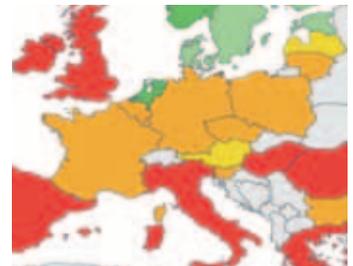


Editorial	Hygiene – ein wichtiger Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	4
Berufspolitik	Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland	5
	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland – Erste Ergebnisse	8
	Änderung der Verordnungsweise von Impfstoffen	12
	Medizin zwischen Wahn und Ethik	12
	Daten und Fakten zu Brustkrebs	24
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden	27
Gesundheitspolitik	Hygienekongress Dresden 2011	13
	Problemkeime im Krankenhaus	16
	Krankenhausbarometer 2011	20
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	21
Amtliche Bekanntmachungen	Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer	22
Hygiene aktuell	Pneumokokken-Impfung	24
Originalie	Zoomorphologische Begriffe zur Bezeichnung fazialer Spaltbildungen	28
Verschiedenes	16. Sächsisches Seniorentreffen	31
Medizingeschichte	Exlibris für Dresdner Ärzte – Teil II	32
Personalia	Verstorbene Kammermitglieder Jubilare im Februar 2012	35 36
Kunst und Kultur	Ausstellung: Thomas Hellinger	38
Einhefter	Jahresinhaltsverzeichnis 2011 Fortbildung in Sachsen – März 2012	



Hygienekongress Dresden 2011
Seite 13



Problemkeime im Krankenhaus
Seite 16



Faziale Spaltbildungen
Seite 28



Ausstellung Thomas Hellinger
Seite 38

Abbildung auf Titelseite: Glasmalerei – handgemalt, gebrannt und bleiverglast,
Treppenhausfenster im Deutschen Hygiene-Museum, Dresden
Richard Morgenthal, Dresdner Maler

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

Hygiene – ein wichtiger Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes



Dipl.-Med. Petra Albrecht

Derzeit wird sehr viel von Hygiene gesprochen. Es werden Gesetze ergänzt oder ganz neu verabschiedet, es werden Kongresse veranstaltet und die Medien befassen sich intensiver mit der Hygiene. Was ist passiert?

Leider ist das, was Johann Peter Frank, Robert Koch und andere Verfechter der Hygiene vor fast 200 Jahren vorlebten, zunehmend in Vergessenheit geraten. Neue Techniken, andere Umweltbedingungen, aber auch schnell verfügbare Antibiotika haben dazu geführt, dass Infektionskrankheiten zurückgedrängt wurden. Mittlerweile entwickeln Krankheitserreger kontinuierlich Resistenzen, denen nicht mehr so einfach beizukommen ist. In Deutschland sind jährlich zwischen 400.000 bis 600.000 Patienten betroffen, schätzungsweise 7.500 bis 15.000 Menschen versterben direkt oder indirekt an diesen Infektionen. Neue Antibiotika wird es nicht mehr in den Größenordnungen geben wie in den Jahren zuvor. Einzig und allein durch geeignete Präventionsmaßnahmen könnten 1/3 der Fälle vermieden werden und damit der Bevölkerung viel persönliches Leid und die hohen volkswirtschaftlichen Belastungen erspart bleiben.

Unter diesem Druck ist die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes entstanden. Im Sommer dieses Jahres wurde eine Gesetzesnovelle verabschiedet, die kaum Zeit hatte, von den Fachkollegen beurteilt zu werden.

So wird unter anderem eine Kommission beim Robert-Koch-Institut (RKI) gefordert, die die behandelnden Ärzte mit Informationen über die Resistenzlage, Therapieprinzipien sowie mit Therapie- und Diagnoseleitlinien versorgen soll.

Nosokomiale Infektionen und Infektionen mit Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen sind durch Krankenhäuser und Einrichtungen des ambulanten Operierens zu dokumentieren und dem Gesundheitsamt auf Verlangen nachzuweisen.

Des Weiteren müssen Krankenhäuser und die anderen medizinischen Einrichtungen Hygienepläne erstellen, in denen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festgelegt werden.

Ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst, sprich den Gesundheitsämtern und deren medizinischen Untersuchungsanstalten, können diese Aufgaben nicht erfüllt werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist verpflichtet, die medizinischen Einrichtungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben infektionshygienisch zu beraten, zu unterstützen und nicht zuletzt zu überwachen.

Wer soll diese Aufgabe in den Gesundheitsämtern aber noch übernehmen? In ganz Sachsen gibt es derzeit noch 19 berufstätige Ärzte für Hygiene- und Umweltmedizin, davon arbeiten 8 in den 13 Kreisen und kreisfreien Städten, noch nicht einmal in jedem Kreis einer. Und das bei einer Bezahlung, die nicht gerade dazu beiträgt, dieses Arbeitsverhältnis zu bevorzugen.

Die Gesundheitsämter sind kommunale Einrichtungen. In den Kommunen gibt es eine Fülle an Problemen, sodass die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes leider nicht zu den Prioritäten einer Kommune gehört. Was wäre aber passiert, wenn die H1N1-Pandemie nicht so glimpflich verlaufen wäre? Die Gesundheitsämter sind für die Koordinierung in der Region und für die Beratung der Politiker zuständig? Wird die Politik die zu fällenden Entscheidungen zukünftig ohne fachlichen Rat treffen wollen?

Bereits zum 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden hat der Aus-

schuss Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer die Forderung an die Politik gestellt, die Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und seiner entsprechenden zugeordneten medizinischen Landesuntersuchungseinrichtungen zu gewährleisten. Geändert hat sich seitdem nichts!

Die Situation wird immer kritischer und kann so nicht mehr akzeptiert werden. Derzeit haben von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland nur noch 11 einen Lehrstuhl für Hygiene und Umweltmedizin. Auch in Dresden und in Leipzig wurden die Lehrstühle aufgelöst. So haben nicht einmal mehr die Studenten der Medizin eine Chance, sich mit dem Lehrstoff zu befassen. Und an notwendige Forschung in diesem unverzichtbaren Fach ist überhaupt nicht mehr zu denken.

Wo sollen die im Gesetz geforderten Fachkräfte hergenommen werden und wer wird zukünftig in den Ämtern arbeiten, um von dort aus unter anderem die Infektionsprävention, die ja keineswegs nur ein Krankenhausproblem ist, zu steuern?

Gelöst werden können diese Probleme nur noch, wenn die Politik schnellstmöglich ihrer Verantwortung nachkommt und dafür sorgt, dass die Lehrstühle wieder ins Leben gerufen werden und dass der Beruf des Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin im Öffentlichen Gesundheitsdienst auch tariflich wieder attraktiver wird.

Der Hygienekongress, der Anfang Dezember 2011 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden stattfand, hat es nicht nur verstanden, die Leistungen Karl August Lingners entsprechend zu würdigen, der bereits vor 100 Jahren die Bedeutung der Infektionsprävention mit der 1. Internationalen Hygiene-Ausstellung, die von 5,1 Millionen Menschen besucht wurde, zu würdigen, sondern auch die Fachleute miteinander ins Gespräch zu bringen.

Dieses Heft will deshalb noch einmal an wichtige Bereiche der Hygiene erinnern.

Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland¹⁾

Unter Selbstverwaltung ist die freie und verantwortliche Regelung der eigenen Angelegenheiten des täglichen Umgangs miteinander, des Funktionierens der Gemeinschaft und auch der Festlegung künftiger Aufgaben durch die Betroffenen selbst zu verstehen. Ursprüngliche Wurzeln einer Selbstverwaltung im weitesten Sinne finden sich im alten Griechenland, denn was sonst als Selbstverwaltung ist die dort entwickelte Demokratie, die Beteiligung des ganzen Volkes an der Herrschaft, wie sie in der Verfassung von Athen schon vor rund 2500 Jahren verankert war.

Zu neuer Blüte kam die Selbstverwaltung im Mittelalter in den Städten, in Kaufmannsverbindungen wie der Hanse, in Zünften, in Deichverbänden, Wasser- und Waldgenossenschaften und ähnlichem mehr. Der Gedanke der Selbstverwaltung entwickelte sich auch im angloamerikanischen Raum in der Form des self government, das eine im Wesentlichen ehrenamtliche Tätigkeit bedeutet.

Die Selbstverwaltung in Deutschland in unserem heutigen Sinne ist eng verknüpft mit dem Namen des Reichsfreiherrn vom Stein, der als preußischer Minister nach dem napoleonischen Krieg von 1806/07 die Rettung in der selbstständigen Mitarbeit, der Mitbestimmung und Mitverantwortung des Bürgers im Staate sah. Als Ergebnis wurde die Selbstverwaltung in den Städten, Landgemeinden, Kreisen und Provinzen verwirklicht. Im Zuge der Differenzierung des Lebens entwickelte sich allmählich ein blühendes Kammer- und Innungswesen und auch die ab 1881 aufgebaute Sozialversicherung wurde auf dem Boden der

Prinzipien der Selbstverwaltung errichtet. Die Selbstverwaltung hat inzwischen vier kräftige Stämme entwickelt:

1. Die kommunale Selbstverwaltung mit den entsprechenden Organisationsformen in Städten und Gemeinden.
2. Die wirtschaftliche Selbstverwaltung mit Industrie- und Handelskammern, Wirtschafts- und Landwirtschaftskammern.
3. Die kulturelle Selbstverwaltung mit körperschaftlich organisierten Institutionen, wie zum Beispiel die Universitäten.
4. Die Selbstverwaltung bestimmter Berufsgruppen mit körperschaftlich organisierten Kammern, zum Beispiel für Architekten, Rechtsanwälte und Notare, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, sowie Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Daraus folgt, dass der Staat in vielen Bereichen ein großes Interesse daran hat, die Angelegenheiten der einzelnen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Einhaltung der Berufsregelungen und der ethischen Normen, aber auch der Weiter- und Fortbildung durch die Berufsgruppen selbst auf der Grundlage des ihnen eigenen besonderen Sachverständes regeln zu lassen. Zu diesem Zweck hat der Staat diese Körperschaften mit Satzungsgewalt ausgestattet und eine Pflichtmitgliedschaft aller Berufsangehörigen vorgesehen.

In der Ärzteschaft entstand nicht zuletzt wegen der Entwicklung der Medizin das Bestreben, auch ge-

meinsam ärztliche Argumentation in den Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess der Gesundheits- und Sozialpolitik einbringen zu können. Als Ergebnis dieser Beratungen wurde der 1. Deutsche Ärztetag 1873 noch als Deutscher Ärzteverein einberufen. Der Grundstein für die ärztliche Selbstverwaltung war damit gelegt. Nach dem 2. Weltkrieg trafen sich bereits im Oktober 1947 die Vertreter aller Westdeutschen Landesärztekammern und gründeten eine Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern – die heutige Bundesärztekammer, deren Hauptversammlung der jährlich stattfindende Deutsche Ärztetag mit Delegierten aus allen Landesärztekammern ist. Zur ärztlichen Selbstverwaltung gehören selbstverständlich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Vertragspartner der Krankenkassen und deren Selbstverwaltung auf der Grundlage des SGB V, sodass heute die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften Bausteine in einem freiheitlich demokratischen Rechtsstaat sind und keineswegs lediglich überholte Standesorganisationen zur Wahrung überlebter Privilegien oder zunftartige Kartelle, wie bössartige Kritiker manchmal behaupten. Sie sind vielmehr das durch Dezentralisation und Föderalismus sowie Bürgernähe bestimmte demokratische Prinzip der Selbstverwaltung schlechthin und nehmen Aufgaben wahr, die der Staat selbst nicht wahrnehmen kann oder will.

1) Vortrag „Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“, gehalten auf dem 5. Deutsch-Polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ am 7. Oktober 2011 auf Schloss Fürstenstein in Waldenburg bei Breslau

Für die Ärztekammern besteht in allen Bundesländern eine Rahmengesetzgebung in den Heilberufe- oder Kammergesetzen, in denen auch die Aufgaben der Kammern definiert sind, insbesondere:

- die Weiterbildung von Ärzten in den einzelnen Fachgebieten zu regeln,
- die Fortbildung zu fördern und zu überwachen,
- die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung zu regeln,
- für ein gedeihliches Verhältnis der Kammerangehörigen untereinander zu sorgen und bei Streit zwischen ihnen oder mit Dritten zu schlichten,
- Fürsorgeeinrichtungen für die Kammerangehörigen zu schaffen,
- die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen,
- Sachverständige zu benennen und Fachgutachten zu erstellen,
- den öffentlichen Gesundheitsdienst zu unterstützen,
- gegenüber Behörden Stellungnahmen abzugeben, auch zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen.

Die Kammern sind ferner vor Erlass von Rechtsvorschriften, die ihren Aufgabenbereich betreffen, zu hören.

Zur Erfüllung dieser vielfältigen Aufgaben ist natürlich die Mitgliedschaft aller Berufsangehörigen erforderlich, denn nur so kann der spezielle Sachverstand aller in die Meinungsbildung einfließen, nur so kann die Einhaltung der Berufspflichten überwacht und können Verletzungen der Berufspflichten berufsgerichtlich geahndet werden. Das alles ist keineswegs Elfenbeinturmpolitik, es hat vielmehr unmittelbare Auswirkungen auf das Niveau der Versorgung des einzelnen Patienten.

Das außerordentlich gestiegene Interesse der Öffentlichkeit an gesundheits- und sozialpolitischen Themen und das Streben nach Sicherheit und Gesundheit erfordern im verstärkten Maße von den Kammern Anstrengungen in der Öffentlichkeitsarbeit. Auch und gerade hier ist ihr Sachverstand gefordert, nicht zuletzt um in Fragen der Gesundheit die Eigenverantwortung und Eigeninitiative jedes

einzelnen Menschen zu stärken und der allgemein verbreiteten Wissenschafts- und Technikgläubigkeit entgegen zu wirken, um damit Enttäuschungen zu vermeiden, wenn das Leistungsniveau der Medizin nicht mehr dem überhöhten Anspruchsniveau entsprechen kann. Denn trotz aller Fortschritte der Medizin werden auch Grenzen erkennbar, die nicht ausschließlich durch die Begrenzung der finanziellen Mittel bestimmt sind, sondern die auch durch ethisch-moralische Normen gesetzt werden und die nicht zuletzt durch die immer noch den Naturgesetzen unterliegenden Lebensabläufe und die daraus resultierende Endlichkeit des Lebens bedingt sind.

Wegen der im Einzelfall außerordentlich schwierigen medizinisch-wissenschaftlichen und biologischen Sachverhalte sind intensive Gespräche der in der Selbstverwaltung Verantwortlichen mit Politikern und politischen Parteien, Krankenkassen und Versicherungen, Gewerkschaften und Verbänden erforderlich, wenn sachgerechte Lösungen gefunden werden sollen. Selbstverständlich gehört dazu auch eine intensive Information der Öffentlichkeit, für die das Verständnis der Medien eine entscheidende Voraussetzung ist. Rein technokratisch bürokratisch juristische Vorschriften und Veränderungen werden der Lebenswirklichkeit nicht gerecht. Niemand darf deshalb dem Irrglauben erliegen, die Medizin könne dadurch justiziabel gemacht werden, dass versucht wird, naturgegebenen Verhaltensweisen und Abläufen den Weg durch Gesetzes- und Paragraphendickichte zu verbauen. Stets sind vielmehr die bei der Behandlung von Krankheit und Leiden zu berücksichtigenden besonderen Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe und das schon in gesunden Tagen große Spektrum individueller Wünsche und Bedürfnisse bei den meisten Menschen und deren Selbstbestimmungsrecht zu berücksichtigen. Das trifft erst recht zu, wenn der Mensch sich von Krankheit und Tod bedroht fühlt, denn der Mensch ist mehr als ein System von Haut, Muskeln, Knochen

und Schläuchen, mehr als nur die Summe seiner physiologischen und pathophysiologischen Daten. Wer das vergisst, löst nicht nur außerordentlich empfindsame Reaktionen aus, sondern kann dem einzelnen Patienten nachdrücklich schaden und den Einsatz aufwendigster Technik zu Nichte machen. Leben und Sterben, Gesundheit, Krankheit und Leiden lassen sich eben nicht in das Grobraster von Kosten- Nutzen-Analysen pressen.

Eben so wenig wie Konzentration und Zentralisation die Selbstverwaltung fördert, wie man nicht zuletzt an der vom sozialdemokratischen Gesetzgeber in den 80er-Jahren erzwungenen „Professionalisierung“ der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen sehen kann, trägt eine immer stärkere staatliche Beeinflussung und eine Übertragung von selbstverwaltungs-fremden Aufgaben zur Stärkung der Effizienz der Selbstverwaltung bei. Sie wird dann vielmehr eine staatliche Auftragsverwaltung und durch ein Korsett wie im Schraubstock erdrückt. Wer glaubt, auf diese Weise die Selbstverwaltung stärken zu können, setzt sich dem Verdacht aus, eine sinnentleerte Selbstverwaltungshülse als Tarnkappe für grundsätzlich andere Bestrebungen benutzen zu wollen. In diesem Zusammenhang sei an die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichtes in seinem Beschluss zu Facharztfragen von Mai 1972 erinnert, wo festgestellt wird: „Die grundgesetzliche Ordnung setzt der Verleihung und Ausübung von Satzungsgewalt jedoch bestimmte Grenzen.“ Und weiter: „Andererseits würden die Prinzipien der Selbstverwaltung und der Autonomie, die ebenfalls im demokratischen Prinzip wurzeln und die dem freiheitlichen Charakter unserer sozialen Ordnung entsprechen, nicht ernst genug genommen, wenn der Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften so starke Fesseln angelegt würden, dass ihr Grundgedanke die in den gesellschaftlichen Gruppen lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuzie-

hen und ihren Sachverstand für die Findung „richtigen“ Rechts zu nutzen, nicht genügend Spielraum fände.“

Der Gesetzgeber muss jedoch berücksichtigen, so das Bundesverfassungsgericht, „dass die Rechtsetzung durch Berufsverbände spezifische Gefahren für die Betroffenen und für die Allgemeinheit mit sich bringen kann. Zum Nachteil der Berufsanfänger und Außenseiter kann sie ein Übergewicht von Verbandsorganen oder ein verengtes Standesdenken begünstigen, das notwendigen Veränderungen und Auflockerungen festgefügtter Berufsbilder hinderlich ist.“

Das Bundesverfassungsgericht sieht ferner die „Gefahr, das sachfremde berufspolitische Erwägungen sich gegen die Interessen der Allgemeinheit durchsetzen und zu Lösungen führen, die gesundheitspolitisch nicht verantwortet werden können.“ Und es kommt deshalb zu dem Schluss, „dass im Bereich des Facharztwesens jedenfalls die „status-bildenden Normen“, das heißt etwa diejenigen Regeln, welche die Voraussetzung der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie endlich auch die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen, in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen. Die dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.“

Die Stärke der gesetzlichen Selbstverwaltung, also auch der ärztlichen Selbstverwaltung, resultiert daher aus

- einem genügend großen gesetzlichen Rahmen,
- dem Sachverstand der Mitglieder,
- dem Engagement der Mitglieder bei den Wahlen für die Organe der Selbstverwaltung und bei der Mitwirkung der täglichen Arbeit in den Gremien der Selbstverwaltung,

- der fundierten Argumentation und der Überzeugungskraft der gewählten Vertreter.

In jüngster Zeit hat der Bundesgesetzgeber sowohl im Transplantationsgesetz (TPG), als auch im Transfusionsgesetz (TFG) der ärztlichen Selbstverwaltung den Auftrag gegeben, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzustellen, so zum Beispiel zu Regeln zur Feststellung des Todes, zur Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation, zur Organvermittlung etc. sowie für die durchzuführenden Laboruntersuchungen und die ordnungsgemäße Entnahme von Spenderorganen, sowie deren Allokation nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. Der Gesetzgeber hat dazu abschließend formuliert: „Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.“

Die Ärzteschaft hat erfreut wahrgenommen, dass die Bundesregierung in ihrem für die 17. Legislaturperiode ab Oktober 2009 geltenden Koalitionsvertrag festgeschrieben hat, dass „die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen... ein tragendes Ordnungsprinzip ist, das die eigenverantwortliche und partnerschaftliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch Leistungserbringer und Krankenkassen ermöglicht. Dieses Prinzip gilt es zu bewahren und modernen Verhältnissen anzupassen. Legitimation, Akzeptanz und Effektivität sind dabei zentrale Kriterien, die es zu stärken gilt.“

Es zeichnet die Arbeit der ehrenamtlich in der ärztlichen Selbstverwaltung und ihren Gremien, zu denen nicht zuletzt der Wissenschaftliche Beirat und die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gehören, tätigen Wissenschaftler der verschiedensten Gebiete aus, dass stets auf der Grundlage bewährter ethischer Prinzipien eine außerordentlich sorgfältige, verantwortungsbewusste Abwägung erfolgt, um eine jeweils individuell erforderliche

wirksame zweckmäßige und ausreichende Therapie zu sichern oder zu erforschen und vielleicht zu Regelverfahren zu entwickeln. Die Liste der verschiedenen Empfehlungen und Richtlinien ist lang, die Themen sind außerordentlich differenziert. Mit fachkundigem Sachverstand können so oft mögliche Chancen, Risiken und Gefahren viel früher erkannt werden, als dies Parlamenten und der allgemeinen Öffentlichkeit jemals möglich ist. Eine Erkenntnis, die schon Georg-Christoph Lichtenberg (1742 bis 1799) in dem Aphorismus zusammenfasste: „Man muss etwas Neues machen, um etwas Neues zu sehen“.

Der allgemeinen Öffentlichkeit ist viel zu wenig bekannt, dass die Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung nicht allein von den gewählten Präsidenten oder der Geschäftsführung erledigt wird, sondern dass in den diversen Gremien der Bundes- und der Landesärztekammern über 1.000 ehrenamtlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Wissenschaftler und Hochschullehrer, außerdem Juristen, Philosophen, Theologen, Ethiker und Vertreter anderer im Einzelfall notwendiger Wissensgebiete ebenso ehrenamtlich tätig sind. Keine staatliche Behörde könnte allein aus Kostengründen eine so große Zahl kompetenter Wissenschaftler zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben in ihren Dienst nehmen. Schon aus diesem Grunde muss man sich um die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung eigentlich keine Gedanken machen. Allerdings müssen auch die Überlegungen von Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz von der Universität Mannheim Fakultät für Rechtswis-

senschaft und Richter am OLG Karlsruhe beachtet werden, der aus Anlass des 50-jährigen Bestehens der Bundesärztekammer 1997 ausführte, „dass die der Ärzteschaft von der Gesellschaft zugestandene und zugleich auch auferlegte Selbstkontrolle die Aufgabe hat, das spezifische Dilemma der Unkontrollierbarkeit kontrollbedürftiger Leistungserbringung zu lösen. Führt man sich diese Mechanismen vor Augen, dann wird deutlich, in welchem Ausmaß der Fortbestand berufsständischer Autonomie davon abhängt, in wie weit der Berufsstand das der Gesellschaft gewährte Versprechen effektiver Selbstregulierung und -kontrolle tatsächlich einlöst. Die Möglichkeit der Selbstverwaltung seitens des Berufsstandes ist eben kein ein für alle Mal erworbenes Recht, kein Besitzstand, sondern die hart zu erarbeitende Gegenleistung für versprochene und wahrgenommene

Selbstverantwortung. Da die Gesellschaft im Rahmen des auf Gegenseitigkeit beruhenden Austauschverhältnisses einen erheblichen Vertrauensvorschuss gewährt, sind die Gefahren enttäuschten Vertrauens umso größer: Enttäushtes Vertrauen ist nun einmal das Gefährlichste für eine Dauerbeziehung, und ist das Misstrauen erst einmal gesät, erscheinen selbst jene Handlungen, Maßnahmen und Erklärungen in einem schiefen Licht, die bei intakter Beziehung ohne weiteres hingenommen oder gar als gute Tat und Zeichen des guten Willens gelobt würden.“ Soweit Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz.

Aus diesen Ausführungen ist klar erkennbar, dass es vor allem an den Mitgliedern der ärztlichen Selbstverwaltung und deren Akzeptanz dieser Selbstverwaltung liegt, was sich nicht zuletzt im Wahlverhalten und

der Wahlbeteiligung ausdrückt, sowie in der Glaubwürdigkeit der Arbeit der gewählten Repräsentanten, wie die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung aussieht. Nehmen wir alle als Ärztinnen und Ärzte unsere Pflichten gegenüber dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit ernst und bekennen uns nicht zuletzt durch eine hohe Wahlbeteiligung bei den Wahlen zu den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, müssen wir uns um die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung keine Sorge machen. Es liegt also an jedem einzelnen Arzt und an jeder einzelnen Ärztin, sich in diesem Sinne für den Bestand der ärztlichen Selbstverwaltung und deren weiterhin verantwortungsvolle Tätigkeit in der Zukunft einzusetzen.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karsten Vilmar
Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages



Erste Ergebnisse

Gemeinsam mit den Landesärztekammern hat die Bundesärztekammer erneut im Jahr 2011 das Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ durchgeführt. An der Befragung konnten weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte (WBA) von Juni bis September 2011 sowie deren Weiterbildungsbefugten (WBB) in allen 17 Landesärztekammern (LÄK) teilnehmen.

Die wissenschaftliche Begleitung und Aufbereitung der erhobenen Daten erfolgte durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ). Die 17 Länderrapporte sowie der

Bundesrapport sind ab sofort auf den Internetseiten von LÄK und der Bundesärztekammer abrufbar und können dort von jedem Interessierten eingesehen werden.

Jeder einzelne WBB, der sich selbst oder dessen Weiterzubildende sich an der Befragung beteiligt haben, kann seinen „Individuellen Befugten-Bericht“ im passwortgeschützten Bereich des Webportals bis 31. März 2012 einsehen. Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende Anzahl an Beteiligungen und die Zustimmung zur Erstellung der Befugtenberichte durch die WBA.

Um größtmögliche Transparenz über die Bewertung der einzelnen Weiterbildungsstätten herzustellen, wird ein Teil des individuellen Befugtenberichts, die sogenannte Ergebnis-spinne, ab Mitte Februar 2012 veröffentlicht.

Die WBB wurden Ende Dezember 2011 über die Verfügbarkeit der Ergebnisse und einschließlich der Ergebnis-spinne schriftlich informiert und haben bis 31. Januar 2012 die

Möglichkeit, der Veröffentlichung der weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnis-spinne zu widersprechen.

Die Ergebnisberichte sollten unbedingt mit den WBA in den einzelnen Weiterbildungsstätten besprochen und damit gegebenenfalls Weiterbildungsabläufe optimiert werden.

Bundesweite Befragung

An der Befragung haben bundesweit 9.276 von 17.391 WBB teilgenommen, dies ergibt eine Beteiligungsquote von 53,3 Prozent. Im gesamten Bundesgebiet bewerteten 20.518 von 53.240 WBA online ihre Weiterbildungsstätte. Somit liegt die Beteiligungsquote der WBA in Deutschland bei 38,5 Prozent.

Befragung der WBB in Sachsen

Die 1.969 Weiterbildungsbefugten erhielten Anfang Juni 2011 ihre Zugangsdaten. 638 WBB füllten den Fragebogen online aus (Rücklaufquote in Sachsen 68,8 Prozent, siehe Tabelle 1). 1.041 WBB teilten mit, dass bei ihnen derzeit kein Arzt in

Weiterbildung tätig ist. Die Teilnehmerquote liegt damit insgesamt für den Freistaat Sachsen bei 85,3 Prozent.

Befragung der WBA in Sachsen

2.673 WBA wurden durch die WBB und die Sächsische Landesärztekammer registriert. Diese erhielten postalisch ihre Zugangsdaten zur Online-Befragung durch die Sächsische Landesärztekammer. Die Rücklaufquote der WBA in Sachsen beträgt 59,1 Prozent (siehe Tabelle 2), das heißt, es haben 1.579 von 2.673 WBA ihren Fragebogen ausgefüllt und damit ihre Weiterbildungsstätte bewertet. Das ist die bundesweit höchste Rücklaufquote.

Ergebnisse der Befragung der WBA in Sachsen

Die nachfolgenden Fragenkomplexe: Globalbeurteilung, Vermittlung von Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Kultur zur Fehlervermeidung, Entscheidungskultur, Betriebskultur und wissenschaftlich begründete Medizin bilden den Kernkomplex der Bewertung. Dabei wurden die einzelnen Fragen überwiegend nach dem Schulnotensystem von 1 (trifft voll und ganz zu) bis 6 (trifft überhaupt nicht zu) beantwortet.

So bestimmen zum Beispiel die Resultate der Beantwortung der Fragen „Ich würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“, „Ich bin insgesamt zufrieden mit der jetzigen Arbeitssituation an meiner Weiterbildungsstätte“, „Die jetzige Weiterbildungssituation entspricht meinen

Tabelle 1: Die bundesweite Teilnehmerstatistik zeigt die Rücklaufquote der Weiterbildungsbefugten der eigenen Ärztekammer im Vergleich zu den 16 anderen Ärztekammern und ganz Deutschland. (Stand: Oktober 2011, Quelle: BÄK)

WBB-Rücklaufquote pro Ärztekammer			
Ärztekammer	Anzahl aktive WBB	Anzahl abgesandte WBB-Fragebogen	Rücklaufquote
Ärztekammer Westfalen-Lippe	1278	1084	84,82 %
Ärztekammer Schleswig-Holstein	540	434	80,37 %
Landesärztekammer Brandenburg	491	354	72,10 %
Ärztekammer Bremen	174	125	71,84 %
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	644	462	71,74 %
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern	368	259	70,38 %
Sächsische Landesärztekammer	928	638	68,75 %
Ärztekammer Sachsen-Anhalt	483	332	68,74 %
Landesärztekammer Thüringen	389	254	65,30 %
Ärztekammer Hamburg	416	262	62,98 %
Ärztekammer des Saarlandes	262	163	62,21 %
Ärztekammer Nordrhein	1779	1033	58,07 %
Bayrische Landesärztekammer	2642	1501	56,81 %
Ärztekammer Niedersachsen	1272	617	48,51 %
Ärztekammer Berlin	1309	499	38,12 %
Landesärztekammer Baden-Württemberg	2663	957	35,94 %
Landesärztekammer Hessen	1745	302	17,31 %
Deutschland	17383	9276	53,36 %

Erwartungen“ sowie „Die Qualität der in meiner Weiterbildungsstätte vermittelten Weiterbildung halte ich für optimal“ das Gesamtergebnis des Fragenkomplexes Globalbeurteilung. Das Ergebnis für den Fragenkomplex Führungskultur wird durch die Beantwortung der Fragen „Mein Befugter hilft mir, wenn ich Schwierigkeiten bei der Arbeit habe.“, „Mein Befugter sorgt für eine gute Zusammenarbeit im Team / sorgt für eine gute Arbeitsorganisation / trägt zu Konfliktlösungen bei“ sowie „Mein Befugter bewertet meine Leistungen gerecht / kann die Mitarbeiter gut motivieren“ bestimmt.

28 Fragen bilden den Fragenkomplex Vermittlung von Fachkompetenzen, 7 Fragen den Fragenkomplex zur Lernkultur, 3 Fragen den Fragenkomplex zur Kultur zur Fehlervermeidung, 4 Fragen den Fragenkomplex zur Entscheidungskultur sowie 4 Fragen den Fragenkomplex zur Betriebskultur.

Die Befragung 2011 der WBA weist für die acht Fragenkomplexe durchschnittliche Notenbewertungen zwischen 2,07 und 3,21 auf (siehe Abbildung 1).

Gute Zufriedenheit der WBA mit ihrer Weiterbildung bilden die Mittelwerte der Ergebnisse der Fragen-

Tabelle 2: Die bundesweite Teilnehmerstatistik zeigt die Rücklaufquote der Weiterzubildenden der eigenen Ärztekammer im Vergleich zu den 16 anderen Ärztekammern und ganz Deutschland. (Stand: Oktober 2011, Quelle: BÄK)

WBA-Rücklaufquote pro Ärztekammer			
Ärztekammer	Anzahl WBA registriert	Anzahl abgesandte WBA-Fragebogen	Rücklaufquote
Sächsische Landesärztekammer	2673	1579	59,07 %
Ärztekammer Hamburg	1854	1033	55,72 %
Ärztekammer Bremen	677	336	49,63 %
Landesärztekammer Thüringen	1233	574	46,55 %
Bayernische Landesärztekammer	8662	3860	44,56 %
Landesärztekammer Brandenburg	1502	668	44,47 %
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern	1175	520	44,26 %
Ärztekammer Schleswig-Holstein	2110	929	44,03 %
Ärztekammer Westfalen-Lippe	5461	2397	43,89 %
Ärztekammer Niedersachsen	3756	1613	42,94 %
Landesärztekammer Baden-Württemberg	6498	2251	34,64 %
Ärztekammer Berlin	2767	900	32,53 %
Ärztekammer Nordrhein	6059	1958	32,32 %
Ärztekammer Sachsen-Anhalt	1403	450	32,07 %
Ärztekammer des Saarlandes	753	232	30,81 %
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	2880	809	28,09 %
Landesärztekammer Hessen	3777	409	10,83 %
Deutschland	53240	20518	38,54 %

komplexe Betriebskultur (2,07), Entscheidungskultur (2,09), Vermittlung von Fachkompetenz (2,24), Lernkultur (2,22), Führungskultur (2,25) und Globalbeurteilung (2,41) ab.

83,2 Prozent der befragten sächsischen WBA haben dabei bei der Globalbeurteilung die Note 1 bis 3 vergeben, bei der Vermittlung von Fachkompetenz waren dies sogar 94,6 Prozent. Hinsichtlich der Führungskultur erteilten nur 72,2 Prozent der sächsischen WBA die Note 1 bis 3, die Note 4 wurde von etwa 17 Pro-

zent vergeben, das entspricht allerdings dem bundesweiten Ergebnis. 89,6 Prozent der befragten sächsischen WBA haben bei der Betriebskultur die Note 1 bis 3 vergeben.

Die wissenschaftlich begründete Medizin mit einer Bewertung von durchschnittlich 3,21 (bundesweiter Durchschnitt 3,25) sowie die Kultur der Fehlervermeidung mit 2,72 (bundesweiter Durchschnitt 2,67) zeigen Abweichungen mit der Zufriedenheit in der Weiterbildung auf. Die subjektive Frage nach der Erfüllung der Arbeit zur individuellen vollen Zufrie-

denheit innerhalb der vertraglich geregelten Arbeitszeit ergab ein Ergebnis in Sachsen von 2,77 (bundesweiter Durchschnitt: 2,89). Vergleicht man die Ergebnisse aus dem ambulanten und stationären Bereich, so sind die Notendurchschnitte bei ambulanten Weiterbildungsstätten grundsätzlich besser als bei stationären Weiterbildungsstätten.

Bei einer Erhebung der Sächsischen Landesärztekammer aus dem Jahr 2007, in der Facharztkandidaten vor ihrer Facharztprüfung zu ihrer Weiterbildungszeit und den Rahmenbedingungen befragt wurden, lag die Zufriedenheit mit der Weiterbildung bei 2,04. Die Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten wurde durch die Befragten durchschnittlich mit 2,25 bewertet. Äußerst positiv wurde die Kollegialität während der Absolvierung der Weiterbildungszeit empfunden (38 Prozent sehr gut, 46 Prozent gut), die Weiterbildungsmöglichkeiten und spezielle Weiterbildungsangebote sowie die Möglichkeiten zur Freistellung für die Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote wurden auf einer Schulnotenskala (von 1 bis 6) von über 50 Prozent der Befragten mit sehr gut oder gut beurteilt. Bei der aktuellen Befragung der WBA fällt auf, dass 39,5 Prozent der WBA angaben, keinen strukturierten Weiterbildungsplan erhalten zu haben sowie bei 31,7 Prozent keine konkreten Lernziele vereinbart wurden (siehe Tabelle 3).

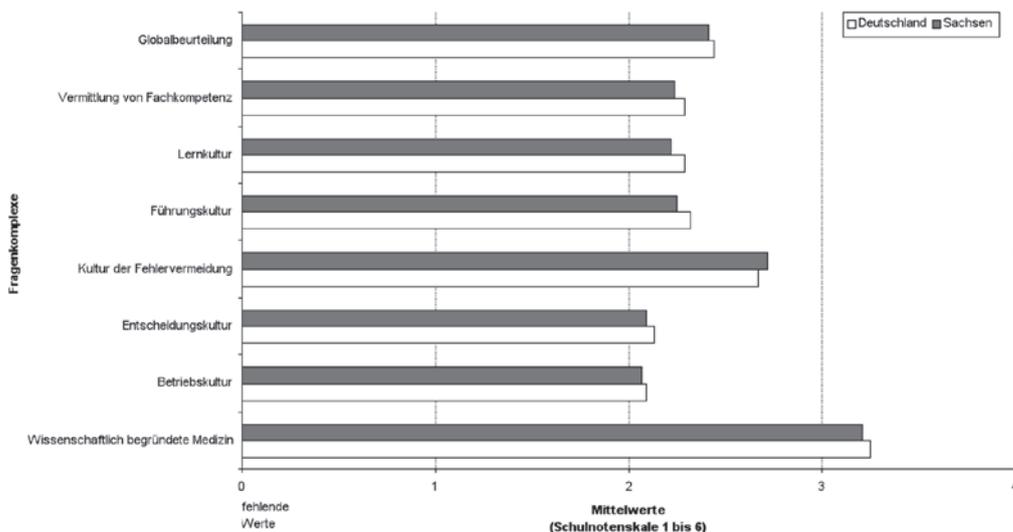


Abbildung 1: Befragung der WBA: Mittelwerte der Fragenkomplexe im Vergleich Deutschland und Sachsen (Quelle: BÄK/ETHZ)

Vergleich zwischen den Mittelwerten der Fragenkomplexe zwischen WBA und WBB

Anhand des Vergleichs der Mittelwerte der Fragenkomplexe zwischen WBB und WBA ist zu sehen, dass die Weiterbildungsbefugten bei allen Fragenkomplexen eine bessere Einschätzung abgeben (siehe Abbildung 2). Die WBA haben ihre Weiterbildungssituation in allen Fragenkomplexen im Vergleich zu den WBB abweichend bewertet. Ein Austausch zu den Ergebnissen soll durch das Aufzeigen von Potenzialen zur Optimierung der (individuellen) Weiter-

bildung an allen Weiterbildungsstätten realisiert werden.

Erfreulich war die hohe Beteiligungsrate der WBA. Positiv darf auch bilanziert werden, dass über 80 Prozent der befragten sächsischen WBA in der Globalbeurteilung, 95 Prozent bei der Vermittlung von Fachkompetenz, die Note 1 bis 3 vergeben haben. Damit können die Ergebnisse der Erhebung bei sächsischen Facharztkandidaten aus dem Jahr 2007 im Wesentlichen bestätigt werden.

Hinsichtlich der (schriftlichen) Vereinbarung von Weiterbildungszielen ist darauf hinzuweisen, dass die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Weiterbildungsordnung ein jährliches Gespräch zwischen WBB und WBA vorsieht, dies ist auch entsprechend zu dokumentieren und bei der Zulassung zur Facharztprüfung vorzulegen. Es bietet den Weiterbildungsassistenten die Möglichkeit, auch im Sinne von Zielvereinbarungsgesprächen über ihr Fortkommen in der individuellen Weiterbildung zu berichten und dies auch zu dokumentieren.

Die Sächsische Landesärztekammer plant weiterhin jährlich in Kooperation mit weiteren Partnern zielgruppenspezifische Veranstaltungen für Weiterzubildende, angehende Fachärzte und Medizinstudenten. Vortragsveranstaltungen mit Hinweisen zur Facharztweiterbildung, individuelle Beratungen und Praxisworkshops dienen auch dazu, für eine dauerhafte ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung in Sachsen zu werben. Veranstaltungen für Weiter-

Tabelle 3: Ergebnis der Befragung der WBA: Weiterbildungsplan und Vereinbarung von Weiterbildungs- bzw. Lernzielen (Quelle: BÄK/ETHZ)

		LÄK		DE	
		%	N	%	N
Mir wurde ein strukturierter Weiterbildungsplan zur Kenntnis gegeben.	schriftlich und mündlich	22,56	347	21,22	4.210
	schriftlich	10,86	167	11,92	2.368
	mündlich	27,11	417	24,86	4.939
	gar nicht	39,47	607	42,00	8.343
Werden konkrete Weiterbildungsziele/Lernziele schriftlich und/oder mündlich vereinbart?	schriftlich und mündlich	24,95	383	26,49	5.260
	schriftlich	5,99	92	6,22	1.235
	mündlich	37,33	573	34,59	6.867
	gar nicht	31,73	487	32,70	6.493

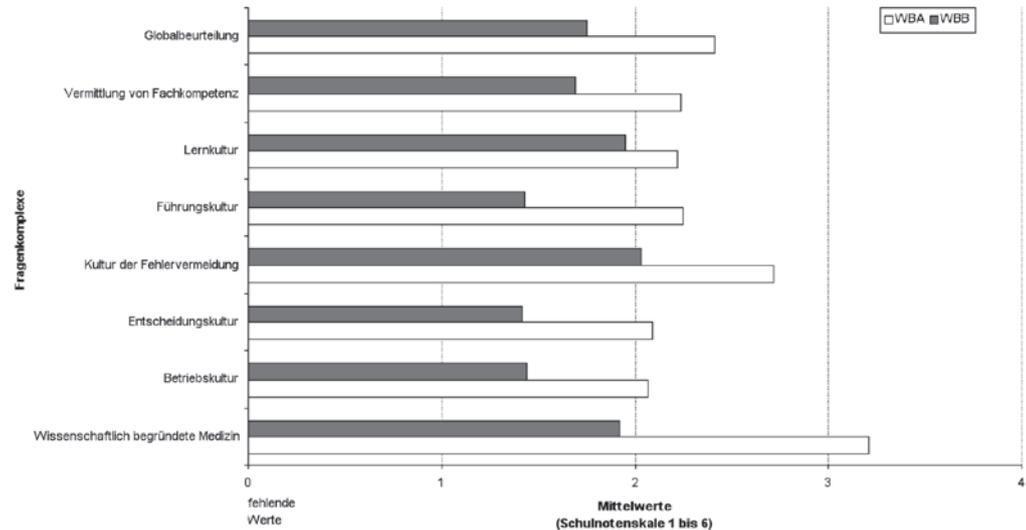


Abbildung 2: Vergleich der Ergebnisse (Mittelwerte) der Befragung der WBA und WBB in Sachsen (Quelle: BÄK/ETHZ)

bildungsbefugte runden das Informations-Angebot zur Weiterbildung ab. Die Realisierung und Umsetzung einer ärztlichen Weiterbildung unter den derzeit gültigen Rahmenbedingungen an ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten werden in der Kammerversammlung, im Vorstand und in den Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer kontinuierlich fortgesetzt.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:
 Peggy Thomas, 0351 8267-335
 E-Mail: evaluation@slaek.de

Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de> → Weiterbildung → Evaluation

Dr. med. Katrin Bräutigam
 Peggy Thomas

Änderung der Verordnungsweise von Impfstoffen

Zum Offenen Brief des Vorsitzenden der Sächsischen Impfkommision (SIKO) im Ärzteblatt Sachsen 12/2011

Herrn Dr. Beier danke ich für das Schreiben vom 8. November 2011, in dem die Mitglieder der SIKO ihre Besorgnis hinsichtlich der Konsequenzen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), insbesondere für ambulant tätige Ärzte und Versicherte im Freistaat Sachsen schildern.

Die Bedenken der SIKO teile ich sowohl in der Hinsicht, dass ein höherer Abrechnungsaufwand für ambulant tätige Ärzte das Impfverhalten nicht fördert als auch in Fragen der Qualitätssicherung, z. B. die Einhaltung der Kühlkette betreffend. Die Tatsache, dass im Freistaat Sachsen dem Impfen traditionell große

Bedeutung beigemessen wird, zeigt sich auch darin, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Freistaat Sachsen in weit größerem Umfang als in den meisten anderen Bundesländern Kosten von Impfungen als Satzungsleistungen übernehmen. Dies begrüße ich sehr. Es ist mir wichtig, diese zu erhalten.

Ich hatte mich deshalb gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den im Freistaat Sachsen tätigen Krankenkassen und ihren Verbänden dafür eingesetzt, dass diese auf eine geeignetere Lösung hinwirken. Anlässlich der SIKO-Sitzung am 4. November 2011 wurde auch dargestellt, dass die verantwortlichen Institutionen an für ambulant tätige Ärzte leichter handhabbaren Lösungen arbeiten. Ich bedaure daher sehr, dass der Offene Brief dennoch im Sächsischen Ärzteblatt veröffentlicht worden ist. Hier hätte ich mir gewünscht, dass auf angemessene Weise dargestellt wird, dass sich die Vereinbarungspartner des Themas angenommen haben.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. Heckemann, hat mir mitgeteilt, dass eine Lösung konsentiert werden konnte, Impfstoffe für Satzungsleistungen ab dem 1. Januar 2012 wieder über Sammelrezepte beziehen zu können.

Die Vereinbarungspartner sind gerade damit befasst, konkretisierende Hinweise zur Verordnung der jeweiligen Impfstoffe zu erarbeiten. Das Nähere geben die Vereinbarungspartner in Kürze bekannt. Ich freue mich, dass in dieser wichtigen Angelegenheit eine Einigung erzielt werden konnte.

Für die zukünftige Arbeit wünsche ich mir, dass alle Beteiligten weiter konstruktiv zusammen arbeiten.

Christine Clauß, Staatsministerin für
Soziales und Verbraucherschutz

Medizin zwischen Wahn und Ethik

Angeregt durch Dokumente des Frankfurter Auschwitz-Prozesses, begann der Wissenschaftler Robert Jay Lifton seine Forschung über die Verstrickung der Medizin in politische Gewaltakte, wie zum Beispiel den Holocaust. In dem Dokumentarfilm „Wenn Ärzte töten – Medizin zwischen Wahn und Ethik“ beschreibt er, wie ehrenhafte und gut geschulte Ärzte von Heilern zu Mördern wurden und nähert sich auch dem Thema Euthanasie. Lifton begibt sich auf eine Reise durch die Geschichte. Dabei entstanden in wochenlangen Gesprächen Bilder voller psychologischer Abgründe. Er interviewte Holocaustüberlebende sowie Ärzte, die unter Missachtung ihres hippokratischen Eids in Auschwitz grausame Experimente an jüdischen Gefangenen vornahmen. Viel zu einfach schaffte es ein Regime damals, die



Massen zu manipulieren. Lifton beschränkt sich dabei nicht nur auf die Betrachtung der historischen Hintergründe, er wirft auch die Frage nach Ethik und Moral in der modernen Medizin auf.

Robert Jay Lifton ist der Wegbereiter der Psychohistory, einer Wissenschaft, die die inneren menschlichen Beweg- und Abgründe in ihrem historischen Kontext untersucht. Er wurde bekannt durch seine Studien über die psychologischen Hintergründe und Auswirkungen von Krieg, Genozid und politischer Gewalt und erhielt mehrfach den American National Book Award. Robert Jay Lifton ist einer der Gründer der Organisation „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“, die

1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet wurde.

Der Dokumentarfilm besticht durch seine radikale Reduzierung und die provozierenden Einblicke in die dunkelsten Seiten der Ärzteschaft.

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin zeigt den Film „Wenn Ärzte töten. Medizin zwischen Wahn und Ethik“ (O.m.U.) am

**22. März 2012, um 19.00 Uhr,
im Plenarsaal der Sächsischen
Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.**

Der Eintritt ist frei.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hygienekongress Dresden 2011

Am 2. und 3. Dezember 2011 fand der „Hygienekongress Dresden“ vor dem Hintergrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung nosokomialer Infektionen, aber auch der in der ambulanten Versorgung und in anderen Gesundheitseinrichtungen erworbenen Infektionen, statt. Die Ärztekammern der Länder Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern hatten gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg in das geschichtsträchtige Deutsche Hygiene-Museum eingeladen. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer, wurde in wissenschaftlichen Vorträgen das breitgefächerte Thema Hygiene im Gesundheitswesen bearbeitet.

Im Mittelpunkt des ersten Kongress-tages stand das berufs- und gesundheitspolitische Forum. Hier ging es um das Infektionsschutzgesetz, dessen Neuregelungen und Aspekte der praktischen Umsetzung auf Bundes- und Landesebene. In einer Podiumsdiskussion standen Vertreter aus Politik und Experten für Fragen zur Verfügung.

Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, begrüßte die Anwesenden und wies auf die hohe gesundheitspolitische Bedeutung der Kongress-Thematik hin: In Deutschland mit seinem Hochleistungsgesundheitswesen und der hohen Technisierung im Gesundheitssektor erkranken trotzdem jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patienten an zum Teil vermeidbaren Krankenhausinfektionen, schätzungsweise zwischen 7.500 und 15.000 versterben daran – verbunden mit persönlichem Leid und hohen volkswirtschaftlichen Belastungen. Es bedarf personeller, organisatorischer und rechtlicher Voraussetzungen,



Tagungsort Deutsches Hygiene-Museum Dresden

um diesen derzeit ungenügenden Zustand zu verbessern. Die Politik trägt dem Rechnung – die Bundesregierung plante zwischenzeitlich bundesweit einheitliche Regeln. So sollen spezielle Hygienebeauftragte für die Kliniken berufen und von einer Arbeitsgruppe am Robert-Koch-Institut (RKI) Empfehlungen für den Umgang mit resistenten Keimen

gegeben werden. Auch Änderungen im Infektionsschutzgesetz sowie verbesserte Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung sind vorgesehen bzw. werden umgesetzt.

Frau Staatsministerin Christine Clauß, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Verbrau-



Erik Bodendieck, Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Dr. med. Jens-Uwe Schreck (v.l.)

cherschutz, unterstrich die Vorreiterrolle die Sachsen mit der Sächsischen Hygiene-Verordnung hat, und berichtete zu den speziell sächsischen Aktivitäten wie zum Beispiel die Implementierung einer Arbeitsgruppe „Hygiene in der Pflege“.

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, Dresden, beschrieb in seinem Vortrag „Hygiene als Teil der Kunst gesund zu sein“ den Weg von Carus zu Lingner. Weniger bekannt ist, dass Carus neben seinen großen Verdiensten als Hochschullehrer in Dresden auch Leibarzt dreier sächsischer Könige war. Lingner, auf dessen Initiative 1911 die 1. Internationale Hygieneausstellung in Dresden stattfand, sah den Menschen als „ein Kunstwerk mit eigener Verantwortung für die Gesundheit“. Prof. Dr. med. Martin Mielke (RKI) berichtete in seinem Vortrag „Nosokomiale Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen – von gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung vor Ort“

unter anderem über den gewaltigen Umfang des Problems von postoperativen Wundinfektionen, Device-assoziierten Harnwegsinfektionen und Pneumonien sowie Device-assoziiertes Sepsis als Komplikationen medizinischer Maßnahmen. Er stellte die unheilvolle Trias von Antibiotikagaben in der Tierproduktion, Verschreibungsgewohnheiten der niedergelassenen Ärzte und nosokomialer Infektion heraus und verglich das Risikomanagement in Deutschland und den Niederlanden sowie deren Grenzregionen.

Prof. Dr. med. Martin Exner (Universitätsklinikum Bonn) hob in seinem Vortrag „Quo vadis Hygiene?“ die großen Verdienste der Hygiene in den entwickelten Ländern im 20. Jahrhundert hervor: Von den 30 bis 35 Jahren Zugewinn an Lebensjahren im vergangenen Jahrhundert sind „5 Jahre aufgrund von Erfolgen der kurativen Medizin zu verzeichnen, aber 25 bis 30 Jahre aufgrund von Hygiene und öffentlicher Gesundheit, Investitionen in Bildung unter anderem für Frauen, Bekämpfung von Armut, Verbesserung der Ernährungssituation und technischem Fortschritt“. Die damaligen großen Erfolge waren zum Beispiel durch die Einführung der Trinkwasserfiltration und von Schutzimpfungen möglich geworden, aber auch durch die Aufklärung der Bevölkerung zu Fragen der Hygiene. Die jetzige Situation der „möglichen Infektion in der medizinischen Versorgung als Komplikation medizinischer Versorgung“ ist auch dem hohen Niveau der Medizin

geschuldet. Dabei sind aber neue Aspekte der Hygiene etwas aus dem Blick geraten. So sei zum Beispiel in den letzten 20 Jahren in Deutschland mit Auflösung des Bundesgesundheitsamtes (1993) eine Schwächung des öffentlichen Gesundheitsschutzes erfolgt, bei Stärkung des Umweltschutzes. Sehr kritisch sei auch die diesbezügliche derzeitige Ausbildungssituation der Medizinstudenten an den Hochschulen zu sehen.

Zusammenfassend wurde in der Podiumsdiskussion hervorgehoben, dass finanzielle Maßnahmen wie Erhöhung der Zahl der beschäftigten Hygienefachkräfte, bauliche Maßnahmen, aber auch strukturelle Maßnahmen und nicht zuletzt Motivation nötig sind, um den derzeit unbefriedigenden Zustand zu verbessern. Die Gesetzesnovelle sieht vor, dass Krankenhäuser ab 400 Betten einen hauptamtlichen Facharzt für Hygiene beschäftigen müssen. Realisierbar ist das derzeit aufgrund der mangelnden Anzahl von Fachärzten noch nicht. In den kommenden Jahren müssen deshalb verstärkt Anstrengungen unternommen werden, Weiterbildungsstellen zur Verfügung zu stellen. Hierfür sind auch – so die Forderung der Krankenhausgesellschaft Sachsen – ausreichend finanzielle Mittel erforderlich. Innerhalb der Ärzteschaft wird noch zu klären sein, welche Anforderungen Hygienefachärzte aufweisen müssen. Nach Ansicht der Landesärztekammern, so Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, muss die Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin flächendeckend angeboten werden. Im Freistaat Sachsen sind von 52 Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin nur noch 19 berufstätig. Eine von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern entwickelte strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ soll zeitnah umgesetzt werden. Auch muss das Fach Hygiene wieder einen höheren Stellenwert an den Medizinischen Fakultäten erhalten. Nach aktuellen Recherchen haben von den 36 medizinischen Fakultäten nur noch 11



Dr. med. Mathias Wesser,
Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin



Dr. med. vet. Stephan Koch

einen Lehrstuhl für Hygiene und Umweltmedizin. Damit ist aber nicht nur die studentische Ausbildung betroffen, sondern auch die Forschung.

Am 2. Veranstaltungstag fanden mehrere Foren und Kolloquien parallel statt. In dem am meisten besuchten Forum Krankenhaushygiene stellte Herr Prof. Dr. med. Walter Popp (Universitätsklinikum Essen) die aktuelle epidemiologische Lage der nosokomialen Infektionen vor. Prof. Dr. med. Axel Kramer (Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald) thematisierte die Präventionsstrategien in der Krankenhaushygiene. Dr. med. Jan Wilde (Universitätsklinikum Leipzig) sprach zu einem der Kernpunkte der Thematik „Kostenfaktor Krankenhaushygiene – Auf der Suche nach dem Mittelweg“.

Das Forum „Öffentlicher Gesundheitsdienst – Überwachung medizinischer Einrichtungen“ beleuchtete



Prof. Dr. med. habil. Stefan Schubert

unter anderem Hygiene als Bestandteil des Qualitätsmanagements im niedergelassenen Bereich inklusive der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten nach hygienischen Standards. Ein Schwerpunkt des Forums waren natürlich die MRSA-Infektionen. Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg stellten ihre MRSA- und Hygiene-Netzwerke vor. Dipl.-Med. Heidrun Böhm (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz) hob hervor, dass es der Zusammenarbeit aller Partner und Ebenen in einem Netzwerk bedarf, um diesem Problem zielführend begegnen zu können. Ein krankenhausesweites Infektionspräventionsprogramm zur Reduktion septischer Krankenhausinfektionen (ALERTS) erläuterte Dr. med. Stefan Hagel vom Universitätsklinikum Jena. Im Patientenforum standen Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Ralph Beckert, Sozialverband VdK Sachsen sowie Prof. Dr.

med. Frank Oehmichen, Bavaria Klinik Kreischa, den Anwesenden für Fragen zur Verfügung. Es wurden aber auch in Vorträgen hygienische Probleme aus dem Alltag beleuchtet, wie zum Beispiel die bei der Nutzung von Trinkwasserspendern.

In den Kongress integriert war das „Kolloquium HIV/AIDS – Rückblick und gegenwärtige Situation“ unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Stefan Schubert (Universitätsklinikum Leipzig). Es wurde Rückschau auf 30 Jahre AIDS-Pandemie gehalten, insbesondere aber auch Prävention und Früherkennung besprochen. Der aktuelle Stand der HIV-Therapie wurde dargestellt und Themen wie Kinderwunsch, Schwangerschaft und HIV-Infektion sowie Koinfektion von HIV- und Virushepatiden behandelt. Die Lebenserwartung von HIV-Infizierten nähert sich heutzutage bei Früherkennung und optimaler medikamentöser Therapie dem der Normalbevölkerung an.

In den Pausen nutzten die Teilnehmer intensiv die Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch

Mit insgesamt rund 280 Gästen und deren Tenor „ein derartiger Kongress sollte alle zwei Jahre stattfinden“ hat die Resonanz die Erwartungen der Veranstalter übertroffen.

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder,
Stellvertretende Referatsleiterin Ethik und
Medizinische Sachfragen
Dr. med. Katrin Bräutigam

Problemkeime im Krankenhaus

Die Problemkeime MRSA und Clostridium difficile im Krankenhaus – klinisches und hygienisches Management

1. Einleitung:

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 114. Sitzung am 9. Juni 2011 das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes angenommen. Ziel des Gesetzes ist die Verbesserung der „Hygienequalität“ in Krankenhäusern und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitswesens. Unter „Hygienequalität“ sind dabei vor allem die Minimierung von nosokomialen Infektionen und des Auftretens multiresistenter Erreger zu verstehen. Von besonderer Bedeutung für die praktische Arbeit in der Krankenhaushygiene ist der Paragraph 23 des novellierten Infektionsschutzgesetzes.

§23 (4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert-Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.

Das ist nicht völlig neu. Die Surveillance definierter multiresistenter Erreger (MRE) war bereits seit 10 Jahren Pflichtaufgabe jedes Krankenhauses. Neu ist dagegen die definierte Forderung nach sachgerechten Schlussfolgerungen hinsichtlich der Prävention und ihrer praktischen Umsetzung. Hier gibt es tatsächlich Handlungsbedarf. Den meisten Mitarbeitern von Krankenhäusern ist die Häufigkeit des Auftretens von MRE

in der eigenen Einrichtung tatsächlich nicht bekannt. Das betrifft vor allem den Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), Extended-Spectrum- β -Laktamase-bildende *Enterobacteriaceae* (ESBL), Carbapenemase-bildende gramnegative Bakterien (CRE) und Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE). Aber auch das Auftreten der *Clostridium-dificile*-assoziierten-Diarrhö (CDI) bedarf intensiver infektionspräventiver Maßnahmen. Im Folgenden sollen die Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Infektionen durch MRSA und der CDI beispielhaft dargestellt werden.

2. Prävention und Bekämpfung von MRSA- Infektionen

2.1. Definition und Diagnostik von MRSA

MRSA (**M**ethicillin-**r**esistente-**S**taphylococcus-**a**ureus) sind nicht die in der Boulevardpresse häufig titulierten „Killerkeime“ oder „Superbugs“, sondern Vertreter der Species *Staphylococcus aureus*, der seit über 100 Jahren bekannten kugelförmigen grampositiven in Traubenform angeordneten Haufenkokken. *S. aureus* besiedelt die Haut und die Schleimhäute von 25 bis 30 % aller (gesunden) Menschen. Er kolonisiert vergleichbare Biotope auch bei vielen Heim- und Nutztieren. Meist löst das Bakterium keine Krankheitssymptome aus. Durch lokale oder generalisierte Abwehrschwäche des Trägers bzw. Gelegenheit zur Invasion kann *S. aureus* Hautinfektionen (Furunkel, Karbunkel, Impetigo), Mastitis puerperalis, Harnwegsinfektionen, Pneumonie, Endokarditis oder Sepsis hervorrufen. *S. aureus* ist auf Grund der Kolonisation der Haut und der Nasenvorhöfe der dominierende Erreger der postoperativen Wundinfektion in der Orthopädie, Unfallchirurgie und in der operativen Dermatologie. Er besitzt eine ganze Palette von Virulenzfaktoren. Die Plasmakoagulase und der Clumping-Faktor A bewirken die lokale Gerinnung von Fibrin, mit dem *S. aureus* sich maskiert und von Antikörpern nicht mehr erkannt wird. Mittels der Enzyme Hyaluronidase, DNase, Lipase und Hämolysin kann *S. aureus*

interzelluläres Bindegewebe und Parenchymzellen lysieren. Leukozydin schädigt Granulozyten und Makrophagen. Weitere Virulenzfaktoren wie Exfoliantin-Toxin (scalded-skin-Syndrome), PVL-Toxin (Folliculitis) oder TSS-Toxin (Toxisches Schock-Syndrom) sind nur in bestimmten Stämmen von *S. aureus* nachweisbar und verursachen spezifische Krankheitsbilder. MRSA unterscheiden sich hinsichtlich des Vorkommens der genannten Virulenzfaktoren nicht von dem bisher beschriebenen *S. aureus*. Das Alleinstellungsmerkmal von MRSA ist der Besitz eines Resistenzgens, das für ein modifiziertes Penicillin-Bindeprotein kodiert. Penicillin-Bindeproteine – bakterielle Transpeptidasen – sind für die korrekte Verknüpfung der Bausteine der Zellwand verantwortlich und werden durch β -Lactam-Antibiotika irreversibel inaktiviert. In Folge dessen kommt die Zellwandsynthese zum Erliegen, was zum Absterben des Bakteriums führt. Das modifizierte Penicillin-Bindeprotein verhindert die Bindung von β -Lactam-Antibiotika und führt dazu, dass MRSA gegen alle β -Lactam-Antibiotika (Penicilline, Cephalosporine, Carbapeneme) resistent sind. Diese Resistenz ist im Gegensatz zum borderline-Oxacillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (BORSA) auch durch Gabe von β -Laktame hemmenden Substanzen (zum Beispiel Clavulansäure) nicht zu beeinflussen.

Die Diagnostik von MRSA besteht aus dem Nachweis von *S. aureus* sowie der für MRSA spezifischen Resistenz gegen Methicillin (Oxacillin, Flucloxacillin, Cefoxitin). Möglich sind sowohl konventionelle bakteriologische (Kultur auf Nährmedien) sowie auch molekularbiologische Verfahren (PCR). Diese bestimmen das für Resistenz gegen Oxacillin verantwortliche Gen *mecA* bzw. (selten) *mecR*.

2.2. Epidemiologie und klinische Bedeutung von MRSA

In Südostasien, den USA, Großbritannien sowie Ländern Südeuropas beträgt der Anteil von MRSA an den klinischen Isolaten von *S. aureus* mittlerweile bis zu 50 %. In den Nie-

derlanden sowie Skandinavien ist die Inzidenz von MRSA dagegen gering (Abb. 1).

Die Gründe für eine hohe MRSA-Prävalenz sind vor allem der unkritische Einsatz von Antibiotika, Mangel an Pflegepersonal in Gesundheitseinrichtungen (2) sowie die häufig insuffiziente Umsetzung der erforderlichen Präventionsmaßnahmen (vor allem der hygienischen Händedesinfektion). In Deutschland stieg der Anteil von MRSA an Staphylococcus-aureus-Blutkulturisolaten von 1999 bis 2008 von 9,4 % auf 19,5 % an (3). Die Zunahme der Häufigkeit von MRSA ist auch in Sachsen nachweisbar (Abb. 2).

Potenzielle Risikofaktoren der Patienten für die Kolonisation oder Infektion durch MRSA können sich regional unterscheiden (4). Nach den Untersuchungen zur MRSA-Prävalenz in der Bevölkerung im Bereich des lokalen MRE-Netzwerkes Südbrandenburg standen vor allem chronische Erkrankungen des Patienten (zum Beispiel Diabetes mellitus, Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen), ein stationärer Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten, eine vorausgegangene Antibiotikatherapie sowie implantierte Fremdmaterialien an der Spitze. Die mit der Methicillin-Resistenz einhergehende Unwirksamkeit der gesamten β -Laktam-Antibiotika-Klasse führt zu einer höheren Morbidität der Patienten, längerer stationärer Verweildauer und erhöhter Mortalität von MRSA-Patienten im Vergleich zu Patienten, bei denen eine Infektion mit Oxacillin-sensiblen *S. aureus* (MSSA) auftritt (Tab. 1)

Die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines mit MRSA infizierten Patienten betragen unter DRG-Bedingungen in Deutschland gegen-



Abb 1: MRSA-Raten in europäischen Ländern 2009 (1)

wärtig durchschnittlich 7.768 Euro, wobei lediglich ein durchschnittlicher Erlös von 2.062 Euro erzielt werden kann (6).

2.3. Therapie von MRSA-Infektionen

Ist der Patient ohne klinische Infektionszeichen lediglich mit MRSA kolonisiert, ist die Gabe von Antibiotika kontraindiziert. Dann kann sich die normale Bakterienflora von Haut- und Schleimhaut regenerieren. Eine systemische Therapie erfolgt nur bei klinischen Zeichen einer Infektion.

Hierfür stehen nach wie vor wirksame Antibiotika zur Verfügung (Tabelle 2). Bei der Antibiotikatherapie von MRSA-Infektionen ist eine enge Zusammenarbeit mit dem mikrobiologischen Untersuchungslabor sinnvoll.

2.4. Hygienemaßnahmen zur Prävention von MRSA-Infektionen

Zur Prävention und Bekämpfung von MRSA sind gezielte antiepidemische Maßnahmen notwendig (7, 8, 9). Die beste Präventionsmaßnahme ist ein kontrollierter Einsatz von Antibio-

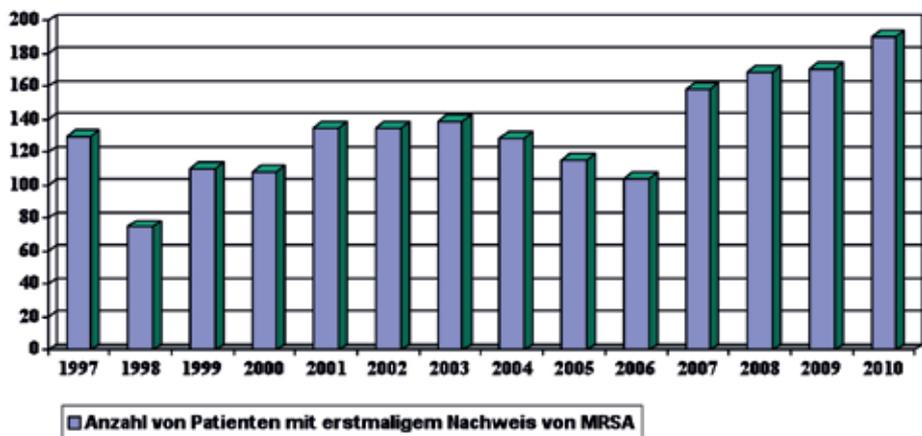


Abb. 2: Inzidenz von Patienten mit erstmaligem MRSA-Nachweis im Universitätsklinikum Dresden

Tabelle 1: Klinischer Verlauf von Bakteriämien durch *S. aureus* (5)

	MSSA	MRSA
Anzahl von Patienten	433	382
Genesung	86,4 %	70,4 %
Tod auf Grund anderer Ursachen	8,5 %	17,8 %
Tod durch Infektion	5,1 %	11,8 %

tika nach aktuellen Leitlinien mit mindestens jährlicher Erstellung und Auswertung des Erreger- und Resistenzspektrums klinischer Bakterienisolate. Bei (optimal bereits vor) der Aufnahme in ein Krankenhaus ist ein Screening von Patienten auf Kolonisation oder Infektion mit MRSA not-

Tabelle 2: Antibiotikatherapie von MRSA-Infektionen

Infektion	Antibiotikum	Bemerkungen
Pneumonie	Vancomycin (2 x 1 g i.v.), ggf. plus Rifampicin (2 x 300 mg i.v.)	nicht bei Gefahr der Interaktion von Rifampicin, z. B. Organtransplantierte
	Vancomycin (2 x 1 g i.v.), ggf. plus Fosfomycin (3 x 5 g i.v.)	cave: Natriumbelastung
	Linezolid (2 x 600 mg i.v.)	bei Multiorganversagen oder schwerer Lungenfunktionsstörung
Haut- und Weichteilinfektionen	Vancomycin (2 x 1 g i.v.)	
	Doxycyclin (2 x 100 mg oral)	bei nicht lebensbedrohlicher Erkrankung
	Sulfamethoxazol/Trimethoprim (2 x 800/160 mg oral)	
	Linezolid, (2 x 600 mg i.v.)	
	Tigecyclin (100 mg Einzeldosis, dann 2 x 50 mg/die i.v.)	Reserveantibiotika bei schweren Infektionen
Sepsis	Daptomycin (4 mg/ kg KG/die i. v.)	
	Vancomycin (2 x 1 g i.v.), ggf. plus Rifampicin (2 x 300 mg i.v.)	nicht bei Gefahr der Interaktion von Rifampicin, z. B. Organtransplantierte
	Linezolid (2 x 600 mg i.v.)	Reserveantibiotik bei schweren Infektionen

wendig. Hierfür stehen konventionelle mikrobiologische Kulturmethoden (preiswert, aber Verdachtsbefund liegt erst am Folgetag vor) bzw. molekularbiologische Verfahren (teuer, Ergebnis liegt bereits nach 2 bis 4 Stunden vor) zur Verfügung. Die Frage, welche Patienten untersucht werden, sollte sich am speziellen Risikoprofil der Patienten des betreffenden Krankenhauses orientieren. Unbedingt notwendig ist das Screening bei Patienten mit früherem MRSA-Nachweis. Der MRSA-Status des Patienten muss deshalb in der Krankenakte eindeutig vermerkt sein. Die Abstrichserie sollte mindestens die Nasenvorhöfe, Wunden sowie die Eintrittsstelle von Kathetern oder Sonden umfassen. Ein MRSA-Screening von Mitarbeitern ist nur bei Häufungen von MRSA-Infektionen empfohlen. MRSA-Patienten kontaminieren die Umgebung vor allem durch die Hände. Im Respirationstrakt besiedelte oder infizierte Patienten geben beim Sprechen, Husten und Niesen (besonders bei zusätzlichen viralen Infektionen) Erreger in die Umgebung ab. Bei Besiedlung der Körperhaut erfolgt das durch Hautschuppen, die besonders beim Bettenmachen hohe Keimzahlen in der Raumluft verursachen. Mit MRSA

besiedelte oder infizierte Patienten sind daher räumlich zu isolieren (Einzelzimmer mit Sanitärzelle). Eine Kohortisolierung ist möglich. Ärzte und Pflegepersonal müssen bei körperlicher Untersuchung oder Pflege des Patienten Schutzhandschuhe, einen Schutzkittel sowie einen Mund-Nasenschutz tragen. Besucher müssen über den MRSA-Status des Patienten aufgeklärt werden, benötigen diese Schutzkleidung aber nicht, sofern bei ihnen oder Familienangehörigen keine speziellen Risikofaktoren für eine MRSA-Infektion vorliegen. Von entscheidender Bedeutung ist eine Händedesinfektion vor Betreten und Verlassen des Isolierzimmers, unabhängig vom Tragen von Schutzhandschuhen. Führungskräften kommt dabei eine wichtige Vorbildfunktion zu. Ebenso sind die patientennahen Kontaktflächen sowie die Gegenstände des täglichen Gebrauchs (zum Beispiel Zahnbürste, Kamm, Rasiermesser) zu desinfizieren. MRSA werden durch alle routinemäßig in Krankenhäusern eingesetzten Desinfektionsmittel abgetötet. In dieser Zeit ist ein täglicher Wechsel der Leib- und Bettwäsche der Patienten erforderlich. Zur Minimierung der Keimfreisetzung in die Umgebung soll eine Dekontaminationsbehand-

lung des Patienten durch täglich dreimaliges Bestreichen der Nasenvorhöfe mit Turixin-Nasensalbe (alternativ Polihexanid- oder Octenidin-Gel), dreimal tägliche antiseptische Mundspülung mit Chlorhexidin- oder Octenidin-Lösung sowie einmal tägliche Ganzkörperwaschung einschließlich der Haare mit antiseptischer Waschlotion erfolgen. Am Tage 3 bis 6 nach Beendigung der Dekontamination sind Abstriche von Nase, Rachen und dem vorherigen Nachweisort von MRSA zu entnehmen. Sind diese negativ, kann die Isolation aufgehoben werden. Bei Verlegung des Patienten ist das übernehmende Krankenhaus, die Reha-Einrichtung, der Hausarzt, das Pflegeheim oder die ambulante Krankenpflege über den MRSA-Status des Patienten und den Stand der Sanierung zu informieren (Überleitungsbögen). Eine wichtige Rolle kommt hier den sich gegenwärtig etablierenden MRSA-Netzwerken zu.

2.5. Meldepflicht von MRSA-Infektionen

Seit dem 1. Juli 2009 besteht eine Labormeldepflicht von Nachweisen von MRSA aus Blut oder Liquor. Außerdem ist durch das Krankenhaus jede Häufung von MRSA-Infektionen (zwei oder mehr Infektionen in vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) meldepflichtig. In diesen Fällen ist eine molekularbiologische Typisierung der MRSA-Isole zur Aufklärung von Infektionsquellen und Übertragungswegen hilfreich (10).

3. Prävention und Bekämpfung von nosokomialen Clostridium-difficile-assoziierten Infektionen (CDI)

3.1. Erreger, Krankheitsbild und Diagnostik der CDI

Clostridium difficile (*C. difficile*) ist ein im menschlichen Darm obligat anaerob wachsendes grampositives Stäbchenbakterium. Es kann Endosporen bilden, die stabil in der Umwelt und resistent gegen zahlreiche Desinfektionsmittel sind (11). Für die Ausprägung von Diarrhö und Kolitis verantwortlich sind die Virulenzfaktoren Enterotoxin A, Cytoto-

xin B, bei einigen Stämmen auch ein weiteres binäres Toxin (CDT). Bekannt sind auch *Clostridium-difficile*-Stämme, die keine Toxine bilden und dann apathogen sind. Eine durch Antibiotikabehandlung gestörte bakterielle Begleitflora des Darmes sowie gastrointestinale Operationen bzw. Grundkrankheiten sind für die Ausprägung des Krankheitsbilds wesentlich. Von Bedeutung ist auch das Vorhandensein von spezifischen Antikörpern gegen die Enterotoxine. Krankheitsbilder sind Diarrhö, Ileus, pseudomembranöse Colitis, toxisches Megakolon, Darmperforationen und Sepsis. Die Letalität wird mit 1 bis 2 % angegeben, kann aber bei älteren Patienten mit Komorbiditäten und insbesondere in Verbindung mit dem gehäuften Auftreten von hypervirulenten Stämmen deutlich höher sein. Nach Aufnahme in ein Krankenhaus kommt es bei erwachsenen Patienten relativ schnell zu einem Anstieg der Besiedlung von 5 % auf ca. 30 %, wobei der überwiegende Anteil der Patienten asymptomatisch bleibt. *Clostridium difficile* verursacht etwa 20 % der Antibiotika-assoziierten Durchfallerkrankungen und die überwiegende Anzahl der Fälle von pseudomembranöser Kolitis (12). Die Erkrankung tritt signifikant häufiger bei älteren Patienten, selten aber ambulant auf. In Deutschland stieg die Anzahl der CDI in den letzten Jahren deutlich an (Abb. 3).

Ausgehend von Nordamerika wurde ein neuer epidemischer Stamm mit besonderen Virulenzeigenschaften beobachtet (Ribotyp 027), der für einen Anstieg der Fallzahlen und die Zunahme der Erkrankungsschwere

verantwortlich ist. Ursache sind ein weiteres Toxin zusätzlich zu den Toxinen A und B bzw. eine gesteigerte Toxinproduktion. Bisher überwiegen bei Krankenhausinfektionen in Deutschland allerdings Isolate des Ribotyps 001. *Clostridium difficile* wird durch orale Aufnahme der Bakterien (Sporen) nach Kontaktinfektion (Hände!) übertragen. Der zeitliche Abstand zwischen einer vorangehenden Antibiotikatherapie und dem Auftreten der Symptome beträgt 3 bis 5 Tage, kann aber mehrere Wochen betragen. Da nach adäquater Therapie und Abklingen der Symptomatik bei bis zu 30 % der Patienten weiterhin Toxine nachgewiesen werden können, kann aus ihrem weiterem Nachweis nicht auf die Ansteckungsfähigkeit des Patienten geschlossen werden. Unter pragmatischen Gesichtspunkten sollten deshalb Isolierungsmaßnahmen nur 2 Tage nach Ende der Durchfälle aufrechterhalten werden. Eine mikrobiologische Diagnostik sollte nur bei Patienten mit klinischen Symptomen einer CDI erfolgen (mehr als drei Tage andauernde Diarrhö ohne andere bekannte Erreger mit oder ohne vorherige Antibiotikatherapie). Die Diagnostik erfolgt durch Toxinachweis im Stuhl mittels kommerzieller Enzymimmunoassays. Der positive Toxinachweis kann trotz Sistierens der Symptome über 1 bis 2 Wochen erhalten bleiben. Bei schwer kranken Patienten ist die Endoskopie die schnellste Möglichkeit, eine pseudomembranöse Kolitis zu diagnostizieren. Bei Nachweis von Pseudomembranen durch einen erfahrenen Endoskopiker ist ein sofortiger Therapiebeginn ohne mikrobiologischen Nachweis indiziert.

3.2. Antibiotikatherapie der CDI

Bei einem Viertel der Patienten mit symptomatischer CDI führt bereits das Beenden der Antibiotikatherapie (wenn aus klinischer Sicht vertretbar) zum Sistieren des Durchfalls innerhalb von 2 bis 3 Tagen. Eine Antibiotikatherapie sollte bei schweren oder fortbestehenden Symptomen, älteren und/oder Patienten mit Grundleiden oder Situationen, in denen die laufende Antibiotikatherapie fortgesetzt werden muss, erfolgen. In diesen Fällen ist eine orale Therapie mit Metronidazol oder Vancomycin erforderlich. Für die Erstbehandlung ist primär Metronidazol (4 x 250 mg oder 3 x 500 mg oral / i.v.) zu empfehlen, bei schweren und rezidivierenden Verläufen Vancomycin (4 x 125 mg oral). Die Therapiedauer sollte 10 Tage betragen. Bei Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheitsbildern (toxisches Megakolon) wird eine kombinierte Therapie mit Vancomycin (oral oder über enterale Sonden) und Metronidazol (i.v.) empfohlen. Der Behandlungserfolg ist rein klinisch definiert. Mikrobiologische Kontrolluntersuchungen nach klinischer Heilung sind nicht angezeigt. Wiederkehrende Rezidive sollten mit einer antimikrobiellen Intervalltherapie in Kombination mit Probiotika behandelt werden (13). Der restriktive Einsatz von Antibiotika, wie er auch für die Kontrolle und Prävention der Ausbildung von Antibiotikaresistenzen empfohlen wird, kann zu einer Verminderung des Risikos einer CDI beitragen (14).

3.3. Hygienemaßnahmen bei CDI

Gefährliche Patienten mit *C.-difficile*-bedingten Durchfällen sind in einem Einzelzimmer (Kohortisolierung ist möglich) mit eigener Sanitärzelle zu isolieren. Bei bettlägerigen Patienten ist eine Kontaktisolierung in Mehrbettzimmern möglich. Die Barrieremaßnahmen (Schutzkittel, Schutzhandschuhe, Händedesinfektion) sind dann unmittelbar am Bett durchzuführen. Aufgrund der hohen Desinfektionsmittelresistenz der *C.-difficile*-Sporen sind veränderte Desinfektionsmaßnahmen notwendig (15): ■ Zusätzlich zur üblichen Händedesinfektion nach Patientenkon-

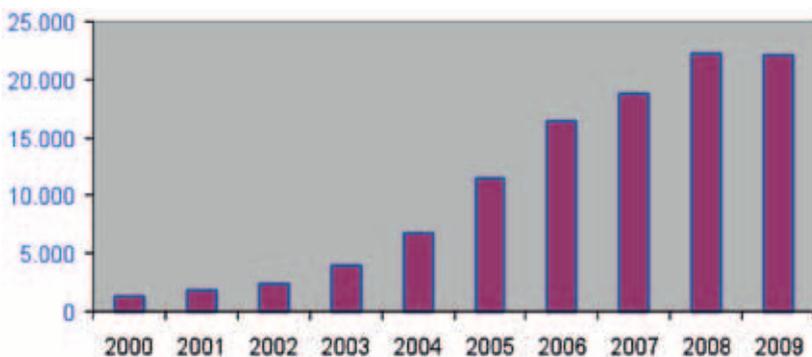


Abb. 3 Häufigkeit der CDI-Diagnose (ICD 04.7) in Deutschland

Tabelle 3: Definition des schweren Falls einer CDI

Diagnose einer pseudomembranösen Kolitis, eines Durchfalls oder von toxischem Megakolon mit <i>C.-difficile</i> -Toxinnachweis (A und/ oder B) oder Nachweis von toxinbildendem <i>C.-difficile</i> mit einer anderen Methode und eines der folgenden Kriterien	
1	Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion
2	Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen
3	Chirurgischer Eingriff aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis
4	Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung und CDI als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung und/oder Nachweis des Ribotyps 027

takt (auch bei Nutzung von Schutzhandschuhen) wird eine Händewaschung empfohlen, um Sporen mechanisch zu entfernen.

- Patientennahe Handkontakt-Flächen wie Nachttisch, Bettgestell, Waschbecken, Sanitärbereich, Toiletten, Türgriffe sind mindestens täglich mit einem bei *C.-difficile*-Sporen wirksamen Flächen-desinfektionsmittel abzuwischen.
- Bei Medizinprodukten mit direktem Kontakt zum Patienten ist wegen der besseren mechanischen Entfernung der Sporen eine maschinelle Aufbereitung zu bevorzugen. Ist das nicht möglich, sind gegen *Clostridium difficile* wirksame Instrumentendesinfektionsmittel einzusetzen. Rektalthermometer sowie Stethoskope sind patientenbezogen zu verwenden und müssen nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten desinfiziert werden.

Ist ein Transport eines symptomatischen Patienten im Krankenhaus (zum Beispiel Funktionsdiagnostik), geplant, sollte der Zielbereich vorab informiert werden.

3.4. Meldepflicht von *Clostridium difficile*-Infektionen

Schwere Fälle (Tabelle 3) von Infektionen durch *Clostridium difficile* unterliegen der ärztlichen Meldepflicht.

4. Surveillance und Ausbruchsmangement von nosokomialen Infektionen durch MRSA und *Clostridium difficile*

Eine der grundlegenden Aufgaben von Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten und Krankenhaushygienikern ist die Surveillance (Erfassung und Auswertung) des Auftretens von MRSA und *Clostridium difficile* in den Gesundheitseinrichtungen. Dazu ist eine kontinuierliche Dokumentation der Fälle, ihre

Bewertung und Auswertung mit der Krankenhausleitung sowie allen betroffenen Berufsgruppen notwendig. Durch exakte Falldefinitionen und Erfassungsmethoden werden die Ergebnisse mit denen anderer Einrichtungen vergleichbar. Empfehlenswert ist eine Beteiligung oder Orientierung an den MRSA-KISS bzw. CDI-KISS Modulen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems des Nationalen Referenzzentrums für nosokomiale Infektionen (www.nrz-hygiene.de). Im Rahmen eines Ausbruchs müssen die oben genannten Maßnahmen besonders konsequent durchgeführt und muss ihre korrekte Umsetzung überprüft werden (16).

Literatur beim Verfasser
Anschrift der Verfasser
Priv.-Doz. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil.
Lutz Jatzwauk
Dr. med. Kristina Hochauf
Bereich Krankenhaushygiene und
Umweltschutz
Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Krankenhaus Barometer 2011

Im Jahr 2011 haben rund drei Viertel der Krankenhäuser (74 Prozent) Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Nachdem vor allem seit Mitte des letzten Jahrzehnts ein deutlicher Anstieg der betroffenen Häuser zu beobachten war, haben sich die Anteilswerte in den letzten Jahren auf sehr hohem Niveau stabilisiert. Dies ergibt eine Umfrage des Krankenhaus Barometers unter zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten. An der Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) beteiligten sich von April bis Juli 2011 insgesamt 272 Klinikgeschäftsführer.

Laut der Befragung hat sich von der Mitte bis zum Ende des letzten Jahrzehnts die Anzahl vakanter Arztstellen von 1.300 auf 5.000 Vollkraftstellen nahezu vervierfacht. Im Jahr 2011 ist dagegen die Anzahl offener Arztstellen um fast ein Viertel gegenüber den beiden Vorjahren rückläufig.

88 Prozent der Klinikgeschäftsführer gaben an, dass die Kosten für Honorarärzte im Durchschnitt höher ausfallen als für die fest angestellten Ärzte. Knapp 10 Prozent der Einrichtungen führten in etwa gleiche Kosten für beide Arztgruppen an. Lediglich in gut 2 Prozent der Häuser fallen die Kosten von Honorarärzten niedriger aus.

Große Schwierigkeiten bereitet den befragten Kliniken auch die Besetzung von offenen Stellen in allen Pflegebereichen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten blieben bundesweit rund 3.000 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Gegenüber 2009 mit 1.250 unbesetzter Pflegestellen entspricht dies einer Steigerung von 140 Prozent innerhalb von nur zwei Jahren.

Den vollständigen Bericht mit weiteren Informationen zum „Krankenhaus Barometer 2011“ finden Sie unter: <http://www.dki.de>.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/C001

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/C002

Annaberg

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
Reg.-Nr. 12/C003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2012

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C004

Mittlerer Erzgebirgskreis

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 12/C005

Chemnitz-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 12/C006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.02.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D001

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D002

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.02.2012 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. 12/L001

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L002

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/L003

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L004

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/L005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 03.02.2012

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.02.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: 2012

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Aufruf an die sächsischen Praxen

Das Referat „Medizinische Fachangestellte“ bei der Sächsischen Landesärztekammer sucht dringend zur Absicherung der praktischen Prüfungen einen Autoklav. Dieser muss nicht mehr funktionsfähig sein und dient in der Prüfung lediglich zu Vorführzwecken. Praxen, die einen solchen eventuell wegen Neuanschaffung abzugeben haben, melden sich bitte bei Frau Hartmann, Tel.-Nr. 0351 8276 170. Vielen Dank!

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 14. Dezember 2011

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und § 14 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammerngesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. November 2011 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beitragsordnung – Beitrags-O) vom 26. Juni 2002 beschlossen:

Artikel 1

Die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 24. Juni 2002, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, Seite 337), zuletzt geändert mit Satzung vom 30. November 2009 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23.11.2009, Az. 21-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2009, Seite 632) wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 Buchstabe b) wird das Wort „zivil-“ durch das Wort „bundesfreiwilligen-“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „nicht feststellbar ist,“ die Wörter „wie z. B. Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie,“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „175,00 EUR“ durch die Angabe „60,00 EUR“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Bei Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit über 15.000,00 EUR im Beitragsjahr erfolgt die Bemessung des Kammerbeitrages unabhängig vom Bezug einer Altersrente gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1.“

3. In § 9 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„Mitglieder, die Leistungen aus dem Fonds der Sächsischen Ärztehilfe erhalten, sind in dem betreffenden Jahr vom Kammerbeitrag befreit.“

4. Die Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird wie folgt neu gefasst:

„Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (gültig ab Beitragsjahr 2012)

**Tabelle über Kammerbeiträge
Mindestbeitrag 15,00 EUR**

Beitragsstufe	Einkünfte pro Jahr in EUR		Jahresbeitrag in Euro
	über	bis	
1		5.000,00	15,00
2	5.000,00	10.000,00	25,00
3	10.000,00	15.000,00	55,00
4	15.000,00	20.000,00	80,00
5	20.000,00	25.000,00	105,00
6	25.000,00	30.000,00	130,00
7	30.000,00	35.000,00	160,00
8	35.000,00	40.000,00	190,00
9	40.000,00	45.000,00	215,00
10	45.000,00	50.000,00	240,00
11	50.000,00	55.000,00	270,00
12	55.000,00	60.000,00	295,00
13	60.000,00	65.000,00	320,00
14	65.000,00	70.000,00	350,00
15	70.000,00	75.000,00	375,00
16	75.000,00	80.000,00	400,00
17	80.000,00	85.000,00	430,00
18	85.000,00	90.000,00	455,00
19	90.000,00	95.000,00	480,00
20	95.000,00	100.000,00	510,00
21	100.000,00	105.000,00	535,00
22	105.000,00	110.000,00	560,00
23	110.000,00	115.000,00	585,00
24	115.000,00	120.000,00	615,00
25	120.000,00	125.000,00	640,00
26	125.000,00	130.000,00	665,00
27	130.000,00	135.000,00	690,00
28	135.000,00	140.000,00	715,00
29	140.000,00	145.000,00	745,00
30	145.000,00	150.000,00	770,00
31	150.000,00	155.000,00	795,00
32	155.000,00	160.000,00	820,00
33	160.000,00	165.000,00	850,00
34	165.000,00	170.000,00	875,00
35	170.000,00	175.000,00	910,00
36	175.000,00	180.000,00	935,00
37	180.000,00	185.000,00	960,00
38	185.000,00	190.000,00	985,00
39	190.000,00	195.000,00	1.010,00
40	195.000,00	200.000,00	1.035,00
41	200.000,00	480.769,23	0,52 % der Einkünfte
Höchstbeitrag	480.769,23		2.500,00“

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Dresden, 12. November 2011

i.V.
Erik Bodendieck
Vizepräsident

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertraud
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 6. Dezember 2011, AZ 26-5415.21/4 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 14. Dezember 2011

i.V.
Erik Bodendieck
Vizepräsident

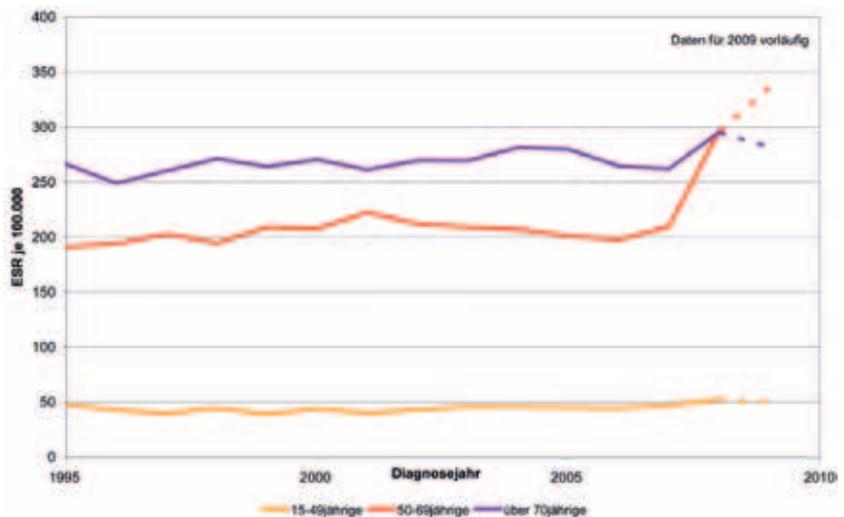
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Gemeinsames Krebsregister

Daten und Fakten zu Brustkrebs

Die sechsstufige Publikation des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) enthält die wichtigsten epidemiologischen Basisdaten zum Brustkrebs bei Frauen im GKR-Gebiet. Es enthält Aussagen zur Entwicklung und zu regionalen Unterschieden von Inzidenz-, Sterbe- und Überlebensraten. Fragen nach den häufigsten Lokalisationen und Histologien beim Mammakarzinom und den bevölkerungsbezogenen Auswirkungen des Mammographie-Screening auf Stadienverteilung und Inzidenz werden beantwortet. Es werden Daten zum GKR-Gebiet insgesamt, aber auch landesspezifische Daten veröffentlicht.

Im Freistaat Sachsen stieg die Inzidenzrate für Brustkrebs bei Frauen seit Beginn der Registrierung bis zum Jahr 2001 durchschnittlich um 2,2 Prozent jährlich an. Danach folgte ein Rückgang der Inzidenzrate bis 2006, der sowohl international als auch in anderen epidemiologischen Krebsregistern Deutschlands im Zusammenhang mit dem Rückgang der Verschreibung von Hormonersatzpräparaten diskutiert wird. Aufgrund des im Freistaat Sachsen ab 2007 schrittweise eingeführten Mammographie-Screening zeigt die Inzidenz danach einen steilen Anstieg um durchschnittlich 11,0 Prozent jährlich. Im Jahr 2006 vor Beginn des Screening betrug die Inzidenz 83,9 Fälle je 100.000 Personen der europäischen Standardbevölkerung (ESR). Im aktuellen Auswerte-



jahrgang 2008 liegt sie bei 111,5 Fällen je 100.000 (ESR). In der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen beeindruckt der Einfluss des Screening noch deutlicher. Die altersspezifische Inzidenzrate der screeningberechtigten Altersgruppe steigt von 197,8 je 100.000 im Jahr 2006 auf 296,3 je 100.000. Der Anteil an prognostisch günstigen Tumoren kleiner als 1 cm lag im Jahr 2008 in der screeningberechtigten Altersgruppe etwa doppelt so hoch wie in den anderen Altersgruppen (16,2 Prozent vs. 8,0 Prozent).

Nennenswerte altersspezifische Raten werden bereits ab dem 40. Lebensjahr beobachtet. 2008 betrug die Inzidenz bei den 40- bis 44-Jährigen 107,1 je 100.000. In den nachfolgenden Altersgruppen ist ein kontinuierlicher Anstieg der Inzidenz zu beobachten. Am höchsten ist die Inzidenzrate mit 402,2 je 100.000 bei den 60- bis 64-Jährigen.

Insgesamt wurden im Jahr 2008 im Freistaat Sachsen 3.677 Neuerkrankungen und 725 Todesfälle infolge

Brustkrebs gezählt. Das sind 29,7 Prozent aller Krebsneuerkrankungen (C00-C97 ohne C44) und 13,3 Prozent aller Krebssterbefälle bei Frauen. Die Sterberate 2008 liegt damit bei 17,3 je 100.000 der altersstandardisierten Bevölkerung (ESR). Während die Inzidenzrate wahrscheinlich auch in den nächsten Jahren noch ansteigen wird, ist die Sterberate seit 1991 mit jährlich durchschnittlich 2,5 Prozent rückläufig.

Das Faltblatt ist als PDF auf den Internetseiten des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen unter www.krebsregister.berlin.de abrufbar oder als Druckversion beim GKR erhältlich.

Roland Stabenow
Leiter der Registerstelle
Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin,
Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,
Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen
und Thüringen (GKR)
Brodauer Straße 16 – 22, 12621 Berlin
Telefon: 030 56581410

Pneumokokken-Impfung

**Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO):
Erweiterung der Empfehlung zur
Impfung gegen Pneumokokken-
Erkrankungen – Einbeziehung von
Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen
bei der Impfung Erwachsener.**

Pneumokokken (*Streptococcus pneumoniae*), die ubiquitär im Nasopharynx des Menschen nachweisbar sind, können sowohl invasive (Meningitis, Sepsis, bakteriämische Pneumonie) als auch nicht-invasive (Otitis media, Pneumonie, Sinusitis) Erkrankungen verursachen. Eine Polysaccharidkapsel, die den Serotyp des Erregers definiert, setzt der Abwehr durch

das humane Immunsystem Widerstand entgegen. Dies gilt umso mehr für ein noch unreifes oder ein geschwächtes Immunsystem (chronische Krankheiten). Bekannt sind 91 verschiedene Serotypen, deren Auftreten nach Region und Alter variiert. 23 von ihnen sind für mehr als 90 % der Erkrankungen verantwortlich. Die aktive Immunisierung gegen

Pneumokokken-Erkrankungen hat seit Jahren (in Deutschland Impffehlertabelle seit 1998) den Nachweis erbracht, dass sie geeignet ist, Morbidität, Mortalität und Letalität insbesondere von invasiven, aber auch von nicht-invasiven Pneumokokken-Infektionen zu senken.

Seit dem 24. Oktober 2011 ist in Europa erstmals ein Pneumokokken-Konjugatimpfstoff auch für die Anwendung bei Erwachsenen zugelassen. Es handelt sich um den 13-valenten (= enthält Antigene von 13 Serotypen des Bakteriums *Streptococcus pneumoniae*) Impfstoff (Prevenar 13®), der bereits im Dezember 2009 die Zulassung der europäischen Behörde (European Medicines Agency – EMA) für die Impfung von Kindern bis zum Alter von 5 Jahren erhielt.

Es ist seit langem bekannt und gesichert, dass konjugierte Polysaccharid-Impfstoffe (Konjugat-Impfstoffe) reinen Polysaccharid-Impfstoffen (PS-Impfstoffen) überlegen sind (Tabelle). Durch Bindung („Konjugation“) des Kapsel-Polysaccharids der Erreger an ein Protein (Trägerprotein) wird eine T-Zell-abhängige Immunantwort stimuliert. Die Erfolge der Impfung gegen den Erreger *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) sind erst nach Zulassung eines entsprechenden Konjugat-Impfstoffes im Jahr 1989 und Einführung der allgemeinen Hib-Impfung im Jahr darauf (STIKO-Empfehlung) möglich geworden.

Nach Auswertung vorliegender Studienergebnisse und unter Berücksichtigung der Zulassungsdaten (siehe Fachinformation Prevenar 13®, Stand: Oktober 2011) beschloss die SIKO auf ihrer Herbstsitzung am 4. November 2011, den ersten für die Anwendung bei Erwachsenen im Alter von 50 Jahren und darüber zugelassenen Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff in ihre Impfeempfehlungen einzubeziehen. Die Zulassung in dieser Altersgruppe erstreckt sich auf die Prävention von invasiven Erkrankungen, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden. Erwachsene erhalten eine Einzeldosis. Zusammengefasst ergeben sich folgende Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung:

Tabelle: Vorteile von Konjugat-Impfstoffen

Eigenschaft	Polysaccharid-Impfstoffe	Konjugat-Impfstoffe
Wirksam bei Säuglingen und Kleinkindern	Nein	Ja
Ausbildung eines Immungedächtnisses (Memory)	Nein	Ja
Verlängerte Schutzdauer	Nein	Ja
Möglichkeit der Auffrischimpfung (Booster)	Nein	Ja
Reduktion der Trägerrate	Nein	Ja
Aufbau von Herdenimmunität	Nein	Ja
‘Hyporesponsiveness’ (verminderte Immunantwort bei wiederholter Impfung / Boosterung)	Ja	Nein

- Standardimpfung für Säuglinge und Kleinkinder ab 3. Lebensmonat bis zum vollendeten 2. Lebensjahr: Konjugat-Impfstoff (Prevenar 13® oder Synflorix®), = wie bisher.
- Indikationsimpfung für Kinder ab vollendetem 2. Lebensjahr bis zum Alter von 5 Jahren: Konjugat-Impfstoff (Prevenar 13® oder Synflorix®), = wie bisher,
- Indikationsimpfung bei Personen von 6 bis 49 Jahren: Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax 23®), = wie bisher.
- Indikationsimpfung bei Personen ab 50 Jahre: Konjugat-Impfstoff (Prevenar 13®), = neu.
- Standardimpfung bei Personen ab 60 Jahre: Konjugat-Impfstoff (Prevenar 13®), = neu.
- Die Impfung mit 13-valentem Konjugat-Impfstoff kann ergänzt werden durch eine Impfung mit 23-valentem PS-Impfstoff.
Begründung: Schutz vor weiteren Pneumokokken-Kapseltypen (Serotypen), die nur im PS-Impfstoff, nicht aber im Konjugat-Impfstoff enthalten sind (23 versus 13).
Mindestabstand nach der letzten Impfung mit Konjugat-Impfstoff:
– Kinder bis 5 Jahre: 2 Monate
– Personen ab 50 Jahre: 4 Jahre.
- Der Konjugat-Impfstoff hat einen „Priming-Effekt“ auf das Immunsystem und damit auch auf die nachfolgende Applikation des PS-Impfstoffs. Deshalb sollte, wenn die Anwendung eines 23-valenten PS-Impfstoffes vorgesehen ist, zuerst der Konjugat-Impfstoff gegeben werden.
- Bei bereits mit PS-Impfstoff geimpften Personen ist auch eine Nachimpfung mit Konjugat-Impfstoff sinnvoll.
Begründung siehe Tabelle: Vorteile der Konjugat-Impfstoffe.
Mindestabstand: 5 Jahre
- Die Notwendigkeit einer Wiederholungsimpfung mit einer nachfolgenden Dosis des Konjugat-Impfstoffes wurde (bisher) nicht nachgewiesen.
- Beim PS-Impfstoff sind Wiederholungsimpfungen im Abstand von 5 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren) möglich.
Begründung: weiterbestehende Indikation (Immundefizienz, chronische Krankheiten), Personen über 60 Jahre.

Die „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ (Impfeempfehlung E 1) werden ab 01.01.2012 entsprechend angepasst. In der Impfeempfehlung E 1 vom 01.01.2010 (Druckversion als Beilage im „Arzteblatt Sachsen“ 1/2010) ist zu aktualisieren:

1. auf Seite 9:

Die Fußnote (6) zur Synopsis der erforderlichen (Impf-)Immunität bei Erwachsenen – Impfkalendar für Erwachsene im Freistaat Sachsen – lautet jetzt:

(6) Pneumokokken:

Standardimpfung mit konjugiertem Impfstoff für alle Kinder vom 3. Lebensmonat bis zum 2. Lebensjahr und für alle Personen ≥60 Jahre.

Die Impfung mit Konjugat-Impfstoff kann durch eine Impfung mit

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anmerkung (Packungsbeilage/ Fachinformationen beachten)
S	Pneumokokken-Krankheiten	- Alle Kinder ab 3. Lebensmonat bis zum vollendeten 2. Lebensjahr. - Personen über 60 Jahre	Säuglinge und Kleinkinder (vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 5. Lebensjahr) erhalten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff (Impfschema des Herstellers beachten).
I		Kinder (ab vollendetem 2. Lebensjahr), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit: 1. Angeborene oder erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, wie z.B. Hypogammaglobulinaemie, Komplement- und Properdindefekte, bei funktioneller oder anatomischer Asplenie, bei Sichelzellenanaemie, bei Krankheiten der blutbildenden Organe, bei HIV-Infektion, nach Knochenmarktransplantation. 2. Chronische Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane (auch Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselerkrankungen, chronische Nierenkrankheiten / nephrotisches Syndrom, Liquorfistel, vor Cochlea-Implantation, vor Organtransplantation und vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie. 3. Kinder mit neurologischen Krankheiten, z.B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden.	Zur Erreichung eines optimalen Schutzes soll die Impfserie möglichst unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats begonnen und zeitgerecht fortgeführt werden. Kinder mit fortbestehender erhöhter gesundheitlicher Gefährdung sollten in Ergänzung der Impfung mit Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff im 3. Lebensjahr eine Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff erhalten (im Mindestabstand von 2 Monaten nach der letzten Impfung mit Konjugat-Impfstoff). Ungeimpfte Kinder (ab vollendetem 5. Lebensjahr), Jugendliche und Erwachsene erhalten eine einmalige Impfung mit Konjugat-Impfstoff (Herstellerangaben zur Zulassung bzgl. Lebensalter beachten) bzw. mit Polysaccharid-Impfstoff. Die Impfung mit Konjugat-Impfstoff kann durch eine Impfung mit 23-valentem PS-Impfstoff ergänzt werden, wenn gegen weitere Pneumokokken-Kapseltypen geschützt werden soll.
B		- Gefährdetes Laborpersonal. - Medizinisches Personal mit Patientenkontakt.	Bei bereits mit PS-Impfstoff geimpften Personen ist auch Nachimpfung mit dem Konjugat-Impfstoff sinnvoll (Mindestabstand: 5 Jahre).
			Bei weiterbestehender Indikation (d.h. Immundefizienz, chronische Krankheiten) und bei Personen über 60 Jahre Wiederholungsimpfungen mit 23-valentem PS-Impfstoff im Abstand von 5 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren) möglich.

Abbildung: Impfung gegen Pneumokokken-Krankheiten, Ausschnitt aus Tabelle 3 der Impfpfempfehlung E 1 der SIKO (Stand: 01.01.2012)

23-valentem Polysaccharid-Impfstoff ergänzt werden, wenn gegen weitere Pneumokokken-Kapseltypen geschützt werden soll. Indikationsimpfung siehe unter 6.2, Tabelle 3. Bei weiterbestehender Indikation (d.h. Immundefizienz, chronische Krankheiten) und bei Personen über 60 Jahre Wiederholungsimpfungen mit 23-valentem PS-Impfstoff im Abstand von 5 (Erwachsene) bzw. frühestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren) möglich.

2. auf Seite 11:
Die Anmerkung zu Pneumokokken-Krankheiten in Tabelle 2 der E 1 wird wie folgt formuliert: Als Indikationsimpfung nach dem 2. Lebensjahr bzw. vor dem 60. Lebensjahr. Bis zum vollendeten 5. Lebensjahr mit konjugiertem Impfstoff; nach dem 5. Lebensjahr Impfung mit Konjugat-Impfstoff (Herstellerangaben zur Zulassung bzgl. Lebensalter beachten) bzw. mit Polysaccharid-Impfstoff (siehe auch Tab. 3).

3. auf Seite 22:
Neu gefasster Tabellenabschnitt zu Pneumokokken-Krankheiten (Abbildung).
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 Freistaat Sachsen auf Seite 8 der E 1 werden entsprechend aktualisiert.
Die novellierte Impfpfempfehlung 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 oder die Empfehlung einer bestimmten Impfstoffkategorie (hier: Konjugat-Impfstoff) für definierte Altersgruppen nicht automatisch die Bezahlung durch alle Krankenkassen begründet, auch wenn dies aus fachlich-medizinischer Sicht wünschenswert ist. Bis zur erwarteten Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) und Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wäre die Kostenübernahme in Form einer Satzungsleistung sehr zu begrüßen.

Literatur beim Verfasser

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

Von Lingner bis zum Kakadu

Die Kreisärztekammer Dresden lud am 8. November 2011 zur diesjährigen Mitgliederversammlung in das Deutsche Hygiene-Museum Dresden ein. Erfreulich viele Kolleginnen und Kollegen nutzten vorab die einfache Rückmeldemöglichkeit per E-Mail und dokumentierten damit unabhängig vom Alter die Verbreitung dieses Mediums auch für berufspolitische Belange. Noch erfreulicher für den Vorstand war der rege Besuch, welcher den Marta-Fraenkel-Saal des Hygiene-Museums weitgehend füllte. Ein kurzer Abriss zur Vorstandstätigkeit des vergangenen Jahres wurde zusammen mit dem Finanzbericht durch die Vorsitzende der Kreisärztekammer, Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrich, vorgestellt. So war es unter anderem gelungen, etliche Kolleginnen und Kollegen zu motivieren, für die neue Legislaturperiode der Sächsischen Landesärztekammer zu kandidieren. Die Zahl der Vermittlungsfälle hatte sich im vergangenen Jahr nicht erhöht. Viele der Anfragen konnten mit telefonischen Rücksprachen oder schriftlichen Stellungnahmen seitens der betroffenen Kolleginnen und Kollegen geklärt werden. Für die Senioren wurde die jährliche Ausfahrt mit dem Ziel Kamenz angeboten. Die Nachfrage konnte mit den vorhandenen Kapazitäten gerade gedeckt werden und lässt weiterhin die Frage der künftigen Gestaltung bei weiter wachsenden Seniorenzahlen offen. Zusätzlich wurden die traditionellen Quartalsveranstaltungen im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer zu abwechslungsreichen Themen durchgeführt. Interessierte Kolleginnen und Kollegen, die sich bei den Vorbereitungen engagieren wollen, sind jederzeit willkommen. Bei Interesse kontaktieren Sie bitte den Vorstand.

Auf insgesamt leider weniger Resonanz stieß in diesem Jahr der 18. Ärzteball der Kreisärztekammer Dresden, der wiederum im Ballsaal des

Parkhotels sowie in der Kakadu-Bar ausgerichtet wurde. Werden die angestammten Ballbesucher und Tänzer zu alt? Fehlt der Nachwuchs wie woanders auch? Lag es am späteren Balldatum oder an der Lokation? Eine schlüssige Beantwortung dieser Frage steht zur Drucklegung noch aus. Für Ihre Ideen, Anmerkungen und Vorschläge ist der Vorstand jederzeit offen. Mit Bezug auf die jüngeren Kollegen wurde das Förderprogramm für Assistenten in Weiterbildung nochmals vorgestellt und beworben, das bisher bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist. Details finden sich auf unserer Internetpräsenz unter <http://www.kreisaerztekammer-dresden.de/foerderung-kreisaerztekammer-dresden.php>. Das Programm sei an dieser Stelle nochmals nachdrücklich zur Nutzung empfohlen.

Die eingangs reflektierten hohen Teilnehmerzahlen waren sicherlich auch dem angekündigten Festvortrag zu verdanken. In einem einstündigen Abriss über das Leben und Wirken Karl August Lingners in Dresden brillierte Dr. Ulf-Norbert Funke. Er schlug den Bogen von der frühen Entwicklung Lingners (beeindruckend die frühen zweckfreien Erfindungen Lingners unter anderem „Mostrichbrunnen“), seiner gesellschaftlichen Entwicklung, zur Konzeption der ersten internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 (mit dem hundertjährigen Jubiläumsjahr 2011) bis hin zu seinen zahlreichen regionalen Projekten in Dresden sowie seinem politischen Engagement. Im Anschluss bestand die Möglichkeit für kurze geistig-kalorische Rekreation am Buffet sowie für eine ausgiebige Entdeckung der neuen Sonderausstellung „Auf die Plätze. Sport und Gesellschaft“ (Kuratorin: Susanne Wernsing) im Rahmen einer abendlichen Sonderöffnung. Dem Hygiene-Museum sei an dieser Stelle für die unkomplizierte Zusammenarbeit und die Sonderführungen gedankt. Wir hoffen, dass sich die Resonanz zur jährlichen Mitgliederversammlung

weiter positiv entwickelt. Die Zahl und die Intensität der geführten Gespräche quer durch alle Altersgruppen lassen auf rege Teilnahme auch im kommenden Jahr hoffen. Besonders erfreulich ist der wachsende, aber weiter ausbaufähige Anteil der jüngeren Kolleginnen und Kollegen.

Um genau dieser Zielgruppe eine eigene Plattform zu geben, lud der Vorstand die Weiterbildungsassistenten sowie subjektiv jung gebliebene Fachärzte zu einem ersten gemeinsamen Treffen in die Tiefen der Kakadu-Bar im Parkhotel Weißer Hirsch. Wohl etwas zu zeitig für eine Abendveranstaltung der anderen Art angesetzt, füllte sich die Bar zeitverzögert in den späteren Abendstunden des 18. November 2011 mit ca. 80 Gästen. Für viele Neudresdner der erste Kontakt mit dem legendären Ort. Mit dem Engagement der Dresdener Funky-Galaband „smart evidence“ (www.smart-evidence.de) war nach kurzem Warm-up mit tanzbaren Soul- und Funkrhythmen der berühmte Funke zeitnah übergesprungen und der Abend sicher unter Dach und Fach. Auch wenn die Zahl der Gäste zunächst entwicklungsunfähig blieb, ein gemeinsamer Treffpunkt für jüngere Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Dresdener Kliniken war geschaffen. Das wurde vom Publikum überaus dankbar widerspiegelt. Der Vorstand erfuhr dabei, dass die bisherige Bewerbung des Förderprogrammes augenscheinlich noch nicht bei der Zielgruppe angelangt war. Er erfuhr aber auch Bestärkung in der weiteren konsequenten Nutzung der modernen Medien, um möglichst direkt Informationen zu transportieren. Für Ihre Anregungen, Kritik und Vorschläge sind wir jederzeit offen. Bitte kontaktieren Sie uns gewohnt klassisch-schriftlich, gern auch unter info@kreisaerztekammer-dresden.de.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Kreisärztekammer Dresden

Zoomorphologische Begriffe zur Bezeichnung fazialer Spaltbildungen

N. Chr. Pausch, Chr. Wirtz, A. Hemprich

Zoomorphologische Begriffe lassen sich in der medizinischen ebenso wie in der umgangssprachlichen Terminologie vielfach nachweisen. Hierbei werden tierphysiognomische Bezeichnungen benutzt, um vermeintliche oder tatsächliche Auffälligkeiten der menschlichen Gestalt („Stiernacken“, „Froschaugen“, „Adlernase“ usw.) zu benennen. Für Spaltfehlbildungen des Gesichts, insbesondere die lateralen Lippen- und Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, finden sich in der älte-

ren medizinischen Literatur vergleichbare Zoomorphismen wie „Hasenscharte“ oder auch „Hasenlippe“; zur Bezeichnung von Gaumenspalten wurde dementsprechend der Begriff „Wolfsrachen“ benutzt. Der Gebrauch dieser obsoleten Termini lässt sich sowohl bei medizinischen Laien als auch bei Ärzten bis in die heutige Zeit nachweisen. Dies ist jedoch problematisch, da die betroffenen Patienten selbst sich durch die Verwendung derartiger Begriffe unangenehm berührt fühlen können. Vor diesem Hintergrund ist die Benutzung ebenso neutraler wie korrekter Bezeichnungen wie „Lippenspalte“ oder Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte“ hervorzuheben.

Der Begriff „Hasenscharte“ ist bereits sehr alt. Neben Wurzeln im

europäischen Altertum findet sich insbesondere in den ersten beiden vorchristlichen Jahrhunderten der altchinesischen Heilkunde der Begriff der „Hasenlippe“ (Ma, 2000). In der deutschsprachigen medizinischen Literatur kann er nach Kenntnis der Autoren erstmals im Jahre 1460 sicher nachgewiesen werden. Der Deutschordensritter und Wundarzt Heinrich von Pfalzpaint (ältere Schreibweisen: Pfolsprundt, Pfolspeundt, ...) beschreibt in seiner um 1460 verfassten „Bündth-Ertzney“ chirurgische Maßnahmen zum Verschluss von Lippenspalten und bezeichnet diese Fehlbildung als „hasennscharten“ (Gurtl, 1898, Hoffmann-Axthelm, 1995). Auch in der spaltchirurgischen Literatur der nachfolgenden fünfhundert Jahre bleibt der Begriff „Hasenscharte“ in Deutsch oder Latein (*Labium leporinum*) regulärer medizinischer Terminus und kann in vielen Publikationen nachgewiesen werden (Sculetus, 1666; Heister, 1724; Martens und Eckoldt, 1804; Hagedorn, 1892). Auch wenn Lippenspaltopoperationen bereits vor mehr als 2000 Jahren publiziert worden sind (Celsus, 1. Jh. v. Chr.) und damit eine vergleichsweise lange Entwicklungszeit aufweisen, so ist doch zu bedenken, dass die kosmetisch unauffällig versorgte Lippenspalte vor 1900 eher die Ausnahme darstellte. Durch die mangelhaft operierte, spät oder gar unversorgte Lippenspalte wurde der äußere Aspekt einer Ähnlichkeit zu Tierphysiognomien wahrscheinlich verstärkt (Abb. 1).

Nicht nur Hasen und Kaninchen, sondern auch andere Tiere (zum Beispiel Schafe, Hunde, Katzen und Mäuse) haben eine gespaltene Oberlippe. So drängt sich die Frage auf, warum ausgerechnet der Hase zur Bezeichnung fazialer Spaltbildungen herangezogen wurde. Eine mögliche Erklärung ist ein in früheren Zeiten verbreiteter Aberglaube, der Hasen und werdende Mütter miteinander in Verbindung bringt. In Europa ebenso wie im asiatischen und angloamerikanischen Kulturkreis glaubte man über Jahrhunderte hinweg daran, dass das (schreckhafte) Betrachtet eines Hasen, das Denken an

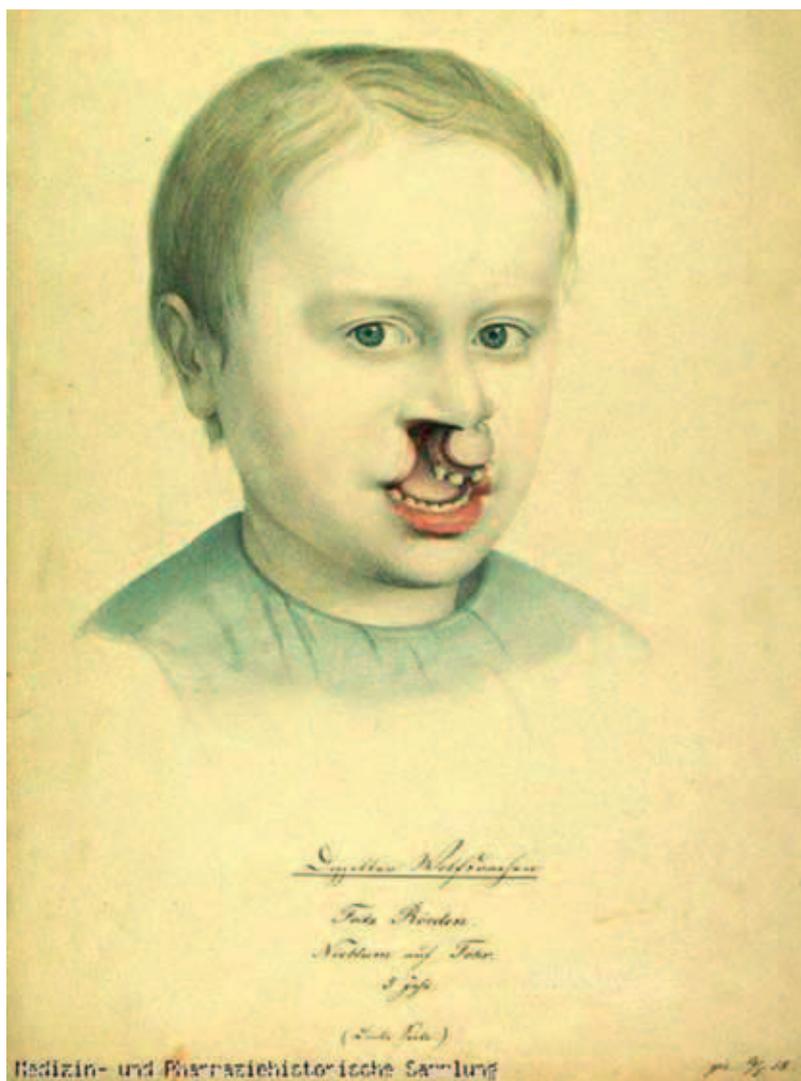


Abbildung 1: Johann Heinrich Wittmaack (1858): „Doppelter Wolfsrachen“
Das Individualportrait zeigt einen 5-jährigen, chirurgisch nicht versorgten Jungen mit beidseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Mit freundlicher Genehmigung der Medizin- und Pharmaziehistorischen Sammlung Kiel.

einen Hasen oder das Verlangen nach Hasenfleisch während der Schwangerschaft zur Geburt eines Kindes mit fazialen Spaltbildungen führen könne (Gabka, 1964, Noll, 1983). Diese abenteuerliche Theorie hatte erstaunlich lange Bestand. So wies der praktische Arzt und Geburtshelfer Ottmer noch im Jahre 1805 darauf hin, dass eine solche Hypothese epidemiologisch abwegig sei, denn demnach „... wären die Frauen der Jäger und Wildhändler ja fast immer in Gefahr, Kinder mit Hasenscharten zu gebären“.

Mit dem wachsenden medizinischen Wissensstand im Europa des ausgehenden 19. Jahrhunderts verlor die „Hasentheorie“ an Bedeutung. Die Verwendung des Begriffes „Hasenscharte“ ebenso wie der Terminus „Wolfsrachen“ zur Beschreibung von Gaumenspalten hielt sich jedoch rigide im allgemeinen Sprachgebrauch. Im angloamerikanischen Raum lässt sich das Äquivalent „harelip“ (Millard, 1958), in Asien der Begriff „Tu Que“ [Hasenlippe] nachweisen (Ma, 2000). In arabischen Ländern war zumindest bis zur Jahrhundertwende der Begriff „Kamelmaul“ in Verwendung (Gurlt, 1898). Zur Beschreibung von Fehlformen der Nase, wie sie bei Spaltpatienten häufig auftreten, finden sich auch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der deutschsprachigen Literatur fragwürdige Zoomorphismen wie zum Beispiel „Schafsnase“ (Trauner 1958). 1964 wird von Gabka in zweiter Auflage ein einschlägiges spaltchirurgisches Lehrbuch mit dem Titel „Hasenscharten und Wolfsrachen“ editiert. Noch 1976 taucht in einer rhinochirurgischen Publikation von Walter zur Bezeichnung von Korrekturmöglichkeiten der spaltbedingten Nasendysplasie der sehr unglückliche Begriff „Hasennase“ auf. Insgesamt nimmt aber in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts der medizinische Gebrauch insbesondere des Begriffes Hasenscharte immer mehr ab und wird durch den neutralen Begriff „Lippenspalte“ ersetzt. Heute sind Begriffe wie zum Beispiel „Lippenspalte“ oder „Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte“ regulärer Terminus für Ärzte, Pflegeperso-



Abbildung 2: Daniel Lee (1993): „Year of the Rabbit“, Zyklus „Manimals“, Long Island City, New York; mit freundlicher Genehmigung.

nal und Patienten, Selbsthilfegruppen, Vereine und Medien. Dies gilt auch für das Wort „Fehlbildung“, welches anstelle der veralteten Bezeichnung „Missbildung“ Verwendung finden sollte.

Inwieweit überhaupt eine morphologische Ähnlichkeit von Spaltdysmorphien zur Physiognomie von Hasen oder Kaninchen besteht, kann vielleicht am besten der Künstler Daniel Lee beantworten. Lee vermischte in seinem Zyklus „Manimals“ Tier- und Menschenphysiognomien miteinander und erzeugte damit geheimnisvolle Chimären. Einige davon, insbesondere die Verschmelzung von Mensch und Kaninchen (Abb. 2), erinnern tatsächlich entfernt an morphologische Details mancher Spaltpatienten. Dies mag in der Gegenwartskunst eine interessante Thema-

tik sein – im medizinischen Sprachgebrauch ist für die Vermischung zoologischer und anthropologischer Details heute kein Platz mehr.

Dennoch registriert unsere Einrichtung als Zentrum für Spaltpatienten noch immer fachärztliche Zuweisungen unter Verwendung des Begriffes „Hasenscharte“ (Pausch et al., 2011 b). Auch in der ICD 10 taucht der Begriff noch auf. Wenn schon unter Ärzten terminologische Unsicherheit herrscht, so lässt sich vermuten, dass medizinische Laien wahrscheinlich in weit größerem Ausmaß auf derartige Begriffe zurückgreifen. Vor diesem Hintergrund untersuchte eine Arbeitsgruppe unserer Klinik die Verbreitung zoomorphologischer Begriffe zur Bezeichnung von Spaltfehlbildungen in ihrem Gebrauch durch junge Erwachsene ohne Spaltbil-

dung. Hierbei wurden Berufsschülern anonymisierte Portraitfotografien von Spaltpatienten vorgelegt mit der Bitte, die vorliegende Anomalie zu benennen. Dabei zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit der 261 Befragten (57 Prozent) tatsächlich die projizierten Lippenpalten mit dem Begriff „Hasenscharte“ bezeichnete. Demgegenüber ergaben Untersuchungen im eigenen Krankengut in Form einer Befragung Betroffener, dass Spaltpatienten die Verwendung von Begriffen wie „Hasenscharte“ negativ empfinden und mehrheitlich ablehnen (Pausch et al., 2011 a). Nur in Einzelfällen verwenden Spaltpatienten selbst oder ihre Angehörigen den besagten Begriff.

Zoomorphologische Termini sind also offenbar in der Bevölkerung noch präsent. Dabei kann unterstellt werden, dass in den meisten Fällen keinerlei kränkende Absicht zugrunde liegt. Ein gutes Beispiel hierfür ist ein weiteres Werk der Gegenwartskunst, über das sich unsere Autorengruppe trotz der alten Nomenklatur besonders gefreut hat: Der Maler Erhart Grünig schuf 2006 ein Portrait einer anmutigen jungen Frau mit Lippenpalte (Abb. 3). Die Tatsache, dass Spaltpatienten ganz selbstverständlich Eingang in die Kunst gefunden haben, erscheint uns ein zu begrüßender Schritt in Richtung einer vorbehaltlosen psychosozialen Akzeptanz dieser Patientengruppe. Der Künstler hat nach bestem Wissen und Gewissen sein Werk bezeichnet und mit der Wahl einer Spaltpatientin als Modell natürlich auch eine entsprechend positive Wertschätzung und Empathie signalisiert.

Das allgegenwärtige Begriffsproblem ist vorerst aber noch existent. Berücksichtigt man eine Entstehungsgeschichte zoomorphologischer Begriffe zur Benennung facialer Spaltbildungen von mindestens fünf Jahrhunderten, so erscheint ihr hartnäckiger Gebrauch bis in die jüngste Zeit hinein verständlich. In der medizinischen Terminologie sind Zoomor-

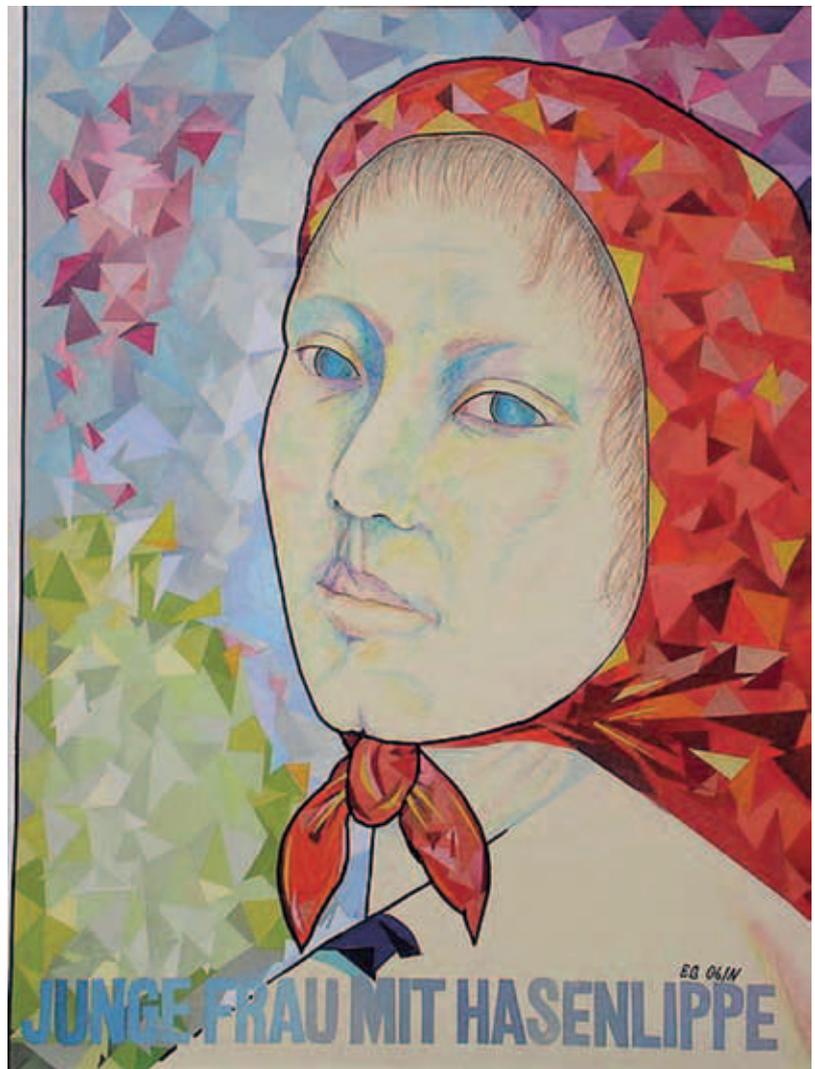


Abbildung 3: Erhart Grünig (2006): „Junge Frau mit Hasenlippe“; Collage / Wachsstift. CEO 3x23 GmbH Hamburg. Mit freundlicher Genehmigung von Erhart Grünig, Nostorf

phismen zur Bezeichnung von Fehlbildungen jedoch entbehrlich und überholt. Jeder Therapeut sollte bedenken, dass eine unpassende Wortwahl Patienten verletzen, negative Auswirkungen auf ihr Selbstwertgefühl haben und das Arzt-Patient-Verhältnis stören kann (Major und O'Brien, 2005). Im Alltag der medizinischen Behandlungen ist es nicht zu vermeiden, Malformationen konkret zu thematisieren. Spaltpatienten sind bei der Konfrontation mit ihrer Fehlbildung verständlicherweise einer emotionalen Belastung ausgesetzt (Marcusson et al., 2002). Umso wichtiger erscheint es, im Gespräch mit ihnen die richtigen Worte zu fin-

den (Wood, 1991; Young et al., 2008). Insbesondere Ärzte sollten daher beim Umgang mit Betroffenen ebenso wie im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung zeitgemäße, neutrale Termini etablieren helfen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
 Niels Christian Pausch
 Universitätsklinikum Leipzig
 Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für
 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und
 Orale Medizin
 Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Plastische
 Gesichtschirurgie
 Nürnberger Straße 57
 04103 Leipzig

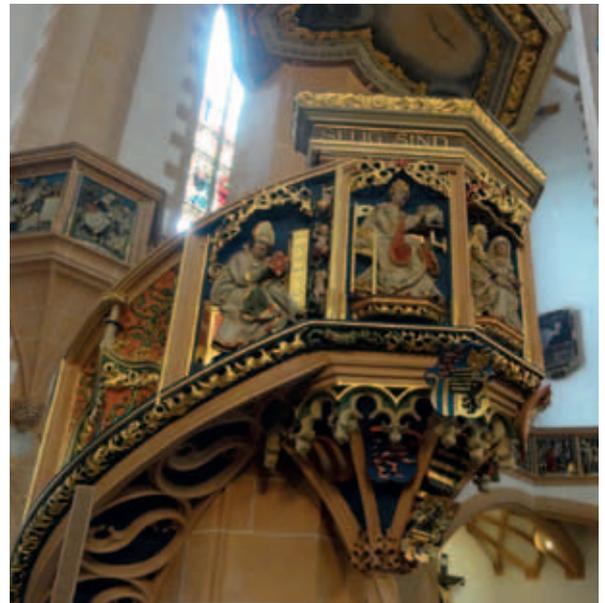
16. Sächsisches Seniorentreffen

Im Jahr 2011 blicken die Sächsischen Seniorentreffen auf eine 16-jährige Tradition zurück. An sechs Terminen im September brachten die Busse ca. 550 ärztliche Ruheständler und ihre Partner in die schöne Stadt Annaberg-Buchholz im Herzen des Erzgebirges. Erstmals wurden zusätzlich für die Görlitzer und Torgauer Kollegen Shuttlebusse eingesetzt, um auch ihnen unproblematisch die Teilnahme zu ermöglichen. Das Angebot wurde insbesondere aus der Görlitzer Richtung gut angenommen. Alle sechs Durchgänge waren von unserem Reisepartner Muldental Reisen organisatorisch vorbereitet. Ein reibungsloser Ablauf trug zum guten Gelingen bei. Unterstützung erhielten die Ausfahrten vom milden, sonnigen Septemberwetter, das im letzten Teil des Tagesausfluges eine wundervolle Fernsicht bis zu Fichtel- und Keilberg erlaubte.

Erster Programmpunkt in Annaberg-Buchholz war am Vormittag der Besuch der „Manufaktur der Träume“. Dr. Erika Pohl-Ströher überließ über eine Stiftung der Stadt Annaberg-Buchholz – analog der „terra mineralia“ in Freiberg – 1.000 historisch wertvolle Objekte der überwiegend erzgebirgischen Volkskunst und des Kunsthandwerks aus vier Jahrhunderten. Sie sind auf rund 1.100 m² Ausstellungsfläche in vier Etagen seit Oktober 2010 der Öffentlichkeit zugänglich. Über 70.000 Besucher zählt die Ausstellung bereits. Die erzgebirgische Weihnacht mit Schnitzkunst, Weihnachtsbergen, Pyramiden und Lichtträgern, aber auch die großen schwebenden Engel in der 4. Etage begeistern den Betrachter. Ebenso ziehen die Nachgestaltung von Bergwerken, Bergparaden und insbesondere das Spielzeug, wie Puppen, Puppenstuben oder eine „Arche Noah“ mit 200 Einzelteilen den Besucher in ihren Bann und wecken Erinnerungen an die eigene Kindheit. Die Präsentationen sind vielgestaltig, wie zum Beispiel eine begehbare Weihnachtswitrine oder den Entdeckertunnel für Kinder, die

zum aktiven Mitmachen anregen sollen. In der obersten Etage hat der Besucher außerdem die unerwartete Möglichkeit, auf eine Dachterrasse zu treten und den Blick über Annaberg-Buchholz, zum Schreckenberg und in die Ferne bis zum Fichtelberg schweifen zu lassen.

Nach einer mittäglichen Stärkung in einem zünftigen Restaurant am Annaberger Markt folgte als zweiter Programmpunkt der Besuch der Annaberger St.-Annen-Kirche. Ihre Errichtung wurde vor rund 500 Jahren in der Blütezeit des Silbererzbergbaus in einer Bauzeit von „nur“ 26 Jahren von Herzog Georg von Sachsen gefördert, die Innenausstattung wurde jedoch von den Handwerkszünften der Stadt geprägt. Sie hat eine spätgotische Gewölbekonstruktion und ist in warmen Farben prächtig, aber nicht protzig ausgestattet. Der Besucher kommt in ein Gotteshaus, in dem er gern bleiben oder in das er wiederkehren möchte. Nach einem kleinen Orgelkonzert schloss sich eine Führung an. Es war von der Geschichte der Kirche, den verschiedenen Altären und anderen Besonderheiten zu hören. Auch Cranach-Schüler haben an der Ausstattung der Kirche mitgewirkt. Hervorgehoben wurde die Rückwand des Knappschaftsaltars, an der ein Meister die Abläufe der schweren Bergwerksarbeit auf Bildtafeln dargestellt hat. Ein weiterer Gegenstand der Führung waren die szenischen Relieftafeln an der Emporenbrüstung von der Erschaffung der Welt bis zum Endgericht. Höhepunkt war jedoch die von Bildhauermeister Franz Maidburg geschaffenen farbigen Relieftafeln an den Emporenbögen vor den Sakristeien mit Darstellung der „Lebensalter“. Jeweils nach Lebensdezenien geordnet – zehn männliche und zehn weibliche Bildtafeln – sind Männer und Frauen in charakteristischen Trachten und Gebärden, ergänzt mit jeweils passenden Schilden und allegorisierten Tierdarstellungen abgebildet. Der Zuhörer und Betrachter konnte feststellen, dass typisch Menschliches auch nach 500 Jahren nichts an Aktualität eingebüßt hat.



Kanzel in der Annaberger St.-Annen-Kirche

Danach fuhren die ärztlichen Senioren mit ihren Bussen auf den 832 Meter hohen Pöhlberg. Dort waren im Bergrestaurant die Tische zum Kaffeetrinken gedeckt. Ein Blick ins erzgebirgische Land vom Aussichtsturm und die interkollegialen Gespräche über gemeinsame berufliche Zeiten oder aktuell Interessierendes waren der schöne Ausklang des Tages. Danach starteten die Busse zur Heimfahrt.

Dr. med. Ute Göbel, Leipzig

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzerte

Festsaal

Sonntag, 5. Februar 2012

11. 00 Uhr – Junge Matinee

Oboe d'amore im Streicherklang

Werke von J. S. Bach, G. F. Händel,

W. A. Mozart u. a.

Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

Leitung: KM Prof. Volker Dietzsch

Ausstellung – Foyer und 4. Etage

Thomas Hellinger

Raumfragmente. Malerei

18. Januar bis 11. März 2012

Vernissage: Donnerstag,

19. Januar 2012, 19.30 Uhr

Exlibris für Dresdner Ärzte (II)

In dem ersten Überblick zu den Exlibris, die bekannte Dresdner Ärzte in Auftrag gegeben haben, wurde beispielhaft gezeigt, dass Bücherzeichen sowohl Dokumente grafischer Kleinkunst sind als auch medizinhistorische Bedeutung haben, da auf den Blättern häufig spezifische Eigenschaften oder Interessen dargestellt werden, die in den üblichen Biografien fehlen. Auf diese Weise erleben wir den Menschen, der ein solches Bucheignerzeichen zur Kennzeichnung seiner Bücher führte, auf eine sehr persönliche Weise. Die folgenden Beispiele sollen diesen Eindruck vertiefen.

Schlossmann, Arthur (1867 bis 1932)

Arthur Schlossmann gehört zu den bedeutenden Ärzten in der Gründungsphase der Kinderheilkunde in Deutschland, da er sich als erster speziell der Betreuung von Säuglingen zuwandte, die bis dahin in der ärztlichen Fürsorge vernachlässigt worden waren. 1867 wurde er in Breslau als Sohn eines wohlhabenden Kaufmanns geboren. Er verlebte seine Kindheit in Dresden und besuchte hier das Gymnasium. In Freiburg, Leipzig, Breslau und München studierte er Medizin, promo-

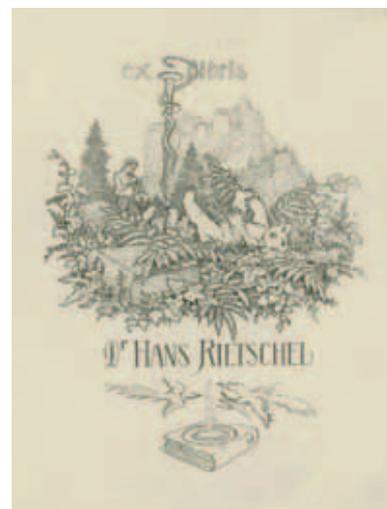


vierte 1891 und erhielt 1892 die ärztliche Approbation. Seine kinderärztliche Ausbildung erwarb Schlossmann bei Adolf Baginsky (1843 bis 1918) am Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhaus in Berlin. Im Herbst 1893 ließ er sich in Dresden-Johannstadt als Kinderarzt nieder, wo er eine eigene Praxis eröffnete. Es war ein Arbeiterwohnviertel mit entsprechend ungünstigen hygienischen und sozialen Bedingungen. Die Säuglingssterblichkeit betrug bis zu 30 Prozent, was Schlossmann besonders motivierte, nach neuen Wegen in der Betreuung zu suchen. Er richtete in den Räumen seiner eigenen Praxis eine spezielle „Poliklinik für Säuglinge“ ein, in der er die Kinder kostenlos behandelte. Es war die erste ausschließlich der medizinischen Betreuung von Säuglingen gewidmete Einrichtung, die es zu dieser Zeit gab. Der Großindustrielle Karl August Lingner (1861 bis 1916) unterstützte Schlossmann finanziell, sodass 1897 das Dresdner Säuglingsheim aus der Kinderpoliklinik hervorgehen konnte, die erste Säuglingsklinik der Welt. Die Säuglingsernährung war sein spezielles Forschungsgebiet. 1906 wurde er auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde und zum Direktor der Kinderklinik an der neu gegründeten Akademie für praktische Medizin Düsseldorf berufen. Hier baute und gestaltete er die modernste Kinderklinik Deutschlands in dieser Zeit. Seiner Aktivität und Zusammenarbeit mit dem Preussischen Kultusministerium und dem Ministerium des Inneren ist die Anerkennung der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin als eine medizinische Akademie zu verdanken. Schlossmann wirkte bis zu seinem Tod 1932 in Düsseldorf.

Das Exlibris von Franz Aufseeser (1880 bis 1940) ist die für ein Bücherzeichen ungewöhnliche Montage von verschiedenen Säuglings- und Kinderfotos. Es entspricht am ehesten der Düsseldorfer Arbeitsphase von Arthur Schlossmann. Ein Exlibris der Dresdner Künstlerin Marie Gey-Heinze aus dem Jahr 1900 mit auf einer Wiese liegenden Kindern ist nur als Buchabbildung, aber nicht im Original bekannt.

Rietschel, Hans (1878 bis 1970)

Das Leben von Hans Rietschel ist mit zwei Städten verbunden, denen er bis zu seinem Tod im 92. Lebensjahr die Treue gehalten hat: Dresden und Würzburg. Er war ein Enkel des berühmten Dresdner Bildhauers Ernst Rietschel (1804 bis 1861), weshalb ihn künstlerische Interessen mit der Rietschel-Dynastie verbanden. Das von ihm genutzte Exlibris ist eine Radierung des Künstlers Ferdinand Staeger. Hinter dem im Farn und anderen Blumen liegenden Säugling türmen sich hohe Berge auf, die die Wanderlust Rietschels symbolisieren sollen.



Nach seinem Medizinstudium erhielt Rietschel seine kinderärztliche Ausbildung bei einem der Gründungsväter der deutschen Kinderheilkunde, Otto Heubner (1843 bis 1926), an der Berliner Charité. 1907 übernahm Rietschel die Leitung des Dresdner Säuglingsheimes, aus dem 1928 die Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt hervorging. Hans Rietschel wirkte zehn Jahre als Leiter dieses Säuglingsheimes, das im Jahr 1897 von Arthur Schlossmann als erste derartige Einrichtung weltweit gegründet worden war. Gleichzeitig widmete sich Rietschel der Säuglingsfürsorge in der gesamten Stadt Dresden. Hier erreichte er durch Verbesserung der künstlichen Säuglingsernährung und die Prophylaxe und Therapie von Infektionskrankheiten eine Senkung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt. Es war ein Ereignis von besonderer Bedeu-

tung, als Hans Rietschel 1917 zum Professor für Kinderheilkunde ernannt und als Klinikdirektor an die Universität Würzburg berufen wurde. Dieses Beispiel zeigt den hohen Stand der Dresdner Medizin, bei denen nicht habilitierte Dresdner Ärzte aus städtischen Kliniken als Direktoren an Universitätskliniken berufen wurden. Diese Ernennung bedeutete in besonderem Maße Anerkennung und Würdigung der wissenschaftlichen Tätigkeit von Hans Rietschel. Bis zu seiner Emeritierung 1948 wirkte er als Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universität Würzburg. In den Zwanziger Jahren beschäftigten ihn in Würzburg die in dieser Zeit dominierenden Krankheitsbilder von Lues und Tuberkulose. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges erschienen von ihm mehrere Arbeiten über den Vitamin-C-Bedarf von Kindern.

Rietschels Nachfolger auf dem Würzburger Lehrstuhl war Josef Ströder (1912 bis 1993), der 1948 in seiner Antrittsrede das „gütige und edle Herz“ seines Vorgängers hervorhob und ehrfürchtig formulierte: „Sie haben an dieser Stelle den Weltruf der deutschen Kinderheilkunde mitbegründet.“ Die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden ehrte Rietschel 1958 anlässlich seines 80. Geburtstages mit der Würde eines Ehrendoktors.

Schmorl, Christian Georg (1861 bis 1932)

1861 wurde Christian Georg Schmorl in Mügeln bei Leipzig als Sohn eines Justizrates geboren. Nach dem Besuch der Fürstenschule St. Afra in Meißen studierte er in Leipzig und Freiburg Medizin, wurde 1887 Assistent am Pathologischen Institut der Universität Leipzig, wo er sich 1892 habilitierte. In dieser Zeit veröffentlichte er ein grundlegendes Werk über die histologischen Untersuchungsmethoden, eine Monografie über die Eklampsie und einen histologischen Atlas.

Christian Georg Schmorl hat über vier Jahrzehnte die Pathologie in Dresden geprägt. Seine Bindung an



Dresden war so tief, dass er Berufungen nach Marburg und Freiburg ablehnte. Er leitete das Pathologische Institut am Stadt Krankenhaus Dresden Friedrichstadt von 1892 bis 1931. Heute trägt das Institut seinen Namen. Seine Forschungsergebnisse haben den Ruf Dresdens auf dem Gebiet der Pathologie der Wirbelsäule in Deutschland und der Welt bekannt gemacht. Sein Grundprinzip war die makroskopische, histologische und röntgenologische Untersuchung der Erkrankungen des Skelettsystems mit Fotodokumentation, woraus eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen entstand. Seine Biografen übermitteln uns, dass Schmorls Ergebnisse auf den Untersuchungen von 10.000 Wirbelsäulen beruhen sollen. Er begründete eine in dieser Vollkommenheit einmalige Sammlung von Knochenpräparaten, die ihre Vollendung durch die genannte Verbindung der knöchernen Präparate, mit Makro- und Mikrofotos und den dazugehörenden Röntgenaufnahmen erhielt. Teile dieser Sammlung sind bis heute im Institut erhalten. Die Schmorlschen Knötchen (Nodus interspongiosus) an der Wirbelsäule tragen seinen Namen. 1932, in seinem Todesjahr, erschien das Werk „Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis“. Dieses grundlegende Buch wurde zum Ausgang einer Buchreihe, die 100 Bände erreichte und welche die Schmorlschen Studien über die ganze Welt getragen hat.

Voraussetzung für seine neuartigen Untersuchungen war die Anschaf-

fung eines Röntgengerätes für die Pathologie des Stadtkrankenhauses im Jahr 1897, also zwei Jahre nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen. Er demonstrierte als Pathologe seine Aufgeschlossenheit für die Entdeckung, bevor die Kliniker des Krankenhauses auf die Einführung der neuen Methode drängten.

Ein weiteres mit seinem Namen verbundene Thema ist die Aufklärung der Schneeberger Bergkrankheit, die er gemeinsam mit dem Internisten Otto Rostoski (1872 bis 1962) und dem Röntgenologen Erich Saupe (1893 bis 1943) als Lungenkrebs der Bergleute einordnen konnte, der durch die Einatmung von Radiumemanation induziert wurde. Damit war der in dieser Zeit häufigste berufsbedingte Strahlenschaden aufgeklärt.

Das Exlibris des Dresdner Künstlers Ferdinand Steiniger aus dem Jahr 1919 zeigt mit Büchern, Mikroskop und Totenschädel sowie dem klassischen Elbbogen mit dem Stadtpanorama die Verbindung von Wissenschaft und Kunst.

Hans Pässler (1868 bis 1938)

Das Exlibris des Dresdner Internisten Hans Pässler beweist den dokumentarischen Charakter von Bücherzeichen, denn es zeigt uns die Gartenansicht des beim Angriff auf Dresden 1945 zerstörten privaten Wohnhauses von Hans Pässler auf der Beuststraße 9 (heute Mary-Wigman-Straße).



Der Lebensweg des aus einer Dresdner Familie stammenden Arztes wurde nachhaltig durch seinen verehrten Lehrer Heinrich Curschmann (1846 bis 1910) an der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig geprägt, bei dem er zehn Jahre arbeitete. 1905 folgte Pässler dem Ruf seiner Heimatstadt als Leiter der I. Inneren Abteilung am Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt. Er führte die 250-Bettenklinik bis 1933, wobei das von ihm geprägte harmonische Klima von Kollegen und Schülern stets hervorgehoben wurde.

Der Name von Hans Pässler ist in der Inneren Medizin fest mit dem Begriff der Herdinfektion verbunden, der über Jahrzehnte in verschiedenen medizinischen Fachgebieten pro und contra diskutiert wurde. 1909 stellte er seine klinischen Beobachtungen als Beleg seiner Theorie erstmals auf dem 26. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden vor: „Über Beziehungen einiger septischer Krankheitszustände zu chronischen Infektionen der Mundhöhle“. Zwei Jahrzehnte später, beim 42. Kongress dieser Fachgesellschaft, war die Herdlehre ein Hauptthema mit breiten Diskussionen. Trotz aller Gegnerschaft und übersteigerten Zahnextraktionen und Tonsillektomien, die zu manchem „Mandelhäuschen“ führten, bleibt es Pässlers Verdienst, den Zusammenhang von chronischen Infektionsherden und Allgemeinerkrankungen erkannt zu haben.

Eine für Dresden wichtige Initiative soll noch hervorgehoben werden. Gemeinsam mit Otto Rostoski, Hans Seidel (1875 bis 1945) und Christian Georg Schmorl (1861 bis 1932) gründete Pässler die „Akademie für Ärztliche Fortbildung“, in der er viele Jahre aktiv mitwirkte.

Hautklinik Dresden-Friedrichstadt

Die bisher vorgestellten Beispiele haben gezeigt, dass Exlibris überwiegend von einzelnen Persönlichkeiten zur Kennzeichnung ihrer Bibliothek benutzt worden sind. Im Gegensatz hierzu gibt es jedoch auch Institutio-



nen, die die Bücher ihrer Bibliotheken mit Bücherzeichen als ihr Eigentum gekennzeichnet haben. In Dresden konnte bisher nur eine Klinik aufgespürt werden, die Exlibris für ihre Bibliothek genutzt hat, die Bibliothek der Hautklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.

Klinische Einrichtungen wurden im 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in zwei Bereiche aufgeteilt, eine Innere Abteilung (Kliniken für Patienten mit internistischen und zeitgemäß weiteren, hier zugeordneten Krankheitsbildern, zum Beispiel den „Krätzigen“) und eine Äußere Abteilung (Kliniken für Patienten mit chirurgischen und hierher eingeordneten Krankheiten, so auch den „Syphilitischen“). Im Rahmen der Spezialisierung der Fachgebiete in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich Hautabteilungen aus chirurgischen und aus internistischen Kliniken abgespalten und selbstständig. Die Patienten stammten aus diesen Kliniken und wurden in den neu gegründeten Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten zusammengefasst.

An der Äußeren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt existierte seit 1866 eine Unterabteilung für syphilitische Frauen. Am 1. Oktober 1874 wurde Julius Otto Martini (1829 bis 1909) in sein Amt als leitender Oberarzt der „Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie kleine

Chirurgie“ eingeführt, sodass dieser Termin als Geburtsstunde der Dresdner Hautklinik betrachtet werden kann. Nach Bad Cannstadt 1837 und Nürnberg 1845 steht Dresden damit an der dritten Position in der Gründungszeit städtischer Hautkliniken in Deutschland.

Nach verschiedenen, notwendigen Baumaßnahmen stand der Hautabteilung ab 1888 ein 3-geschossiges Gebäude mit 140 Betten in 27 Krankenzimmern mit 6 Bädern, Wirtschaftsräumen und je einer Wohnung für den Hilfsarzt und den Hausmann zur Verfügung. Nachdem Martini 1901 mit 72 Jahren in den Ruhestand gegangen war, folgte ihm der in Dresden geborene und in Leipzig ausgebildete Johannes Werther (1845 bis 1936). In der Zeit des Wertherschen Direktorates erhielt die Hautklinik ein Labor-, ein Mikroskopier-, ein Fotografier- sowie ein Operationszimmer. Der Kauf eines Röntgengerätes 1907 ermöglichte die Einführung der dermatologischen Strahlentherapie. Die von 1903 bis 1925 nachweisbare, heute noch in Teilen erhaltene, Moulagensammlung zeigt die Aufgeschlossenheit für moderne Tendenzen in der Dermatologie. Werther war primär ein umfassend arbeitender Kliniker, der gleichermaßen wissenschaftlich tätig war. Die Breite seiner Interessen zeigt sich in seinen Arbeitsgebieten, die sich von der Dermatochirurgie über die Geschlechtskrankheiten bis zu den psychogenen Hautkrankheiten erstreckte. Dem künstlerischen Stil entsprechend möchten wir das Exlibris der Periode des Wertherschen Direktorates von 1901 bis 1930 zuordnen. Das Buchzeichen ist in den meisten Bänden der älteren Literatur der Bibliothek der Friedrichstädter Hautklinik nachweisbar, sodass die Warnung „DER GOTTLOSE BORGT UND GIBT NICHT WIEDER“ von den Leihnehmern befolgt worden sein muss.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, Dresden

Verstorbene Kammermitglieder

17. 6. 2011 – 30. 11. 2011

Dr. med. Werner Allnoch
Werdau

Prof. Dr. med. habil. Lykke Aresin
Leipzig

Dr. med. Fritz Berger
Kurort Gohrisch

Valentin Birbinschus
Werdau

Dr. med. Horst Böhme
Taucha

Dr. med. Gotthard Bollwahn
Narsdorf

Dr. med. Hans-Christian Buschner
Oschatz

Dr. med. Wolfgang Deunert
Reichenbach

Dr. med. Barbara Dieckmann
Leipzig

Doz. Dr. med. habil. Klaus Dietel
Chemnitz

**lekar/Medizinische Hochschule
Sofia Gantscho Milev Ganev**
Leipzig

Dipl.-Med. Knut Gerhardt
Lugau

Dr. med. Christiane Habeck
Röhrsdorf

Dipl.-Med. Sonja Härtel
Gornau

Dr. med. Wolfgang Herrmann
Chemnitz

Dr. med. Ullrich Kirbis
Görlitz

**Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Annette Köhler-Brock**
Leipzig

Brigitte Krause
Chemnitz

Simone Kruggel-Bachmann
Torgau

Dr. med. Christoph Langer
Kirchberg

Ursula Neubert
Lichtenau

Anneliese Neumann
Großschönau

Dr. med. Ernestine Nothaaß
Leipzig

Dr. med. Stefan Opitz
Auerbach

Ulrike Otto
Werdau

Dr. med. Werner Pfefferkorn
Chemnitz-Wittgendorf

Dr. med. habil. Wolfgang Popp
Chemnitz

Dr. med. Olaf Richter
Dresden

Prof. Dr. med. habil. Bodo Sarembe
Dresden

**Prof. Dr. med. habil.
Harro Seyfarth**
Leipzig

Dr. med. Henry Sieg
Meißen

Dr. med. Gisela Siegmund
Altenberg

Dr. med. Günter Sielaff
Dresden

Dipl.-Med. Silvia Stegner
Chemnitz

Hubert Steiner
Schwarzenberg

Regine Thieme
Steina

Dr. med. Bernhard Ullrich
Trebsen

Dr. med. Horst Walther
Wermsdorf

Dr. med. habil. Eckart Wunderlich
Dresden

Unsere Jubilare im Februar 2012 – wir gratulieren!

	60 Jahre				
01.02.	Dr. med. Hertel, Angelika 04289 Leipzig	07.02.	Dr. med. Damaschke, Hans-Joachim 02979 Elsterheide	08.02.	Dr. med. Berger, Barbara 04289 Leipzig
04.02.	Dr. med. Schwabe, Eva-Maria 04158 Leipzig	08.02.	Dipl.-Med. Sell, Hans-Jürgen 08606 Oelsnitz	08.02.	Dr. med. Knoll, Helmut 08468 Reichenbach
05.02.	Dr. med. Greim, Ingrid 09114 Chemnitz	09.02.	Dipl.-Med. Schmidt, Regina 09385 Lugau	09.02.	Dr. med. Hartwig, Ursula 04288 Leipzig
06.02.	Dipl.-Med. Hoffmann, Hans-Jürgen 08056 Zwickau	11.02.	Dr. med. Möckel, Wolfgang 08223 Grünbach	09.02.	Dr. med. Klemm, Beate 01612 Glaubitz
07.02.	Dr. med. Ongyerth, Gerhard 08280 Aue	12.02.	Dr. med. Plöttner, Hannelore 04155 Leipzig	09.02.	Dr. med. Lißke, Eberhard 08209 Auerbach
07.02.	Dipl.-Med. Tammer, Georg 04277 Leipzig	13.02.	Dr. med. Nordin, Dieter 01309 Dresden	11.02.	Dr. med. Knorr, Peter 04703 Leisnig
08.02.	Dr. med. Lorenz, Dietrich 01996 Hosena	13.02.	Dipl.-Med. Handtke, Wilma 04158 Leipzig	13.02.	Dr. med. Fichtner, Werner 04509 Schönwölkau
09.02.	Dipl.-Med. Große, Thomas 04460 Kitzen	14.02.	Dipl.-Med. Lembcke, Hans-Georg 09487 Schlettau	14.02.	Dr. med. Kreisel, Wolfram 02826 Görlitz
09.02.	Dipl.-Med. Silligmüller, Doris 08321 Zschorlau	14.02.	Dipl.-Med. Lembcke, Hans-Georg 09487 Schlettau	14.02.	Lüdicke, Hermann 09399 Niederwürschnitz
10.02.	Dipl.-Med. Eichler, Ulrich 01796 Pirna-Mockethal	15.02.	Steuber, Elisabeth 04299 Leipzig	14.02.	Peter, Eva 04849 Bad Dübén
10.02.	Dipl.-Med. Persch, Beate 08529 Plauen	16.02.	Dipl.-Med. Dobberstein, Norbert 02977 Hoyerswerda	14.02.	Dr. med. Rauh, Wolfgang 09123 Chemnitz/Einsiedel
12.02.	Dipl.-Med. Fischer, Marlis 04420 Markranstädt	16.02.	Dr. med. Eichhorn, Klaus 09116 Chemnitz	15.02.	Lischke, Elisabeth 01612 Nünchritz
12.02.	Dipl.-Med. Schubert, Michael 01324 Dresden	16.02.	Dr. med. Sander, Helga 01309 Dresden	16.02.	Helbig, Jutta 09599 Freiberg
15.02.	Dr. med. Dürig, Eberhard 01445 Radebeul	16.02.	Dipl.-Med. Lange, Rainer 08606 Planschwitz	16.02.	Dipl.-Med. Langer, Jürgen 08223 Falkenstein
16.02.	Dipl.-Med. Stephan, Uwe 01778 Geising	17.02.	Dr. med. Leib, Marianne 04509 Delitzsch	17.02.	Bierlich, Heide 01594 Nickritz
18.02.	Dipl.-Med. Staeckel, Christine 02625 Bautzen	18.02.	Dr. med. Bartel, Regina 01796 Pirna	17.02.	Dr. med. Gläser, Margitta 04157 Leipzig
19.02.	Dr. med. Haas, Sybille 01109 Dresden	19.02.	Dr. med. Gilgenmann, Gloria 04109 Leipzig	17.02.	Dr. med. Kober, Günther 08064 Zwickau
19.02.	Dr. med. Tscheppainz, Rosemarie 02943 Weißwasser	19.02.	Dr. med. Günther, Burkhard 04288 Leipzig	18.02.	Prof. Dr. med. habil. Asmussen, Gerhard 04107 Leipzig
22.02.	Dr. med. Starke, Ingrid 08058 Zwickau	20.02.	Dipl.-Med. Ebner, Natalja 04318 Leipzig	18.02.	Dr. med. Eiselt, Christa 01257 Dresden
26.02.	Dr.-medic Dani, Arpad 02977 Hoyerswerda	23.02.	Dipl.-Med. Leonhardt, Elisabet 09127 Chemnitz	18.02.	Dr. med. Vogelsang, Edith 01689 Niederau
26.02.	Dr. med. Elix, Heinz-Holger 09244 Lichtenau	25.02.	Dr. med. Miesel, Uwe 08209 Auerbach	19.02.	Dr. med. Roether, Adelheid 04347 Leipzig
27.02.	Dr. med. Henze, Wolfgang 04435 Schkeuditz	28.02.	Dipl.-Med. Jacob, Helga 04838 Eilenburg	19.02.	Dr. med. Sörgel, Dieter 08468 Reichenbach
27.02.	Dipl.-Med. Ritter, Sieglinde 09224 Grüna			20.02.	Dr. med. Franke, Ute 01217 Dresden
	65 Jahre			20.02.	Dr. med. Martin, Elke 01662 Meißen
01.02.	Dipl.-Med. Edelmann-Noack, Angelika 09599 Freiberg	01.02.	Dr. med. Ulbricht, Edda 09127 Chemnitz	21.02.	Dr. med. Henkenjohann, Maren 01445 Radebeul
04.02.	Dipl.-Med. Kozik, Erika 02827 Görlitz	02.02.	Dr. med. Thomas, Wolfgang 04451 Borsdorf	22.02.	Bauer, Frank 01279 Dresden
04.02.	Dr. med. Radke, Ernst-Udo 01855 Sebnitz	03.02.	Dr. med. Braune-Kurrek, Katharina 01159 Dresden	22.02.	Dr. med. Zinsmeyer, Jörg 08541 Neuensalz
05.02.	Dr. med. Gerlach, Hartwin 08321 Zschorlau	03.02.	Görler, Helga 08328 Stützengrün	23.02.	Dr. med. Reißmann, Bernd 01468 Reichenberg
		03.02.	Dr. med. Hannemann, Monika 02763 Zittau	24.02.	Dr. med. Krüger, Peter 04808 Wurzen
		05.02.	Dr. med. Bach, Karin 04319 Leipzig	27.02.	Dr. med. Freitag, Elke 04179 Leipzig
		05.02.	Dr. med. Böhme, Hannelore 09114 Chemnitz	27.02.	Dipl.-Med. Frühauf, Renate 01259 Dresden
		05.02.	Dr. med. David, Volker 08349 Erlabrunn	27.02.	Dr. med. König, Heidemarie 04828 Bennewitz
		06.02.	Dipl.-Med. Schiller, Armin 08058 Zwickau		

- 28.02. Dr. med. Lobeck, Gottfried
01465 Langebrück
- 75 Jahre**
- 01.02. Dr. med. Eberhard, Herta
04275 Leipzig
- 02.02. Dr. med. Neumann, Lisa
04838 Sprotta-Siedlung
- 04.02. Schwerdtfeger, Erika
02977 Hoyerswerda
- 05.02. Dr. med. Dittrich, Christian
01917 Kamenz
- 05.02. Dr. med. Müller, Klaus
01309 Dresden
- 08.02. Dr. med. Herzer, Dieter
01877 Schmölln
- 09.02. Dr. med.
Fricke, Hans-Joachim
08412 Werdau
- 12.02. Dr. med. Büttig, Ingeborg
01796 Pirna
- 12.02. Rätzel, Dieter
09627 Hilbersdorf
- 13.02. Prof. em. Dr. med. habil.
Stosiek, Peter
02827 Görlitz
- 14.02. Dr. med. Frey, Ingrid
01309 Dresden
- 14.02. Dr. med. Luther, Lotte
09114 Chemnitz
- 17.02. Dr. med. Groeschel, Ursula
01827 Graupa
- 18.02. Beeg, Maria
02826 Görlitz
- 18.02. Buchholz, Elisabet
09627 Bobritzsch
- 20.02. Prof. Dr. med. habil.
Haustein, Uwe-Frithjof
04416 Markkleeberg
- 20.02. Trautvetter, Marika
04317 Leipzig
- 21.02. Prof. Dr. med. habil.
Kleber, Hans-Peter
04564 Böhlen
- 21.02. Dr. med. Müller, Helga
02625 Bautzen
- 21.02. Dr. med. Nitzsche, Peter
01326 Dresden
- 22.02. Vogel, Irmgard
01067 Dresden
- 23.02. Dr. med. Pansa, Eberhard
09122 Chemnitz
- 26.02. Lorenz, Gudrun
01477 Fischbach
- 27.02. Dr. med. Schneider, Helga
01109 Dresden
- 28.02. Dr. med. Steinert, Volker
04779 Wermsdorf
- 28.02. Dr. med. Wiegand, Gerhard
09212 Limbach-Oberfrohna
- 80 Jahre**
- 01.02. Dr. med. Jacob, Annemarie
01217 Dresden
- 02.02. Dr. med. Gamnitzer, Svend
04279 Leipzig
- 06.02. Dr. med.
Müller-Hornburg, Ursula
01324 Dresden
- 07.02. Schneider, Hertha
01187 Dresden
- 08.02. Dr. med. Kreuzinger, Erna
04129 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Mai, Annemarie
09112 Chemnitz
- 09.02. Dr. med. Gebhardt, Rudolf
01109 Dresden
- 12.02. Dr. med. Weber, Lothar
04668 Großbothen
- 13.02. Dr. med. Musiat, Rita
02625 Bautzen
- 14.02. Dr. med. Grunert, Eva-Maria
09111 Chemnitz
- 22.02. Dr. med. Dr. med. dent
Andreas, Manfred
04318 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Geidel, Hans
04155 Leipzig
- 23.02. Dr. med. Zumpe, Sonja
01097 Dresden
- 26.02. Dr. med. Wallasch, Maria
04425 Taucha
- 81 Jahre**
- 03.02. Dr. med. Wießner, Wolfgang
04720 Ebersbach
- 04.02. Dr. med. Mertens, Helga
04463 Großpösna
- 05.02. Dr. med. Pfeifer, Günther
08412 Werdau
- 11.02. Dr. med. Schimmel, Margit
04808 Wurzen
- 13.02. Dr. med. Klauß, 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
- 82 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
- 83 Jahre**
- 12.02. Dr. med. Schuster, Johannes
08261 Schöneck
- 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
- 84 Jahre**
- 23.02. Dr. med. Görner, Eberhard
04680 Zschadraß
- 85 Jahre**
- 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz
- 86 Jahre**
- 02.02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
- 22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau
- 28.02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig
- 87 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
- 88 Jahre**
- 01.02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig
- 18.02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig
- 89 Jahre**
- 24.02. Dr. med. Kunze, Irmgard
08258 Wernitzgrün
- 90 Jahre**
- 07.02. Dr. med. Kreihs, Werner
02708 Löbau
- 17.02. Prof. Dr. med. habil.
Avenarius, Richard
01309 Dresden
- 91 Jahre**
- 10.02. Dr. med.
Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
- 26.02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden
- 96 Jahre**
- 17.02. Nawka, Joachim
02627 Radibor

Thomas Hellinger – Raumfragmente

Die Bilder wecken unterschiedliche Assoziationen, etwa zu „Raumfragmenten“, die der Ausstellung Thomas Hellingers (Jg. 1956) auch den Titel gaben. In anderen Fällen fühlt man sich an Landschaftliches oder eine urbane Situation erinnert. Man entdeckt Anmutungen alter Hallenarchitektur oder von Konstruktionselementen, die Dresdner unweigerlich mit dem „Blauen Wunder“ verbinden. Gleichwohl ist die partiell

gestisch, partiell eher konstruktiv ausgerichtete, farblich zwar vielfältige, zugleich zurückhaltende Malerei keineswegs auf einen Abbildcharakter ausgerichtet.

Die genannten Realitätsbereiche sind für Hellinger vielmehr Ausgangs-„material“, um sich malerisch den ihn interessierenden Fragen der Wahrnehmung nähern zu können. So beruhen die vom „Blauen Wunder“ inspirierten Bilder auf vielen Sehmomenten, die aus der Bewegung, etwa beim Gang über die Brücke,

resultieren. Das Ergebnis ist eine, sich dem Flüchtigen des Gesehenen nähernde Vielschichtigkeit. Dem Malen voraus gehen unzählige dokumentierende Fotografien, die sich später teils auf Folien wieder finden. Diese projiziert der Künstler partiell auf seine Leinwände, um sich daran zu orientieren, dem Malen etwa eine neue Wendung zu geben, ohne sie, wie es heute oft gehandhabt wird, generell als Vorlagen für ein Bild zu nutzen. Freier Farbauftrag und Projektionselemente verbinden sich zu dem für Thomas Hellingers Bilder typischen, vielschichtigen und bewegten Ganzen. Dabei reizen ihn immer wieder andere Aspekte, so dass ganze Serien zu einem Thema entstehen.

Der aus Konstanz am Bodensee stammende Künstler lebt und arbeitet schon etwa ein Jahrzehnt in Dresden, ist hier auch durch seine Beteiligung an Kunsttherapieprojekten und damit verbundenen Ausstellungen an der HfBK hervorgetreten. In den späten 1970er und frühen 1980er Jahren hatte er in München und Berlin (West), unter anderem bei Raimund Girke, studiert. Auslandsstipendien führten ihn danach nach Toronto und New York. In den 1990er Jahren wirkte er als Assistent von Hans Baschang an der Akademie der Bildenden Künste München sowie als Dozent an der Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



Thomas Hellinger, o.T. (Street View 4), 2011, Öl auf Nessel, 140 x 110 cm

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 18. Januar bis 11. März 2012, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 19. Januar 2012, 19.30 Uhr