

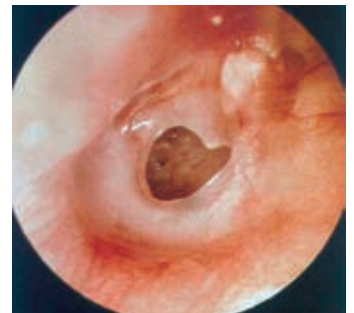
<b>Editorial</b>	Risikokontrolle	<b>592</b>
<b>Berufspolitik</b>	Deutsch-Polnische Vorstandssitzung Stadtrallye 2010	<b>593</b> <b>595</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Glitzzone Kardiopulmonale Reanimation Bundesmodellprojekt „Migration und Sucht“	<b>598</b> <b>599</b> <b>600</b>
<b>Hygiene aktuell</b>	Zertifikat Schutzimpfungen	<b>601</b>
<b>Arbeitsmedizin aktuell</b>	Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin Präsident der EASOM gewählt	<b>602</b> <b>603</b>
	Impressum	<b>603</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Überwachungen nach dem Gesetz über Medizinprodukte in Sachsen – 2009 Arthur-Schlossmann-Preis und Ausbildungsstipendium 2011	<b>604</b> <b>607</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Veranstaltung für ausbildende Ärzte Fortbildungsveranstaltung zur Entlassungsmedikation Informationsveranstaltung für Ärzte in Weiterbildung Unterstützung bei ärztlicher Begutachtung gesucht 5. Görlitzer Notfalltag Konzerte und Ausstellungen Seniorentreffen der KÄK Dresden	<b>608</b> <b>609</b> <b>610</b> <b>611</b> <b>611</b> <b>611</b> <b>617</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	<b>612</b>
<b>Originalie</b>	Die Behandlung der Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit	<b>613</b>
<b>Leserbriefe</b>	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Günter Frey / Steffen Seiler / Antwort Priv.-Doz. Dr. med. habil. Siegfried Zielmann / Dr. med. Christa-Maria Steinberg	<b>618</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Claus Vogel zum 65. Geburtstag Unsere Jubilare im Dezember 2010	<b>620</b> <b>620</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Über die Augenerkrankung des Malers Edgar Degas	<b>622</b>
<b>Kunst und Kulutr</b>	Ausstellung: Erich Gerlach zum 100. Geburtstag	<b>623</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Januar 2011	



Deutsch-Polnische  
Vorstandssitzung  
Seite 593



Stadtrallye  
Seite 595



Die Behandlung der Schwerhörigkeit  
Seite 613



Ausstellung: Erich Gerlach  
Seite 623

## Risikokontrolle



Fallende Aktienkurse, insuffiziente Datensicherung, Nicht-Berücksichtigung der höheren Lebenserwartung der Mitglieder, längere krankheitsbedingte Abwesenheit der Geschäftsführerin – was haben alle diese Dinge gemeinsam?

Aus der Sicht eines Verantwortlichen für die Alterssicherung der sächsischen Ärzte und Tierärzte im Versorgungswerk handelt es sich bei all diesen Ereignissen um zumindest Gefährdungen eines geregelten Geschäftsbetriebs, wenn nicht gar um eine existentielle Gefährdung des Systems. Allerdings waren dies freilich nur kurz angerissene Exempel, denkbare Szenarien, die im Falle ihrer Realisierung einen ungünstigen Einfluss auf die Abläufe und das Geschäftsergebnis eines Versorgungswerkes und damit letztlich auf die Höhe der Arzttrenten haben können. Wie aus vielen Gesprächen mit unseren Mitgliedern deutlich wird, beschäftigen genau diese Fragen auch manche Kollegen.

Man könnte voraussetzen, dass die Berücksichtigung all dieser Aspekte eine Selbstverständlichkeit sein sollte. Aber genau hier fangen die Schwierigkeiten an: Wie definiert man die Grenze, an der berufliche Pflichterfüllung und Engagement im Ehrenamt, Vorausschau und Verantwortung, umschrieben oft mit dem „Menschenmöglichen“, enden und der Zufall Wirkung entfalten kann oder Dritte auf unser Agieren so Einfluss nehmen können, dass das Ergebnis mehr von deren Tun abhängt als von unserem. Sicher, es gibt Gesetze, kaufmännische Regeln, Standards für zeitgemäße EDV-Lösungen. Aber konnte dadurch zum

Beispiel die noch aktuelle Finanzkrise verhindert werden? Das sicher nicht, aber es gab mehr und weniger davon Betroffene – wir zählten nicht nur durch glückliche Umstände zu den Letzteren.

Ich widme mich an dieser Stelle diesem Thema, weil wir in der Sächsischen Ärzteversorgung diese oben geschilderte Grenze verschieben wollen; unsere Einflussmöglichkeiten sollen durch kontinuierliche und systematische Schwachstellenanalyse erweitert werden. Hierbei werden unter anderem technische und sonstige materielle Ressourcen, aber auch die Qualifikation unserer Mitarbeiter und Ehrenamtler daraufhin überprüft, ob sie eine ausreichende Prozess- und Ergebnisqualität gewährleisten. Daneben ist es ungemein wichtig, die Auswirkungen von Entscheidungen gerade in der Versicherungsmathematik, aber auch in der Kapitalanlage zu antizipieren, um nicht von ungünstigen äußeren Entwicklungen in die Enge getrieben werden zu können.

So müssen zum Beispiel die demographischen Grundlagen kontinuierlich Eingang finden in die Berechnungen der sogenannten Deckungsrückstellung, also jenes Geldbetrags, der zur Abdeckung aller zukünftigen Verpflichtungen zur Verfügung stehen muss. Da in unserem System jeder Euro, der an Rente ausgezahlt werden kann, vorher von einem Arzt eingezahlt oder an den Kapitalmärkten verdient wurde, kann man nicht den Kopf in den Sand stecken und ignorieren, dass gerade Freiberufler immer älter werden. Hier ist mit der vielleicht unpopulären, aber unumgänglichen Umstellung auf die Rente mit 67 die adäquate Lösung gefunden. Die Höhe der Deckungsrückstellung ist aber in dem in der berufsständischen Versorgung angewandten Rechnungsprinzip des „Offenen Deckungsplanverfahrens“ immer so kalkuliert, dass von einer gewissen Verzinsung ausgegangen wird (Diskontierung). Üblich war über die vergangenen Jahrzehnte vier Prozent sogenannter Rechnungszins. Diesen Rechnungszins zu erreichen, damit indirekt die Mitglieder beitragsmäßig zu entlasten oder die Renten zu

erhöhen, ist in einer Niedrigzinsphase wie derzeit eine anspruchsvolle Aufgabe. Wir stellen uns diesen Problemen, müssen aber auch darauf bestehen, dass in ertragsmäßig starken Jahren nicht alle Reserven auf dem Altar einer Beliebtheitssteigerung geopfert werden. Hier langfristig zu denken ist ein Gebot aktiver Risikokontrolle.

Als ein anderes Beispiel für vorausschauende Vermeidung eines Risikos können wir aus unserem Geschäftsbereich die grundlegende Umstrukturierung des EDV-Einsatzes nennen. Bisher hielten wir eine interne EDV-Abteilung vor, die jedoch nicht Schritt halten konnte mit den rapiden Veränderungen in diesem Bereich.

In Zukunft wird nur noch ein Mitarbeiter die Anforderungen unserer Fachabteilungen aufgreifen und den Bedarf an Hard- und Software gemeinsam mit einem externen Berater definieren.

Vorausschauend zu denken, Fehlerquellen zu lokalisieren, strukturiert und kontinuierlich Entscheidungen, Abläufe und Ausstattung zu hinterfragen – das sind die selbst auferlegten Aufgaben für Verwaltung und Ehrenamt der Sächsischen Ärzteversorgung. Dies ist kein Selbstzweck, sondern dient der Erreichung unserer Ziele. Gerade die Mitarbeiter und Ehrenamtler, die unmittelbar Verantwortung tragen, sind hier gefragt. Nicht nur für unsere Einrichtung. Denn als größtes Versorgungswerk in den neuen Bundesländern sehe ich auch eine Notwendigkeit und Pflicht darin, kleinere Einrichtungen mit einem regen Erfahrungsaustausch zu unterstützen und damit den bisher erfolgreich gelebten Gedanken einer berufsständischen Versorgung zu stärken. Dies ist das stärkste Argument gegen immer wieder von bestimmter politischer Seite vorgebrachte Vorbehalte.

Risikokontrolle – eigentlich ein unendliches Thema.

Risikokontrolle aber überhaupt zum Thema zu machen, sind wir unseren Mitgliedern in diesen Zeiten mit immer komplexer werdenden Anforderungen schuldig.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstandsmitglied

## Deutsch-Polnische Vorstandssitzung

Am 1. und 2. Oktober 2010 traf sich der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer zur 4. gemeinsamen Vorstandssitzung mit der Niederschlesischen Ärztekammer (Wrocław) und erstmals auch Gästen der Schlesischen Ärztekammer (Katowice) in Dresden. Die gemeinsamen Vorstandssitzungen der Sächsischen Landesärztekammer und der Niederschlesischen Ärztekammer dienen seit der ersten Sitzung im Jahr 2002 in Legnica der Pflege der nachbarschaftlichen Beziehungen. Es werden Erfahrungen ausgetauscht und versucht, die Ärztekammern, Krankenhäuser und Ärzte weiter zu vernetzen.

### Aktuelle Gesundheitspolitik

Im Rahmen der Sitzung widmeten sich Dr. med. Pawel Wróblewski und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Entwicklungen in Polen und Deutschland. Seit 1990 wurden in Niederschlesien 20 staatliche Krankenhäuser geschlossen. Einige davon werden in privater Trägerschaft weitergeführt. Die Tendenz der Privatisierung von Krankenhäusern in Polen ist weiterhin gegeben. Die medizinische Versorgungssituation angespannt. Polnische Ärzte wandern ins Ausland ab, darunter vor allem Chirurgen, Kardiologen und Onkologen. Auf 1.000 Einwohner in Polen kommen 2,2 Ärzte (Deutschland: 3,2). Dr. Wróblewski machte deutlich, dass er die Politik in der Pflicht sieht, wenn es um die stationäre Versorgung und den Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Polen geht. Der Staat dürfe sich nicht aus seiner Verantwortung für die medizinische Versorgung und die Vorsorge der Bevölkerung zurückziehen.

### Demografische Entwicklung

Zur demografischen Entwicklung und medizinischen Versorgung sprachen Erik Bodendieck und Dr. Jacek Chodorski. Die Lebenserwartung der Menschen in Polen liegt für Frauen bei 80 Jahren (Deutschland: 82,7) und bei Männern bei 71,3 Jahren



(Deutschland: 77,4). Ärztinnen in Niederschlesien sterben im Durchschnitt sogar noch 10 Jahre eher als ihre Patienten. Die geringere Lebenserwartung in Polen führt Dr. Chodorski auf das Niveau der medizinischen Versorgung und die Arbeitsbedingungen zurück. Denn obwohl sich im Vergleich zu 1990 die Zahl der Medizinstudenten bis 2008 erheblich erhöht hat (es gibt in Polen keinen Numerus clausus), hat sich die Anzahl der berufstätigen Ärzte insbesondere seit dem Beitritt von Polen zur Europäischen Union im Jahre 2004 verringert. Dr. Chodorski sieht die Ursache vor allem in der Abwanderung von polnischen Ärzten ins westeuropäische Ausland. Rund sechs Prozent der berufstätigen polnischen Ärzte haben zwischen 2004

und 2008 das Land verlassen. Und zum Beispiel Frankreich, Japan, Italien und die Schweiz sind auf Zuwanderung angewiesen, da sie durch die Einführung eines Numerus clausus in der Medizin selbst weniger Ärzte ausbilden, als sie für die Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft brauchen.

### Fachkräftemangel

Der Mangel an Fachkräften ist aber auch bei medizinischem Hilfspersonal zu spüren. In Sachsen wird dies auch bei den Medizinischen Fachangestellten deutlich. Dr. med. Stephan Albani, Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Sachsen, zeigte den aktuellen Stand dieses Berufsbildes. Und während in Deutschland die Ärztekammern für die Ausbil-



Teilnehmer der Deutsch-Polnischen Vorstandssitzung

derung zuständig sind, erfolgt in Polen die Ausbildung über staatliche Fachschulen. Als Zugangsvoraussetzung gilt das Abitur.

### Leistungen in der EU

Das komplizierte System der Inanspruchnahme und Abrechnung von medizinischen Leistungen innerhalb der Europäischen Union stellte Jürgen Mann von der AOK Plus dar. Grundsätzlich gilt das Leistungsrecht des jeweiligen Landes, in welchem sich ein Patient behandeln lässt. Unterschieden werden muss auch in planbare und nicht planbare Behandlungen. Der befürchtete Anstieg von Leistungen für deutsche Patienten im Ausland blieb auch nach dem Beitritt von osteuropäischen Ländern aus. Nur rund 3 Millionen Euro muss die AOK Plus pro Jahr für die medizini-

sche Versorgung von Deutschen im Ausland aufwenden. Dies zeigt, dass die Versicherten lieber zu Hause zum Arzt gehen. Ausnahmen bilden nur Kuren. Aber auch zum Beispiel die Behandlung von polnischen Bürgern in Sachsen blieb hinter den Befürch-



Dr. med. Paweł Wróblewski

tungen der polnischen Krankenkasse zurück. Es gibt nur 10 bis 20 Behandlungen pro Monat. Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Abrechnung dieser Leistungen. Die Abrechnung erfolgt von der deutschen Krankenkasse mittels einer Deutschen Verbindungsstelle gegenüber der polnischen Krankenkasse mit der Folge, dass die Abrechnung zwei Jahre in Anspruch nimmt. Mit Blick auf eine künftige grenzüberschreitende Versorgung zu Polen wünscht sich Herr Mann insbesondere beim Rettungsdienst einen Staatsvertrag wie zum Beispiel mit Frankreich, um im Notfall den kürzesten Weg zum nächsten Krankenhaus wählen zu können, auch wenn eine Grenze dazwischen liegt.

### 5. Deutsch-Polnisches Symposium

Abschließend wurde auf dieser gemeinsamen Vorstandssitzung beschlossen, vom 6. bis 8. Oktober 2011 das 5. Deutsch-Polnische Symposium in Waldenburg bei Breslau durchzuführen. Zu den vorläufigen Themen sollen gehören die „Patientenrechte in Europa“, die „Rolle der Selbstverwaltung im heutigen Rechtsstaat“, „1989: Erlebnis des gesellschaftlichen Wandels in Deutschland und Polen – eine emotionologische Betrachtung“ sowie der „Grenzüberschreitende Rettungsdienst“.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Stadtrallye 2010

Am 7. Oktober 2010 beteiligte sich die Sächsische Landesärztekammer zum zweiten Mal an der jährlich stattfindenden Stadtrallye der TU Dresden. Die vom Fachschaftratsrat der Medizinischen Fakultät ausgerichtete „Schnitzeljagd“ durch Dresden soll den Erstsemestlern einige für ihr Stu-

dium wichtige Orte der Landeshauptstadt näherbringen. Als eine dieser Stationen nutzte die Sächsische Landesärztekammer die Gelegenheit, mit den rund 150 frischgebackenen Medizinstudenten ins Gespräch zu kommen und auf die eigenen Aufgaben und Arbeitsbereiche aufmerksam zu machen. Um die zukünftigen Ärzte und Mitglieder unserer Kam-

mer etwas näher kennen zu lernen, wurden auch kurze Interviews zu den persönlichen Beweggründen für das Medizinstudium in Sachsen durchgeführt. Im Folgenden sollen exemplarisch einige dieser interessanten Berichte abgedruckt werden, nicht zuletzt um einen Eindruck von der Motivation des medizinischen Nachwuchses zu gewinnen.

### Julia Schuster Sachsen



„Das Medizinstudium ist für mich ein Kindheitstraum. Ich denke, ich bin schon ziemlich vorgeprägt, da ich aus einer Mediziner-Familie komme. Nach verschiedenen Praktika, dem Freiwilligen Sozialen Jahr und einer Ausbildung zur Krankenschwester habe ich es jetzt nach acht Wartese- mestern endlich geschafft. Und dass es in Dresden geklappt hat, macht die Sache perfekt, denn Dresden war mein erster Ortswunsch. Ich liebe Sachsen und die Hauptstadt. Sport, Kultur, Clubs und Shopping – ich habe hier alles, was ich brauche. Auch viele meiner Freunde sind hier, zum Teil sogar im gleichen Studium. Es wäre mein Traum, auch später hier

zu bleiben. Am liebsten möchte ich ins Erzgebirge zurückgehen und dort in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten, Richtung Allgemeinmedizin oder Gynäkologie.“

### Irmina Watzer Österreich



„Seit meiner Zeit in Ecuador, wo ich aufgrund eines Schüleraustausches für zwölf Monate war, habe ich meine Vorliebe für die soziale Arbeit entdeckt. Zudem habe ich das Medizinstudium gewählt, weil mich die Funktionsweise des Körpers interessiert und weil mir die enorme Vielschichtigkeit des Studiums gefällt. Als Österreicherin hat mich Dresden für sich gewonnen als ich es zum Striezelmarkt kennengelernt habe.

Über die Uni habe ich mich im Internet weiter informiert und so ist meine Wahl auf Dresden als Studienort gefallen. Die Entscheidung, ob ich später hier auch beruflich tätig sein werde, wird vor allem von sozialen Faktoren abhängig sein, wie zum Beispiel den Leuten, die man hier kennenlernt.“

### Denny Tran Thiem Sachsen



„Bei mir hat es nach dem Zivildienst Klick gemacht, und ich wusste, dass ich Medizin studieren will. Wegen der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen musste ich sechs Jahre warten. In der Zeit habe ich eine Ausbildung zum Krankenpfleger absolviert und in verschiedenen

Abteilungen des Klinikums Obergöltzsch Rodewisch gearbeitet. Hier hat man mich auch in meinem Studienwunsch unterstützt und mir ein Stipendium in Aussicht gestellt. Dass ich in Dresden studieren möchte, war für mich klar. In Dresden hatte ich mal eine Liebe und außerdem ist es eine so schöne Stadt. Geschichte, Kultur und eben die Elbe, zum Beispiel mit den Filmnächten. Auch mein Heimatort ist nah genug. Dass ich später auch in Sachsen arbeiten werde, ist ziemlich wahrscheinlich.“

**Silvana Sußmann**  
**Sachsen**



„Das Medizinstudium ist für mich ein Traum. Ich kenne mich in Krankenhäusern bereits gut aus, habe eine Krankenschwesterausbildung gemacht und schon als OP-Schwester gearbeitet. Gerade die Arbeit im Operationssaal und die Chirurgie finde ich so toll, dass ich mich besonders auf das Detailwissen freue, wie ich es nur im Studium erhalte. Dresden ist für mich nach dem Abitur zur Wahlheimat geworden, so dass ich auch mein Studium hier absolvieren wollte. Für Dresden sprechen noch die angebotenen Kurse des Reform-

curriculums (Dresdner Integratives Problem-, Praxis- und Patienten-Orientiertes Lernen), die viel praxisnäher sind. Nach dem Studium würde ich gern in Sachsen bleiben. Nicht nur, dass ich hier schon gearbeitet habe, die Kliniken sind alle ziemlich gut, es gibt eine moderne Ausbildung und die Uni-Klinik hat einen hohen Standard.“

**Florian Richter**  
**Brandenburg**



„Nachdem ich in Ruanda für ein Jahr in einem Krankenhaus gearbeitet habe, war für mich klar: Ich will Medizin studieren. Mir ist es wichtig, später im Beruf mit Menschen zu tun zu haben und im Hinblick auf weitere Einsätze im Ausland ist es besonders die Sprachenunabhängigkeit einer medizinischen Ausbildung, die mich interessiert. Für den Studienort Dresden habe ich mich entschieden, weil es einfach eine schöne Stadt ist. Berlin wäre für mich zwar näher gewesen, allerdings ist mir der Rummel dort etwas zu groß. Außerdem hat die TU Dresden einen guten Ruf und von der studentischen Kultur habe ich auch nur das Beste gehört.“

**Elisabeth Bau**  
**Bayern**



„Am Medizinstudium interessiert mich das konkrete medizinische Wissen. Es geht mir darum, in einem sozialen Bereich zu arbeiten, mit Menschen zu tun zu haben und eben auch zu verstehen, wie diese funktionieren. Für mein Studium habe ich mir bewusst Dresden als Standort gewählt. Zum einen wollte ich gern in ein Gebiet von Deutschland, das ich noch nicht so kenne; zum anderen ist Dresden einfach eine schöne Stadt mit einer modernen Medizinischen Fakultät. Ob ich später auch hier in Sachsen als Ärztin arbeiten werde, kann ich jetzt allerdings noch nicht absehen.“

**Christian Krampf**  
**Sachsen**



„Zu meinen Gründen für das Medizinstudium: Es ist mein Lebenstraum! Als Studienort war Dresden für mich die erste Wahl, da er groß genug ist und zugleich nicht zu groß. Ich komme aus Bautzen, also ist Dresden für mich Teil meiner Heimat. Auch nach dem Studium würde ich gerne, wenn möglich, hier arbeiten. Mir schwebt dabei eine Hausarztpraxis in Bautzen oder Umgebung vor. Das soll allerdings nicht heißen, dass ich nicht vielleicht noch einmal für zwei oder drei Jahre weggehen möchte. Zum Beispiel für ‚Ärzte ohne Grenzen‘.“

**Theres Müller  
Sachsen-Anhalt**



„Für mich hat sich während meines einjährigen Auslandsaufenthaltes herausgestellt, dass ich gerne Menschen helfen möchte. Die Wahl des Studienortes Dresden allerdings war nach meinem Auswahlgespräch klar. Für Dresden spricht, dass es nicht zu weit weg ist von zu Hause. Hinzu kommt der gute Ruf der Fakultät und dass es hier keine Studiengebühren und kein Reformstudiengang,

wie beispielsweise an der Charité gibt. Die Entscheidung, nach dem Studium hier in Sachsen zu bleiben, wird von den Menschen abhängen, mit denen man zu tun hat, von den Bekanntschaften und dem sozialen Netzwerk. Ich denke, dass gerade das Praktische Jahr darüber entscheidet, wo ein Lebensmittelpunkt entsteht.“

**Theresa Thieme  
Thüringen**



„Ich habe bereits mein Freiwilliges Soziales Jahr im Krankenhaus abgeleistet und dann auch die Ausbildung zur Krankenschwester begonnen. Für das Medizinstudium habe ich diese aber abgebrochen, denn ich wollte einfach tiefer in die wissenschaftliche Materie. Mir gefällt die Aussicht auf ein Studium, in dem ich die Richtung selbst entscheiden kann. Die offene Facharztwahl, die Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten und dabei immer mit Menschen zu tun haben, das macht für mich das Studium und den Beruf aus. Für Dresden habe ich mich aus verschiedenen Gründen entschieden: zunächst ist es die Nähe zu meiner Heimat, aber auch die

Größe der Uni. Im Vergleich zu Berlin finde ich eine kleinere Uni besser, die Wege sind kürzer und der Umgang persönlicher. Generell sollte es sowieso Ostdeutschland sein, wegen den Studiengebühren. Nach dem Studium hier auch zu arbeiten, wäre eventuell eine Option. Ausschlaggebend wäre dabei, dass gute Arbeitsbedingungen herrschen und die familiäre Situation stimmt.“

**Franziska Müller  
Brandenburg**



„Am Medizinstudium hat mich besonders der Aspekt des Helfen-Könnens gereizt. Und das mit dem Können verbundene Wissen über den Körper und seine Funktionen. Für Sachsen und Dresden als Studienort sprechen die Heimatnähe und die Schönheit der Stadt. Außerdem habe ich auch einige Freunde in der Nähe. Darüber, ob ich später hier auch arbeiten werde, bin ich mir noch unschlüssig. Ein Anreiz wäre auf jeden Fall das Uniklinikum, da man dort alle Facharzttrichtungen vorfindet.“

Patricia Grünberg M.A., Martin Kandzia B.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Glitazone

### Neues aus der Gesundheitspolitik

Im Newsletter 7/2010 des [www.diabetesnetzwerk-sachsen.de](http://www.diabetesnetzwerk-sachsen.de) berichteten wir von einer Beschlussvorlage des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dass Glitazone künftig nur noch in Ausnahmefällen zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden sollen. Sowohl der Deutsche Diabetikerbund als auch die Deutsche Diabetesgesellschaft und die Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer haben Einspruch erhoben. Daraufhin hat das Bundesministerium für Gesundheit vorerst Einhalt geboten und den G-BA beauftragt, erst weitere Evidenz einzuholen und danach eine erneute Entscheidung zu treffen (s. Newsletter 9/2010).

Inzwischen hat nun aber die europäische Arzneimittel-Behörde, (Euro-

pean Medicines Agency -EMA) am 23. September eine Empfehlung gegeben, die umstrittene Substanz Rosiglitazon (Avandia®, Avandamet® und Avaglim®) generell vom Markt zu nehmen. Folglich hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angeordnet, dass Arzneimittel mit dem Wirkstoff Rosiglitazon in Deutschland ab dem 1. November 2010 nicht mehr vertrieben und verordnet werden dürfen. Begründet wurde dies damit, dass aufgrund der vorliegenden Daten das gesundheitliche Nutzen-Risiko-Verhältnis als insgesamt ungünstig eingestuft wurde. Ausschlaggebend waren dabei vor allem die kardiovaskulären Risiken (zum Beispiel Herzinfarkte), die bei der Anwendung von Rosiglitazon erkennbar wurden.

Das können wir nur so kommentieren, dass die Patientensicherheit hier wirklich oberstes Gebot ist!

Was soll nun aber mit den Patienten werden, die bisher diese Medikamente erhalten haben?

Bis zum 1. November 2010 ist Zeit, diese Patienten umzustellen. Wenn Sie sich als behandelnder Arzt sicher aus berechtigten Gründen für ein Glitazon entschieden haben, weil andere Therapiealternativen für den Patienten nicht in Frage kommen oder weil andere Therapieoptionen auch nicht sicherer sind, da sie zum Beispiel zu Hypoglykämien führen können oder erst seit ganz kurzer Zeit auf dem Markt sind und Langzeitergebnisse noch fehlen, können Sie ganz einfach auf das Präparat Pioglitazon umstellen – in adäquater Dosierung und wie immer unter Beachtung von eventuellen Kontraindikationen bei dem jeweiligen Patienten. Das erhöhte Herzinfarktrisiko betrifft nur das Rosiglitazon. Für Pioglitazon gibt es positive Langzeitdaten und Belege für positive pleiotrope Effekte (zum Beispiel auf die Lipidtrias) insbesondere für Patienten mit längerer Diabetesdauer und/oder bereits bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen wie Koronare Herzkrankheit, cerebrale Durchblutungsstörungen oder periphere-arterielle Verschlusskrankheit (ProActive-Studie 2005). Wir wünschen Ihnen weiterhin gute Therapieerfolge bei Ihren Patienten.

PD Dr. med. habil. Ulrike Rothe  
Dr. med. Jürgen Krug

Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren  
Prof. Dr. med. habil. Gerhard H. Scholz  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
für die Fachkommission Diabetes der  
Sächsischen Landesärztekammer

## Ehrenmitglied

Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christoph Rink, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II des Helios Klinikums Aue, wurde auf dem 52. Kongress der Ungarischen Gesellschaft für Gastroenterologie in Tihany zum Ehrenmitglied der Ungarischen Gesellschaft für Gastroenterologie ernannt. Diese ehrenhafte Ernennung war zugleich mit der Géza-Hetényi-Gedenkmedaille verbunden.



## Kardiopulmonale Reanimation

Das European Resuscitation Council (ERC) hat am 18. Oktober 2010 die Aktualisierung der Reanimations-Leitlinien im Internet veröffentlicht. Damit wird der Fünf-Jahreszyklus der Leitlinienbearbeitung beibehalten. Grundlage der Leitlinien ist der internationale „Consensus on CPR Science with Treatment Recommendation“, bei dem die aktuellen Studien zur Wiederbelebung ausgewertet wurden.

Die endgültige, durch das German Resuscitation Council (GRC) autorisierte deutsche Übersetzung erscheint Ende November 2010 in der Zeitschrift „Notfall + Rettungsmedizin“. Zusammenfassung der aktualisierten Leitlinien:

Die Qualität der **Thoraxkompressionen** ist entscheidend für die Überlebenschancen der Patienten. Die Kompressionstiefe soll mindestens fünf (bis sechs) cm und die Kompressionsfrequenz mindestens 100 (bis 120) pro Minute betragen. Der Brustkorb ist nach jeder Kompression vollständig zu entlasten und Unterbrechungen der Herzdruckmassagen sind zu minimieren.

Die Pausen vor und nach den **Defibrillationen** sind zu reduzieren, und die Herzdruckmassage ist auch während der Aufladung des Defibrillators fortzusetzen. Das Risiko, dass ein Helfer bei der Defibrillation zu Schaden kommt, wird als gering eingeschätzt. Durch das Tragen von Schutzhandschuhen wird dieses Risiko weiter gesenkt.

Die Weiterverbreitung von **AEDs** (Automated External Defibrillators) und die Anweisung von Laien durch das Leitstellenpersonal, Herzdruckmassagen bis zur Ankunft des Rettungsdienstes durchzuführen, werden ebenfalls empfohlen (sogenannte **Telefonreanimation**).

Die Herz-Lungen-Wiederbelebung muss effizient durchgeführt werden, bis der Defibrillator oder AED funktionsbereit ist. Eine Basisreanimationszeit von zwei Minuten für den professionellen Rettungsdienst, wenn

der Patient ohne Lebenszeichen vorgefunden und keine Laienreanimation vorher durchgeführt wurde, wird nicht mehr gefordert.

Die wichtigsten Änderungen der erweiterten Reanimationsmaßnahmen betreffen:

- die Bedeutung des präkordialen Faustschlages wurde herabgestuft,
- die routinemäßige Gabe von Atropin bei Asystolie und pulsloser elektrischer Aktivität wird nicht mehr empfohlen,
- Adrenalin und Cordarex werden bei persistierendem Kammerflimmern oder Kammertachykardie nach dem dritten Schock empfohlen,
- die endotracheale Intubation soll dem sehr erfahrenen Helfer vorbehalten sein, die Herz-Lungen-Wiederbelebung darf dabei nur minimal unterbrochen werden,

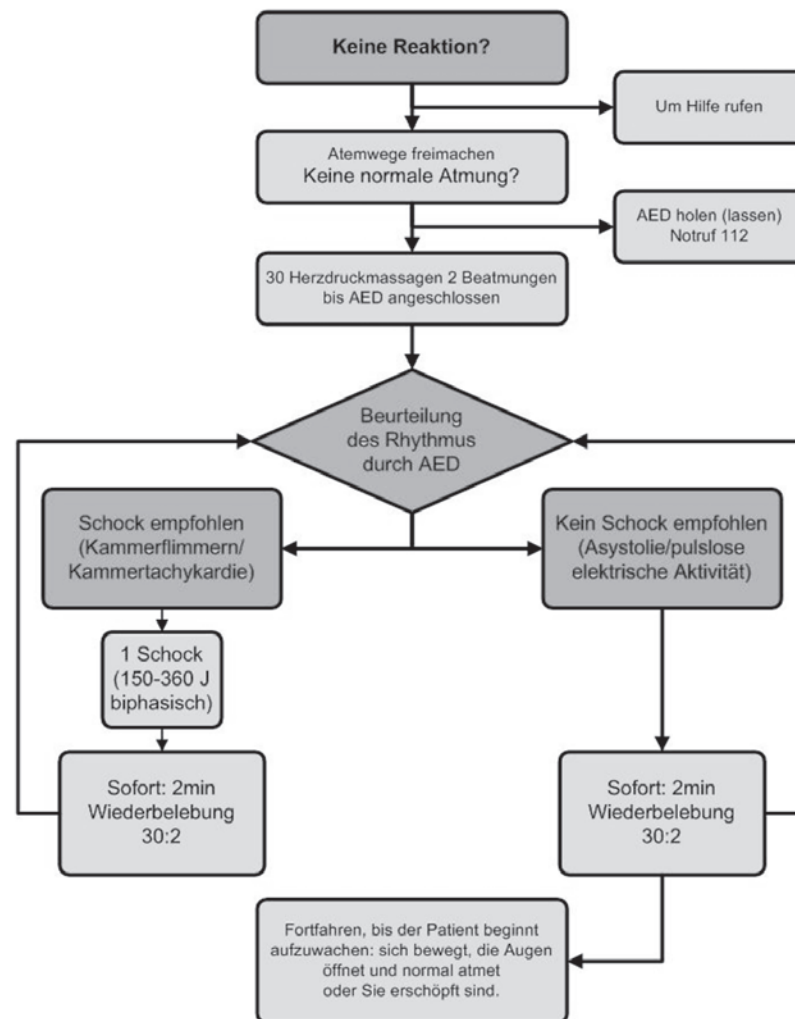
■ die Kapnographie ist zur Lagekontrolle und zur Qualitätssicherung der Reanimation einzusetzen,

■ die endotracheale Gabe von Medikamenten wird nicht mehr empfohlen.

Detaillierte Informationen können von den Internetseiten des ERC ([www.erc.edu](http://www.erc.edu)) und GRC ([www.grc.org.de](http://www.grc.org.de)) abgerufen werden.

### Reanimationskurse der Sächsischen Landesärztekammer

Seit 1994 werden durch eine Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer Reanimationskurse organisiert und durchgeführt. So konnten zum Beispiel im letzten Jahr 289 Ärztinnen und Ärzte in 8-stündigen Kursen an sechs Standorten ihre Reanimationskenntnisse und -fertigkeiten verbessern.



Handlungsablauf mit Anwendung eines AED

©Dr. R. Kipke, 2010 (nach: ERC Leitlinien 2010, Sektion02 BLS AED)

In diesem Jahr wurden diese Kurse modular gestaltet. In dem ersten Modul wird die Herz-Lungen-Wiederbelebung mit dem Automatisierten Externen Defibrillator vermittelt (Basismaßnahmen: BLS). Dieser Kurs ist vor allem für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen konzipiert worden, die über keine Hilfsmittel der erweiterten Reanimation verfü-

gen. In einem zweiten Modul werden Atemwegsmanagement und die Medikamentengabe bei der erweiterten Reanimation für die Tätigkeit im Rettungsdienst und auf Intensivstationen trainiert (erweiterte Reanimation: ALS).

Die Aktualisierung der Leitlinie wurde notwendig, weil das Wissen über die Reanimation ständig wächst. Die

angebotenen Fortbildungskurse sind für alle Ärzte eine Möglichkeit, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten auf diesem wichtigen Gebiet ärztlichen Handelns an die aktuellen Leitlinien anzupassen.

Dr. med. Ralph Kipke  
Wissenschaftlicher Leiter der Reanimationskurse der Sächsischen Landesärztekammer

## Bundesmodellprojekt „Migration und Sucht“

Seit Oktober 2009 ist das Projekt „IKUSH – Interkulturelle Suchthilfe und Gesundheitsförderung“ des Drogenreferates am Gesundheitsamt Leipzig eines von sechs Modellprojekten im Bundesprogramm „TransVer – Transkulturelle Versorgung von Suchtkranken.“

Für die Dauer der Projektlaufzeit (bis Juni 2012) besteht in Leipzig die Möglichkeit für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund Sprachmittlereinsätze zu finanzieren. So soll erreicht werden, dass mehr Migrantinnen und Migranten mit Suchtproblemen und deren Angehörige einen Weg ins Suchthilfesystem finden.

Ab dem 15. Juni 2010 können Leipziger Ärzte über das Projekt „GeKomm – Gesundheit braucht

Kommunikation“ des Caktus e.V. einen Sprachmittler für Beratungen zu Suchtthemen und verwandten Anliegen im Gesundheitsbereich anfragen. Das Angebot gilt für folgende Sprachen:

Arabisch, Armenisch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Kroatisch, Persisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch, Vietnamesisch

Für die Anforderung eines/r Sprachmittler/in, wenden sich Ärzte/innen bitte direkt an Caktus e.V. Dort steht ihnen Herr Cordes gern zur Verfügung.

E-Mail: gekomm@cactus.de,  
Tel.: 0341 14969914,  
Mobil: 0176 78545409.

Die Abrechnung der Leistung erfolgt zwischen Caktus e.V. und dem Gesundheitsamt. Für den Arzt entstehen keine Kosten. Das Projekt ist auf das Stadtgebiet Leipzig beschränkt.

Darüber hinaus können betroffene Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige für eine Beratung in einer Suchtberatungsstelle an Herrn Kenari (SBB „Alternative II“, deutsch, persisch, rumänisch), Herrn Jawabra (SBB „Alternative I“, deutsch, arabisch) und Frau Kessler (SBB „Blaueres Kreuz“, deutsch, russisch) vermittelt werden.

Ansprechpartnerinnen im Gesundheitsamt:

Sylke Lein,  
Suchtbeauftragte der Stadt Leipzig  
Friedrich-Ebert-Straße 19a,  
04109 Leipzig  
Tel/Fax: 0341 123 6761/ 6795  
E-Mail: sylke.lein@leipzig.de

Manuela Hübner  
Kordinatorin für Suchtprävention  
Friedrich-Ebert-Straße 19a,  
04109 Leipzig  
Tel./Fax: 0341 123 6768/6795  
E-Mail: manuele.huebner@leipzig.de

## Forscherpreis der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

Priv.-Doz. Dr. med. Gunnar Folprecht hat auf dem gemeinsamen Kongress der Deutschen, Schweizer und Öster-

reichischen Hämatologen und Onkologen in Berlin den „Vincenz Cerny Preis 2010“ erhalten.

Der leitende Arzt der interdisziplinären Ambulanz des Universitäts Krebs-Centrums bekam die Auszeichnung der Fachgesellschaft für seine her-

ausragende Krebsforschung, wo neue Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit Lebermetastasen eines Dickdarmkarzinoms in klinischer Studie aufgezeigt wurden.

## Sächsische Professoren – Vorsitzende der Fachgesellschaft der Neurochirurgen

Am 21. September 2010 wurde Prof. Dr. med. habil. Jürgen Meixensberger auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Neurochi-

rurgie (DGNC) zu deren 1. Vorsitzenden für die Periode 2010 bis 2012 gewählt. Als 2. Vorsitzende wurde Frau Prof. Dr. med. habil. Gabriele Schmitz-Schackert, Universitätsklinikum Dresden, in den Vorstand gewählt und wird die Vorstandsarbeit unterstützen.

Mit seiner Wahl holt Professor Dr. Meixensberger, nach 2007, wo er bereits Kongresspräsident der Jahrestagung der DGNC in Leipzig war, erneut die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie im Jahr 2012 nach Leipzig.

## Zertifikat Schutzimpfungen

Rechtsvorschriften für Schutzimpfungen auf Bundesebene finden sich in den §§ 20 – 22 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) in der jeweils geltenden Fassung. Auf Landesebene gelten derzeit die „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VwV Schutzimpfungen)“ vom 8. Februar 2010 (SächsABl. Nr. 9, S. 331 – 332, vom 4. März 2010) und die Neufassung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Stand: 01.01.2010“. Grundsätzlich können approbierte Ärzte, die die entsprechende Qualifikation besitzen, und unter bestimmten Voraussetzungen auch Medizinstudenten, impfen. Ausgenommen sind Gelbfieberimpfungen, die nur in zugelassenen Impfstellen vorzunehmen sind. Die Impfqualifikation kann wie folgt erworben werden:

1. Im Medizinstudium: Auch schon vor Erteilung der Approbation kann die Impfqualifikation durch die bescheinigte Teilnahme an der von der Sächsischen Impfkommision organisierten Vorlesung „Impfkurs“ von Studenten der Medizin an der Universität Leipzig erworben werden.

2. Nach der Approbationserteilung:  
a) ohne Facharztweiterbildung: Approbierte Ärzte ohne Facharztstatus erwerben die Impfqualifikation durch die Teilnahme an einem Fortbildungskurs Schutzimpfungen Teil 1 und Teil 2 (Grundkurs). Die Teilnahmebescheinigungen der absolvierten Fortbildungskurse Schutzimpfungen Teil I und II sind das Zertifikat Schutzimpfungen gemäß Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) vom 6. Oktober 1999 – Vorstandssitzung unter BV Nr. 20 (siehe auch „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2000, S. 145). Diese Kurse werden jährlich in jedem der

drei Direktionsbezirke Sachsens (Chemnitz, Dresden und Leipzig) angeboten. Der Grundkurs umfasst in Sachsen 20 Stunden. Die Lehrinhalte wurden ebenfalls durch den Vorstandsbeschluss der SLÄK bestätigt und sind im Detail aus der Anlage ersichtlich.

b) mit Facharztweiterbildung: Alle Fachärzte können Schutzimpfungen durchführen. Während der Weiterbildung zum Facharzt nach der Weiterbildungsordnung (WBO) der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) vom 26. November 2005 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 23. November 2007) wird die „Durchführung von Schutzimpfungen“ als allgemeiner Inhalt der Weiterbildung

erlernt. Dies impliziert die Notwendigkeit einer angemessenen Anzahl von Stunden in der Weiterbildung, die tatsächlich der Vakzinologie gewidmet werden. Darüber hinaus wird allen Ärzten alle drei Jahre eine Fortbildung in Fragen Aktualisierungen von Impfempfehlungen, neue Impfungen usw. im Rahmen von Impfkursen (siehe oben), Veranstaltungen der Kreisärztekammern und Ärzttestammtischen empfohlen. Die geschilderte Verfahrensweise wird in Sachsen seit 1994 praktiziert, sie ist durch den oben erwähnten Vorstandsbeschluss der SLÄK vom 06.10.1999 für Sachsen offiziell anerkannt und eingeführt worden.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz

## Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin

### 1. Berufskrankheitengeschehen

#### 1.1. Neue Berufskrankheiten

Zwischenzeitlich wurden zu den Berufskrankheiten „Benzol“ (BK-Nr.: 1318) sowie „Gonarthrose“ (BK-Nr.: 2112), vorgestellt im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2009, die dazugehörigen und vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verabschiedeten Merkblätter im Gemeinsamen Ministerialblatt (GMBI) 5/6 2010 S. 94-98 (<http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/883264/publicationFile/55849/Merkblatt-1318.pdf>) bzw. S. 98 – 103 (<http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/883266/publicationFile/55838/Merkblatt-2112.pdf>) bekannt gemacht. In den Merkblättern finden sich Hinweise zu relevanten Tätigkeiten und dazugehörigen Expositionsbedingungen, die Pathophysiologie und Krankheitsbilder beschreiben, welche jeweils den Verdacht auf eine Berufskrankheit auslösen. Sie sind daher geeignet als Grundlage für eine ärztliche Anzeige auf den begründeten Verdacht des Bestehens einer Berufskrankheit.

#### 1.2. Entwicklung der Berufskrankheitenzahlen 2009

Im Jahr 2009 sind die Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen, die Anerkennungen von Berufskrankheiten sowie die Anzahl neuer Berufskrankheiten-Renten deutlich angestiegen. Es handelt sich hierbei um eine besondere Veränderung, da ursächlich hierfür die Rechtsprechung des BSG vom 02.12.2008 zum Wegfall der Rückwirkungsklausel bei der BK-Nr.:4111 zur sogenannten „Bergmanns-Bronchitis“ sind. Die Fälle wurden soweit bekannt von Amts wegen wieder aufgegriffen. Die Sachlage wurde bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2009, dargestellt.

### 2. Verordnungen im Arbeitsschutz und Arbeitsmedizinische Vorsorge

#### 2.1. Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung (Arbeitsschutzverordnung zu künstlicher optischer Strahlung – OStrV)

Am 19.07.2010 ist die OStrV in Kraft getreten. Sie regelt den Umgang mit künstlicher optischer Strahlung und ist die Umsetzung der EU-Richtlinie 2006/25/EG über „Mindestvorschriften zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (künstliche optische Strahlung)“ in deutsches Recht. Die OStrV dient dem Schutz vor Augen- und Hautschäden bei Beschäftigten, die Expositionen durch künstliche optische Strahlung ausgesetzt sind. Die Verordnung erfasst das gesamte Spektrum des sichtbaren, infraroten und ultravioletten Lichts (inkohärente Strahlung) sowie die Laserstrahlung (kohärente Strahlung). Betroffen von der Verordnung sind unter anderem Beschäftigte bei der Verwendung von Lasereinrichtungen und der Verarbeitung glühender Massen. Auch medizinisches Personal, das Umgang mit infrarotem bzw. ultraviolettem Licht oder Laserstrahlung hat, kann betroffen sein, sofern die entsprechenden Auslösekriterien erfüllt sind. Tätigkeiten mit künstlicher optischer Strahlung lösen entweder vom Arbeitgeber zu veranlassende arbeitsmedizinische „Pflichtuntersuchungen“ oder anzubietende „Angebotsuntersuchungen“ aus, die nur von Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ durchgeführt werden dürfen. Inhalt der Untersuchung ist vorrangig eine Beratung zum Umgang mit dieser Strahlung.

Die natürliche optische Strahlung (zum Beispiel Sonnenlicht) gehört nicht zum Anwendungsbereich der Verordnung.

Die OStrV kann heruntergeladen werden von: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/ostrv/gesamt.pdf>

Die EU-Richtlinie 2006/25/EG ist unter folgender Internet-Adresse abrufbar: [\[riServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:14:0038:0059:DE:PDF\]\(http://riServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:14:0038:0059:DE:PDF\)](http://eurlex.europa.eu/LexU-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

#### 2.2. Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Tätigkeiten im Ausland unter besonderen klimatischen Belastungen (Tropen und Subtropen)

Die arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) legt fest, welche ärztlichen Qualifikationen erforderlich sind, um diese Untersuchungen („G 35“) bei Versicherten, die in den entsprechenden Regionen einer gewerblichen Erwerbstätigkeit oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit als gesetzlich Unfallversicherte nachgehen, durchführen zu dürfen. Es sind dies ausschließlich Fachärzte für Arbeitsmedizin sowie Ärzte mit den Zusatzbezeichnungen „Betriebsmedizin“ oder „Tropenmedizin“. Andere Ärztliche Bezeichnungen gemäß Weiterbildungsordnung oder Reisemedizinische Zertifikate qualifizieren nicht für die Durchführung dieser Untersuchungen, da die ArbMedVV eine abschließende Regelung beinhaltet.

#### 2.3. Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung

In der Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung sind nunmehr Schüler und Studierende den Beschäftigten gleichgestellt. Damit gelten die entsprechenden Arbeitsschutzregelungen sowohl zur Prävention als auch zur Frage des Entstehens von Berufskrankheiten für diese Gruppe in vollem Umfang.

### 3. Fragen zur

#### Gefährdungsbeurteilung

#### Empfehlung zur Anwendung der Nr. 4.2.4 der Technischen Richtlinie für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 für die Shunt-Punktion in der Dialyse

Seit mehreren Jahren müssen Mitarbeiter im Gesundheitswesen besser vor Nadelstichverletzungen (NSV) geschützt werden. Die auf dem Markt vorhandenen Sicherheitskanülen haben Sicherheitsschilde oder Entschärfungsmechanismen, die bei sachgerechter Anwendung NSV ausschließen. Risiken durch die Nutzung dieser Instrumente sind für die Anwender nicht bekannt. Allerdings bedarf deren Verwendung einer Einübung und darüber hinaus der

Bereitstellung entsprechender Entsorgungssysteme. Dass diese Instrumente alltagstauglich sind, belegen Daten aus den USA, wonach durch deren Anwendung ca. 85 Prozent aller NSV vermieden werden („Deutsches Ärzteblatt“, 104, Heft 10, S.A 624 f, 2007).

Eine Besonderheit stellen Shunt-Punktionskanülen für die Dialyse mit eingebautem Sicherheitsmechanismus dar, weil sie zurzeit (Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe [ABAS], 18.05.2010) die Sicherheit der Patienten nicht gewährleisten können. Damit ist die entsprechende Forderung aus der TRBA 250, wonach durch den Einsatz sicherer Systeme Patienten nicht gefährdet werden dürfen, nicht erfüllt.

Die Funktionsfähigkeit des Shunt ist Voraussetzung für die Durchführung der Dialyse und somit lebensnotwendig für den Patienten. Die zurzeit angebotenen Kanülen mit Sicherheitsmechanismus gefährden den Shunt aber auf folgende Weise:

1. Das Arretieren / Entarretieren oder Positionieren des Sicherheitsgehäuses führt sehr leicht zu unbeabsichtigten Bewegungen des Kanülsystems. Diese Bewegungen übertragen sich automatisch auf die Kanülenspitze im Shunt. Dadurch kann es zu einer Verletzung der Gefäßintima mit dem damit einhergehenden erhöhten Risiko einer Thrombenbildung oder Verengung kommen.

2. Das Sicherheitsgehäuse erfordert eine zusätzliche Fixierung durch Pflaster und eine „Unterfütterung“ der längeren Kanüle. Beim Lösen dieser zusätzlichen Pflaster kann es zu einer weiteren Bewegung der Kanülenspitze im Blutgefäß mit einhergehender Verletzungsgefahr kommen.

3. Die vorhandenen Sicherheitsmechanismen verlängern das Instrument um ca. 2 cm, was dazu führt, dass die nutzbare Gefäßstrecke des Shunt verkürzt wird. Durch die intensivere Nutzung des kürzeren nutzbaren Shunt-Abschnittes bleibt der Shunt nicht so lange komplikationsfrei, wie bei herkömmlichen Systemen. Die Experten schätzen die Verkürzung der Shunt-Lebensdauer auf ca. 50 Prozent ein.

Für die Auswahl von Schutzmaßnahmen beim Dekonnektieren von Shunt-Punktionskanülen kommt der Gefährdungsbeurteilung nach Biostoffverordnung eine besondere Bedeutung zu. Ein Raster für diesen Teil der Gefährdungsbeurteilung, das arbeitsplatzspezifisch angepasst werden muss, kann unter folgender Adresse abgerufen werden: <http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Fachartikel/Gefaehrdungsbeurteilung-Shuntkanuelen,property=pdf> Download.pdf

Ausschuss Arbeitsmedizin  
Dr. med. Giso Schmeißer  
Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch

unterstützende Organisationen. Sie ist die europäische Vereinigung der arbeitsmedizinischen Bildungsinstitutionen (Hochschulinstiute, Akademien und andere). Ihre Zielsetzung besteht im Aufbau einer qualitätsgesicherten Bildungsstruktur in der Arbeitsmedizin sowie in einer Europäisierung von Standards in diesem Bereich. In diesem Zusammenhang wird jährlich eine summer school zu verschiedenen relevanten Themen an wechselnden Orten in Europa durchgeführt. Eine Legislaturperiode beträgt jeweils vier Jahre.

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Scheuch,  
Dresden

### 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](mailto: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  
Hans Wiesenhütter, Dresden

### 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](http://www.l-va.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,  
Telefon: 0341 710039-94, [se@l-va.de](mailto:se@l-va.de)  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.  
Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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.

## Präsident der EASOM gewählt

Im August 2010 wurde Dr. med. Giso Schmeißer, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Dresden, Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin der Sächsischen Landesärztekammer, zum Präsidenten der European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM) gewählt.

Die EASOM wurde 1993 gegründet und hat derzeit 37 Mitglieder aus 19 europäischen Staaten sowie weitere

## Überwachungen nach dem Gesetz über Medizinprodukte in Sachsen – 2009

Es werden die Ergebnisse der Tätigkeit des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen (SLME) im Rahmen der Zuständigkeiten für das Jahr 2009 im Bereich Medizin dargestellt. Die Überwachungstätigkeiten betreffen den § 4a der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) hinsichtlich der Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in medizinischen Laboratorien, Praxen niedergelassener Ärzte, Krankenhäusern, Pflegeheimen, bei Pflegediensten und sonstigen Einrichtungen sowie den § 11 MPBetreibV im Zusammenhang mit messtechnischen Kontrollen an Medizinprodukten mit Messfunktion.

### 1. Überwachung der Qualitätssicherung (quantitativer) laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

#### 1.1 Überwachung medizinischer Laboratorien

Ab spätestens 2004 mussten alle Laboratorien nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen von 2001 (Rili-BÄK 2001), die im § 4a MPBetreibV verankert war, arbeiten.

Durch das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen wurde dieser Prozess in den vergangenen Jahren vielfältig praxisnah begleitet. Es standen und stehen einschlägige Informationsblätter, Vorträge und Veröffentlichungen auf den Internetseiten des Landesamtes zur Verfügung. Medizinische Laboratorien, Einrichtungen und Arztpraxen wurden und werden telefonisch oder vor Ort beraten. Inzwischen gilt eine neue Richtlinie der Bundesärztekammer

(Rili-BÄK 2008), welche seit dem 1. April 2010 verbindlich anzuwenden ist und deshalb auch erst in unseren Überwachungen ab 2010 eine Rolle spielt. Sie ist nicht mehr nur auf die quantitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen beschränkt, sondern regelt die gesamte Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der Heilkunde. Deshalb steht inzwischen auf unseren Internetseiten eine Reihe neuer Informationen zur Verfügung.

Die Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (siehe Tabelle 1) zeigt seit Jahren nur geringe Veränderungen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Kleinlaboratorien bekannt und erfasst sind. Mit einer Überwachungsichte von durchschnittlich 20 % der erfassten Laboratorien pro Jahr (mit Ausnahme von 2008) ist ein Wert erreicht, der einen vertretbaren Kompromiss zwischen der Notwendigkeit der Überwachung und der personellen Ausstattung des SLME darstellt.

Seit Jahren wurde in durchschnittlich zwei Dritteln der überwachten Laboratorien festgestellt, dass bei den stichprobenartig ausgewählten und retrospektiv überwachten Messgrößen die Rili-BÄK 2001 mit allen Forderungen vollständig umgesetzt wurde. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass neben den fachlichen auch formale Anforderungen einzuhalten sind. Präzision und Richtigkeit einzelner Messgrößen mussten wir 2009 in fünf bzw. sechs von 32 überwachten Laboratorien beanstanden. Nur eines der überwachten Laboratorien konnte 2009 die pro Quartal und Messgröße geforderten Zertifikate von Ringversuchen nicht vollständig vorweisen. Das bestätigt die gute Entwicklung in diesem Punkt in den letzten Jahren.

#### 1.2 Überwachung von Krankenhäusern, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

In 28 Krankenhäusern wurde die Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik kontrolliert (siehe Tabelle 2). Es handelt sich in

Tabelle 1: Ergebnisse der Überwachung von medizinischen Laboratorien

	2009	2008	2007	2006	2005
<b>Allgemeine Angaben</b>					
Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (mit Kleinlaboratorien in Arztpraxen)	189	195	198	192	199
Anzahl der Überwachungen	32	0	40	23	50
Rili-BÄK wurde konsequent eingehalten (Lab. in %)*	66	***	63	74	66
<b>Interne Präzisionskontrolle (PK)</b>					
In <b>fünf</b> Laboratorien entsprach die PK <u>nicht in allen Anforderungen</u> der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	16	***	15	13	20
Bei <b>106</b> kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei <b>fünf</b> Kontrollen die Präzision nicht immer den Vorgaben der Rili-BÄK. (Messgrößen in %)**	5	***	1	5	1
<b>Interne Richtigkeitskontrolle (RK)</b>					
In <b>sechs</b> Laboratorien entsprach die RK <u>nicht in allen Anforderungen</u> der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	19	***	15	4	24
Bei <b>106</b> kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei <b>sechs</b> Kontrollen die Richtigkeit nicht immer den Vorgaben der Rili-BÄK. (Messgrößen in %)**	6	***	4	1	3
<b>Externe Richtigkeitskontrolle (Ringversuche)</b>					
Einzelne Zertifikate fehlten in <b>einem</b> Laboratorium. (Lab. in %)*	3	***	5	0	6

\* Laboratorien in % der überwachten Laboratorien

\*\* Messgrößen in % der überwachten Messgrößen

\*\*\* keine Angabe, da in diesem Jahr die Überwachungen ausgesetzt wurden

der Regel um Glucose-Bestimmungen. Das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen überwacht alle diese Einrichtungen kontinuierlich und hat sie bei ihren Bemühungen zur Umsetzung der Rili-BÄK umfangreich unterstützt. Seit 2005 ist die Zahl der Krankenhäuser, welche die Anforderungen an die Qualitätssicherung (einschließlich der detailliert vorgeschriebenen Dokumentationen) einhielten oder zum Teil einhielten, relativ konstant, aber nicht zufriedenstellend. Deshalb müssen die Prozesse der Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik auch in einer Reihe sächsischer Krankenhäuser noch verbessert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass auch in Krankenhäusern diesbezügliche kontinuierliche Überwachungen weiterhin notwendig sind.

### 1.3 Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

Praxen niedergelassener Ärzte, welche quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen, sind seit Jahren eines der Sorgenkinder bei unseren Überwachungen. Wir haben das Ziel, diese möglichst flächendeckend zu erreichen. Deshalb wurden in den vergangenen sechs Jahren über 1.400 Arztpraxen im Rahmen von Erstüberwachungen kontrolliert (davon 187 im Jahr 2009, siehe Tabelle 3). Die Anzahl der überwachten Arztpraxen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchgeführt haben, ist nach wie vor sehr hoch (55 %). Diese Arztpraxen mussten in kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen. Das erfreuliche Sinken der Zahl von Arztpraxen, in denen keinerlei Qualitätssicherung durchgeführt wird, setzte sich 2009 fort und deutet darauf hin, dass die Informations- und Überwachungsaktivitäten des SLME Früchte tragen. Dennoch beweisen die Ergebnisse, dass gegenüber der derzeitigen Überwachungsichte keinerlei Abstriche gemacht werden dürfen.

Tabelle 2: Ergebnisse der Überwachung von Krankenhäusern, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2009 im Vergleich zu 2008, 2007, 2006 und 2005

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Krankenhäuser in %)*		
		ja	z. T.	nein
Krankenhäuser	<b>28</b>	<b>68</b>	<b>28</b>	<b>4</b>
(2008/2007/2006/2005)	(3/36/21/25)	(67/56/62/76)	(33/44/33/24)	(0/0/5/0)

Tabelle 3: Ergebnisse der Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2009 im Vergleich zu 2008, 2007, 2006 und 2005

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Arztpraxen in %)*		
		ja	z. T.	nein
Arztpraxen	<b>187</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>11</b>
(2008/2007/2006/2005)	(177/218/345/272)	(26/25/25/35)	(63/37/40/23)	(11/38/35/42)

Tabelle 4: Ergebnisse der Überwachung von Pflegeheimen und -diensten, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2009 im Vergleich zu 2008, 2007, 2006 und 2005

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Einrichtungen in %)*		
		ja	z. T.	nein
Einrichtungen (wie oben)	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>29</b>	<b>27</b>
(2008/2007/2006/2005)	(55/40/68/79)	(33/25/24/27)	(51/55/47/57)	(16/20/29/16)

\* Einrichtungen in % der überwachten Einrichtungen

### 1.4 Überwachung von sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

Im Jahr 2009 wurden 45 sonstige Einrichtungen, insbesondere Pflegeheime und Pflegedienste, bezüglich der Durchführung der Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik erstmals überwacht (siehe Tabelle 4). Auch in diesem Bereich ist die Anzahl derjenigen Einrichtungen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchführen, nach wie vor viel zu hoch (56 %). Auch diese Einrichtungen mussten binnen kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen.

### 1.5 Gesamteinschätzung der Überwachungsergebnisse

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen von 2001 (Rili-BÄK 2001) wird nur dann vollständig ein-

gehalten, wenn die Vorgaben für die interne Qualitätssicherung hinsichtlich der Durchführung, Bewertung und Dokumentation von Kontrollprobenmessungen für jede geforderte Messgröße erfüllt werden. Das betrifft in besonderem Maße die Vorgaben für Präzision und Richtigkeit. Hierzu gab es 2009 in 16 % bzw. 19 % der überwachten Laboratorien Beanstandungen.

Bei der Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik in Krankenhäusern musste in 32 % der überwachten Einrichtungen festgestellt werden, dass Häufigkeit und/oder Dokumentation der Kontrolluntersuchungen nicht oder nicht vollständig nach den Vorgaben der Rili-BÄK 2001 erfolgten.

Wenn 11 % der Arztpraxen und 27 % der sonstigen Einrichtungen, in denen quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchgeführt werden, keine Qualitätssicherung

Tabelle 5: Überwachte Einrichtungen auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle von Medizinprodukten mit Messfunktion; 2009 im Vergleich zu 2008, 2007, 2006 und 2005

Einrichtungen Anzahl	Krankenhäuser 42	Arztpraxen 278	Sonstige 46	Gesamt 366
(2008/2007/2006/2005)	(39/55/40/60)	(293/330/476/448)	(64/83/63/86)	(396/468/579/594)

Tabelle 6: Überwachte Medizinprodukte mit Messfunktion auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle; 2009 im Vergleich zu 2008, 2007, 2006 und 2005

Medizinprodukte mit Messfunktion	Anzahl	Prüffristen eingehalten	Prüffristen nicht eingehalten
zur Bestimmung der Hörfähigkeit	61	58	3
zur Bestimmung von Körpertemperaturen	1.255	1.204	51
zur nicht invasiven Blutdruckmessung	4.571	4.515	56
zur Bestimmung des Augeninnendruckes	96	96	0
Therapiedosimeter	2	2	0
Diagnostikdosimeter	24	24	0
Tretkurbelergometer	132	126	6
Sonstige	5	5	0
<b>Gesamt (Anzahl)</b>	<b>6.146</b>	<b>6.030</b>	<b>116</b>
(2008/2007/2006/2005)	(5142/4697/4891/7318)	(4667/4530/4766/7001)	(475/167/125/317)
<b>Gesamt (%)</b>		<b>98</b>	<b>2</b>
(2008/2007/2006/2005)		(91/96/97/96)	(9/4/3/4)

durchführen, ist zu befürchten, dass auch labordiagnostische Befunde mit nicht ausreichender Richtigkeit und/oder Präzision erstellt werden. In diesen Bereichen müssen zwingend Gegenmaßnahmen getroffen werden, um die Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen durchzusetzen.

Die Überwachungs- und Beratungsmaßnahmen des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen stellen eine wichtige Grundlage für die Umsetzung und Verbesserung der Qualität laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in den medizinischen Einrichtungen Sachsens dar.

### 1.6 Umsetzung der neuen Rili-BÄK spätestens seit April 2010

Am 15. Februar 2008 wurde im Deutschen Ärzteblatt die neue Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen veröffentlicht. Inzwischen findet man auf den Internetseiten der Bundes-

ärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de) → Richtlinien) eine fehlerbereinigte Version. Die Rili-BÄK 2008 beinhaltet die Anforderungen an die Qualitätssicherung aller (nicht mehr nur der quantitativen) laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen. Sie umfasst den gesamten Prozess der medizinischen Labordiagnostik und schließt auch die Prä- und Postanalytik mit ein. Es wird in jeder Einrichtung, welche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen im Rahmen der Heilkunde durchführt, ein Qualitätssicherungssystem einschließlich Qualitätsmanagementhandbuch gefordert.

Die Rili-BÄK 2008 trat am 1. April 2008 in Kraft und ihre Anforderungen waren binnen 24 Monaten nach In-Kraft-Treten zu erfüllen. Das heißt, dass seit 1. April 2010 vollständig nach den Anforderungen der neuen Rili-BÄK gearbeitet werden muss. Deshalb müssen sich alle medizinischen Einrichtungen in Sachsen, welche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen in der Heilkunde durchführen, schnellstmöglich mit den

geänderten Anforderungen vertraut machen und an deren Umsetzung arbeiten. Bundesweit wurden und werden dazu Schulungsmaßnahmen angeboten und auch das SLME unterstützt die Anwender bei der Einführung und Umsetzung der neuen Verfahren.

## 2. Überwachung entsprechend § 11 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV); Durchführung messtechnischer Kontrollen – MTK

Gemäß § 11 MPBetreibV überwacht das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen (SLME) die Erfüllung der gesetzlichen Forderungen zur Durchführung der messtechnischen Kontrollen sowie das Einhalten der Voraussetzungen zur Durchführung messtechnischer Kontrollen durch Personen, die ihre Tätigkeit dem Landesamt angezeigt haben. Medizinprodukte mit Messfunktion müssen innerhalb bestimmter Fristen messtechnisch kontrolliert werden, damit auftretende Fehler rechtzeitig erkannt werden.

2009 wurden 366 Einrichtungen und Arztpraxen auf Durchführung der messtechnischen Kontrollen überwacht (siehe Tabelle 5). Von den 6.146 überprüften Medizinprodukten sind 116 (2 %) nicht rechtzeitig und/oder vorschriftenkonform messtechnisch kontrolliert worden (siehe Tabelle 6). Von diesen Geräten war beim Einsatz am Patienten somit nicht bekannt, ob sie noch die zugelassenen Fehlergrenzen einhalten. In Krankenhäusern fanden sich gelegentlich Verstöße in geringem Ausmaß.

Nach dem äußerst bedenklichen starken Anstieg nicht fristgerecht geprüfter Blutdruckmessgeräte im Jahr 2008, insbesondere in Arztpraxen, ist deren Anteil 2009 erfreulicherweise rapide gesunken. Hoffen wir, dass unser Schlagen der Alarmglocken, gepaart mit der Veröffentlichung unseres diesbezüglichen Überwachungsberichtes im Ärzteblatt Sachsen auch dauerhaft auf fruchtbaren Boden fällt. Denn die vom Gesetzgeber festgelegte Nachprüffrist von zwei Jahren für diese Geräte ist nicht



Messtechnische Kontrollen durch das SLME			
Medizinprodukte mit Messfunktion	Anzahl	Rückgabe <sup>1)</sup>	
Medizinische Thermometer	30	0	(0 %)
Blutdruckmessgeräte	1.364	62	(5 %)
Tonometer (Bestimmung des Augeninnendruckes)	143	2	(1 %)
<b>Gesamt</b>	<b>1.537</b>	<b>64</b>	<b>(4 %)</b>

<sup>1)</sup> Rückgabe = Ablehnung der Messtechnischen Kontrolle (MTK) wegen Fehlern am Medizinprodukt

willkürlich gewählt! Nach Ablauf dieser Frist ist bei einer Vielzahl der Geräte nicht mehr sichergestellt, dass sie den Blutdruck der Patienten hinreichend genau innerhalb tolerabler Fehlergrenzen anzeigen. Dies begünstigt Fehldiagnosen und im Ergebnis falsche Behandlung und Medikamentengaben. Ungenau messende Blutdruckmessgeräte beeinträchtigen somit die Patientengesundheit und belasten nicht zuletzt die Budgets der Krankenkassen unnötig.

Zu ähnlichen Folgen führt auch die seit Jahren überdurchschnittlich hohe Mängelquote bei Trekkurbelergometern. Gerade diese beiden Medizinproduktearten finden bei der Diagnose und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Anwendung, welche zu den häufigsten in unserer modernen westlichen Zivilisation zählen. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit unserer Anstrengungen auf diesem Kontrollgebiet.

Auch im Jahr 2009 wurden Personen, welche die Durchführung messtechnischer Kontrollen beim Sächsischen Landesamt für Mess- und Eichwesen angezeigt haben, auf das Einhalten der Voraussetzungen zu deren Durchführung überwacht. Der Kontakt zu diesen MTK-Diensten ist wichtig, damit sie bei der Umsetzung

der gesetzlichen Vorgaben unterstützt werden und keine unkorrekt arbeitenden Prüfdienste auf dem Markt Fuß fassen. Insgesamt sind die Prüfdienste an einer Zusammenarbeit mit der Eichbehörde sehr interessiert.

Neben der Überwachung privater Personen, die MTK durchführen, werden durch das SLME auch selbst drei Medizinproduktearten mit Messfunktion messtechnisch kontrolliert. Die MPBetreibV ermächtigt die Eichbehörden, neben den privaten MTK-Diensten tätig zu werden, um insbesondere die flächenmäßige Verfügbarkeit der Dienste im Territorium zu gewährleisten.

Dies ist zum Beispiel bei der Durchführung messtechnischer Kontrollen von Augentonomometern unverzichtbar. Die messtechnische Kompetenz des Landesamtes leistet somit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Einhaltung der Messsicherheit im Gesundheitswesen.

Die Ergebnisse zeigen, dass – abhängig von der Messgeräteart – die Medizinprodukte zum Ablauf der Fristen, innerhalb derer solche messtechnische Kontrollen zu wiederholen sind, zu einem Anteil von bis zu 5 % nicht mehr den Anforderungen an ein Medizinprodukt mit Mess-

funktion entsprechen. Sie bestätigen auch recht deutlich das weiter oben zu Blutdruckmessgeräten Gesagte.

### 3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse des Jahres 2009 und der letzten Jahre insgesamt machen deutlich, dass die Überwachungsschwerpunkte richtig gesetzt wurden. Die Überwachungsichte kann bei medizinischen Laboratorien beibehalten werden. Bei Arztpraxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen wäre jedoch eine intensivere und umfassendere Überwachung dringend erforderlich. Der Freistaat Sachsen sollte verstärkte Anstrengungen unternehmen, um weiterhin zu den deutschen Bundesländern mit angemessener Überwachungsichte im Medizinproduktebereich zu gehören und diese Position nicht durch Personalabbau und Budgetkürzung aufs Spiel setzen. Ordnungswidrigkeiten müssen weiter konsequent geahndet werden. Nur so ist das vorhandene System geeignet, die Einhaltung der MPBetreibV zu überwachen.

Dirk Hentschke  
 Fachabteilungsleiter  
 Sächsisches Landesamt für Mess- und  
 Eichwesen, Hohe Straße 11, 01069 Dresden;  
 Tel.: 0351 4780-30, Fax: 0351 4780-499,  
 E-Mail: eichdirektion@ed.smw.sachsen.de

## Arthur-Schlossmann-Preis und Ausbildungsstipendium 2011

Die Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2011 in Gera erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugend-

medizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die Ausschreibung finden Sie auf [www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de). Bewerber müssen bis zum 31.12.2010 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Thomas Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen.

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt für 2011 Ausbildungsstipendien bis zu einer Höhe von 3.000 EUR aus. Es sollen damit Qualifizierungsmaßnahmen gefördert werden, die vordergründig die Verbesserung von Versorgungsleistungen für Patienten bewirken. Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft [www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de) abzurufen.

## Veranstaltung für ausbildende Ärzte



Alle sächsischen Ärzte, die Medizinische Fachangestellte ausbilden, hatten im September 2010 die Gelegenheit, bei Informationsveranstaltungen in Dresden, Leipzig, Chemnitz und Görlitz rechtliche und organisatorische Fragen rund um die Ausbildung zu klären. Marina Hartmann vom Referat Medizinische Fachangestellte der Sächsischen Landesärztekammer und die Lehrer der Berufsschulen stellten sich den zahlreichen Fragen der Ausbilder. Die häufigsten Fragen finden sich im Folgenden.

### Wie lange dauert die Probezeit?

Die Probezeit dauert mindestens einen und maximal vier Monate. In dieser Zeit können Ausbilder und Auszubildende jederzeit fristlos ohne Angabe von Gründen schriftlich kündigen. Nach Ende der Probezeit ist eine Kündigung durch den Ausbilder nicht mehr möglich. Eine Ausnahme tritt ein, wenn dem Arzt die Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses wegen gewichtigen Störungen der betrieblichen Lernpflicht und Berufsschulpflicht nicht mehr zumutbar ist. In diesem Fall ist eine außerordentliche Kündigung möglich. Wenn sich

Ausbilder und Auszubildende einig sind, ist auch immer ein einvernehmlicher Aufhebungsvertrag möglich.

### Wie häufig findet die Berufsschule statt und wann müssen Auszubildende freigestellt werden?

In den ersten beiden Ausbildungsjahren gibt es wöchentlich zwei Berufsschultage, im dritten Jahr nur noch einen Tag. Die übrige wöchentliche Ausbildungszeit von 40 Stunden findet in der Arztpraxis statt. Die Auszubildenden müssen zur Berufsschule und für die Zeiten der Zwischen- und Abschlussprüfungen freigestellt werden.

### Was passiert bei einer schlechten Note in der Zwischenprüfung?

Die Zwischenprüfung dient lediglich dazu, den aktuellen Ausbildungsstand festzustellen und hat keinen Einfluss auf die Zulassung zur Abschlussprüfung.

### Wie viel Urlaubsanspruch steht den Auszubildenden zu?

Den Auszubildenden stehen jährlich 24 Werktage Urlaub zu, wobei Werktage von Montag bis Samstag zählen. Der Urlaub ist so zu gewähren, dass der Berufsschulunterricht nicht beeinträchtigt wird, also möglichst in die unterrichtsfreie Zeit fällt.

### Was hat es mit dem Ausbildungsnachweis auf sich?

Die Auszubildenden müssen ein schriftliches Ausbildungsberichtsheft führen, welches dem Ausbilder regelmäßig vorzulegen ist. Das Ausfüllen des Berichtsheftes ist während der Ausbildungszeit zu ermöglichen. Der Ausbildungsnachweis ist zudem Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.

### Welchen Einfluss haben Fehlertage?

Die Auszubildenden dürfen innerhalb der dreijährigen Ausbildung maximal 78 Fehlertage in der Berufsschule und in der Praxis aufweisen. Sollten die Fehlzeiten darüber liegen, kann nur in Ausnahmefällen eine Zulassung zur Abschlussprüfung erfolgen.

### Wann endet die Ausbildung?

Wenn die Auszubildenden die Abschlussprüfung vor dem Ablauf der vertraglich vereinbarten Ausbildungszeit bestehen, so endet das Ausbildungsverhältnis mit dem Tag der bestandenen Prüfung. Beschäftigt der Arzt die Auszubildenden danach weiterhin, geht er rechtlich gesehen ein unbefristetes Arbeitsverhältnis ein. Hier sollte möglichst schon im Vorfeld der Prüfung eine Vereinbarung getroffen werden. Wird die Prüfung nicht bestanden, endet das Ausbildungsverhältnis mit dem Enddatum des Ausbildungsvertrages. Auf Verlangen der Auszubildenden muss einem Verlängerungsbegehren bis zur nächsten Prüfung und längstens um ein Jahr stattgegeben werden.

Weitere Informationen finden Sie auch in der Verordnung über die Berufsausbildung und dem Ausbildungsrahmenplan der Medizinischen Fachangestellten. Beide sind unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Med. Fachangestellte zu finden. Für Fragen steht Frau Marina Hartmann, Referat Medizinische Fachangestellte, unter Tel. 0351 8267170, E-Mail: [mfa@slaek.de](mailto:mfa@slaek.de), gerne zur Verfügung.

Patricia Grünberg M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Fortbildungsveranstaltung zur Entlassungsmedikation

Zum 22. September 2010 hatte die Sächsische Landesärztekammer interessierte Kolleginnen und Kollegen zur Eröffnung des Fortbildungsse-

mesters eingeladen. Die Fortbildungsveranstaltung stand unter dem Titel „Sektorübergreifende Versorgung – Überleitungsmanagement Medikation“ und hatte zum Ziel, die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor mit dem besonderen Schwerpunkt der Entlassungsmedikation auch mit dem Blick

auf die Arzneimitteltherapiesicherheit näher zu beleuchten. Im nachfolgenden Bericht wird auf einige wesentliche Aspekte aus den Vorträgen der Referenten und der Podiumsdiskussion eingegangen.

Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, begrüßte die ca. 90 Teilnehmer und



Dr. med. Eberhard Huschke, Dieter Blaßkiewitz, Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Erik Bodendieck, Dr. med. Klaus Heckemann, Dr. med. Rainer Arnold, Dr. rer. nat. Rainer König (v.l.)

führte in die Thematik ein. Über 90 Prozent aller Erkrankungen des Menschen werden mit Arzneimitteln behandelt. Der Arztbrief, mit dem der Krankenhausarzt den niedergelassenen Vertragsarzt über den stationären Aufenthalt seines Patienten informiert, enthält neben diagnostischen Angaben in der Regel auch Empfehlungen zur Fortführung einer in der Klinik begonnenen medikamentösen Therapie. Der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung einerseits, ansteigende Zahlen fachärztlicher Behandlungen, kürzere Krankenhausbehandlungszeiten und knapp bemessene Arzneimittelbudgets für niedergelassene Vertragsärzte andererseits, werfen eine Vielzahl von Problemen auf, die sich indirekt und direkt auf die Entlassungsmedikation auswirken. Dr. med. Andreas Schuster, niedergelassener Hausarzt aus Annaberg Buchholz, stellte anschaulich exemplarisch die alltäglichen Fragen, die sich aus der Entlassungsmedikation ergeben, dar. Die Erstellung eines Medikationsplans, der neben den verordneten Präparaten durch den Hausarzt selbst, möglichst von Fachärzten verordnete Medikamente und OTC-Präparate enthalten sollte, ist sehr zeitaufwendig. Unter Berücksichtigung der aus dem Krankenhaus empfohlenen Arzneimittel wird die Medikation häufig teurer und führt zu einem Anstieg der zu verordnenden Arzneimittel. Letztgenannter Aspekt wirkten sich ebenso wie ein Präparatwechsel und Rabattverträge nachteilig auf die Compliance aus und erhöhen die Häufigkeit der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die Ausführungen von Dr.

Schuster wurden durch Dr. med. Rainer Arnold, niedergelassener Hausarzt aus Beucha, ergänzt. Er demonstrierte, dass es hilfreich ist, im Entlassungsbrief auch darauf einzugehen, welche hausärztliche Medikation im Krankenhaus fortgeführt wurde. Auch sollten die bisherigen und im Krankenhaus neu verordneten Präparate übersichtlich dargestellt und erläutert werden, bei welchen Wirkstoffen auf Generika zurückgegriffen wurde. Das praktische Vorgehen bei der Festlegung der Entlassungsmedikation legten Dr. med. Stephan Zeller, Städtisches Klinikum Görlitz, und Dr. med. Kay Nestler, Muldentalkliniken, dar. Dabei wurden auch die Schnittstellenprobleme, die bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vielschichtig sind, dargestellt. So muss eine Umstellung der Medikation gemäß der Arzneimittel-Liste des Krankenhauses erfolgen, häufig sind Dosisanpassungen oder Neueinstellungen therapeutisch erforderlich. Als mögliche Defizite in der Informationsweitergabe zwischen dem stationären und ambulanten Sektor wurden fehlende oder verspätete Arztbriefe sowie fehlende Begründungen für Therapieänderungen bereits im Krankenhaus oder fehlende Empfehlungen für notwendige ambulante Kontrollen und Dosisanpassungen benannt. Die Referenten zeigten verschiedene Lösungsansätze auf: zum Beispiel Mitgabe eines vollständigen Arztbriefs zur Entlassung, bei problematischen medikamentösen Neueinstellungen telefonischer Austausch mit dem Hausarzt. Auch in der nachfolgenden Diskussion wurde auf den Nutzen einer regelmäßigen Sektor übergreifenden Kommunikation zwi-

schen den Kollegen hingewiesen. Anschaulich demonstrierte Herr Dr. Zeller die bereits oben genannte Problematik der Pharmakotherapie bei der Entlassung des älteren, multimorbiden Patienten. Den rechtlichen Rahmen der Entlassungsmedikation erläuterte Herr Rechtsanwalt Alexander Huhn, Dresden. Dabei ging er auf die verschiedenen Rechtsgrundlagen für die Arzneiverordnung in den Sektoren ein. Die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen bedingen auch möglicherweise eine Einschränkung der Therapiefreiheit, die sich zusätzlich noch ungünstiger im ambulanten Sektor (Beteiligung der Ärzte am wirtschaftlichen Risiko der Arzneimittelversorgung) darstellt.

Die nachfolgende Podiumsdiskussion (Moderation: Herr Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Kreischa) begann mit einer berufspolitischen Positionierung durch den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dr. med. Klaus Heckemann, und den Vorstandsvorsitzenden der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Herrn Dieter Blaßkiewitz. Herr Dr. Heckemann unterstrich die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen in der Arzneiverordnung und betonte die Kontaktaufnahmen zwischen ambulant und stationär tätigen Kollegen: nach Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus sowie vor dessen Entlassung. Dies ist Garant für einen optimalen Informationsaustausch. Problematisch blieben die Rabattverträge. Herr Blaßkiewitz führte aus, dass in vielen Krankenhäusern die gesetzlichen Vorgaben in Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten bereits umgesetzt werden. Er verwies darauf, dass Krankenhausärzte hausintern ihre Arztbriefschreibung im Hinblick auf die Qualität des Medikationsteils analysieren. Im Ergebnis eines Projekts des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig zum Thema „Veränderung der Hausmedikation von Patienten durch den Krankenhausaufenthalt“ konnte nachgewiesen werden, dass die Erhöhung der Arzneimittelkosten nach dem Krankenhausaufenthalt in der Regel auf medizinisch begründbaren Interven-

tionen beruht. Ein weiteres Ziel, die Sensibilisierung der Krankenhausärzte für finanzielle Folgen ihrer Verordnungen und Empfehlungen wurde erreicht. Weitere Projekte mit sektorenübergreifendem Ansatz sind in Planung.

In der weiteren Diskussion wurden verschiedene Aspekte, die von der Therapiefreiheit des Arztes über die Kollegialität bis hin zur Patientensicherheit reichten, von den weiteren Podiumsteilnehmern Herrn Erik Bodendieck (Vorsitzender Ausschuss

Ambulante Versorgung), Herrn Dr. med. Eberhard Huschke (Vorsitzender Ausschuss Krankenhaus), Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberleingonska (Vorsitzende Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie), Herrn Dr. med. Rainer Arnold sowie Herrn Dr. rer. nat. Rainer König (Patientenvertreter) mit den Teilnehmern intensiv und teilweise kontrovers erläutert. Eine Änderung des entsprechenden Landesvertrages kam dabei ebenso zur Sprache wie mögliche bundesgesetzliche Änderungen. Die Anwesenden

waren sich einig, so fasste Herr Prof. Oehmichen zusammen, dass dies nicht mit Sanktionen zu besetzen sei. Einer weiteren Optimierung bedarf die sektorenübergreifende kollegiale Kommunikation, unterstützend sind verbindliche Regelungen und Absprachen. Weitere Projekte im Rahmen der Versorgungsforschung können Ergebnisse und Erkenntnisse für die Optimierung der Schnittstellenprobleme liefern.

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

## Arzt in Sachsen

### Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen

Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK), die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), die Krankenhausgesellschaft Sachsen (KHG), die Sächsische Apotheker- und Ärztekbank (APO-Bank) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz laden alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie die PJ-ler herzlich ein zu einer

### Informationsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

am **22. Januar 2011**  
von **9.30 bis ca. 15.30 Uhr**  
in den Räumen der **Sächsischen Landesärztekammer (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden)**.

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

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

### Begrüßung und Einführung (Plenarsaal) 10.00 bis 10.30 Uhr

Dr. rer. nat. Frank Bendas, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

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

### Beratung (Foyer) ab 10.30 Uhr

Beratung durch Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser. Erfahrungsaustausch mit Weiterbildungsbefugten und Ärzten in Weiterbildung zu Themen wie:

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Fördermöglichkeiten.

Außerdem bieten wir **ab 12.00 Uhr** folgende **Workshops und Praxiskurse** (Seminarräume und Plenarsaal) an:

1. Das Krankenhaus als Partner auf dem Weg zum Facharzt
2. Arzt im Krankenhaus – Berufsbild mit Zukunft
3. Traumjob Hausarzt?!
4. Arbeiten als angestellter Arzt in einer Praxis
5. Der Arzt als mittelständischer Unternehmer – ein Erfahrungsbericht
6. Vereinbarkeit von Beruf und Familie

7. Finanzielle Grundlagen für den Berufsstart
8. Finanzierung einer Niederlassung
9. Ärztliche Gesprächsführung
10. Ärztliche Schweigepflicht
11. Reanimation

Die Workshops und Praxiskurse stehen unter der Leitung von erfahrenen Referenten. Sie dauern je 45 oder 90 Minuten und werden zwei- oder dreimal nacheinander durchgeführt. Die Anmeldung erfolgt vor Ort in der Reihenfolge der Einschreibung.

Die gesamte Veranstaltung wird für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 8 Fortbildungspunkten bewertet.

### Um Anmeldung wird gebeten:

Für Anmeldungen und Ihre Rückfragen stehen wir Ihnen unter der E-Mail-Adresse [Arzt-in-Sachsen@slaek.de](mailto:Arzt-in-Sachsen@slaek.de) zur Verfügung.

Weitere Informationen zur Veranstaltung können Sie auf unserer Homepage [www.slaek.de](http://www.slaek.de) in der Rubrik „Weiterbildung“ abrufen.

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

## Unterstützung bei ärztlicher Begutachtung gesucht!

Der Landkreis Meißen ist seit dem Jahr 2005 als kommunaler Träger der Grundsicherung nach dem SGB II tätig. Aktuell werden diesbezüglich im Amt für Arbeit und Soziales (AfAS) Meißen und der ARGE Riesa-Großenhain insgesamt 19.816 sogenannte erwerbsfähige Hilfebedürftige/Alg II-Empfänger betreut.

Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit dieser Personen unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes bildet die Grundlage der Vermittlungsarbeit, ist jedoch in vielen Fällen durch den Fallmanager im Amt allein nicht zu bewältigen.

Gesucht werden daher Ärzte, insbesondere der Fachrichtungen Arbeitsmedizin, Orthopädie, Psychiatrie und Neurologie, die uns im Gesundheitsamt bei der Begutachtung unterstützen. Räumlichkeiten und Hilfspersonal stehen zur Verfügung. Die Bezah-

lung erfolgt auf Honorarbasis und wird je nach zeitlichem Aufwand nach Vereinbarung abgerechnet.

Wir würden uns über Ihr Interesse sehr freuen und stehen für Rückfragen natürlich gern zu Verfügung.

Kontakt: Gesundheitsamt Meißen, Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dresdner Straße 25, 01662 Meißen, Tel.: 03521 7253402

Dipl.-Med. Petra Albrecht,  
Gesundheitsamt Meißen

## 5. Görlitzer Nottfalltag

### Symposium für Notfallmedizin und Rettungsdienst

Görlitz ist eher für seine historische Altstadt, das dazugehörige Altstadtfest Ende August jeden Jahres und seine Lage am östlichen Rand der Republik bekannt. Nur wenige wissen, dass es in Görlitz seit 2003 auch eine der größten Fortbildungsveranstaltungen speziell zum Thema „Notfallmedizin und Rettungsdienst“ gibt.

Zu Beginn des Jahres 2003 reifte bei Dr. Uwe Treue und Steffen Weiß die Idee, ein Symposium für die im Rettungsdienst Tätigen zu organisieren. Die Gründe dafür lagen auf der Hand: die „bekannteren“ Kongresse

waren weit weg: Fulda, Marburg, Berlin, Cottbus und selbst Dresden bieten Veranstaltungen an, diese sind aber teilweise mehr Messe als Symposium und andererseits auch zu entfernt. Auch sollte eigentlich ein Event geschaffen werden, bei dem nicht nur Wissen vermittelt wird, sondern auch die Möglichkeit geboten wird, miteinander ins Gespräch zu kommen. Die Organisatoren haben beide einen Bezug zum Rettungsdienst: Dr. med. Uwe Treue, Anästhesist und Intensivmediziner am Städtischen Klinikum Görlitz und aktiver Notarzt. Steffen Weiß ist seit 1998 ehrenamtlich im Rettungsdienst der Stadt Görlitz und im Katastrophenschutz aktiv. So war die Idee geboren, Referenten und Sponsoren

gesucht und zum „1. Görlitzer Notfalltag“ am 29. November 2003 eingeladen. Die Resonanz war erstaunlich: genau 207 Notärzte, Rettungsdienstler und Pflegekräfte meldeten sich an und füllten den Veranstaltungsraum im Görlitzer Hotel „Mercure“. Die Neuauflage im November 2004 musste kurzfristig an einen anderen Veranstaltungsort verlegt werden – die Anmeldezahlen überstiegen die 300, die Kapazität des Hotels war zu gering. Seit dem ist die Görlitzer Landskronbrauerei Gastgeber dieser Fortbildung, denn auch 2006 gab es mit über 350 Teilnehmern einen neuen „Teilnehmerrekord“, welcher 2008 mit dem „4. Görlitzer Notfalltag“ nochmals überschritten wurde (435 Teilnehmer).

Zum „5. Görlitzer Notfalltag“ am 20. November 2010 konnten wieder hervorragende Referenten gewonnen werden: Dr. med. Hans-Christian Gottschalk, Görlitzer Kinderklinik, wird zum Thema „Kindernotfall im Rettungsdienst“ sprechen; Dr. med. Karsten Schöbel, Klinik für Unfallchirurgie Görlitz, spricht über die Versorgung im Polytraumazentrum. Weitere Referenten sind Dr. med. Henrik Schierz (Absicherung von Großveranstaltungen – Herausforderungen für den Leitenden Notarzt), Dr. med. Rainer Löb (Besondere Aspekte der Katastrophenmedizin) sowie wie schon 2006 Frau PD Dr. med. habil. Christine Erfurt (Differenzierung von Verletzungsursachen – eine rechtsmedizinische Betrachtung).

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Konzerte Festsaal

Sonntag, 5. Dezember 2010  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Vorweihnachtliches Konzert  
Instrumentalmusik und Gesang  
Junge Musiker des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.  
Leitung: Henry Kowallik

#### Ausstellungen Foyer und 4. Etage

Matthias Kistmacher  
Standby –  
Bilder von Matthias Kistmacher  
bis 14. November 2010

Gedenkausstellung Erich Gerlach  
Ein Dresdner Realist –  
Erich Gerlach zum 100. Geburtstag  
18. November 2010 bis 16. Januar 2011  
Vernissage: Donnerstag,  
18. November 2010, 19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

#### Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Katharina Günther „Werkschau“  
Malerei / Fotografie  
bis 30. März 2011

Steffen Weiß

Medizinische Kongresse-Euroregion Neiße e.V.,  
E-Mail: medkongress@klinikum-goerlitz.de

## 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 Zwickauer Land

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 10/C055  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.11.2010

Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft  
Reg.-Nr. 10/C056

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft  
Reg.-Nr. 10/C057

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte  
Reg.-Nr. 10/C058  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.11.2010

### Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 10/C059

Facharzt für Radiologie  
Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte  
Reg.-Nr. 10/C060  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.11.2010

### Chemnitzer Land

Praktischer Arzt\*)  
Reg.-Nr. 10/C061  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.11.2010

### Mittweida

Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde  
Reg.-Nr. 10/C062  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.11.2010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.12.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Meißen

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 10/D043

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 10/D044  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 10/L061

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 10/L062  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2010

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich  
Teil einer Gemeinschaftspraxis  
Reg.-Nr. 10/L063

### Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 10/L064

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.2010 an 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 Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Dresden-Weixdorf und Umgebung  
(Tel. auch 0351/8805160)  
Praxisabgabe geplant: I. Quartal 2012

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

# Die Behandlung der Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit

J. Oeken

## Zusammenfassung

Die Schwerhörigkeit stellt ein Handicap dar, welches heute in den meisten Fällen gut therapier- oder rehabilitierbar ist. Während bei Erkrankungen im Bereich des Mittelohres die Chance einer Hörverbesserung durch operative Verfahren besteht, steht bei den Erkrankungen des Innenohres die Rehabilitation mit Hörgeräten im Vordergrund. Einen Sonderfall stellt die hochgradige an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit dar, in welcher die Applikation eines Cochlear Implantates zur Anwendung kommt.

## Einleitung

Die Schwerhörigkeit stellt ein gesundheitspolitisch bedeutsames Problem dar. Es wird geschätzt, dass in Deutschland über 10 Mio. Einwohner von einer Schwerhörigkeit von mehr als 25 dB betroffen sind. In der EU wird deren Gesamtzahl auf ca. 55 Mio. geschätzt [1]. In den letzten Jahrzehnten wurden enorme Fortschritte in Diagnostik und Therapie der Schwerhörigkeit gemacht, insbesondere auf dem Gebiet der hörverbessernden Mikrochirurgie sowie der technischen Entwicklung von Hörsystemen, so dass es gerechtfertigt erscheint, eine Übersicht der Therapieoptionen zu geben.

Unser Hörorgan ist in der Lage, mechanische Schallwellen in elektrische Potenziale umzuwandeln, wobei Mittel- und Innenohr eine besondere Bedeutung zukommen. Das Mittelohr hat die Funktion, durch einen Verstärkermechanismus die Impedanz (Widerstand) zu überwinden, die die Flüssigkeiten des Innenohres den aus einem gasförmigen Milieu einwirkenden Schallwellen entgegensetzen. Das Innenohr führt mit Hilfe der inneren und äußeren Haarzellen über einen komplizierten mikromechanischen Verstärkungsvorgang die eigentliche mechanoelektrische Transduktion durch [2]. Störungen dieser Vorgänge machen den Großteil aller Schwerhörigkeiten

aus. Die weitaus selteneren Schwerhörigkeitsursachen im Bereich des äußeren Ohrs und der zentralen Verarbeitung sollen im Folgenden nicht betrachtet werden.

Topodiagnostik und Ausmaß einer Hörstörung lassen sich mit modernen audiometrischen Methoden sehr genau einschätzen. Dabei spielen nach wie vor die Stimmgabeltests und die Tonschwellenaudiometrie eine wesentliche Rolle, da mit ihrer Hilfe die Unterscheidung einer Schallleitungsschwerhörigkeit (SLS) und einer Schallempfindungsschwerhörigkeit (SES) gelingt. Dies ist für die weitere Therapie entscheidend, da sich Defekte des Mittelohrs als SLS (sogenannte „Mittelohrschwerhörigkeit“) und Defekte des Innenohrs als SES (sogenannte „Innenohrschwerhörigkeit (IOS)“) manifestieren. Auf die zahlreichen weiteren audiometrischen Testverfahren (überschwellige Audiometrie, zentrale Hörtests, Impedanzaudiometrie, otoakustische Emissionen, electric response audiometry [ERA], auditory steady state responses [ASSR] etc.) soll hier nicht weiter eingegangen werden [3].

Ein Hörverlust wird in dB HL (hearing level) je Frequenz angegeben. Die Einheit Dezibel gibt dabei den mit zwanzig multiplizierten dekadischen Logarithmus des Verhältnisses des tatsächlich anliegenden Schalldrucks zu einem Basisschalldruck (20  $\mu$ Pa = der Wert bei dem ein Mensch gerade eben hört) an. Das Hörfeld des Menschen liegt im Bereich zwischen 20 und 16000 Hz und reicht (bei 1000 Hz) von der Hörschwelle bei 0 dB bis zur Schmerzschwelle bei 120 bis 130 dB. Die Hörschwelle ist gekrümmt, das heißt bei tiefen und hohen Frequenzen hört der Mensch physiologischerweise etwas „schlechter“, am empfindlichsten ist das Gehör bei 1000 Hz. Für die Angabe des Hörvermögens im Audiogramm wird die gekrümmte Schwelle „begradigt“, das heißt es wird ausschließlich der Hörverlust je Frequenz angegeben [4].

## Schalleitungsschwerhörigkeit und hörverbessernde Operationen

Verschiedene pathogenetische Mechanismen am Mittelohr können eine SLS hervorrufen:

- Störungen der Druckverhältnisse in der Paukenhöhle mit/ohne Ergussbildung,
- Veränderungen am Trommelfell (Perforationen, Tympanosklerose),
- Veränderungen an der Gehörknöchelchenkette (Arrosionen, Otoskleroseherde etc.).

Folgende relativ häufig vorkommende Erkrankungen führen über die oben genannte Mechanismen zur SLS:

Das **Seromukotympanon** ist die häufigste bei Kindern im Vorschul- und frühen Schulalter auftretende SLS. Es ist Folge einer Insuffizienz der Tuba auditiva aufgrund einer hyperplastischen Rachenmandel (Adenoidie). Ein wegen des nicht mehr möglichen Druckausgleichs entstehender chronischer Unterdruck wird durch Bildung eines leimartigen Sekrets in der Paukenhöhle ausgeglichen (so genannte „glue ear“). Als Therapie wird zunächst eine konservative Druckausgleichstherapie unter Verwendung von Ballons durchgeführt, die mit der Nase aufgeblasen werden müssen (um die Tube zu „durchsprengen“). In den meisten Fällen muss jedoch eine Resektion der hyperplastischen Rachenmandel (Adenotomie) mit Einlage eines Paukenröhrchens (Paukendrainage) stattfinden (Abb.1). Allein an der Chemnitzer HNO-Klinik werden jährlich über 200 Kinder einer Paukendrainage unterzogen.

Die **Otitis media chronica** führt zur Ausbildung von Perforationen am Trommelfell (Abb.2), Arrosionen an der Gehörknöchelchenkette und/oder Verkalkungen an verschiedenen Mittelohrstrukturen (Tympanoskle-

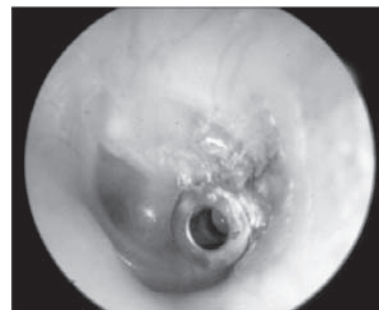


Abbildung 1: Z. n. Paukendrainage. Das Paukenröhrchen befindet sich im linken Trommelfell

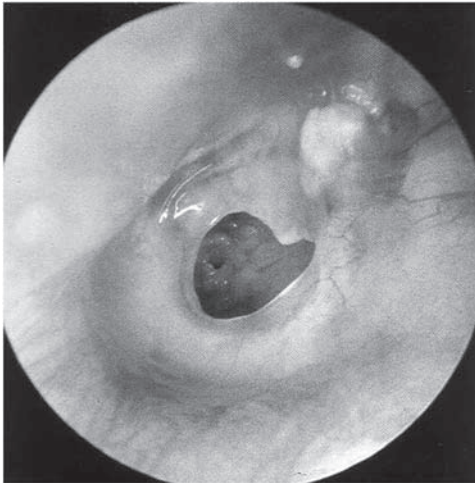


Abbildung 2: Zentrale Trommelperforation bei chronischer Otitis media mesotympanalis

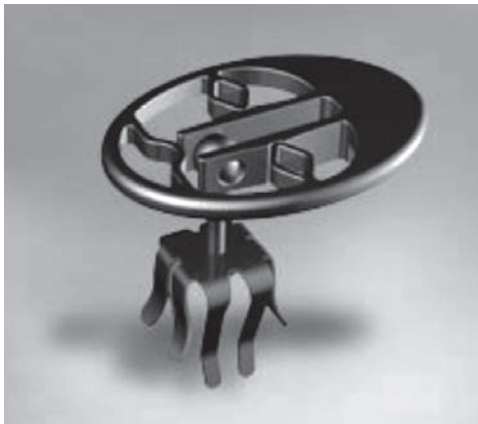


Abbildung 3: Moderne Partialprothese aus Titan der Fa. Kurz. Diese wird auf das Stapesköpchen aufgesetzt, der bewegliche Schirm kommt unter das Transplantat bzw. Trommelfell.

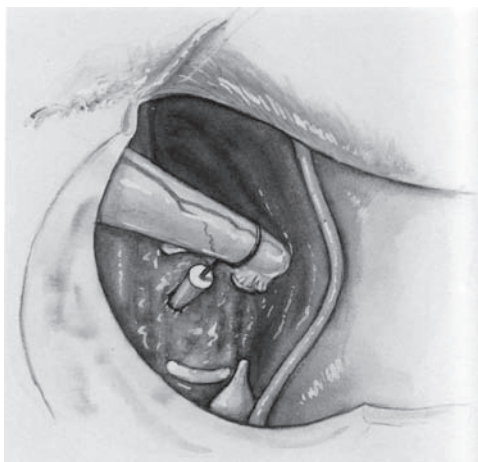


Abbildung 4: Situation nach Applikation einer Stapesprothese

rose). Wegen der dadurch entstehenden Verminderung der Trommelfelloberfläche, der Gehörknöchelchenkettenunterbrechung, gestörter elastischer Eigenschaften sowie Interferenzeffekte durch gleichzeitiges Ein-

wirken der Schallwellen auf ovales und rundes Fenster kommt es zur SLS unterschiedlichen Ausmaßes [5]. Die Therapie der Wahl besteht in der Durchführung eines operativen Eingriffs, der Tympanoplastik. Dabei wird die Perforation durch körpereigenes Gewebe (Perichondrium, Knorpel) verschlossen und die Gehörknöchelchenkette durch alloplastisches Material rekonstruiert. In den letzten Jahren haben sich dabei Titanprothesen in unterschiedlicher Ausführung durchgesetzt (PORP = partial ossicular replacement prothesis [Abb.3], TORP = total ossicular replacement prothesis). Damit gelingt in vielen Fällen eine deutliche Hörverbesserung. Lediglich in den Fällen, bei denen wegen einer Cholesteatombildung eine Radikaloperation im Bereich des Mittelohres notwendig ist, liegen die Ergebnisse nicht immer im gewünschten Ausmaß. An der HNO-Klinik des Klinikums Chemnitz werden pro Jahr etwa 150 Tympanoplastiken durchgeführt.

Die **Otosklerose** stellt eine auf das Felsenbein beschränkte Knochenerkrankung unbekannter Ätiologie dar, vermutet werden genetische, hormonelle, virale und andere Ursachen. Dabei bilden sich Knochenneubildungen, die bevorzugt im Bereich des Ringbandes des Steigbügels liegen und zu einer Stapesankylose führen. Es resultiert eine SLS, die sich hervorragend durch einen operativen Eingriff, der Stapesplastik, behandeln lässt. Das Hörgerät sollte nur eine Alternative für Ausnahmefälle darstellen. Leider trifft man immer wieder Patienten an, die selbst vom HNO-Facharzt diesbezüglich falsch beraten wurden. Bei der Stapesplastik wird die Stapes suprastruktur reseziert, die Fußplatte perforiert und eine spezielle Prothese (aus Platin und Teflon oder aus Titan) eingesetzt. Das eine Ende der Prothese wird mit einer Öse am langen Ambossfortsatz fixiert und das andere zylinderförmige Ende (so genannte Piston) taucht in die Fußplattenperforation ein (Abb.4). Damit ist das System wieder schwingungsfähig. Die Erfolgsraten liegen in der Hand des Erfahrenen bei über 90 Prozent [6]

(Abb.5). Da dieser Eingriff rein elektiv ist, sollten die Patienten nur von Operateuren mit großer Erfahrung operiert werden. Dadurch gelingt es auch am besten, die Gefahr der Ertaubung deutlich unter einem Prozent zu halten. An der Chemnitzer HNO-Klinik haben wir seit 2003 mehr als 200 Stapesplastiken durchgeführt, der Eingriff wird – unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten – immer durch den gleichen Operateur (und Autor dieses Artikels) durchgeführt.

Seltener Ursachen einer SLS sind die **traumatische Gehörknöchelchenunterbrechung** und die **Mittelohrfehlbildung**. Während erstere sehr gut durch eine Tympanoplastik mit Implantation einer PORP oder TORP zu beherrschen ist, sollte man bei den Fehlbildungen eine operative Intervention genau abwägen. Kleinere Fehlbildungen mit intaktem Gehörgang können mitunter problemlos zum Beispiel im Rahmen einer Stapesplastik versorgt werden, währenddessen größere Fehlbildungen mit Atresie des Gehörganges nicht zuletzt wegen einer möglichen Fehllage des N.fac. problematisch sind [7]. In diesen Fällen ist mitunter die Implantation eines knochenverankerten Hörgerätes (s.u.) sinnvoller. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Behandlung der SLS in erster Linie mikrochirurgisch erfolgen und Hörgeräte nur im Ausnahmefall zur Anwendung kommen sollten. Für den medizinisch Interessierten sei erwähnt, dass der erste Einsatz von OP-Mikroskopen in den 1920er-Jahren in der Mittelohrchirurgie stattfand.

### Schallempfindungsschwerhörigkeit

Die SES wird ebenfalls durch verschiedene pathologische Mechanismen hervorgerufen:

- Funktionsstörung oder Zerstörung der äußeren und/oder inneren Haarzellen,
- Störung der Mikromechanik durch Hydropsbildung im Ductus endolymphaticus,
- Störungen der Weiterleitung im Hörnerv, Hirnstamm oder im ZNS.



Zirka 95 Prozent der SES wird durch Veränderungen an den Sinneszellen des Innenohrs verursacht, auf die wir uns in den folgenden Ausführungen beschränken wollen.

Der **Hörsturz** ist eine plötzlich einseitig auftretende SES unterschiedlichen Ausmaßes, deren Ursache bis zum heutigen Tage nicht geklärt ist. Die Spontanremissionsrate ist hoch und die über Jahre durchgeführte durchblutungsfördernde Infusionstherapie hat keine signifikante Verbesserung der Ergebnisse gebracht [8]. Auch die Verabreichung von Glukokortikoiden sowie die Durchführung einer Tympanoskopie bei plötzlich aufgetretener einseitiger Taubheit unter dem Verdacht einer Rundfenstermembranruptur sind kritisch zu hinterfragen. Der Hörsturz gilt nicht mehr als Notfall!

Die **Altersschwerhörigkeit** (Presbyakusis) ist die Folge degenerativer Vorgänge. Da die Fähigkeit zur Regeneration von Haarzellen beim Säuger (also auch beim Menschen) nicht mehr vorhanden und ihre Zahl begrenzt ist, ca. 3500 innere und 12.000 äußere Haarzellen, führen verschiedenste endo- und exogene Einflüsse im Lauf eines Lebens zu deren irreversiblen Absterben. Wenn dabei eine kritische Menge von Sinneszellen betroffen ist, kommt es zu einer messbaren Einschränkung der Hörfunktion, die immer in den hohen Frequenzen beginnt und erst später auch die tieferen Frequenzen betrifft.

Ein akustisches Trauma kann in Form akuter und chronischer Lärmeinwirkung zur Schädigung des Hörorgans führen. Eine kurzzeitige Lärmeinwirkung im Millisekundenbereich mit einer Intensität von mehr als 150 dB (A) kann je nach Dauer der Einwirkung zum **Knall- oder Explosions-trauma** führen [9]. Typisches Beispiel ist das Knalltrauma nach Explosion von Feuerwerkskörpern. Längere Lärmeinwirkungen von einigen Stunden (zum Beispiel nach Rockkonzerten) können auch schon bei geringeren Lärmintensitäten zu Hörschäden führen, die sich zunächst als zeitwei-

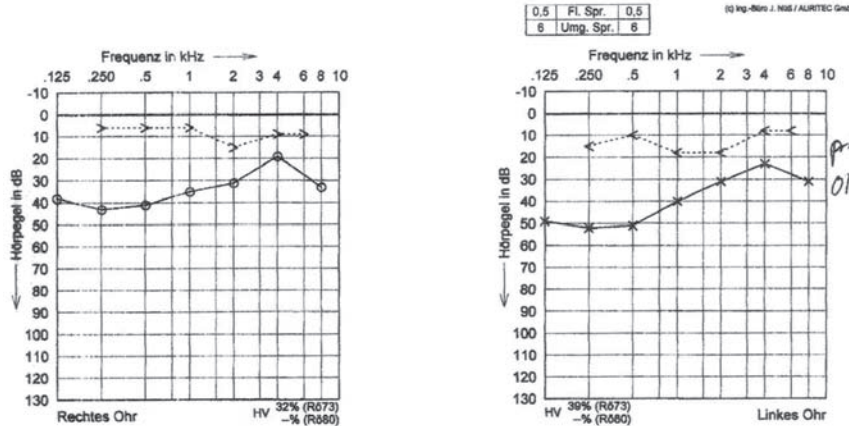


Abbildung 5a: Audiogramm bei beidseitiger Otosklerose

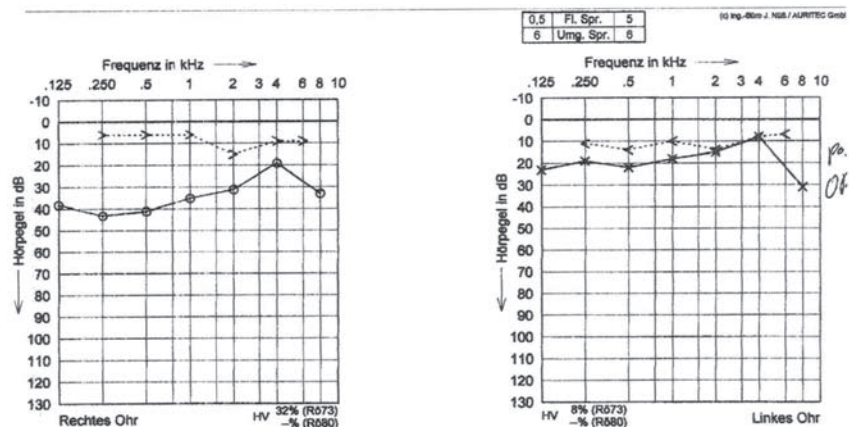


Abbildung 5b. Audiogramm des gleichen Patienten nach Stapesplastik links

liger Schwellenschwund (temporary threshold shift = TTS) bemerkbar machen, bei häufigem Auftreten aber in einen persistierenden Schwellenschwund (persistent threshold shift) übergehen können. Audiometrisch ist bei den akuten Lärmschäden oft eine Senke bei 4 kHz (sogenannte C5-Senke) im Tonschwellenaudiogramm feststellbar. Nach akuter

Lärmschädigung ist eine systemische Verabreichung von Glukokortikoiden durchaus sinnvoll, wie im Tierversuch nachgewiesen werden konnte [10]. Eine chronische Lärmeinwirkung von mehr als 85 dB (A) kann bei entsprechender Einwirkungsdauer zur typischen Lärmschwerhörigkeit führen (Abb.6). Handelt es sich um eine berufsbedingte Lärmexposition, wird

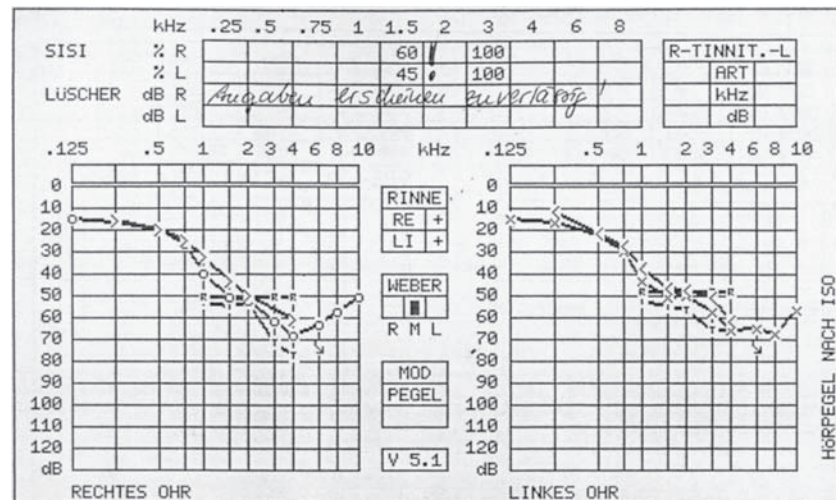


Abbildung 6: Typische berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit

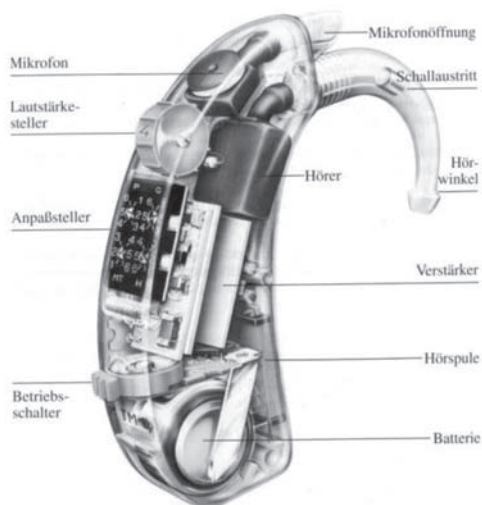


Abbildung 7: Halbschematische Darstellung eines HdO (Hinter dem Ohr)-Hörgeräts

eine derartige Hörstörung als Berufskrankheit anerkannt (BK 2301). Die Lärmschwerhörigkeit beginnt ebenfalls als C5-Senke, die sich dann zu einer Hochtonschwerhörigkeit entwickelt [11]. Lärmschwerhörigkeiten sind aufgrund des Haarzellverlustes irreversibel.

Die oben genannten Erkrankungsbilder sind die häufigsten Ursachen einer SES, daneben gibt es jedoch noch zahlreiche weitere Krankheitsbilder, die hier nur summarisch genannt werden sollen: SES durch Einwirkung ototoxischer Medikamente (Aminoglykosid-Antibiotika, Zytostatika), hereditäre SES (syndromal oder nicht-syndromal), SES als Folge eines M. Menière, SES als Folge eines Vestibularisschwannoms. Außerdem gibt es die Gruppe der prä- und perinatal erworbenen SES, die bekanntesten Ursachen dürften dabei die Rötelnembryopathie, die Rh-Faktor-Unverträglichkeit mit Neugeborenenikterus sowie die Asphyxie unter der Geburt sein. Es sollte in diesem Zusammenhang auf die bedeutende Rolle der Früherkennung von angeborenen Hörstörungen hingewiesen werden, die immerhin bei einem von tausend Neugeborenen auftritt [12]. Ziel ist es, eine derartige Hörstörung bis zum dritten Lebensmonat zu erkennen, damit bis zum sechsten Lebensmonat eine entsprechende Therapie eingeleitet werden kann. Deshalb wurde die Durchführung einer Screeninguntersuchung

mittels otoakustischer Emissionen oder früher akustisch evozierter Potenziale zum Ausschluss des Vorliegens einer angeborenen Hörstörung inzwischen auch in Deutschland gesetzlich geregelt [13].

Für die Behandlung der SES gilt ganz allgemein, dass die akut auftretenden Hörstörungen (akutes Lärma-trauma, Hörsturz) einen Behandlungsversuch mit Glukokortikoiden erlauben. Ansonsten ist eine SES irreversibel, das heißt eine Heilung ist nicht möglich. Die einzige Möglichkeit, das Hörvermögen zu verbessern, besteht in einer apparativen Versorgung mit Hörgeräten oder -systemen.

### Hörgeräteversorgung

Die Versorgung einer SES mit Hörgeräten ist komplizierter als man gemeinhin annimmt. Dies ergibt sich aus zwei Eigenschaften: der Innenohrschwerhörigkeit, ihres unterschiedlichen Frequenzverlaufs und des Vorhandenseins eines Rekrutments (Lautheitsausgleich). Der typische Frequenzgang einer SES erfordert, dass ein komplexes Schallereignis durch das Hörgerät in verschiedene Frequenzbänder zerlegt wird, die dann unterschiedlich stark verstärkt werden müssen. Das Phänomen des Rekrutments bedeutet, dass bei Patienten mit einer SES zwar die Hörschwelle schlechter ist als beim Gesunden, die Unbehaglichkeitsschwelle aber bei gleichen oder sogar niedrigeren dB-Werten erreicht wird, d.h. das Hörfeld ist beim Innenohrschwerhörigen nicht verschoben sondern komprimiert. Ein Hörgerät muss also leise akustische Signale verstärken, währenddessen laute Signale nicht verstärkt werden dürfen. Diese nichtlineare Funktionsweise gelingt heute durch die Anwendung der Mikroelektronik und digitaler Verfahren zunehmend besser. Das analoge akustische Signal wird dabei über ein Mikrofon aufgenommen, in ein digitales Signal gewandelt, durch einen programmierbaren Signalprozessor entsprechend den individuellen Verhältnissen verändert, wieder in ein nunmehr verändertes analoges Signal zurückverwandelt

und über einen Lautsprecher (Hörer) in den Gehörgang ausgestrahlt [14]. Wegen der Rückkopplung müssen Hörer und Mikrofon schalldicht voneinander isoliert werden, was in der Praxis mit Hilfe einer sog. Otoplastik erfolgt. Inzwischen wurde eine elektronische Rückkopplungsunterdrückung entwickelt, was eine „offene“ Versorgung (das heißt Verzicht auf eine Otoplastik oder Otoplastik mit sehr großer Perforation) ermöglicht. Zusätzlich lassen sich noch verschiedene andere technische Feinheiten zur Anwendung bringen, wie die Verwendung von Richtmikrofonen, Störschallunterdrückung etc. Wegen ihrer komplizierten Arbeitsweise werden Hörgeräte heute auch als Hörsysteme bezeichnet. Hörgeräte können nach ihrem Sitz in HdO- (Hinter-dem-Ohr) und IO- (Im-Ohr) Geräte unterschieden werden (Abb.7). Aufgrund der Miniaturisierung der Bauteile sind sie inzwischen so klein, dass sie kaum noch auffallen. Damit kann der Vorwurf einer Stigmatisierung durch das Tragen von Hörgeräten völlig entkräftet werden. Eine beidseitige Versorgung gilt heute als regelhaft.

Bei der Hörgeräteverordnung kommt in Deutschland ein duales System zur Anwendung. Dabei obliegt dem niedergelassenen HNO-Arzt die Indikationsstellung, während der Verkauf und die Anpassung des Hörgerätes dem Hörgeräteakustiker überlassen wird. Der Anpassungsvorgang erfordert in der Regel mehrfache Sitzungen, da ein gewisser Trainings- und Gewöhnungseffekt mehrfache Nach-einstellungen notwendig macht. Nach Abschluss der Anpassung überzeugt sich der HNO-Arzt durch eine eigene Untersuchung und Messung von deren Ergebnis [15]. Dieses Vorgehen ist sehr sinnvoll, da der Arzt sich zunächst davon überzeugen kann, ob eine Erkrankung vorliegt, und erst nach deren Ausschluss den Patienten an den rein kommerziell arbeitenden Hörgeräteakustiker überweist. Alle Abweichungen von diesem System führten in der Vergangenheit zu problematischen Situationen. Bei alleiniger Versorgung durch



Abbildung 8: Externer Anteil (Mikrophon, Sprachprozessor und Sendespule) eines Cochlear Implant

den HNO-Arzt wurde zwar meistens die Indikation richtig gestellt, durch Unkenntnis der technischen Möglichkeiten war aber die HG-Versorgung selbst oftmals unzureichend. Bei primärer Versorgung durch den HG-Akustiker überwogen meist kommerzielle Interessen, so dass auch SLS-Fälle, die durch eine entsprechende Operation hervorragend therapiert werden könnten, mit einem Hörsystem rehabilitiert wurden.

Eine besondere Entwicklung stellen die implantierbaren Hörgeräte dar. Man unterscheidet knochenverankerte (bone-anchored hearing aid = BAHA), semiimplantierbare und voll implantierbare Systeme. Sie sind speziellen Situationen vorbehalten, bei denen eine normale HG-Versorgung nicht möglich ist. Beim BAHA wird ein Titananker in den Knochen der retroaurikulären Schädelkalotte eingebracht. Über eine Kupplung wird das Hörgerät mit diesem Anker in Verbindung gebracht, die Schallwellen werden dann über die Knochenleitung direkt in das Innenohr geleitet. Dies bietet sich bei Patienten an, die an einer beidseitigen Mittelohrfehlbildung mit Gehörgangsatresie leiden [16]. Auch Patienten mit nicht sanierbarer eitriger chronischer Mittelohrentzündung, feuchter Radikalhöhle oder chronischer Gehörgangsentzündung profitieren von einem derartigen Gerät. Noch besser hat sich in diesen Fällen aber neuerdings die Applikation der sogenannte vibrant sound bridge bewährt, wobei es sich um ein semiimplantierbares Hörgerät handelt. Dabei wird im Rah-

men einer so genannten Vibroplastik ein vibrierender zylinderartiger „floating mass transducer“ in Kontakt mit den Gehörknöchelchen oder dem runden Fenster gebracht [17]. Die vollimplantierbaren Hörgeräte mit einer Ankopplung von Metallstößeln an die Gehörknöchelchen sollten zurzeit noch mit äußerster Vorsicht indiziert werden. Der Nachweis einer audiometrischen Überlegenheit gegenüber sehr guten konventionellen Hörgeräten steht noch aus und das Operationstrauma sowie das Ausmaß der implantierten Fremdkörper sind nicht unerheblich [18]. Hier wird die Miniaturisierung der Bauteile in den nächsten Jahren sicherlich die Entwicklung noch ausgereifterer Systeme ermöglichen.

### Cochlear Implantat

Bei der Versorgung von Patienten mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit bzw. einer vollständigen Taubheit hat sich in den letzten 20 Jahren die Applikation eines Cochlear Implantats durchgesetzt. Dies stellt eine segensreiche Entwicklung dar, da diese Patienten bis dahin auf das Ablesen vom Mund oder auf die Gebärdensprache angewiesen waren.

Ein Cochlear Implantat besteht aus einem externen und einem internen (das heißt zu implantierenden) Anteil. Der externe Anteil besteht aus Mikrofon, Sprachprozessor und Sendespule (Abb.8), der interne aus Empfangsspule (die unter der Kopfhaut angebracht wird) sowie den Elektroden (die in die Cochlea appliziert werden). Dadurch wird eine direkte Reizung des Hörnervs möglich, die zu einem Verständnis akustischer Signale führt [19]. Da Einstellung des Gerätes und Beübung der Patienten extrem aufwändig sind und ein zusätzlicher Stab an Ingenieuren, Physikern, Hörgeschädigtenpädagogen und technischen Assistenten erforderlich ist, wird die Implantation nur in bestimmten Zentren durchgeführt. In Sachsen bestehen derzeit zwei Zentren, das SCIC an der HNO-Klinik der TU Dresden sowie das CI-Zentrum der HNO-Klinik der Universität Leipzig.

Cochlear Implants werden ständig weiter entwickelt, auch die Indikationen zu deren Applikation werden heute deutlich weiter gefasst. Inzwischen werden zum Beispiel auch hochgradige Schwerhörigkeiten, die mit Hörgeräten nur ungenügend rehabilitiert werden können, mit einem CI versorgt. Die Möglichkeit der elektroakustischen Stimulation in Kombination mit einer Innenohr-schonenden Operationsweise erlaubt es, auch Patienten zu versorgen, die nur im Hochtonbereich ertaubt sind, im Tieftonbereich jedoch noch erhebliche Hörreste aufweisen. Nicht zuletzt wurden auch Hirnstammimplantate entwickelt, die auch die Funktion des Hörnervs überbrücken können.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers  
 Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken  
 Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie  
 Klinikum Chemnitz gGmbH  
 Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz  
 Tel. 0371 333 34300  
 Fax 0371 333 34302  
 E-Mail: jens.oeken@skc.de

## Seniorentreffen der KÄK Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ganz herzlich ein zum letzten Seniorentreffen im Jahr 2010  
**am 7. Dezember 2010,**  
**15.00 Uhr,**  
 Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer  
**Referent:** Dr. Ulrich Böhme, Baureferent a.D. der Evangelischen Landeskirche Sachsen.

Thema:

**„Das Kirchgebäude – Scharnier zwischen Christentum und Gesellschaft“**

Seien Sie herzlich willkommen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
 Vorsitzende der Kreisärztekammer  
 Dresden

**Status asthmaticus**  
**„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2010**

Sehr geehrte Damen und Herren, zu oben genannter Arbeit habe ich einige Anmerkungen zu machen. Zunächst verwundert der Stil der Auseinandersetzung mit der dargestellten Behandlung eines Status asthmaticus. Ich glaube nicht, dass eine derartig scharfe Kritik in der Öffentlichkeit die Sicherheit der Ärzte im Umgang mit diesem Krankheitsbild verbessert. Ich vermute eher, dass die Ängstlichkeit in der Therapie derartig schwerer Krankheitszustände zunimmt. Dies ist aber meine subjektive Meinung. Objektiv enthält die Arbeit schwerwiegende Fehler, die aus meiner Sicht zu korrigieren sind. Unmittelbar vor Erscheinen der Zeitschrift hatte ich zufällig über die Therapie des Asthma bronchiale vor meinen ärztlichen Kollegen eine Fortbildung abgehalten. Wenn meine Kollegen diesen Artikel lesen, geraten sie in einen Widerspruch. Im Einzelnen möchte ich folgende Punkte anführen:

1. Stufenplan der medikamentösen Behandlung des erwachsenen Asthmapatienten

In der Arbeit wird eine Therapie des Asthma bronchiale in vier Stufen dargestellt. Dies entspricht nicht dem aktuellen Wissensstand. Im Dezember 2009 erschien die Kurzfassung und im März 2010 die Langfassung der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale. Diese Leitlinie erschien in der gemeinsamen Trägerschaft der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften. Hier ist die für Deutschland gültige Therapieempfehlung (Dauertherapie sowie die Asthmaanfallbehandlung) dargelegt. Danach gibt es fünf Therapiestufen und nicht vier, wie in der Arbeit angegeben. Die in der Arbeit angegebene Leitlinie ist veraltet und stammt aus dem Jahre 2005. Die Nationale Versorgungsleitlinie kann im Internet unter [www.asthma.versorgungsleitlinien.de](http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de) nachgelesen und heruntergeladen werden. Diese Klarstellung ist umso mehr wichtig, da die Autoren

großen Wert auf Leitlinien und deren Einhaltung gelegt haben.

2. Die Abbildung mit dem Kind, welches ein Peak-Flow-Meter bedient, zeigt eine falsche Atemtechnik. Es wird der häufigste diesbezügliche Fehler dargestellt, auf den ich in schon mehrfach gehaltenen Vorträgen zur Vermeidung immer wieder hingewiesen habe. Bedauerlich ist, dass die Abbildung sogar 2 mal in der Zeitschrift auf der Seite 449 und 462 erscheint. Das Peak-Flow-Meter zeigt bei der dargestellten Technik falsch hohe Werte an. Es muss immer waagrecht gehalten werden und zusätzlich ist es günstig, eine Nasenklemme anzusetzen oder die Nase zuzuhalten. Am besten lässt sich dies bildlich mit einer Seitenaufnahme bei horizontal gehaltenem Peak-Flow-Meter zeigen.

3. Ich halte es nicht für notwendig, dass Peak-Flow-Meter auf einer Intensivstation vorrätig gehalten werden. Das Instrument ist für die Verlaufseinschätzung einer Dauertherapie gedacht. Die ermittelten Werte sind für den intraindividuellen Vergleich sinnvoll. Es sind keine Präzisionsinstrumente. Wer mit einem schweren Asthmaanfall auf eine Intensivstation kommt, hat mit Sicherheit einen deutlich pathologischen Peak-Flow. Außerdem kann in einer solchen Situation das notwendige Atemmanöver gar nicht mehr ausgeführt werden. Das klinische Bild und Blutgasanalysen sind auf einer Intensivstation maßgebend für therapeutische Entscheidungen. Dies waren einige wichtige Kritikpunkte. Ansonsten könnte man zum Inhalt der Arbeit noch reichlich diskutieren. Ich bitte, die Richtigstellungen auch zu veröffentlichen.

Mit bestem Dank und freundlichem Gruß  
 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Günter Frey, Zwickau

**Antwort auf den Leserbrief von Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. Günter Frey**

Die Autoren bedanken sich bei Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. Günter Frey für seinen Leserbrief. Zunächst möchten wir auf eine Fortbildungsveranstaltung der Sächsischen Landesärz-

tekammer vom 06. März 2010 verweisen, die auch zuvor im „Ärzteblatt Sachsen“ angekündigt war. Das Hauptthema war „Ärztliche Behandlungsfehler“. Diese Veranstaltung wurde auf Anregung des Sachverständigenrates der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer vom Vorstand der SLÄK initiiert. In der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen wurde in den vergangenen Jahren eine Zunahme an Fällen festgestellt, die durch erhebliche Organisationsdefizite unterschiedlicher Art gekennzeichnet waren. Das Anliegen der Sächsischen Landesärztekammer war es, eine offene Diskussion im Sinne einer vernünftigen „Fehlerkultur“ zu führen und Veränderungen zu bewirken. Das Thema entstand aus einem Gutachten für die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Der Erstautor ist Mitglied des Sachverständigenrates. Zur Diskussion dieses Falles im Sachverständigenrat war zusätzlich ein Pulmologe eingeladen worden. In der ausführlichen Diskussion ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte. Das hier beklagte Organisationsdefizit bestand vornehmlich in der Fehlleistung, keine Hilfe im eigenen Haus geholt zu haben. Die Annahme, dass junge Ausbildungsassistenten die Situation „learning by doing“ vorfinden, ist ein häufiges Thema im Sachverständigenrat.

Damit sind wir bei dem Stichwort „Ängstlichkeit“, die unser Beitrag nach Meinung von Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Frey auslöst. Dieses Gefühl verschwindet bei jungen Ärzten durch eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung. Es tritt dann oft der Zustand der Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit ein, der meist mit zunehmender Berufserfahrung wieder realitätsbezogen korrekt eingeordnet wird. Das Gutachten wurde im Jahr 2009 erstellt und berücksichtigte nicht die Literatur von 2010. Für den Hinweis auf die aktuelle Leitlinie bedanken wir uns.

Über die Wertigkeit der Peak-Flow-Messung kann man verschiedener Meinung sein. Die Freiheit der Atemwege hat viel mit der Kopfhaltung

zu tun. Das ist uns aus der Praxis geläufig. Die Kritik, dass bei der Peak-Flow-Messung eine gerade Kopfhaltung eingehalten werden soll, ist berechtigt. Allerdings erreichte der Erstautor im Selbstversuch mit einem intakten Peak-Flow-Meter bei leicht gesenktem Kopf 10 Prozent niedrigere (und nicht höhere) Werte als bei gerade gehaltenem Kopf.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Siegfried Zielmann,  
Dr. med. Torben Ostendorf, Zwickau

### Leserbrief von Steffen Seiler

Sehr geehrtes Redaktionskollegium, nach 20 Jahren stummer Lektüre des „Ärzteblatt Sachsen“ sehe ich mich heute gezwungen, eine persönliche Meinung zum Beitrag „Todesfall im Status asthmaticus“ im Heft 8/2010 zu äußern.

Die Intention der Redaktion, diesen Artikel abzdrukken, erschließt sich mir in keiner Weise. Die Darstellung des Falles kann als fundierter Beitrag zur Weiterbildung nicht akzeptiert werden. Beispielsweise sei die Auffassung des Autors, „...die Beatmung war grob fehlerhaft...“ im Artikel angeführt, ohne fundierte und exakte Darstellung einer „richtigen“ Beatmung.

Vor allem jedoch der Tonfall und die unterschwellige Bösartigkeit der Darstellung sowie die redundante Polemik im Beitrag, befremden mich zutiefst. Auch hier sei, beispielhaft, zitiert: „Die Behandlungen lassen die Vermutung zu, dass auf dieser Intensivstation an diesem Wochenende keine Kenntnisse in der Behandlung von Asthma-Patienten verfügbar waren.“

Die Äußerungen in diesem Beitrag sind nach meinem Empfinden unkollegial, nicht hilfreich oder sachdienlich und ausgesprochen zynisch. Eine solche Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ befremdet mich zutiefst!

Auch dem Andenken der leider verstorbenen jungen Patientin schadet der Artikel durch die Art der Darstellung.

Durch eine solche Replik gerät möglicherweise sogar die Ärzteschaft in Misskredit, solche diffamierenden

Äußerungen werden in der Bevölkerung sicher gern aufgegriffen und ausgebaut.

Ein Wort zum Schluss. Weder beruflich, noch privat, bin ich in den Fall involviert.

Mit freundlichen Grüßen  
28.8.2010  
Steffen Seiler, Doberschau

### Stellungnahme zum Leserbrief des Herrn Steffen Seiler vom 28.8.2010

Sehr geehrter Herr Seiler, auch ich war unangenehm überrascht, als ich meinen Beitrag so abgedruckt sah, als hätte ich ihn unaufgefordert eingesandt. Die notwendige Zusatzinformation der Sächsischen Landesärztekammer steht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2010, auf Seite 148.

Es ist ein essenzieller Bestandteil der ärztlichen Arbeit, regelmäßig zu hinterfragen, ob eine Komplikation oder ein Todesfall hätte vermieden werden können. In jeder Klinik sollten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen abgehalten werden, und wenn diese im Vorlesungsprogramm der Universitäten angeboten werden, ist der Hörsaal regelmäßig überfüllt. Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer muss sich zunehmend mit Problemen der Sicherstellung einer kompetenten fachärztlichen Behandlung rund um die Uhr auseinandersetzen. Die Klinikleitungen sollten für diese Problematik sensibilisiert werden, den jeweiligen Handlungsbedarf identifizieren und entsprechend reagieren.

Wie wollen Sie über Fehler sprechen, ohne sie zu benennen? Das ist eine Seite. Die andere Seite ist der von Ihnen beklagte Stil. Sie bezeichnen die Autoren als bösartig, viele andere Leser, die mich angesprochen haben, sind nicht auf diesen Gedanken gekommen.

Ob eine Aussage zynisch oder sachlich ist, das entscheidet das Gehirn des Lesers. Wenn Sie schreiben würden: „Das ist ja besonders gut“, kann dies sachlich oder zynisch gemeint sein. Dürfte ich als Leser für Sie entscheiden, wie es gemeint ist?

Sie empfinden meine Äußerungen als diffamierend. In der Zeitschrift Klinikarzt 7+8/2010 lese ich gerade, dass Ärzte kaum noch mit Patienten sprechen. Eine Seite davor wird bemängelt, dass die ärztliche Handschrift selbst in der Todesbescheinigung oft nicht lesbar ist. Ist dies alles diffamierend?

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Siegfried Zielmann,  
Zwickau

### Themenheft Depression

Sehr geehrte Redaktion, mit großem Interesse habe ich die Beiträge zum Thema Depression im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2010, gelesen und mich wieder auf den neuesten Stand gebracht. Danke für die umfassende und gut verständliche Darstellung!

Ich bin im Ruhestand ehrenamtlich psychotherapeutisch tätig und arbeite jetzt vorwiegend mit erwachsenen Patienten, von denen 1/3 wegen depressiver Erkrankungen kommen. Ein spezielles Problem möchte ich mitteilen: den Umgang mancher Krankenkassen mit den Patienten. Mir wird öfter berichtet, dass Mitarbeiter an Krankenkassen – Sachbearbeiter? Sekretärinnen? – depressive Patienten zu Hause anrufen unter dem Vorwand, ihnen „helfen zu wollen“. Sie geben (unerbetenen) Rat, ermuntern dazu, es doch im Arbeitsverhältnis einfach bald wieder zu versuchen.

Auch wenn Sie nicht immer drohen, werden dies Anrufe von den Patienten als bedrückend und Angst machend erlebt. Wehrt sich jemand gegen die Unterstellung, er sei arbeitsscheu, erfolgt auch Gegenruck. So wurde kürzlich einem jungen Patienten der MDK-Termin in seinen Urlaub gelegt. „Ihre Gesundheit ist uns wichtig“ steht zwar im Briefkopf. Die Aktion selbst wirkt aber kontraproduktiv, verlängert sie doch die Krankheitsdauer.

Gibt es dazu Erfahrungen und wirksame Handlungstipps von Ihrer Seite?

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Dr. med. Christa-Maria Steinberg  
Limbach-Oberfrohna,  
10.9.2010

## Dr. med. Claus Vogel zum 65. Geburtstag



Vor nunmehr 30 Jahren, nämlich 1980, übernahm der damals 35-jährige Dr. med. Claus Vogel die väterliche HNO-Praxis in eigener Niederlassung in Leipzig, unter den herrschenden Verhältnissen des sozialistischen Gesundheitswesens der DDR damals eine echte Besonderheit, die nur wenigen Kollegen vergönnt war. Heute, 30 Jahre später, gratulieren wir einem gestandenen, aber jung gebliebenen Arzt, Kollegen und Freund zu seinem 65. Geburtstag, den er am 18. Oktober dieses Jahres beging.

Sicher hat die Besonderheit einer eigenen Praxis damals dazu beigetragen, dass sich Dr. Vogel sofort nach der politischen Wende berufspolitisch engagierte, um an der Umgestaltung insbesondere des ambulanten ostdeutschen Gesundheitswesens aktiv und intensiv mitzuwirken. So ist es nur logisch, dass

er in Sachsen zu den Gründungsmitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung gehörte und seit deren Bestehen gewähltes Mitglied der Mitgliederversammlung ist. In der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gehört und gehörte er auch verschiedenen Ausschüssen an und wurde dann in der Folge von Umstrukturierungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Regionalausschussvorsitzenden der KV-Bezirksstelle Leipzig gewählt und gehört somit auch dem Hauptausschuss der KV Sachsen an. Doch damit nicht genug der Berufspolitik. Trotz der Belastungen bei eigener Praxis und wichtigen Funktionen in der Kassenärztlichen Vereinigung arbeitet Dr. Vogel aktiv in der Sächsischen Landesärztekammer mit. Mandatsträger der Kammerversammlung ist er bereits seit 1995. Auf dieses Jahr fällt auch seine Wahl zum Delegierten zum Deutschen Ärztetag, eine Funktion, die er bis heute innehat. Seit 1999 ist er Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt. Seit dem gleichen Jahr gehört er dem Finanzausschuss der Sächsischen Landesärztekammer an, den er seit 2001 als Vorsitzender umsichtig und mit Fingerspitzengefühl leitet. Gleichzeitig ist er Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer. Dort ist er, ebenso wie in anderen Gremien auch, wegen seiner konstruktiven Mitarbeit hoch geschätzt.

Seine Verdienste um die sächsische Ärzteschaft wurden im Juni 2007 mit der Verleihung der „Hermann-Eberhardt-Friedrich-Richter-Medaille“ gewürdigt. Als Gründungsmitglied eines unabhängigen Verbandes der niedergelassenen Ärzte in Sachsen, der später in den NAV-Virchow-Bund überging, war er mehrjährig stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen. Besonders deutlich in dieser Funktion kam Dr. Vogels Streben zum Ausdruck, einer Spaltung der Ärzteschaft ganz bewusst entgegenzuwirken und sich nachdrücklich für Kooperation und Einheitlichkeit verschiedener ärztlicher Interessengruppen einzusetzen. Die zahlreichen und zeitaufwändigen ehrenamtlichen Pflichten, die er sich auferlegte und die hier nicht vollständig genannt werden konnten, hindern ihn nicht, sich um die hochbetagte Mutter und seine Geschwister zu sorgen und Kindern und Enkeln ein liebevoller Vater und Opa zu sein. Lieber Herr Kollege Vogel, lieber Claus, Dein Geburtstag ist eine gute Gelegenheit, Dir nochmals für Deine zahlreichen Leistungen in Beruf und Ehrenamt zu danken und Dir für möglichst viele weitere Jahre Gesundheit und Glück zu wünschen, und dass es Dir vergönnt sein möge, Dich intensiv und lange Deiner Familie und Deinen Hobbys widmen zu können.

Dr. med. Matthias Cebulla, Leipzig

## Unsere Jubilare im Dezember 2010 – wir gratulieren!

- 60 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Müller, Siegfried  
08315 Bernsbach
  - 02.12. Dr. med. Lochno, Marianne  
02894 Sohland a. Rotstein
  - 04.12. Dipl.-Med. Patzig, Marianne  
09456 Annaberg-Buchholz
  - 06.12. Dr. med. Hans, Sybille  
01309 Dresden
  - 07.12. Hammer, Hans Joachim  
09113 Chemnitz
  - 08.12. Dipl.-Med. Roßner, Hartmut  
08058 Zwickau-Oberrothenbach
  - 10.12. Priv.-Doz. Dr. med. Lehmann, Irmhild  
01187 Dresden

- 11.12. Dr. med. Rodig, Angela  
02633 Göda
- 12.12. Dipl.-Med. Fiedler, Holger  
02943 Weißwasser
- 12.12. Dr. med. Lorenz, Christine  
08261 Schöneck
- 12.12. Dr. med. Thiel, Wolfram  
08523 Plauen
- 13.12. Dipl.-Med. Philippson, Frank  
02782 Seifhennersdorf
- 16.12. Dr. med. Brys, Karen  
04758 Oschatz
- 16.12. Dr. med. Pertermann, Gabriele  
09117 Chemnitz
- 17.12. Dr. med. Bräutigam, Barbara-Ulrike  
04416 Markkleeberg
- 19.12. Dr. med. Heinze, Beate  
01561 Walda
- 20.12. Dipl.-Med. Buhl, Angela  
02779 Großschönau
- 20.12. Dr. med. Wiesner, Ulrike  
09125 Chemnitz

- 23.12. Dipl.-Med. Hartenstein, Annerose  
09224 Grüna
  - 24.12. Dr. med. Rüdiger, Christa  
01640 Coswig
  - 24.12. Dr. med. Schönwälder, Christine  
01169 Dresden
  - 26.12. Dr. med. Hirsch, Wolf-Dieter  
04683 Belgersheim-Threna
  - 28.12. Dr. med. Hellriegel, Ulrike  
02708 Löbau
  - 29.12. Weiland, Barbara  
09600 Weißenborn
  - 31.12. Prof. Dr. med. habil. Ascherl, Rudolf  
04319 Leipzig
- 65 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Heyde, Sigrd  
04600 Altenburg
  - 05.12. Dr. med. Göckeritz, Herbert  
04155 Leipzig

- 06.12. Gerlach, Christina  
04579 Espenhain
- 12.12. Dr. med. Anders, Miloslav  
01309 Dresden
- 16.12. Prof. Dr. med. habil.  
Distler, Wolfgang  
01309 Dresden
- 22.12. Queck, Wolfgang  
01824 Gohrisch
- 70 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Bolz, Brunhilde  
08289 Schneeberg
- 01.12. Dr. med.  
Horn-Kreuzler, Sigrid  
09599 Freiberg
- 02.12. Dr. med. Fickert, Hannelore  
01069 Dresden
- 02.12. Dr. med. Trenkler, Christian  
01917 Kamenz
- 03.12. Dr. med.  
Krumbach, Ernst-Albrecht  
04519 Rackwitz
- 03.12. Oertel, Manfred  
02708 Großschweidnitz
- 05.12. Dr. med. Keller, Renate  
04157 Leipzig
- 06.12. Schlick, Christa  
08606 Oelsnitz
- 06.12. Seidel, Ingrid  
08209 Auerbach
- 07.12. Dr. med. Krickau, Marlies  
01109 Dresden
- 09.12. Dr. med. Hanschke, Reiner  
04105 Leipzig
- 10.12. Arnhold, Ingrid  
01324 Dresden
- 10.12. Dr. med. Fröhlich, Elke  
09376 Oelsnitz
- 10.12. Dr. med. Otto, Lothar  
04157 Leipzig
- 11.12. Dr. med. Elze, Christel  
04277 Leipzig
- 13.12. Frank, Ann-Christin  
01445 Radebeul
- 13.12. Dr. med. Krieger, Ingrid  
09429 Hopfgarten
- 13.12. Dr. med. Sachse, Christine  
04880 Dommitzsch
- 13.12. Dr. med. Seyfert, Christian  
02827 Görlitz
- 14.12. Dr. med. Gröger, Hans-Günter  
09599 Freiberg
- 14.12. Köll, Isolde  
04416 Markkleeberg
- 15.12. Dipl.-Med. Kastl, Helga  
08236 Ellefeld
- 15.12. Dipl.-Med. Nitzsche, Frank  
02727 Neugersdorf
- 15.12. Dr. med.  
Schaarschmidt, Natalia  
09112 Chemnitz
- 19.12. Dr. med. habil. Tilch, Günter  
08228 Rodewisch
- 20.12. Kühn, Bärbel  
02763 Zittau
- 20.12. Dr. med. Schmidt, Sieghart  
08606 Oelsnitz
- 22.12. Dr. med. Mothes, Margit  
08280 Aue
- 23.12. Dr. med. Bullmann, Helga  
02826 Görlitz
- 25.12. Dr. med. Bartsch, Günter  
09221 Neukirchen
- 25.12. Dr. med. Berger, Roswitha  
04357 Leipzig
- 25.12. Dr. med. Müller, Claus  
01187 Dresden
- 25.12. Dr. med. Woitschach, Heidrun  
04357 Leipzig
- 26.12. Dr. med. Müller, Holle  
01187 Dresden
- 26.12. Trommer, Brigitte  
09405 Zschopau
- 27.12. Dr. med. Frenzel, Ingrid  
04155 Leipzig
- 27.12. Dr. med. Löw, Gerda  
04275 Leipzig
- 27.12. Dr. med. Zerm, Reimar  
01623 Lommatzsch
- 28.12. Dr. med.  
de Haas, Friedrich-Erich  
01099 Dresden
- 28.12. Dr. med. Lehmann, Christine  
01217 Dresden
- 28.12. Dr. med. Wirth, Peter  
08233 Treuen
- 31.12. Dr. med. Aehnelt, Frank  
02727 Neugersdorf
- 31.12. Dr. med. Buchheim, Christine  
08547 Jöbnitz
- 31.12. Dr. med. Dähnert, Jürgen  
09514 Lengefeld
- 31.12. Dr. med. Laue, Dietmar  
01159 Dresden
- 75 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo  
01477 Arnsdorf
- 02.12. Dr. med. Capek, Ruth  
01468 Moritzburg
- 04.12. Dr. med. Hagemoser, Ernst  
01157 Dresden
- 05.12. Dr. med. Braune, Wilfried  
01609 Gröditz
- 05.12. Dr. med.  
von Wolffersdorff, Nikolaus  
08371 Glauchau
- 06.12. Prof. Dr. med. habil.  
Dippold, Joachim  
04289 Leipzig
- 06.12. Dr. med. Schröpfer, Hans-Dieter  
02797 Oybin
- 11.12. Dr. med. Böttiger, Helga  
04299 Leipzig
- 11.12. Dr. med. Hille, Rolf  
01156 Dresden
- 11.12. Risch, Wolfgang  
08056 Zwickau
- 22.12. Prof. Dr. med.  
Passarge, Eberhard  
45529 Hattingen
- 24.12. Koban, Annemarie  
02782 Seifhennersdorf
- 25.12. Dr. med. Vehlows, Ulrich  
04668 Grimma
- 29.12. Dr. med. Schulz, Manfred  
01796 Pirna
- 80 Jahre**
- 10.12. Satzger, Jelena  
08058 Zwickau
- 30.12. Nowak, Margot  
01217 Dresden
- 82 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Winde, Eva-Brigitte  
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12. Rother, Grete  
01307 Dresden
- 14.12. Dr. med. Graupner, Regina  
01069 Dresden
- 21.12. Dr. med. Richter, Heinz  
01277 Dresden
- 30.12. Dr. med. Seim, Günter  
09111 Chemnitz
- 83 Jahre**
- 06.12. Prof. Dr. med. habil.  
Linde, Klaus  
04279 Leipzig
- 09.12. Prof. Dr. med. habil.  
Lohmann, Dieter  
04299 Leipzig
- 13.12. Prof. Dr. med. habil.  
Geiler, Gottfried  
04277 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Simon, Joachim  
8060 Zwickau
- 84 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Gülke, Karl  
08228 Rodewisch
- 19.12. Dr. med. Herrmann, Käte  
01277 Dresden
- 25.12. Dr. med. Kriester, Otto  
08209 Auerbach
- 29.12. Dr. med. Spangenberg, Georg  
04158 Leipzig
- 85 Jahre**
- 10.12. Dr. med. Butter, Brigitte  
02625 Bautzen
- 19.12. Dr. med. Müller, Lenore  
09603 Großschirma
- 23.12. Dr. med. Liebold, Christa  
04109 Leipzig
- 30.12. Prof. Dr. sc. med.  
Hajduk, Frantisek  
09114 Chemnitz
- 86 Jahre**
- 27.12. Dr. med. Staupe, Sigrid  
04177 Leipzig
- 31.12. Dr. sc. med.  
Kretzschmar, Wolfgang  
02625 Bautzen
- 87 Jahre**
- 06.12. Dr. med.  
Morgenthaler, Anton  
04109 Leipzig
- 88 Jahre**
- 29.12. Dr. med. Günther, Waltraute  
04420 Markranstädt
- 90 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Wehnert, Hans  
01454 Radeberg
- 15.12. Dr. med.  
von Gebhardi, Rosemarie  
08523 Plauen
- 17.12. Prof. Dr. med. habil.  
Haller, Hans  
01069 Dresden
- 96 Jahre**
- 31.12. Dr. med. Born, Helmut  
01326 Dresden
- 99 Jahre**
- 13.12. Dr. med. Kasperek, Bernhard  
08645 Bad Elster

## Über die Augenerkrankung des Malers Edgar Degas

Edgar Degas (1834 bis 1917) war ein bedeutender Maler des 19. Jahrhunderts. Degas gehört zu den Persönlichkeiten, die mit ihrem Werk die Geschichte der bildenden Kunst gestaltet haben.

Edgar Degas wurde am 19. Juni 1834 in Paris geboren, er entstammte einem wohlhabenden Bürgerhaus, sein Vater war Bankier. Zunächst studierte er Jura. Als Zeichner sehr begabt, widmete er sich besonders der italienischen Frührenaissance, indem er zahlreiche Kopien anfertigte. Degas gab das Jura-Studium auf und schrieb sich an der Akademie der schönen Künste, der Ecole des Beaux-Arts als Mitglied ein. 1856 weilte er zu einem künstlerischen Studienaufenthalt in Italien, kopierte dort sehr viel und schuf vorwiegend Historienbilder und Porträts.

Untersuchungen über Visus und Entstehung der Bilder von Degas stammen von Michael Marmor, Professor of Ophthalmology, Stanford-University in Californien und von Philippe Lantony, Ophthalmologe in Paris. In den 70er-Jahren des 19. Jahrhunderts, er war Mitte 30, wandte Degas sich jenen Darstellungsgebieten zu, mit denen er die moderne Malerei bereichert hat: Opern- und Ballettszenen, Rennplätze, Szenen des täglichen Lebens. Hervorzuheben ist seine scharfe Beobachtung in Haltung und Bewegung, wiedergegeben in Momentaufnahmen im Sinne des Impressionismus.

Ab 1874 stellte Degas oft seine Bilder mit den Impressionisten aus. Für seine Ballettszenen hat Degas auch Fotografien als Vorlagen benutzt auch bediente er sich gern des Pastells.

Obwohl er mit den Malern Eduard Manet und Claude Monet gut befreundet war und zu den Impressionisten zählt, malte er keine stimmungsvollen Landschaftsbilder, sondern Menschen und das großstädtische Leben seiner Zeit.



Selbstporträt (1855), Ölgemälde, Original im Musée d'Orsay Paris. Aus: Degas Through His Own Eyes, M.F. Marmor 2002, veröffentlicht von Essilor, Foto Korzer, Zweinaundorfer Str. 11, 04318 Leipzig.

Degas war ein Einzelgänger, niemals verheiratet. Im Beginn des deutsch-französischen Krieges 1870 bis 1871 meldete er sich freiwillig. Bei der Musterung wurde erkannt, dass das rechte Auge sehr sehgeschwach war. Beim Probeschießen stellte sich heraus, dass er nicht einmal das Ziel sehen konnte, trotzdem wurde er für die Artillerie als tauglich eingeteilt. Etwa von 1883 an, also mit 50 Jahren, arbeitete Degas nicht mehr gern im Freien, grelles Tageslicht war ihm sehr unangenehm, im prallen Sonnenlicht fühlte er sich schwach. Schließlich zog er sich immer häufiger in sein abgedunkeltes Atelier zurück und trug oft getönte Brillen, eventuell Ausdruck einer nicht behandelten Chorioretinitis. Jetzt merkte er auch, dass sich im Zentrum seines Gesichtsfeldes ein zunehmend blinder Fleck bildete, was ihn schließlich dazu zwingen sollte, die Malerei aufzugeben.

Man kann die Krankheitsgeschichte seiner Augen an Hand der Schilderungen der Symptome in seinen Briefen, sowie an dem, was seine Freunde aufgeschrieben haben, rekonstruieren. Degas erwähnt in den 80iger-Jahren des 19. Jahrhunderts mehrfach gegenüber seinem Freund und Kollegen, dem englischen Maler Walter Sickert, dass es

eine Qual sei zu malen, wenn man nur die Umgebung der Stelle sehen kann, die man betrachtet. Diese Beschreibung lässt mit Sicherheit darauf schließen, dass Degas an einer krankhaften Veränderung der Makula litt.

Die Augenerkrankung schritt mit den Jahren in zunehmender Weise fort, es verschärften sich die Augenprobleme des Künstlers bis die Makula so stark geschädigt war, dass er sein zentrales Gesichtsfeld verloren hatte. Zu der Zeit begann er häufiger Pastell statt Öl in seiner Maltechnik zu verwenden.

Auch entdeckte er, dass es für ihn leichter war Motive von Fotos abzumalen. Trotzdem wurden seine Bilder immer größer und verschwommener und zeigen einen deutlichen Formverlust gegenüber seinen früheren Werken. Mit zunehmend schlechteren Augen wird seine Kreuzschraffierung breiter, die Striche liegen nicht mehr so eng beieinander.

1884 schreibt er an einen Freund: „mit meinen Augen steht es nicht gut, sie reagieren nicht mehr richtig. Sobald es trocken und hell ist, sehe ich besser, aber ich muss mich an das starke Licht gewöhnen, das mir trotz meiner dunkel gefärbten Augengläser weh tut.“

Ab 1891 fertigte er vorwiegend Zeichnungen und Lithographien. Er schreibt: „Oh die Augen, die Augen, die Augen. In meinem Atelier fühle ich mich schwerfälliger als früher, die Schwierigkeiten beim Sehen bewirken eine Art Lähmung. Alles ist langwierig für einen fast Blinden, der glauben machen will, er sehe.“

In den späteren Lebensjahren hatte Degas auch Schwierigkeiten Farben zu erkennen. So zeigen seine späteren Pastellarbeiten nicht mehr die abgestuften Farbnuancen der früheren Jahre, ein Ausdruck der degenerativen Makulaerkrankung. Es ist bekannt, dass die blaue Farbe geringer wahrgenommen wird. Tatsächlich dominiert in Degas späterem Werk das Rot, die blaue Farbe kommt seltener vor. Auch werden bei Makulapatienten verstärkt kräftigere Farben gewählt, weil die Patienten die



Farbintensität schwächer wahrnehmen. So könnten die intensiveren Farben, die Degas in seinen späteren Bildern verwendete auch zum Teil mit seiner Augenerkrankung zu erklären sein.

Schließlich sah Degas so schlecht, dass er etwa um 1903 gezwungen war, die Malerei ganz aufzugeben, statt dessen wandte er sich der Bildhauerei zu. Der fast erblindete Künstler modellierte Ton- und Wachsstatuetten, die noch nach seinem Tod in Bronze gegossen wurden. Er schreibt:

„Jetzt muss ich das Handwerk eines Blinden erlernen“. Eine Übertreibung von Degas, der durchaus ein Hang zu drastischen Formulierungen an den Tag legte, hatte er doch schon früher des Öfteren Skulpturen geschaffen.

## Ein Dresdner Realist – Erich Gerlach zum 100. Geburtstag

Mit Erich Gerlach (1909 – 2000) erinnert die Sächsische Landesärztekammer an einen Künstler, der in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit seinem nachdenklichen, dem Realismus verpflichteten Schaffen einen beachteten Platz innerhalb des Kunstgeschehens im Osten Deutschlands einnahm. Bekannt wurde Gerlach mit sinnbildhaften Werken, die Zeitfragen, aber auch der Familie galten, Selbstporträts und Porträts, darunter viele Kinderbildnisse, sowie Landschaften und Atelierinterieurs. Gleiches gilt für eine Reihe Wandbilder.

Zu seinen Hauptwerken zählt das in an Dix erinnernder, neusachlicher Manier gemalte „Selbstbildnis mit Haselzweig“ mit den Trümmern Dresdens im Hintergrund (1947), das zum Bestand der Galerie Neue Meister gehört und sich in die Reihe zahlreicher bemerkenswerter Selbstporträts der Nachkriegszeit einordnet. Es ist gleichermaßen Ausdruck der Hoffnung auf einen Neubeginn wie der

1907 berichtete eine Bekannte anlässlich eines Besuches bei Degas: er hat einen braunen Hut auf dem Kopf und schaut mich an mit Augen, die nicht sehen.

Degas starb am 27. September 1917, begraben wurde er in Paris auf den Mont Martre-Friedhof. Auf seinem Grabstein die Inschrift:

Il aimait beaucoup le dessin zu deutsch: er liebte das Zeichnen sehr. Degas war auch Kunstsammler. Nach seinem Tod wurde seine Sammlung 1918 versteigert und erzielte einen Betrag von über 10 Millionen Franc. Von öffentlichen Ehrungen hielt er nicht viel, er lehnte die hohe Auszeichnung „Ritter der Ehrenlegion“ ab.

Viele seiner Bilder sind im Louvre von Paris und in anderen großen Museen Frankreichs zu finden, auch die Dresdner Gemäldegalerie „Neue Meister“,

Trauer um erlittenen Verlust. Wie viele andere Dresdner Künstler hatte Erich Gerlach die Zerstörung seines Ateliers und damit seines Frühwerks beim Angriff am 13. Februar 1945 zu beklagen. Im hohen Alter sah er es als „Tragik seiner Generation“, dass sie die drei großen Einschnitte von 1933, 1945, aber auch 1989 hatte verkraften müssen.

Die Geschehnisse von 1989 setzten allerdings auch jenen Teil seines Werks in ein neues Licht, den er bis dahin als „Spielerei“ betrachtet hatte. Gemeint sind die gegenstandsfreien Arbeiten, die während aller seiner Schaffensjahre entstanden. Die Anregungen dafür gehen auf die 1920er Jahre zurück, als er sich außer für den verehrten Dix gleichermaßen für das Bauhaus, Klee, Kandinsky und Malewitsch interessierte. Manche dieser Arbeiten hatte er allerdings unter dem Einfluss der Zeitumstände – während der Nazizeit, aber wohl ebenso unter dem Eindruck der Formalismusdebatte der 1940er/50er Jahre im Osten Deutschlands – vernichtet. Dass er nichtsdestotrotz das Schwergewicht über Jahrzehnte auf seine realistischen Werke legte, entsprach der Hoffnung, auch



Tänzerinnen in der Oper im Foyer (1872), Ölgemälde, Original im Musée d'Orsay, Paris. Aus: Degas Through His Own Eyes, M.F. Marmor 2002, veröffentlicht von Essilor, Foto Korzer, Zweinaundorfer Str. 11, 04318 Leipzig.

das Leipziger Museum der Bildenden Künste, die Kunstsammlungen in Chemnitz, ebenso die „Neue Pinakothek“ in München besitzen einige seiner Werke.

Dr. med. Gottfried Vesper, Leipzig



Auf dem Markt in Gürsüf, Tatarin Mischtechnik, 1963, 42 x 53 cm

mit seinen Bildern „ein klein wenig die Welt zu verbessern“.

Die Ausstellung zeigt rund 40 Gemälde aus dem Nachlass Erich Gerlachs. Anlass ist der kürzliche 100. Geburtstag des Künstlers.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer 18. November 2010 bis 16. Januar 2011, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 18. November, 19.30 Uhr.**