

Editorial	Hoffnung	4
Berufspolitik	Jahresversammlung der Kreisärztekammer 2010	5
Hygiene aktuell	HPV-Impfung	6
Recht und Medizin	Rechtliche Regelungen zur Patientenverfügung – Teil I	9
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung im Jahr 2011	13
	Informationsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung	14
	Wahl der Kammerversammlung 2011/2015 – Anzahl der Mandatsträger	15
	Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Borreliose	16
	In eigener Sache	16
	„Ärzte für Sachsen“ auf Messe KarriereStart 2011	16
	Konzerte und Ausstellungen	16
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	17
Originalie	Leitsymptom „Akuter Bauch“	18
Leserbriefe	Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller / Prof. Dr. sc. med. Saueremann	23
	Dipl.-Med. Holger Hasse / Dr. med. Jürgen Krug	24
Gesundheitspolitik	Projekt Gesunde Arbeit	25
Tagungsbericht	3. Kölner Medizinrechtstag	26
Buchbesprechung	Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis	27
Personalia	Ehrensymposium für Prof. Dr. med. habil. Hans Haller	28
	Dr. med. habil. Günter Tilch zum 70. Geburtstag	29
	Unsere Jubilare im Februar 2011	30
	Verstorbene Kammermitglieder	34
	Nachruf für Dr. med. Martin Schönauer	34
Medizingeschichte	Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie	32
	Kurfürstin Anna von Sachsen als Apothekerin	35
Kunst und Kultur	Ausstellung: Bernd Hahn	37
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – März 2011	



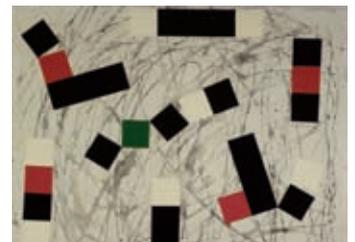
Neujahrswünsche
Seite 12



Originalie „Akuter Bauch“
Seite 18



Kurfürstin Anna von Sachsen
Seite 35



Ausstellung Bernd Hahn
Seite 37

Abbildung auf Titelseite: Thromboembolie der Arteria mesenterica superior. (Abb. 3 der Originalie: Prof. Dr. med. Klöppel, Prof. Dr. med. Keitel „Leitsymptom akuter Bauch „Seiten 18 bis 22 in diesem Heft).

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der RSD Reise Service Deutschland GmbH, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: redaktion@slaek.de,
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Hoffnung



So unterschiedlich in der Welt die Neujahrsbräuche auch sein mögen, zu welchen Tagen nach alten Riten und Sitten für jeden Einzelnen auch ein Neues Jahr beginnt, allen ist der eine Wunsch gemein „Einen guten Rutsch“ oder, dies ist dem jiddischen entlehnt, „Rosch ha-Schana“ – Ein gutes und süßes Jahr.

Das vergangene Jahr war ein Jahr der Jubiläen. 20 Jahre deutsche Einheit, 20 Jahre Freistaat Sachsen, 20 Jahre Heilberufekammern in Sachsen und so weiter. Was aber ist von diesen Ereignissen geblieben? Mittlerweile sind wir doch alle in einem Alltag verhangen, vor welchem manchem graut.

Da hören wir von und reden über die Notwendigkeit der Verbesserung der Attraktivität des Arztberufes, den Bürokratieabbau, den Ärztemangel, die Auswirkungen der demographischen Entwicklung, die Weltwirtschaftskrise, die „drastischen“ Sparmaßnahmen und unsozialen Einschnitte. Und immer, offensichtlich uns Deutschen besonders gemein, gibt es da die Bedenkenträger. Welche, die immer klagen, immer zuerst ein Argument gegen etwas finden, anstelle zur Lösung von Problemen beizutragen.

Wo ist der Aufbruch, der Wille selbst, in der Gemeinsamkeit mit Anderen, frei zu gestalten? Bewusst setze ich die Betonung auf „mit Anderen“ denn nur in der Gemeinschaft gelang und gelingt Veränderung für die Gemeinschaft.

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen,

ich bin der festen Überzeugung, wir haben einen der schönsten Berufe, den es gibt. Das Ansehen der Ärztinnen und Ärzte ist hoch. Dies ist der Dank für die geleistete harte Arbeit in Kliniken, Praxen und öffentlichem Gesundheitsdienst. Dies ist der Dank für die nächtlichen Bereitschaftsdienste und die Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte in Stadt und Land.

Seit jeher war dies keine einfache Arbeit. Natürlich haben sich Bedürfnisse geändert und sind gestiegen, ist ein neues Umfeld entstanden. Aber sind wir mit unseren Angeboten nicht manchmal selbst schuld daran, haben wir nicht auch selbst Bedarf entwickelt? Darüber dürfen wir uns heute nicht beschweren. Ansprüche sind keine Einbahnstrasse, die nur einer stellt und der andere erfüllen muss.

Natürlich unterliegen auch wir selbst in unseren Ansprüchen anderen Umfeldbedingungen, wollen wir selbst nicht nur das zuschauende Familienmitglied sein, während die Frau oder der Mann sich um die Kinder sorgt und sie erzieht. Ein Großteil der nachwachsenden Generation will verständlicher Weise anders an der Gesellschaft teilnehmen als es vor 20 Jahren noch üblich war. Veränderung ist im Gang. Diese Veränderung hat wie immer ihre Tücken.

Wir müssen unsere berufliche Zukunft gestalten und dürfen nicht darauf warten, dass diese von anderen für uns gestaltet wird. Wir müssen uns aber dabei auch der Verantwortung für unsere Gesellschaft bewusst sein. Unser Beruf ist in vielerlei Hinsicht nicht mit anderen vergleichbar und verlangt Einsatz, verlangt auch Opfer, birgt aber auch große Chancen und viel „Lohn“ in sich. Wer viel „Lohn“ von anderen fordert, ohne sich der Ethik unseres Berufsstandes bewusst zu sein oder bereit zu sein, für seinen Beruf einzutreten, der muss sich nicht wundern, wenn ihm das geforderte nicht entgegengebracht wird. Das hat dann nichts mehr mit schlechten Arbeits- und Umfeldbedingungen zu tun.

Wir sind meist geneigt, unseren Beruf schlechter zu reden als er ist. Da führen wir immer wieder die

Kontrolle unserer Tätigkeit, Budgets, Bürokratie, lange Arbeitszeiten und schlechte Vergütung an. Ich fordere Sie auf, nehmen Sie sich im neuen Jahr einmal vor zu überlegen, inwieweit wir selbst an den von uns bemängelten Widrigkeiten schuld sind: Kontrolle und Bürokratie – da denke ich nur an Kodierrichtlinien – die sind von Ärzten gemacht, aus zweierlei Gründen – natürlich muss und kann unsere Tätigkeit genau abgebildet werden – muss dies aber so geschehen, gibt es nicht bessere Möglichkeiten? Richtgrößen – wer von Ihnen hat nicht schon einmal überlegt ein Medikament, ein Heilmittel nicht zu verschreiben weil das Budget alle ist und nicht, weil es nicht indiziert ist? Richtgrößen basieren zuerst einmal auf tatsächlichen Verordnungskosten von Ärztinnen und Ärzten. Wir haben für diese Budgets also selbst gesorgt. Leider höre ich viele Hausärzte immer nur über Ihre Arbeit klagen. Wen wundert's dann, dass junge Kolleginnen und Kollegen diesen Beruf nicht ausüben wollen und (Lebens-)Arbeitszeiten sowie Belastungen immer länger und größer werden. Und ich frage Sie allen Ernstes: Ist unsere Vergütung im Vergleich mit anderen Berufsgruppen – zum Beispiel Krankenschwestern und Arzthelferinnen – wirklich so schlecht, dass wir uns mit unseren Forderungen langsam unglaublich machen müssen? Mehr darf es immer sein, das Verhältnis sollte aber gewahrt bleiben. Denn wir haben nicht nur als Praxisinhaber und damit Arbeitgeber auch eine soziale Verantwortung für unsere Angestellten.

Meine sehr verehrten, lieben Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns gemeinsam das Neue Jahr zum Anlass nehmen, auch einmal über uns und unser Tun selbst nachzudenken. Dann ist Veränderung möglich. Warten wir nicht auf Andere und hören wir auf, auf Andere wie das Kaninchen auf die Schlange zu starren.

Frei nach dem Spruch: „Hilf Dir selbst und anderen, dann wird auch Dir geholfen“.

Ihr
Erik Bodendieck, Vizepräsident

Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2010

Der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden lud am 2. November 2010 zur alljährlichen Mitgliederversammlung ein. Traditionell fanden die Veranstaltungen bislang in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Der bisherige Zuspruch, besonders aus dem berufstätigen Mitgliederbereich, war eher als gering einzuschätzen. Um Letzteres zu ändern, wurde ein alternativer Ort gewählt. Das Hygiene-Museum Dresden, dem ärztlichen Berufsstand nahestehend, bildete die diesjährige Kulisse für ein Experiment, bei dem berufspolitische Inhalte an eine medizinisch nahestehende Ausstellung geknüpft wurden. Im Marta-Fraenkel-Saal des Hygiene-Museums begrüßte Katharina Schmidt-Göhrich als Vorsitzende der Kreisärztekammer ca. 200 Gäste, zu denen auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, gehörte. Im Vergleich zu den Vorjahren bedeutete dies eine Verdreifachung der Teilnehmerzahl, wobei auch der Anteil jüngerer Kollegen spürbar angestiegen war.

Im Bericht der Vorsitzenden wurden kurz die Schwerpunkte umrissen. Die Schlichtung und Vermittlungstätigkeit zwischen Patienten und Ärzten nimmt spürbar zu, wobei die Ursachen der Beschwerden in der Vielzahl der Fälle im kommunikativen Bereich liegen. Kürzere Patientenkontaktzeiten, gestiegene Fallzahlen bei gleich bleibenden zeitlichen Ressourcen bildeten die Basis für teils vermeidbare Missverständnisse. Die Seniorenarbeit wurde kontinuierlich fortgesetzt. Vier Nachmittage mit Vorträgen im Kammergebäude, unter anderem mit dem früheren Direktor der Dresdner Gemäldegalerie, Prof. Harald Marx, sowie ein gemeinsamer Ausflug nach Altenberg wurden in diesem Jahr angeboten.

Nach langem Mühen erschien die Kreisärztekammer mit einer neuen Internetpräsenz im derzeit am schnellsten wachsenden Medium. Termine, Kontakte und Informatio-

nen werden im aufbereiteten Design unter www.kreisaerztekammer-dresden.de für alle Kolleginnen und Kollegen angeboten. Der Vorstand definierte als Arbeitsaufgabe ein besseres Erreichen der bislang eher unterrepräsentierten jungen Kollegen. Seit 2010 können Weiterbildungsassistenten im Jahr einen Zuschuss von bis zu 50 EUR für eine gebührenpflichtige und von der Sächsischen Landesärztekammer akkreditierte Fortbildungsveranstaltung über das Internetportal beantragen. Aktuell fehlt hier noch der Bekanntheitsgrad. Wir rechnen aber für das kommende Jahr mit einer steigenden Zahl von Anträgen.

Im Jahr 2010 fand der Dresdner Ärzteball erstmals im Ballsaal des Parkhotels und in der Kakadu-Bar statt. Neben etablierten Standards auch hier neue Richtungen: Die Gäste konnten während der gesamten Ballzeit nicht nur tanzen sondern sich auch kulinarisch vergnügen. Das musikalische Kellerexperiment ging auf. In der Bar groovte eine junge Dresdner Band bis weit nach Mitternacht. Im Ergebnis soll auch der nächste Ball wieder im Parkhotel ausgerichtet werden.

Aufmerksamkeit erwarb sich auch eine kurze Vorstellung der Ergebnisse der longitudinalen Langzeitbefragung unter Absolventen des 5. Studienjahres an der Medizinischen Fakultät vor dem Eintritt in das Praktische Jahr. Eine ausführliche Darstellung und Kommentierung der Ergebnisse ist in Planung.

Schlussendlich wurde über erste Schritte im Dresdner KulturNetzwerk für Ärzte berichtet. Viele Kolleginnen und Kollegen engagieren sich im künstlerischen Bereich. Im Internetportal der Kreiskammer soll hierfür ein Forum entstehen. Bei Interesse für einen Eintrag oder für entsprechende Hinweise bedankt sich der Vorstand.

Die bereits angesprochene Verwebung von Berufspolitik, Kultur und Kunst wurde kulinarisch im Foyer untersetzt. Anschließend ermöglichte das Hygiene-Museum Dresden den individuellen Besuch der Ausstellung sowie der Sonderausstellung „Kraftwerk Religion“, die von unserer Seite nur empfohlen werden kann. Der Besucher erhält hier einen vielschichtigen und multimedialen Einblick in die Welt der Religionen. Es finden sich über 300 kulturhistorische Objekte, Kunstwerke und religiöse Objekte. Wäre das Studium generale im Rahmen unserer eigenen Fortbildungsbemühungen zertifizierbar – diese Ausstellung hätte die höchste Punktzahl verdient. Wir hoffen, Sie mit diesen Zeilen zu einem Besuch ermuntert zu haben. Die Sonderausstellung wird im Dresdner Hygiene-Museum noch bis zum 5. Juni 2011 zu sehen sein. Im März findet eine begleitende Veranstaltungsreihe in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Titel „Medizin & Glaube“ statt.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstand Kreisärztekammer Dresden

HPV-Impfung

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision

Erweiterung der Empfehlung zur Impfung gegen Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV-Impfung) auf Frauen vom 19. bis zum 26. Lebensjahr.

Die HPV-Impfung ist seit dem Jahr 2007 sowohl von der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) als auch von der Sächsischen Impfkommision (SIKO) empfohlen und somit in Sachsen öffentlich empfohlene Impfung. Die Impfeempfehlung erstreckte sich deutschlandweit bislang nur auf Mädchen vom 13. bis zum 18. Lebensjahr, d. h. für das Alter zwischen dem 12. und dem 18. Geburtstag. Durch Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen übernehmen alle gesetzlichen Krankenkassen (GKK) die Kosten.

Inzwischen liegen ausreichend Daten vor, die den Nutzen dieser Impfung auch für Frauen, die älter als 18 Jahre sind, belegen. So beschloss die SIKO auf ihrer Herbstsitzung am 5. November 2010, die Empfehlung auf Frauen zwischen dem 19. und 26. Lebensjahr auszudehnen. Ab 1. Januar 2011 wird die öffentliche Impfeempfehlung in Sachsen deshalb lauten:

Standardimpfung für alle Mädchen und Frauen ab 13. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr (= ab 12. Geburtstag bis zum 26. Geburtstag).

Für Frauen nach dem 26. Geburtstag, die bisher keine Impfung gegen HPV erhalten haben, kann eine Impfung zu diesem späteren Zeitpunkt ebenfalls von Nutzen sein.

Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patientinnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen.

Begründung:

Für die Empfehlung der SIKO fanden insbesondere die Ergebnisse und Bewertungen aus mehreren klinischen Studien, die Nutzen, Wirksamkeit und Sicherheit der HPV-Impfstoffe bei mehreren Zehntausend Frauen im Alter von 16 bis 26 Jahren bzw. von 24 bis 45 Jahren untersuchten, Berücksichtigung. Im Folgenden einige Beispiele:

In der zusammenfassenden Auswertung von fünf weltweit (Europa, Nordamerika, Lateinamerika, asiatisch-pazifischer Raum) durchgeführten Studien (Paavonen et al. 2008) mit mehr als 21.400 Probandinnen zeigte sich:

- 72 % der in die Studien aufgenommenen Frauen waren negativ (Serologie und PCR) gegenüber allen vier Impfstoff-HPV-Typen (das heißt HPV-Genotypen, gegen die der Impfstoff gerichtet ist),

- nur wenige Probandinnen (0,13 %) waren positiv (Serologie und/oder PCR) in Bezug auf mehr als 2 Typen,
- nur eine (!) Teilnehmerin (= 0,004 %) erwies sich als DNA-positiv gegenüber allen 4 Typen.

Fazit: Sexuell aktive 16- bis 26-Jährige Mädchen und Frauen mit bisher bis zu vier Sexualpartnern waren gegenüber den meisten oder allen 4 Impfstoff-HPV-Typen naiv (das heißt sie waren noch nicht mit ihnen infiziert).

Zusammenfassend ließ sich konstatieren:

- Frauen, die mit keinem der HPV-Genotypen, gegen die die Impfstoffe gerichtet sind, infiziert sind, haben durch die Impfung vollständigen Schutz gegenüber diesen Typen,
- Frauen, die mit einem dieser HPV-Typen infiziert sind, erhalten durch die Impfung einen teilweisen Nutzen, nämlich Schutz vor HPV-Typen, mit denen sie nicht infiziert sind,
- auch den Frauen, die mit mehr als zwei Impfstoff-HPV-Typen infiziert sind, bringt die Impfung Nutzen, da sie Schutz bietet vor Genotypen, durch die noch keine Infektion vorliegt,
- Frauen mit Infektionen durch alle HPV-Typen, gegen die die Impfstoffe gerichtet sind, haben nur geringen Nutzen von der Impfung (allenfalls nach Eliminierung der Infektion Schutz vor Reinfektion),

- ein hoher Prozentsatz von Frauen erzielt auch nach Aufnahme sexueller Beziehungen Nutzen aus der Impfung.

Zwei weitere klinische Studien (Joura et al. 2010) mit etwa 17.600 Frauen und Mädchen von 16 bis 26 Jahren bezogen auch Frauen ein, bei denen bereits ein operativer Eingriff (Exzision) wegen einer HPV-assoziierten Erkrankung vorgenommen wurde. Der Impfschutz gegenüber Impfstoff-HPV-Typen betrug immer noch 74 % in Bezug auf cervicale intraepitheliale Neoplasie (CIN) bzw. 79 % bezüglich vulvärer (VIN) oder vaginaler intraepithelialer Neoplasie (VaIN) und Genitalwarzen. Bewertung: Auch Frauen mit vorangegangener Konisation (bei CIN) oder Behandlung von VIN, VaIN oder Genitalwarzen können von der Impfung profitieren. Der Impfstoff kann einem Rezidiv der Läsionen vorbeugen.

Olsson et al. (2009) untersuchten mehr als 18.000 Mädchen und Frauen (ebenfalls 16 bis 26 Jahre). 73 % der Probandinnen waren naiv gegenüber allen HPV-Genotypen, d. h. die Impfung kann als hochwirksam zur Prävention einer Zervix-Erkrankung durch Impfstoff-HPV-Typen betrachtet werden. Bei 15 % der Studienteilnehmerinnen war eine frühere Infektion mit einem oder mehreren HPV-Typen (seropositiv und DNA-negativ) zu diagnostizieren. Der Vergleich zwischen der Gruppe der

geimpften Probandinnen und der Placebo-Gruppe (keine Impfung) ergab, dass nach einer natürlichen HPV-Infektion produzierte Antikörper keinen vollständigen Schutz entstehen lassen. Demgegenüber bietet die Immunantwort auf die HPV-Impfung Schutz vor Reinfektion oder Reaktivierung der Erkrankung durch Impfstoff-HPV-Typen. Also: Hohe Wirksamkeit zur Vorbeugung von Erkrankungen infolge Wiederauftretens desselben HPV-Typs.

HPV-Impfstoffe können auch Schutz vor Genotypen ausbilden, die nicht zu den Impfstoff-HPV-Typen gehören. So wurde insbesondere für einen Impfstoff festgestellt, dass die Impfung wesentlich mehr Zervixläsionen verhinderte, als nach der ursächlichen Beteiligung der Impfstoff-HPV-Typen zu erwarten gewesen wäre. Grund dafür ist die nachgewiesene Kreuzprotektion (Wirksamkeit auch gegen einige Nicht-Impfstoff-Typen) im Sinne einer Prävention von Neuinfektionen und von Krebsvorstufen (Paavonen et al. 2010).

In Australien wurden bei HPV-Impfungen von Mädchen und Frauen im Alter von 12 bis 26 Jahren Impfraten von 65 bis 75 % erreicht. Die Wirksamkeit des tetravalenten Impfstoffes zeigte sich in einem Rückgang der Genitalwarzen bei Frauen unter 28 Jahren um ca. 50 % schon nach einem Jahr (Garland 2010).

Munoz et al. (2009) untersuchten in einer klinischen Studie mit ca. 3.800

Frauen im Alter von 24 bis 45 Jahren, die bisher keine Genitalwarzen oder zervikalen Erkrankungen aufwiesen, die Wirksamkeit der Impfung bezüglich einer Erkrankung oder Infektion durch Impfstoff-HPV-Typen. Sie betrug auch in dieser Altersgruppe 90 % bzw. 83 %, je nachdem, welche Genotypen in die Auswertung einbezogen wurden. Fazit: Die Impfung ist auch wirksam bei Frauen von 24 bis 45 Jahren, wenn sie zum Zeitpunkt der Impfung nicht mit den relevanten Typen infiziert sind.

Aus den dargestellten Ergebnissen ist abzuleiten, dass eine generelle Testung auf Humane Papillomaviren vor der Impfung (außer im begründeten Ausnahmefall) auch bei Frauen über 18 Jahren nicht befürwortet werden kann und auch nicht erforderlich ist. Ein positives Testergebnis wäre kein Grund, die Impfung abzulehnen.

Schlussfolgerungen:

1. Nicht jede Frau wird schon beim ersten Geschlechtsverkehr infiziert.
2. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Frau mit allen 4 Impfstoff-HPV-Typen infiziert, ist äußerst gering. Somit induziert die Impfung Schutz gegen die Typen, mit denen keine Infektion vorliegt (incl. Kreuzprotektion!).
3. Nach einer durchgemachten
 - Infektion (seropositiv / DNA-negativ) oder

■ Läsion
wird mit der Impfung besserer Schutz vor Reinfektionen bzw. Rezidiven (Reaktivierungen), hervorgerufen durch denselben HPV-Typ, erreicht (modifiziert nach Hampl 2010). Empfehlungen zur HPV-Impfung von Frauen über 18 Jahre bis 26 Jahre existieren auch in anderen europäischen und nichteuropäischen Ländern: Belgien, Frankreich (bis 23 Jahre), Griechenland, Liechtenstein, Österreich (bis 40 Jahre), Schweiz; Australien, Kanada, USA. Die „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ (Impfempfehlung E 1) werden ab 01.01.2011 entsprechend angepasst. Es sind auszutauschen:

In Tabelle 1 auf Seite 7:

Lebensalter

Ab 13. Lebensjahr
(ab vollendetem 12. Lebensjahr)

Impfung gegen

Humane Papillomaviren (HPV)
Alle Mädchen und Frauen bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

Anmerkung

Impfschema des Herstellers beachten.

In Tabelle 2 auf Seite 11:

Impfung gegen

Humane Papillomaviren (HPV)

Lebensalter

Ab 13. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

Impfstoff

Impfschema des Herstellers beachten.

Anmerkung

Alle Mädchen und Frauen.

In Tabelle 3 auf Seite 17:

Impfung gegen

S Humane Papillomaviren (HPV)

Indikation

Alle Mädchen und Frauen ab 13. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

Anmerkung

Impfschema des Herstellers beachten.

Für Frauen nach dem 26. Geburtstag, die bisher keine Impfung gegen HPV erhalten haben, kann eine Impfung zu diesem späteren Zeitpunkt ebenfalls von Nutzen sein.

Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patientinnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen.

Der Synopsis-Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Freistaat Sachsen auf Seite 4 der E 1 und die Synopsis der erforderlichen (Impf-)Immunität bei Erwachsenen – Impfkalender für Erwachsene im Frei-

staat Sachsen auf Seite 8 der E 1 werden entsprechend aktualisiert. Die novellierte Impfempfehlung E 1 wird auf den Homepages

- der Sächsischen Landesärztekammer:
www.slaek.de → Informationen → Informationen für Ärzte → Impfen
- der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen:
www.lua.sachsen.de → Humanmedizin → Impfen
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen:
www.ghuss.de → Impfen eingestellt.

Es ist noch zu betonen, dass die öffentliche Empfehlung einer Impfung bzw. die Erweiterung auf bestimmte Altersgruppen nicht automatisch die Bezahlung durch alle Krankenkassen begründet, auch wenn dies aus fachlich-medizinischer Sicht wünschenswert ist. Die Kostenübernahme in Form einer Satzungsleistung wäre zu begrüßen.

Literatur beim Verfasser

Verfasser und Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
Zschopauer Straße 87
09111 Chemnitz
Dietmar.Beier@lua.sms.sachsen.de

Rechtliche Regelungen zur Patientenverfügung – Teil I

Die rechtlichen Regelungen zur Patientenverfügung wurden mit dem Patientenverfügungsgesetz neu gefasst und sind am 01.09.2009 in Kraft getreten. Die wichtigsten Vorschriften wurden in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt und können jederzeit im Internet unter „www.gesetze-im-internet.de“ nachgelesen werden (dort unter „Titelsuche“ die Abkürzung „BGB“ eingeben). Gleichwohl soll der Wortlaut der wichtigsten Vorschriften diesem Artikel vorangestellt werden, denn die Kenntnis der neuen Regelungen ist erforderlich, um als Arzt im konkreten Fall richtig reagieren zu können. Darüber hinaus werden die erläuternden Ausführungen besser verständlich, wenn sie mit dem Gesetzestext abgeglichen werden.

§ 1901 a BGB – Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behand-

lungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901 b BGB – Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901 a zu treffende Entscheidung

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901 a Abs. 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901 a Abs. 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend

§ 1904 BGB – Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des

Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Abs. 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

Mit wem hat der Arzt zu tun?

Zunächst mit einem volljährigen Patienten, der aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten nicht mehr besorgen kann, so der Wortlaut des § 1896 BGB.

Dann hat der Arzt mit einem Betreuer zu tun, denn für den oben genannten Patienten bestellt das Betreuungsgericht auf Antrag oder von Amts wegen einen Betreuer.

Sofern der Patient einer Vertrauensperson (d.h. einem Bevollmächtigten) für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit eine Vorsor-

gevollmacht ausgestellt hat, entfällt regelmäßig das Bedürfnis zur Einsetzung eines Betreuers.

War der Patient besonders gut beraten, hat er die schriftliche Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung verknüpft. Dann nämlich hat er eine von ihm selbst ausgewählte (Vertrauens-)Person, die bevollmächtigt ist, anstelle des ansonsten notwendigen Betreuers die Patientenverfügung im Falle der Einwilligungsunfähigkeit umzusetzen.

Natürlich hat der Arzt in der Regel auch mit Angehörigen zu tun. Diese können als Bevollmächtigte eingesetzt worden sein. Das muss jedoch nicht der Fall sein, denken wir nur an den Fall, dass weder Vorsorgevollmacht noch Patientenverfügung vorliegen. Dann stellt sich für den Arzt sofort die Frage der Einleitung eines Betreuungsverfahrens mit dem Ziel der Einsetzung eines Betreuers. Das Betreuungsgericht kann, aber es muss den Ehepartner nicht als Betreuer einsetzen. Ein Irrtum wäre es jedenfalls zu glauben, der Ehegatte sei automatisch kraft Status auch ohne Vorsorgevollmacht Bevollmächtigter. Für den Arzt kann dieser Irrtum rechtlich fatale Folgen haben.

Welche Unterlagen/Papiere spielen eine Rolle?

Natürlich zuallererst die Patientenverfügung. Dabei handelt es sich um die schriftliche Willensbekundung einer einwilligungsfähigen volljährigen Person. Gegenstand ist die Einwilligung oder Nichteinwilligung in noch nicht unmittelbar bevorstehenden Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, die für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit getroffen werden. Nichts anderes ergibt sich aus der Vorschrift des § 1901 a Abs. 1 BGB. Es ist zu beachten, dass die Patientenverfügung in Schriftform vorliegen muss. Die Patientenverfügung muss also vom Aussteller eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet sein (§ 126 Abs. 1 BGB).

Die Patientenverfügung hat Bindungswirkung. Anders sieht es freilich aus, wenn diese widerrufen wurde, keine Kongruenz zu dem ärztlichen Eingriff besteht oder wenn sie Festlegungen enthält, die gesetzes- oder sittenwidrig sind.

Wichtig ist auch die Vorsorgevollmacht, im Idealfall verknüpft mit einer Patientenverfügung, wobei aus der Vorsorgevollmacht hervorgehen muss, dass diese sich (auch) auf medizinische und/oder freiheitsentziehende Maßnahmen erstrecken soll. Die Bedeutung der Vorsorgevollmacht ergibt sich insbesondere aus § 1901 a Abs. 5 BGB. Sämtliche in den Absätzen 1 bis 4 für den Betreuer geltenden Vorschriften finden Anwendung auf Bevollmächtigte, d.h. der Bevollmächtigte übernimmt hier faktisch die Aufgaben eines Betreuers. Dies gilt im übrigen auch für die Einwilligung in Untersuchungen, Heilbehandlungen etc. gemäß § 1904 BGB.

Welche Rolle spielt der Arzt?

Der behandelnde Arzt spielt eine erhebliche Rolle. Der Arzt prüft in einer ersten Stufe, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, vgl. § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB. In einer zweiten Stufe erörtert der Arzt gemäß dem Satz 2 der o. g. Vorschrift in einem dialogischen Prozess mit dem Betreuer/Bevollmächtigten und gegebenenfalls weiteren Personen die zu treffenden Maßnahmen. Dabei haben der Arzt und der Betreuer/Bevollmächtigte die zu treffenden Maßnahmen unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die gemäß § 1901 a Abs. 1 BGB zu treffende Entscheidung zu erörtern.

Die besondere Rolle des Arztes ergibt sich auch aus § 1904 Abs. 4 BGB. Die Vorschrift des § 1904 BGB stellt zunächst im Absatz 1 klar, dass in bestimmten für den Patienten gravierenden Fällen die Einwilligung durch den Betreuer oder Bevollmächtigten nicht ausreichend ist, son-

dern zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichtes (früher Vormundschaftsgericht) eingeholt werden muss, vgl. § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB. Der Satz 2 der Vorschrift stellt klar, dass die Einholung der Genehmigung – die natürlich Zeit erfordert – dann entbehrlich ist, wenn durch den damit verbundenen Aufschub Gefahr verbunden ist, d.h. wenn ohne die sofortige Durchführung der notwendigen ärztlichen Maßnahme erhebliche Gefahren verbunden sind.

Der § 1904 Abs. 2 BGB befasst sich mit der Verweigerung (Nichteinwilligung) oder dem Widerruf der Einwilligung in Untersuchungen, Heilbehandlungen etc. und verweist auch auf das Genehmigungserfordernis des Betreuungsgerichtes in den dort genannten Fällen. Im Absatz 3 werden gesetzliche Vorgaben für das Betreuungsgericht gemacht, d.h. der Richter hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die Einwilligung oder Nichteinwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

Der Arzt wird im § 1904 Abs. 4 BGB genannt. Danach sind die o.g. Genehmigungen gemäß Absätze 1 und 2 nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

Was ist, wenn keine Patientenverfügung vorliegt?

Die Bedeutung der bisher nicht erörterten Vorschrift des § 1901 a Abs. 2 und 3 BGB darf nicht unterschätzt werden. Der Absatz 2 befasst sich mit dem schwierigen Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt oder die Festlegungen der Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Dann hat der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des einwilligungsunfähigen Patienten zu entscheiden. Der mutmaßliche Wille ist also festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden.

Was ist, wenn keine Anhaltspunkte zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens vorliegen und zu ermitteln sind?

In diesen Fällen wird der Betreuer oder Bevollmächtigte als alleinige Entscheidungsgrundlage nur die ärztliche Indikation zugrunde legen können. In der Gesetzesbegründung heißt es:

„Kann ein auf die Durchführung, die Nichteinleitung oder die Beendigung einer ärztlichen Maßnahme gerichteter Wille des Betreuten auch nach Ausschöpfung aller verfügbaren Erkenntnisse nicht festgestellt werden, gebietet es das hohe Rechtsgut auf Leben, entsprechend dem Wohl des Betreuten zu entscheiden und dabei dem Schutz seines Lebens Vorrang einzuräumen“.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass dies auch für die Behandlung des so genannten Wachkomas gilt (1).

Zusammenfassung

Dieser Artikel skizziert die komplexe und vielschichtige Problematik naturgemäß nur grob. Deutlich wird, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mit dem Patientenverfügungsgesetz gestärkt wurde. Zu beachten ist allerdings auch, dass es auf die Patientenverfügung dann nicht ankommt, wenn der Patient einwilligungsfähig ist. Dann gilt allein der verbal oder auch nonverbal geäußerte Wille. Zu beachten ist auch, dass der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille jederzeit formlos widerrufen werden kann. Der Patient als Urheber der Patientenverfügung kann diese also jederzeit mündlich oder durch konkludentes Verhalten widerrufen. Erforderlich ist nur, dass die Willensänderung hinreichend deutlich zum Ausdruck kommt (2). Der Widerruf setzt allerdings die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen voraus.

Im Gesetz ist nicht geregelt, ob der Arzt die Bestellung eines Betreuers anregen muss, wenn zwar eine Patientenverfügung vorliegt, aber kein Bevollmächtigter eingesetzt wurde. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass es nicht der Anregung eines Betreuers bedarf, wenn sich der Wille des Patienten eindeutig und unmissverständlich aus einer Patientenverfügung ergibt (3).

Im Teil II dieses Artikels wird eine sehr wichtige Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 25.06.2010 zum Behandlungsabbruch vorgestellt und erläutert.

Literatur bei den Verfassern

Dr. jur. Constanze Trilsch
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Erbrecht
Dr. jur. Jürgen Trilsch
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
Erna-Berger-Straße 3, 01097 Dresden



Foto: Berthold, Dresden

Möge das Jahr 2011 für Sie ein in jeder Beziehung gutes Jahr werden.

*Wir brauchen nicht so fortzuleben,
wie wir gestern gelebt haben.
Machen wir uns von dieser
Anschauung los,
und tausend Möglichkeiten
laden uns zu neuem Leben ein.*

(Christian Morgenstern)

Der Vorstand, die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen den sächsischen Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern im Jahr 2011 Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit, Schaffenskraft, Freude am Leben, Erfolg und Zeit für sich!

Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung im Jahr 2011

Die nächste bundesweite Online-Befragung von Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten findet im Jahr 2011 im Zeitraum von April bis Juni statt.

Es handelt sich hierbei um ein gemeinsames Projekt der Bundesärztekammer mit allen Landesärztekammern, das von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich wissenschaftlich begleitet wird.

Ziel der Evaluation ist es, Stärken und Schwächen des ärztlichen Weiterbildungssystems aufzuzeigen. Darüber hinaus ermöglicht die Befragung es, einzelne Weiterbildungsstätten zu beurteilen, Weiterbildungsstätten auf Landes- und Bundesebene miteinander zu vergleichen sowie Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung insbesondere während der Facharztweiterbildung darzustellen. Im Ergebnis sollen Potenziale für die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung beleuchtet und damit auch dem Ärztemangel entgegengewirkt werden.

Der Online-Fragebogen erstreckt sich auf acht Fragenkomplexe: Globalbeurteilung, Vermittlung von Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Kultur zur Fehlervermeidung, Entscheidungskultur, Betriebskultur sowie Anwendung evidenzbasierter Medizin. Die Bewertung erfolgt überwiegend im Schulnotensystem auf einer Skalierung von 1 bis 6.

Die Ergebnisse werden in Form von Länderrapporten zusammengestellt, ebenso ist eine Veröffentlichung von weiterbildungsstättenbezogenen Übersichten vorgesehen.

Der Ablaufplan (Stand Oktober 2010) sieht vor, dass die Weiterbildungsbefugten für die Fachgebiete durch die Sächsische Landesärztekammer im März oder April 2011 persönlich angeschrieben werden und damit eine Teilnehmer-Nummer und einen Zugangscode erhalten.

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

Die Weiterbildungsbefugten können nunmehr an der Befragung teilnehmen und sind gebeten, im Online-Portal (Öffnung des Portals von Mitte April 2011 bis Mitte Juni 2011), die Namen der von ihnen angeleiteten Weiterzubildenden anzugeben. Hieraus wird über das Portal eine Liste generiert, die kontinuierlich von der Sächsischen Landesärztekammer abgerufen wird. Eine weitere Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer ist es, nunmehr die Weiterzubildenden anzuschreiben und ihnen den für die Beteiligung an der Befragung notwendigen individuellen Zugangs-

code mitzuteilen. Für die Weiterzubildenden ist das Portal für die Beantwortung der Fragen bis Ende Juni 2011 geöffnet. Erste Auswertungen und Berichte sind durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich für den August 2011 vorgesehen, die Länder- und Bundesrapporte sollen ab September 2011 veröffentlicht werden.

Alle Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden sind aufgerufen, an der Befragung teilzunehmen.

Fragen bitten wir, per E-Mail an die Sächsische Landesärztekammer evaluation@slaek.de zu richten. Telefonische Auskünfte werden gern unter der Telefon-Nummer 0351 8267 335 erteilt.

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 Ärztekammer (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:

■ Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Podiumsdiskussion

Referentinnen:

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer, Beauftragte der Sächsischen Landesärztekammer für Ärztinnen, Praxis, Schwarzenberg

Gisela Dericks, Personalleiterin der Oberlausitz-Kliniken gGmbH, Bautzen

Karin Thein, Abteilungsdirektorin Kundenbetreuung, apoBank Dresden

■ Das Krankenhaus als Partner auf dem Weg zum Facharzt

Referentin:

Dr. med. Eva-Maria Hehl, Rhön-Klinikum, Bad Neustadt/Saale

■ Arzt im Krankenhaus – Berufsbild mit Zukunft

Referent:

Dr. med. Peter Grampp, Ärztlicher Leiter Fachkrankenhaus Hubertusburg, Wermsdorf

■ Traumjob Hausarzt?!

Ein Hausarzt berichtet aus seinem Praxisalltag, über den Weg in die eigene Praxis und die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten.

Referent:

Dr. med. Johannes-Georg Schulz, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Dresden

■ Arbeiten als angestellter Arzt in einer Praxis

Referentin:

Swantje Steenbeck, angestellte Ärztin in einer Praxis in Leipzig

■ Der Arzt als mittelständischer Unternehmer – ein Erfahrungsbericht

Unternehmerisch tätige niedergelassene Ärzte berichten aus ihrem spannenden Alltag

Referenten:

Dipl.-Med. Peter Lorenz, Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt

Dr. med. Marc Amler, Radiologische Gemeinschaftspraxis, Dresden

■ Praxiskurs Reanimation:

Auch von Weiterbildungsassis-

tenten wird erwartet, dass sie in Notfallsituationen kompetent handeln und ein Team anleiten können. In diesem Praxiskurs werden die aktuellen Reanimationsrichtlinien vermittelt und Reanimationssituationen realistisch dargestellt. Die Kursteilnehmer erlernen leitliniengerechtes Reagieren am Übungsphantom.

Referent:

Dr. med. Ralph Kipke, Landeshauptstadt Dresden, Brand- und Katastrophenschutzamt, SGL Aus- und Fortbildung Rettungsdienst

■ Praxiskurs ärztliche Gesprächsführung,

In diesem Seminar erfahren Sie wichtige Grundlagen und Kernaussagen „guter Kommunikation“ anhand von typischen Beispielen aus der Praxis, zum Beispiel beim Überbringen schlechter Nachrichten oder beim Umgang mit „schwierigen“ Patienten.

Referentin:

PD Dr. med. Kerstin Weidner, Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus, Stellvertretende Klinikdirektorin, Leiterin der Poliklinik und CL-Dienst, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

■ Praxiskurs Ärztliche Schweigepflicht

In dieser Veranstaltung geht es um die Schweigepflicht im Berufsalltag des Arztes. Es werden praxisrelevante Fragestellungen der berufsrechtlichen und der strafrechtlich geschützten Schweigepflicht erörtert. Hierzu werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen von einem Fachanwalt für Medizinrecht erläutert. Danach stellt ein Chefarzt der Klinik Bavaria Kreischa Fälle aus der Praxis vor. Anschließend können Fragen gestellt werden.

Referenten:

Rechtsanwalt Dr. jur. Jürgen Trilsch, Fachanwalt für Medizinrecht, Dresden

Professor Dr. med. Frank Oehmichen, Facharzt für Innere Medizin, Chefarzt Klinik Bavaria Kreischa

■ Finanzierung einer Niederlassung

Betriebswirtschaftliche, juristische und banktechnische Fragestellungen für die erfolgreiche Führung der eigenen Praxis.

Referent:

Christian Weishaupt, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dresden

■ Finanzielle Grundlagen für den Berufsstart

Informationen zu zusätzlichen Leistungen des Arbeitgebers, der eigenen Grundabsicherung und Absicherung der Familie, Erfüllung eigener Zukunftswünsche. Referentinnen:

Frau Manuela Heine, Bankfachwirtin, Leiterin Schalter-Team und Studentenbetreuerin, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dresden

Frau Sindy Lubiger, Bankfachwirtin, Privatkundenberaterin, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dresden

Die Workshops und Praxiskurse stehen unter der Leitung von erfahrenen Referentinnen und 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 mit 8 Fortbildungspunkten für das Sächsische Fortbildungszertifikat bewertet.

Die Anmeldung ist weiter möglich:

Für Anmeldungen und Ihre Rückfragen stehen wir Ihnen unter der E-Mail-Adresse Arzt-in-Sachsen@slaek.de zur Verfügung.

Weitere Informationen zur Veranstaltung und den Einladungsflyer können Sie auf unserer Homepage www.slaek.de in der Rubrik „Weiterbildung“ abrufen.

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

Wahl der Kammer- versammlung 2011/2015: Anzahl der Mandatsträger

Der Landeswahlausschuss hat in seiner Sitzung vom 7. Dezember 2010 auf der Grundlage der berichtigten und von den Kreiswahlleitern bestätigten Wählerlisten gemäß § 5 Abs. 2 der Wahlordnung (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2010) folgende Verteilung der 101 Sitze für die Wahlkreise in der neu zu wählenden Kammerversammlung festgelegt:

Direktionsbezirk Chemnitz Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Chemnitz (Stadt)	7
Erzgebirgskreis	6
Mittelsachsen	5
Vogtlandkreis	5
Zwickau	7
	30

Direktionsbezirk Dresden Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Dresden (Stadt)	19
Bautzen	6
Görlitz	6
Meißen	5
Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	6
	42

Direktionsbezirk Leipzig Wahlkreise	Anzahl der Sitze
Leipzig (Stadt)	20
Leipzig (Land)	5
Nordsachsen	4
	29

Die wahlberechtigten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind aufgefordert, spätestens bis zum

15. Februar 2011

Wahlvorschläge bei den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse

(veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2010) einzureichen.

Die Vordrucke für die Wahlvorschläge können Sie bei

- dem Vorsitzenden der Kreisärztekammer,
- dem Vorsitzenden des Kreiswahlausschusses,
- der Landeswahlleiterin (Tel. 0351 8267 414, E-Mail kammerwahl2011@slaek.de) oder
- über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de, Wahl der Kammerversammlung/Kandidaten für die Wahl)

erhalten.

Ärztinnen und Ärzte, die für ein Mandat in der Kammerversammlung kandidieren wollen, erklären schriftlich und unwiderruflich ihr Einverständnis mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag.

Die Kandidatur muss mit den Unterschriften von mindestens fünf Wahlberechtigten des gleichen Wahlkreises unter dem Wahlvorschlag unterstützt werden, wobei der Wahlbewerber selbst auch unterzeichnen kann.

Die Wahlbewerber werden gebeten, sich den Wählern in einer Sonderbeilage zum „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2011, mit einem Passbild vorzustellen. Es ist daher erforderlich, dass die Wahlbewerber mit der schriftlichen Zustimmungserklärung zugleich ein aktuelles Passbild einreichen.

Der Landeswahlausschuss hat gemäß § 14 Abs. 1 der Wahlordnung den 12. April 2011 als Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechts festgesetzt.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Durch Zecken übertragene Krankheiten

Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Borreliose

2. Februar 2011

15.00 Uhr bis 18.35 Uhr

Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Programm:

Epidemiologie, Labordiagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose

Dr. med. Volker Fingerle

Neurologische Manifestationen der Lyme-Borreliose

PD Dr. med. Tobias Rupprecht

Rheumatologische und andere internistische Manifestationen der Lyme-Borreliose

Prof. Dr. med. Andreas Krause

Anaplasmen, Rickettien und Barbesien: Seltene, durch Zecken übertragene Infektionserreger

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld

FSME – Verbreitung und Impfung

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

Anmeldung erforderlich bis 14. 1. 2011 an:

Sächsische Landesärztekammer,
Referat Medizinische Sachfragen,
Frau Wittek, Schützenhöhe 16,
01099 Dresden,

Tel.: 0351 8267 335,

Fax: 0351 8267 332,

E-Mail: ausschuesse@slaek.de

Keine Teilnahmegebühren. Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 4 Fortbildungspunkten.

In eigener Sache

Ab 1. Januar 2011 gestaltet die Redaktion das Titelblatt des „Ärzteblatt Sachsen“ ohne Werbung. In dem eleganten Tiefschwarz mit gelber und sachsengrüner Farbuntersetzung wirkt das Deckblatt ohne Werbung visuell dezent. Das ansprechende äußere Erscheinungsbild des offiziellen Organs der Sächsischen Landesärztekammer bleibt unverwechselbar und sofort identifizierbar. Wir kommen damit einem langjährigen Wunsch unserer Leser nach.

Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 6. Februar 2011

11.00 Uhr – Junge Matinee

Klaviermusik

in Vorbereitung des Landeswettbewerbes „Jugend musiziert“

Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 6. März 2011

11.00 Uhr – Junge Matinee

Jazzpirin und Betarock

Junge Musiker des Heinrich-Schütz-

Konservatoriums Dresden e.V.

vertreiben den Winter

Leitung: Andreas Reuter

Ausstellungen Foyer und 4. Etage

Bernd Hahn

Konstellationen

19. Januar bis 13. März 2011

Vernissage: Donnerstag,

20. Januar 2011, 19.30 Uhr

Einführung: Gunter Ziller, Galerist,

Dresden

Claus Weidendorfer – O. T.

16. März bis 15. Mai 2011

Vernissage: Donnerstag,

17. März 2011, 19.30 Uhr

Einführung: Gunter Ziller, Galerist,

Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Katharina Günther „Werkschau“

Malerei / Fotografie

bis 30. März 2011



Sächsische Landesärztekammer und Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ auf Messe **KarriereStart 2011**

Beratungsthemen:

- Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten,
- Zulassung und Ablauf des Medizinstudiums,
- Fördermaßnahmen für Ärzte.

Sie finden uns vom 21. bis 23. Januar 2011,

Fr: 9.00 – 17.00 Uhr, Sa/So: 10.00 – 17.00 Uhr am Via Mobile Stand V21 in der Messe Dresden.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Döbeln

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 11/C001

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 11/C002
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2011

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 11/C003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2011
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Vertragsarztpraxis mit angestelltem Arzt (hälftig)

Reg.-Nr. 11/C004
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 11/D001

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte
Reg.-Nr. 11/D002

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2011

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 11/D003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2011 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. 11/L001
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft
Reg.-Nr. 11/L002

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 11/L003

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 11/L004
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 11/L005
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2011 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 Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Weißwasser
Praxisabgabe ab sofort

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Leitsymptom akuter Bauch

Befunde, Wertung und strategischer Einsatz bildgebender Verfahren

R. Klöppel¹ und R. Keitel²

¹ Klinikum Chemnitz gGmbH

² Universitätsklinikum Leipzig

Zusammenfassung

Die diagnostische Abklärung des akuten Abdomens ist eine stets aktuelle klinische Herausforderung, die den Arzt zu schneller therapeutischer Entscheidung nötigt. Ziel der Übersichtsarbeit ist es, alt bewährte und neue bildgebende Verfahren in ihrer innovativen Entwicklung zu werten und in Verbindung mit bekanntem Grundlagenwissen für jeden mit dem Problem befassten Arzt in ein praxistaugliches Diagnosefindungskonzept überzuleiten:

Im Ergebnis der gezielt evaluierten Leitsymptome, der Anamnese, der klinischen und verfügbaren laborchemischen Befunde wird erstens über Bildgebung überhaupt oder Endoskopie oder Diagnostikende entschieden und zweitens das geeignetste Verfahren ausgewählt. Je konkreter die Verdachtsdiagnose formuliert werden kann, umso zielgerichteter und sparsamer sind bildgebende Verfahren einsetzbar. Die CT gewinnt zunehmend an Bedeutung und ist von unverzichtbarem Wert für klinisch unklare Fälle, wie zum Beispiel mesenteriale Durchblutungsstörungen, Aneurysmata und Traumata. Bei fast 90 Prozent liegt der Aufklärungserfolg. Mit Hilfe des praktikablen Algorithmus nach SWART lassen sich Diagnosen ermitteln, Differentialdiagnosen eingrenzen und auch bestimmte Diagnosen sicher ausschließen. Der diagnostische Erfolg und folglich auch der therapeutische liegen ganz wesentlich begründet in vertrauensvoller interdisziplinärer Zusammenarbeit.

1. Einleitung und klinische Aspekte

Das akute Abdomen ist ein Symptomenkomplex, dessen ursächliche

Diagnosestellung und Therapie dringlich notwendig ist. Es müssen ganz besonders die Fälle herausgefunden werden, denen nur mit einem sofortigen operativen Eingriff wirksam geholfen werden kann.

Leitsymptome sind akuter Bauchschmerz, Motilitätsstörung und Schocksymptome:

– Je heftiger der Bauchschmerz beginnt, umso schneller erfolgt die Vorstellung beim Arzt. Ein Schmerz mit anfangs mäßiger und im Verlaufe etwas zunehmender Intensität verleitet den Patienten nicht selten zum Versuch einer nahezu immer frustrierten Selbstbehandlung und verzögert damit eine kausale Therapie. Komplikationen verschlimmern danach den gesamten Verlauf der Krankheit.

Es ist zwischen dem viszeralen-vegetativen und dem somatischen Schmerz zu unterscheiden. Der meist zu Anfang bestehende viszerale Schmerz ist dumpf, unangenehm bis quälend und schlecht lokalisierbar. Der Erkrankte empfindet oft eine Erleichterung bei Bewegung, folglich hält er keine Ruhe. In diesem Stadium fehlt bei entzündlichen Erkrankungen die reflektorische muskuläre Abwehrspannung der Bauchdecke. Damit ist klinisch kaum eine Organzuordnung möglich. Der folgende somatische Schmerz ist brennend, scharf und schneidend. Er tritt bei Übergreifen eines entzündlichen Prozesses vom erkrankten Organ auf das parietale Blatt des Peritoneums auf. Er ist gut lokalisierbar sowohl subjektiv durch den Patienten als auch provozierbar durch die tastende Hand des Arztes. Er verstärkt sich bei Bewegungen, was beim Erkrankten zu einer oft typischen Schonhaltung führen kann.

– Die Motilitätsstörung im Bereich des Magen-Darm-Traktes tritt auf als Hypoperistaltik bis zur kompletten Paralyse (Totenstille) oder als Hyperperistaltik (klingende Darmgeräusche). Weitere klinische Zeichen sind Übelkeit und Erbrechen sowie Stuhl- und Windverhaltung, klinisch Ileus.

– Zeichen sowohl eines septischen als auch hämorrhagischen Schocks weisen auf eine unmittelbare vitale Bedrohung hin. Sie sind zu Beginn

eines akuten Abdomens oft noch nicht vorhanden oder relativ blande. Diese Situation kann sich innerhalb kürzester Zeit grundlegend ändern und damit die Prognose des zugrunde liegenden Krankheitsbildes drastisch verschlechtern. Es ist wichtig, den Patienten vor dem Auftreten von Schockzeichen behandelt zu haben.

Das Ursachenspektrum ist breit gefächert. Es bezieht Erkrankungen von Organen der Bauchhöhle, des retroperitonealen Raumes und der Bauchwand ein. Es gilt besonders zu beachten, dass akute Herz-, Lungen- und Gefäßerkrankungen sowie Stoffwechsel- und Elektrolytentgleisungen ein akutes Abdomen vortäuschen können.

Die Diagnostik ist meist von Zeitnot diktiert. Sie umfasst ein breites Spektrum von Maßnahmen, die folgerichtig abzuarbeiten sind und an deren Ende eine sichere Diagnose mit Behandlungsstrategie stehen muss.

Zur **Diagnostik** gehören Anamnese, klinische Untersuchung, Laboruntersuchung, gegebenenfalls endoskopische und bildgebende Verfahren unter Umständen mit Therapieoption:

– Die **Anamnese** sollte so ausführlich wie möglich erhoben werden. Nachdrücklich zu erfragen sind Schmerzqualität, bisheriger Schmerz, Verlauf und Lokalisation begrenzt oder diffus. Zum Beispiel spricht kontinuierlich zunehmender Schmerz für Appendizitis oder Cholezystitis, kolikartiger Schmerz für Gallensteinkolik oder mechanischen Ileus. Perforationsschmerz ist perakut bleibend. Kurzzeitige scheinbare Besserung, danach massiv zunehmender Schmerz signalisiert Appendizitis. Ischämieschmerz zum Beispiel bei Mesenterialarterienverschluss beginnt perakut, bessert sich ebenfalls später kurzzeitig, mündet aber in kontinuierliche Progredienz kombiniert mit Schocksymptomen und auskultatorisch „Totenstille“ im Bauchraum.

– Die **klinische Untersuchung** hat zu beinhalten den Allgemeinzustand und Verhalten des Erkrankten (unruhig oder Schonhaltung, Verwirrtheit,

Schockzeichen, Vitalparameter), abdominellen Status (vorgewölbt oder eingezogen/Kahnbauch, Narben), den Tastbefund (Druckschmerz lokalisiert oder diffus, Punctum maximum, reflektorische Bauchdeckenspannung), Auskultation (regelrechte Peristaltik, Paralyse, Hyperperistaltik), rektale und gegebenenfalls gynäkologische Untersuchung.

– **Laboruntersuchungen** sind sehr nützlich für die Diagnostik, zum Beispiel von Entzündungen, der Pankreatitis, für die Einschätzung der Gesamtsituation des Patienten, für die Erkennung möglicher Schwangerschaft (Strahlendiagnostik besonders kritisch einsetzen!), von Defiziten im Wasser-, Elektrolyt-, Säure-Basenhaushalt und dienen gleichzeitig der Vorbereitung evtl. notwendiger Operationen.

2. Bildgebende Diagnostik

2.1. Verfahren und ihre Wertung

Die **Thoraxübersichtsaufnahme** liefert umfassende Informationen nicht nur über Herz und Lunge mit möglicher akuter Herzinsuffizienz und basalen Pneumonien als extra-abdominale Ursachen des akuten Abdomens, sondern über das gesamte Herz-Kreislaufsystem, einen Überblick über das Skelettsystem mit möglichen osteologischen Systemerkrankungen, zum Beispiel die nicht seltene renale Osteopathie und Osteoporose, aber auch über Schilddrüsenvergrößerung, Pleuraergüsse und zufällig entdeckte Raumforderungen. Sie ist mit Ausnahme junger Patienten, bei denen die vorgenannten Erkrankungen mit Sicherheit nicht vorliegen, aus Sicht der Autoren nach wie vor Pflichtbestandteil des sogenannten Ileusprogrammes. Sie dient gleichzeitig der Vorbereitung eventuell notwendiger Operationen.

Die **Abdomenübersichtsaufnahme in Rückenlage und in Linkseitenlage** bestätigt empfindlich, schnell und kostengünstig das Vorhandensein freier intra- und retroperitonealer Luft, einer Aerobilie oder von Luft in mesenterialen Gefäßen und von röntgenschattegebenden Konkrementen. Die Abdomenübersichtsauf-

nahmen helfen zuverlässig, die diagnoserelevante Blähung von Dünndarmschlingen, die von Dickdarmschlingen und die von beiden zu differenzieren. Seit Swarts Publikationen in den 70er-Jahren ist die Aufnahme im Stehen obsolet. Für den Nachweis der freien Luft gegen den homogenen Leberschatten in Linkseitenlage ist nur wichtig, dass der Patient 10 Minuten vor Anfertigung dieser Aufnahme in Linkseitenlage verbleibt, um der Luft ausreichend Zeit zum Aufsteigen zu geben. Folglich ist es sinnvoll, den Patienten bereits während des Antransportes zum Röntgen konsequent auf die linke Seite zu lagern und gleich mit dieser Aufnahme zu beginnen.

In Qualität und Aussagekraft ist der Wert der B-Bild-**Sonografie** nach wie vor extrem abhängig von der Qualifikation des Untersuchers und der eingesetzten Gerätetechnik. Freie Flüssigkeit ist praktisch immer durch jeden Untersucher zuverlässig nachweisbar. Eine zuverlässige Leber-

Galle-Pankreasdiagnostik ist Basisstandard für die Abklärung des „rechten Oberbauchkomplexes“. Mit sogenannten „High-end-Geräten“ inklusive farbcodierter Duplexsonografie sind aber auch anspruchsvolle und für die Abklärung des akuten Abdomens hoch relevante Fragen zu beantworten, wie zum Beispiel Flussverhältnisse in zunehmend kleineren, auch peripheren Gefäßen, Darmwandverdickung (Abb. 1), Darmwandoedem, zarteste Umgebungsreaktion, Widerstandsperistaltik und andere über die fachspezifischen Fragen der Gynäkologie und Pädiatrie hinaus.

Limitationen sonografischer Möglichkeiten sind nach wie vor physikalisch begründet: Adipositas mit schlechter und Luft mit fehlender Schalleitung, so auch im Falle des für akutes Abdomen typischen Meteorismus, gleichgültig ob reflektorisch, wie bei Nierensteinkoliken, oder krankheitsspezifisch, wie bei Ileus, und auch bei freier Luft.

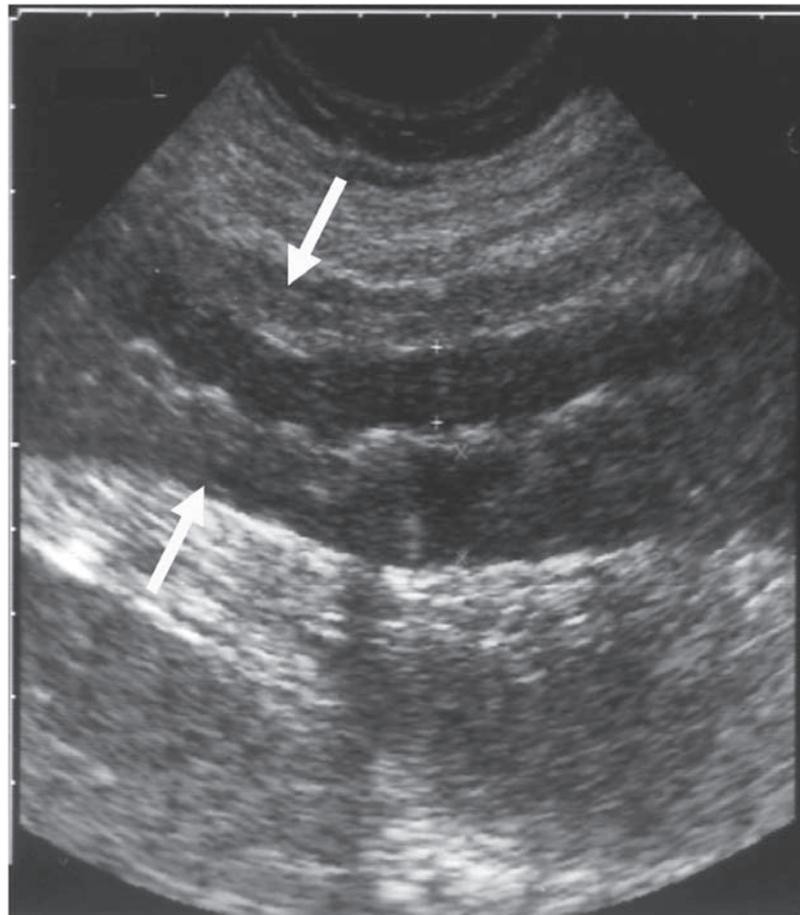


Abb. 1: 39-jähriger Patient mit unklarem akutem Abdomen und diffusem Unterbauchschmerz. Sonografisch: wandverdicktes Colon sigmoideum bei Kolitis.

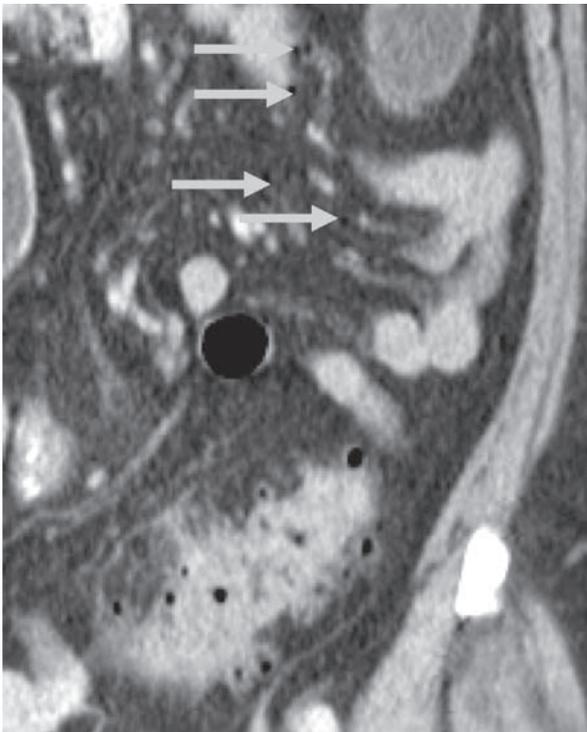


Abb. 2: 75-jährige Patientin: mehrere Tage verschlepptes akutes Abdomen, jetzt unklare klinische Befunde. CT (Ausschnittsvergrößerung einer koronaren Sekundärrekonstruktion): freie intraperitoneale Luftblasen im mesenterialen Fett (Pfeile), Divertikel des Colon sigmoideum mit Umgebungsreaktion.

Die moderne Mehrschicht-**Computertomografie** (CT) mit verbesserter räumlicher und zeitlicher Auflösung hat die diagnostische Aufklärungsrate des akuten Abdomens auf über 80 bis 90 Prozent gesteigert. Weichteile und Flüssigkeiten lassen sich

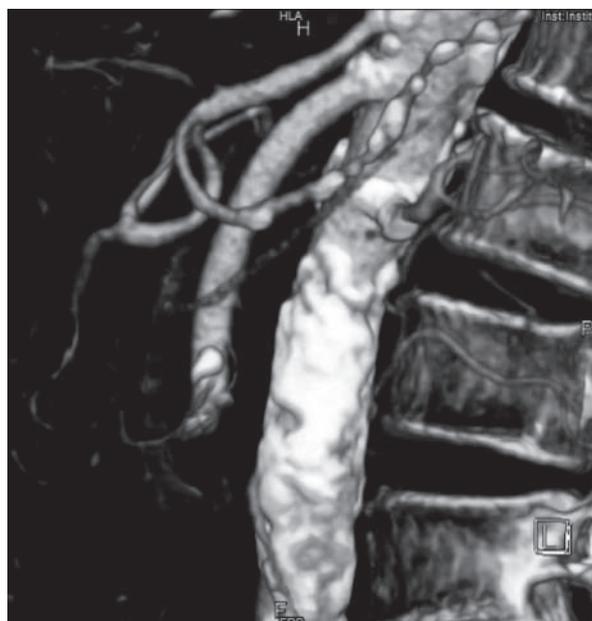


Abb. 3: 99-jähriger Patient mit akutem Abdomen, klinischer „Totenstille“ und Präschock. CT (3 D Gefäßrekonstruktion in Seitansicht): Thrombembolie der A. mesenterica sup., Gefäßabbruch 6 cm distal des Abganges aus der Aorta abdominalis.

aufgrund ihrer Dichte und Homogenität differenzieren in wässrig (serös), eiweißreich (eitrig), blutig untermischt, inhomogen knotig (tumorös durchsetzt). Die überlagerungsfreie Darstellung, Sekundärrekonstruktionen in chirurgisch gewohnten Ebenen, bei Bedarf auch 3-dimensional, dienen der exakt topografischen Zuordnung aller Strukturen und veranschaulichen komplexe Veränderungen auf wenigen Bildern. Feinste Luftbläschen im mesenterialen Fett sind – wenn der Radiologe erstens die Bilder sorgfältig nachbearbeitet, fenstert, ggf. auch vergrößert (Abb. 2) und er zweitens die Zeit zur genauen Analyse der meist 200 bis 400 Bilder eingeräumt bekommt – unzweifelhaft und weit zuverlässiger als projektionsradiografisch erkennbar. Für die Gefäßdiagnostik, arteriell wie venös, ist die zeitlich auf die Kreislaufzeit individuell abgestimmte Kontrastierung notwendig und dann auch suffizient aussagekräftig. Das empfohlene Routineuntersuchungsprotokoll „akutes Abdomen“ beinhaltet 2 Kontrastierungsphasen: arteriell von Zwerchfellhöhe bis Beckenkamm und portal-venös von Zwerchfell- bis Symphysenhöhe. Zur Umgebung gut kontrastierte Gefäße ab 1 bis 2 mm Durchmesser, mesenteriale Zeichnung, Darmwanddicke, -oedem, -blähung, Konglomeratbildung, Kontrastmittelaufnahme und -verteilung sowie kompakte Raumforderungen ab 5 mm Größe inkl. Lymphknoten sind erkennbar. Nicht erkennbar sind Darmperistaltik und intestinale Kontrastmitteldynamik. Nieren- und Uretersteine, eingebrachte Fremdmaterialien und auch nicht metallische Fremdkörper sind häufig direkt oder als Raumforderung indirekt bereits nativ diagnostizierbar, bei derartigen Fragestellungen genügt diese sonst nicht durchgeführte Phase. Die Strahlenexposition ist in Relation zur Lebensbedrohung durch nicht erkannte Ursachen des akuten Abdomens kein Argument gegen die Durchführung einer Bauch-CT. Schwangerschaft, Nierenfunktion und Schilddrüsenstatus bleiben jedoch wichtige im Vorfeld einer CT gegebenenfalls mit Kontrastmittel zu klärende Fragen zwischen Überweiser und Radio-

loge, der nach Notwendigkeit das Untersuchungsprotokoll individuell anpassen muss.

Die **digitale Subtraktionsangiografie** (DSA) kommt als invasive Methode unter diagnostischem Aspekt zwar in abnehmender Häufigkeit zum Einsatz. Sie bleibt aber weiterhin „Goldstandard“ für die Gefäßdiagnostik. Speziell Darmblutungen sind im akuten Stadium ab einem Blutverlustvolumen von 1 ml/min zuverlässig sichtbar zu machen, nicht jedoch in der ggf. schockbedingten Blutungspause. Der richtige Zeitpunkt für die Untersuchung läßt sich also für Intervallblutungen nicht vorbestimmen. Heute hat die DSA ihren Stellenwert als sekundär durchgeführtes Verfahren vor allem mit dem Ziel interventionsradiologischer Therapie, zum Beispiel Gefäßokklusion bei endoskopisch nicht erreichbarer Dünndarmblutung, pankreatisch bedingter Gefäßarrosion, Blutung von Milzarterienaneurysmata oder lokaler Lyse peripherer mesenterialer Gefäßverschlüsse in der Frühphase.

Trotz anhaltend schneller innovativer Weiterentwicklung hat die **Magnetresonanztomografie** (MRT) für die Abklärung des akuten Abdomens keine durchschlagende Bedeutung erlangt. Der gezielte Einsatz im Becken, insbesondere bei gynäkologischen Fragen, ist unbestritten. Bei pädiatrischen und gefäßbezogenen Fragestellungen und bei Komplikationen nach Organtransplantation gewinnt die MRT zunehmend an Bedeutung. Überwiegend sind es aber die konkret problemfokussierten Fragestellungen, die sehr spezifische Sequenzprotokolle determinieren und wiederum nur diese valide Ergebnisse liefern. Verkalkte und knöcherne Strukturen und Knochen bleiben unbefriedigend diagnostizierbar.

„**Konventionelle**“ **Magen-Darm-Passagen** nach oraler Applikation von verdünntem jodhaltigem Kontrastmittel bleiben für die Stenosedagnostik eines Ileus fast immer ohne Informationsgewinn. Das Jod-Kontrastmittel ist im Vergleich zum

hier absolut kontraindizierten Bariumhygroskopisch wirksam und wird resorbiert. Folglich verdünnt es sich diagnostisch irrelevant, bewirkt Spiegel im Darm, verfälscht damit die Nativdiagnostik und kann gefährlich werden, wenn es dem Organismus auch noch Wasser entzieht. Der Zeitverzug infolge ungeeigneter Maßnahmen darf nicht unterschätzt werden.

2.2. Strategischer Einsatz der bildgebenden Verfahren

Anamnese, klinische Untersuchung und erste verfügbare Laboruntersuchungen fokussieren auf bestmögliche Evaluierung der Leitsymptome und frühzeitige Eingrenzung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten. Für den Radiologen bilden diese Informationen die Grundlage für die Indikationsstellung, die Auswahl des geeigneten bildgebenden Verfahrens und seine methodische Spezifikation mit dem Ziel der Validierung einer Verdachtsdiagnose, der Erkennung unerwarteter Ursachen des akuten Abdomens, der Diagnostik von scheinbar unwichtigen Nebendiagnosen, die aber in der konkreten Situation hoch relevant sein können, zum Beispiel Fehlbildungen, atypische Gefäßversorgung oder Truncuscoeliacus-Stenose. Ein wesentliches Ziel ist auch der sichere Ausschluss von Differentialdiagnosen.

Die Lokalisation des Problems des Patienten im Ergebnis der klinischen Untersuchung entscheidet maßgeblich über das zuerst eingesetzte bildgebende Verfahren:

In der Oberbauchdiagnostik sind eher Verfahren ohne Röntgenstrahlen indiziert, dafür vordergründig die Sonografie für die Abklärung von Leber, Galle und Pankreas sowie die Endoskopie bei Gastrointestinalblutungen.

Im Mittelbauch – nach kranial und kaudal nicht eingeschränkt – dominieren die altbewährte Projektionsradiografie in Rückenlage und Linksseitenlage und zunehmend die CT.

In Unterbauch und Becken dominieren CT, Sonografie und gegebenenfalls MRT nach gezielter klinischer und laborchemischer Befundkonstellation.

Je konkreter aus den klinischen Vorinformationen die Verdachtsdiagnose formuliert werden kann, umso sparsamer einerseits und umso fokussierter andererseits sind bildgebende Verfahren einzusetzen sinnvoll und notwendig. Während für die Bestätigung eines Perforationsverdachtes die alt bewährte Projektionsradiografie in 2 Ebenen oder für die Abklärung des rechten Oberbauchkomplexes die Sonografie völlig ausreicht, gewinnt die CT zunehmend an Bedeutung erstens in der Ursachenforschung des nach klinischem Eindruck unklar gebliebenen akuten Abdomens und zweitens in der Spezifikation von Verdachtsdiagnosen. Bei Verdacht auf mesenteriale Durch-

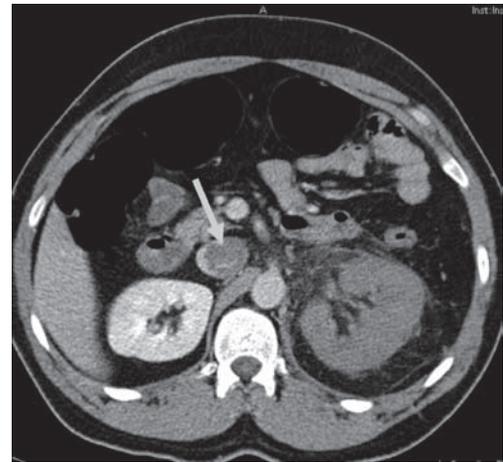


Abb. 4: 30-jähriger Patient: Klinisch: akut zunehmende Schmerzen nach Flankentrauma vor einer Woche. CT (spätkontrastiertes Axialbild): fehlendes Kontrastmittelenhancement der linken Niere, dafür Umgebungsreaktion. Diagnose: Thrombose der V. renalis sinistra bis in die V. cava inf. reichend (Pfeil).

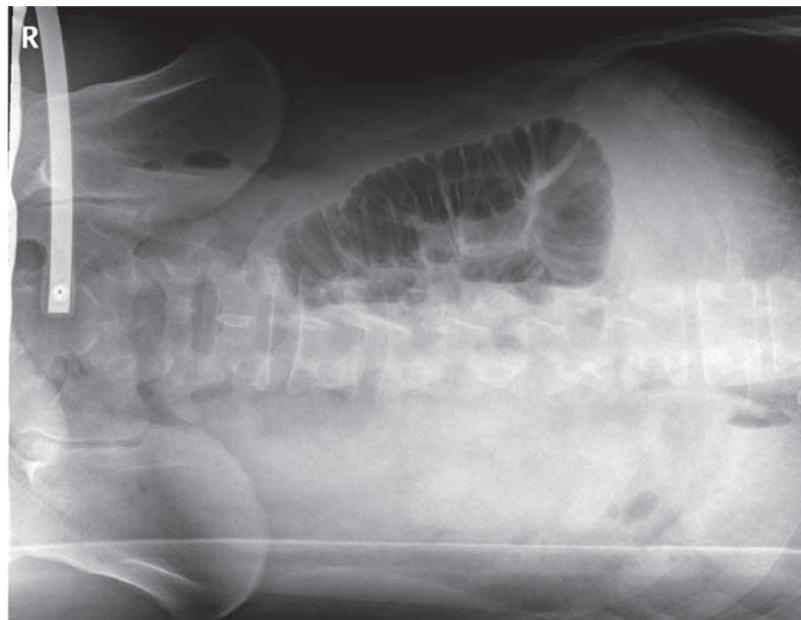
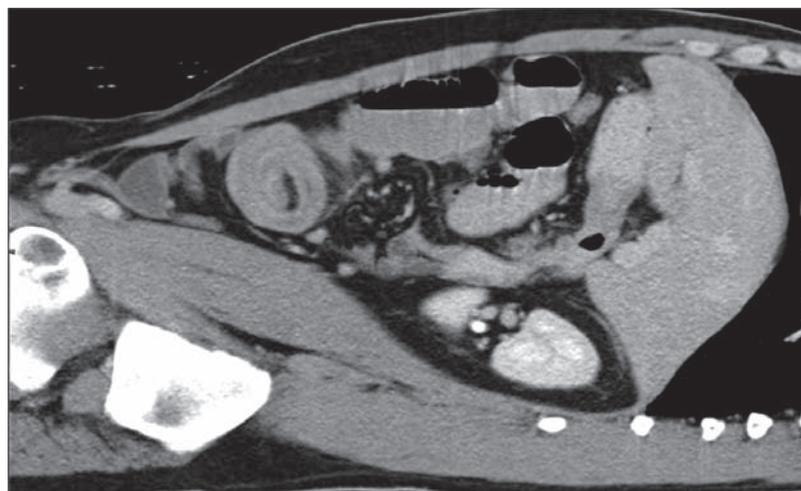


Abb. 5: 38-jähriger Patient: mechanischer Dünndarmileus.
a) Projektionsradiografie in Linksseitenlage: Dünndarmileus ohne ursächliche Spezifikation.



b) CT (frontale Sekundärrekonstruktion): Präzisierung als Volvulus mit heftiger mesenterialer Umgebungsreaktion.

blutungsstörungen, Aortendissektion, venöse Mehretagenthrombose, Abszesse und Traumata ist die CT Methode die erste Wahl (Abb. 3 und 4).

2.3. Typische Befundkonstellationen und praktische Empfehlungen

Nüchterne Bildanalyse kombiniert mit anamnestischen, klinischen und laborchemischen Daten, führt zur Diagnose. Mit Projektionsradiografie wird diese in 50 bis 70 Prozent richtungsweisend, mit CT in bis zu 90 Prozent spezifisch gefunden (Abb. 5 a/b). In Anlehnung an Swarts Schemata empfiehlt sich folgender Algorithmus:

1. Luftverteilung: in freie Luft intra- und oder retroperitoneal und in nicht freie, also intrainestinale Luft nach Lokalisation der Darmschlingenblähung in isoliert Dünndarm oder isoliert Dickdarm oder Dick- und Dünndarm,
2. Tastbefund des Abdomens: weich oder lokale Abwehrspannung, Peritonitis?,
3. Berücksichtigung von speziellen klinischen und anamnestischen Daten: Darmmotilität, Schocksymptome, Schmerzcharakter usw. wie einleitend beschrieben,
4. Analyse bildgebender Detailbefunde mit viel radiologischer Erfahrung,
5. Diagnose und Differentialdiagnosen bestmöglich präzisieren.

Chamäleon bleibt aus Autorensicht weiterhin die akute Appendizitis. So richtungsweisend die sonografisch nachgewiesene Umgebungsreaktion um den Zökumpol auch ist und so unzweifelhaft die CT eine phlegmonöse oder abszedierende Appendizitis (Abb. 6) abzubilden vermag, so verborgen kann sich aber auch die Perforation der entzündeten Appendix entwickeln. Die anatomischen Lagevarianten sind beachtlich.

Man beachte bei der Diagnosefindung, dass

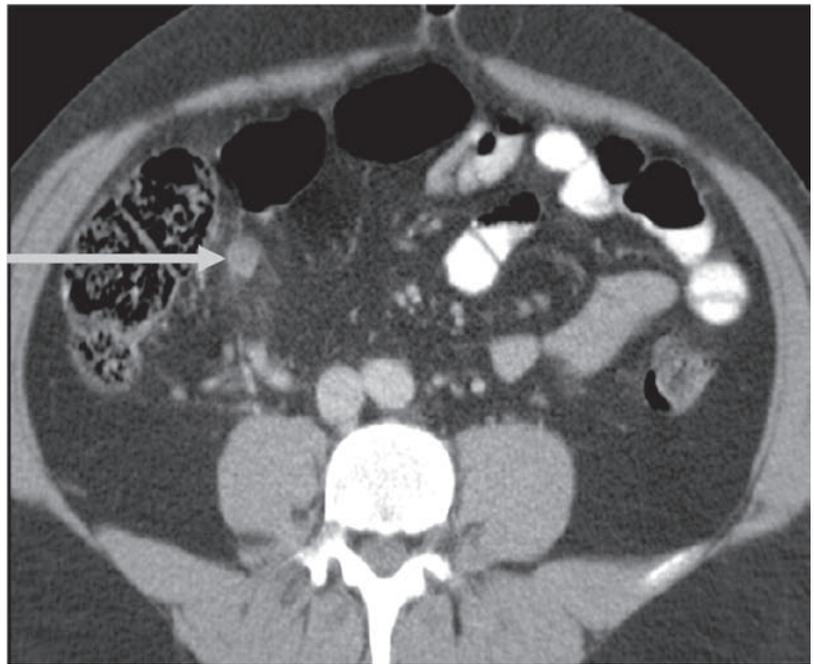


Abb. 6: 54-jähriger Patient mit Verdacht auf Appendizitis. CT (Axialbild): verdickte Appendix mit Umgebungsreaktion. Intraoperativ akute phlegmonöse Appendizitis und lokale Peritonitis.

- alle erhobenen Befunde in Zusammenschau zu werten sind,
- die Symptomatologie bei alten Menschen oft anders, eher blander ist,
- blande und extreme Befunde bildgebender Verfahren leicht übersehen werden,
- Abwehrspannung Peritonitis signalisiert, fehlende Abwehrspannung aber eine Peritonitis nicht ausschließt (Erschöpfungspause),
- kombinierte Dün- und Dickdarmlähmung häufig extraperitoneal verursacht ist, bis hin zu Elektrolytentgleisung und Schlaganfall,
- keine Zeit zu vergeuden ist, wenn die Diagnose bereits klar oder eine Operation unzweifelhaft indiziert ist.

Die oben genannte große Spanne des diagnostischen Erfolges von extrem 50 bis 90 Prozent resultiert aus der im konkreten Fall erarbeiteten oder eben nur lückenhaft gewonne-

nen Datensammlung, aus der Erfahrung der agierenden Ärzte und ihrem interdisziplinären Verständnis für das jeweils andere Fachgebiet. Rasche Dynamik der Krankheitsverläufe und Therapiezwang erfordern intensive Zuwendung zum Kranken, immer wiederkehrendes Hinterfragen der aktuellen Daten und methodische Selbstkritik. Der Erfolg liegt begründet in vertrauensvoller interdisziplinärer Zusammenarbeit auf hohem Niveau. Inhaltsträchtige Anforderungsscheine sind Voraussetzung für klinisch nützliche und detaillierte Befunde bildgebender Verfahren.

Anschrift des korrespondenzführenden

Autors:

Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel
 Institut für bildgebende Diagnostik
 Klinikum Chemnitz gGmbH
 Flemmingstr. 2
 09116 Chemnitz

Irren ist natürlich – auch für Ärzte

Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2010

Sehr geehrter, lieber Herr Kollege Sauermann, ich möchte Ihnen sehr herzlich dafür danken, dass Sie in Ihrem Editorial „Irren ist natürlich – auch für Ärzte“ das höchst schwierige Problemfeld Irrtümer und Fehler in der ärztlichen Tätigkeit oder andersherum Qualitätssicherung in der Medizin besprochen haben. Dies veranlasst mich zu einigen ergänzenden Äußerungen. Dabei sind wir wohl in völliger Übereinstimmung, dass die Folgen von Diagnose- und dann Therapiefehlern selten spektakulär-dramatisch sind, aber sie wirken sich sehr oft vielfältig nachteilig auf das Ergehen der Kranken und die Belastung der Kostenträger aus!

Ihre zutreffende Sachstandsbeschreibung führt natürlich zur Frage nach den vielschichtigen Ursachen für die leidige Situation. Da steht am Anfang die Erläuterung, inwiefern durch welche „Systemfehler“ und nicht durch fehlendes Wissen dem US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) zufolge die meisten Diagnosefehler verursacht werden!?? Es ist lehrbuchmäßig festgehalten unbestritten, dass im Rahmen der konservativen, das heißt nichtoperativen, Medizin bis zu 80 Prozent der Diagnosen durch die kenntnisreiche(!) Anamnese und die einfache, aber gründliche körperliche Untersuchung möglich sind. Gerade darin liegt meines Erachtens ein Hauptproblem, weil die ärztliche Aus- und Weiterbildung bis zu einem gewissen Grade verständlicher-, aber gleichwohl problematischerweise hauptsächlich durch die Vermittlung von Grundlagenwissen und den Umgang mit apparativen Untersuchungsverfahren bestimmt wird. Dies ist freilich entscheidend durch die meines Erachtens inhaltlich wirklichkeitsfremde – aber befremdlicherweise meines Wissens nie von kompetenter Seite wirksam(!) hinterfragte – offizielle Weiterbildungsordnung vorgegeben.

Zu diesem inhaltlichen Problem kommt sowohl für die Aus- und Wei-

terbildung wie vor allem auch hinsichtlich der fachärztlichen Fortbildung ein meines Erachtens wesentlicher methodischer Mangel: Die einer Erkenntnis von Benjamin Franklin und auch Erhebungen in jüngster Zeit zufolge einzig wirklich nachhaltig wirksamen interaktiven Workshops oder Problemfallbesprechungen kommen nach wie vor den meist üblichen „Frontalvorträgen“ oder nunmehr sogar CME-gewürdigten Zeitschriftenbeiträgen(!) gegenüber sehr viel zu kurz. Darüber hatte ich vor einigen Jahren einen sehr aufschlussreichen Gedankenaustausch mit Herrn Kollegen Otto Bach in dessen Funktion als Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Weiter- und Fortbildung („Ärzteblatt Sachsen“ 14 (2003), 367 – 369; siehe außerdem „Ärzteblatt Sachsen“ 19 (2008), 478 und „Ärzteblatt Sachsen“ 21 (2010), 387 – 400).

Freilich ist es mit der Qualitätssicherung in der Medizin wie auch sonst meist im Leben: Es ist nicht nur schlecht oder nur gut. Gut ist an den aus der Wirtschaft übernommenen, mit wohl außerordentlich großem Aufwand verbundenen Qualitätssertifizierungen im medizinischen Bereich die hauptsächlich oder ausschließlich dadurch erreichbare Verbesserung der Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe, wobei aber die Frage nach dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen aufkommt. Sie können aber meines Erachtens keine unmittelbar förderliche Auswirkung auf die Qualität der ärztlichen Leistung haben, weil sie eben nicht auf die ärztlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen und schon gar nicht auf die ärztliche „innere Haltung“ (Jürg Zutt) gerichtet sind.

Ein weiteres, Ihrerseits auch kurz an, aber nicht weiter ausgeführtes Problem ist natürlich psychologischer Art. Es betrifft den selbstkritischen Umgang mit Irrtümern und Fehlern. Unbehagen bis Angst und dadurch bedingte Abwehr in Kenntnisnahme und Zugeständnis eigener Mängel sind ja zutiefst in der menschlichen Seele verankert. Dies wird noch erheblich verstärkt durch die in unserer Gesellschaft weitverbreitete, ja sie meines Erachtens wesentlich prä-

gende, Un-Kultur der Imagepflege, wie ich dies nenne. Diese verhindert geradezu einen sachgerechten Umgang mit Fehlleistungen, indem man sich deren Eingeständnis nicht erlaubt, sondern sich und vor allem anderen glauben machen möchte, man wüsste und könnte Alles. Dabei bin ich mir bewusst, dass eben kritisches Hinterfragen unserer menschlichen Natur zufolge in der Regel nicht als dankenswert, sondern zumindest als unangenehm und lästig bis ärgerlich erlebt wird. Dies stellt aber ein erhebliches Hindernis für einen qualitätssichernden Austausch dar!

Damit sei es genug. Dies alles sind eigentlich Binsenweisheiten, aber wir finden zu selten Gelegenheit und Muße, sie uns bewusst zu machen. In der Hoffnung auf eine kurze Rückäußerung Ihrerseits, für deren Bemühung ich mich im voraus herzlich bedanke, bin ich mit den besten Wünschen für Ihr Ergehen und Wirken sowie freundlichen Grüßen

Ihr Prof. Dr. med. habil. Detlef Müller

Verehrter, lieber Herr Kollege Müller,

Ihr offener Brief zu „Irren ist natürlich – auch für Ärzte“ sollte wirklich als Impuls für weitergreifende offene Diskussion aller Kollegen und der Betroffenen selbst zur Patientensicherheit begriffen werden.

Sie sprechen mir aus dem Herzen, dass wir als Berufstand vielschichtige Ursachen kontinuierlich analysieren und dann wirkungsvoll verändern müssen.

Ärztliche Fort- und Weiterbildung: Ich möchte Ihre Gedanken gern voll unterstützen, sie aber noch durch die Prägung durch beste Vorbildwirkung schon während der studentischen Ausbildung an der Hochschule und kontinuierlich durch die Weiterbildungsmaßnahmen erweitern.

Für beide Bereiche sind Aktivitäten der Kammer im Gange. Die ärztliche Weiterbildungsordnung selbst ist eine ständige Baustelle der Deutschen Ärzteschaft. Die Verbesserung der Weiterbildung durch Auswahl und Anleitung von Weiterbildern und Einbeziehung der Weiterzubildenden ist uns kurzfristig möglich.

Die Sächsische Landesärztekammer beteiligt sich nun an einer standardisierten Analyse der Weiterbildung für jede Einrichtung.

Interaktive Workshops und Problemfallbesprechungen dezentral und zentral halten auch der Vorstand und ich persönlich für die Bildung von Fertigkeiten als ganz wesentliche Methoden. Die erweiternden Baumaßnahmen der Kammer werden auch diesem Anliegen besser gerecht. Dann gilt es die Fort- und Weiterbildungsinhalte so zu gestalten, dass auch die Gruppe aktiver jüngerer Ärzte diese Form der Fortbildung mit der gleichen Freude aufgreift, wie viele Senioren die bisherigen Fortbildungen besuchen.

Zu den Systemfehlern: Wo der Einzelne den Schwerpunkt im Vergleich zwischen Individual- und Systemfehler sieht, scheint mir wesentlich vom Blickwinkel bestimmt zu sein. Die Versicherer für ärztliche Haftung schätzen in persönlichen Gesprächen aus ihrem Datenmaterial Systemfehler als Ursache von 2/3 ihrer Leistungen. Schlichtungsstellen der Ärzteschaft gehen aus ihren Vorgängen eher von 50/50 aus. Der einzelne Arzt macht mit seinen Erfahrungen im Umgang mit seinen Patienten und den Angehörigen eher den individuellen Fehler des Kollegen verantwortlich.

Für mich ergibt sich daraus die Konsequenz, beide Fehlerfelder durch

die ärztliche Selbstverwaltung anzugehen.

Sie sprechen mir aus dem Herzen, nur Verfahren der Zertifizierung und viele Aktivitäten der Qualitätssicherung werden das Problem nicht lösen können. Das Bemühen um die Patientensicherheit wird die Ideen aller in der Selbstverwaltung Verfassten benötigen und je mehr von einer Idee überzeugt werden können und sie dann mit Freude zum Wohl ihrer Patienten aufgreifen, um so wirksamer wird der Patientenschutz werden. Ihr offener Brief und mein Editorial wären erfolgreich, wenn dieser Prozess an Fahrt gewinnt.

Ihr
Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann

Glitazone

Anfrage zu Artikel „Glitazone“ der Fachkommission Diabetes im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 11/2010, Seite 598

Sehr geehrte Damen und Herren, im oben genannten Artikel wird von der Fachkommission Diabetes eine einfache Umstellung der Medikation von Rosiglitazon auf Pioglitazon empfohlen. Bereits auf dem Hausärztertage 2010 in Oybin Anfang November 2010 wurde über Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Pioglitazon berichtet und jetzt zum 1. 4. 2011 durchgesetzt.

Ist hier eine praxisnahe Korrektur der Einschätzung zu diesen Medikamenten durch die Fachkommission erforderlich?

Ich darf höflichst um eine kurze Stellungnahme ersuchen, Studien zur Wirksamkeit der genannten Gruppe müssen nicht beigelegt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Med. Holger Hasse, Dresden

Antwort auf den Leserbrief Dipl.-Med. Holger Hasse

Der Vorstand der Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien (SGSE) hat am

24.11.2010 Hinweise zur weiteren Verordnung von Pioglitazon (Actos, Competact und Tandemact) als Einzelfallentscheidung nach Inkrafttreten (1.4.2011) des GBA-Beschlusses (vom 17.6.2010) verabschiedet (Langfassung s. <http://www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/fkds.htm>). Die Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer, der Sächsische Hausärzterverband e.V. und der Berufsverband niedergelassener Diabetologen Sachsen haben sich diesen Empfehlungen uneingeschränkt angeschlossen.

Pioglitazon ist – im Gegensatz zu Rosiglitazon – in Deutschland weiterhin ohne Einschränkung als Medikament zugelassen. Die aktuelle Situation sollte zunächst zur genauen Überprüfung von Indikation und Kontraindikationen Anlass geben. Bei Nichterfüllung und/oder Nichtdokumentation der Indikationskriterien und Vorliegen von Kontraindikationen muss Pioglitazon abgesetzt werden.

Bei Unsicherheiten oder Unklarheiten sollte immer eine Vorstellung des Patienten in einer Diabetes-Schwerpunktpraxis erfolgen.

Aus unserer Sicht stellt Pioglitazon, das in einen wesentlichen Pathomechanismus des Typ 2-Diabetes, die Insulinresistenz, eingreift, für eine ganze Reihe von Patienten ein sinn-

volles, effektives und durch Endpunktdaten untermauertes Behandlungssprinzip dar.

Empfehlungen zur Verordnung von Pioglitazon als Einzelfallentscheidung und Umstellungsempfehlungen

Hier können nur die Grundprinzipien unserer Empfehlung dargestellt werden, für die Nutzung in Praxis und Klinik muss die ausführliche Internet-Version (s.o.) herangezogen werden.

Abschnitt I: Indikationen zur Fortführung der Pioglitazontherapie (Monotherapie, orale Kombinationstherapie und Kombinationstherapie mit Insulin):

Hier geht die SGSE davon aus, dass folgende Stoffwechselkriterien den weiteren Einsatz von Pioglitazon rechtfertigen:

- vorangegangene schwere oder häufige leichte Hypoglykämien,
 - Erreichung eines leitliniengerechten Stoffwechselziels (HbA1c < 6.5 %, mind. aber <7 %) und/oder Nachweis einer signifikanten HbA1c-Verbesserung (mindestens 0.5 %) in der Vergangenheit nach Verordnung von Pioglitazon
- und
- Feststellung einer Insulinresistenz auf der Basis klinischer und paraklinischer Befunde (stammbetonte

Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, IRIS II-Score).

Zusätzlich gibt es Morbiditätskriterien, wie eine kardiovaskuläre Hochrisikosituation (insbesondere Z.n. Apoplex, KHK, paVc) oder eine eingeschränkte Nierenfunktion (eGFR <50 ml/min, lt. Fachinformation Einsatz bis zu einer Crea-Clearance von 4ml/min möglich), bei denen aufgrund dieser Tatsache andere Antidiabetika kontraindiziert sind.

Bei einer Kombinationstherapie mit Insulin (vorwiegend Patienten mit der Notwendigkeit des Einsatzes hoher Insulindosen (> 100 IE/d) vor Verordnung von Pioglitazon) sollte entweder der Nachweis einer signifikanter HbA1c-Verbesserung (mindestens > 0.5 %) in der Vergangenheit nach Verordnung von Pioglitazon unter Beibehaltung der bisherigen Insulin-

dosis oder eine gleichbleibende Stoffwechselqualität nach Verordnung von Pioglitazon bei signifikanter Reduktion der verwendeten Insulindosierung (um ca. > 20 % der Insulinausgangsdosierung) nachweisbar sein.

Abschnitt II: Indikationen zur Neueinstellung auf Pioglitazon: Hier liefern die Nichterreicherung des Therapieziels, Kontraindikationen und Nebenwirkungen anderer Antidiabetika, Hinweise für eine Insulinresistenz, ein sehr hoher Insulinbedarf und die o.g. Morbiditätskriterien Anhaltspunkte für die Entscheidung. (s. Langfassung s. <http://www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/fkds.htm>).

Abschnitt III: Hinweise zur Umstellung von Pioglitazon auf andere Therapieverfahren aufgrund des G-BA-

Beschlusses (vom 17. Juni 2010) ab 1.4.2011.

1. Liegen die oben skizzierten Einzelfallkriterien nicht vor, müssen Versicherte gesetzlicher Krankenkassen umgestellt werden. Auf Wunsch des Patienten kann natürlich eine Pioglitazon-Weiterverordnung auf Privatrezept erfolgen.
2. Detaillierte Empfehlungen finden sich im Internet <http://www.imib.med.tu-dresden.de/diabetes/fkds.htm>).

Dr. med. Jürgen Krug, Dr. med. Jörg Steindorf,
Priv.-Doz. Dr. med. Ulrike Rothe,
Prof. Dr. med. habil. Tobias Lohmann

Für die Autoren:
Dr. med. Jürgen Krug
Medizinische Klinik West
Klinikum „St.Georg“ gGmbH
Nikolai-Rumjanzew-Straße 100
04207 Leipzig

Projekt Gesunde Arbeit



Mit dem Projekt „Gesunde Arbeit“ fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) regionale Beratungsstellen für Gesundheitsmanagement in KMU. Gesunde Arbeitsbedingungen und Wettbewerbsfähigkeit sind für Arbeitgeber und Beschäftigte gleichermaßen nutzbringend. Ausfallzeiten sind kürzer, Krankheitskosten geringer – die Produktivität hingegen höher als in Betrieben mit vielen Krankheitstagen. Für Arbeitnehmer verringert sich das Risiko, wegen berufsbedingter Krankheit den Arbeitsplatz zu verlieren.

Was in der Theorie so einfach klingt, ist für viele Unternehmen einfach nicht umsetzbar. Vor allem in der Region Sachsen sehen sich Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte mit der Problematik des demografischen und wirtschaftlichen Wandels mit älter werdenden Belegschaften bei steigenden beruflichen Anforderungen

konfrontiert und benötigen Unterstützung. Auch die Arbeitsmedizin wird vor neue Anforderungen gestellt. Dies ist nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der laut BKK gravierenden Steigerungsraten für psychische Probleme relevant, die seit 2 Jahren mit 9 Prozent auf Platz 4 der Ursachen für Fehlzeiten liegen.

Aber auch die körperlich belastenden Tätigkeiten etwa in Bau- und Metallberufen führen zum Beispiel zu den höchsten Ausfallzeiten für die über 55-Jährigen. Allerdings gibt es auch unter höher qualifizierten Berufen einen Aufwärtstrend der Fehlzeiten. Derzeit ist deutschlandweit jeder achte männliche Ingenieur über 55 Jahre alt und erkrankte 2009 im Schnitt rund 18 Tage im Jahr. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr fast eine Verdopplung der Krankheitstage. Eine große Rolle spielen auch Rückenleiden: die über 55-Jährigen fallen gegenüber der Altersgruppe der 25 bis 29-Jährigen aufgrund chronischer Beschwerden mehr als dreimal so lange wegen Rückenleiden aus (BKK Pressemitteilung, 28.10.2010). Diese Daten machen deutlich, dass nicht nur präventive Ansätze, sondern auch ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsma-

nagement gefragt ist, um auch das sächsische Gesundheitsziel „Aktives Altern“ umsetzen zu können.

In den zurückliegenden drei Jahren hat das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative neue Qualität der Arbeit (inqa) geförderte Projekt „Gesunde Arbeit“ über ganz Deutschland verteilt fünf Beratungsstellen geschaffen, die kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) in eben diesen betrieblichen Gesundheitsfragen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Projektpartner der Regionalstelle Gesunde Arbeit Dresden, als einzige Regionalstelle in den neuen Bundesländern, ist die Klinik Bavaria in Kreischa. Fachlich unterstützt wurde die Dresdner Regionalstelle in Sachsen von Experten aus verschiedenen Fachbereichen, so auch durch Prof. Dr. med. habil. Scheuch als Beauftragten der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des regionalen Beirates u.a. mit Vorträgen auf Beiratssitzungen oder beim Aufbau von Netzwerken, z.B. bei Betriebsärzten.

Die Rolle der Regionalstellen ist in erster Linie die Vernetzung der vielfältigen und für Laien im Gesundheitswesen schwer zu überblicken-

den Dienstleister und deren Angebote. Kleine und mittlere Unternehmen benötigen eine kompetente, externe Anlaufstelle, die Hilfe aus einer Hand anbieten kann. Aus dieser Idee heraus wurde das Projekt „Gesunde Arbeit“ geboren. Auch in Kooperation mit dem Betriebsarzt können gemeinsam Lösungen für innerbetriebliche Problemstellungen entwickelt werden.

Seit Projektbeginn im August 2008 wurden insgesamt 141 Anfragen von 49 Unternehmen an die Regionalstelle Dresden gerichtet, die Nutzung des Angebotes „Gesunde Arbeit“ gerade durch kleine und mittlere Unternehmen kann dennoch als eher zurückhaltend bewertet werden. Somit war es eine ganz wesentliche Projektaufgabe für die Auseinandersetzung mit Fragen im Themenbereich Arbeit und Gesundheit zu sensibilisieren und sowohl zu gesetzlich vorgeschriebenen Erfordernissen als auch zu darüber hinaus gehendem Engagement zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer zu informieren. In den einzelnen Handlungsfeldern konnten folgende Einschätzungen getroffen werden:

Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS)

Im Handlungsfeld Arbeitsschutz ließ sich erkennen, dass die Unternehmen auf eine breite und kompetente Unterstützungskompetenz der Leistungsträger und anderer Akteure zurückgreifen können und die vorgegebenen gesetzlichen Anforderungen auch erfüllen bzw. bemüht sind, diese umzusetzen. Beim der dem Themenbereich Gesundheitsschutz zuzuordnenden „Vorarbeit“ der Unter-

nehmen, die Arbeitsplätze „demographiefest“ auszustatten und zu gestalten und damit anstehenden Anforderungen gerecht zu werden, war eher Zurückhaltung festzustellen. Nur wenige der kleinen und mittleren Unternehmen haben diese Notwendigkeiten bereits erkannt und in den in den Fokus ihrer zukünftigen Ausrichtung gerückt. Hier ist weitere Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit erforderlich, um dies fest in den Aktionsplänen der Unternehmen zu verankern.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Bei den Wünschen und geäußerten Bedarfen der Unternehmen im Bereich der Prävention / Gesundheitsförderung dominierten Angebote, die eine direkte Verknüpfung mit der Arbeitssituation ermöglichen. Eher unspezifische Angebote zur Gesundheitsförderung seien kaum in der Lage, alle Mitarbeiter zu erreichen und insbesondere die Mitarbeiter zu aktivieren, bei denen aus Sicht des Unternehmens ein erkennbarer Präventionsbedarf besteht.

Handlungserfordernisse werden vorwiegend in den Bereichen Vorbeugung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie bei den Psychischen Erkrankungen gesehen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM):

Die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus § 84 Abs. 2 SGB IX ist bei kleinen und mittleren Unternehmen in der Region nach wie vor weitläufig unbekannt. Es wurde jedoch festgestellt, dass gerade kleine Unternehmen ein

BEM oft quasi „intuitiv“ vorhalten, da der enge persönliche Kontakt zum Mitarbeiter auch in Phasen der Arbeitsunfähigkeit aufrechterhalten wird und auch gemeinsam nach Lösungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz gesucht wird.

Externe Betriebsärzte und -ärztinnen können hier als Berater wichtige Dienstleister sein, die umfassend in den Unternehmen Maßnahmen initiieren oder direkt umsetzen. Sie sind mit ihren umfassenden Leistungen ein wichtiger Kooperationspartner und helfen, den Anspruch von „Gesunde Arbeit“ in die Realität umzusetzen. Gleichzeitig profitieren sie von diesem Angebot, indem z.B. die Einsatzzeiten in den Unternehmen bedarfsgerecht und zielorientiert genutzt werden und der Zugang in weitere Unternehmen für die Arbeitsmedizin geebnet wird. Auch die Teilhabe von behinderten Arbeitnehmern kann so gesichert werden. Die Erfahrungen aus der Projektlaufzeit zeigen jedoch, dass die Unternehmen oft nicht an die Möglichkeit denken, einen Betriebsarzt einzuschalten bzw. sich bisher nicht um einen Kontakt bemüht haben. Das Ziel der „Gesunden Arbeit“ ist es aber, Unternehmen darin zu unterstützen, präventiv zu handeln und damit krankheits- und fehlzeitenbedingte Kosten zu vermeiden. Die Betriebsärzte spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Das Modellprojekt „Gesunde Arbeit“ war für die Regionalstelle Dresden ein voller Erfolg und soll auch ab 2011 in einem Folgeprojekt fortgesetzt werden.

Dr. Heinz-Werner Raske, Dresden
Geschäftsleitung „Gesunde Arbeit“
E-Mail: hwraske@gmail.com

Arzthaftpflicht in der Krise

3. Kölner Medizinrechtstag

Am 1. Oktober 2010 fand der 3. Kölner Medizinrechtstag zum Thema „Arzthaftpflicht in der Krise“ in der Aula der Universität zu Köln statt. Anlass geben die steigende Zahl der

geltend gemachten Ersatzansprüche gegen Ärzte und Krankenhausträger sowie bislang ungekannte Schadenssummen. Die Berufshaftpflichtversicherungen beklagen alarmierende Entwicklungen in der Schadensbilanz, Folge sind steigende Prämien für Ärzte und Kliniken. Einige Versicherer haben sich von dem Markt der Berufshaftpflicht bereits zurückgezogen, gleichzeitig mehren sich

Berichte über fehlenden Versicherungsschutz bei Heilberuflern sowie über Praxisschließungen in besonders risikointensiven Fachgebieten. Engpässe drohen, langfristig steht nicht weniger als die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf dem Spiel.

Über dreihundert Teilnehmer aus der Medizin, Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Versicherungswirtschaft

und Gesundheitsökonomie kamen zu der vom Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln veranstalteten Tagung, um die Hintergründe der Entwicklung zu analysieren und zu diskutieren, wie auch in Zukunft eine flächendeckende Patientenversorgung sichergestellt werden kann. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe erörterte die Herausforderungen für den ärztlichen Berufsstand und betonte die Notwendigkeit, von einer „Kultur der Schuldzuweisung zu einer Kultur der proaktiven Sicherheit“ zu gelangen. Die Richterin am VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes Vera von Pentz legte die neuere höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Arzthaftung dar, insbesondere zu Fragen der Beweislastverteilung, des Sachverständigenbeweises und der Aufklärung des Patienten.

Der Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und Vorsitzende der Gutachterkommission Nordrhein, Dr. Heinz-Dieter Laum, stellte die Vorzüge außergerichtlicher Streitbeilegung dar und beleuchtete aktuelle Herausforderungen an die Arbeit der

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, darunter die Forderung nach einer einheitlichen Verfahrensordnung für alle Gütestellen. Der Aufsichtsratsvorsitzende der Deutschen Ärzteversicherung, Gernot Schlösser, verdeutlichte anhand aktuellen Zahlenmaterials die Probleme der Versicherer. Er legte dar, dass der von der Berufshaftpflichtversicherung zu leistende Schadensaufwand im letzten Jahr fast doppelt so hoch war wie die Einnahmen aus den Prämien der Versicherungsnehmer. Besonders in Hochrisikofächern wie der Geburtshilfe sei die Entwicklung dramatisch. Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln, beleuchtete die Hintergründe der Entwicklung und analysierte Lösungsansätze zur Bewältigung der Problematik aus rechtswissenschaftlicher Sicht, etwa eine Haftungsbeschränkung auf bestimmte Höchstbeträge oder eine Haftungersetzung durch Versicherungsschutz im Wege einer Heilbehandlungsrisikoversicherung. Katzenmeier ging auch auf weitere Forderungen in der aktuellen

Diskussion um das Arzthaftungsrecht ein, so die Forderung nach einer Beweismaßreduktion oder nach Einführung einer probabilistischen Proportionalhaftung. Die Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Dr. Christiane Woopen wies auf die Bedeutung des ärztlichen Berufsethos hin, das als komplementäre Ordnung zum Recht die Freiheit des Arztberufes sichern, das Vertrauen des Patienten zum Arzt stärken und damit das Haftungsrecht entlasten kann.

Die Fachvorträge und Diskussionen fügten sich zu einer interessanten und anregenden Tagung. Aus dem Blickwinkel der Medizin, der Rechtswissenschaft, der Rechtspraxis, der Versicherungswirtschaft und der Medizinethik wurde die aktuelle Problemlage erörtert, es wurden Lösungswege aufgezeigt und wichtige Impulse für die weitere Entwicklung der Arzthaftungspflicht gesetzt. Die Referate erscheinen im Frühjahr 2011 in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift „Medizinrecht“.

RA und Akademischer Rat Björn Schmitz-Luhn,
Köln

EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis

S. Raby, E. Rebhandl,
A. Sönnichsen/(Hrsg.)
Deutscher Ärzte-Verlag Köln
4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2009,
inkl. 3 Monate Online-Zugang
www.ebm-guidelines.de
1596 Seiten, 179 Abbildungen und 93 Tabellen, broschiert
TSN 978-3-7691-1267-2
Preis: 99,00 EUR

Ein umfangreiches Buch, für den klinischen Alltag und die Praxis bestimmt, liegt in vierter Auflage vor, und es ist mit 45 Kapiteln nicht nur für Allgemeinmediziner und Internisten, sondern auch für gutachterlich tätige Kolleginnen und Kollegen ein willkommenes Nachschlagewerk. Es handelt sich dabei um ein Vademecum. Entsprechend dem rasanten Wissensfluss unserer Zeit wurden

auch in dieser Auflage alle Guidelines aktualisiert, wobei ein Anspruch auf absolute Vollständigkeit in einer Zeit raschen Wissenszuwachses nicht zu erheben ist. Am Ende des Buches ist ein Register zu finden. Es ist nach Begriffen mit den dazugehörigen Leitliniennummern geordnet. Die dabei fettgedruckten Nummern weisen auf umfangreichere Informationen zum gesuchten Begriff hin. Allerdings ist eine systematische Zuordnung und Abfolge der Kapitel des Buches nicht zu erkennen, wenngleich innerhalb der Kapitel neben der Diagnostik und den Therapieempfehlungen immer von einer Zielsetzung ausgegangen wird und eine Strategie des Handelns unter evidenzbasierter Bewertung folgt. Mehrfarbige Abbildungen und übersichtliche Tabellen in den einzelnen Kapiteln sowie Hinweise zu den Evidenzstufen A bis D lockern den schwarz-weiß Druck auf. Am rechten Rand der Seiten wird zusätzlich auf die Themenüberschrift des Kapitels

verwiesen. Die noch nicht abgeschlossene Numerik der Kapitel lässt schlussfolgern, dass auch künftig eine Erweiterung der Thematik zu erwarten ist. Vielleicht ließe sich das Werk in Zukunft noch um ein Kapitel zu alltäglichen sozialmedizinischen Problemen und Pflegebedürftigkeit erweitern, da auch diese Fragestellungen zum Alltag in Klinik sowie Praxis gehören und evidenzbasiert sind. Insgesamt beeindruckt das Werk durch seine vorgelegte Vielfalt an Themen, insbesondere da Hausärzte für Hausärzte den Stand des Wissens aufbereitet haben. Hier wird auf die Problemstellungen der tagtäglichen Arbeit abgestellt und die Fragen werden pragmatisch beantwortet. Mit den vorliegenden EbM-Guidelines ist ein rasches Arbeiten in der Praxis möglich. Wünschenswert wären Lesezeichen oder kleine Bänder, die beim Nachschlagen helfen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

Ehrensymposium für Prof. Dr. med. habil. Hans Haller



Prof. Dr. med. habil. Hans Haller

Am 17. Dezember 2010 feierte Prof. Hans Haller seinen 90. Geburtstag. Aus diesem Anlass fand am 18. Dezember 2010 ein Ehrensymposium in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, betonte in der Begrüßung, dass Prof. Dr. Haller nicht nur für ihn eines der großen ärztlichen Vorbilder unserer Zeit sei. „Einen solchen internistischen Generalisten wie Sie findet man heute aufgrund der stetigen Spezialisierung der Medizin nur noch selten.“, so der Präsident. Er fügte hinzu, „...dass zahlreiche Studenten- und Weiterbildungsassistentengenerationen unter Ihrer wissenschaftlichen Anleitung und prägender ärztlichen Vorbildwirkung als Hochschullehrer sehr viel gelernt haben. Mit Wissen, Erfahrung, Ausstrahlungskraft, Zielstrebigkeit und einer Portion Strenge aber auch Humor haben Sie aus unzähligen Studenten umfassend ausgebildete Ärzte gemacht.“

Die weiteren Referenten des Tages, der Studiendekan Zahnmedizin, Herr Prof. Dr. med. habil. Michael Walter, sowie Herr Prof. Dr. med. habil. Ernest Straußenberg und Herr Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld hatten die schwierige, aber ehren-

volle Aufgabe übernommen, das umfangreiche Wirken des Jubilars zu würdigen.

Der Präsident verlieh anschließend auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer Herrn Prof. Dr. Hans Haller wegen seiner hervorragenden Leistungen als Arzt und Hochschullehrer sowie insbesondere wegen seiner Verdienste um die sächsische Ärzteschaft die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“.

Laudatio

Prof. Dr. Haller wurde am 17. Dezember 1920 in Bautzen geboren. Von 1939 bis 1945 absolvierte er an den Universitäten Halle und Innsbruck das Studium der Humanmedizin. Im Jahr 1945 erhielt er die Approbation als Arzt, im gleichen Jahr promovierte er an der Universität Innsbruck mit seiner Dissertationsschrift „Der Krebs in Tirol und Vorarlberg“.

Nach seiner Pflichtassistentenzeit begann er 1948 seine Weiterbildung am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt bei Otto Rostoski, dem Begründer der ersten Diabetesambulanz Europas. Die Anerkennung zum Facharzt für Innere Krankheiten erhielt er 1952. Im selben Jahr wurde Prof. Dr. Haller zum Oberarzt an der Medizinischen Klinik und zum Leiter der Diabetikerberatungsstelle und der Stoffwechselstation ernannt.

1958 folgte der Wechsel an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Dort arbeitete er als Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin und nahm verschiedene Lehraufträge wahr. Seine Habilitation an der Medizinischen Akademie erfolgte 1961 mit dem Thema „Methodische und klinische Untersuchungen zur Papierchromatographie der Harnzucker“.

1969 wurde Prof. Dr. Haller zum Professor für Innere Medizin berufen. Gleichzeitig übernahm er das Direktorat der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Den Schwerpunkt seiner wissen-

schaftlichen Arbeit in den 60er- und 70er-Jahren bildeten Probleme des Fettstoffwechsels und der Arterio-sklerose. Die Dresdner Stoffwechselschule, durch die das „Metabolische Syndrom“ zu einem Paradigma der modernen Medizin wurde, entwickelte sich wesentlich unter seiner Leitung.

Von 1975 bis 1981 war Prof. Dr. Haller zudem Prorektor für Naturwissenschaften und medizinische Forschung der Medizinischen Akademie Dresden. Zum Leiter der Abteilung für Endokrinopathien und Stoffwechselerkrankungen wurde er 1979 ernannt. 1986 wurde Prof. Dr. Haller ehrenvoll emeritiert, was ihn jedoch nicht davon abhielt, weiterhin in verschiedenen wissenschaftlichen Gremien tätig zu sein.

Auch in die neu gegründeten Sächsischen Landesärztekammer brachte er sich mit Engagement und seinem in langjähriger Berufserfahrung erworbenen Fachwissen ein. Als Vorsitzender der Widerspruchskommission half er zehn Jahre lang, zahlreiche schwierige Verfahren abzuschließen, Wogen zu glätten und gegebenenfalls mit Autorität und Weisheit ein Machtwort zu sprechen.

Auch aus dem Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden, dessen aktives Mitglied er bis zum vorigen Jahr war, lässt sich sein Einfluss nicht wegdenken. Prof. Dr. Hallers Gespräche und Vorschläge waren stets Anregung, Diskussionsgrundlage und Bereicherung.

Mit der Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ ehrt die Sächsische Landesärztekammer Prof. Dr. Hans Haller in Würdigung seines beruflichen Engagements und seiner außerordentlichen Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung und für die sächsische Ärzteschaft.

Dresden, 18. Dezember 2010

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. habil. Günter Tilch zum 70. Geburtstag

Jubiläum und Abschied



Herr Dr. med. habil. Günter Tilch, Ärztlicher Direktor des Klinikums Obergöltzsch in Rodewisch, Chefarzt der Frauenklinik und Leiter des zertifizierten Brustzentrums Vogtland, wurde am 19.12.2010 70 Jahre alt. Dazu unseren herzlichen Glückwunsch.

Zum 31.12.2010 beendet damit auch einer der profiliertesten ärztlichen Persönlichkeiten des Klinikums und darüber hinaus seine aktive berufliche Laufbahn.

Herr Tilch gehört zu einer Ärztegeneration, die sich durch ein enorm umfangreiches Spezial- sowie hervorragendes Allgemeinwissen auszeichnet. Bei den Patientinnen genießt er eine schon fast legendäre Wertschätzung.

Im Jahr 2005 gelang ihm mit der Gründung eines zertifizierten Brustzentrums der absolute Höhepunkt seiner ärztlichen Tätigkeit. Mit über 400 Brust erhaltenden Operationen pro Jahr hat er erreicht, dass ein relativ kleines Krankenhaus eine Spitzenposition in der Brustkrebsbehandlung in den neuen Ländern einnimmt.

Herr Tilch hat damit hervorragende Voraussetzungen für die weitere Zukunft des Klinikums geschaffen und die Messlatte für die Nachfolgeneration sehr hoch gelegt.

An dieser Stelle sei gestattet, einige bedeutende Stationen seines Lebens zu nennen. Nach Abitur in Freiberg/Sa. und glänzendem Examen für Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin 1966 arbeitete er für ein Jahr als wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Charité und hat in dieser Zeit diplomiert und promoviert. Leider wurde ihm eine universitäre Laufbahn aufgrund der damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse verwehrt.

1971 wurde er Facharzt für Frauenheilkunde im Klinikum Obergöltzsch in Rodewisch. Seine Liebe zur Wis-

senschaft hat er durch viele Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Betreuung von Diplom- und Promotionsarbeiten sowie unzähligen Vorträgen beibehalten.

Trotz hoher beruflicher Belastungen habilitierte er sich über die Akademie für Ärztliche Fortbildung zu Problemen der geburtshilflichen Analgesieverfahren und ihre Auswirkungen auf das Neugeborene. Diese Leistung muss man besonders würdigen, weil zur damaligen Zeit eine Habilitation in einem Kreiskrankenhaus sehr schwierig war.

Bereits mit 38 Jahren 1978 wurde er Chefarzt, 1994 stellvertretender Vorsitzender des Südwestsächsischen Tumorzentrums und 1998 Ärztlicher Direktor. In dieser Funktion setzte er den Bau von zwei neuen Klinikgebäuden durch.

Die Patienten und das Haus werden seine Persönlichkeit sehr vermissen. Als früherer Oberarzt der Frauenklinik ist es mir eine Ehre, diesen so erfolgreichen Lebensweg formulieren zu dürfen.

Hoch verehrter Herr Chefarzt, für die spannenden und wunderschönen Jahre möchte ich Ihnen im Namen der Kollegen aus vollstem Herzen danken. Für Ihren neuen Lebensabschnitt wünschen wir Ihnen und Ihrer Familie alles erdenklich Gute.

Dr. med. Uwe Miesel, Auerbach

Rückblick Ärzteball Chemnitz

Es waren 280 Gäste anwesend, die sich wirklich gut unterhalten haben. Unter dem Motto „Die Sonne der Karibik“ wurde der Chemnitzer Ärzteball 2010 für jeden Besucher zum rauschenden Tanzvergnügen. Das Programm am 25. September 2010 war prall gefüllt mit Tanzmusik der Reinhard-Stockmann-Band, kubanischer Live-Musik, original karibischen Showeinlagen und zum Thema passenden Gourmetangeboten aus der Küche des Günnewig-Hotels „Chemnitzer Hof“.

Das renommierte Haus am Chemnitzer Opernplatz zeigte sich ohnehin wieder von seiner glanzvollsten Seite: mit opulenten exotischen Blumendekorationen, dem gediegenen Ambiente mit Sälen, Bars und Chill-out-Zonen war es die passende „Kulisse“ für die ausgelassene Festlichkeit. Passionierte Tänzer hatten übrigens die Wahl zwischen Saal oder dem Foyer, in dem die Gruppe „Night & Day“ zum Tanz aufspielte.

Vielen Dank an dieser Stelle gebührt den Helfern und Sponsoren. Der Termin für den **Ärzteball 2011** steht bereits heute fest – es ist der **24. September 2011**. Wie immer werden

Einladungen, Veröffentlichungen und Plakate rechtzeitig daran erinnern. Wer schon jetzt als Interessent vorgemerkt und persönlich daran erinnert werden möchte, kann das gern unter (strassburger.ina@web.de, Tel. 037209 3801, Fax 037209 70608) signalisieren.

Bis dahin eine gute Zeit wünscht herzlich

Dr. med. Ina Straßburger
Praktische Ärztin in Chemnitz,
Organisatorin

Unsere Jubilare im Februar 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 04.02. Dr. med. Kurenz, Ulrich
09623 Frauenstein
- 06.02. Dr. med. Gründig, Rolf
09496 Marienberg
- 07.02. Dipl.-Med. Rothe, Mechthild
01139 Dresden
- 08.02. Dipl.-Med. Sebraoui, Sabine
04821 Brandis
- 08.02. Solomon, Anna
01069 Dresden
- 09.02. Dipl.-Med. Kunze, Frank
01589 Riesa
- 10.02. Dipl.-Med. Köhler, Brigitte
01640 Coswig
- 12.02. Dipl.-Med.
Filschke, Christine
01217 Dresden
- 15.02. Dr. med. Alt, Eberhard
01558 Großenhain/
OT Weßnitz
- 17.02. Dr. med. Gentsch, Christine
04808 Wurzen
- 18.02. Dr. med. Reiß, Regina
01217 Dresden
- 23.02. Hermann, Nina
09123 Chemnitz
- 23.02. Dipl.-Med. Kehrner, Frank
09496 Marienberg
- 24.02. Dipl.-Med. Bartsch, Stephan
04316 Leipzig
- 24.02. Gansch, Tatjana
04275 Leipzig
- 25.02. Dr. med.
Kretzschmar, Katharina
08451 Crimmitschau
- 25.02. Dr. med. Zeidler, Stefanie
09247 Röhrsdorf
- 26.02. Dr. med. Kirbis, Ullrich
02826 Görlitz
- 27.02. Dipl.-Med. Platta, Ursula
02977 Hoyerswerda
- 28.02. Dr. med. Bauer, Jürgen
04827 Gerichshain
- 28.02. Dr. med. Wehr, Joseph
09599 Freiberg

65 Jahre

- 06.02. Dipl.-Med.
Recknagel, Ursula
01309 Dresden
- 11.02. Dr. med. Heim, Thilo
04275 Leipzig

- 23.02. Dr. med.
Lewandowski, Helga
02828 Görlitz
- 27.02. Dr. med.
Herrmann, Eberhard
04451 Panitzsch

70 Jahre

- 02.02. Dr. med. Oeser, Wolfgang
08066 Zwickau
- 03.02. Dr. med. Kuhfahl, Elke
01328 Dresden
- 05.02. Dr. med. Pökert, Hans-Gert
01616 Strehla
- 06.02. Janke, Ina
04289 Leipzig
- 07.02. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Gläser, Volkmar
08525 Plauen
- 07.02. Dr. med. Rudolf, Karl-Heinz
04277 Leipzig
- 08.02. Bayn, Maria
02692 Singwitz
- 08.02. Dr. med.
Bullmann, Wolfgang
02829 Neißeau
- 08.02. Fröbel, Helfriede
08060 Zwickau
- 09.02. Dr. med. Böhme, Richard
08141 Reinsdorf
- 09.02. Dr. med. Heinick, Fritz
08393 Meerane
- 09.02. Dr. med. Michel, Heidrun
08525 Plauen
- 09.02. Dr. med. Pflug, Ulrich
08064 Zwickau
- 10.02. Dr. med. Wagler, Karsten
01900 Großröhrsdorf
- 10.02. Dr. med. Wolf, Günter
01069 Dresden
- 11.02. Dr. med. Müller, Peter
01829 Stadt Wehlen
- 11.02. Dr. med. Paul, Wolf
02828 Görlitz
- 12.02. Dr. med. Fink, Martin
09544 Neuhausen
- 12.02. Dr. med. Pinkert, Rudolf
01445 Radebeul
- 12.02. Dr. med. Taubert, Frank
09122 Chemnitz
- 12.02. Dr. med. Weiß, Brita
08321 Zschorlau
- 13.02. Prof. Dr. med. habil.
Heberling, Hans-Jürgen
04416 Markkleeberg
- 14.02. Martin, Hans-Ulrich
08321 Zschorlau
- 14.02. Dr. med. Oettinger, Bernt
01454 Ullersdorf

- 15.02. Rosche, Antje-Karin
04574 Deutzen
- 15.02. Prof. Dr. med. habil.
Schwokowski, Christian
04288 Leipzig
- 16.02. Dr. med. Baron, Ursula
08228 Rodewisch
- 17.02. Zeh, Karl Peter
09212 Limbach-Oberfrohna
- 18.02. Dr. med. Heinrich, Erdmute
01662 Meißen
- 18.02. Dr. med. Schlenzig, Joachim
02692 Doberschau
- 19.02. Dr. med. Korn, Dieter
09130 Chemnitz
- 19.02. Dr. med. Treibmann, Sigmar
01259 Dresden
- 20.02. Dr. med. Baron, Waldemar
08228 Rodewisch
- 20.02. Dr. med. Thiem, Bärbel
04435 Schkeuditz
- 21.02. Dr. med. Bredel, Peter
04277 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Weigel, Klaus
08289 Schneeberg
- 23.02. Dr. med. Eisold, Werner
01458 Ottendorf-Okrilla
- 23.02. Prof. Dr. med. habil.
Franz, Rüdiger
01328 Dresden
- 23.02. Dr. med. Hirsch, Ulrike
01159 Dresden
- 23.02. Prof. Dr. med. habil.
Schmoz, Günter
01662 Meißen
- 23.02. Dr. med. Stagl, Jutta
04288 Leipzig
- 24.02. Köhler, Ruth
08228 Rodewisch
- 24.02. Dr. med. Oechel, Siegbert
01309 Dresden
- 25.02. Dr. med. Nebe, Petra
04279 Leipzig
- 28.02. Dr. med. Frenzel, Rainer
01896 Pulsnitz
- 28.02. Dr. med. Schreiber, Lucie
04349 Leipzig

75 Jahre

- 01.02. Nowitzki, Christa
04720 Döbeln
- 01.02. Dr. med. Schimmel, Klaus
04808 Wurzen
- 04.02. Dr. med. Liebig, Christoph
08499 Mylau
- 06.02. Dr. med. Heine, Annemarie
01445 Radebeul
- 08.02. Dr. med. Schneider, Hanswolf
04703 Leisnig

- 10.02. Dr. med. Berger, Günther
02827 Görlitz
- 12.02. Dr. med. Günther, Brigitta
01259 Dresden
- 13.02. Dr. med. Oeser, Joachim
08062 Zwickau
- 13.02. Szeskus, Edith
04277 Leipzig-Connewitz
- 14.02. Dr. med. Grube, Rolf
09599 Freiberg
- 16.02. Dr. med. Thiemig, Eva
02829 Markersdorf
- 17.02. Dr. med. Escher, Renate
04668 Grimma
- 17.02. Dr. med. Schmidt, Christine
08058 Zwickau
- 17.02. Thielmann, Marianne
02627 Radibor
- 18.02. Dr. med. Klinger, Helmut
02906 Niesky
- 23.02. Dr. med. Kempfer, Manfred
04107 Leipzig
- 23.02. Dr. med. Martin, Heinz
08141 Reinsdorf b. Zwickau
- 25.02. Dr. med. Adler, Dieter
01069 Dresden
- 25.02. Dr. med. Günnel, Helga
08428 Langenbernsdorf
- 25.02. Tasler, Helga
01307 Dresden
- 27.02. Dr. med.
Naupert, Wolfgang
01877 Bischofswerda
- 27.02. Dr. med. Pfeifer, Margot
04275 Leipzig
- 27.02. Dr. med. Schierz, Dietmar
01796 Pirna
- 27.02. Dr. med. Zerna, Manfred
02943 Weißwasser
- 28.02. Dr. med. Wolff, Hans-Dieter
04416 Markkleeberg
- 80 Jahre**
- 03.02. Dr. med.
Wießner, Wolfgang
04720 Ebersbach
- 04.02. Birbinschus, Valentin
08412 Werdau
- 04.02. Dr. med. Mertens, Helga
04463 Großpösna
- 05.02. Dr. med. Pfeifer, Günther
08412 Werdau
- 11.02. Prof. Dr. med. habil.
Saremba, Bodo
01326 Dresden
- 11.02. Dr. med. Schimmel, Margit
04808 Wurzen
- 13.02. Dr. med. Klauf, Irene
09120 Chemnitz
- 15.02. Dr. med. Dipl.-Psych.
Behrends, Lothar
04155 Leipzig
- 16.02. Dr. med. habil.
Kratzsch, Karl-Heinz
09131 Chemnitz
- 16.02. Dr. med. Langer, Horst
09131 Chemnitz
- 17.02. Dr. med. Horn, Ehrenfried
08289 Schneeberg
- 18.02. Prof. Dr. sc. med.
Radzuweit, Heinz
02943 Weißwasser
- 25.02. Schmieden, Edeltraut
08525 Plauen
- 81 Jahre**
- 08.02. Dr. med. Mauroschat, Luise
09120 Chemnitz
- 09.02. Dr. med. Lange, Ruth
08499 Mylau
- 18.02. Dr. med. Arnold, Peter
09456 Annaberg
- 19.02. Dr. med. Münch, Heinz
08209 Auerbach
- 22.02. Dr. med. Geikler, Helmut
04129 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Seifert, Bodo
01662 Meißen
- 25.02. Dr. med. Böhme, Hella
01277 Dresden
- 82 Jahre**
- 12.02. Dr. med. Schuster, Johannes
08261 Schöneck
- 18.02. Dr. med. Meier, Wolfgang
08485 Lengenfeld
- 23.02. Dr. med. Kissing, Wolfgang
01328 Dresden
- 26.02. Dr. med. Heinrich, Gerhard
01796 Pirna
- 28.02. Dr. med. Kinzer, Wera
09119 Chemnitz
- 28.02. Dr. med. Neumerkel, Horst
02977 Hoyerswerda
- 83 Jahre**
- 03.02. Dr. med. Eysold, Regina
01307 Dresden
- 23.02. Dr. med. Görner, Eberhard
04680 Zschadraß
- 84 Jahre**
- 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz
- 85 Jahre**
- 02.02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
- 09.02. Doz. Dr. med. habil.
Dietel, Klaus
09131 Chemnitz
- 22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau
- 28.02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig
- 86 Jahre**
- 16.02. Dr. med. Löffler, Herbert
08280 Aue
- 16.02. Dr. med. Stephan, Christine
04103 Leipzig
- 18.02. Prof. Dr. med. habil.
Crasselt, Carl
01324 Dresden
- 18.02. Dr. med.
Schmiedel, Annelies
01326 Dresden
- 19.02. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau
- 87 Jahre**
- 01.02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Gräber, Annelies
04157 Leipzig
- 18.02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig
- 88 Jahre**
- 24.02. Dr. med. Kunze, Irmgard
08258 Wernitzgrün
- 89 Jahre**
- 07.02. Dr. med. Kreihs, Werner
02708 Löbau
- 90 Jahre**
- 06.02. Prof. Dr. med. habil.
Seyfarth, Harro
04288 Leipzig
- 10.02. Dr. med.
Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
- 26.02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden
- 95 Jahre**
- 17.02. Nawka, Joachim
02627 Radibor

Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie

Albrecht Scholz, Karl Holubar, Günter Burg (eds.), Walter Burgdorf (Coed.), Harald Gollnick (Coord.ed.)

Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie/ History of German Language Dermatology
Wiley-VCH; Weinheim 2009

746 S., 25,00 Euro

ISBN 978-3-00-026784-0

Bestellung: Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Robert Koch Platz 7, 10115 Berlin

E-Mail: fg@derma.de

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, bereits Verfasser der zehn Jahre früher erschienenen „Geschichte der Dermatologie in Deutschland“, nun auch berufener Leiter der Arbeitsgemeinschaft „Geschichte der Dermatologie und Venerologie“, hatte von der „Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“ (DDG) primo loco den ehrenhaften Auftrag erhalten, anlässlich ihres 120-jährigen Bestehens seit ihrer Gründung 1889 im damals österreichisch-ungarischen Kaiserreich gelegenen Prag, ein Opus mit dem erweiterten Titel „Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie“ vorzubereiten. Mithin ein medizinhistorisches Zeitfenster weit in die Tiefe des vorletzten Jahrhunderts aufzustoßen, um darin die dermatovenerologischen Findlinge zu bergen. Er hat sich dieser herkulischen, weil so kraftraubenden Aufgabe gestellt, für gut drei Jahre alle eigenen Ressourcen mobilisiert und obendrein Krankheit getrotzt. Es darf herausgestellt werden, dass damit ein aus Sachsen stammender Mediziner als primus inter pares eines weitgefassen internationalen Herausgeber-teams die Leitung für diese Aufgabe erhalten hat.

Erstrangig handelte es sich dabei um die dermatologischen Wurzeln samt aller Fortschritte in den deutschsprachigen Kernlanden selbst, des vormaligen Deutschen Kaiserreiches, der Österreichisch-Ungarisch Kaiserlich-

Königlichen Donaumonarchie, weniger respektvoll „Kakanien“ genannt, sowie der Schweiz. Diese medizinische Leistungen wirkten natürlich dank der deutschen Amts- und Wissenschaftssprache vor allem in den ost- und südosteuropäischen Ländern fort, also den Balkanländern, dem Baltikum einschließlich Polens, wie auch Tschechiens und der Slowakei. Dazu wäre hier anzumerken, dass in der Donaumonarchie und den ihr zugehörigen Kronländern schon damals freizügiger Verkehr herrschte. Also ein aus heutiger Sicht weit vorweggenommenes „Schengener Abkommen“, um den 15 eigensprachigen Völkern die Zugehörigkeit zu einem gemeinsamen Kaiserreich zu vermitteln.

Die schließlich zu gemeinsamer Arbeit am beschriebenen Oeuvre zusammengeführten Länder sind

im umfangreichen Inhaltsverzeichnis aufgeführt, einschließlich Hinweisen zu Besonderheiten.

Wie von vielen als kulturell-zivilisatorischer Verlust ohnegleichen während der letzten Jahrzehnte zur Kenntnis genommen werden musste, sind die als Folge der beiden Weltkriege ehemals weit verbreiteten Kenntnisse der deutschen Sprache in den Nachbarländern heute fast zur Gänze geschwunden. An ihre Stelle ist, auch im Hinblick auf die sich vollziehende Globalisierung mitsamt der foudroyanten Entwicklung der Informationstechnologie, als „lingua franca“ und auch Wissenschaftssprache das Englische getreten. Herausgeber und Verlag haben sich bezüglich der sprachlichen Akzeptanz des sonst zu einem polyglotten Druckwerk missratenen, zu einer für mich erstmals vor Augen tretenden Novität entschieden. Alle Buchseiten wur-

Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie

History of German Language Dermatology

Albrecht Scholz,
Karl Holubar, and
Günter Burg (Eds.)
Walter Burgdorf (Coed.)

Harald Gollnick
(Coord. Ed.)



den zugunsten der deutschen und englischen Sprache in zwei Kolumnen gespalten und erlauben damit, deren Inhalte wahlweise oder gar auch zweisprachig zu studieren. Jedenfalls wird, praemissis praemitendis, der Interessierte das reizvolle Neue solcher Lektüre wahrnehmen und diese wohl auch der Verbreitung des Buches zugute kommen. Die „Deutsche Dermatologische Gesellschaft“ unterstützte diese Absicht nachhaltig dank einer sehr kulantem Preisbildung, gleichsam damit auch die hohe Wertschätzung des Geschichtswerkes der deutschsprachigen Dermatologie und Venerologie unterstreichend. Der Foliant, fast 750 Seiten zählend und über zwei Kilo wiegend, ist gehörig stabil eingebunden und mit gutem chamoisgetönten, den Augen freundlichem Papier ausgestattet, das den sehr zahlreichen instruktiven historischen Abbildungen ärztlicher Persönlichkeiten, Krankenhausbauten, Laboratorien und auch einiger geografischen Karten hier oder da vielleicht etwas die Kontrastierung nahm.

Die 25 Autoren beiderlei Geschlechts aus Ost- und Südosteuropa, Japan und den Vereinigten Staaten waren auch die unmittelbaren Ansprechpartner der drei Editoren. Ihre Kommunikation vollzog sich so gut wie ohne persönliche Kontakte, es sei denn akustische und verlief IT-gemäss vor allem per E-Mail. Ein gemeinsames persönliches Zusammentreffen erfolgte anlässlich der Tagung 2009 auf Einladung der DDG in Dresden. Wie nicht selten bei Druckwerken mit mehreren Autoren, wurden die zugebilligten Textvolumina oft und auch nicht unerheblich überschritten. Daraus ist dann dem Herausgeber-

kollegium eine recht unangenehme, gar peinliche Aufgabe erwachsen, die Kürzungen durchzusetzen. Gerade für Autoren der Länder, die erst wieder in der jüngeren Vergangenheit ihre staatliche Wiedergeburt erlebt hatten und natürlich historisch und politisch viel Aktuelles zu besserem Verständnis darzulegen beabsichtigt hatten, eine schmerzhaft Aktion. Das gilt vor allem für die Nachbarländer Slowakei, Kroatien, Slowenien, Bosnien-Herzegowina und Litauen, deren Darlegungen neben Polen und Ungarn im Teil III versammelt sind. Aus Länge oder auch Kürze ihrer landspezifischen Berichte ist aber auch abzulesen, wie die jahrelangen Repressalien ertragen werden mussten und welche Nöte die medizinischen Belange litten. Das gilt im Besonderen für die Regionen des früheren Jugoslawiens, die im Kriege und Gefolge ihrer Gegenwehr, später nochmals bei ihrer Neuordnung, große Opfer zu beklagen hatten, andererseits die ehemalige Tschechoslowakei als weniger vom Krieg heimgesuchtes Land sogar noch eine Bevölkerungszunahme aufzuweisen vermochte. Dem Rezensenten war es nicht möglich, bei der Fülle und Vielfalt an Dargebotenen eine dem Werk gerechte, trotzdem doch kurze Zusammenfassung zu liefern. Es ist für die Lesbarkeit des Buches sicher eine umsichtige Entscheidung gewesen, die Institutionalisierung des Fachgebietes eigenständig abzuhandeln. Die Geschichte der in der Dermatologie zusammengefassten Spezialgebiete wurde daran anschließend vorgestellt. Hier konnte nur versucht werden, die Zusammenhänge herauszustellen, die den ihm zukommenden hohen Wert ausma-

chen. Es scheinen wohl die Bezüge zwischen den landesgeschichtlichen Inhalten einerseits und deren bis in unsere Gegenwart hinein vorhandenen Verflechtungen mit gesamteuropäischen Zusammenhängen zu sein und diese in weitreichender Synopsis betrachtet. Nur in diesem üppigen Rahmen war die Möglichkeit gegeben, auch den Medizinbereich und hier speziell seine dermato-venerologischen Anteile in ihrer Internationalität darzustellen mitsamt der wegberreitenden Leistungen vieler engagierter Ärzte und Wissenschaftler, deren Namen auch heute unvergessen blieben, vornehmlich tätig in den geistigen Hochburgen der Universitäten und Forschungsstätten, besonders hervorzuheben wohl Berlin, Breslau, Wien und Hamburg. Für uns Deutsche ist es bei dem ganz in die Internationalität gestellten Opus darüber hinaus sehr bedeutungsvoll, erinnert zu haben, welcher Fluch durch die Zeit des Nationalsozialismus mitsamt des Krieges und Holocausts sich besonders in den in Rede stehenden Ländern ausbreitete. Prof. Dr. Scholz ist zu danken, an mehreren Stellen des Teils I dieser Problematik nicht ausgewichen zu sein. Auch deshalb, weil es bis heute nicht gelang, hinreichend akzeptierte historisch fundierte Antworten auf die Frage zu finden „Wie war es möglich?“, dass ein Staat Millionen Menschen einfach auszurotten befahl und mindestens einhunderttausend Männer oder noch mehr die Morde auch verübt haben mussten. Einschätzung: Sehr informatives, kaufenswertes Buch. Günstiger Förderpreis.

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose,
Dresden

Erst ein Weiser, dann ein Kind

Gedichte

Paul Rother

Verlag Stenmeier, Deiningen

ISBN 978-3-939777-47-2

Preis: 12,80 EUR

Wenn Paul Rother sein lyrisches Seziermesser ansetzt, werden Reime

freigelegt, die „weiter fliegen als Flanken“. Mit einem mal wehmütigen, mal verschmitzten Lächeln zwischen den Zeilen macht dieser Dichter „glitzernde Einsamkeiten“ ebenso zum Thema wie den Versuch, „in ein anderes Deutschland“ zu gehen.

Im Stil eines Joachim Ringelnatz bringt Paul Rother seine Beobachtungen auf den Punkt, setzt sie in geschliffene Reime und gekonntes

Versmaß, geschult an Vorbildern wie Wilhelm Busch oder Josef Guggenmos. Freche Gedichte, gewürzt mit Humor und Weisheit!

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug,
Ottendorf-Okrilla

Verstorbene Kammermitglieder

15. 6. 2010 – 15. 11. 2010

Dr. med. Ralf Bauer

Possendorf

Dr. med. Rudolf Bog

Annaberg-Buchholz

Dr. med. Richard Bormann

Zwickau

Dipl.-Med. Sabine Böttcher

Chemnitz

Dr. med. Eva Bretschneider

Dresden

Dr. med. Horst Dreyer

Dresden

Hannelore Ebschbach

Böhlen

Dr. med. Eberhard Fischer

Leipzig

Dr. med. Elke Goertchen

Görlitz-Kunnerwitz

Anna Griefenow

Leipzig

Dr. med. Maria Grube

Chemnitz

Dietrich Kurt Hahn

Riesa

Inge Hellebrand

Bautzen

Dr. med. Erika Lorenz

Pirna

Dr. med. Barbara Munde

Dresden

Dr. med. Ullrich Parisius

Torgau

Dr. med. Lilith Perina

Schkeuditz

Dr. med. Hans-Günther Rausch

Leipzig

Dr. med. Gisa Ringel

Lichtenberg

Dr. med. Dietlind Rudau

Leipzig

Dr. med. Siegfried Schalling

Großrückerswalde

Dr. med. Axel Schildbach

Kamenz

Dr. med. Christine Schirmer

Bad Elster

Dr. med. Martin Schönauer

Leipzig

Dipl.-Med. Uwe Schönemann

Leipzig

Dipl.-Med. Uta Ständer

Markkleeberg

Dr. med. Dietmar Wappler

Bautzen

Dr. med. dent. Horst Weber

Torgau

Dr. med. Horst Zacharias

Dresden

Nachruf für Dr. med. Martin Schönauer

*14.09.1968 † 12.07.2010

Am 12. Juli 2010 verstarb Dr. med. Martin Schönauer im Alter von 42 Jahren. Wir verlieren mit ihm einen Kollegen und Freund, der uns durch seine Persönlichkeit als Mensch und Arzt beeindruckte. Er war offenkundig mit vielen Talenten gesegnet und hatte die Kraft und den Fleiß, diese zu entwickeln und zu nutzen. Ausgeprägte musische Ambitionen wurden kontrastierend ergänzt durch Leistungssport – er war in seiner Jugend der bis dato jüngste Spieler in der Handballbundesliga.

Uns ist er natürlich vor allem als Arzt in Erinnerung – dabei verband er Patientenzentrierung mit steter wissenschaftlicher Neugier und großem organisatorischen Geschick.

Nach seinem Medizinstudium, das ihn auch nach Italien führte, fand Dr. Martin Schönauer in Leipzig eine neue Heimat. Nach prägenden Jahren im Herzzentrum Leipzig schloss er seine Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ab und ließ sich im Leipziger Süden nieder. Er entwickelte diese Praxis zu einer der führenden Diabetesschwerpunktpraxen in Leipzig, seine Intentionen und Aktivitäten reichten aber weit darüber hinaus. Er war mit originellen Projekten wissenschaftlich aktiv und trieb diese unermüdlich voran. Dr. Martin Schönauer gründete die Diabetes-Akademie Leipzig und entwickelte sie zu einem Zentrum diabetologischer Fortbildung für den hausärztlichen Bereich. Er war einer der Gründer des Kriseninterventionsteams Leipzig. Auch in die Berufspolitik brachte er sich engagiert ein – die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrino-

pathien hätte mit Sicherheit von den Aktivitäten des gerade gewählten Vorstandsmitglieds profitiert.

Es ist kaum zu glauben, dass er auch noch als Musiker erfolgreich war und seine Kunst mit dem Engagement als Diabetologe verband.

Mit Sicherheit war seine Familie – seine Frau und seine zwei Kinder – für ihn der Kraftquell des Lebens. Ihnen gilt unser besonderes Mitgefühl.

Wir werden Dr. Martin Schönauer als einen Menschen in Erinnerung behalten, der durch seine ganz besondere Persönlichkeit das Fachgebiet und uns mit geprägt hat.

Prof. Dr. med. habil. Tobias Lohmann,
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrike Rothe,
Dr. med. Jürgen Krug für den Vorstand der
Sächsischen Gesellschaft für Stoffwechsel-
krankheiten und Endokrinopathien

Kurfürstin Anna von Sachsen als Apothekerin

* 1532 † 1585

Anna war nicht nur die bekannteste deutsche Landesfürstin der frühen Neuzeit, sondern eine für ihre Zeit außergewöhnliche Frau.

Die dänische Prinzessin, Tochter von Christian III., König von Dänemark und Norwegen (1503 bis 1559), und Dorothea, Herzogin von Sachsen-Lauenburg (1511 bis 1571), stellt im Volksbewusstsein als „Mutter Anna“ das Idealbild der lutherischen Hausmutter und vorbildlichen Landesmutter dar, welcher das Wohlergehen der Untertanen am Herzen liegt, die Kranken und Schwachen Beistand leistet und ihren Gatten vorbildlich umsorgt. Am dänischen Hof hatte sie Gesang-, Tanz- und Religionsunterricht, lernte aber kein Latein oder andere Fremdsprachen. Die Mutter weckte in Anna frühzeitig das Interesse am Sammeln von Heilpflanzen und der Herstellung von Heilmitteln. Autodidaktisch studierte sie Botanik und Pflanzenheilkunde und erlernte am dänischen Königshof die Grundlagen des Gartenbaues und der Landwirtschaft, was für eine damalige hochgestellte Frau sehr ungewöhnlich war. In der Zeit der Renaissance und Reformation war das Studium alter Schriften wieder sehr beliebt.

Nach ihrer Verlobung mit Herzog, später Kurfürst August von Sachsen, im dänischen Kolding im März 1548 und der im Oktober des gleichen Jahres folgenden Hochzeit in Torgau residierte das junge Paar zunächst in Weißenfels, nach dem Tode von Kurfürst Moritz ab 1553 in Dresden. Annas Haushaltsführung war auch für andere deutsche Fürstenhäuser vorbildlich. Die Kurfürstin war sehr geschäftstüchtig. Ihr war eine energische Betriebsamkeit zu eigen, verbunden mit Kompetenz in Politik, Theologie und Agrarwissenschaft. Diese Fähigkeiten befähigten sie zur Leitung der 70 Gutsbetriebe des sächsischen Fürstenhofes. Dabei erwarb sie sich Verdienste im Obst-

und Weinanbau, in der Tierzucht und Bienenzucht. Vertrauen, Respekt und persönliche Nähe zu ihrem Ehemann waren Anna in ihrem Handeln wichtig. Die Aktivitäten der Landesfürstin erfolgten immer mit Vorwissen des Kurfürsten. Anna stand als starke Frau hinter dem erfolgreichen Landesvater, ähnlich wie Katharina von Bora Martin Luther den Rücken stärkte.

Die Kurfürstin gebar 15 Kinder, von denen nur drei Mädchen und der spätere Kurfürst Christian I. überlebten. Dieser verstarb schon mit 31 Jahren an den Folgen seiner Alkoholabhängigkeit.

Fürst und Fürstin wurden als pflichtbewusstes Arbeitsteam wahrgenommen. Als orthodoxe Lutheraner bekämpften beide mit einem Zug großer menschlicher Härte unversöhnlich die Anhänger Philipp Melancthons (Philippisten) und die heimlich agitierenden Calvinisten (Kryptocalvinisten).

Kurfürst August war ein handwerklich begabter Wirtschaftspolitiker mit großem Interesse für die Wissenschaften, Astronomie, Astrologie und Kunst. Er ließ 1568 bis 1573 die Augustusburg bauen und sammelte in der 1560 gegründeten Dresdener Kunstkammer ca. 100.000 Exponate an Globen, Uhren, Meteoriten, Gemälden, Instrumenten, Büchern und anderem. Die Gemäldegalerie Alte Meister, der mathematisch-physikalische Salon, die Staatlichen Museen für Mineralogie und Tierkunde, die sächsische Landes- und Universitätsbibliothek entstanden auf Initiative des Landesherren.

Die Kurfürstin Anna wusch und butterte selbst, verarztete ihren Gemahl und hatte erheblichen Einfluss auf die Staatsgeschäfte. Sie sorgte persönlich dafür, dass die Überschüsse von Butter und Käse zu guten Preisen vermarktet wurden, kümmerte sich um den Holzeinschlag, anstehende Dachreparaturen und die Umsetzung von 200 Schafen für die Hofküche. Über eine am sächsischen Hof kursierende Spottschrift über

„Gynäkokratie“ (Weiberherrschaft) geriet August in rasenden Zorn, sodass sein Kanzler Craco an der Folter starb und der philippinische Arzt Peucer im Gefängnis landete. Ein großer Teil der kurfürstlichen Einkünfte sowie die gesamte Nahrung für den kursächsischen Hof wurden in den eigenen Gutsbetrieben erwirtschaftet. Veranschaulicht ist dies etwa so, als ob ein heutiger Bundeskanzler und seine Frau einen eigenen Konzern betreiben, mit dessen Gewinn sie die Regierungsadministration unterhalten. Neben dieser umfassenden Betriebsamkeit fand Kurfürstin Anna Zeit für Medizin und Pharmazie. Sie sammelt Rezepte und Arzneien, welche sie in ihren Labors in Annaburg und Dresden teilweise selbst herstellt. In der Dresdener Hofapotheke gab sie ab 1581 Bedürftigen „ärztlichen Rat“ und versorgte sie mit Heilmitteln, sodass die Landesmutter auch als „erste Apothekerin Deutschlands“ bezeichnet wurde.

Zur Herstellung pflanzlicher Arzneien unterhielt sie in Annaburg, einer nach ihr benannten Kleinstadt nördlich von Torgau und in Dresden geräumige Laboratorien und Destillierhäuser. Die Annaburger Anlage maß „200 Schritte im Geviert“ und hatte Wall und Wassergraben. An vier großen Öfen wurde gearbeitet. Ein Augenzeuge berichtet nach dem 30-jährigen Krieg: „Im Garten ist noch eines, auch etwa von 16 Schornsteinen, welches mit Pfeilern und sehr kostbar aufgebauet gewesen, darinnen die Öfen in der Gestalt von großen Pferden in Lebensgröße gestanden, item Löwen, Affen und ein großmächtiger Adler mit vergüldeten Flügeln, darinnen eine Kapelle gewesen.“ In Dresden arbeitet ein weiteres Destillierhaus. Wir finden hier die historischen Wurzeln der Dresdener pharmazeutischen Industrie. Aus den kurfürstlichen Gärten werden in geräumigen Gewölben Ingredienzien in Form von Blüten, Blättern, Früchten, Wurzeln aufbewahrt. Sammlerinnen bringen Wildpflanzen aus den Wäldern und Auen herbei. Alle werden getrocknet, gepresst, gestoßen, mit Flüssigkeiten

erhitzt und kondensiert. Nutzlose Pflanzenteile werden durch das wichtige Destillieren von den heilenden Stoffen getrennt.

Aus den wirksamen Essenzen stellt man Salben, Heilpflaster, Sirupe her. Auch Liköre werden aufgesetzt. Der mit gestoßenem Pulver vermischte Sirup ergibt Latwerge aus Rosen, Hagebutten, Quitten, Holunderbeeren. Das große Angebot der Naturmedizin ergänzen Öle aus Muskatnuss und Königskerze, Nelken und Lavendelblütenzucker. Gegen fast alle Gebrechen hat Anna gebrannte Wässer, die „Aqua vitae“ aus Blüten, Blättern und Stängeln von Heilpflanzen. Um die Herstellung der berühmten Lebenselixiere kümmert sich die Kurfürstin persönlich. Sie selbst trinkt gern ein Schlückchen ihres Lebenswassers aus einem Gläschen im Schreibtisch. Freigiebig verschenkt Anna aus ihrem großen Lager in Annaburg den Brantwein in kleinen Glasfläschchen, besonders alljährlich zu Neujahr. Oft liefert sie die Gebrauchsanweisung gleich mit, erbitet aber als sparsame Hausfrau die kostbaren Glasbehältnisse zurück. In den Laboratorien der Kurfürstin stellt man auch „wohlriechende Handsalbe“, Seife, Zahnseife und Zahnpulver her.

Sehr beliebt sind die „Aque aromaticae“, die Duftwässer aus Veilchen, Maiglöckchen und den Blüten und Früchten der Zitrusbäume. Silberne Duftkapseln am Gürtel der vornehmen Leute sollen Krankheiten vertreiben und Epidemien vorbeugen. Es ergeht im Frühjahr an verschiedene Ämter die Order, Veilchen und Maiglöckchen „soviel sie bekommen könnten, um leidliche Bezahlung verschaffen und frisch in Handkörben verwahrt, in das Destillierhaus nach Dresden zu schicken, auch dafür zu sorgen, dass sie sonst nirgends hin verkauft würden.“ Die Kurfürstin lernte die Anwendung der Heilpflanzen aus eigener Erfahrung, übernahm aber auch bereitwillig das Wis-



Kurfürstin Anna von Sachsen
(1532 – 1585)

sen heilkundiger Leute aus dem Volk und sammelte eifrig deren Rezepturen. Aberglauben und Alchimie war sie nicht abgeneigt. Oft ließ sie sich von Dr. Paul Luther, Martin Luthers drittem Sohn, ärztlich beraten. Dr. Luther war einer der sächsischen Hofärzte und widmete sich besonders der Arzneimittelforschung und Erzkunde. Das Fürstenehepaar beauftragte den bekannten Arzt und Biologen Johannes Kentmann (1518 bis 1574) zur Schaffung des ersten sächsischen Kräuterbuches, welches 1563 erschien und auf 608 Blättern Bäume, Sträucher, Nutz- und Wildpflanzen, reichlich illustriert, darstellt.

Über allem weltlichen und magischen Wissen respektierte die sehr fromme Kurfürstin die göttliche Vorsehung als Wissenschaft des Himmels. Einen Bericht ihres Verwalters über die schlechte Heuernte 1569



Kurfürst August von Sachsen
(1526 – 1586)

kommentierte Anna: „Der allmächtige Gott werde desto reichlich und besser Graß gnediglich wachsen lassen.“

Anna kränkelt 1585 schon eine Weile. Am 1. Oktober 1585 gegen sieben Uhr abends stirbt sie, sie „sei endlich fast in sich selbst verloschen“. Kurfürstin Anna und Kurfürst August, der ein Jahr nach seiner Gattin verstorben, haben im Dom St. Marien zu Freiberg ihre Begräbnisstätte.

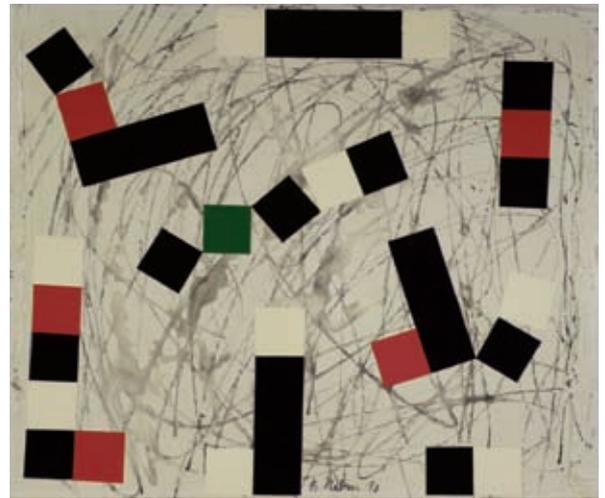
An Kurfürstin Anna erinnern heute in Dresden Namen wie Annenkirche, Annenfriedhof und Annendenkmal. Alljährlich verleiht die sächsische Staatsregierung die „Annenmedaille“ an Menschen, welche ehrenamtlich in der Familien- und Sozialarbeit besondere Verdienste erwerben.

Dr. med. Jürgen Fegge
09600 Weißenborn/ OT Berthelsdorf

Bernd Hahn – Konstellationen

Bernd Hahns (Jahrgang 1954) vielfältige bildnerische Kompositionen – Malerei, Zeichnungen, Grafiken, Collagen, Materialbilder – variieren im Grunde ein Thema: die Verhältnisse von Farbe, Linie, Fläche, Licht und Raum. Gleichwohl ist er alles andere als ein klassischer Konstruktivist, wengleich ihm Hermann Glöckners Werk gewiss gegenwärtig war und ist. Hahns Arbeiten enthalten ein starkes Element des Lyrischen und Emotionalen, auch Expressiven. Die autonomen ästhetischen Gebilde sind von einem ausgeprägten Gefühl für Strukturen und Material geprägt. Mittlerweile hat Bernd Hahn ein weiteres bildnerisches Medium für sich entdeckt: Die Fotografie. Auch damit geht er den oben beschriebenen Verhältnissen nach, entdeckt sie etwa im Stadtraum und hält sie fotografisch fest.

Der in Neustadt/Sachsen geborene, seit den 1990er-Jahren in Burgstädtel bei Dresden lebende Künstler, studierte nach einer Baufacharbeiterlehre zwischen 1975 und 1979 an der HfBK Dresden. Nach zwischenzeitlicher Tätigkeit als Friedhofsarbeiter konnte er – seit 1981 Kandidat des Verbandes Bildender Künstler – freischaffend tätig werden. Seitdem ist er kontinuierlich mit zahlreichen Ausstellungen hervorgetreten, sind Werke von ihm in viele öffentliche und private Sammlungen gelangt, darunter in Altenburg, Berlin, Bonn, Dresden, Leipzig, Mannheim, Rom und Stuttgart. Ein Studienaufenthalt in Tel Aviv (1993) sowie ein Stipendium in der Villa Massimo in Rom (1994) verschafften dem Künstler neue Impulse. Bekannt geworden ist Bernd Hahn nicht zuletzt durch sein Zusammenwirken mit Jürgen Wenzel, Anton Paul Kammerer und Andreas Küchler in der Künstlergemeinschaft und Druckwerkstatt B53.



Installation auf hellem Grund, 2010
Acryl/Leinwand, 50 x 60 cm

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer 19. Januar bis 13. März 2011, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 20. Januar, 19.30 Uhr.

5. Zwickauer Ärztelball

**12. März 2011
Konzert- und Ballhaus
„Neue Welt“, Zwickau**

Durch Urwald und Wüstensand

Das Ballhaus „Neue Welt“ wird am 12. März 2011 ganz in den Bann der Natur und Schönheit Afrikas gezogen. Zum 5. Mal veranstalten die Medizinische Gesellschaft Zwickau, die Kreisärztekammer Zwickau und die Krauß Event AG das große Jahrestreffen der Zwickauer Ärzteschaft. Nach „Feuer und Eis“ im vergangenen Jahr verspricht das Thema diesmal einen heißen Abend, und dies nicht nur wegen der musikalischen Rhythmen.

Über den ganzen Abend wird das Thema Afrika in verschiedenen Acts inszeniert werden, wobei ungewöhnliche, rätselhafte Dekorationen den Saal schmücken. Das Lichtensteiner

HELMNOT-Theater wird die Gäste in Empfang nehmen und auf die afrikanische Nacht einstimmen. Musikalisch begleitet wird der Ball wieder von der Reinhard-Stockmann-Band, die ein erlesenes Repertoire an Dinner- und Tanzmusik zusammengestellt hat. Wer dem Namen des Abends alle Ehre machen will, führt seine Gattin aufs Parkett zum Tanzen.

Deutschlands jüngster Solo-Kabarettist Erik Lehmann wird in den Tanzpausen die Lachmuskeln der Gäste mit seinem medizinisch ausgerichteten Programm: „Herr Lehmann wünscht gute Besserung“ trainieren. Neben Tanz und Unterhaltung bietet der Abend aber auch ausgesuchte Köstlichkeiten und exotische kulinarische Überraschungen am themenorientierten Buffet.

Auch 2011 wird am Ballabend wieder der „Heinrich-Braun-Förderpreis“ der Medizinischen Gesellschaft Zwickau und des Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH vergeben wer-

den. Mit dem Erlös aus der Wohltätigkeitstombola wird in diesem Jahr neben dem KiZ e.V. ein vom Zwickauer Olaf Schubert initiiertes Medizin-Schulbau-Projekt in Ost-Tibet unterstützt. Es erwartet Sie ein abwechslungsreicher Abend mit natürlich auch wieder reichlich Gelegenheit zur „außerberuflichen“ Konversation!

Dr. med. Ralf Schaub
Vorsitzender der Medizinischen Gesellschaft
Zwickau e.V.

Einlass: 18.00 Uhr
Beginn: 19.30 Uhr
Ballkarte: 85,00 € inklusive Aperitif, Galabuffet und Entertainment

Ihre Karten- und Tischreservierungen richten Sie bitte an:
Krauß Event AG,
Uhdestraße 23, 08056 Zwickau,
Tel.: 0375 88 300 000
Fax: 0375 88 300 009,
E-Mail: info@kraussevent.de,
www.kraussevent.de