mitgliedern des Vorstandes und den Geschäftsführerinnen der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Teilnahme an der 34. Tagung waren am 20. März 2010 die neuen Vorsitzenden der Kreisärztekammern, ihre Stellvertreter und Gäste gefolgt.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

In seinem Bericht zu den aktuellen Problemen der Gesundheits- und Berufspolitik ging der Präsident auf die Diskussionen zur Kopfpauschale und Gesundheitsprämie ein. Das Streitobjekt der CDU/CSU – FDP Koalition soll mithilfe einer Arbeitsgruppe aus Ministern bis zum Sommer Konturen erhalten. Bisher ist nur bekannt, dass wahrscheinlich eine Gesundheitsprämie von ca. 29 EUR/Monat ab 2011 geben und eine paritätische Finanzierung (Arbeitnehmer/Arbeitgeber) wieder eingeführt werden soll. Wie die Kombination mit dem Gesundheitsfonds aussehen könnte, ist unklar. Bei der Bildung einer Kopfpauschale sollen zukünftig

alle Einkünfte berücksichtigt werden. Die Bundeskanzlerin, Frau Dr. rer. nat. Angela Merkel, sieht bis 2013 keine revolutionären Änderungen und selbst der Bundesgesundheitsminister, Herr Dr. med. Philipp Rösler, möchte den Umbau auf eine Kopfpauschale in kleinen Schritten umsetzen.

Preisgestaltung bei Arzneimitteln

Sehr viel stärker möchte sich Dr. Rösler für eine Änderung bei der Preisgestaltung von Arzneimitteln einsetzen. Er will Einsparungen bei neuen Arzneimitteln gegenüber Pharmaindustrie und Krankenkassen durchsetzen, da die Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich am Höchsten sind. Geplant ist eine Einschränkung des derzeit bestehenden Preismonopols der Hersteller. Diese können die Preise für innovative Medikamente in Deutschland frei festsetzen. Im Bereich des Festbetragsmarktes soll das Festbetragsystem erhalten bleiben und die Weiterentwicklung der Rabattverträge sichergestellt werden. Kurzfristige Maßnahmen wie Zwangsrabatte und ein Preismoratorium sind weiter in der Diskussion. Dr. Rösler sieht Einsparchancen von bis zu 2 Milliarden EUR. Eine Positivliste, wie in anderen Ländern, steht aber bisher nicht zur Diskussion.

Rationierung – Priorisierung

Dem von den Ärzten initiierten Thema der Priorisierung verschließen sich die Politiker aus wahltaktischen Gründen. Der Bundesgesundheitsminister betrachtet es sogar als ethisch

bedenklich, sich diesem Thema zu widmen. Aber genau genommen ist es ethisch bedenklich, sich dem Thema Priorisierung bei zunehmender politisch verursachter Rationierung zu verschließen. Deshalb müsse die Ärzteschaft weiterhin eine gesellschaftliche Diskussion dazu anregen, so Prof. Dr. Schulze.

Fort- und Weiterbildung

Im Bereich der Fort- und Weiterbildung stellte der Präsident aktuelle Zahlen aus dem noch nicht veröffentlichten Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer vor. Danach wurden 2009 insgesamt 4.535 Fortbildungszertifikate ausgestellt, dies entspricht einer Zunahme von rund 100 Prozent im Vergleich zum Jahr 2008. Zudem wurden 17.043 Veranstaltungen anerkannt (Zunahme zu 2008: 2.440). Er verwies auch auf die Möglichkeit, für die Kreisärztekammern die Online-Anmeldung für Fortbildungsveranstaltungen zu nutzen.

Im Bereich der Weiterbildung wurden 618 Anerkennungen für Gebiete und Schwerpunkte 2009 erteilt, nur 32 Prüfungen wurden nicht bestanden. Es erfolgten 493 Anerkennungen für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen. 713 Befugnisse für Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen sowie Weiterbildungsbefugnisse für Zusatz-Weiterbildungen wurden erteilt und die Zulassung von 43 Weiterbildungsstätten erfolgte im Jahr 2009 ebenfalls noch.

113. Deutscher Ärztetag 2010

Der Präsident lud die Vorsitzenden der Kreisärztekammern herzlich zu den Arbeitssitzungen des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden ein und stellte die Themen, wie Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik, Versorgungsforschung sowie Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft, vor. Die Vorbereitungen für die von der Sächsischen Landesärztekammer zu organisierenden Rahmenveranstaltungen (Eröffnung in der Semperoper, Abschlussveranstaltung) sind im Zeitplan. Prof. Dr. Schulze bat auch noch einmal um Vorschläge für Beschlussanträge.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Andreas Prokop und Dipl.-Med. Petra Albrecht (v. l. n. r.)

Wahl der Kammerversammlung 2011/2015

Einen wichtigen Tagesordnungspunkt bildete die anstehende Wahl zur Kammerversammlung 2011. Die Vorbereitung für die Wahlen beginnt bereits 2010. Insbesondere die Gewinnung von Kandidaten für die ehrenamtliche Tätigkeit in der Kammerversammlung steht im Vordergrund. Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurden vom Präsidenten gebeten, die bisherigen Mandatsträger im Wahlkreis und vor allem Nachwuchskandidaten aktiv anzusprechen. Zugleich müssen sie Vorschläge für die Kreiswahlausschüsse sowie den Ort der Auslegung der Wählerlisten bis zum 30. März 2010 vorlegen. Die erste Sitzung des Landeswahlausschusses ist am 20. April 2010. Rückfragen zur Kammerwahl jeder Art können an Frau Burkhardt (0351 8267 414) gerichtet werden.

Neue Strukturen der Kreisärztekammern

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer hatten auf der 39. Tagung der Kammerversammlung am 8. November 2008 beschlossen, die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretenen Kreisgebietsreform zu ändern. Nachdem die Wahlen der Vorstände der Kreisärztekammern (KÄK) abgeschlossen sind, berichteten die neu gewählten Vorsitzenden über Licht und Schatten an der berufspolitischen Basis, über die Verjüngung und heterogene Zusammensetzung der neuen Vorstände, über die häufig gute Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten, über die konstruktive Unterstützung der KÄK durch die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und über ihre bisherigen und weiteren für 2010 geplanten Aktivitäten.

Berufsrechtliche Vermittlungsverfahren der Kreisärztekammern

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung
Herr Dr. Gruner berichtet über die Grundsätze der Überwachung von



Dr. med. Andreas Prokop, Dr. jur. Alexander Gruner, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Katrin Bräutigam (v. l. n. r.)

Berufspflichten durch die Sächsische Landesärztekammer. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind gemäß § 16 Abs. 1 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit ihrem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. In § 16 Abs. 2 SächsHKaG sind weitere Pflichten der Mitglieder geregelt, wie die Fortbildungspflicht, die Unterrichtungspflicht über die für die Berufsausübung geltenden Bestimmungen, die Dokumentationspflicht hinsichtlich der ärztlichen Behandlung, die ärztliche Schweigepflicht und die Teilnahme am Notfall- und Bereitschaftsdienst. Gemäß § 16 Abs. 3 Satz 1 SächsHKaG regelt das Nähere zu Absatz 2 die Berufsordnung. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung) enthält in Kapitel B, §§ 1 bis 35, allgemeine Regeln zur Berufsausübung. In Kapitel C Berufsordnung sind Verhaltensregeln im Sinne von Grundsätzen korrekter ärztlicher Berufsausübung enthalten. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten, Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit und Pflichten in besonderen medizinischen Situationen sind in Kapitel D normiert. Als ein wesentlicher Grundsatz ärztlicher Berufsausübung wurde in die Berufsordnung die Einordnung des ärztlichen Berufes als ein freier Beruf aufgenommen. Neben den bereits in § 16 Abs. 2 SächsHKaG genannten Pflichten finden sich umfassende Regelungen zur Vereinbarkeit gewerblicher Tätigkeit,

Qualitätssicherung, gewissenhafter Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zu Honorar- und Vergütungsab-sprachen. In dem Abschnitt zum beruflichen Verhalten wird die Organisation ärztlicher Berufsausübung beschrieben. Hierzu zählen die Vorschriften zur Niederlassung und der Ausübung der Praxis, zu beruflichen Kooperationen, der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung und sonstigen Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen. Es finden sich auch Normen zur beruflichen Kommunikation (Werbung). Zum Zwecke der Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten finden sich in den §§ 30 bis 35 der Berufsordnung, die sogenannten Antikorruptionsparagrafen.

Die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen, ist gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SächsHKaG Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer. Die Sächsische Landesärztekammer geht grundsätzlich jeder Beschwerde bei Nennung von „Ross und Reiter“ nach. Zunächst ist dabei der Sachverhalt zu ermitteln. Jeder Arzt hat hierbei die Möglichkeit, den Sachverhalt aus seiner Sicht zu schildern. Erst danach wird durch den Ausschuss Berufsrecht entschieden, ob ein Berufsrechtsverstoß gegeben ist und wie auf diesen eventuell reagiert werden muss. Berufsrechtsverstöße können mit der Erteilung einer Rüge nebst Erteilung eines Ordnungsgeldes in Höhe von bis zu 2.500,00 EUR

geahndet werden. Bei schwerwiegenden Verstößen kann ein Antrag an das Berufsgericht für die Heilberufe gestellt werden.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des Ausschusses
Berufsrecht

Die Sächsische Landesärztekammer hat als Selbstverwaltungskörperschaft vom Gesetzgeber unter anderem die Aufgabe übertragen bekommen, die Einhaltung der Berufspflichten ihrer Mitglieder zu überwachen. Die rechtlichen Grundlagen dazu finden sich im Sächsischen Heilberufekammergesetz. Die Kreisärztekammern sind als Vermittler entsprechend des § 39 Absatz 1 bestellt. Darüber hinaus hat die Kammerversammlung den Ausschuss Berufsrecht gewählt, der den Vorstand bei der Durchführung eines Rügeverfahrens oder bei der Beantragung eines berufsgerichtlichen Verfahrens unterstützt. Die Beilegung berufsbezogener Streitigkeiten sollte nach Möglichkeit „vor Ort“ im Rahmen eines Vermittlungsverfahrens durch die Kreisärztekammern erfolgen. Oftmals geht es um die Art und Weise, den „Tonfall“ des Mitgliedes, was in Patientenbeschwerden geäußert wird. Auch Differenzen zwischen den Mitgliedern können günstigerweise in kollegialen Gesprächen in der örtlichen Kammer ausgeräumt werden. Kompliziertere Sachverhalte, gegebenenfalls schon unter Beteiligung von Rechtsanwälten, sind besser an die Rechtsabteilung weiterzuleiten. Falls aus Beschwerden Haf-

tungsansprüche ableitbar sind, entzieht sich das gleichfalls einer Vermittlung durch die Kreisärztekammer.

Die Rechtsabteilung sowie der Vorsitzende des Ausschusses Berufsrecht stehen den Kreiskammervorsitzenden für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Praktische Erfahrungen bei der Anwendung der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des Elektronischen Heilberufeausweises (eHBA)

Ute Taube

Vorstandsmitglied

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ist die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung bis spätestens zum 1. Januar 2006 vorgesehen gewesen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit mit der bundesweiten Koordinierung und Überwachung der Umsetzung dieses Projektes beauftragte Gesellschaft für Telematik in der Medizin (Gematik) mit Sitz in Berlin formulierte ihren Anspruch an das Ergebnis dieses Prozesses wie folgt: „Es ist eine außerordentliche Leistung der Telematikinfrastruktur, dass sie die historisch gewachsene, komplexe institutionelle und technische Struktur des deutschen Gesundheitswesens berücksichtigt und trotzdem die bestehenden Informationsgrenzen zwischen den einzelnen Akteuren und Einrichtungen überwindet.“

Im Dezember 2006 startete die Testphase in der sächsischen Testregion Löbau-Zittau. Daran waren 25 Arztpraxen, 29 Apotheken und 1 Krankenhaus mit 2 Standorten beteiligt. Über die praktischen Erfahrungen im ärztlichen Arbeitsalltag und Resultate bis Herbst 2009 soll nachfolgend berichtet werden.

Die erste Testphase, der sogenannte Release 0, beinhaltete das ungeschützte Lesen von Versichertenstammdaten mithilfe neu installierter Kartenlesegeräte. Etwa 11.000 eGK wurden dafür von 10 Krankenkassen an die Versicherten ausgegeben. Im Ergebnis konnten Kompatibilitätsprobleme beim Einlesen der eGK beseitigt werden. Eine Beeinflussung der Patientenversorgung erfolgte dadurch nicht.

Im Juni 2007 startete die nächste Testphase, Release 1. Dabei wurden Anwendungen der eGK getestet, die den Einsatz des eHBA erforderten. Als notwendige Hardwarekomponenten wurden Konnektoren und wiederum neue Kartenterminals installiert. Das Lesen der eGK erfolgte nun verschlüsselt und die Anwendungen elektronisches Rezept (eRZP), Notfalldatensatz (NFD) und Signaturfunktionen mit PIN wurden erprobt. Im Zeitraum Januar 2008 bis Juni 2009 stellten die Testärzte parallel zum weiterhin abrechnungsrelevanten Papierrezept insgesamt 3.448 eRZP aus, von denen allerdings nur 1.793 dispensiert wurden. Gründe für diese Diskrepanz waren das Ver-

gessen der eGK durch die Patienten beim Gang zur Apotheke, die teilweise fehlende Integration der Testsysteme in den Apotheken in deren Echtssystem, sodass keine Testbereitschaft bestand und die fehlende Unterstützung dieser Anwendung durch einige Apotheken-Software-Anbieter über den gesamten Zeitraum der Anwendungserprobung hinweg. Ein Kernproblem bei der Nutzung des eRZP stellten jedoch die unterschiedlichen Arzneimittelkataloge in den Softwaresystemen von Ärzten und Apothekern dar. Falsche Pharmazentralnummer und Artikel, die außer Handel sind, erschwerten das Handling deutlich. Zudem erfolgen Updates der Systeme bei Ärzten und Apothekern mit einer großen zeitlichen Variabilität.

Aus ärztlicher Sicht ist die Erstellung des eRZP in der bisherigen Konzipierung zu zeitaufwendig.

Die zur Verfügung stehende Stapelsignatur erfordert das Signieren mittels eHBA jedes Rezeptes mit maximal drei Medikamentenverordnungen einzeln und es konnten im Test nur acht Medikamente bei einer Konsultation verordnet werden. In unseren Praxen mit hoher Patientenzahl und hoher Verordnungsdichte pro Patient wird der Praxisablauf enorm verzögert. Eine Komfortsignatur mit einmaliger PIN-Eingabe pro Arbeitstag für alle Signaturen, vom Systemanbieter gemanagt, wäre hier zielführend. Ein positiver Effekt auf die Patientenversorgung blieb daher bisher aus.

Ein mittels eGK gespeicherter NFD könnte dann einen solchen Effekt implizieren, wenn vor allem an den Schnittstellen medizinischer Behandlungspfade für die Akutversorgung der Patienten relevante Informationen für die Ärzte verfügbar wären. Bei der getesteten technischen Umsetzung dieser Anwendung musste in der Praxis eine umfangreiche PIN-Aktivierung und zusätzliche schriftliche Einwilligungserklärung des Pati-



Ute Taube

enten erfolgen, indem der Arzt ein entsprechendes Formular aufruft, signiert und abheftet. Dieser Prozess nahm bis zu 40 Minuten pro Patient in Anspruch und ist somit im Praxisalltag einfach unzumutbar. Auch eine inhaltliche Überarbeitung des NFD ist aus medizinischer Sicht erforderlich, um effizienter damit arbeiten zu können. Deshalb wurden in 1,5 Jahren Testdauer auch nur 144 NFD auf die eGK geschrieben, von denen fünf im Krankenhaus gelesen werden konnten. Die Akzeptanz dieses Prozesses beim Patienten war ebenfalls sehr verhalten und verunsicherte eher. Eine sechsstellige PIN ist für viele unserer Patienten einfach nicht handhabbar.

Erfolgreich und ohne wesentliche Probleme konnten im Rahmen der Teststufe Release 2 in zwei der Testpraxen als erste und bisher einzige Online-Anwendung im gesamten Projektverlauf Versichertenstammdaten mit einigen Krankenkassen aktualisiert werden. Dabei wurden Abläufe für Patienten, Ärzte und Krankenkassen vereinfacht und damit effizienter.

Der Workflow in der Praxis erfordert bekanntlich zwingend ein Zugriffsrecht auf medizinische Daten auch für nichtärztliche Mitarbeiter. Eigene HBA für diese Mitarbeiter sind nicht notwendig.

Die Verwendung einer Institutskarte hat sich in der praktischen Testung bewährt und gewährleistet die ärztliche Aufsicht über alle Anwendungen und Zugriffe auf Daten.

Aus ärztlicher Sicht wären weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur über die getesteten Anwendungen hinaus im Hinblick auf eine tatsächliche Verbesserung der Patientenversorgung zielführend und auch ohne eGK, aber mithilfe des eHBA unter Nutzung seiner Signatur- und Verschlüsselungsfunktion umsetzbar. Der elektronische Arztbrief und die elektronische Patientenakte sind hier unbedingt zu nennen. Eine effizientere innerärztliche Kommunikation und auch ein Bürokratieabbau könnten auf diese Weise erreicht werden. Allerdings birgt das unbedingt zu bewahrende Prinzip der Freiwilligkeit in Bezug auf die Nutzung dieser digitalen Optionen durch die Patienten das Risiko in sich, das nicht alle notwendigen medizinischen Informationen elektronisch verfügbar sind.

Das Gesamtprojekt zur Einführung der eGK wird gegenwärtig wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU – FDP vereinbart auf den Prüfstand gestellt. Auf Bundesebene fand dazu am 15. März 2010 ein Spitzengespräch im BMG statt, über dessen Ergebnis noch keinerlei Veröffentlichung erfolgte.

Es bleibt also spannend! Absolut unstrittig ist jedoch, dass die ärztliche Begleitung des Projektes unabdingbar ist, um Praktikabilität und Sinnhaftigkeit technischer Umsetzungen im Arbeitsalltag kritisch und konstruktiv zu prüfen.

Nach Abschluss der Beratungen dankte der Präsident allen Beteiligten für ihre aktive Teilnahme und konstruktiven Diskussionen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärztliche Behandlungsfehler in Sachsen kein Tabuthema

Am 6. März 2010 fand im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer eine Fortbildung zu der Problematik ärztlicher Behandlungsfehler statt. Ziel der Veranstaltung war, insbesondere auf systemische Komponenten bei Fehlbehandlungen hinzuweisen. In Sachsen wurden 2008 ca. 29 Millionen ambulante und über 940.000 stationäre Behandlungen gezählt. Der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen an der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden wurden im Jahre 2009 insgesamt 219 Begutachtungsverfahren mit Sachentscheid abgeschlossen, bei denen der Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler vermutet wurde. Nach eingehender Prüfung wurde den Haftpflichtversicherungen in 48 Fällen empfohlen, den entstandenen Schaden anzuerkennen und zu regulieren.

Selbst wenn neben der Landesärztekammer auch Krankenkassen und Gerichte mit ärztlichen Behandlungsfehlern befasst sind, deren exakte Zahlen wir nicht ermitteln konnten und außerdem eine beachtliche Dunkelziffer zu vermuten ist, sind ärztliche Behandlungsfehler kein quantitatives, sondern ein qualitatives Phänomen. Fehler dieser Art sind aber deshalb für das ganze Gesundheitswesen so außerordentlich wichtig, weil sich hinter jedem Einzelfall unermessliches Leid, Unverständnis und manchmal auch Wut der Betroffenen verbergen.

Am 6. März 2010 haben ausgewiesene ärztliche Gutachter im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer Kasuistiken von fehlerhaft behandelten Patienten aus Abdomi-

nal- und Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Innerer Medizin und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur Diskussion gestellt. Jeder beschriebene Fall hatte eine eigene Tragik. Die Fehlbehandlungen kamen teilweise durch individuelles Unvermögen der Ärzte, wesentlich aber durch organisatorische Mängel zustande. Ein nach wie vor unzureichend gelöstes Problem ist die Versorgungsqualität außerhalb der normalen Dienstzeiten, also nachts, an Wochenenden und an Feiertagen. Diese Situation hat sich eher zugespitzt, weil die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern durch die drastisch reduzierten Liegezeiten (1994 knapp 14 Tage, 2008 noch im Mittel 8,1 Tage) enorm gewachsen ist. Dieser Trend zur Arbeitsverdichtung setzt sich in unseren Krankenhäusern für Ärzte und Pflegepersonal immer weiter fort. Das Arbeitszeitgesetz von 2003 (BGBl. I S. 744) und seine nachfolgenden Bestimmungen, das Ärzte und Pflegepersonal berechtigterweise vor Überbeanspruchung schützen soll, hat aber nicht zu einer solchen Zunahme der Planstellen in den Kliniken geführt, die nötig gewesen wäre, um die Arbeitszeit zu kompensieren, die vorher Ärztinnen und Ärzte in Sorge um ihre Kranken freiwillig und ohne Entgelt in allen Krankenhäusern unseres Landes auf sich genommen haben.

Aus der sehr offen und lebhaft geführten Debatte ziehen wir dieses Resümee:

1. Wir werben namens der Sächsischen Landesärztekammer mit Nachdruck dafür, die Arbeitsabläufe in Krankenhäusern und Arztpraxen so optimal wie möglich zu organisieren, damit Behandlungsfehler die absolute Ausnahme bleiben. Das kann aber nur gelingen, wenn Gesellschaft und Politik die

dafür notwendigen personellen und wirtschaftlichen Fundamente garantieren.

2. Das Leistungsvermögen des Gesundheitswesens ist ganz und gar abhängig von den Rahmenbedingungen, die Gesellschaft und Politik vorgeben. Jedem Bürger unseres Landes zur rechten Zeit und an jedem Ort die notwendige medizinische Hilfe zu garantieren, ist nur dann möglich, wenn:

- die verfügbaren personellen und technischen Ausrüstungen dem aktuellen technischen Stand und dem Versorgungsgrad des Hauses entsprechen und rund um die Uhr nach Facharztstandard betrieben werden können,
- Akutkrankenhäuser ihre Patienten auch während der Dienstbereitschaften personell und technisch qualitativ auf gleichem Niveau versorgen können, wie in normalen Dienstzeiten und
- die ärztliche Leitung der Krankenhäuser nicht länger der ökonomischen Führung unterstellt wird, sondern ihr wenigstens gleichgestellt ist.

Viele Krankenhäuser unseres Landes können diese Anforderungen vor allem wegen ökonomischer Zwänge nicht mehr erfüllen. Wenn ärztliche Behandlungsfehler trotzdem selten geblieben sind, so deshalb, weil Ärzte und Schwestern ihre Pflichten erfüllen, selbst wenn sie dadurch immer häufiger bis an die Grenzen ihres physischen und psychischen Leistungsvermögens kommen. Dafür sagen wir Danke.

Doz. Dr. med. Gottfried Hempel
Saupsdorf
Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Die Lenkungsgruppe des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ hat sich am 1. März 2010 zusammengefunden, um das weitere Vorgehen bei der Gewinnung neuer Ärzte für Sachsen zu besprechen. In dieser dritten Lenkungsgruppensitzung wurde unter anderem über die Einbindung des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst und des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft beraten, um Fragen der Erhöhung von Studienkapazitäten oder einer Veränderung der bisherigen Zulassungsverfahren interdisziplinär klären zu können. Zudem könnte das Thema Ärztemangel stärker in die Fragen der Entwicklung des ländlichen Raums eingebunden werden. Weiterhin hat die Lenkungsgruppe die Aufnahme von zwei weiteren Lenkungsgruppenmitgliedern beschlossen. Diese sind eine landesunmittelbare und eine bundes-

unmittelbare Krankenkasse. Die Mitgliederzahl ist seit der offiziellen Gründung am 30. November 2009 kontinuierlich auf 125 Partner gewachsen. Dazu gehören 58 Krankenhäuser, 25 Städte und Gemeinden sowie 23 ärztliche Berufsverbände und medizinische Fachgesellschaften. Im ersten Quartal 2010 entwickelte die Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ zudem ein Kommunikationskonzept für das Netzwerk und die Website www.aerzte-fuer-sachsen.de. Dies beinhaltet auch die Erstellung eines Werbeflyers, der an sächsische Gymnasien, Medizin-Fachschaften sowie weitere Multiplikatoren wie Studienfachberater verteilt und bei passenden Veranstaltungen ausgelegt wird. Zudem ist die Koordinierungsstelle regelmäßig bei Veranstaltungen von Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten und Gymnasien präsent. Mit der Unterstützung von Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrich wurden Laufbahngespräche am MANOS-Gymnasium Dresden durchgeführt.



Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrich im Gespräch mit Schülern

Frau Ute Taube unterstützte eine Veranstaltung zur Studienwahl des Gymnasiums Seifhennersdorf und Prof. Dr. med. habil. Gunter Haroske nahm am Abend zur Studienorientierung des Gymnasiums Dresden Plauen teil. Weiterhin wurden Anzeigen in Magazinen von Medizin-Fachschaften beschlossen. Die Koordination von regionalen Workshops mit Best-Practice-Beispielen ist für die folgenden Monate geplant. Im September 2010 wird das zweite Netzwerktreffen durchgeführt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärztemangel und Pflege-TÜV

Am 26. März 2010 stellten die sächsischen Landtagsabgeordneten, Frau Karin Stempel (CDU) und Frau Kristin Schütz (FDP), die gesundheitspolitischen Themen ihrer Fraktionen im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen vor. Beide machten deutlich, dass die medizinische Versorgung der Menschen oberste Priorität genieße und man deshalb dem Ärztemangel weiterhin entgegenwirken müsse. Dazu seien die vielfältigen Fördermöglichkeiten für Studenten ein Weg. Wobei die Stipendien nicht mehr auf das Bafög angerechnet werden dürften. Zugleich müsste auch die Studentenauswahl verändert werden. So solle nicht mehr nur der Numerus Clausus als Kriterium bei der Studienplatzver-

gabe gelten, sondern es sollte auch der vorhandene ärztliche Hintergrund (Eltern), Vorpraktika oder ein Freiwilliges Soziales Jahr Berücksichtigung finden, so Frau Stempel. Zugleich will sie die Planungsbereiche verkleinern, um statistische Gegebenheiten und reale Defizite bei der (haus-)ärztlichen Versorgung besser ausgleichen zu können. „Viele gute Modelle und Fördermaßnahmen aus Sachsen sind in Berlin noch nicht richtig angekommen“, kritisierte Frau Stempel die Bundesebene. Beide Landtagsabgeordneten wollen deshalb verstärkt die Probleme und auch Lösungsvorschläge zur Bundesregierung kommunizieren. „Denn viele gesundheitspolitische Fragen sind nur mit Berlin lösbar“, so Frau Schütz.

Beide Politikerinnen verteidigten die Einführung eines Pflege-TÜV. Die

pauschale Kriminalisierung von negativen Einzelbeispielen aus der Pflege führe aber zu einer Abwanderung von Fachpersonal. Entstehende Lücken würden dann über ausländische Arbeitnehmer geschlossen, so die Vertreterin des sächsischen Pflegeverbandes. Scharf kritisiert wurde von Ärzten und Pflegevertretern auch die zunehmende Bürokratie in Pflegeheimen, die einer sinnvollen Versorgung von älteren Menschen manchmal im Wege stünde und kaum noch Zeit für persönliche Gespräche ließe. Die Vertreterinnen von CDU und FDP nahmen einige Aufgaben zur Klärung mit. Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, hat deshalb die beiden für 2011 eingeladen, um nachzuhaken.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Externe vergleichende Qualitätssicherung – Ergebnisse 2008

Leistungsbereiche Chirurgie

Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie
 Dr. med. Henry Jungnickel, Vorsitzender
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt –
 Städtisches Klinikum
 Klinik für Allgemein- und
 Abdominalchirurgie
 PD Dr. med. habil. Arne Dietrich
 Universitätsklinikum Leipzig,
 Chirurgische Klinik und Poliklinik II,
 Visceral-, Transplantations-, Thorax- und
 Gefäßchirurgie
 Dr. med. Hubert Eßbach
 DIAKOMED gGmbH Hartmannsdorf,
 Klinik für Chirurgie
 Dr. med. Hans-Joachim Florek
 Weißeritztal-Kliniken GmbH,
 Klinik für Gefäßchirurgie
 Dr. med. Klaus-Peter Heinemann
 Medizinischer Dienst der
 Krankenversicherung Sachsen e. V.
 PD Dr. med. habil. Alfred Schröder
 Ruhestand

Gefäßchirurgie: Operative Karotisrekonstruktion

A. Schröder, H.-J. Florek

Im Jahr 2008 haben im Land Sachsen 30 Krankenhäuser (2007: 31) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ teilgenommen. Insgesamt wurden 1.392 Datensätze importiert und ausgewertet, 17 mehr als im Jahr 2007. Insgesamt wurden im Jahr 2008 in allen 16 Bundesländern von 538 Krankenhäusern 26.961 Datensätze ausgewertet. Im Jahr 2007 waren es 26.113.

67,2 % der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es gleichfalls 67,2 %.

Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist nach wie vor niedrig (präoperativ 49,8 % 2008, postoperativ 26,7 % 2008). Es bleibt demnach in Sachsen ein erheb-

liches 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 66,8 % 2008, postoperativ 47,8 % 2008).

In die präoperative apparative Diagnostik wurde 2008 in 98,8 % der Fälle die Duplexsonographie einbezogen. Unter den präoperativen angiographischen Verfahren wurde die im Allgemeinen digitale Subtraktionsangiographie nur noch in 16,6 % der Fälle, ähnlich wie im Bundesdurchschnitt (11,1 %), durchgeführt, im Vorjahr 2007 war es noch in 24,4 % der Fälle gewesen. Die Magnetresonanztomographie mit 30,5 % und die CT-Angiographie mit 32,7 % der Fälle werden etwa gleich häufig vorgenommen. Im Bundesdurchschnitt wird die Magnetresonanztomographie wie in den Vorjahren häufiger, in 47,7 % der Fälle, angewendet. Wie oft zur präoperativen Beurteilung der hirnersorgenden Gefäße Mehrfachangiographien in verschiedenen Techniken oder ausschließlich die Duplexsonographie vorgenommen wurden, geht aus der Analyse nicht hervor.

Deutliche Unterschiede zwischen der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen finden sich weiterhin auch in der Art der Anästhesie und der angewendeten Operationstechnik. Während in Sachsen 50,9 % der Fälle in Loko-Regionalanästhesie operiert werden, sind es im Bundesdurchschnitt nur 23,0 %. Die Eversionsendarteriektomie wird in Sachsen in 68,4 % der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 40,8 %.

Eine postoperative Kontrolle der Strombahn (fast ausschließlich als Duplexsonographie) wird in Sachsen bisher seltener als im Bundesdurchschnitt vorgenommen (48,5 % gegenüber 66,1 %), während bei der intraoperativen Kontrolle (überwiegend als Angiographie) die Zahlen (66,6 % gegenüber 59,1 %) sich angeglichen haben.

Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)
 Auswertung Sachsen 2008 und Bundesauswertung 2008

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen Gesamt	Ergebnis Bund Gesamt	Referenz-Bereich
Q1 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	94,8 %	92,3 %	≥ 85 %
Q1 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	98,3 %	96,9 %	≥ 90 %
Q1 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	0,7 %	1,2 %	Nicht definiert
Q1 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	1,2 %	1,9 %	Nicht definiert
Q1 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad ≥ 70 % (NASCET)	1,6 %	3,0 %	Nicht definiert
Q1 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 % (NASCET)	2,9 %	2,9 %	Nicht definiert
Q1 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	0,97 2,7 %	0,97 2,7 %	≤ 2,7 ≤ 7,5 %
Q1 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 % 1,01 1,5 %	1,5 % 0,93 1,4 %	nicht definiert ≤ 3,9 ≤ 5,7 %

Trotz der verbleibenden oben aufgeführten Unterschiede in den Basisdaten der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen lagen in der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI) im Land Sachsen die Ergebnisse im Jahr 2008 wie auch im Jahr 2007 innerhalb der bestehenden Referenzbereiche (siehe Tabelle) und differierten unwesentlich von den Ergebnissen der Bundesauswertung. Abweichungen von den Referenzwerten sind in 4 der 30 Kliniken in Sachsen durch Dokumentationsfehler oder aber durch starke Abweichungen in der Zusammensetzung des Krankengutes oder in den Therapiemaßnahmen 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 Erläuterungen zu den beanstandeten Referenzwerten ergaben im „Strukturierten Dialog“ keine Auffälligkeiten in der Behandlung. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war auch im Jahr 2008 sachlich. Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um weitere Qualitätsbesserung.

Viszeralchirurgie: Cholezystektomie

H. Jungnickel

Auch im Jahre 2008 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation 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 (z.B. Kausch-Whipple-Operation) sind nicht zu erfassen. Hierfür gibt es andere OPS-Nummern, die den QS-Filter nicht auslösen, eine exakte Dokumentation ist also schon im Operationssaal erforderlich.

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 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 Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software müsste den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit bieten, die Daten klinikintern zu bewerten. Damit sollte zumindest die interne Qualitätssicherung nicht nur auf die Cholezystektomie begrenzt bleiben. Von der BQS wurden im Modul 12/1 wiederum die bekannten 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 Kliniken wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines Strukturierten Dialoges gebeten. Der Strukturierte Dialog ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vollständig vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

Basisauswertung

Im Jahre 2008 wurden von 62 teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt 8.284 Cholezystektomien im Rahmen der externen Qualitätssiche-

rung im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,0 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 26,2 %). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen nicht fortgesetzt.

Die Anzahl an laparoskopisch beerdeten Eingriffen lag mit 82,1 % wieder etwas niedriger als der im Vorjahr erreichte Höchststand von 83,6 % seit Beginn der Qualitätssicherung, die Umsteigerrate ist dagegen mit 6,0 % nahezu unverändert geblieben (Tabelle 1).

52,3 % aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter, damit wurden anteilmäßig wieder mehr ältere Patienten als im Vorjahr cholezystektomiert (Tabelle 1). Auch der Altersmedian ist von 60 auf 61 Jahre geringfügig gestiegen.

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,2 % der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Auch im Jahr 2008 war kein weiterer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates zu verzeichnen, mit dokumentierten 99,2 % wurde die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen im vergangenen Jahr wiederum 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) war mit 1,3 % (Vorjahr 0,6 %) dramatisch angestiegen (Tabelle 1). Auch diesbezüglich wird im entspre-

chenden Qualitätsindikator noch Stellung bezogen.

Die Tabelle 1 zeigt zunächst die Daten von ausgewählten Parametern der letzten 10 Jahre im Verlauf. In den Jahren 2001 und 2003 waren nicht alle Datensätze auswertbar, man kann jedoch davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2004 in Sachsen über oder nahezu 9.000 Cholezystektomien durchgeführt wurden, seitdem ist ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen.

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den letzten 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 wurde in 1,1 % der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 1,7 %). Damit war nicht nur eine deutliche Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen, Sachsen lag auch deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von $\leq 5,0$ %. Bei einer Schwan-

kungsbreite von 0,0 % – 4,9 % lag erstmalig keine Klinik außerhalb des Referenzbereiches. Die Indikation zur Cholezystektomie wird im Freistaat Sachsen also leitliniengerecht gestellt, ein Strukturierter Dialog war in diesem Qualitätsindikator mit keiner Klinik notwendig.

Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase

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

Noch im Jahr 2006 wurde von der BQS ein Referenzbereich von 100 % festgelegt. Dieser angestrebte Wert erschien jedoch aufgrund von Notfällen unrealistisch. Anhand der Erfahrungen des Strukturierter Dialoges der vergangenen Jahre wurde der Referenzbereich von der BQS seit 2007 auf ≥ 95 % korrigiert. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase bereits für ausreichend angesehen wird (siehe Ausfüllanleitung des Erfassungsbogens). Eine präoperative ERCP oder MRCP ist bei Cholestasezeichen also nicht zwingend erforderlich. Wir gehen davon aus, dass eine Sonographie präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird. Es wurde im Jahr 2008 für Sachsen ein Wert von 97,8 % dokumentiert (Vorjahr 97,9 %). Bei einer Schwankungsbreite von 95,5 % – 100 % bei Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen lag keine Klinik außerhalb des Referenzbereiches.

Lediglich 2 Kliniken mit weniger als 20 Fällen waren auffällig, der Strukturierte Dialog zeigte aber auch hier, dass die Indikation zur Cholezystektomie in allen Fällen gegeben war. Es handelte sich um Dokumentationsfehler, um eine sorgfältige Beachtung der Ausfüllhinweise wird dringend gebeten, um unnötige Rückfragen in Zukunft zu vermeiden.

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 genau erreicht (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 91,7 % – 100 % (Vorjahr 95,2 % – 100 %) allerdings wieder angestiegen. Die eine nunmehr außerhalb des Referenzbereiches liegende Klinik erhielt einen Hinweis, auf einen Strukturierter Dialog wurde bewusst verzichtet. 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. Die Auswertung der vergangenen Jahre hatte gezeigt, dass es sich bei gemeldeter fehlender histologischer Untersuchung immer um Dokumentationsfehler gehandelt hat.

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Gesamtzahl	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596	8.284
Operationsverfahren	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
laparoskopisch	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6	82,1
konventionell	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9	11,5
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,0
Alter > 60 Jahre	51,5	52,0	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3	52,3
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2	99,2
histologische Untersuchung	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2	99,2
Letalität	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3

Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Referenzbereich: 95 %-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund ($\leq 6,1$ %) bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Von der BQS wurde auch für das Jahr 2008 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 2,9 % deutlich unter diesem Wert (Tabelle 2). Im Vergleich zum Vorjahr ist allerdings ein leichter Anstieg an eingriffsspezifischen Komplikationen zu verzeichnen. Auch die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 lag mit 0,0 % – 17,2 % (Vorjahr 0,0 % und 6,4 %) wieder deutlich höher.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht weiterhin ca. 50 % der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Die Auswertung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass 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. Auf einen Strukturierten Dialog wurde deshalb verzichtet, die betroffenen 5 Kliniken, welche außerhalb des Referenzbereiches lagen, erhielten jedoch einen Hinweis.

Als besonders schwerwiegende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC nach Meinung der BQS extra als „Sentinel Event“ betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 6 Patienten (0,1 %) diese Komplikation dokumentiert. Alle Fälle wurden im Strukturierten Dialog ausgewertet. Einmal handelte es sich um einen Dokumen-

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Komplikationen gesamt	3,9	3,1	3,6	3,2	2,6	2,9	9,2	7,5	8,1
Blutung	1,5	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	2,6	2,4	2,0
periphere Gallengangsverletzung	0,4	0,3	0,6	0,3	0,2	0,5	0,8	0,9	1,3
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0	0,1	0,0
sonstige	2,0	1,5	1,8	1,5	1,2	1,3	5,8	4,5	5,2

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

tationsfehler, in den anderen Fällen lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Im Vorjahr wurden noch 10 Patienten, vor zwei Jahren gar 27 Patienten (0,3 %) mit einer DHC-Durchtrennung dokumentiert. Dieser Wert erscheint der Arbeitsgruppe anhand von Literaturdaten realistischer, aber ob hier Behandlungsfehler beziehungsweise Komplikationen bewusst verschwiegen wurden, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht festgestellt werden.

Auffällig ist zumindest der Anstieg an peripheren Gallengangsverletzungen. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass DHC-Verletzungen „fälschlicherweise“ als periphere Gallengangsverletzungen verschlüsselt wurden, um unauffällig zu bleiben. Hierzu gibt es keine Sentinel Event – Abfragung! Zu hinterfragen bleibt auch weiterhin 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 1,9 % dokumentiert (Vorjahr 2,0 %).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 % bis 8,6 % erheblich, jedoch niedriger als im Vorjahr. 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

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

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
postoperative Wundinfektion	0,8	0,4	0,5	4,7	6,6	5,4	0,6	0,2	0,3
oberflächliche Wundinfektion	0,5	0,3	0,4	3,7	4,8	5,4	0,3	0,1	0,2
tiefe Wundinfektion	0,2	0,1	0,0	0,9	1,8	0,0	0,2	0,0	0,0
Infektion von Räumen und Organen	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Tabelle 4: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	4,7	3,4	3,8	16,1	13,2	15,4	3,3	2,3	2,2
Pneumonie	1,0	0,7	0,9	3,9	3,8	4,0	0,6	0,3	0,4
kardiovaskuläre Komplikationen	1,5	1,2	1,6	7,8	6,2	6,8	0,8	0,7	0,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	0,0
Harnwegsinfekt	0,3	0,2	0,4	1,1	1,1	1,4	0,2	0,1	0,2
sonstige	2,7	2,0	2,0	8,1	7,3	9,3	2,1	1,4	1,1

Tabelle 5: Reinterventionen (in Prozent)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
alle Fälle	2,3	2,0	2,9	2,6	2,8	2,2	2,4
offen-chirurgische Operation	5,2	4,5	8,1	6,6	8,6	7,1	7,0
laparoskopische Operation	1,5	1,7	1,9	2,0	1,3	1,1	1,2

Tabelle 6: Letalität

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
alle Fälle	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3
offen-chirurgische Operation	3,0	4,8	4,3	5,3	4,3	8,8
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
ASA 1-3	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,8
ASA 4/5	23,5	22,4	21,6	17,9	20,0	27,2

einer geringeren Effektivität der perioperativen Antibiotikaphylaxe 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 $\leq 2\%$ festgelegt. Da trotz wiederholter Hinweise unsererseits bezüglich des Kontaminationsgrades auch im Jahr 2008 noch 37,4 % aller Eingriffe als aseptisch eingestuft wurden (Vorjahr 39,4 %, vor zwei Jahren 41,7 %), ist weiterhin von einer Datenfehlage hinsichtlich der Risikoklasse 0 auszugehen. Wir bitten um sorgfältige

Ausfüllung der Erfassungsbögen, da leider nur eine geringe Verbesserung der Dokumentationsqualität zu beobachten war.

Auf einen Strukturierten Dialog wurde bewusst verzichtet, die Daten der letzten drei Jahre für die Risikoklasse 0 zeigt Tabelle 3.

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 außer bei den laparoskopisch begonnenen Operationen wieder ein leichter Anstieg der dokumentierten Komplikationen zu beobachten. Die von der BQS vorgegebenen Referenzbereiche werden allerdings in allen 3 Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: 8,3 %, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 6,3 % und Gruppe 3 = offene Operationen: 30,8 %). 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 der Vorjahre 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. Die außerhalb des Referenzbereiches liegenden Kliniken erhielten einen Hinweis, nur von einer Klinik wurde für die Gruppe der offen-chirurgisch behandelten Patienten eine Stellungnahme angefordert, da diese mit 71,4 % den Referenzbereich weit verfehlte.

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 der Risikoklasse ASA 1 – 3 ohne akute Entzündung. Somit wurden seit 2006 nur elektive Operationen bei Patienten mit geringem

Risiko betrachtet. Bis 2005 wurden noch alle laparoskopischen Eingriffe einbezogen. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate mit 1,2 % weiterhin im Normbereich. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen liegt bei 0 % – 5,6 %. 8 Kliniken wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben. Die Auswertung der Epikrisen und Operationsberichte konnte keinen Behandlungsfehler aufdecken, es handelte sich jeweils um besondere Einzelfälle. Letztendlich blieb keine Klinik auffällig (Tabelle 5).

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität

Referenzbereich: Sentinel Event bei ASA 1 – 3

Die Gesamtlealität in Sachsen ist mit 1,3 % im Vergleich zu den Vorjahren dramatisch angestiegen (Tabelle 1 und 6). Aber auch bundesweit ist die Letalität im gleichen Ausmaß gestiegen. Für diesen Qualitätsindikator wurde deshalb ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Im Rahmen der Einzelfallanalysen konnte gezeigt werden, dass neue Operationsmethoden wie NOTES oder NOS (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) nicht zur Erhöhung der Letalitätsrate beigetragen haben. Auffällig ist die deutliche Zunahme des Anteils von schwerkranken Patienten (ASA 4 und 5), hier ist auch die Letalität entsprechend hoch. Möglicherweise wurden diese Patienten früher konservativ behandelt und sind somit nicht in die Qualitätssicherung eingegangen.

Von der BQS wurde ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden.

In Sachsen sind im Jahr 2008 107 von 8.284 Patienten nach einer Cholezystektomie verstorben (= 1,3 %). 63 Patienten (0,8 %) wurden primär in die ASA-Klassifikation 1 – 3 eingestuft. Diese Patienten wurden im Strukturierten Dialog analysiert. In 17 Fällen hätten die Patienten anhand ihrer Begleiterkrankungen in die ASA-Klassifikation 4/5 eingestuft werden müssen, auch bei weiteren 7 Patienten lag eine Fehldokumentation vor (simultane Cholezystektomie im Rahmen eines anderen Eingriffes). Es verbleiben noch 39 verstorbene Patienten in der ASA-Gruppe 1 – 3. Folgende Todesursachen wurden dokumentiert:

- kardiopulmonale Dekompensation: 12 Patienten
- Sepsis: 8 Patienten
- Pneumonie: 7 Patienten
- Multiorganversagen: 4 Patienten
- ERCP-Komplikation: 3 Patienten
- Apoplex: 2 Patienten
- Mesenterialinfarkt, Enzephalitis, akute GIB: je 1 Patient

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

Ausblick

Die Fachgruppe Chirurgie kann feststellen, dass 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. Dies wird auf Landesebene in den bekannten Modulen auch 2010 fortgesetzt. Bundesweit wurde der Auftrag zur Qualitätssicherung dem AQUA-Institut übergeben. Inwieweit die Erfahrungen der BQS übernommen werden oder ob und wie schnell neue Wege eingeschlagen werden, bleibt abzuwarten. Ziel ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang 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.



Leistungsbereich: Orthopädie/Unfallchirurgie

Mitglieder der Arbeitsgruppe
Orthopädie/Unfallchirurgie
Prof. Dr. med. habil. Felix Bonnaire,
Vorsitzender
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt,
Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs-
und Handchirurgie
Dr. med. Volker Burkhardt
MDK Leipzig
Dr. med. Stephan Kirschner
Universitätsklinikum Dresden,
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
Prof. Dr. med. habil. Christian Melzer
Wald-Krankenhaus Bad Dübener,
Fachkrankenhaus für Orthopädie
Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Sandner
Ruhestand
Dr. med. Friedemann Steinfeldt
Reha-Zentrum Raupennest
Michael Wolf
Orthopädisches Zentrum,
Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH

Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation und Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Chr. Melzer

Im Freistaat Sachsen nahmen im Jahr 2008 56 Krankenhäuser an der Qualitätssicherung Hüft-TEP-Erstimplantation (17/2) und 55 Krankenhäuser an der Qualitätssicherung Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel (17/3) teil.

Insgesamt wurden in Sachsen 8.786 Hüft-TEP-Erstimplantationen durchgeführt, das entspricht 5,6 % der Implantationen bundesweit.

Im gleichen Zeitraum wurden in sächsischen Krankenhäusern 1.259 TEP-Wechsel resp. -Komponentenwechsel vorgenommen, das entspricht 5,6 % der Fälle auf Bundesebene.

Ergebnisse in Sachsen im Vergleich zur gesamtdeutschen Erhebung

Bei der Hüft-TEP (HTEP) zur Behandlung der Coxarthrose handelt es sich um einen elektiven operativen Eingriff. Es wird deshalb eine strenge Indikationsstellung gefordert. Die europäische Leitlinie (ZHANG et al. 2005) definiert therapierefraktäre Schmerzen und Bewegungseinschränkung (Ext./Flex. < 0/0/90°, Abd./Add. < 20/0/10° und Rot.

< 20°) in Verbindung mit radiologischen Arthrosezeichen (Kellgren-Lawrence-Score) als Indikation zum Hüftgelenkersatz. Die Kriterien Ruhe- und/oder Bewegungsschmerz, Beweglichkeit und der Röntgenbefund (Abb.1) gehen in die Berechnung des Qualitätsindikators (QI) „Indikation zur Operation“ ein. Um die röntgenologischen Veränderungen zu quantifizieren, wurde dem Kellgren-Lawrence-Score (KELLGREN u. LAWRENCE 1957) eine Punktebewertung zugeordnet.

Die Zahl der TEP-Implantationen nimmt kontinuierlich zu (2008 in Sachsen Zunahme um 0,3 %).

Die Erfassung der Kriterien zur Indikationsstellung lässt nach wie vor zu wünschen übrig, auch wenn im Vergleich zum Vorjahr ein positiver Trend erkennbar ist. Im Vergleich zur gesamtdeutschen Datenlage mit 87,7 % schneidet Sachsen mit 94,6 % (Vorjahr 89,6 %) deutlich besser ab. Es bleibt zu hoffen, dass sich in den folgenden Jahren dieser QI den 100 % nähert.

Eine postoperative (p.o.) Infektion bei einem elektiven, aseptischen Eingriff ist eine schwere Komplikation. Lange Hospitalisationszeiten, eine antibiotische Langzeitbehandlung und notwendige Revisionen führen zu erheblichen Kosten. Der Nutzen einer perioperativen Antibiotika-Prophylaxe für die Vermeidung einer Pro-

theseninfektion ist unbestritten und wurde durch zahlreiche nationale und internationale Studien nachgewiesen (MANGRAM et al. 1999, STÜRMER 1999, Arbeitskreis Krankenhaus Hygiene der AWMF 2004 u.a.).

In Sachsen und bundesweit wurde entsprechend den Empfehlungen eine Antibiotika-Prophylaxe in über 99 % durchgeführt.

Bei folgenden QI schneidet Sachsen im Vergleich zur bundesweiten Erhebung besser ab.

- Implantatfehlange, Implantatdislokation/-fraktur: Sachsen 0,7 % (Bund 1 %)
- TEP-Luxation: Sachsen 0,3 % (Bund 0,4 %)
- Wundhämatom/Nachblutung: Sachsen 1,2 % (Bund 1,3 %)
- Re-OP wegen Komplikation: Sachsen 1,8 % (Bund 1,9 %)
- Letalität: Sachsen 0,1 % (Bund 0,2 %).

Identische Ergebnisse ergeben sich für Gefäßläsionen und Nervenschäden mit 0,4 %, bei der p.o. Beweglichkeit (Ext./Flex. \geq 0/0/70°) zum Zeitpunkt der Entlassung mit 97 % und der Gehfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt aus dem Akutkrankenhaus mit 99 %. Geringfügig schlechter fallen die Ergebnisse bei der p.o. Wundinfektion mit 0,8 % für Sachsen und 0,7 % im Bundesdurchschnitt aus.

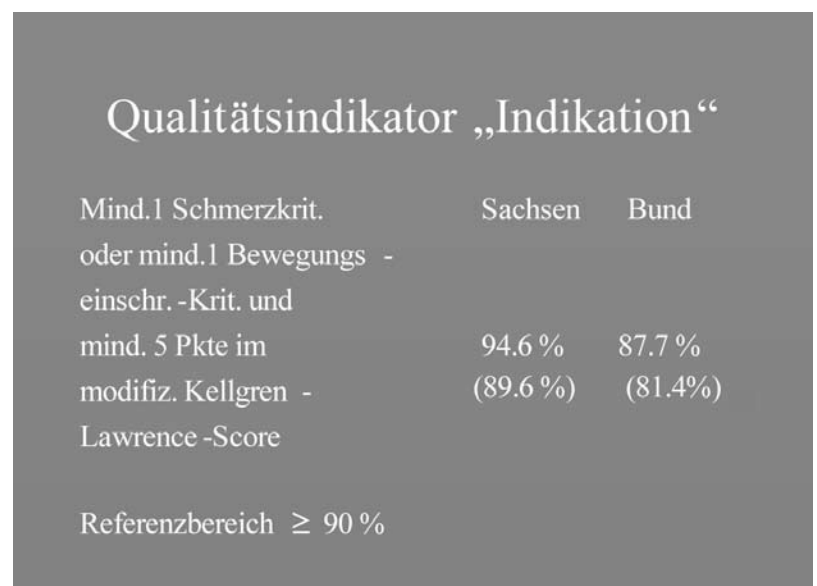


Abb. 1: Indikation zur Hüft-TEP (Kellgren-Lawrence-Score mit 10 Punkten)



Abb. 2: Indikation zum Wechsel der Femur-Komponente bei periprotetischer Fraktur

Ein HTEP-Wechsel ist bei Implantat-Lockerung, Knochenverlust im Bereich des Implantatlagers, ausbleibender knöcherner Integration bei zementfreier Implantation, akuter oder chronischer Infektion, Implantatbruch oder periprotetischer Fraktur (Abb. 2) indiziert.

Als Revision Burden wird das Verhältnis der Zahl der Revisionen in einem Land zur Gesamtzahl der TEP-Implantationen bezeichnet. Die Ergebnisse in Deutschland sind im internationalen Vergleich mit 11,6 % relativ gut (Sachsen 14 %, Dänemark 14,5 %, USA 17,5 %, Kanada 9 %).

Sichere Aussagen zur Standzeit von HTEPs lassen sich nur durch eine Langzeitbeobachtung in Form eines Endoprothesen-Registers gewinnen. So lange in Deutschland kein entsprechendes Register existiert, sind nur eingeschränkte Aussagen zur Versorgungs-Qualität in der Langzeitbeobachtung möglich.

Beim HTEP- und Komponenten-Wechsel wurden in Sachsen verglichen mit der bundesweiten Erhebung bei folgenden QI bessere Resultate erzielt:

- „Indikation zur Operation“: Sachsen 93,8 % (Bund 92 %)
- Implantatfehlage, Implantatdislokation/-fraktur: Sachsen 1,7 % (Bund 2,2 %)
- TEP-Luxation: Sachsen: 1,7 % (Bund 2 %)

- Gefäßläsionen und Nervenschäden: Sachsen 0,7 % (Bund 0,8 %)
- Re-OP wegen Komplikation: Sachsen 5,5 % (Bund 5,6 %)
- Perioperative Antibiotika-Prophylaxe: Sachsen 99,8 % (Bund 99,4 %)
- Gehfähigkeit bei Entlassung: Sachsen 1,1 % (Bund 2,0 %)

Identische Ergebnisse im Vergleich zum Bund bestanden bei der Letalität mit 1,3 %.

Im Vergleich häufiger aufgetreten sind ein Wundhämatom oder eine Nachblutung (Sachsen 3,5 %, Bund 3,1 %) und p.o. Wundinfektionen (Sachsen 4,1 %, Bund 2,8 %).

Schwerpunkte des Strukturierten Dialogs

Bei dem QI „Indikation zur OP“ (HTEP-Implantation) stellte sich im Strukturierten Dialog heraus, dass es sich überwiegend um Dokumentationsfehler handelte. Eine Optimierung der klinischen Untersuchung und Röntgenbefundung sowie der Dokumentation sind zu fordern. Eine Klinik ist erstmals auffällig.

P.o. Wundinfektionen traten gehäuft bei längeren OP-Zeiten auf und betrafen Kliniken mit niedrigen Fallzahlen. Eine Klinik war bei diesem QI erstmals auffällig, zwei Kliniken müssen im nächsten Jahr kontrolliert werden.

In Bezug auf die geforderte Mindestbeweglichkeit von Ext./Flex. 0/0/70° zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus waren die Kliniken unauffällig. Teilweise wurde eine Verkürzung der Verweildauer angegeben, dies trifft jedoch auf sämtliche Kliniken in Sachsen gleichermaßen zu.

Eine Klinik war wegen Gefäßläsionen und Nervenschäden erstmals auffällig. Betroffen waren erneut Kliniken mit geringen Fallzahlen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse beim HTEP-Wechsel und -Komponentenwechsel sind in noch höherem Maße von der Fallzahl abhängig, als dies bei der primären TEP-Implantation der Fall ist. In einzelnen sächsischen Kliniken wurden im Jahre 2008 lediglich 3 HTEP-Wechsel durchgeführt mit entsprechend hoher Komplikationsrate. Im Unterschied zu Knie-TEP-Implantationen wird für Hüft-TEP-Implantationen keine Mindestzahl gefordert. Die vorliegenden Daten von sächsischen Krankenhäusern und bundesweit weisen auf eine deutlich niedrigere Komplikationsrate bei Kliniken mit hohen Fallzahlen hin, zum Beispiel bei Implantatfehlagen/Implantatlockerungen und Frakturen mit 0 – 50 % bei weniger als 10 Fällen jährlich gegenüber 0 – 9,4 % bei mehr als 10 Fällen. Ähnlich verhält es sich mit p.o. auftretenden Luxationen mit 0 – 100 % bei weniger als 10 Fällen jährlich im Vergleich zu 0 – 8,2 % bei mehr als 10 Fällen jährlich. Die fallzahlabhängigen Unterschiede betreffen auch Gefäßverletzungen, Nervenschäden, Wundhämatome, Nachblutungen, die Infektionsrate und Letalität.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie bei der Sächsischen Landesärztekammer haben sich zum Ziel gesetzt, in sächsischen Krankenhäusern sowohl bei der Hüft-TEP-Erstimplantation als auch bei TEP-Wechsel-Operationen eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Leistungsbereich: Orthopädie / Unfallchirurgie

Hüftgelenknahe Femurfrakturen

K. Sandner

Im Freistaat Sachsen beteiligten sich im Jahre 2008 63 Krankenhäuser an der Qualitätssicherung hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1). Insgesamt wurden 5.292 Datensätze mit hüftgelenknahen Femurfrakturen eingebracht. 2.545 Patienten (48,1 %) entfielen auf mediale Schenkelhalsfrakturen und 2.794 Patienten (51,9 %) auf pertrochantäre Oberschenkelhalsfrakturen (Abb. 1).

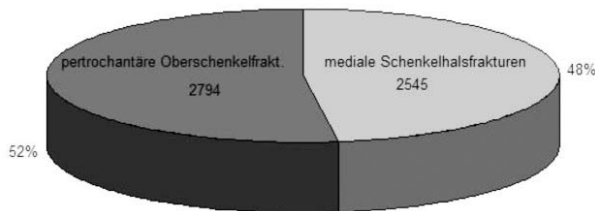


Abb. 1: Hüftgelenknahe Oberschenkelhalsfrakturen im Freistaat Sachsen 2008

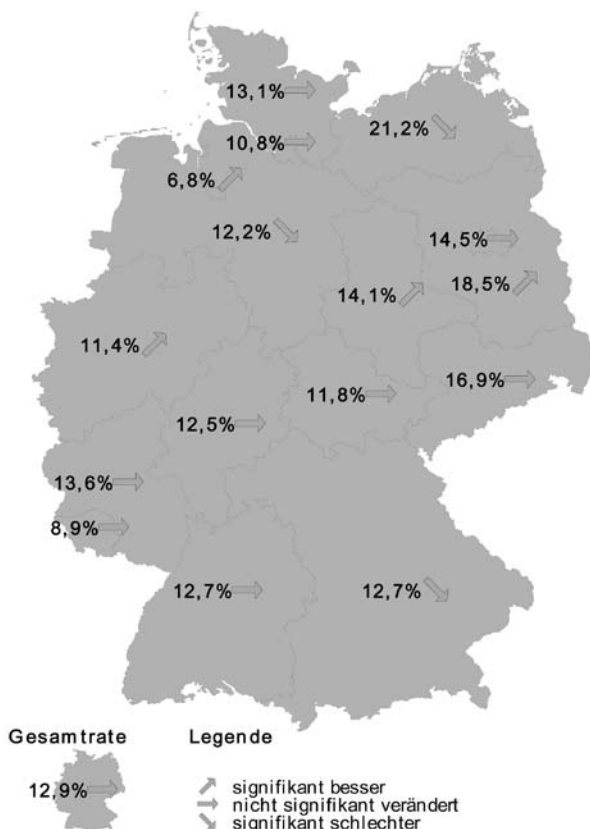


Abb. 2: Präoperative Verweildauer bei hüftgelenknahen Femurfrakturen, „Regionale Ergebnisse 2007 mit Veränderungen seit 2005“ (Quelle: BQS, Bundesauswertung 2007, „Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf“)

Von der BQS (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung) wurden für das Jahr 2008 folgende Qualitätsindikatoren für die hüftgelenknahe Femurfraktur festgelegt:

Indikatoren mit definiertem Referenzbereich (mit Strukturiertem Dialog):

- QI 1 Präoperative Verweildauer
- QI 2 Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur
- QI 3 Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- QI 4 Gehfähigkeit bei Entlassung
- QI 5 Gefäßläsion oder Nervenschaden
- QI 6 Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur
- QI 7 Endoprothesenluxation
- QI 8 Postoperative Wundinfektion
- QI 9 Wundhämatome / Nachblutungen
- QI 10 Allgemeine postoperative Komplikationen
- QI 11 Reoperationen wegen Komplikation
- QI 12 Letalität

- 12a – bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
- 12b – bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung

Indikatoren ohne definiertem Referenzbereich (ohne Strukturiertem Dialog):

- QI 12 Letalität
 - 12c – bei Patienten mit ASA 1 bis 2
 - 12d – bei Patienten mit ASA 3

Bei dem Qualitätsindikator kurze präoperative Verweildauer (Referenzbereich ≤ 15 %) erreichte das Bundesland Sachsen insgesamt mit 14,9 % das Qualitätsziel, lag jedoch noch mit 3,3 % über dem Bundesdurchschnitt von 11,6 %.

Bei der operativen Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen waren 26 Krankenhäuser (41,3 %) rechnerisch auffällig, davon 16 Einrichtungen (25,4 %) wiederholt. Bei 14,9 % der Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen (790 von 5.287 Patienten) erfolgte die Operation nach mehr als 48 Stunden nach dem Unfallereignis. Dieser Qualitätsindikator lag im Jahr 2008 um 2,0 % niedriger als im Jahr 2007 (866 von 5.136 = 16,9 %). Der Bundesdurchschnitt wurde 2007 mit 12,9 % ermittelt (Abb. 2).

Die Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer forderte zum Punkt präoperative Verweildauer 17 Krankenhäuser zu Stellungnahmen auf. Die Rücklaufquote betrug 94,1 %. 7 Krankenhäuser wurden von der Arbeitsgruppe nach den Stellungnahmen im Strukturiertem Dialog als auffällig, 3 davon als wiederholt auffällig eingestuft. Ein Krankenhaus wurde zum Gespräch in die Ärztekammer eingeladen.

Als Argumente für die verlängerte präoperative Verweildauer wurden angeführt: besonderes Patientengut, hohe Komorbidität sowie das Alter der Patienten, die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten, juristische Probleme bei demenzbeziehungsweise anderweitig geschäftsunfähigen Patienten, Defizite bei ärztlichen Versorgungsstrukturen während der Bereitschaftsdienstzeiten, wie zum Beispiel keine Unfallchirurgen im Wochenenddienst und endoprothetische Versorgung an Wochenenden bzw. an Feiertagen in kleineren chirurgischen Einrichtungen nicht möglich.

Außerdem wurden Mängel in der sofortigen Vorbereitung der Patienten zur Operation nach dem Eintreffen ins Krankenhaus sichtbar. In der Abbildung 3 ist der prozentuale Anteil der Patienten, die an den einzelnen Wochentagen aufgenommen bzw. operiert wurden, dargestellt. (Grafik von Prof. Dr. med. Rüdiger Smektala, Ruhr-Universität Bochum, Daten für das Jahr 2007 in Nordrhein-Westfalen).

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

Mediale Schenkelhalsfrakturen bei Patienten > 80 Jahre und Garden III und IV wurden 2008 98,4 % (925 von 940 Patienten) endoprothetisch (TEP, monopolare Femurkopfprothesen, Duokopfprothesen) versorgt, ein Plus von 0,2 % im Vergleich zum Jahr 2007.

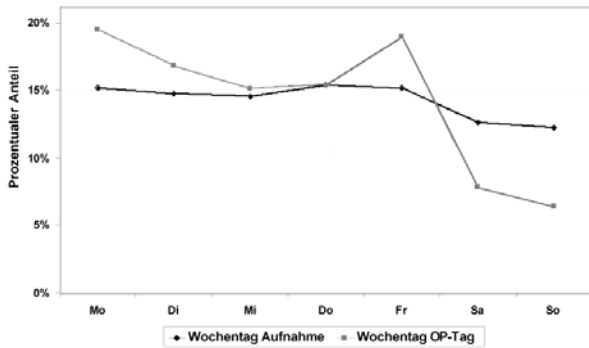


Abb. 3: Wochentag Aufnahme / OP-Tag
(Quelle: Grafik von Prof. Dr. med. Rüdiger Smektala, Ruhr-Universität Bochum, Daten für das Jahr 2007 in Nordrhein-Westfalen).

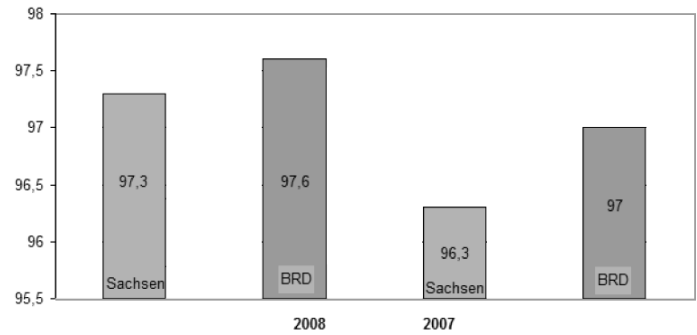


Abb. 4: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

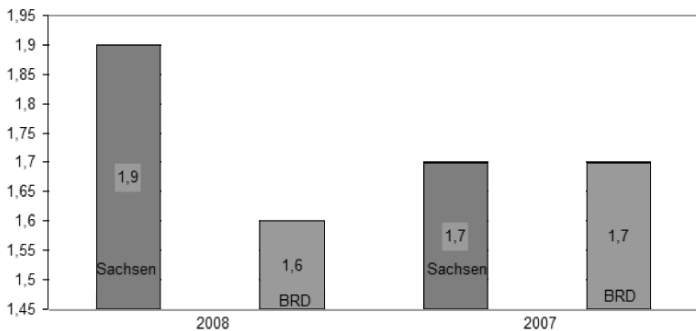


Abb. 5: Postoperative Wundinfektion
(Referenzbereich: ≤ 5 % (Toleranzbereich))

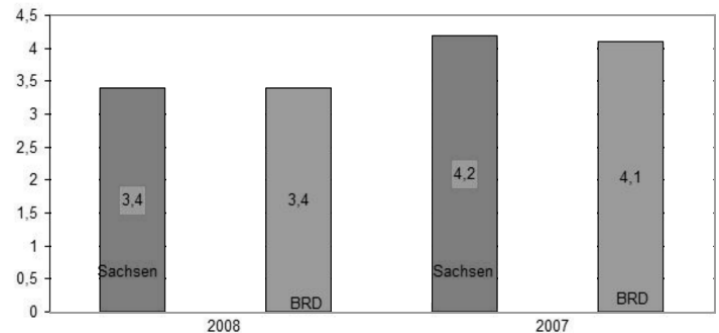


Abb. 6: Reoperationen wegen Komplikationen
(Referenzbereich: ≤ 12 % (Toleranzbereich))

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

5.145 von 5.287 Patienten (97,3 %) erhielten eine perioperative Antibiotikaprophylaxe (im Vergleich zu 2007 96,3 %, Abb. 4), wobei 96,1 % auf die osteosynthetische und 99,0 % auf die endoprothetische Versorgung entfielen.

Beim Qualitätsindikator Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur wurde der vorgegebene Referenzbereich ≤ 2 % (Toleranzbereich) bei den hüftgelenknahen Femurfrakturen mit 0,9 % (48 von 5.287 Patienten) erfüllt. 12 Krankenhäuser lagen rechnerisch über dem vorgegebenen Referenzbereich. Von 6 Krankenhäusern wurden von der Arbeitsgruppe Stellungnahmen angefordert. Alle Einrichtungen konnten nach erfolgter Stellungnahme als unauffällig eingestuft werden.

Der Qualitätsindikator postoperative Wundinfektion bei hüftgelenknahen Femurfrakturen (Referenzbereich

≤ 5 %) wurde landesweit erfüllt. Der Durchschnitt lag bei 1,9 % (102 von 5.287 Patienten). Auf die osteosynthetische Versorgung entfielen 1,3 % (41 von 3.111 Patienten) und auf die endoprothetische Versorgung 2,8 % (61 von 2.143 Patienten). Den Vergleich zu 2007 (1,7 %, 1,1 % und 2,6 %) können Sie der Abb. 5 entnehmen.

Bei der postoperativen Wundinfektion waren 7 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. Ein Krankenhaus wurde von der Arbeitsgruppe zur Stellungnahme aufgefordert und konnte abschließend als unauffällig eingestuft werden.

Der Qualitätsindikator Wundhämatome/Nachblutungen lag in Sachsen bei 1,9 % (98 von 5.287 Patienten, Referenzbereich ≤ 12 %) und damit um 0,9 % niedriger als im Jahr 2007 (146 von 5.136 Patienten).

Der Qualitätsindikator Allgemeine postoperative Komplikationen (Referenzbereich $\leq 8,7$ % (Toleranzbereich; 95 %-Perzentil)) lag bei 3,7 %. Bei 47 von 5.287 Patienten trat trotz Prophylaxe eine Lungenembolie auf.

6 Einrichtungen waren rechnerisch auffällig. 3 Krankenhäuser wurden von der Arbeitsgruppe zur Stellungnahme aufgefordert und konnten nach erfolgter Stellungnahme als unauffällig eingestuft werden.

Die Reoperationen wegen Komplikationen lagen im Jahre 2008 bei 3,4 % (179 von 5.287 Patienten). Sie waren im Vergleich zum Jahr 2007 (218 von 5.136 Patienten) um 0,8 % niedriger (Abb. 6). 2,7 % (83 von 3.111 Patienten) (*3,4 % 2007) entfielen hierbei auf die osteosynthetische und 4,4 % (95 von 2.143 Patienten) (*5,5 % 2007) auf die endoprothetische Versorgung.

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

Kontaktaufnahme bitte über die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Hygiene aktuell

Internationale Bescheinigungen über Impfungen – Impfbuch, Notfallausweis, Organspendeausweis

Die „Internationale Bescheinigungen über Impfungen“, auch „Impfbuch“ genannt, sind in Kombination mit dem „Notfallausweis“ und dem „Organspendeausweis“ in einem Dokument zusammengefasst worden, erarbeitet vor zwölf Jahren von der Sächsischen Impfkommission und dem Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Vom Autor wurde er laufend, letztmalig im Dezember 2009, den neuen Gesetzlichkeiten und Impfpfehlungen angepasst.

Der Hauptgrund für die Schaffung dieses Impfbuches „nach sächsischem Muster“ war die Unübersichtlichkeit der zahlreichen im Gebrauch befindlichen „Internationalen Impfausweise“, ausgelöst durch die Tatsache, dass der § 16(2) des bis 2000 gültig gewesenen Bundesseuchengesetzes niemals verwirklicht wurde. Dort hieß es: „Das Impfbuch muß einem bundeseinheitlichen Muster entsprechen. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates ein Muster für das Impfbuch festzulegen...“ In dem ab 2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 22 ist dies nicht mehr gefordert. Hinzu kommt an Gründen, dass der Impfausweis der ehemaligen DDR nicht zweisprachig (deutsch und englisch) abgefasst war, weshalb er im Rahmen der ausgeprägten Reise-tätigkeit nach der Wiedervereinigung nicht mehr als „Internationaler Impfausweis“ bezeichnet und benutzt werden konnte. Die vergrößerte Anzahl der gegenwärtig empfohlenen Impfungen ist ein weiteres überzeugendes Argument für eine notwendige Übersichtlichkeit: Mussten zum Beispiel 1985 Impfungen gegen acht Infektionskrankheiten dokumentiert werden, so sind es 2010 23.

Der gegenwärtige Zustand ist ein Durcheinander in der Dokumentation, was insbesondere bei Jugendli-

chen, mehr noch bei Erwachsenen die Beratung, Kontrolle und Durchführung notwendiger Impfungen nach den jeweils aktuellen Impfpfehlungen erheblich erschwert.

Oft werden deshalb Impfungen unnötig wiederholt oder nicht zeitgerecht durchgeführt. Letztendlich ist eine exakte Impfdokumentation von ausschlaggebender Bedeutung für die Bewertung von Entschädigungsansprüchen bei Anträgen auf „Versorgung bei Impfschäden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ nach § 60f. IfSG. Die meisten Erwachsenen haben gegenwärtig mehrere Dokumente; etwa 40 Prozent der über Fünfzigjährigen haben gar keinen schriftlichen Impfnachweis mehr.

Dies soll durch das neue Dokument mithilfe aller Impfpärzte in Sachsen geändert werden.

Das Dokument „Internationale Bescheinigungen über Impfungen – Impfbuch, Notfallausweis, Organspendeausweis“ ist äußerlich nicht von anderen „Impfausweisen“ zu unterscheiden, ist aber gegliedert und hat daher 36 Seiten.

Die Vorteile sind:

- Das Inhaltsverzeichnis auf der vorletzten Seite ermöglicht ein rasches Auffinden der gesuchten Impfung.
- Jede Impfung (außer Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten) sieht auf einer Seite für sich.
- Es sind auch serologische und andere Parameter mit enthalten (zum Beispiel: Antikörperbestimmungen gegen Tetanus-, Diphtherie-, Masern-, Röteln-, Hepatitis A- und B-Infektionen).
- Es sind integriert der Organspende- und Notfallausweis.
- Der Impfkalendar wird nur eingelegt, nicht eingedruckt, da der Impfkalendar oft ergänzt wird, das Impfbuch aber soll lebenslang aufbewahrt werden, weil es auch bis zum Lebensende gültig bleibt.
- Dieses Impfbuch erfüllt als einziges die gesetzlichen Forderungen nach § 22 IfSG (3)

Es werden auf Seite 2 Hinweise für Verhaltensregeln beim Auftreten von unerwünschten Impfreaktionen gegeben.

Laut Verlagsmitteilung wird dieser Impfausweis bundesweit wegen seiner Übersichtlichkeit unter anderem auch von staatlichen Behörden benutzt.

Jeder Impfarzt in Sachsen wird hiermit aufgefordert, dieses vor zwölf Jahren entwickelte und aktualisierte Dokument „Internationale Bescheinigungen über Impfungen – Impfbuch, Notfallausweis, Organspendeausweis“ zu benutzen oder neu auszustellen. Dabei ist zu beachten, dass zwecks Übersichtlichkeit alle verfügbaren Impfdokumente chronologisch geordnet mit eingetragen werden; beim Übertragen von nicht selbst durchgeführten Impfungen mit dem entsprechenden Vermerk „übertragen“. Rechtsgrundlage ist der § 22 (1) „Impfausweis“ des IfSG: „Der impfende Arzt hat den Inhalt der Impfbescheinigung auf Verlangen in den Impfausweis einzutragen. Im Falle seiner Verhinderung hat das Gesundheitsamt die Eintragung nach Satz 2 vorzunehmen“. Da die Gesundheitsämter seit der Verwaltungsstrukturreform oft weit entfernt und zudem in der Arbeitskapazität beschränkt sind, sollte diese Aufgabe von den Impfpärzten wahrgenommen werden. Es wird darüber hinaus an alle Ärzte appelliert, auch den Notfallausweis mit auszufüllen (Blutgruppe, chronische Krankheiten wie Allergien oder Endoprothesen usw.) und für die Bereitschaft einer Organspende mit zu werben und diese auf Seite 35 zu dokumentieren.

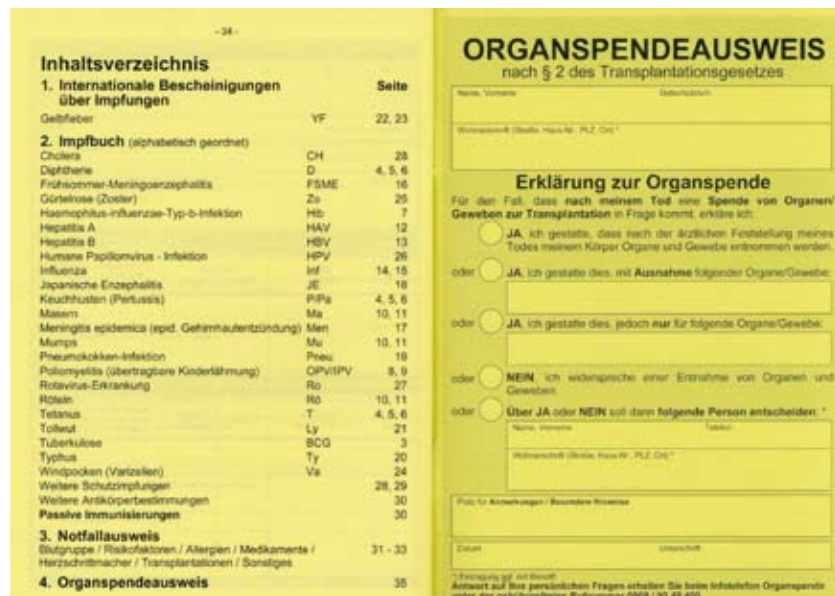
Dieses Dokument „Internationale Bescheinigungen über Impfungen – Impfbuch, Notfallausweis, Organspendeausweis“ ist vom zuständigen Gesundheitsamt oder direkt vom Verlag W. Kohlhammer GmbH, Deutscher Gemeindeverlag GmbH, Heßbühlstraße 69, 70565 Stuttgart, unter der Bestellnummer: 14/513/0572/40 (dgv@kohlhammer.de, Bestellfax: 0711 7863-8400) zu beziehen. Der Preis beträgt je bestellter Menge etwa 1.00 EUR.

Da die Vergütung nicht über die KVS-Abrechnung möglich ist, sollte der vom Impfling zu bezahlende Betrag sich orientieren an den Kosten, die die Gesundheitsämter erheben:

10 EUR plus Kosten des Impfausweises. (Analogie zu 8. Sächsisches Kostenverzeichnis: Achte Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Bestimmung der Verwaltungsgebühren und Auslagen vom 17. Okt. 2008 (GVBl. Nr. 17 vom 17.12.2008, S. 661, 12.11.2009, S. 565, 02.12.2009, S. 624).

Es soll noch darauf hingewiesen werden, dass dieser schriftliche Impfausweis auch im EDV-Zeitalter noch jahrzehntelang existieren wird. Selbstverständlich hat sich die Sächsische Impfkommision seit Jahren bemüht, eine „Sächsische Impfdatenbank“ an den Gesundheitsämtern zu etablieren, wie dies zum Beispiel in nordischen Ländern längst üblich ist. Nicht realisiert ist dieses Projekt gegenwärtig lediglich noch nicht wegen des Fehlens einer datenschutzrechtlichen Verordnung, obwohl die gesetzliche Grundlage bereits zur Wiedervereinigung im SächsGDG vom 11. Dezeber 1991 (SächsGVBl. S.413) im § 1 (1) 4. „... der öffentliche Gesundheitsdienst führt Schutzimpfungen durch einschließlich deren Dokumentation“ gelegt wurde. Bleibt zu hoffen, dass das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz seinen diesbezüglichen Verpflichtungen baldigst nachkommt.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Chemnitz



IMPFKALENDER für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Stand 01.01.2010)	
Lebensalter	Impfung gegen
ab 7. Lebenswoche	Impfung gegen Rotaviren 2- bis 3-malige Schutzimpfung (je nach Impfstoff)
ab 3. Lebensmonat	Beginn der Grundimmunisierung gegen: Diphtherie (D), Keuchhusten (Pa), Tetanus (T), Haemophilus-influenzae-Typ b (Hib), Kinderlähmung (Pv), Hepatitis (Hsv) (trif. Hepatitis A und B ab 13. Monat) Kontaktschutzimpfstoffe beinhalten 3 Injektionen; Meningokokken C (3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr) konjugierter Impfstoff; Pneumokokken (3. Lebensmonat bis 2. Lebensjahr) konjugierter Impfstoff
ab 7. Lebensmonat	Virusgrippe (Influenza) jährlich (Virusinfektionen beachten)
ab 13. Lebensmonat	Grundimmunisierung gegen: D, Pa, T, Hib, PpV, Hsv, Pneumokokken und Meningokokken C vervollständigen Masern-Mumps-Röteln (MMR) 1. Impfung Hepatitis A und B Grundimmunisierung 3 Injektionen; falls nicht im Säuglingsalter mit Hib/ begonnen, wenn ja, Hepatitis A intravenös impfen (2 Injektionen) Varizellen (Windpocken) (VZV) , 1. Impfung für alle Kinder mit negativer Windpockenanamnese
ab 6. Lebensjahr	Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (Tippa oder DTPa) Auffrischung Masern-Mumps-Röteln (MMR) 2. Impfung Varizellen (Windpocken) (VZV) 2. Impfung
ab 11. Lebensjahr	Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (Tippa) Kinderlähmung (Pv) Auffrischung, Vierfach-Impfung
13.-18. Lebensjahr	Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für alle Mädchen / weiblichen Jugendlichen 3 Injektionen
ab 10. Lebensjahr	Gürtelrose (Herpes zoster) , 1-malig
ab 60. Lebensjahr	Pneumokokken 1 Injektion (alle 5 Jahre)
alle 10 Jahre	Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (Tippa) Kinderlähmung (Pv) Auffrischung, vierfach-Impfung

Hautveränderungen als Leitsymptom¹⁾

G. Wozel

Einleitung

Das Organ Haut ist diagnostisch exzellent zugänglich. Deshalb sind Assoziationen zwischen Veränderungen der Haut und Erkrankungen der inneren Organe seit langem bekannt und hinreichend dokumentiert. Im Gegensatz dazu ist die Pathogenese dieser dermatologischen Leitsymptome überwiegend ungeklärt, spekulativ und heterogen. Neue molekulare Erkenntnisse sind durch die zunehmend genutzten „targeted therapies“ in Onkologie und Dermatologie zu erwarten (z. B. VEGFR-Tyrosinkinase-Inhibitoren, TNF α -Antagonisten). Aus klinischer Perspektive hat das Gewahrwerden bestimmter Hautveränderungen eine Signalfunktion. Im Folgenden werden deshalb häufige, charakteristische oder prognoserelevante Hautmanifestationen – quasi als Leitsymptome – zusammengestellt. Der Anspruch an eine vollständige Darstellung ist nicht zu erfüllen. Angesichts der Heterogenität kutaner Leitsymptome wird ein klinisch orientiertes Klassifizierungssystem gewählt.

Hautveränderungen bei:

- Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes,
- Stoffwechselleiden, insbesondere Diabetes mellitus und
- obligate paraneoplastische Syndrome.

Hautveränderungen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Die kutane Symptomatik bei rheumatologischen Systemerkrankungen wie Lupus erythematodes (LE), progressive Systemsklerose (pSS), Dermatomyositis (DM), Psoriasis-Arthritis (PsA), Arthritis urica (Au) ist in all ihren Facetten diagnostisch ausge-

sprochen charakteristisch, teils dominant und teils krankheitsdefinierend. Es soll lediglich schlaglichtartig an Schmetterlingserythem bei LE, Mikrostomie („Tabaksbeutelmund“) bei pSS, heliotrope Lidschwellung bei DM, Gichttophi bei Au und Daktylitis/Enthesitis bei PsA erinnert werden. Diese Erkrankungen sind gut definierte Entitäten, haben Komplexcharakter und sollen in diesem Rahmen nicht berücksichtigt werden.

Bei rheumatologischen Erkrankungen sind unter dermatologischem Aspekt an erster Stelle die sogenannten neutrophilen Dermatosen zu nennen. Es handelt sich dabei um nicht-infektiöse klinisch charakterisierte Krankheitsbilder, deren gemeinsames histologisches Merkmal die Akkumulation von polymorphkernigen neutrophilen Granulozyten (PMN) in der Haut ist. Fakultativ besteht bei allen eine Assoziation zu autoimmunen oder lympho-/myeloproliferativen Erkrankungen. Vordergründig handelt es sich um drei Krankheitsbilder:

- Akute febrile neutrophile Dermato-
tose (SWEET-Syndrom),
- Pyoderma gangraenosum,
- Rheumatoide neutrophile Dermato-
tose.

Akute febrile neutrophile Dermato- tose (SWEET-Syndrom)

Bei dieser eher seltenen Dermato-
tose besteht die Symptomentrias Fieber,

Hautläsionen und Leukozytose. Für Patienten meist eindrucksvoll treten ödematös gerötete, rund-ovale, erhabene Herde in unterschiedlicher Größe an Stamm und Extremitäten auf (Abb. 1). Im Vollbild der Erkrankung klagen die Patienten teils über Schmerzhaftigkeit der Läsionen, Arthralgien, Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl. Laborchemisch finden sich Erhöhungen der Akutphasenproteine und eine periphere Leukozytose, die teils leukämioide Zahlen erreichen kann. Diagnostisch wegweisend ist eine histologische Untersuchung: Ödem der papillaren Dermis mit dominanter Infiltration von PMN's. Die Ursache der Dermato-
tose ist – abgesehen von möglichen medikamenteninduzierten Formen (zum Beispiel B. GCSF, Imatinib, Minocyclin, Kontrazeptiva, Hydralazin, u. a.) – unbekannt [6]. Wichtig ist jedoch die in verschiedener Häufigkeit auftretende Assoziation mit Rheumatoid-Arthritis, Sjögren-Syndrom und in 25 – 30 % hämatologischen Neoplasien, nach denen gesucht werden muss. Zur Therapie stehen Glucocorticosteroide (zum Beispiel Prednison 0,5 – 1 mg/kg) als erstes Mittel der Wahl zur Verfügung. Bei chronisch-rezidivierendem Verlauf finden Immunsuppressiva, Dapson und TNF α -Antagonisten Anwendung. Mögliche Grunderkrankungen bedürfen einer krankheitsspezifischen Therapie.



Abb. 1: Sweet-Syndrom

¹⁾ Auszugsweise vorgetragen im Rahmen des Fortbildungssemesters der Sächsischen Landesärztekammer Frühjahr 2010 „Leitsymptome“ am 3. März 2010 in Dresden

Pyoderma gangraenosum

Die in der Namensgebung des Krankheitsbildes vermutete infektiöse Genese ist falsch. Das „Pyoderma“ ist eine nicht-ansteckende, ulzerierende Hauterkrankung, mit häufig rascher Entwicklung (Abb. 2). Initial besteht meist eine Pustel, die schnell Größenwachstum zeigt, später ulzeriert und teils Schmerzen verursacht. Das Pyoderma gangraenosum kann unilokulär oder multilokulär auftreten. Befallen sind sehr häufig die unteren Extremitäten. Typischerweise ist der Randwall des Ulcus zur gesunden Haut aufgeworfen, leicht verletzlich und unterminiert. Das Pyo-



Abb. 2: Pyoderma gangraenosum (klassische Variante)

derma gangraenosum entwickelt sich teilweise in wenigen Tagen und kann schnell zu nekrotischen Belägen führen. Histologisch besteht eine abszedierende Entzündung der Dermis mit Präsenz von PMN's. In der aktiven Krankheitsphase ohne Therapie lässt sich das sogenannte Pathergiephänomen auslösen. Dabei führen Minimaltraumen, zum Beispiel Inkrutantestungen oder Verletzungen mit spitzen Gegenständen zu einer hämorrhagischen nekrotisierenden Entzündung in loco, aus der sich nachfolgend ein Pyoderma gangraenosum entwickeln kann. Selbst nach operativen Eingriffen besteht teils die Gefahr, dass die zunächst unauffällige OP-Wunde sich in ein Pyoderma gangraenosum transformiert. Klinisch werden vier Varianten unterschieden: klassisch, atypisch, peristomal, mucosal [6]. Das Pyo-

derma ist in 25 – 30 % mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, in ca. 10 % mit Rheumatoid-Arthritis und in 15 % auch mit Hämoblastosen vergesellschaftet. Auslösung durch Medikamente ist möglich (zum Beispiel Interferon).

Zur Unterbrechung der Entzündungskaskade finden Glucocorticosteroide, Immunsuppressiva (insbesondere Ciclosporin), Dapson und TNF α -Antagonisten Anwendung. Manchmal steht in der nachfolgenden Stabilisierungsphase die Indikation zur plastischen Versorgung.

Rheumatoide neutrophile Dermatose

Diese meist symmetrisch auftretende Erkrankung entwickelt im Durchmesser ca. 3 – 5 mm große, urtikarielle Plaques oder Papeln an Stamm oder Extremitäten und hat Exanthemcharakter [2,8,10] (Abb. 3). Die Erstmanifestation zeigt sich meist ab 50. Lebensjahr; das weibliche Geschlecht ist etwa viermal häufiger betroffen. Die Dermatose kann ein Hinweis für das Vorliegen rheumatischer Erkrankungen sein (zum Beispiel Rheumatoid-Arthritis, Sjögren-Syndrom). Das Krankheitsbild tritt selten auf und soll deshalb nur erwähnt werden. Zur Therapie kommen Glucocorticosteroide, Dapson, Chloroquin/Hydroxychloroquin zur Anwendung.

Die **Polychondritis chronica (recidivans)** ist eine seltene, vor allem im

mittleren Lebensalter auftretende Erkrankung, die durch rezidivierende, akut entzündliche Veränderungen am Knorpelgewebe gekennzeichnet ist [11]. Betroffen sind in absteigender Häufigkeit Ohrmuscheln, Gelenke, Nase, Atemtrakt sowie Herz-Kreislauf-System. Hilfreich sind die von Mc Adam und Mitarb. 1976 vorgeschlagenen Diagnosekriterien [7] (Tab. 1). Infolge der entzündlichen Prozesse kommt es mehr und mehr zur charakteristischen Deformierung der Ohrmuschel („floppy ears“), der Nase („Sattelnase“) bis hin zur möglichen Obstruktion der Atemwege. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Aussparung des Ohrläppchens (knorpelfreies Gewebe) und erleichtert die Abgrenzung zu anderen entzündlichen Affektionen des Ohres. Klinische Relevanz erhält das Krankheitsbild dadurch, dass bei ca. $\frac{1}{3}$ der Patienten zusätzlich rheumatologische (zum Beispiel Rheumatoid-Arthritis), autoimmune (zum Beispiel SLE) oder hämatologische Erkrankungen bestehen (zum Beispiel Hodgkin-Lymphom). Bei Nachweis dieser muss eine adäquate Therapie eingeleitet werden. Zur Behandlung einer isoliert bestehenden Polychondritis chronica werden symptomatisch Glucocorticosteroide, NSAID's, Dapson, Immunsuppressiva und TNF α -Antagonisten eingesetzt. Abbildung 4 zeigt einen charakteristischen Befall beider Ohren bei einer 89-jährigen Patientin („floppy ears“).

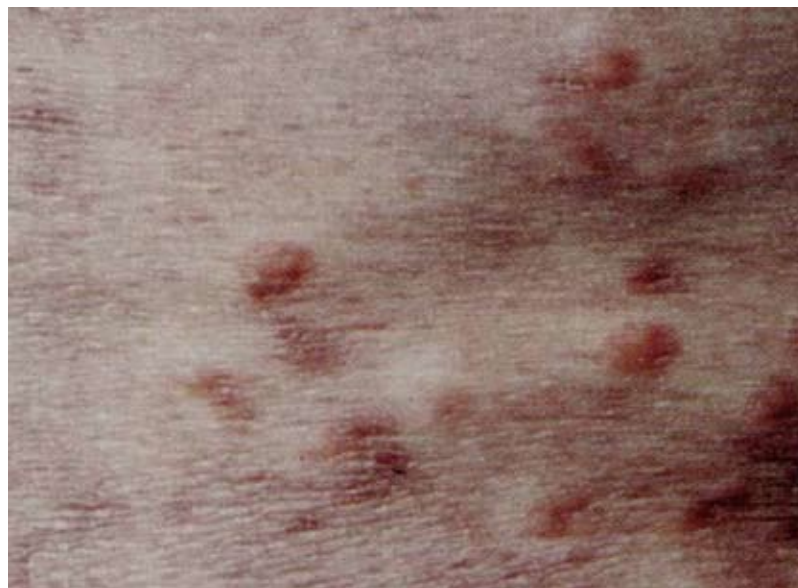


Abb. 3: Rheumatoide neutrophile Dermatose

Tab. 1: Diagnosekriterien für Polychondritis chronica nach McAdam et al. 1976 [7]:

Bilaterale Chondritis der Ohrmuschel
Nicht-erosive seronegative Polyarthritiden
Chondritis der Nase
Augenentzündung
Chondritis des Respirationstraktes
Audio-vestibuläre Schädigungen

Ein charakteristischer Vertreter der reaktiven und enteropathischen Arthritiden ist der **Morbus Reiter**. Typischerweise wenige Wochen nach einer Infektion mit Yersinien, Chlamydien, Mycoplasmen, Shigellen u. a. Erregern des Darmes (postenterisch) oder der Urethra (posturethritisch) wird im Vollbild die Symptomentrias rezidivierende Arthritis, unspezifische Urethritis, Konjunktivitis/Iritis bei den Patienten auffällig [5]. Hautveränderungen, gekennzeichnet durch umschriebene Rötungen, entzündliches Infiltrat, teils Pustulation, Abschuppung oder Hyperkeratosen, ergänzen später das klinische Bild. Diese psoriasiformen Veränderungen sind

betont an den Akren lokalisiert (Abb. 5). Korrespondierende Nagelveränderungen sind nicht selten (zum Beispiel aufgehobene Transparenz, Onychodystrophie). Zusätzlich ist diagnostisch die Balanitis circinata richtungsweisend: polyzyklische erosive gerötete Läsionen an der Glans penis und am inneren Präputialblatt. In ca. 75 – 80 % sind die Patienten HLA-B 27 positiv. Der Rheumafaktor ist in der Regel negativ. Das männliche Geschlecht ist häufiger befallen. Bei Präsenz von zwei Kardinalsymptomen und einem zusätzlichen klinischen Zeichen ist die Diagnose Morbus Reiter meist sicher. Problematisch kann die Situation werden, sofern

Die **eosinophile Fasziitis** ist ein seltenes, sklerodermiformes Krankheitsbild, das im Kindheitsalter durch eine Häufigkeitsverteilung bei weiblichem Geschlecht (ca. 75 %) dominiert, später im Erwachsenenalter hinsichtlich Geschlechtsverteilung eher ausgeglichen scheint. Patienten zwischen 2. und 6. Lebensdekade sind am häufigsten betroffen. Das klinische Bild zeigt meist einen akuten Beginn mit teigiger Schwellung der Haut besonders der Extremitäten, später in etwa 40 % auch Rumpfhautbeteiligung, allmähliche subkutane Sklerosierung, Ausbildung von Beugekontrakturen, sogenanntem Pseudo-Orangenhautphänomen und Karpaltunnelsyndrom (Abb. 6). Von den insgesamt 8 von Shulman angegebenen Kriterien erscheinen 5 besonders wichtig [9]:

- Eosinophilie,
- keine primär viszerale Beteiligung,
- fehlende Raynaud-Symptomatik,
- Hypergammaglobulinämie,
- histologischer Befund.



Abb. 4: „Floppy ears“ bei einer Patientin mit Polychondritis chronica



Abb. 5: Morbus Reiter – charakteristische psoriasiforme Veränderungen im Zehenbereich

Verläufe bei uncharakteristischer Anamnese mit psoriasiformer oder keratotischer Akzentuierung der Hautsymptomatik bestehen. Hier muss eine Psoriasis-Arthritis und vor allem die seltenen hereditären palmo-plantaren Keratoderme ausgeschlossen werden. Letztere große heterogene Gruppe manifestiert sich teils erst ab dem 20. bis 40. Lebensjahr (zum Beispiel Ösophagus-Karzinom bei Howell-Evans-Syndrom, Kardiomyopathie bei Naxos-Syndrom) [3]. Hier ist dermatologisches Facharztwissen gefragt.

Obwohl die Eosinophilie kein krankheitsspezifischer Prozess ist, sind die weiteren diagnostischen Kriterien (BSG-Erhöhung, außergewöhnliche körperliche Belastung vor Krankheitsbeginn, gutes Ansprechen auf Glucocorticosteroide) noch unspezifischer. In Ergänzung an der Originalmitteilung sind in den letzten Jahren eine Reihe von assoziierten Symptomen und Krankheiten beschrieben worden wie Hashimoto-Thyreoiditis oder Mitbefall von Lunge, Oesophagus, Myocard, Niere, Colon und ZNS. Darüber hinaus besteht bei Patienten mit eosinophiler Fasziitis ein erhöhtes Risiko (ca. 10 %) an hämatologischen Neoplasien zu erkranken. Auch sind Assoziationen mit Mamma- oder Prostata-Karzinomen beschrieben worden. Zusätzlich kann in ca. 40 % ein Karpaltunnelsyndrom und/oder eine Arthritis auftreten. Im Gegensatz zur progressiven Sklerodermie fehlt dagegen neben dem Raynaud-Phänomen auch eine Sklerodaktylie. Laborchemisch findet sich eine periphere Eosinophilie in ca. 60 % – 80 % der Patienten sowie in ca. 70 % eine Hypergammaglobulin-



Abb. 6: Eosinophile Fasziiitis

ämie und in ca. 80 % eine erhöhte BSG. ANA-Titer und Rheumafaktoren sind in der Regel negativ. Ätiologie und Pathogenese der eosinophilen Fasziiitis sind nicht geklärt. Therapie der ersten Wahl bei eosinophiler Fasziiitis sind systemische Glucocorticosteroide in mittlerer Dosierung (zum Beispiel Initialdosis 1 mg/kg Körpergewicht Prednisolon oder Äquivalente), die mittelfristig zum Einsatz kommen. Etwa 60 – 90 % der Patienten sprechen auf diese Therapie an. Bei ungenügender Wirksamkeit kommen weitere Therapieverfahren mit wechselndem Erfolg zum Einsatz: D-Penicillamin, Immunmodulatorische Systemtherapeutika (zum Beispiel Cyclophosphamid, Methotrexat, Chloroquin, Hydroxychloroquin), extrakorporale Photopherese/Photochemotherapie, Interferon α [12].

Hautveränderungen bei Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes

Zwischen Gastrointestinaltrakt und Haut bestehen funktionelle Ähnlichkeiten. Beide werden durch Epithel abgegrenzt; beide stellen wichtige Immunorgane dar und sind ein Mittler zwischen Umwelt und Organismus. Letzteres wird beispielhaft bei dem Krankheitsbild Nahrungsmittelallergie offensichtlich. Im Folgenden sollen vier Erkrankungen des Intestinums besprochen werden, die in der Regel charakteristische kutane Leitsymptome zeigen:

Peutz-Jeghers-Syndrom

Dieses seltene autosomal dominant erbliche Tumorsyndrom gehört zu den malignom-assoziierten Genodermatosen, bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung bösartiger Tumoren besteht [3]. Die Hautsymptomatik ist richtungsweisend und per se gutartig. Angesichts der Seltenheit und der Heterogenität können nicht alle Syndrome besprochen werden. In Tabelle 2 sind deshalb einige relevante Krankheitsbilder zusammengestellt. Bei dem Peutz-Jeghers-Syndrom liegt eine Mutation des Tumorsuppressor-Gens STK 11 vor (Serin-Threonin-Kinase). An der Haut finden sich ab früher Kindheit multiple Lentigines, teils intensiv pigmentiert vor allem perioral, perinasal, periorbital, an Lippen und Mundschleimhaut (Abb. 7). Die Konjunktiven können betroffen sein.

Letztlich steht hinsichtlich Hautbefall für die Patienten in frühen Jahren zunächst die kosmetische Beeinträchtigung im Vordergrund. Bei diesem

auch als „Pigmentfleckenpolypose“ bezeichneten Syndrom ist häufig eine Polypose des Magen-Darm-Traktes zu beobachten (90 % Jejunum, 50 % Magen, Colon, Rectum), die überwiegend in der 2. bis 3. Lebensdekade manifest wird und zu Obstruktion, Blutung, Anämie u. a. führen kann. Eine maligne Transformation der Polypen ist selten (< 5 %), weitaus höher jedoch das Auftreten solider bösartiger Tumoren in verschiedenen Organen (zum Beispiel Hoden, Ovarien, Gastrointestinaltrakt, Pankreas, Bronchialsystem). Damit ist Aufklärung und ein enges, regelmäßiges klinisches Monitoring der Patienten die ärztlich wichtigste Maßnahme. Unter dem Aspekt der Hautveränderungen bei entzündlichen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes sind Morbus Crohn und Colitis ulcerosa aus dermatologischer Perspektive wichtig, da beide Erkrankungen mit einem ganzen Spektrum von dermatologischen Erkrankungen assoziiert sein können (Tab. 3).



Abb. 7: Peutz-Jeghers-Syndrom

Tab. 2: Malignom-assoziierte Genodermatosen (Auswahl) [3]

Familiäre adenomatöse Polyposis
Cronkhite-Canada Syndrom
Peutz-Jeghers Syndrom
Multiples Hamartom Syndrom
Muir-Torre Syndrom
Neurofibromatose
Ruvalcaba-Myhre-Smith Syndrom
u. a.

Tab. 3: Hautveränderungen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Spezifische cutane Manifestationen
<ul style="list-style-type: none"> • Fissuren / Fisteln • Metastasierender Morbus Crohn
Assoziierte Dermatosen
<ul style="list-style-type: none"> • Erythema nodosum • Pyoderma gangraenosum • Cheilitis granulomatosa • Aphthen • Vaskulitiden / Exantheme

Dermatitis herpetiformis Duhring

Die **Dermatitis herpetiformis Duhring** ist die Hautmanifestation bei bestehender glutensensitiver Enteropathie. Der Krankheitsbeginn liegt meist im frühen Erwachsenenalter mit Dominanz für das männliche Geschlecht. Initial bestehen stark juckende, gerötete Bläschen bis Papulovesikel, die sich durch Kratzen rasch in Erosionen transformieren. Die Größe der Bläschen überschreitet selten 5 mm. Die Läsionen treten gruppiert („herpetiform“) auf mit Prädilektionsstellen – meist in symmetrischer Anordnung – von Streckseiten der Extremitäten, Knie, Ellenbogen sowie am Capillitium [12]. Der Verlauf ist chronisch, aber meist schubweise. Juckreizattacken sind typisch – auch an nicht befallener Haut. Die Erkrankung persistiert in der Regel lebenslang. Pathogenetisch spielen IgA-Antikörper gegen Gewebe-Transglutaminase eine Rolle.

Mittels DIF lassen sich IgA-Ablagerungen in der papillären Dermis nachweisen, die durch das ausgesprochen charakteristische Bild die Dermatitis herpetiformis von anderen blasenbildenden Autoimmunerkrankungen unterscheidet (Abb. 8). Unbehandelt sind Laborauffälligkeiten nicht selten: periphere Eosinophilie, makrozytäre Anämie, Nachweis von zirkulierenden Immunkomplexen sowie Antigliadin-Antikörper (ca. 30 %), reticuline – und endomyosiale Antikörper (ca. 80 %). Therapeutisch ist Dapson absolutes Mittel der Wahl. Geradezu krankheitsspezifisch klingt innerhalb weniger Tage nach Therapiestart der Juckreiz ab, und der Hautbefund ist – abgesehen von Restpigmentierungen – erscheinungsfrei. Die Behandlung muss als Langzeittherapie geführt werden. Zur Unterstützung ist eine glutenfreie Kost angezeigt [4].

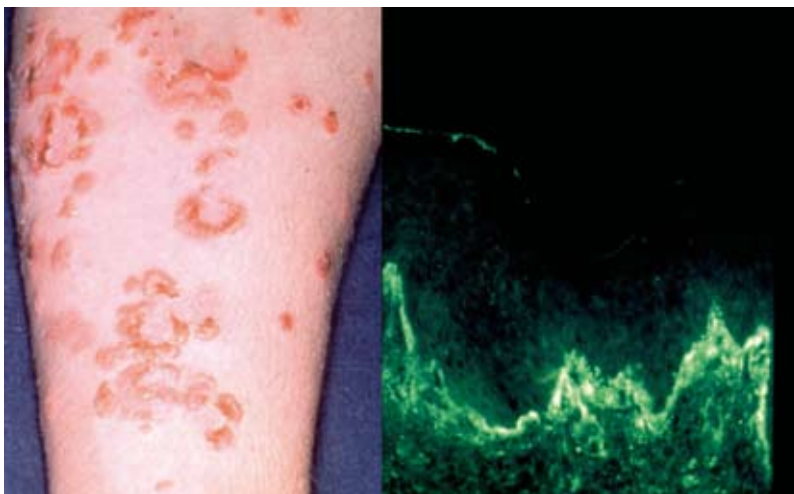


Abb. 8: Dermatitis herpetiformis Duhring (re: Immunfluoreszenz mit Ablagerungen von IgA in Papillenspitzen)

Hautveränderungen bei Stoffwechselleiden, insbesondere bei Diabetes mellitus

Hautmanifestationen bei der großen Gruppe von Stoffwechselstörungen (zum Beispiel Ernährungsstörungen, Vitaminmangelzustände, Zinkmangel, Hormonstörungen) sind vielfältig, teils diagnostisch richtungsweisend für bestimmte Organerkrankungen (zum Beispiel Xanthome bei Fettstoffwechselstörungen, Pellagra bei Vitamin B3-Mangel, u. a.). Da diese Thematik den vorgegebenen Umfang überschreitet, muss auf detaillierte Ausführungen verzichtet werden.

Aus der Gruppe von Stoffwechselleiden weist der Diabetes mellitus mit Abstand die häufigsten und breit gefächertsten Hautsymptome auf. Deshalb soll auf diese zumindest in tabellarischer Form hingewiesen werden (Tab. 4). Sie sind insgesamt häufig und nicht selten ein erster Hinweis für einen bestehenden Diabetes mellitus.

Obligate paraneoplastische Syndrome

Allgemein können sich interne Neoplasien auf unterschiedlichen Wegen an der Haut manifestieren [1,3]:

1. Obligate Paraneoplasien (in mehr als 50 % mit internen Tumoren assoziiert)
2. Fakultative Paraneoplasien (in weniger als 50 % mit internen Tumoren assoziiert)
3. Hereditäre Syndrome (Genodermatosen mit Tumorassoziation)
4. Induktion der Hautsymptomatik direkt durch den Tumor (zum Beispiel B. Flush bei Karzinoidsyndrom)
5. Direkte Tumorzellinfiltration der Haut (zum Beispiel Metastasen)

Kutane Paraneoplasien sind richtungsweisende Hautveränderungen mit Signalcharakter (obligate und fakultative Paraneoplasien). Sie treten selten auf, können zeitlich sowohl vor als auch synchron mit einem malignen Tumor in Erscheinung treten. In der Regel ist keine kutane Paraneoplasie für einen speziellen Tumor spezifisch. Im Folgenden werden die obligaten kutanen Paraneoplasien kurz vorgestellt:

Tab. 4: Hautassoziierte Veränderungen bei Diabetes mellitus

Nicrobiosis lipoidica diabetorum (flache, teils gelblich tingierte Läsionen, meist prätibial)
Pseudoacanthosis nigricans (verstärkte Pigmentierungen in Intertriginen)
Pruritus diabetorum (Juckreiz ohne klinische Veränderungen)
Prurigo diabetica (papulöse, juckende Veränderungen, meist Streckseiten)
Rubeosis diabetica (Rosacea-ähnliches Kolorit im Gesicht und anderen Körperteilen)
Bullosis diabetorum (Blasenbildung betont an Füßen und Streckseiten der unteren Extremitäten bei meist länger bestehendem Diabetes)
Eruptive Xanthome (häufig bei dekompensiertem Diabetes mellitus)
Scleroderma diabetorum (teigige Schwellung der Haut mit Übergang in Hautinduration)
Hautinfektionen (bakteriell und mykotisch, insbesondere Candida albicans) (z. B. Candida-Balanitis)
Diabetisches Fußsyndrom (z. B. Malum perforans, diabetische Gangrän)
Diabetische Dermopathie (bis münzgroße, rot-bräunlich atrophe Herde betont prätibial)

Tab. 5: Richtungsweisende Befunde bei einer Patientin mit Glucagonom-Syndrom

Klinik	Paraklinik
Gewichtsabnahme	Glucagonbestimmung (Erhöhung im Serum um 10 – 15-fach)
Diabetes mellitus	Histologie (Haut)
Anämie	Nachweis Staph. aureus
Glossitis	Ausschluss anderer Grunderkrankungen
Weibliches Geschlecht	Glucagonerhöhung (Faktor 10 – 15)
45. Lebensjahr	

1. Acanthosis nigricans

Es finden sich symmetrisch angeordnete, unscharf begrenzte, zunehmende braun-schwarze Pigmentierungen und Vergrößerung des Oberflächen-

reliefs („Baumrindenhaut“) insbesondere der Achseln, des Nackens, der Inguinal- und Periumbilikalregion. Die Entwicklung ist allmählich und entwickelt sich in ca. $\frac{2}{3}$ der Fälle parallel



Abb. 9: Glucagonom-Syndrom (Staphyloidermia superficialis) mit Glucagon produzierendem Tumor im Pankreas

zum Tumor. Häufig ist die Acanthosis nigricans mit intraabdominellen Tumoren vergesellschaftet, wobei Adenokarzinome des Magens mit 62 % an der Spitze stehen. Differentialdiagnostisch ist die Acanthosis nigricans maligna von der Acanthosis nigricans benigna (sogenannte Pseudoacanthosis) abzugrenzen, die häufig bei adipösen Patienten mit Insulinresistenz beobachtet wird (meist weniger Pigmentierung, multiple weiche Fibrome).

2. Acrokeratose Bazex

Diese Paraneoplasie ist primär ausschließlich an den Akren lokalisiert und zeigt symmetrisch Rötungen, Rhagaden und Hyperkeratosen. Nagelbefall ist möglich (zum Beispiel Onychodystrophie). Nahezu alle Acrokeratosen treten fast ausschließlich bei Männern auf und sind mit Karzinomen des Oropharynx- oder des Magen-Darm-Traktes assoziiert. In den überwiegenden Fällen bildet sich die Acrokeratose innerhalb von ca. zehn Tagen nach der Tumorentfernung zurück. Differentialdiagnostisch ist eine Psoriasis abzugrenzen.

3. Erythema gyratum repens

Diese kutane Paraneoplasie ist ausgesprochen eindrucksvoll: Am oberen Stamm und proximalen Extremitätenabschnitten bestehen gyrierte, 1 – 3 cm breite, länglich parallel angeordnete, teils gewundene Erytheme mit schuppiger Begrenzung. Die Erytheme können täglich wandern und zeitlich den Neoplasien vorausgehen (zum Beispiel Bronchialkarzinom und andere Organtumoren).

4. Hypertrichosis lanuginosa acquisita

Charakteristisch ist ein exzessives Wachstum heller Lanugohaare zunächst im Gesicht, an den Ohren, am Rücken und an den Beinen. Die Ursache liegt in einer plötzlich einsetzenden Synchronisation des Haarzyklus. Frauen sind dreimal häufiger betroffen als Männer. Bedauerlicherweise sind die meisten Patienten bei Diagnosestellung bereits metastasiert. Eine Assoziation mit unterschiedlichen bösartigen Tumoren ist bekannt (zum Beispiel kolorektale Tumoren, Bronchialkarzinom, Hämoblastosen).

5. Glucagonom-Syndrom

(Syn. Migratorisches nekrolytisches Erythem, Staphylo-*dermia superficialis*)

Es entwickeln sich peripher ausbreitende Erytheme, die rasch nekrolytisch werden und sich später unter Hyperpigmentierung und Krustenbildung zurückbilden. Der Verlauf ist ausgesprochen chronisch mit ständig schubweiser Aktivität. Damit finden sich am Integument letztlich alle Stadien (akut nässend, Erosionen, schuppige Rötungen, Pigmentierungen, Schmerzhaftigkeit). Befallen ist betont die Haut von Körperöffnungen (insbesondere perioral und perigenital), Achseln, Leisten und Gesäß. Letztlich kann jedes Hautareal flächenhaft befallen sein. Klinisch wichtig ist die absolute Therapieresistenz auf jedwedes äußerlich angewendete Medikament. Ein charakteristisches Patientenprofil ist in Tab. 5 dargestellt. Abb. 9 zeigt eine Patientin mit Glucagonom-Syndrom, bei der ein gutartiger Tumor im Pankreas bestand. Die Ursache des Syndroms ist ein Glucagon-produzierender Inselzelltumor (α -Zelltumor) des Pankreas oder anderer Organe (solitär oder multipel auftretend). In ca. 80 % liegt ein malignes Glucagonom vor; ca. 20 % sind benignen Natur. Auffällig ist die eindrucksvolle rasche Rückbildung der Hauterscheinungen

nach operativer Entfernung (innerhalb weniger Tage). Wichtigste diagnostische Maßnahme bei Verdacht dieser Paraneoplasie ist die Bestimmung des Glucagons im Serum (meist 50- bis 100-fach erhöht). Bei gutartigen Tumoren und vollständiger Entfernung kann eine Restitutio ad integrum erzielt werden.

Neben den vorgestellten dermatologischen Krankheitsbildern mit Charakter einer Leitsymptomatik gibt es viele weitere, bei denen Veränderungen der Haut/Hautanhangsgebilde auf interne Störungen hinweisen (zum Beispiel Zinkmangelsyndrom, Erkrankung der Schilddrüse, polyzystisches Ovar, Hämochromatose). Wichtig ist bei allen unklaren Dermatosen, die Patienten frühzeitig zum Facharzt oder in interdisziplinär arbeitende Zentren zu überweisen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz
Prof. Dr. med. habil. Gottfried Wozel
Komm. Direktor
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 458 - 3860
Gottfried.Wozel@uniklinikum-dresden.de

50-jähriges Jubiläum des Staatsexamens

Komplettierung des Artikels „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2010, S. 97

Die Idee reifte im Februar 2009, darauf folgte intensives Recherchieren, viel Geduld und mühevoller Kleinarbeit, der Erfolg zeigte sich dann am 14. November 2009 beim Abschlusstreffen aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums des Staatsexamens an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden im Jahre 1959. Angeregt von einem Artikel im „Berliner Ärzteblatt“ über

die „Goldene Approbation an der Charité Berlin“ hatte Frau Dr. Barbara Seidel-Kahle, Berlin, die Idee, ein ähnliches Treffen im November 2009 aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums des Staatsexamens an der Medizinischen Akademie in Dresden zu veranstalten. Nach Rücksprache mit Dr. Joachim Winkler, Ratingen, entschieden sich beide, Prof. Dr. med. habil. Claus Seebacher, Dresden, um die Organisation vor Ort zu bitten. Dieser zeigte sich von der Idee angezogen und war sofort bereit, zusammen mit Prof. Dr. med. habil. Werner Jaroß die erforderlichen Maßnahmen zu übernehmen...

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.l-va.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,
Telefon: 0341 710039-94, se@l-va.de
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.
Druck: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

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 106,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 10,15 € 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.

200. Sitzung der Ethikkommission

Am 12. Februar 2010 fand die 200. Sitzung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer statt. Im Rahmen eines Empfangs begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die anwesenden Kommissions-Mitglieder mit ihrem Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, an der Spitze. Der Präsident dankte den Mitgliedern für ihre hervorragende Arbeit seit nunmehr 19 Jahren: 1991 wurde die Ethikkommission im Pathologischen Institut des damaligen Bezirkskrankenhauses „St. Georg“ in Leipzig gegründet. Zum damaligen Zeitpunkt fanden sich Kollegen zusammen, die sich für die Tätigkeit in der Ethik-Kommission interessiert hatten, einige wurden direkt von Prof. Dr. Haupt angesprochen. Die Geschäftsordnung aus dem Jahr 1991 beschrieb die Arbeit der Ethikkommission als Beurteilung „ethischer Aspekte ärztlicher Tätigkeit“. So sollte der „Arzt bei der Beurteilung ethischer und rechtlicher Aspekte bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit beraten [werden], insbesondere auch bei der Forschung am Menschen“. Auch die Erörterung allgemein ethischer Fragestellungen wurde als Schwerpunkt formuliert, diese Aufgaben erstreckten sich zum Beispiel auf die Erarbeitung von Stellungnahmen zum Transplantationsgesetz und zur künstlichen Reproduktion. Der Name Prof. Dr. Haupt, so führte der Präsident in seinen Worten weiterhin aus, ist untrennbar verbunden mit der Sächsischen Landesärztekammer und ihrer Ethik-Kommission. Er gehört zum engeren Kreis der Gründungsmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer vor 20 Jahren, die Ethikkommission wurde von ihm aufgebaut und die Arbeit kontinuierlich weiterentwickelt. Die Tätigkeit der Ethik-Kommission zeichnet sich durch eine beeindruckende und überzeugende Kontinuität aus und dies bei ständig zunehmender Zahl von zu bearbeitenden Anträgen.



v. rechts: Ass. jur. Anke Schmieder (Rechtsreferentin), Dipl.-Ing. Fred Wonka, Susanne Böhm (Sachbearbeiterin), Priv.-Doz. Dr. med. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz, Dr. med. Charlotte Aehle, Prof. Dr. med. habil. Gottfried Wozel, Matthias Thieme, Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt (Vorsitzender), Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag, Dr. med. Brigitte Herold, Dr. med. Ingrid Sebastian, Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christoph Rink, Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Dipl.-Med. Winfried Möhr

Nach nunmehr 19 Jahren, so der Präsident weiter, entsteht der Eindruck, dass mittlerweile alle auf dem Markt befindlichen Arzneimittelgruppen sämtlicher Indikationen durch die „Hände“ der Ethikkommission gegangen sind.

Die Kontinuität in der personellen Zusammensetzung der Ethikkommission wurde vom Präsidenten besonders betont. Das interprofessionelle Team hat ein Vertrauen aufgebaut, das beispielgebend für die Zusammenarbeit in der Medizin sein kann und muss. Humanistische Überzeugung, ethisches Selbstverständnis, Hochachtung voreinander, kollegialer Dialog und interprofessionelles konstruktives Zusammenwirken sind Inbegriff für die Arbeit der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer. Dies gewinnt besonders an Bedeutung, da die Formalisierung bei der Bearbeitung von Anträgen ständig zugenommen hat. So erinnerte der Präsident daran, dass im April 2001 von der EU-Kommission ein neues bürokratisches Gesetzeskonstrukt zur Tätigkeit der Ethikkommission verabschiedet wurde. Die Ethikkommission wurde zu einer Institution mit behördlichem Charakter,

eine zustimmende Bewertung unabdingbare Voraussetzung für den Beginn einer Arzneimittelstudie. Mit dem neuen Verfahren mussten innerhalb kürzester Fristen die Studien überprüft werden. Der neuen Rolle als einer genehmigenden Administration wurde 2005 durch Änderungen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes, der Geschäftsordnung und der Gebührenordnung Rechnung getragen. Die Sächsische Landesärztekammer begeht in diesem Jahr 2010 den zwanzigsten Jahrestag ihrer Gründung, führte der Präsident aus, die Arbeit der Ethikkommission hat seit Beginn der Kammergründung in Sachsen eine bedeutende Rolle in der ärztlichen Berufspolitik und der Kammerarbeit gespielt.

Zum Abschluss wünschte der Präsident den Kommissions-Mitgliedern auch zukünftig ein gutes Gelingen und die Fortsetzung der hervorragenden fachlich-inhaltlichen Arbeit.

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

Dimensionen der Sprache in medizinischen Grenzsituationen

Sprachphilosophische, anthropologische und ethische Sinnhorizonte von Grenzsituationen des menschlichen Lebens zu erschließen, diese in konkreten Situationen und anhand von Fallbeispielen aus der Praxis bewusst zu machen und konkret zu reflektieren, ist ein besonderes Anliegen einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung des Gesprächskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer.

Grenzsituationen des menschlichen Lebens stellen für Sprache und Sinnfindung des Menschen eine besondere Herausforderung dar. Der zunehmende Einfluss der Naturwissenschaften auf die Medizin insgesamt hat zu einer eigentümlichen

Sprachlosigkeit und „Anonymisierung“ in der Beziehung zwischen Arzt und Patient geführt sowie eine Verengung des ärztlichen Blicks auf die physiologischen Aspekte der Krankheit und des Leidens begünstigt. Sprache sollte aber einen Beitrag zum „Verstehen“ leisten, das heißt im Dialog mit dem Patienten das ganze Subjekt, seine Lage und sein Umfeld einbeziehen, nicht zuletzt, um diagnostische oder therapeutische Maßnahmen und die damit verbundenen Risiken und Chancen besser vermitteln zu können. Prototypisch für diesen Anspruch war und ist das klassische Aufklärungsgespräch über die „Wahrheit am Krankenbett“.

Im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Medizin- und Bioethik in den vergangenen Jahrzehnten hat sich auch mehr und mehr gezeigt, wie sehr ethische Probleme in der medizinischen Praxis das Ergebnis

mangelnder oder misslungener Kommunikation sind, und zwar nicht nur der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, sondern auch der Ärzte und der verschiedenen Berufsgruppen untereinander, insbesondere auch zwischen Ärzten und Pflegenden. Klinische Ethik, Ethikberatung, Ethikkomitees, ethische Fallbesprechung sowie Organisationsethik setzen bei diesem Problem an. Prof. Dr. phil. med. habil. Dietrich von Engelhardt, kommissarischer Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der TU München, wird sich in seinem Vortrag dieser Thematik widmen.

Dienstag, 20. April 2010

18.30 Uhr

Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer Schützenhöhe 16, 01099 Dresden FZ 2

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

113. Deutscher Ärztetag

Vom 11. bis 14. Mai 2010 findet der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden statt. Wir möchten Sie nachfolgend über die Namen der Delegierten informieren, die dort in diesem Jahr die Interessen der sächsischen Ärztinnen und Ärzte vertreten werden:

- Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen (Delegierte)
- Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig (Delegierter)
- Erik Bodendieck, Wurzen (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Rainer Kobes, Werdau (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig (Delegierter)

- Dr. med. Steffen Liebscher, Aue (Delegierter)
- Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauer mann, Dresden (Delegierter)
- Dr. med. Claus Vogel, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Stefan Windau, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden (BÄK-Vorstand, Ersatzdelegierter)
- Dr. med. Eberhard Huschke, Löbau (Ersatzdelegierter)
- Ute Taube, Berthelsdorf (Ersatzdelegierte)

Themen des 113. Deutschen Ärztetages sind unter anderem:

- Gesundheits-, Sozial und ärztliche Berufspolitik,
- Versorgungsforschung,

- Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft sowie
- Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Eine umfassende Tagesordnung finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer www.baek.de.

Anregungen für Anträge der sächsischen Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag zu diesen, aber auch anderen Themen oder Problemen, die Ihnen in Ihrer täglichen ärztlichen Arbeit begegnen, nimmt die Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer gern entgegen (hgf@slaek.de).

Wie in jedem Jahr werden wir über den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden auch diesmal ausführlich im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 6/2010, berichten.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
Sprecherin der Geschäftsführung

Refresherkurse für Notärzte

Die Sächsische Landesärztekammer veranstaltet seit 1991 ein gegliedertes notfallmedizinisches Kurssystem. Dabei wurden seit Bestehen der Kammer über 100 Kurse durchgeführt. Neben den bestehenden Bildungsveranstaltungen (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, Fachkunde Leitender Notarzt, Refresher-

kurse für Leitenden Notärzte und Kurse Ärztlicher Leiter Rettungsdienst) wird es ab diesem Jahr eine neue kontinuierliche Veranstaltung geben. Erstmals veranstalten wir im Kammergebäude am 26. und 27. November 2010 einen zweitägigen „Refresherkurs für Notärzte“. Diese Veranstaltung wird aus einem Block von Frontalvorträgen mit dem Grundthema „Was gibt es Neues?“ und einem praktischen Teil mit Reanima-

tionsübungen und Umgang mit Rettungstechnik bestehen. Nach Ausweisung der Veranstaltung wird um Anmeldung gebeten, da die Teilnehmerzahl begrenzt wird. Künftig sollen die Refresherkurse zweimal jährlich stattfinden.

Dr. med. Michael Burgkhardt
Ausschussvorsitzender Notfall- und
Katastrophenmedizin

Führungsaufgabe im Gesundheitswesen

» Hauptgeschäftsführer (m|w)

Die Sächsische Landesärztekammer ist die öffentliche Berufsvertretung der im Freistaat Sachsen tätigen Ärztinnen und Ärzte und nimmt deren berufliche Belange unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit wahr. Sie sichert die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten wie auch die Qualität der Berufsausübung und ist verantwortlich für die Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder, deren Anliegen sie darüber hinaus gegenüber staatlichen Organen und in der Öffentlichkeit vertritt. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts nimmt die Sächsische Landesärztekammer damit hoheitliche Aufgaben wahr.

Für die Führung der laufenden Geschäfte auf der Grundlage der von der Kammerversammlung und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer bestimmten Richtlinien der Kammerarbeit suchen wir im Rahmen der Nachbesetzung einen fachlich erfahrenen und persönlich überzeugenden

Hauptgeschäftsführer (m | w).

In dieser Funktion verantworten Sie die Arbeit der Hauptgeschäftsstelle sowie der drei Bezirksstellen und führen diese verwaltemäßig und organisatorisch auf der Grundlage des Sächsischen Heilberufekammergesetzes sowie gemäß den Beschlüssen der Kammerorgane unter der Dienstaufsicht des Präsidenten. Sie koordinieren die Zusammenarbeit mit den 13 Kreisärztekammern, unterstützen den Vorstand in Fragen der

Gesundheits- und Berufspolitik, sind für die Öffentlichkeitsarbeit sowie für alle die Kammer betreffenden Satzungsangelegenheiten verantwortlich, beraten deren Organe in juristischen Fragen und stellen ferner die korrekte und zeitnahe Bearbeitung von Rechtsangelegenheiten innerhalb der Kammer sicher. Darüber hinaus kooperieren Sie konstruktiv und vertrauensvoll mit den entsprechenden Fachbehörden und Verbänden und vertreten die Kammer im politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld sicher nach außen. Sie tragen (Gesamt-)Führungsverantwortung für die 78 hauptamtlichen Mitarbeiter der Kammer, die Sie fachlich weiterentwickeln und motivieren. Sie sichern eine effektive Arbeit gemäß dem Leitbild der Sächsischen Landesärztekammer.

Wir suchen das Gespräch mit Damen und Herren, die nach Abschluss eines Hochschulstudiums (Medizin, Jura, Verwaltungswissenschaften) fundierte Berufs- und Führungserfahrungen in einer Körperschaft öffentlichen Rechts, einer Gesundheitseinrichtung, einer Verwaltung oder einer großen Wirtschaftsunternehmen gesammelt haben. Insofern sind Sie heute schon bestens vertraut mit der Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik, den Themen der allgemeinen Verwaltung, des Personalmanagements, der Öffentlichkeitsarbeit sowie mit juristischen und kaufmännischen Fragestellungen. Neben Ihrer Fähigkeit, strategisch und analytisch zu denken und umsetzungsorientiert zu arbeiten, verfügen Sie über eine ausgeprägte Serviceorientierung. Darü-

Sächsische
Landesärztekammer 
Körperschaft des öffentlichen Rechts

ber hinaus erwarten wir von Ihnen eine hohe Einsatzbereitschaft, persönliche Integrität, exzellente Führungskompetenzen, sehr gute kommunikative Fähigkeiten und diplomatisches Geschick im Umgang mit Ihren zahlreichen externen und internen Partnern.

Interessiert Sie diese vielseitige und anspruchsvolle Aufgabe, die Ihre fachliche Kompetenz, Ihre Kreativität und Ihr Kooperationsvermögen gleichermaßen fordert? Dann sollten wir uns kennen lernen!

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte unsere Berater Frau Dr. Constanze Wachsmann und Herrn Michael Roth, die Ihnen unter Telefon 0351 86681-19 gern zur Verfügung stehen. Absolute Vertraulichkeit und Diskretion werden Ihnen selbstverständlich zugesichert.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Zeugniskopien, Gehaltsvorstellung und möglicher Eintrittstermin) senden Sie bitte unter **Angabe der Kennziffer 0818724** per E-Mail an christina.fischer@kienbaum.de oder per Post an die

Kienbaum Berlin GmbH –
Executive Consultants,
Niederlassung Dresden,
An der Frauenkirche 12,
01067 Dresden.
<http://kienbaum.bewerbung.de>

Kienbaum 

Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Schweden, Schweiz, Tschechien, Ungarn, Brasilien, China, Japan, Singapur, Thailand

Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder

Eine Veranstaltungsreihe im Deutschen Hygiene-Museum Dresden

In dieser Veranstaltungsreihe kommen Ärzte, Rechtsanwälte, Opferschutzbeauftragte der Polizei und Mitarbeiter von Beratungsstellen zu Wort, die in ihrer alltäglichen Arbeit immer wieder mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind. Sie stellen Beratungs- und Hilfsangebote vor und informieren über rechtliche Möglichkeiten, die Betroffenen oder Außenstehenden offen stehen. Durch die Thematisierung soll das Tabuthema häusliche Gewalt zudem stärker in die Öffentlichkeit gerückt werden.

14. April 2010, 18 Uhr

Gestürzt oder geschlagen? Anzeichen von Gewalt

Staatsministerin Christine Clauß;
PD Dr. med. habil. Christine Erfurt, Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden;
Dr. med. univ. Julia Schellong, Traumanetz Sachsen, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

21. April 2010, 18 Uhr

Hinsehen – und dann? Was dürfen und können Erzieher, Lehrer, Nachbarn tun?

Anca Kübler, Rechtsanwältin, Dresden;
Katrin Benedict, Familienrichterin, Amtsgericht Zerbst;
Silvia Müller, Sozialpädagogin, Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt/Gewalt im sozialen Nahraum.

28. April 2010, 18 Uhr

Kreislauf von Gewaltbeziehungen – Verstehen und ausbrechen

Annett Engelmann, psychologische Psychotherapeutin, Beratungsstelle zur täterorientierten Anti-Gewalt-Arbeit, TRIADE GbR Leipzig;
Kerstin Weber, Polizeihauptkommissarin, Opferschutzbeauftragte, Polizeidirektion Dresden

5. Mai 2010, 18 Uhr

Prävention von Gewaltkarrieren – Ursachen und frühe Hilfen

Prof. Dr. med. habil. Manfred Cierpka, Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg;
Claus Lippmann, Leiter der Verwaltung des Jugendamtes der Landeshauptstadt Dresden;
PD Dr. med. habil. Kerstin Weidner, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

19. Mai 2010, 18 Uhr

Die Erinnerung an Gewalt überwinden – Wege aus dem Trauma

Michaela Huber, Psychologin, Göttingen, 1. Vorsitzende der Dt. Sektion der International Society for the Study of Dissociation;
Dr. med. univ. Julia Schellong, Traumanetz Sachsen, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Moderation aller Veranstaltungen: Martina de Maizière, Sozialpädagogin, Supervision, Coaching und Organisationsberatung.

Veranstaltungsort:

Deutsches Hygiene-Museum Dresden,
Lignerplatz 1,
01069 Dresden
www.dhmd.de

Organisiert wird die Reihe vom Deutschen Hygiene-Museum, der Sächsischen Landesärztekammer, dem Traumanetz Sachsen und dem Lenkungs Ausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt Sachsen.

Die Veranstaltungen werden durch die Sächsische Landesärztekammer als zertifizierte Ärztfortbildung mit je zwei Punkten anerkannt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzert

Festsaal, Sonntag, 2. Mai 2010,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Rund um die Violine

Werke für Violine und Klavier,

Studierende der Klasse

Prof. Ivan Zenaty

Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Festsaal, Sonntag, 6. Juni 2010,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Klavier und Streichorchester

Musik von W. A. Mozart, J. Pachelbel,

R. Schumann u.a.

Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

**Ausstellungen
in der Sächsischen
Landesärztekammer
Foyer und 4. Etage**
Silke Höppner – Malerei
bis 2. Mai 2010

Arzt, Patient und Krankheit
in der Kunst

Sammlung Institut für Geschichte der

Medizin der Medizinischen Fakultät

Carl Gustav Carus der Technischen

Universität Dresden

5. Mai – 21. Mai 2010

Vernissage: Donnerstag, 6. Mai 2010,

19.30 Uhr

Einführung:

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz

ehem. Direktor des Instituts für

Geschichte der Medizin der

Technischen Universität Dresden

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, die 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 Orthopädie
Reg.-Nr. 10/C013
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2010

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 10/C014
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2010

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

Reg.-Nr. 10/C015
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2010

Mittweida

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 10/C016
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.04.2010

Zwickauer Land

Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 10/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.05.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Löbau-Zittau

Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie
Reg.-Nr. 10/D019
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.04.2010

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D020
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.04.2010

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D021

Riesa-Großenhain

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie
Reg.-Nr. 10/D022
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.04.2010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.05.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 10/L022

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 10/L023

Facharzt für HNO-Heilkunde
Reg.-Nr. 10/L024

Torgau-Oschatz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 10/L025

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 21.05.2010 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 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 Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Dr. Margarete Blank

Meine Familie und ich haben mit Interesse und großer Aufmerksamkeit die Abhandlung von Frau Dr. Andrea Lorz über Dr. Margarete Blank im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2010, gelesen, der hierfür großer Dank gebührt.

Bei der Lektüre wurden Erinnerungen an den eigenen Vater wach, der auch durch verleumderische Denunziation mehr als dreieinhalb Jahre als Arzt im KZ Sachsenhausen interniert wurde – allerdings in anderer Zeit – nämlich 1945 bis 1948.

Ich wünschte mir, dass der sehr bewegende Aufsatz über Frau Dr. Blank doch endlich und schnellstens zur vollständigen und öffentlichen Rehabilitation dieser rührigen, gütigen, aufrichtigen und vorbildhaften Arztpersönlichkeit führen möge.

Hierzu sollte die Sächsische Landesärztekammer in ihren Leitungsgremien einen raschen Beschluss fassen. Wie ich weiterhin meine, sollte auch erwogen werden, ob seitens der Universität Leipzig eine würdevolle und angemessene Ehrung posthum vorzunehmen sei.

Univ.-Prof. em. Dr. C. Schwokowski,
Leipzig

Das bisherige Echo auf den Beitrag berührt mich sehr und kommt für mich völlig unerwartet. Sogar aus Hamburg habe ich eine Interesse bekundende Zuschrift bekommen.

Nochmals möchte ich deshalb Herrn Präsidenten Prof. Dr. med. habil. Schulze, wie überhaupt allen Beteiligten für alle damit zusammenhängenden Bemühungen und die zusätzliche Arbeit meinen herzlichsten Dank sagen. Das ist mir nun, nachdem die Frage der beruflichen Rehabilitation von Dr. Margarete Blank sogar auf den Tisch des Generalstaatsanwaltes gelangt, ein umso größeres Bedürfnis. Dabei muss ich gestehen, dass ich es wohl nie gewagt hätte, an den Präsidenten dieses Anliegen überhaupt heranzutragen, wenn ich gewusst hätte, welchen bürokratischen Weg eine solche berufliche Rehabilitation gehen muss. Ich hoffe nun umso mehr, dass das umfassende Engagement Früchte trägt und alles im Sinne dieser Ärztin, die so kompromisslos ihrem ärztlichen Ethos folgte, seinen Abschluss findet.

Andrea Lorz,
Leipzig

Rehabilitation Dr. Margarete Blank

Im Februar 2010 veröffentlichte das „Ärzteblatt Sachsen“ einen Artikel zum Leben und Wirken von Frau Dr. Margarete Blank. Darin wurde berichtet, dass Frau Dr. Blank vom Volksgerichtshof in den letzten Kriegstagen verurteilt und hingerichtet wurde. Die Sächsische Landesärztekammer hatte sich der noch offenen Frage angenommen, ob bisher eine vollständige Rehabilitation der Ärztin erfolgte. Die Generalstaatsanwaltschaft Sachsen hat der Sächsischen Landesärztekammer nun mit-

geteilt, dass die Urteile des Volksgerichtshofs durch das Gesetz zur Aufhebung nationalsozialistischer Urrechtsurteile in der Strafrechtspflege vom 25. August 1998 (NS-AufhG) aufgehoben wurden: „Mit der Aufhebung aller Entscheidungen des Volksgerichtshofes kraft Gesetzes hat der Deutsche Bundestag anerkannt, dass die als „Volksgerichtshof“ bezeichnete Institution kein Gericht im rechtsstaatlichen Sinne, sondern ein Terrorinstrument zur Durchsetzung der nationalsozialistischen Willkürherrschaft war. Von der Aufhebung kraft Gesetzes sind ausdrücklich sämtliche Nebenstrafen und Nebenfolgen erfasst (§7 NS-AufhG). Die Betroffenen sind damit vollständig rehabilitiert.“

Durch den Einsatz der Sächsischen Landesärztekammer für das Anliegen der Rehabilitation konnte die Frage der Approbation von Frau Dr. Margarete Blank geklärt und dem Förderverein Dr. Margarete Blank e.V. übermittelt werden. „Dass dieses Anliegen nun in der gegebenen Rechtslage seine relativ unkomplizierte Erfüllung fand, sehe ich als erfreuliches Ergebnis“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Der letzten Bitte von Frau Dr. Blank wurde somit in vollem Umfang entsprochen. Zugleich hat der Präsident angeregt, in Leipzig eine Straße wieder nach Frau Dr. Blank zu benennen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

**Wichtige Mitteilung der Sächsischen Ärzteversorgung:
Änderung des Tagungsortes der Infoveranstaltung am 14.04.2010 in Leipzig**

Unsere Infoveranstaltung haben wir am 14.04.2010 in Leipzig aufgrund großen Interesses in das **Hotel „The Westin Leipzig“**, Gerberstraße 15, 04105 Leipzig verlegt. Die Räume des „Victors Residenz Hotel Best Western Premier Leipzig“ waren der angemeldeten Besucherzahl nicht gewachsen.

Geschäftsführung
Sächsische Ärzteversorgung

Nachruf für Dr. med. Gerhard Seidler

Am 11. Januar 2010 verstarb nach langer Krankheit im Alter von 91 Jahren der langjährige Chefarzt der Kurklinik Raupennest Altenberg.

Als Facharzt für Chirurgie übernahm er 1957, von Meißen kommend, die Leitung des Hauses, das sich von einem Genesungsheim, später Sanatorium, zu einem Kliniksankatorium entwickelte. Dr. Seidler machte die Einrichtung zu seinem Lebenswerk.

Es wurden stets Kurpatienten mit Erkrankungen an den Bewegungsorganen behandelt.

Da Dr. Seidler die Standortbesonderheit im Erzgebirge in 800 Meter Höhe mit strengen Wintern und

häufigen Windtagen, 40 Kilometer abseits der Städte mit zuweisenden Akutkliniken und auch die damals ebenso nicht zu unterschätzende Konkurrenz der Kurkliniken in Bad Gottleuba und Berggießhübel, mit denen er eine sehr gute Zusammenarbeit pflegte, kannte, sagte er uns Mitarbeitern oft: „Wir müssen in Altenberg immer etwas Besonderes machen, dass man uns nicht vergisst, Patienten zu schicken.“

Er sorgte dafür, dass das Raupennest für Unfall- und Sportverletzte Patienten nach Unfallverletzungen sowie in den 70-er Jahren nach Implantation von Hüft- und in den 80-er Jahren nach Knieendoprothesen bekam. Das Haus wurde zur führenden Nachsorgeeinrichtung im Osten.

Stets wirkte er auch als Ausbilder für Physiotherapeuten. Jährlich suchte er aus den Bewerbern selbst die ihm als

am praktischsten und somit als am geeignetsten erscheinenden SchülerInnen aus.

Als Chef war er beliebt bei den Patienten und Mitarbeitern. Die jährlichen Sommerfeste, die „Raupennestsportspiele“ blieben allen immer in bester Erinnerung.

Von 1957 bis 1983 war Dr. Seidler Chefarzt und Ärztlicher Direktor. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres ging er in den verdienten Ruhestand.

Mit Freude erfüllte ihn die Tatsache, dass sein geliebtes Raupennest auch nach 1989 weitergeführt wurde.

Wir ehemaligen Mitarbeiter denken mit Hochachtung und Dankbarkeit an die Zusammenarbeit mit ihm.

Dr. med. Rosemarie Seifert
Altenberg

Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulf-Eckehard Manitz



Wenn man mit einem fast gleichaltrigen ärztlichen Kollegen dreieinhalb Jahrzehnte harmonisch an einer Einrichtung zusammengearbeitet hat, sollte man meinen, sein Nekrolog sei rasch erstellt. Tatsächlich aber ist das

Gegenteil der Fall. Die gemeinsame Tätigkeit hinterlässt eine aus DDR-Zeiten überkommene Art von Seelenverwandtschaft in der Behauptung der persönlichen Merkmale und Ansichten gegenüber der erzwungenen Gleichmacherei.

Seine persönlichen Schuldaten belegen die vorhandene Begabung. Er absolviert die Grundschule in Lommatzsch mit Auszeichnung. Das Abitur erwirbt er an der Ernst-Schneller-Oberschule zu Meißen im Jahre 1962 ebenfalls mit Auszeichnung. Nach Ableistung eines praktischen Jahres im Kreiskrankenhaus Meißen wird er im September 1963 von der Medizinischen Akademie Dresden, damals noch nicht mit einem Vorklinikum ausgestattet, an die Humboldt-Universität Berlin delegiert. Er besteht dort das Physikum und studiert fortan die klinischen Fächer an der Medizinischen Akademie in Dresden. Hier verbringt er sein ganzes Arbeitsleben, qualifiziert sich ständig und wird sich später zu einem hochgeachteten Hochschullehrer entwickeln. Er promoviert 1969 mit einer Arbeit

zur Problematik der Hepatitis. Im gleichen Jahr beginnt er seine Facharztausbildung an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Bei der Wahl des Fachgebietes spielt die beeindruckende Persönlichkeit des ersten Direktors der Klinik, Prof. Dr. med. Johannes Büschelberger, eine wichtige Rolle. Dem Autor erging es ebenso.

Bereits 1984 verteidigte er seine Promotion B zu einem von Prof. Dr. med. Johannes Hellinger gestellten biomechanischen Thema, die Festigkeit von Implantaten an der Wirbelsäule betreffend, erfolgreich. Er ist zu diesem Zeitpunkt 40 Jahre alt und gehört zu dem kleinen Kreis der für eine Hochschulkarriere vorprogrammierten Orthopäden der DDR. Aber die Berufungspolitik des Ministeriums ist undurchsichtig und gibt dem parteilosen Kandidaten keine Chance.

Ulf Manitz wendet sich im Rahmen seiner auf die Wirbelsäule bezogenen Subspezialisierung seit 1979 der Manuellen Therapie zu. Er erlangt

alle erreichbaren Abschlüsse, wird Lehrer und Ausbilder auf diesem Gebiet. Dann packen ihn Neuraltherapie und Akupunktur. Er formuliert zusammen mit Prof. Dr. Hellinger eine praktisch anwendbare Klassifikation der vertebra-genen Schmerzsyndrome, die auch international starke Beachtung findet. Er bildet Physiotherapeuten aus und unterrichtet über viele Jahre Operationschwester, Fürsorgerinnen und Meister der orthopädischen Schuhtechnik im Fachgebiet Orthopädie. In

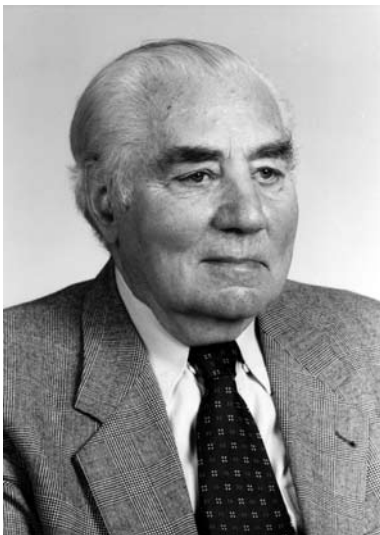
diesem Zusammenhang ist er aktives Mitglied zahlreicher Gremien. Noch im November 2009 fährt er nach vorübergehender Besserung seines Leidens in seinem großen Wagen, der ihm so gut steht, eigenhändig nach Berlin zur Vorstandssitzung des DGMM-Ärztseminars Berlin, denn er ist unter anderem dort ausgewiesenes Mitglied.

Überhaupt hat er nach Erreichen des 65. Lebensjahres noch so viel vor. Weiteres sollte ihm nicht vergönnt sein...

Die Mitarbeiter der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums der TU Dresden trauern um ihren sympathischen und beliebten Oberarzt und Privatdozenten, der am 5. Februar 2010 verstorben ist. Er hatte eine große Ausstrahlung nach außen, weshalb ihm allgemeines Mitgefühl sicher sein sollte.

Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz
Dresden

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Heinz Trenckmann



Am Mittwoch, dem 17. Februar 2010 verstarb im neunzigsten Lebensjahr nach langer und schwerer Krankheit der langjährige Ordinarius für Kardiologie an der Universität Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Heinz Trenckmann.

Sein Lebenslauf ist bezeichnend für das 20. Jahrhundert: Er studierte in Berlin, Wien und Würzburg. Mit Kriegsbeginn verpflichtete sich sein Semester zum Militärdienst, was zunächst den Vorteil hatte, dass das Studium fortgesetzt werden konnte. Mit dem Staatsexamen 1944 wurde jedoch auch Heinz Trenckmann eingezogen. Etwa ein Drittel seiner Kommilitonen sind in den verbleibenden Kriegsmonaten noch gefal-

len oder werden vermisst. Heinz Trenckmann konnte in Magdeburg 1951 seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin abschließen und wurde im darauffolgenden Jahr Oberarzt. Seine Habilitation schloss Heinz Trenckmann 1960 ab und wechselte anschließend in die sächsische Metropole Leipzig. Hier wurde er 1965 Professor mit Lehrauftrag und 1969 ordentlicher Professor an der Universität Leipzig. Seinem Betreiben verdankte die Medizinische Klinik frühzeitig einen Herzkathetermessplatz. Prof. Dr. Heinz Trenckmann war Mitglied des 4. Vorstandes der Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR und 1970 bis 1972 Präsident dieser Gesellschaft. 1982 – 1985 war er im Vorstand der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR.

Prof. Dr. Heinz Trenckmann lag die akademische Lehre ganz besonders am Herzen. Seine Schüler und Mitarbeiter berichten bis heute über seine akribisch vorbereiteten Vorlesungen und Visiten. Zahlreiche Promovenden haben seine Förderung, aber auch seine kritische Würdigung ihrer Arbeit erfahren. Seine Buchbeiträge zeugen bis heute von Bemühen um qualitativ hochwertigen Unterricht (Bock, Trenckmann, Herbst, Spreer: Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße). Prof. Dr. Heinz Trenckmann hat bereits in den 60er-Jahren Kardiologie, Kardiochirurgie und Kinderkardiologie zusammengeführt zu einer Struktur, die heute als Herzzentrum weithin anerkannt ist. Die enge Beziehung zur Angiologie

(auf diesem Gebiet hat er selbst habilitiert) lag ihm am Herzen, wofür er in Vorträgen, in der „Gesellschaft für Kardiologie und Angiologie der DDR“ und in seiner Leipziger Abteilung für Kardiologie und Angiologie geworben hat. Über 30 Jahre war er Herausgeber der von Theodor Brugsch begründeten „Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und Grenzgebiete“. Prof. Dr. Trenckmann war Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, des Bundes der Internisten, der Polnischen und Tschechoslowakischen Gesellschaften für Kardiologie.

1985 wurde Prof. Dr. Heinz Trenckmann emeritiert und hat in den folgenden Jahren noch viele Veranstaltungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig besucht und mit seiner Erfahrung bereichert. Persönliche Rückschläge und seine lange Erkrankung hat er mit Geduld und wenig Klagen ertragen. Die Universität Leipzig hat mit dem Ableben von Prof. Dr. Heinz Trenckmann einen großen Verlust zu beklagen. Seine Schüler, Promovenden und Mitarbeiter bedauern seinen Tod zutiefst. Die Kardiologie in Mitteldeutschland verliert eine ihrer großen Persönlichkeiten, die in schwierigen Zeiten Bleibendes hinterlassen hat. Unser ganz besonderes Mitgefühl gilt seiner Familie in dieser schweren Stunde.

Prof. Dr. med. Dietrich Pfeiffer
Leipzig

1. Klinikärztetreffen der AG Orthopädie/Unfallchirurgie

Die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Orthopädie/Unfallchirurgie beschloss im Jahr 2009, sich erstmals anlässlich eines Klinikärztetreffens in Ergänzung und zur Interpretation des Dialogs zwischen der Gruppe und den Klinikärzten zu treffen. Der 2. Dezember 2009 war dazu ein geeignetes Datum, weil zu diesem Zeitpunkt alle Rückläufe im Dialog bearbeitet waren und eine Übersicht über den Verlauf der Zusammenarbeit über das Jahr 2009 gegeben werden konnte, in welchem die Daten von 2008 verhandelt wurden. Das Treffen wurde vorbereitet von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und sachsenweit und darüber hinaus beworben, da die Problematik durchaus überregional besteht. Im Vorfeld wurden einige, sich immer wiederholende Fragestellungen mit Experten besprochen, die mit der Sächsischen Landesärztekammer eng zusammenarbeiten, und Empfehlungen formuliert, welche den Kollegen im Dialog angeboten werden konnten. Dies war zum Beispiel notwendig für die Situation einer Notfalloperation bei nicht geschäftsfähigen Patienten, bei welchen entweder der Vormund nicht erreicht werden kann oder noch keine Vormundschaft eingerichtet ist. Nachdem sich die Gruppe über das Jahr verteilt bis zu diesem Zeitpunkt sechsmal getroffen hatte, waren die „Knackpunkte“ für die Diskussion bekannt. Die Bereiche, die in der Arbeitsgruppe besprochen werden, wie proximale Femurfrakturen, Implantation einer Hüfttotalendoprothese, Wechsel einer Hüfttotalendoprothese oder deren Komponente sowie Kniegelenkprimären-doprothetik und Wechselprothetik sind bekanntermaßen Bereiche mit Wachstumstendenz. Die Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur werden nachgewiesenermaßen immer älter und polymorbider, die Patienten mit Bedarf einer Hüft- und Knieendoprothetik immer jünger und anspruchsvoller. Für die hüftgelenknahe Femurfraktur hat sich der Qua-



Prof. Dr. med. habil. Felix Bonnaire in der Diskussion mit Prof. Dr. med. Rüdiger Smektala

litätsindikator präoperative Verweildauer als kritisch erwiesen. Qualitätsziel ist die kurze präoperative Verweildauer, die für 85 % der Patienten innerhalb von 48 Stunden nach stationärer Aufnahme liegen sollte. Der Referenzbereich für das Überschreiten der Zeit von 48 Stunden liegt also bei 15 %. Aufgrund der hohen Komorbidität dieser Patienten und der personellen und strukturellen Vorhaltung, die vor allem am Wochenende zur Versorgung notwendig sind, gab es in den vergangenen Jahren immer Probleme mit dem Erreichen dieser Toleranzschwelle. Dies ist vor allem begründet durch Patienten mit gerinnungshemmender Therapie, vor allem nach Stents, durch demenzielle Erkrankungen ohne eingerichtete Betreuung und durch die Vorbehandlungsnotwendigkeit von Miterkrankungen wie zum Beispiel Herzinsuffizienz. Ein großes Problem stellt die nicht vorhandene Kapazität zur endoprothetischen Versorgung am Wochenende dar.

In Sachsen wurde für 2008 erstmals ein Ergebnis unter 15 % (14,9 %, siehe Abb.1) erreicht. Diese Ergebnisse und die Begründungen der Krankenhäuser für das Nichterreichen der Referenzschwelle wurden vom Unterzeichnenden vorgetragen. Es ist bezeichnend, dass die Versorgung von petrochantären Frakturen, die in der Regel ohne Endoprothetik

versorgt werden können, kein zeitliches Problem bezüglich der präoperativen Verweildauer darstellt. Die Bundesdurchschnittswerte für alle hüftnahen Frakturen von 11,6 % konnten leider noch nicht erreicht werden.

Unterstützung für die Argumentationsweise bei demenziell erkrankten Patienten oder Patienten, die nicht geschäftsfähig aus welchem Grund auch immer sind, wurde vom Podium aus bei der Diskussion durch Herrn Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig, gegeben. Er verwies auf die Möglichkeit der Geschäftsführung ohne Auftrag, wenn ein Vorteil für den Patienten medizinisch zu erwarten ist. Dies ist bei den hüftgelenknahen Frakturen der Fall. Die Rate an postoperativen Komplikationen, Dekubitusfällen und Pneumonien ist signifikant erhöht bei Überschreiten des Grenzwertes von 48 Stunden. Prof. Dr. med. Sebastian Schellong ging in seinem Vortrag auf die Problematik der präoperativen Gerinnungshemmung im weitesten Sinne ein. So wurden grundsätzlich die Thromboseprophylaxe bei diesen Patienten, die Gerinnungshemmung mit ASS und Thrombozytenaggregationshemmern, aber auch mit oralen Koagulationshemmern besprochen. In der Summe können dringende Operationen durch Antagonisierung der oralen Antikoagulation mit Cumarinen immer sofort durchge-

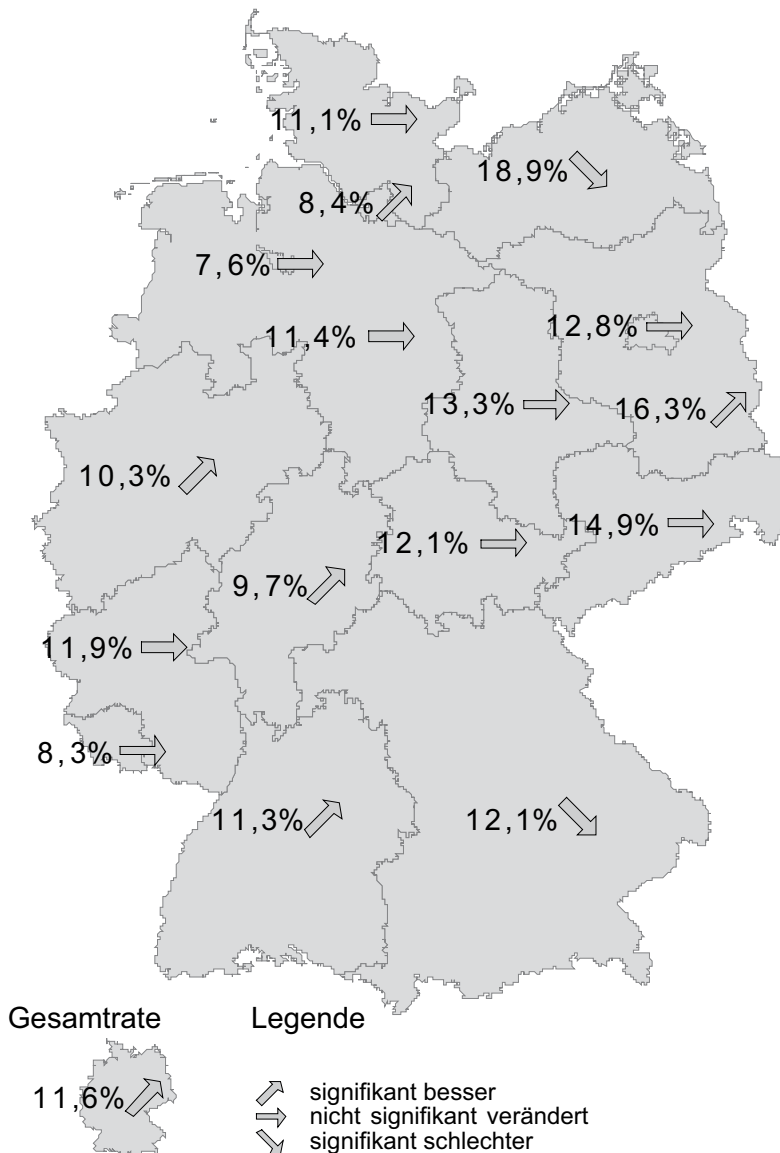


Abb. 1: Übersicht über die Situation in den Bundesländern im Jahr 2008 mit einer chirurgischen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfrakturen später als 48 Stunden nach Aufnahme (Quelle: BQS, Bundesauswertung 2008 „Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf“)

führt werden. Bei der Thrombozytenaggregationshemmung gibt es keinen wirksamen Antagonismus für einen Zeitraum von sieben Tagen. Zudem ist das Absetzen der Thrombozytenaggregationshemmer bei der gegebenen Indikation Stent als vor allem im ersten Jahr hochgradig gefährdend anzusehen. Es gelang Herrn Prof. Dr. Schellong eine hervorragende Übersicht von der Thromboseprophylaxe bis zum Risikomanagement zur Behandlung dieser Frakturen zu erstellen.

In der Diskussion schalteten sich Prof. Dr. med. Rüdiger Smehtala, Ärztekammer Westfalen-Lippe, und Herr

Dr. med. Dr. P. H. Ulrich Schulze Raestrup mit ein (Bild). Sie diskutierten mit den Erfahrungen, die sie in Nordrhein-Westfalen, wo vor Jahren ebenfalls der Referenzbereich nicht eingehalten werden konnte, machten. Durch regelmäßige Dialoge, Veranstaltungen und den Nachweis eines echten Nachteils für den Patienten durch eine späte Operation in einer groß angelegten Studie mit sogenannten Zwillingspärchen (propensity score), die unter der Federführung der DGU und der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung durchgeführt wurde, konnte er nachweisen, dass die Rate der postoperativen chirurgischen Komplikationen,

die Rate der Dekubitusentstehung postoperativ und der Pneumonie signifikant ansteigen.

Im ersten Teil der Veranstaltung trug Herr Dr. med. Stephan Kirschner vom Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, die Ergebnisse für die Hüftendoprothesenerstimplantation sowie den Komponentenwechsel und anschließend auch für die Erstimplantation von Knieendoprothesen und deren Wechsel vor. Diskussionspunkte sind hier immer die Indikationen zu den jeweiligen Erstoperationen und die funktionellen Ergebnisse der Gelenke zum Entlassungszeitpunkt. Die Qualitätssicherungsgruppe muss sich im Dialog mit den Krankenhäusern über die Indikationsstellungen unterhalten, wenn die vorgegebenen Kriterien wie Schmerz, Beweglichkeit und Röntgenbefund, nicht eingehalten werden. Kritisch ist der radiologische Score einzuschätzen, der durchaus persönlich interpretiert werden kann. Insgesamt nehmen die Eingriffe wie bundesweit zu und die Verweildauer nimmt entsprechend ab. Dies gilt für die Hüft- wie auch für die Knieendoprothetik. In Einzelfällen wurde die Qualität von Fremdoperatoren an Kliniken mit hoher Komplikationsrate hinterfragt und muss von den betroffenen Krankenhäusern verbessert werden. Im Großen und Ganzen sind die Ergebnisse in Sachsen bezüglich dieser Bereiche eher erfreulich im Vergleich zum Gesamtbundesgebiet.

In der Summe war die Veranstaltung von insgesamt 58 Kollegen besucht und hinterließ eine sehr positive Rückkopplung zwischen der Gruppe der Qualitätssicherer und der Klinikärzte. Viele Fragen konnten zufrieden stellend beantwortet werden und es soll eine Plattform geschaffen werden, auf welcher die vereinbarten Regelungen abgerufen werden können. Zudem sollen die Vorträge auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung gestellt werden.

39. Symposium für Juristen und Ärzte

Juristen und Ärzte referierten und diskutierten am 19. und 20. Februar 2010 in Berlin über „Engpässe der medizinischen Versorgung – Rationierung – Allokation – Triage“.

Auf die Diskrepanz zwischen Mittelknappheit und steigender Leistungsanspruchnahme im deutschen Gesundheitswesen weist die Ärzteschaft seit Jahren in aller Deutlichkeit hin. So hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer bereits im Jahr 2000 eine Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Jahr 2007 aktualisiert wurde, veröffentlicht. Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, berichtete, dass Lösungsansätze im sogenannten Ulmer Papier aufgezeigt und vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 verabschiedet wurden. Die ausgeprägte Medienresonanz auf den 112. Deutschen Ärztetag 2009, der Priorisierung thematisiert hatte, zeigt die Notwendigkeit einer öffentlichen und transparenten Diskussion über diese Problematik, damit heimliche Rationierung aufgedeckt und auf Dauer Priorisierung implementiert werden kann.

Die Ärzteschaft schlägt vor, Gesundheitsleistungen zu priorisieren.

Priorisierung im Gesundheitswesen bedeutet die Festlegung einer Vorrangigkeit, damit die Verteilungsgerechtigkeit erhöht werden kann. Priorisierung bedeutet nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, sondern eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien.

Das Ausschöpfen von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen wird von der Ärzteschaft uneingeschränkt bejaht. Mittel müssen effizient eingesetzt werden.

Die Vorteile der Priorisierung im Gesundheitswesen liegen vor allem in der Transparenz des Verfahrens sowie in der Chance der Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen. Der Schutz des Patient-Arzt-

Verhältnisses als Vertrauensbeziehung bleibt bei der Priorisierung gewährleistet, denn Priorisierung ist keine Rationierung.

Auch nach den Worten von Herrn Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. Eckhard Nagel verfügt Deutschland über ein – im internationalen Vergleich – nach wie vor sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem. Das Ziel einer hohen Qualität in der medizinischen Versorgung und der Gedanke, dass die medizinischen Leistungen allen in gleicher Weise zur Verfügung gestellt werden sollen, haben in Deutschland seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung stetig an Bedeutung gewonnen. Das immer wiederholte Versprechen der Politik, alle bekämen das medizinisch Notwendige in jeder denkbaren Situation, wird in Zukunft nicht realisierbar sein. Stattdessen waren und sind Konzepte zur Rationalisierung oder Priorisierung von Gesundheitsleistungen zu prüfen, die verhindern sollen, dass eine flächendeckende Vorenthaltung (Rationierung) medizinisch notwendiger Leistungen um sich greift. Rationalisierung stellt eine der Optionen dar, den zunehmenden Finanzierungsengpässen im Gesundheitswesen zum Beispiel durch eine Steigerung der Effizienz von Prozessen oder durch Einsparung von Kosten zu begegnen. Ziel ist es dabei, Einsparungen vorzunehmen ohne dem Patienten Nützliches vorzuenthalten. Wenn aber das Rationalisierungspotenzial ausgeschöpft ist, dann sind andere Allokationsstrategien notwendig. Deren ethische Implikationen gilt es zu bedenken. Dies gilt zum einen für die Priorisierung, unter der die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Krankheitsgruppen, Versorgungsziele oder Verfahren vor anderen verstanden wird. Implizite Rationierung hat zur Folge, dass Leistungsbegrenzungen ohne transparente Kriterien erfolgen – etwa unter dem Deckmantel von Budgetierungen. Auf strukturell-politischer Ebene muss die angemessene Beteiligung der Bürger am Diskurs über den zukünftigen Umgang mit begrenzten Ressourcen eine intensivere politische Wahrnehmung erhalten.

Frau Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert betonte in ihrem Grundsatzreferat, das unstrittig ist, dass gewisse medizinische Leistungsbegrenzungen bereits erfolgen – oft, ohne vor Patienten und Öffentlichkeit als solche ausgewiesen zu werden. Es ist höchste Zeit auch in Deutschland eine gesellschaftliche Diskussion über legitime Ansprüche und faire Verteilung, also über soziale Gerechtigkeit in Fragen der Gesundheitsversorgung zu führen.

Herr Prof. Dr. jur. Christian Katzenmeier sprach zu „Engpässe der medizinischen Versorgung – rechtliche Implikationen“. Sollten sich Rationierungen bei der Gesundheitsversorgung als unvermeidlich herausstellen, ist einer offenen Rationierung der Vorzug vor einer verdeckten Rationierung zu geben. Wird die Entscheidung über vorzuenthaltende Maßnahmen mittels finanzieller Steuerungsmechanismen dem Arzt aufgebürdet, muss dieser als „Funktionär austeilender Gerechtigkeit“ die knappen finanziellen Mittel „heimlich“ seinem Patienten zuteilen. Eine solche moralische Entscheidungslast beschwert nicht nur die ärztliche Tätigkeit, in ihrer Implizität verkürzt sie auch das Patienteninteresse, das nicht zuletzt auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit gerichtet ist. Eine Priorisierung medizinischer Leistungen könnte dazu beitragen, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen offen, rational und transparent auf diejenigen Belange verteilt werden, die sich im gesellschaftlichen, ethischen und politischen Diskurs als besonders wichtig herausstellen. Die Aufgabe, Verteilungsgerechtigkeit sicherzustellen, kommt seitens des Rechts maßgeblich der Verfassung zu. Doch auch die Vorgaben des Zivilrechts, des Sozialversicherungsrechts und des Strafrechts erhalten bei der Umsetzung eines Systems der Priorisierung/Posteriorisierung und hierauf aufbauender expliziter Rationierung medizinischer Leistungen Bedeutung.

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

Unsere Jubilare im Mai 2010 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 03.05 MUDr. Kuhn, Vitezslav
09130 Chemnitz
- 05.05 Dr. med. Haß, Stephanie
02763 Zittau
- 07.05 Graf, Emilia
01307 Dresden
- 09.05 Dr. med. Ermisch, Ute
08451 Crimmitschau
- 09.05 Dipl.-Med. Martin, Barbara
08064 Zwickau
- 10.05 Pochmann, Elfriede
04651 Bad Lausick
- 11.05 Dr. med. Felgner, Sabine
01187 Dresden
- 13.05 Dr. med.
Frohberg, Margritta
09456 Annaberg-Buchholz
- 17.05 Lechtch, Lioudmila
04107 Leipzig
- 19.05 Dipl.-Med. Hein, Helga
09465 Sehma
- 20.05 Dr. med. Böhm, Gudrun
01187 Dresden
- 21.05 Dr. med. Liess, Joachim
08294 Affalter
- 22.05 Dipl.-Med. zurNieden, Ulrike
08523 Plauen
- 23.05 Dr. med. Glös, Jürgen
09224 Chemnitz
- 24.05 Dipl.-Med. Strauss, Thomas
09123 Chemnitz
- 27.05 Kandzia, Rosemarie
01558 Großenhain
- 29.05 Dipl.-Med. Bohlmann, Ulrich
08451 Crimmitschau
- 29.05 Dipl.-Med. Lies, Heidemarie
09125 Chemnitz
- 31.05 Dr. med. Exner, Reinhard
08237 Wernesgrün
- 31.05 Hermann, Walter
09123 Chemnitz

65 Jahre

- 03.05 Grumbt, Jürgen
01683 Deutschenbora
- 04.05 Dr. med. Wilker, Regine
04651 Bad Lausick
- 05.05 Prof. Dr. med. habil.
Rothe, Karl-Friedrich
01737 Oberhermsdorf
- 05.05 Scheffel, Gisela
01109 Dresden

- 06.05 Dr. med. Mehlhorn, Steffen
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 14.05 Dr. med. Neubert, Frank-Peter
09514 Lengefeld
- 16.05 Hentschel, Helga
01705 Freital
- 16.05 Dr. med. Witt, Eleonore
04207 Leipzig
- 19.05 Doz. Dr. med. habil.
Blatz, Rosemarie
04157 Leipzig
- 20.05 Dr. med. Kopprasch, Karin
01187 Dresden
- 24.05 Dr. med. Kaller, Wolfgang
01917 Kamenz
- 25.05 Dr. med. Fritzsche, Ingeborg
04838 Sprotta Siedlung
- 27.05 Budig, Hannelore
04860 Torgau
- 27.05 Dr. med. Fickert, Ursula
08541 Theuma
- 29.05 Dr. med. Kelly, Lutz-Ulrich
01324 Dresden

70 Jahre

- 02.05 Dr. med. Beyer, Eckhard
08393 Meerane
- 02.05 Otto, Heidi
02929 Rothenburg
- 03.05 Dr. med. Arndt, Ingrid
04178 Leipzig
- 04.05 Dr. med. Ebersbach, Günter
04720 Döbeln
- 04.05 Dr. med. Gruß, Barbara
09228 Wittgensdorf
- 05.05 Börner, Klaus
09496 Pobershau
- 05.05 Dr. med. Döbbelin, Jürgen
01067 Dresden
- 06.05 Dr. med. Beckert, Adelheid
02692 Obergurig
- 08.05 Dietel, Jochen
08301 Schlema
- 08.05 Dr. med. Simonis, Erich
02997 Wittichenau
- 08.05 Dr. med. Teichmann, Werner
04567 Kitzscher
- 10.05 Rehn, Monika
01309 Dresden
- 11.05 Dr. med. Aehle, Charlotte
04157 Leipzig
- 11.05 Dr. med. Croy, Peter
04178 Leipzig
- 11.05 Dr. med. Helm, Christa
01156 Dresden
- 11.05 Dr. med. Hentschel, Helga
01277 Dresden
- 12.05 Dr. med. Sattler, Brunhilde
04105 Leipzig

- 13.05 Prof. Dr. med. habil.
Schröder, Hans-Egbert
01109 Dresden
- 14.05 Dr. med. Rieger, Edda
04103 Leipzig
- 15.05 Hofmann, Horst
08062 Zwickau
- 16.05 Hahn, Dietrich Kurt
01591 Riesa
- 16.05 Dr. med. Scholz, Ingrid
01309 Dresden
- 17.05 Dr. med. habil.
Harzbecker, Klaus
09366 Stollberg
- 18.05 Dr. med. Bartsch, Peter
02763 Eckartsberg
- 20.05 Dr. med. Wiese, Helga
01217 Dresden
- 21.05 Dr. med. ZeiBig, Helga
09120 Chemnitz
- 22.05 Usath, Hans-Dieter
09394 Hohndorf
- 24.05 Dr. med. Daßler, Gudrun
08527 Neundorf
- 24.05 Dr. med. Klinger, Manfred
04838 Eilenburg
- 24.05 Dr. med. Müller, Birgit
04435 Schkeuditz
- 26.05 Dr. med. Grund, Heinz
08289 Schneeberg
- 27.05 Dr. med. Heinrich, Lothar
01662 Meißen
- 28.05 Krabes, Heiderun
04316 Leipzig
- 28.05 Prof. Dr. med. habil.
Leupold, Wolfgang
01159 Dresden
- 29.05 Dr. med. Müller, Barbara
01728 Hänichen
- 30.05 Dr. med. Nostitz, Hans-Jürgen
04107 Leipzig
- 31.05 Dr. med. Kern, Berthold
08541 Thoßfell

75 Jahre

- 02.05 Dr. med. Nachreiner, Renate
08371 Glauchau
- 02.05 Dr. med. Opitz, Susanne
02689 Sohland/Taubenheim
- 02.05 Prof. Dr. sc. med.
Ulrich, Christa
04229 Leipzig
- 04.05 Dr. med. Berger, Regina
04720 Westewitz
- 05.05 Dr. med. Kreutz, Wolfgang
09128 Chemnitz
- 05.05 Prof. Dr. med. habil.
Raue, Ingrid
04299 Leipzig

- 06.05 Dr. med. Lorenz, Manfred
01139 Dresden
- 07.05 Albersmeyer, Klaus
01099 Dresden
- 07.05 Dr. med. Petzholdt, Walter
01844 Neustadt
- 08.05 Dr. med. Kade, Renate
04275 Leipzig
- 08.05 Päßler, Sibylle
08132 Mülsen
- 09.05 Dr. med. Hettmer, Margrit
04860 Torgau
- 11.05 Prof. Dr. med. habil.
Hanitzsch, Renate
04277 Leipzig
- 12.05 Scott, Eberhard
01819 Kurort Berggießhübel
- 13.05 Dr. med. Hüneburg, Barbara
04109 Leipzig
- 15.05 Dr. med. Eissmann, Hans-Jörg
04107 Leipzig
- 16.05 Dr. med. Lonitz, Maria
08525 Plauen
- 16.05 Dr. med. Seidel, Ute
09113 Chemnitz
- 17.05 Dr. med. Bartel, Oskar
01445 Radebeul
- 20.05 Dr. med. Federsel, Christian
01900 Brettnig-Hauswalde
- 21.05 Dr. med. Alber, Hans
04680 Colditz
- 21.05 Dr. med. Hillmann, Siegfried
04736 Waldheim
- 26.05 Dr. med. Jänchen, Gisela
02730 Ebersbach
- 28.05 Dr. med. Engelmann, Vera
04103 Leipzig
- 30.05 Dr. med. Gessner, Günter
09212 Limbach-Oberfrohna
- 30.05 Dr. med. habil. Riedel, Horst
01640 Coswig
- 31.05 Dr. med. Kowalski, Stephan
04425 Taucha
- 80 Jahre**
- 04.05 Dr. med. Wachtler, Irmtraut
01662 Meißen
- 06.05 Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
- 06.05 Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
- 08.05 Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
- 10.05 Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
- 12.05 Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
- 16.05 Dr. med. Jehring, Renate
01309 Dresden
- 20.05 Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
- 24.05 Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
- 24.05 Streller, Horst
01109 Dresden
- 29.05 Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen
- 81 Jahre**
- 08.05 Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 08.05 Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
- 08.05 Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Großbothen
- 14.05 Dr. med.
Dieckmann, Barbara
04299 Leipzig
- 15.05 Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
- 16.05 Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
- 25.05 Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig
- 28.05 Dr. med. Rudau, Dietlind
04105 Leipzig
- 82 Jahre**
- 10.05 Doz. Dr. med. habil.
Strobel, Hardy
04416 Markkleeberg
- 11.05 Dr. med. dent.
Majunke, Hannelore
08396 Waldenburg
- 30.05 Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
- 31.05 Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden
- 83 Jahre**
- 03.05 Dr. med. Wiesner, Waltraut
01324 Dresden
- 12.05 Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
- 12.05 Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau
- 19.05 Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital
- 29.05 Dr. med. Schietzelt, Heinz
01279 Dresden
- 84 Jahre**
- 02.05 Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
- 21.05 Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig
- 85 Jahre**
- 08.05 Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
- 24.05 Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz
- 86 Jahre**
- 07.05 Dr. med. Arendt, Maja
04109 Leipzig
- 19.05 Dr. med.
Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
- 30.05 Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz
- 87 Jahre**
- 05.05 Dr. med. Görner, Liselotte
01809 Dohna
- 22.05 Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz
- 30.05 Dr. med. habil.
Popp, Wolfgang
09130 Chemnitz
- 88 Jahre**
- 10.05 Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
- 16.05 Dr. med. Dippmann, Alfred
09456 Annaberg-Buchholz
- 16.05 Dr. med. Trefftz, Friederike
01099 Dresden
- 20.05 Dr. med. Rangs, Erika
08685 Bad Elster
- 89 Jahre**
- 14.05 Dr. med.
Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna
- 15.05 Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida
- 91 Jahre**
- 04.05 Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
- 09.05 Dr. med.
Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
- 23.05 Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

80 Jahre Kinderklinik Dresden-Johannstadt

Vor 80 Jahren, am 15. Mai 1930, wurde die Kinderklinik Dresden-Johannstadt nach knapp dreijähriger Bauzeit feierlich eröffnet. Der damalige Dresdner Stadtbaurat Paul Wolf (1879 bis 1957) hatte einen Komplex mit vier Gebäuden für Kinderklinik und Schwesternschule entworfen, gelegen im so genannten Birkenwäldchen des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt. Maßgeblich beteiligt an der Planung der Klinik war der damalige Leiter des zweiten Säuglingsheims (in der Wormser Straße 4) und spätere erste Direktor der Kinderklinik, Hans Bahrtdt (1877 bis 1953). Das erste Säuglingsheim, weltweit das erste seiner Art, hatte Arthur Schloßmann (1867 bis 1932) in den Räumen seiner Praxis in Dresden-Johannstadt in der Arnoldstraße 1 (im 1. Stock des Eckhauses Arnoldstraße/Pfotenhauerstraße) eröffnet. Der Bau der Kinderklinik mit einem Zentralgebäude und einem Bettenhaus sowie die Schwesternschule wurden verwirklicht, das vierte Gebäude, ein Mütter- und Säuglingsheim, aber aus Geldmangel nicht.



Quelle: Ritter, H.: Der Krankenhausbau der Gegenwart im In- und Ausland, Stuttgart: Julius Hoffmann Verlag, 1932

Anlässlich der Einweihungsfeier der Kinderklinik Dresden-Johannstadt unterstrich Stadtbaurat Wolf, dass dieser Baukomplex die größte geschlossene Bauaufgabe der Stadt Dresden seit der Einweihung des neuen Rathauses 1910 darstellte. Die Kosten beliefen sich auf 7,6 Mio. Mark. Mit dieser neuen Kinderklinik war eine der modernsten Einrichtungen ihrer Art in Europa entstanden. Das im Bauhausstil errichtete Bettenhaus zeichnete sich an der Südseite durch eine ansteigende Terrassenoptik mit 100m langen Balkonen auf jeder



Haus 21 (Modell), Quelle: Architekturbüro Heinle, Wischer & Partner

Ebene sowie eine Dachterrasse aus. Damit waren die Voraussetzungen für eine Freiluftbehandlung zum Beispiel zur Behandlung der Tuberkulose gegeben.

Die gesamte Klinik war für rund 200 Kinder eingerichtet. Dabei achteten Stadtbaurat Wolf und Klinikleiter Bahrtdt bei der Planung besonders auf die Verhinderung der Ausbreitung von Infektionen. Es wurden keine großen Krankensäle, sondern Zimmer für ein bis maximal fünf Betten gebaut.

Während der Bombardierung Dresdens in der Nacht vom 13. zum 14. Februar 1945, von der auch das Krankenhaus Dresden-Johannstadt nicht verschont blieb, wurde das Bettenhaus der Kinderklinik, besonders der Westflügel, durch explodierende Bomben in nächster Nähe stark beschädigt. Da sich Patienten und Personal im Tiefenkeller befanden, waren glücklicherweise keine Verletzten oder Toten zu beklagen.

Nach Kriegsende begann unverzüglich der Wiederaufbau. Doch die Bettenkapazität reichte zunächst nicht, so dass besonders für tuberkulosekranke Kinder Außenstellen in Oberschwitz (im ehemaligen Möllerschen Sanatorium Dresden Alpenstraße 1) und in Reinhardtsgrimma (in der heutigen Förderschule) eingerichtet wurden.

Nach der Wende, als die meisten Kliniken und Institute des Universitätsklinikums bereits rekonstruiert oder neu gebaut waren, tat man sich bei der Kinderklinik mit der Entscheidung Abriss oder Rekonstruktion schwer. Der Denkmalschutz wollte das Gebäude auf jeden Fall erhalten, stimmte aber schließlich einem Abriss

zu, als Gutachten auf die Gefahren für das Leben und die Gesundheit von Patienten und Personal sowie auf fehlende Räumlichkeiten insbesondere für Funktionsbereiche und Forschung hinwiesen.

Nach Abriss der Kinderklinik wurde in vierjähriger Bauzeit (1999 bis 2003) an gleicher Stelle das Haus 21, die Kinder- und Frauenklinik, errichtet. Es handelt sich um einen Bau mit vier langen Riegeln, die an der Südseite mit einem Längsbau, der Gartenhalle, verbunden sind.

Fast gleichzeitig mit dem Klinikneubau, in den Jahren 2001 und 2002, erfolgte der Neu- und Erweiterungsbau (Haus 65) des Mildred-Scheel-Hauses für die hämato-onkologische Abteilung der Kinderklinik. Das von dem Architektenbüro Behnisch & Partner aus Stuttgart errichtete Gebäude ist aufgrund seiner geschwungenen Form und farblichen Gestaltung architektonisch auffällig.

Anlässlich der 80-Jahr-Feier ihres Bestehens organisiert die Kinderklinik am 7. Mai in diesem Jahr eine Festveranstaltung auf dem Gelände des Universitätsklinikums. Alle Mitarbeiter der Kinderklinik, auch die ehemaligen, sind dazu herzlich eingeladen. Aus diesem Anlaß erscheint auch ein Buch zur Chronik der Kinderklinik Dresden-Johannstadt und ihrer Vorläufereinrichtungen, das ab Mai dieses Jahres im Buchhandel erhältlich ist.

*Jobst Henker, Kathrin Meyer:
Chronik der Kinderklinik
Dresden-Johannstadt
1930 – 2010
(ISBN 978-3-936525-52-6)*

Jobst Henker und Kathrin Meyer,
Dresden

Osterfest und Osterbräuche

Wir schreiben April des Jahres 2010 und nach einem diesmal langen und strengen Winter ist es endlich soweit und die Tage werden wieder länger und es wird zusehends wärmer. Inzwischen hatten wir zu Monatsbeginn das Osterfest und der herbeigesehnte Frühling zeigt sich mehr und mehr von seiner schönen Seite.

Diesbezüglich sind noch immer Goethes Verse zum Osterspaziergang aktuell:

„Vom Eise befreit sind Strom und Bäche

Durch des Frühlings holden, belebenden Blick;

Im Tale grünet Hoffnungsglück;

Der alte Winter, in seiner Schwäche, Zog sich in rauhe Berge zurück.

Von dort her sendet er, fliehend, nur Ohnmächtige Schauer körnigen Eises

In Streifen über die grünende Flur.

Aber die Sonne duldet kein Weißes, Überall regt sich Bildung und Streben,

Alles will sie mit Farbe beleben; ...“,

Es sind treffliche Verse und nicht nur im Jahresgang der Natur.

Während das sogenannte „bürgerliche Jahr am 1. Januar seinen Lauf nimmt und am 31. Dezember endet, so beginnt das kirchliche Jahr bereits vier Wochen früher, also am ersten Advent und es endet am letzten Sonntag davor. Es sind die Hochfeste des Kirchenjahres, die aber auch den Ablauf des bürgerlichen Jahres bestimmen.

Letztendlich regelt der Festrhythmus des Kirchenjahres auch das allgemeine Jahr. Von der Substanz der christlichen Feste und Feiertage und der Sonntage des Kirchenjahres, ihrer Bedeutung und ihres Brauchtums leben mehr oder weniger alle Menschen unseres Kulturkreises, egal ob sie der Kirche angehören, ihr nahe stehen oder nicht zu ihr gehören.

Die Passionszeit und das sich anschließende Osterfest sind im christlichen Kirchenjahr wichtige



Foto: Berthold, Dresden

Abschnitte. Wir kennen den Palmsonntag, den Gründonnerstag, den Karfreitag und die Osterfeiertage. Das Osterdatum ist die Definition für den Ostersonntag. Dieser ist der erste Sonntag nach dem ersten Frühlingsvollmond. Für den Frühlingsanfang sind meteorologischer und kalendarischer Beginn zu beachten. Der Frühlingsanfang ist kalendarisch auf den 21. März festgelegt. Der 22. März ist demnach der frühestmögliche Kalendertag, auf den Ostern fallen kann. Weil der Ostersonntag der wichtigste Festtag der Christen ist, richten sich fast alle anderen beweglichen Feiertage nach ihm. Da Ostern ein bewegliches Fest ist, variiert das Kalenderdatum jedes Jahr. Nachdem auf dem ersten Konzil der Kirche im Jahre 325 in Nicäa eine erste allgemeingültige Regelung des Ostertermines beschlossen wurde, kam es nach Einführung des Gregorianischen Kalenders erneut zu einem unterschiedlichen Osterdatum. Die Ostkirchen nahmen allerdings den Gregorianischen Kalender zur Berechnung der beweglichen Feste nicht an. Somit weicht der Ostertermin der westlichen Christenheit von dem der orthodoxen und der altorientalischen Christen, also der östlichen Kirchen um bis zu fünf Wochen voneinander ab. Der Algorithmus zur Osterrechnung ist immer gleich. Er wurde aber erst von Carl Friedrich

Gauß 1800 kurz und elegant mittels der modernen Mathematik formuliert.

Bereits um 1920 hatte man schon einmal versucht, ein gemeinsames Osterdatum für Ost- und Westkirchen zu finden. Die in den Ostkirchen geltende Regel, dass Ostern immer nach dem jüdischen Pessachfest stattfinden muss, ging nicht auf. Im Jahre 1997 fand in Aleppo, Syrien, eine Konferenz statt. Dort sollte nun ein gemeinsames Osterdatum für die westlichen und die östlichen Kirchen gefunden werden. Es war vorgesehen, von astronomischen Beobachtungen auszugehen. Der Bezugsmeridian wäre der von Jerusalem gewesen. Diese neue Regelung sollte bereits ab 2001 gelten. In diesem Jahr fielen die Osterfeste der West- und Ostkirchen zusammen, am 15. April gemäß Gregorianischem Kalender und am 2. April gemäß Julianischem Kalender. Die Einigung scheiterte im Wesentlichen an den Bedenken der östlichen orthodoxen Kirchen. Schade. Ihr Osterdatum hätte sich allerdings sofort und teils sogar erheblich geändert.

Somit bleibt es dabei, der 22. März ist immer der frühestmögliche und der 25. April infolge der gregorianischen Ausnahmeregelung immer der späteste Ostertermin.

In der Passions- oder Fastenzeit wird an das Leiden und Sterben von Jesus Christus erinnert. Die Fastenzeit beginnt unmittelbar nach Fasching mit dem Aschermittwoch und sie endet am Karsamstag. Vom Aschermittwoch an gerechnet sind es 40 Tage bis Ostern. Mit dem Ostersonntag beginnt die österliche Freudenzeit. Diese dauert fünfzig Tage bis zum Pfingstfest an.

Das deutsche Wort Ostern und das englische Wort easter haben die gleiche sprachliche Wurzel. Die Etymologie bringt aber unterschiedliche Erklärungen. Das Herkunftswörterbuch Duden erklärt das Wort Ostern vom altgermanischen Wort austro, also Morgenröte, herkommend. In diesem Wort steht der Begriff Osten. Hier geht die Sonne auf. Im Altenglischen wird eastre verwendet. Im Althochdeutschen wird es zu ostarum fortgebildet. Der Wortstamm ist mit altgriechisch eos, also Sonne und lateinisch aurora, bedeutet Morgenröte, wiederum verwandt. Vom Altgriechischen und Lateinischen wurden weitere indoeuropäische Sprachen beeinflusst.

Da das Feiern an Festtagen immer etwas Angenehmes mit sich bringt, hat sich im Laufe der Jahrhunderte auch ein eigenes Brauchtum zu den Festen entwickelt.

Viele der heute geläufigen Osterbräuche werden auf germanische und keltische Sonnenkulte zurückgeführt, so zum Beispiel die Osterkerze, das Osterfeuer und das Osterrad.

Die Osterkerze gehört verbindlich in jeden Kirchenraum. Sie wurde erstmals schon im 4. Jahrhundert erwähnt und sie hat mehr und mehr an Bedeutung gewonnen, seit die Lichtsymbolik bei den Feierlichkeiten zum Osterfest eine besondere Stellung eingenommen hat. Im Verlaufe des Mittelalters haben sich uns heute geläufige Elemente entwickelt. An der Kerze sind das Alpha und das Omega, die Jahreszahl und die Einfügung von fünf Weihrauchkörnern

zu finden. A und O sind der erste beziehungsweise letzte Buchstabe des griechischen Alphabets. Diese Verwendung an der Osterkerze geht auf die Bibel zurück. „Ich bin das Alpha und das Omega, der Erste und der Letzte, der Anfang und das Ende“, so steht es in der Offenbarung des Johannes.

Osterfeuer werden meistens am Samstag vor Ostersonntag angezündet und geben dem Treffen der Menschen eine Plattform. Licht und Wärme hatten und haben immer höchste Bedeutung für die Menschen und alles Leben auf dieser Erde, jetzt und auch in Zukunft. Damit ist der Bezug zu oben zitierten Versen Goethes – Sonne duldet kein Weißes – hergestellt.

Das Osterfest hat natürlich auch viele Künstler, wie auch Dichter, Maler und Musiker zur Kreativität angeregt. Stellvertretend seien hier nur einige Namen genannt wie Claude Lorrain 1600 bis 1682 (Gemälde: Ostermorgen), Friedrich Rückert 1788 bis 1866 (Gedicht: Am Ostermorgen), Johann Sebastian Bach 1685 bis 1750 (Osterkantate 1725), Johann Wolfgang von Goethe 1749 bis 1832 (Gedicht: Osterspaziergang), Emanuel Geibel 1815 bis 1884 (Gedicht: Ostermorgen), Johann Peter Emilie Hartmann 1805 bis 1900 (Orgelsonate: Ostermorgen), Karl Fabergé 1846 bis 1929 (Goldschmiedekunst: Ostereier 1895). Und es gibt viele andere.

Ostern ist insofern das wichtigste Fest der Christenheit, da die Kirche ihre Begründung und ihren Begründer feiert. Es wird dem Leben, Leiden und Sterben und der Auferstehung Jesu Christi gedacht. Letztendlich ist das Osterfest auch im gutbütgerlichen Sinne dazu angedacht, sich in der Familie zu treffen, miteinander zu plaudern und zu speisen, seiner Frömmigkeit nachzugehen, einen Spaziergang in der erwachenden Natur zu unternehmen und nicht zuletzt ist es ein willkommener Spaß

für kleine und große Kinder. Dafür stehen der Osterhase und die bunten sowie die süßen Ostereier bereit. Das Färben und Verstecken der Ostereier hat ebenso eine lange Tradition wie das Backen von Osterbrot oder das Schöpfen von Osterwasser und läßt sich historisch mehr als 500 Jahre nachverfolgen. Selbst Martin Luther verweist bereits auf gefärbte Eier zum Osterfest. In unserer heutigen Zeit ist durch kommerzielle Gründe der Verkauf von bunten Eiern, Schokoladenosterhasen und Süßigkeiten zum Osterfest bedauerlicherweise meist schon weit vor das eigentliche Fest vorverlegt worden. Trotzdem ist es immer wieder eine große Freude und es macht Spaß, an dieser netten Ostergeste des Eierversteckens weiterhin festzuhalten. Und nicht nur Kinder freuen sich über kleine und größere Ostergeschenke.

Der Osterhase wurde zum ersten mal 1682 von dem Medizinprofessor Georg Franck von Frankenu in seiner Abhandlung „De ovis paschalis“, von „Oster-Eyern“, erwähnt. Seither erfreut sich dieser Geselle zunehmend großer Beliebtheit, da man den Kindern Glauben macht, er bringe die Ostereier. Es gibt auch den Brauch, Zweige in Vasen zu stellen und sie mit bunten Eiern zu schmücken, und an Bäumen und Sträuchern in den Gärten bunte Eier aufzuhängen. Das Färben und Verzieren der Ostereier ist in manchen Gegenden zum Kunsthandwerk geworden. Nationale und regionale Osterbräuche sind vielfältig und haben eine lange Tradition. Es ist gut, dass es sie gibt.

Das Wichtigste am Osterfest und darüber hinaus ist allerdings das Zusammenleben in einer friedfertigen Gesellschaft und in einer Welt, wo Toleranz auch gegenüber anderen und fairen religiösen und weltlichen Gedankengut zugelassen und geübt wird.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Köhren-Sahlis