

Berufspolitik	115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg	224
	Tätigkeitsbericht 2011 der Sächsischen Landesärztekammer	229
	Digitale Signatur für Online-Abrechnung – jetzt möglich	230
	Gemeinsame Beratung des Ausschusses Senioren mit den Seniorenbeauftragten der Kreisärztekammern	232
	Veranstaltung für Medizinstudenten in Leipzig	233
Gesundheitspolitik	Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2010	234
Sächsische Ärzteversorgung	Einweihungs- und Jubiläumsfeier der Sächsischen Ärzteversorgung	241
Arbeitsmedizin	Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin	242
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	244
Originalie	Stuhlinkontinenz	245
Buchbesprechung	Lehrbuch der Palliativmedizin	249
Tagungsbericht	Bericht vom Jahreskongress der Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists	250
Verschiedenes	Wohnformen und Hilfen im Alter	252
	Berufung	252
	Regaud-Preis	252
	Kennen Sie den „Praxistag“?!	253
	Die Arztbibliothek	253
	Die Kammer läuft	253
	Mitnahme von Blindenführhunden	258
Personalia	Jubilare im Juli 2012	254
Medizingeschichte	Zur Geschichte und Praxis der Schröpfkopfbehandlung	256
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – August 2012	



115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg Seite 224



Digitale Signatur für Online-Abrechnung Seite 230



Veranstaltung für Medizinstudenten Seite 233



Bericht vom Jahreskongress Seite 250

Titelbild: 115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg 2012, © Köhler

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

115. Deutscher Ärztetag

22. bis 25. Mai 2012, Nürnberg

Nürnberg ist eine Stadt von großer historischer Bedeutung, schlimmen Verwerfungen und ihrer Aufarbeitung zugleich. Ab 1927 fanden die Reichsparteitage in Nürnberg statt. Die Nationalsozialisten nutzten so den Mythos der Stadt für ihre propagandistischen Zwecke.

Nürnberg war auch die Stadt der großen Prozesse. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde Nürnberg als Ort der Kriegsverbrecherprozesse der Alliierten ausgewählt, teils aus pragmatischen, teils wiederum aus symbolischen Gründen.

Vor 65 Jahren wurden 20 Ärzte als führende Vertreter der „staatlichen medizinischen Dienste“ des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Diese Verbrechen geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften.

Seit 1987 haben sich Deutsche Ärztetage immer wieder mit der Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus beschäftigt. Ärzte haben in der Zeit des Nationalsozialismus Tod und Leiden von Menschen herbeigeführt, angeordnet oder gnadenlos verwaltet. „Wo man Geschehenes nicht begreifen kann, wollen wir wenigstens dokumentieren, damit wir nie vergessen, damit wir und zukünftige Generationen lernen, dass so etwas nie wieder geschehen darf“, forderte Dr. med.



Eröffnungsveranstaltung im Nürnberger Staatstheater

© Klug

Frank Ulrich Montgomery in seiner Eröffnungsansprache zum 115. Deutschen Ärztetag.

Nürnberger Erklärung zum 115. Deutschen Ärztetag: „Wir Ärzte bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.“

Zum diesjährigen Deutschen Ärztetag kamen 250 Delegierte aus allen Landesärztekammern, davon zwölf ehrenamtlich tätige Ärzte der Sächsischen Landesärztekammer, in Nürnberg zusammen.

Etwa 1.100 Gäste und Delegierte verfolgten die Eröffnungsveranstaltung im Nürnberger Staatstheater und gedachten zunächst dem im November 2011 verstorbenen Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe. „Er war unser aller Präsident, und er war vielen auch ein guter Freund“, sagte Dr. med. Montgomery.

Das deutsche Ärzteparlament beschäftigte sich während des 115. Deutschen Ärztetags sehr intensiv mit der Frage, welches der derzeit diskutierten Finanzierungskonzepte für die Krankenversicherung in Deutschland geeignet ist, eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen.

Weitere Schwerpunkte des Ärztetags waren:

- die dringend notwendige Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung,
- das von der Koalition geplante Patientenrechtegesetz,
- neue kooperative und sektorübergreifende Versorgungsformen und deren Potenziale für die ärztliche Berufsausübung sowie für die Patientenversorgung,
- Strategien, wie das hausärztliche Berufsbild wieder positiv besetzt werden kann.

Der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, wurde zum Ärztetag mit Applaus empfangen. Er forderte den Erhalt von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV): „Wer eine Einheitskasse als Lösung für demografische Entwicklungen fordert, der übersieht, dass er den Versicherten zum Bittsteller einer staatlich gelenkten Einheitskasse machen will.“

Herr Bahr beurteilte: „Die Praxisgebühr ist eine Eigenbeteiligung, die ihren Zweck nicht erfüllt hat und nur ein Ärgernis ist.“ Man solle die Praxisgebühr abschaffen, wenn man die Beitragszahler entlasten wolle. Er forderte die Bundesärztekammer und die PKV auf, bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einen Kompromiss zu finden. Solange halte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Entscheidung zur Öffnungsklausel offen. Bei dem Patientenrechtegesetz mahnte der Minister eine aktive Implementation einer „offensiven Fehlervermeidungskultur“



Dr. med. Max Kaplan und der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr (r.)

© Klug

durch die Ärztekammer und einen verantwortungsbewussten Umgang mit „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) an. Eine generelle Beweislastumkehr ist für ihn tabu. Bei „IGeL-Leistungen“ müsse verhindert werden, dass auf Patienten Druck ausgeübt wird. Einem Entschädigungsfonds für Opfer von Behandlungsfehlern erteilte der Minister eine klare Absage. Wer einen Fehler begangen habe, soll auch dafür zur Verantwortung gezogen werden können.

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

„Wir Ärzte stehen für Therapiefreiheit, freier Arztwahl und Freiberuflichkeit. Wir wollen Pluralität statt Einheitsversicherungen. Wir wollen einen sozial geregelten, gerechten Wettbewerb, aus dem heraus Fortschritt und Zukunft erwachsen können“, sagte Dr. med. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, bei der Eröffnung des 115. Deutschen Ärztetages. Die Freiheit ärztlicher Entscheidungen in medizinischen Fragen ist zugleich eine Grundfreiheit der Patienten.

Dr. med. Montgomery forderte den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems von gesetzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen. Derzeit gebe es keine wirkliche Zwei-Klassen-Medizin. „Die würde aber sofort entstehen, wenn in einer Einheitsversicherung in Zukunft Bürokraten entscheiden, wie Fortschritt und Zukunft auszusehen hätten“, warnte der Präsident, „die Bürgerversicherung ist nichts anderes als der „Turbolader“ für die Zwei-Klassen-Medizin“.

Anforderungen an eine gesetzliche Krankenversicherung in der Zukunft

Der Deutsche Ärztetag hat sich eingehend mit der künftigen Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung befasst. Hierzu wurden die gesundheitspolitischen Protagonisten Jens Spahn, MdB, Berlin, Gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, und Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach, MdB, Berlin, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion, zur Diskussion eingela-



Präsident der Bundesärztekammer,
Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
© Klug

den. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, welches Konzept geeignet ist, eine im Zugang chancengleiche und qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens, das heißt, gesunde stehen für kranke, wohlhabende für ärmere Bürger mit ihren Beiträgen ein.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Ärzteschaft will sich stärker in die Debatte über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einschalten und hierzu Forderungen an die Politik formulieren sowie bis 2013 ein eigenes Finanzierungskonzept erarbeiten.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Die Ärzte befürworteten die größere Flexibilität und verbesserte Familienfreundlichkeit im Praktischen Jahr, die Stärkung der Allgemeinmedizin, die didaktisch sinnvolle Gestaltung des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung, die Gliederung des Praktischen Jahres wie bisher in zwei Pflichttertiale in Innerer Medizin und Chirurgie und einem Wahltertial in einem klinisch-taktischen Wahlfach beizubehalten und den stufenweisen Ausbau der Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin.

Eine Überführung des Medizinstudiums in die Bachelor-/Master-Struktur gemäß der Bologna-Reform kommt für die deutsche Ärzteschaft weiterhin nicht in Betracht.

Die sächsischen Delegierten sprachen sich dafür aus, Medizinstudenten im Praktischen Jahr bereits frühzeitig an die Tätigkeit in der ambulanten Medizin heranzuführen. Dafür eignet sich insbesondere die Ableistung des Wahltertials im Praktischen Jahr in einer hausärztlichen Praxis. Dazu ist es notwendig, die infrastrukturellen Voraussetzungen an allen Fakultätstandorten durch ausreichend Lehrärzte zu schaffen.

Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die derzeitigen Finanzüberschüsse der GKV sind maßgeblich auch Folge der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für die Jahre 2011 und 2012 vorgegebenen Ausgabenbegrenzung-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze erläuterte am Beispiel des Diabetes-Netzwerkes in Sachsen die Bedeutung von Ärztenetzen

© Köhler

gen zu Lasten der ambulanten und stationären Versorgung.

Bevor Kassenbeiträge gesenkt werden, muss die angemessene Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Die Ärzteschaft fordert die Bundesregierung auf, folgende gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten:

- Die Praxisgebühr ist abzuschaffen oder zumindest auszusetzen.
- Die nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung ist durch die Abschaffung der Begrenzung des Zuwachses der Erlösbudgets der Krankenhäuser auf die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme sicherzustellen. Außerdem ist die Einführung eines an der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern gebundenen vollständigen Orientierungswertes anzustreben.

Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid

Die deutsche Ärzteschaft fordert ein Verbot jeder Form der sogenannten organisierten Sterbehilfe. Die zunehmende Kommerzialisierung der Sterbehilfe lässt befürchten, dass sich verzweifelte Menschen immer häufiger für einen organisierten Suizid entscheiden. Gewerbliche oder organisierte Sterbehilfe ermöglicht kein Sterben in Würde und verbaut den Weg für eine adäquate Behandlung. Menschen mit existenziellen physischen und psychischen Erkrankungen benötigen unbedingt ärztliche

und pflegerische Hilfe sowie menschliche Zuwendung. Die Palliativmedizin vermag dies zu leisten. Der Gesetzgeber muss deshalb alle Facetten der gewerblichen und der organisierten Sterbehilfe strafrechtlich sanktionieren.

Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten

Die sächsische Ärzteschaft forderte die Bundesärztekammer auf, sich kritisch mit der Etablierung kooperativer Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen. Bei der Organisation entsprechender Strukturen muss die Verbesserung der Patientenversorgung und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung Priorität haben.

Patientenrechtegesetz

Die Rechte der Patienten sind in Deutschland hochentwickelt und durch die Rechtsprechung umfangreich gesichert. Das Patientenrechtegesetz soll transparente Regeln schaffen und Patienten und Ärzten die nötige Rechtssicherheit geben. Die Intention des Gesetzesvorhabens wird von der Ärzteschaft begrüßt. Ein Übermaß an Dokumentation gilt es zu vermeiden.

Die grundlegenden Patientenrechte sind:

- eine individuelle, nach ihren Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung,
- die freie Arztwahl,
- Transparenz,
- die Wahrung des Patientengeheimnisses,
- die Solidarität der Gesellschaft,
- eine solidarische Krankenversicherung,
- ein bürgernahes Gesundheitswesen,
- die Fürsorge und Zuwendung von allen im Gesundheitswesen Tätigen.

Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Die Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und für die kontinuierliche Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen. Die



Ute Taube: Der elektronische Heilberufsausweis ist ideal zur Organisation der innerärztlichen Kommunikation

© Köhler

Hausärzte sind in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen die Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Das Arbeitsfeld der Hausärzte stellt ein attraktives Berufsbild dar. Das breite Behandlungsspektrum macht den Hausarzt unverzichtbar für eine qualitative Patientenversorgung. Das Arbeitsfeld eines Hausarztes gibt der jungen Arztgeneration eine hervorragende berufliche Perspektive. Die hausärztliche Versorgung wird sichergestellt durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, den hausärztlich tätigen Facharzt für Innere Krankheiten und den Kinder- und Jugendarzt. Zur Optimierung der wohnortnahen Patientenversorgung ist die bewährte Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärzten und Ärzten anderer Fachgebiete weiter auszubauen. Aufgrund des Ärztemangels wird die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt innerhalb von Kooperationen stattfinden. Dies entspricht auch dem Interesse der jüngeren Arztgeneration und steigert die Attraktivität des Hausarztberufes. Die Kooperation zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ist weiterhin verbesserungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für die sektorenübergreifende Organisation der Notfallversorgung in ländlichen Regionen.

Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

In seinen „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft“ (Ulmer

Papier) hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag (2008) die Notwendigkeit einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen dargestellt. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienzdruck und dem Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und die eigene Berufszufriedenheit steigern.

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag wurde die gesamte Breite der Vertragsgestaltung im SGB V vorgestellt und diskutiert. Der Ärztetag forderte zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte:

- Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, Satellitenpraxen, Ärztehäuser,
- Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region,
- Intensivierung der Kooperation von Hausärzten und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten,
- Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren,
- Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe,

- Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.

Förderung des Belegarztwesens

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung, einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie in einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere auch kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern.

Prävention in der Arbeitswelt – betriebsärztliche Versorgung

Die deutsche Volkswirtschaft verliert jährlich 225 Milliarden Euro durch Krankheiten der Arbeitnehmer. Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft, die erwerbsfähigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten. 76 Prozent der Arbeitsunfähigkeiten, die durch chronische Erkrankung entstehen, können durch Prävention verhindert werden.

Die Betriebsärzte sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Eine Herausforderung



Vizepräsident Erik Bodendieck: Medizinstudenten frühzeitig im Praktischen Jahr an die ambulante Medizin heranführen
© Köhler

ung für die Arbeitsmedizin stellt das zunehmende Alter der Belegschaften durch den demografischen Wandel dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit sollen ältere Beschäftigte und chronisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen.

Die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Betreuung müssen zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge werden. Die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den deutschen Universitäten sind wesentlich auszubauen, damit jeder Studierende der Humanmedizin qualitätsgesichert zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit unterrichtet wird.



Dipl.-Med. Petra Albrecht und Dipl.-Med. Sabine Ermer (r.)
© Köhler

Delegation von ärztlichen Leistungen

Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie ist einer der Hauptgründe für die hohe medizinische Versorgungsqualität in Deutschland.

Der Deutsche Ärztetag hat erneut gefordert, dass eine Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter weder pauschal noch leistungsorientiert erfolgen darf. Stattdessen ist es erforderlich, einzelne Kriterien und die individuelle Situation in Bezug auf die Qualifikation des Personals und des Versorgungsumfeldes zu berücksichtigen. Die Koordination, Kontrolle der Leistungen und die Dokumentation muss dabei in jedem Falle in der Verantwortung der Ärzte liegen. Das Patientenrecht auf eine Behandlung nach Facharztstandard ist bei allen getroffenen Regelungen zu gewährleisten. Die Delegation von ärztlichen Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter ist eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung

der ärztlichen Versorgung. Zudem würden die Ärzte von Bürokratie und Verwaltungstätigkeiten entlastet. Eine Substitution von ärztlichen Leistungen durch nichtärztliche Berufe lehnt der Ärztetag ausdrücklich ab.

Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern

Die sächsischen Delegierten fordern die Bundesregierung auf, nachträglich auf die Bundesländer einzuwirken, sodass die Länder bei der Umsetzung der landesspezifischen Hygieneverordnungen die erforderlichen Begleitmaßnahmen (Einrichtung von Hygieneinstituten, Schaffung von Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, Bereitstellung finanzieller Mittel) ergreifen. Die strukturierte curriculäre Fortbildung zum Krankenhaushygieniker kann nur eine zeitlich begrenzte Lösung sein. Es bedarf dringend der verstärkten Initiierung der regulären Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin.

Organspende

Der Deutsche Ärztetag hat die sogenannte „Entscheidungslösung“ bei der Organspende begrüßt. Eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende soll freiwillig bleiben. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Ärzte gesetzlich als fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen der Organspende vorzusehen. Dies darf nicht in das Belieben der Kassen gestellt werden.

Gendiagnostikgesetz neu regeln

Der Ärztetag sprach sich dafür aus, die rein diagnostischen Untersuchungen aus dem Anwendungsbereich des Gendiagnostikgesetzes auszunehmen und die Regelungen des Gesetzes auf die prädiktiven genetischen Untersuchungen zu beschränken.

Zweitmeinung im Internet

Die Berufsordnungen der Landesärztekammern sehen vor, dass die individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere aber auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchgeführt werden darf.

Es gehört zu den Pflichten des Arztes, sich über den Patienten ein eigenes Bild zu machen. Die Telemedizin stellt jedoch keine unzulässige Fernbehandlung dar, sofern sie berufsrechtskonform durchgeführt wird und gewährleistet ist, dass der Arzt den Patienten unmittelbar behandelt und ein weiterer mitbehandelnde Arzt über telemedizinische Verfahren an der Behandlung beteiligt ist.

Betriebswirtin im Gesundheitswesen

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Neukonzeption einer Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte nach § 54 Berufsbildungsgesetz zur „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ durch die Bundesärztekammer und fordert die Landesärztekammern auf, entsprechende Kursangebote zu entwickeln. Die Betriebswirtin ist vom Niveau her auf der Leitungs- und Führungsebene angesiedelt, arbeitet im gegebenen Rahmen eigenständig und bereitet Entscheidungen der ärztlichen Unternehmensführung vor.

Alle angenommenen Beschlussanträge der sächsischen Delegierten im vollen Wortlaut sowie alle Pressemitteilungen finden Sie im Internet unter www.slaek.de. Das Wortprotokoll sowie alle Reden und Referate finden Sie unter www.baek.de.



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung

© Köhler

Von Anmeldung bis Zeugnis

„Tätigkeitsbericht 2011“ der Sächsischen Landesärztekammer erschienen



Ärzte in Sachsen stellen sich manchmal die Frage, welche zahlreichen Aufgaben die Sächsische Landesärztekammer tagtäglich bearbeitet. Und selbst die rund 1.000 ehrenamtlich tätigen Ärzte oder die rund 80 angestellten Mitarbeiter können diese Frage nicht vollständig beantworten, da die Arbeitsbereiche der ärztlichen Landesvertretung so vielfältig und die Fachgebiete so zahlreich sind. Eine umfassende Darstellung bietet der jährlich erscheinende Tätigkeitsbericht. Dieser liegt nun aktuell für das Jahr 2011 vor.

Schon der Blick in das Inhaltsverzeichnis zeigt ein Themenspektrum von Medizin über Gesundheits- und Berufspolitik bis hin zur ärztlichen Statistik. Der interessierte Leser erfährt, welche Entscheidungen zum Beispiel im Vorstand oder in den Ausschüssen wie „Transplantation“,

„Hygiene- und Umweltmedizin“, „Berufsrecht“ oder „Qualitätsmanagement“ vorbereitet oder getroffen wurden. Sehr anschaulich werden die Verfahren der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, aber auch die berufsrechtlichen Verfahren dargestellt.

Der Leser kann nachlesen, in welchen Gebieten oder Schwerpunkten die 543 Ärzte im Rahmen ihrer Weiterbildung geprüft wurden und dass es in Sachsen insgesamt über 21.500 Ärzte gibt, die zudem nach Altersgruppen aufgeschlüsselt und von denen 15.569 berufstätig sind. Beindruckend ist auch, dass die zahlreichen Veranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer von rund 5.000 Teilnehmern besucht wurden. Diese Zahl wäre ohne eine perfekte Organisation durch die Mitarbeiter undenkbar.

Der Tätigkeitsbericht bildet für die Mandatsträger der Kammerversammlung die Grundlage zur Entlastung des Vorstandes für das zurückliegende Kalenderjahr. Die Entlastung erfolgt auf dem 22. Sächsischen Ärztetag/der 46. Kammerversammlung am 23. Juni 2012 in Dresden.

Interessierte können den „Tätigkeitsbericht 2011“ ab sofort im Internet unter www.slaek.de – Kammer – Tätigkeitsbericht abrufen. Eine Druckfassung kann über die E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de unter Angabe von Name und Anschrift kostenlos angefordert werden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Digitale Signatur für Online-Abrechnung möglich

Ab Oktober 2012 neue Anwendung für den elektronischen Heilberufsausweis

Ab 1. Oktober 2012 können alle niedergelassenen Ärzte in Sachsen zusätzlich zur Online-Abgabe der Abrechnung ihre „Erklärung zur Abrechnung“ rechtsverbindlich elektronisch signieren und online versenden. Dies wird schnell und unkompliziert möglich sein. Die Online-Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ ist eine erste Anwendung der KV Sachsen für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) der weitere folgen sollen. Die KV Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer haben dazu ein gemeinsames Vorgehen entwickelt.

Der Empfänger kann überprüfen, dass das Dokument nach der Signatur nicht mehr verändert wurde (Integrität). Elektronische Dokumente, die beim Empfänger verschlüsselt vorliegen, kann er mithilfe seines elektronischen Heilberufsausweises wieder entschlüsseln (Vertraulichkeit). Dies ist insbesondere bei der Versendung von datenschutzrelevanten Informationen oder Dokumenten enorm wichtig.

Durchführung der Online-Abrechnung

Die KV Sachsen wird, nach erfolgreichen Tests, ab dem 1. Oktober 2012 (Abrechnung des dritten Quartals) die elektronische Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ mittels elektronischen Heilberufsausweises einführen. Damit wird in Sachsen bereits die dritte Anwendung neben der Kontrastmittelbestellung für Radiologen und der privatärztlichen Online-Abrechnung auf den Weg gebracht. Weitere Online-Anwendungen, wie die elektronische Befundübermittlung zwischen Praxen oder zwischen Praxen und Kliniken, sind in Entwicklung.

Die Online-Abrechnung wird über das Mitgliederportal der KV Sachsen abgegeben. Dies ist gleichzeitig Voraussetzung dafür, dass das Dokument „Erklärung zur Abrechnung“ generiert und elektronisch signiert werden kann. Die notwendige Software dazu ist Bestandteil des Mitgliederportals und wird in Ihrem Browser gestartet. Auf dem Rechner muss dazu eine aktuelle Oracle Java-Version installiert sein. Als Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums müssen alle beteiligten Ärzte, außer den angestellten Ärzten, elektronisch signieren, wie bisher auch auf der „Rosa Erklärung“.

Mit dem Einsatz der elektronischen Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ entfällt das bisher übliche Papierdokument. Die elektronisch signierte Erklärung zur Abrechnung ist gespeichert und kann nachträglich im Mitgliederportal der KV Sachsen eingesehen werden. Bevor Sie den elektronischen Heilberufsaus-

weis einsetzen können, sind die Schritte „Antrag, Ausgabe und Freischaltung“ zu absolvieren.

Antrag, Ausgabe und Freischaltung des elektronischen Heilberufsausweises

Niedergelassene Ärzte in Sachsen können den elektronischen Heilberufsausweis ab sofort beantragen. Das Antragsverfahren ist einfach und zeitsparend in den folgenden fünf Schritten möglich:

1. Informieren Sie die Sächsische Landesärztekammer mittels des Kontaktformulars (www.slaek.de) oder telefonisch über die gewünschte Ausstellung eines elektronischen Heilberufsausweises. Danach sendet Ihnen die Sächsische Landesärztekammer einen Brief mit Ihren persönlichen Daten zu. Sie gleichen diese mit Ihren aktuellen Daten ab und senden den Brief anschließend zurück.
2. Nach Eingang Ihrer Daten erhalten Sie einen persönlichen Antragschlüssel von der Sächsischen Landesärztekammer. Wählen Sie jetzt über Ihren Computer im Internet unter www.ehba.de bei der Rubrik „Ärzte“ die Option „Für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer“ aus und authentifizieren sich mit Ihrem persönlichen Antragschlüssel. Klicken Sie anschließend auf „Weiter zum Antrag“. Ergänzen Sie den bereits mit Ihren Daten vorbereiteten Antrag, drucken Sie ihn aus und kleben Sie ein aktuelles Passfoto im Format 3,5 x 4,5 cm auf.
3. Mit den Antragsunterlagen und unter Vorlage eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses weisen Sie sich nun bei einer Identifizierungsstelle (Sächsische Landesärztekammer, Deutsche Post, Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, PVS/Sachsen) aus. Die Identifizierungsstelle nimmt Ihre Antragsunterlagen entgegen, identifiziert Sie und leitet die kompletten Unterlagen entsprechend weiter.



Rechtssichere Einsatzmöglichkeiten

Der elektronische Heilberufsausweis ist ein personenbezogener Sichtausweis im Scheckkartenformat. Wesentliches Element darauf ist ein Mikroprozessorchip. Der Karteninhaber kann sich mit diesem elektronischen Ausweis in Computersysteme als Person und in seiner Funktion als Arzt ausweisen (Authentifikation). Außerdem können mithilfe der Karte elektronische Dokumente rechtssicher mit einer qualifizierten elektronischen Signatur unterschrieben werden. Solche Dokumente sind damit rechtlich einem handschriftlich unterzeichneten Papierdokument gleichgestellt.

4. Die Sächsische Landesärztekammer überprüft Ihren Arztstatus und erteilt dem Zertifizierungsdiensteanbieter die Produktionsfreigabe. Der Zertifizierungsdiensteanbieter sendet Ihnen dann Ihren elektronischen Heilberufsausweis und ein Passwort in zwei getrennten Sendungen zu.
5. Der elektronische Heilberufsausweis muss vor der ersten Nutzung freigeschaltet werden (ändern der Transport-Pin) und dem Zertifizierungsdiensteanbieter die Freischaltung per Formular schriftlich bestätigt werden. Damit ist der elektronische Heilberufsausweis einsetzbar.

Zusätzlich wird es möglich sein, sich vorab bei Fortbildungsveranstaltungen in der Sächsischen Landesärztekammer oder in deren Bezirksstellen in Chemnitz und Leipzig von den geschulten Mitarbeitern identifizieren zu lassen. So kann das Antragsverfahren vereinfacht werden.

Kosten und Equipment

Die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises ist für Sie durch die Förderung der Sächsischen Landesärztekammer kostenfrei. Beim Zertifizierungsdiensteanbieter Medisign entstehen Ihnen für die Signaturkarte monatliche Kosten von 7,90 EUR, bei einer Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren. Aktuell senkt Medisign die Kosten für 24 Monate auf 6,90 EUR.

Zur Signatur weiterer Dokumente kann der elektronische Heilberufsausweis ebenfalls genutzt werden. Die dafür notwendige Software in einer Standard-Version, die alle notwendigen Funktionen für das Erzeugen bzw. Prüfen von Signaturen und Verschlüsselungen beinhaltet, kostet einmalig 19,90 EUR und dann monatlich 2,00 EUR. Für die Signaturkomponente im Rahmen der Sig-

natur zur „Erklärung der Abrechnung“ entstehen Ihnen keine Kosten. Diese wird Ihnen mit der Anwendung der KV Sachsen zur Verfügung gestellt.

Förderung im Rahmen der Online-Abrechnung

Der Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises zur Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ der KV Sachsen gefördert. In einem Zeitraum von zwei Jahren ab Aktionsbeginn wird für acht Quartale jeweils der Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises für die Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ mit 20,00 EUR pro Quartal gefördert. Die Gesamtförderung der KV Sachsen beträgt damit 160,00 EUR je Arzt.

Gefördert werden auch die elektronischen Heilberufsausweise der Psychotherapeuten, sobald diese zum Einsatz kommen.

Weitere Anwendungen des elektronischen Heilberufsausweises

Die Online-Signatur ist die dritte Anwendung des elektronischen Heilberufsausweises, denen weitere folgen sollen. Rechtssichere Signaturen sind in der elektronischen Kommunikation unverzichtbar, zum Beispiel bei der Übermittlung von Arztbriefen und Befunden. Weiterhin kann mit dem elektronischen Heilberufsausweis auch eine Verschlüsselung vorgenommen werden. An weiteren Anwendungen der elektronischen Signatur arbeiten neben der KV Sachsen auch die Sächsische Landesärztekammer und die Apotheker- und Ärztekbank.

Unterstützung beim Antrag, der Ausgabe und der Freischaltung des elektronischen Heilberufsausweises

Mitarbeiter des Zertifizierungsdiensteanbieters Medisign unterstützen Sie in allen technischen Fragen zum

Kartenantrag (Montag bis Freitag von 8.00 bis 19.00 Uhr), Tel.: 0180 50 60 512 (0,14 EUR pro Minute aus dem dt. Festnetz, max. 0,42 EUR pro Minute aus dem dt. Mobilfunk). Die Mitarbeiter des Berufsregisters der Sächsischen Landesärztekammer erreichen Sie werktags unter folgenden Rufnummern:

Buchstaben A-E	
Frau Drews	0351 8267-361
Buchstaben F-H	
Frau Kaluza	-365
Buchstaben I-L	
Frau Löw	-363
Buchstaben M-R	
Frau Girbig	-362
Buchstaben S-T	
Herr Janott	-364
Buchstaben U-Z	
Frau Richter	-360

Außerhalb dieser Zeiten können sächsische Antragsteller ihre Fragen rund um die Uhr hier stellen: www.ehba.de.

Unterstützung beim Einsatz im Rahmen der Online-Abrechnung

Fragen zur Signatur der „Erklärung zur Abrechnung“ der Online-Abrechnung können an die Mitarbeiter des EDV-Supports der KV Sachsen gestellt werden:

Tel.: 0341 23493737

Fax: 0341 23493738

E-Mail: safenet@kvs-leipzig.de

Informationen und Formulare im Internet

eHBA-Antrag: www.slaek.de

Online-Abrechnung:

www.kvs-sachsen.de

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sächsische Landesärztekammer
Dr. med. Klaus Heckemann
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Ausschuss Senioren

Gemeinsame Beratung des Ausschusses Senioren mit den Seniorenbeauftragten der Kreisärztekammern

Am 18. April 2012 fand eine erste gemeinsame Sitzung des Ausschusses Senioren mit den Beauftragten für Seniorenarbeit der Kreisärztekammern statt.

Zunächst stellte die Vorsitzende des Ausschusses, Frau Dr. med. Ute Göbel, die bisherigen Schwerpunkte der Tätigkeit des Ausschusses vor. Als beratendes Gremium des Vorstandes werden regelmäßig Aufträge des Präsidenten bearbeitet, so zum Beispiel die Prüfung von Voraussetzungen und das Prozedere der Umsetzung bei der Gewinnung von ärztlichen Ruheständlern als Impfarzte in den – in der entsprechenden pandemischen Situation – einzurichtenden Dauerimpfstellen im Freistaat Sachsen. Weiterhin legte sie dar, dass zunehmend auch Anfragen Dritter an den Ausschuss herangetragen werden, die darauf abzielen, ärztliche Ruheständler für bestimmte Aufgaben zu gewinnen, zum Beispiel als Dozenten in den berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens oder als Betreuer von Herzsportgruppen. Diese Anliegen fanden Aufnahme in den „Seniorenbrief“ des Präsidenten, den jeder Kollege bei Eintritt in den Ruhestand erhält.

Weitere Themen ergaben sich aus der im Zusammenhang mit dem 16. Sächsischen Seniorentreffen im Jahr 2011 durchgeführten Befragung der

Teilnehmer und den dort geäußerten Vorstellungen und Anliegen zur Seniorenarbeit.

Daraus leitete sich die Initiative zu einer engeren Zusammenarbeit mit den Kreisärztekammern ab. Ziel des ersten Treffens sollten ein Erfahrungsaustausch sowie die Vereinbarung von Maßnahmen zur Harmonisierung der Seniorenarbeit auf Kreisebene sein.

Der Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, berichtete von einem Treffen sächsischer Partner im Gesundheitswesen mit der Staatsministerin, in dem als eine Maßnahme der Einsatz von Ärzten im Ruhestand in besonders vom Ärztemangel betroffenen Regionen vorgeschlagen wurden. Daraus könnte sich perspektivisch eine weitere Akzentuierung der Ausschussarbeit auf Landes- und auf Kreisebene ableiten.

Herr Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Vorstandspate des Ausschusses ging in seinen Ausführungen insbesondere auf die jährlich stattfindenden Sächsischen Seniorentreffen ein, die vom Ausschuss Senioren vorbereitet werden und nunmehr seit drei Jahren vom einem professionellem Reisepartner durchgeführt werden. Die sächsischen Senioren haben sich ausdrücklich für diese seit 16 Jahren bestehende Tradition ausgesprochen. Gegenwärtig werden die Fahrten von 10 der 13 Kreisärztekammern bezuschusst. Darüber hinaus informierte er darüber, dass die Sächsische Landesärztekammer derzeit Möglichkeiten eruiert, um den Seni-

oren – analog zu den bereits in Leipzig mit großer Nachfrage durchgeführten Auffrischkursen zur Reanimation und Notfallmedizin – entsprechende Fortbildungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Die Seniorenbeauftragten der Kreisärztekammern berichteten über ihre Erfahrungen zur regionalen Seniorenarbeit wie folgt:

- Ausschüsse für Senioren arbeiten in den beiden Städten Dresden und Leipzig. Die Kreisärztekammer Bautzen hat für die Städte Bautzen, Bischofswerda, Hoyerswerda und Kamenz jeweils gesonderte Seniorenbeauftragte gewonnen. Damit wird über das persönliche Bekanntheit eine individuellere Betreuung gewährleistet.
- Durchgängig in allen Kreisärztekammern werden den Senioren zu runden Geburtstagen, im höheren Alter dann jährlich, Glückwünsche überbracht.
- In den meisten Kreisärztekammern finden Veranstaltungen oder Treffen der oder mit Senioren statt. So werden Weihnachtsfeiern organisiert, Museumsbesuche, Wandertage oder andere Veranstaltungen durchgeführt, Ausfahrten veranstaltet, für die ein reges Interesse festgestellt wird.
- Eine Kreisärztekammer berichtet über gesonderte Informationsveranstaltungen für Senioren zu berufspolitischen Themen.

Im Anschluss daran berichtete die Vorsitzende unter Bezug auf die bereits erwähnte Befragung über die von den Senioren mitgeteilten Anliegen. Dabei standen zwei Themenbereiche im Mittelpunkt. Zum einen äußerten die Senioren den Wunsch, konkrete Informationen über Möglichkeiten zur Ausübung von Ehrenämtern oder Honorartätigkeiten zu erhalten. Die Vertreterin der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis nahm daraus die Anregung mit, in ihrem Kamerbereich einen Pool von interessierten Senioren zu etablieren, auf den bei Bedarf zurückgegriffen wer-



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Dr. med. Ute Göbel, Ass. jur. Annette Burkhardt (v.l.)

© Hübner

den kann. Zu prüfen ist, ob ein solches Vorgehen auch für andere Kreisärztekammern relevant sein könnte. Ein zweiter Themenbereich betraf die Sorge um die eigene Gesundheit oder Hilfe bei bereits eingetretenen Einschränkungen im täglichen Leben. Dabei wurde der Wunsch nach mehr Kollegialität durch die jüngere Ärzteschaft formuliert. Aber auch die Benennung eines Ansprechpartners für „Ärztgesund-

heit“ im Kreisärztekammerbereich wurde als eine Hilfemöglichkeit gesehen. Den anwesenden Vertretern der Kreisärztekammern wurden die Recherchen des Ausschusses zu Wohnen und Hilfen im Alter übergeben (siehe unseren Bericht auf Seite 252 in diesem Heft).

In der Diskussion wurde teilweise kontrovers darauf eingegangen, inwieweit die Sächsische Landesärz-

tekammer die Funktion eines sozialen Netzwerkes übernehmen kann oder sollte. Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass dieser erste Beratungskontakt den Weg für eine längere Zusammenarbeit geebnet hat. Weitere Treffen sind geplant.

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Ausschuss Senioren“

Veranstaltung für Medizinstudenten in Leipzig

Am 7. Mai 2012 wurde zum dritten Mal eine Studenten-Veranstaltung an der Universität Leipzig angeboten. Diese wurde – in Kooperation mit dem Referat Lehre der Medizinischen Fakultät Leipzig und dem StuRaMed der Universität Leipzig – organisiert durch die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen sowie das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Auch diesmal wurde die Veranstaltung – Dank der Initiative des Studiendekans Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald – in den verpflichtenden POL-Kurs für Medizinstudenten eingegliedert.

Nach der Begrüßung durch den Studiendekan referierte Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer und Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums St. Georg Leipzig, umfassend zum Thema: „Weiterbildung in Sachsen – Organisation, Ablauf und Besonderheiten“.

Auf gute Resonanz stieß die anschließende Podiumsdiskussion zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung, die moderiert wurde von Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Niederlassung in Wurzen. Podiumsteilnehmer waren Prof. Dr. Köhler, Frau

Gisela Dericks, Personalleiterin in den Oberlausitz-Kliniken gGmbH, Bautzen, Dr. med. Wolfgang Rothe, Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie und Ärztlicher Leiter in einem Medizinischen Versorgungszentrum in Leipzig, und Dr. med. Peter Grampp, Ärztlicher Leiter und Chefarzt Psychiatrie des Fachkrankenhauses Hubertusburg in Wernsdorf. Als Ärztinnen in Weiterbildung in Praxis und Klinik nahmen Dr. med. Andrea Brockel und Dr. med. Katharina Tetenborn teil.

Eingegangen wurde auf wichtige Aspekte rund um die Weiterbildungszeit bis zur Facharztprüfung. Diskutiert wurden Möglichkeiten für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen sowie unterstützende Maßnahmen, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des Ärztebedarfs. Die etwa 200 Studierenden folgten den Ausführungen der Referenten und Diskutanten mit großem Interesse.

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion fand eine umfassende Beratung an den Ständen der beteiligten Organisationen und über 20 sächsischen Krankenhäusern sowie der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank statt. Ca. 200 Medizinstudenten nutzten das Angebot.

Als sinnvolle Ergänzung der Veranstaltung am Leipziger Universitätsklinikum erwies sich die zwanglose Abendveranstaltung der Kreisärztekammer Leipzig und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen im Leipziger Hopfenspeicher. Mehr als 100 Medizinstudenten und PJler nutzten die Möglichkeit zum Gespräch mit erfahrenen Ärzten und Vertretern der ärztlichen Selbstverwaltung. In lockerer Atmosphäre bei Musik, Gebrülltem und Gekühltem gaben unter anderem Dr. med. Mathias Cebulla, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt), der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer Erik Bodendieck, Dr. med.



Die Medizinstudierenden bei der Podiumsdiskussion

© Kandzia



Dr. med. Mathias Cebulla (r.) im Gespräch mit Medizinstudenten

© Kandzia

Claus Vogel, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt), und Frau Dr. med. Dagmar Hutzler, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, den jungen Medizinerinnen Informationen über die ärztliche Selbstverwaltung und zur ärztlichen Tätigkeit. Entsprechend des Abendmottos „Zukunftschancen junger Mediziner in Sachsen“ ging es vor allem um die verschiedenen beruflichen Einsatzmöglichkeiten und die Perspektiven der einzelnen medizinischen Fachbereiche im Freistaat. Gefragt waren aber auch persönliche Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag und Ratschläge der

„alten Hasen“ zu Fachthemen und Fragen der privaten Zukunftsplannung.

Die Diskussion „auf Augenhöhe“ beim mittlerweile schon zur Tradition gewordenen Informationsabend im Hopfenspeicher fand bei den Nachwuchsmedizinerinnen regen Zuspruch und wurde als angenehme Erweiterung und Ergänzung der morgendlichen Universitätsveranstaltung empfunden.

Weitere Veranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte
Am **27. Juni 2012** findet **ab 16.00 Uhr c.t. im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der Technischen Universität Dresden** (Fiedlerstraße

42, 01307 Dresden) unter dem Titel **„STEX in der Tasche – wie weiter?“** die neunte Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte statt. Nach einem einführenden Vortrag zum Thema Weiterbildung von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, folgt auch hier eine Podiumsdiskussion mit Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsassistenten. Danach informieren und beraten im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer über Weiterbildung, Einsatzmöglichkeiten und Chancen im ambulanten und stationären Bereich sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Des Weiteren kann Auskunft erteilt werden zur individuellen Gestaltung der Weiterbildung, Gründung oder Übernahme einer Praxis, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Fördermöglichkeiten. Das Programm ist demnächst auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de in der Rubrik Aktuelles abrufbar.

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Martin Kandzia B.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Externe Qualitätssicherung 2010

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2010

I. Viszeralchirurgie: Cholezystektomie (Modul 12/1)

Vorwort

Auch im Jahre 2010 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren wiederum alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangsrevision, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt wurden. Simultane Cholezystektomien im Rahmen eines anderen Eingriffes (zum Beispiel: Kausch-Whipple-Operation oder Gastrektomie) waren nicht zu erfassen. Hierfür gibt es andere OPS, die den QS-Filter nicht auslösen, eine exakte Dokumentation ist also schon im Operationssaal erforderlich.

In der Viszeralchirurgie ist seit 2004 nur noch das Modul 12/1 (Cholezyst-

tektomie) verpflichtend zu erfassen. Diesbezüglich liegen den Krankenhäusern die Daten der Bundes- und Landesauswertungen zum Vergleich vor. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter erfasst werden können. Es wird zwar keine Auswertung auf Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software müsste den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit bieten, die Daten klinikintern zu bewerten. Damit sollte zumindest die interne Qualitätssicherung in den Chirurgischen Kliniken nicht nur auf die Cholezystektomie begrenzt bleiben.

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamtzahl	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596	8.284	8.472	8.319
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6	82,1	84,7	85,4
konventionell	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9	11,5	10,2	9,5
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,0	5,1	5,1
Alter > 60 Jahre	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3	52,3	51,9	52,1
Thromboseprophylaxe	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2	99,2	99,2	99,3
histologische Untersuchung	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2	99,2	99,4	99,3
Letalität	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3 !	0,9	1,0

Vom AQUA-Institut wurden im Modul 12/1 wiederum die bekannten sieben Qualitätsindikatoren vorgegeben. Der Qualitätsindikator „Postoperative Wundinfektion“ wurde bereits 2009 nicht mehr ausgewertet. Als Grund hierfür wurden die immer kürzeren stationären Verweildauern genannt, welche eine exakte Abbildung der Infektionsraten nicht mehr gewährleisten. Für das Jahr 2010 war dieser Punkt in den Erfassungsbögen gar nicht mehr vorhanden. Da jedoch das AQUA-Institut besonders im Hinblick einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung den Versorgungsauftrag erhalten hat – und damit sollten Wiederaufnahmen auf Grund einer Wundheilungsstörung und auch die ambulante Weiterbehandlung des Patienten nicht verloren gehen – ist dieses Argument für uns nicht nachzuvollziehen.

Erstmals waren 2010 auch Indikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität aufgenommen worden.

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

Basisauswertung

Im Jahre 2010 wurden von 61 teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt 8.319 Cholezystektomien (Vorjahr 8.472) im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. Die Anzahl der durchgeführten Gallenblasenentfernungen ist damit in den letzten zehn Jahren nicht angestiegen. In 25,7 Prozent wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 25,1 Prozent). Damit hat sich der zunächst über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen in den letzten drei Jahren nicht fortgesetzt. Die Zahl der laparoskopisch beendeten Eingriffe lag mit 85,4 Prozent erneut auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung (Vorjahr 84,7 Prozent), die Umsteigerrate ist mit 5,1 Prozent identisch zum Vorjahr (Tabelle 1). Die Operationsmethode NOTES/NOS wurde in 207 Fällen dokumentiert und spielt mit 2,5 Prozent eine untergeordnete Rolle.

52,1 Prozent aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter (Tabelle 1). Der Altersmedian ist mit 61 Jahren konstant geblieben.

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 Prozent der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2010 wurde in 99,3 Prozent eine histologische Untersuchung des Operationspräparates dokumentiert. Die Gesamtleitfähigkeit (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) war mit 1,0 Prozent (Vorjahr 0,9 Prozent) nahezu gleich

geblieben (Tabelle 1). Diesbezüglich wird im entsprechenden Qualitätsindikator noch Stellung genommen.

Die Tabelle 1 zeigt zunächst die Daten von ausgewählten Parametern der letzten zehn Jahre im Verlauf. In den Jahren 2001 und 2003 waren nicht alle Datensätze auswertbar, man kann jedoch davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2005 in Sachsen jährlich etwa 9.000 Cholezystektomien durchgeführt wurden.

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den letzten Jahren nahezu unverändert beibehalten und bis auf die Streichung der postoperativen Wundinfektionen vom AQUA-Institut übernommen wurden, können die Ergebnisse dieser Jahre gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation
Referenzbereich: $\leq 5\%$

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das wurde in 1,3 Prozent der Fälle so dokumentiert (Vorjahr ebenfalls 1,3 Prozent). Damit lag Sachsen deutlich unter dem vom AQUA-Institut vorgegebenen Referenzbereich von $\leq 5,0$ Prozent. Bei einer Schwankungsbreite von 0,0 Prozent bis 7,0 Prozent lag eine Kli-

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			laparoskopisch begonnen			offen-chirurgisch		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Komplikationen gesamt	3,6	2,8	3,8	2,9	2,3	3,0	8,1	7,3	10,5
Blutung	1,3	1,1	1,4	1,2	1,0	1,2	2,0	2,2	3,6
periphere Gallengangsverletzung	0,6	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	1,3	0,6	1,3
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4
sonstige	1,8	1,4	2,1	1,3	1,1	1,6	5,2	4,7	6,7

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

Tabelle 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	3,8	3,0	4,0	15,4	13,1	15,2	2,2	1,9	2,7
Pneumonie	0,9	0,6	0,7	4,0	3,7	3,3	0,4	0,3	0,4
kardiovaskuläre Komplikationen	1,6	1,1	1,1	6,8	5,7	4,5	0,8	0,6	0,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,2	0,3	1,4	0,7	1,3	0,2	0,2	0,2
sonstige	2,0	1,6	2,6 !	9,3	6,6	10,5 !	1,1	1,0	1,8 !

Tabelle 4: Reinterventionen (in Prozent)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
alle Fälle	2,9	2,6	2,8	2,2	2,4	1,9	2,6
offen-chirurgische Operation	8,1	6,6	8,6	7,1	7,0	6,6	9,0
laparoskopische Operation	1,9	2,0	1,3	1,1	1,2	0,9	1,2

Tabelle 5: Letalität

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
alle Fälle	0,7	0,7	0,6	1,3	0,9	1,0
offen-chirurgische Operation	4,3	5,3	4,3	8,8	7,4	6,7
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4
ASA 1-3	0,4	0,4	0,4	0,8	0,5	0,6
ASA 4/5	21,6	17,9	20,0	27,2	28,8	28,3

nik außerhalb des Referenzbereiches. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges handelte es sich jedoch um ein Dokumentationsproblem. Die Indikation zur Cholezystektomie wird im Freistaat Sachsen leitlinien-gerecht gestellt.

Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege

Referenzbereich: $\geq 95\%$

Noch im Jahr 2006 wurde von der BQS ein Referenzbereich von 100 Prozent festgelegt. Dieser angestrebte Wert erschien jedoch aufgrund von Notfällen unrealistisch. Anhand der Erfahrungen des Strukturierten Dialoges der vergangenen Jahre wurde der Referenzbereich seit 2007 auf $\geq 95\%$ Prozent korrigiert. Allerdings sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase bereits für ausreichend angesehen wird (siehe Ausfüllanleitung des Erfassungsbogens). Eine präope-

rativ ERCP oder MRCP ist bei Cholestasezeichen nicht zwingend erforderlich. Wir gehen davon aus, dass eine Sonographie präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird. Es wurde im Jahr 2010 für Sachsen ein Wert von 98,0 Prozent dokumentiert (Vorjahr 98,8 Prozent) und damit eine Verschlechterung beobachtet. Auch die Schwankungsbreite war mit 75,0 Prozent bis 100 Prozent erheblich. Eine Klinik, welche wiederholt außerhalb des Referenzbereiches gelegen hatte, wurde im Strukturierten Dialog angeschrieben. Es bestä-

tigte sich der Verdacht der Fehldokumentation. Fünf weitere Kliniken erhielten einen Hinweis. Wir bitten dringend um sorgfältige Beachtung der Ausfüllhinweise, um unnötige Rückfragen in Zukunft zu vermeiden.

Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Referenzbereich: $\geq 95\%$

Wie in den Leitlinien gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,3 Prozent ist der dokumentierte Wert nahezu identisch zum Vorjahr (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen lag zwischen 94,0 Prozent und 100 Prozent. Eine Klinik lag somit außerhalb des Referenzbereiches und erhielt einen Hinweis. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Die Auswertung der vergangenen Jahre hatte immer wieder gezeigt, dass es sich bei gemeldeter fehlender histologischer Untersuchung immer um Dokumentationsfehler gehandelt hat. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

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

Vom AQUA-Institut wurde auch für das Jahr 2010 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 3,0 Prozent (Vorjahr 2,3 Prozent) zwar noch deutlich unter diesem Wert, es ist aber ein erneuter Anstieg an dokumentierten

Tabelle 6: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)
Auswertung Sachsen 2010 und Bundesauswertung 2010

Qualitätsindikator	Ergebnis Sachsen Gesamt	Ergebnis Bund Gesamt	Referenz-Bereich
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	94,6 %	94,6 %	$\geq 85\%$
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	97,8 %	97,7 %	$\geq 90\%$
QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I			
Patienten ohne kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,3 %	1,2 %	Nicht definiert
QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II			
Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,3 %	2,5 %	Nicht definiert
QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I			
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET)	1,1 %	2,3 %	Nicht definiert
QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II			
Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 % (NASCET)	1,6 %	2,2 %	Nicht definiert
QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I			
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E) nach logistischem Karotis-Score I	0,7	0,8	$\leq 2,7$
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	1,9 %	1,9 %	$\leq 6,0\%$
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod			
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E) nach logistischem Karotis-Score II	0,85	0,9	$\leq 3,2$
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	1,0 %	1,0 %	$\leq 3,8\%$

Komplikationen zu verzeichnen (Tabelle 2). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 hat sich im Gegensatz dazu mit 0,0 Prozent bis 7,8 Prozent (Vorjahr 0,0 Prozent bis 11,8 Prozent) deutlich verringert.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht weiterhin circa 50 Prozent der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Die Auswertung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass hier häufig ein Dokumentationsfehler vorgelegen hat und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend. Auf einen Strukturierten Dialog wurde deshalb verzichtet, die betroffenen fünf Kliniken, welche

außerhalb des Referenzbereiches lagen, erhielten jedoch einen Hinweis.

Als besonders schwerwiegende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) als „Sentinel Event“ betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 13 Patienten (0,2 Prozent) diese Komplikation dokumentiert. Im Vorjahr wurden nur neun derartige Komplikationen gemeldet (0,1 Prozent). Alle Fälle wurden im Strukturierten Dialog ausgewertet. Zweimal handelte es sich um einen Dokumentationsfehler, in den anderen elf Fällen lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Anmerkung: Im Jahr 2006 wurden noch 27 Patienten (0,3 Prozent) mit einer DHC-Durchtrennung dokumen-

tiert. Dieser Wert erscheint der Arbeitsgruppe anhand von Literaturdaten realistischer, aber ob (bundesweit) Behandlungsfälle beziehungsweise Komplikationen im Rahmen der externen Qualitätssicherung nicht dokumentiert wurden, kann im Rahmen dieser Auswertung nicht festgestellt werden. Zu hinterfragen bleibt diesbezüglich auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist in allen Gruppen ein Anstieg an dokumentierten Komplikationen zu beobachten. Die vorgegebenen Referenzbereiche werden aber in allen drei Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: 7,7 Prozent, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 6,0 Prozent und Gruppe 3 = offene Operationen: 33,0 Prozent). Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In der Gruppe eins wurden zwei Kliniken, in der Gruppe zwei eine Klinik im Rahmen des Strukturierten Dialoges um eine Stellungnahme gebeten. In Auswertung der Antwortschreiben hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum Beispiel Doppeltennung einer Nachblutung sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Auch die Wundinfektionen, welche ja seit 2010 nicht mehr direkt abgefragt werden, wurden häufig in dieses Feld eingetragen und könnten

durchaus Ursache für den Anstieg der „Allgemeinen postoperativen Komplikationen“ zwischen 2009 und 2010 sein. Wie auch bei dem Qualitätsmerkmal 4b: „eingriffsspezifische Komplikationen“ wurden über 50 Prozent aller Komplikationen unter „sonstiges“ dokumentiert.

Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate
Referenzbereich: siehe Text

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

Der vom AQUA-Institut übernommene Referenzbereich von $\leq 1,5$ Prozent bezieht sich auf alle laparoskopisch operierten Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündung. Somit wurden seit 2006 nur elektive Operationen bei Patienten mit geringem Risiko betrachtet. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate mit 1,2 Prozent noch im Normbereich, ist aber wieder ansteigend (Tabelle 4). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen liegt bei 0 Prozent bis 5,5 Prozent. Vier Kliniken wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben, 19 weitere Kliniken erhielten einen Hinweis. Die Auswertung der Epikrisen und Operationsberichte konnte keinen Behandlungsfehler aufdecken, es handelte sich jeweils um besondere Einzelfälle und in einer Klinik um eine Fehldokumentation.

Qualitätsmerkmal: Letalität

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

Die Gesamtletalität in Sachsen war mit 1,0 Prozent (Vorjahr 0,9 Prozent) wieder leicht angestiegen. Der Höchstwert von 2008 mit 1,3 Prozent ist damit aber nicht erreicht (Tabellen 1 und 5). Auch bundesweit war damals die Letalität im gleichen Ausmaß gestiegen. Für diesen Qualitätsindikator wurde deshalb im Jahr 2008 ein besonderer Handlungsbe-

darf festgestellt. Im Rahmen der Einzelfallanalysen konnte gezeigt werden, dass neue Operationsmethoden wie NOTES oder NOS nicht zur Erhöhung der Letalitätsrate beigetragen hatten. Auffällig war und ist die deutliche Zunahme des Anteils von schwerkranken Patienten (ASA 4 und 5), hier ist auch die Letalität entsprechend hoch. Möglicherweise wurden diese Patienten früher konservativ behandelt und waren vorher somit nicht in die Qualitätssicherung eingegangen.

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

Erstmals wurden vom AQUA-Institut auch Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität eingeführt. Diese acht Indikatoren möchten wir im Folgenden nicht unerwähnt lassen.

AK1 – keine eingriffsspezifische Komplikation bei laparoskopisch begonnener Operation

Referenzbereich: $> 0 \%$

Nur eine Klinik musste im Strukturierten Dialog angeschrieben werden. Es konnte die korrekte Dokumentation (tatsächlich keine eingriffsspezifische Komplikation) bestätigt werden.

AK2 – keine eingriffsspezifische Komplikation bei offen-chirurgischen Operationen

Referenzbereich: $> 0 \%$

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

AK3 – keine allgemeine postoperative Komplikation bei laparoskopisch begonnener Operation

Referenzbereich: $> 0 \%$

Auch hier bestätigte die einzig auffällige Klinik ihre korrekte Dokumentation und konnte damit als unauffällig eingestuft werden.

AK4 – keine allgemeine postoperative Komplikation bei offenen chirurgischen Operationen

Referenzbereich: > 0 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

AK5 – selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei ASA 1-3 und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage

Referenzbereich: >= 9,4 %

Bei diesem Indikator war eine Klinik auffällig und wurde zum Strukturierten Dialog aufgefordert. Die Auffälligkeit wurde durch eine Fehldokumentation (falsche Einstufung der Patienten in die ASA-Klassifikation) verursacht. Im medizinischen Sinne war die Klinik unauffällig.

AK6 – keine Reinterventionen

Referenzbereich: > 0 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

AKV1 – Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Referenzbereich: >= 95 %

Drei Kliniken lagen mit 94,2 Prozent beziehungsweise je 94,7 Prozent geringfügig unterhalb des Referenzbereiches. In zwei Kliniken wurden Software – Probleme angegeben, welche inzwischen gelöst worden seien, bei einer Klinik wurde ein Dokumentationsproblem festgestellt.

AKV2 – Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Referenzbereich: <= 110 %

Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

Nach Auswertung dieser Indikatoren ist die Datenvalidität somit gewährleistet.

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

Ausblick

Die Fachgruppe Chirurgie kann feststellen, dass eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen. Dies wird auf Landesebene in den bekannten Modulen auch 2012 fortgesetzt. Bundesweit wurde der Auftrag zur Qualitätssicherung seit Januar 2010 dem AQUA-Institut übergeben. Ziel war und bleibt eine sektorübergreifende Qualitätssicherung, neue Module beziehungsweise die Änderung der bisherigen Erfassungsbögen sind bislang ausgeblieben. Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten.

II. Operative Karotisrekonstruktion (Modul 10/2)

Im Jahr 2010 haben im Land Sachsen 29 Krankenhäuser (2009: 32) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ teilgenommen. Insgesamt wurden 1.341 Datensätze importiert und ausgewertet, sechs weniger als im Jahr 2009. Insgesamt wurden im Jahr 2010 in allen 16 Bundesländern von 545 Krankenhäusern 27.561 Datensätze ausgewertet, neun weniger als im Jahr 2009.

72,5 Prozent der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 68,5 Prozent.

Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist in Sachsen unverändert niedrig (präoperativ 55,9 Prozent 2010, postoperativ 33,2 Prozent 2010). Nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe sollten alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden. Im Bundesdurchschnitt beträgt 2010 die Anzahl fachneurologisch untersuchter Patienten präoperativ 70,8 Prozent, postoperativ 52,1 Prozent.

In die präoperative apparative Diagnostik wurde 2010 in 98,1 Prozent der Fälle die Duplexsonographie einbezogen. Unter den präoperativen angiographischen Verfahren wurde die intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie nur noch in 13,2 Prozent der Fälle durchgeführt, drei Jahre zuvor 2007 war es noch in 24,4 Prozent der Fälle gewesen. Im Bundesdurchschnitt ist das Verfahren noch stärker, auf 7,5 Prozent zurückgegangen. Die Magnetresonanztomographie wird in Sachsen in 30,5 Prozent und die CT-Angiographie in 42,7 Prozent der Fälle vorgenommen. Im Bundesdurchschnitt wird die Magnetresonanztomographie 2010 bereits in knapp der Hälfte aller Fälle (49,5 Prozent) angewendet.

Eine postoperative Kontrolle der Strombahn (fast ausschließlich als Duplexsonographie) wird in Sachsen nur in der Hälfte der Fälle vorgenommen (50,7 Prozent gegenüber 69,2 Prozent im Bundesdurchschnitt).

Deutliche Unterschiede zwischen der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen finden sich wie in den Vorjahren bei der Art der Anästhesie und der angewendeten Operationstechnik.

Während im Jahr 2010 in Sachsen 49,6 Prozent der Fälle in Loko-Regionalanästhesie operiert werden, sind es im Bundesdurchschnitt nur 26,3 Prozent. Vorteile für eines der beiden Anästhesieverfahren bezüglich der Endpunkte Schlaganfall < 30 Tagen, Tod < 30 Tagen, Myokardinfarkt < 30 Tagen, Nachblutung, Hirnnervenläsion waren jedoch nicht zu erwarten, wie das aktualisierte Cochrane Review 2009 (4.335 Operationen, inklusive GALA Trial) gezeigt hatte. Eine entsprechende Subanalyse der

deutschen Qualitätssicherungsdaten wurde allerdings nicht vorgenommen. Die Eversionsendarterektomie wird in Sachsen in 69,4 Prozent der Operationen favorisiert, im Bundesdurchschnitt nur in 41,3 Prozent. Auch bei der Frage Eversions-TEA versus konventionelle TEA mit Patchplastik wurden in einem Cochrane Review (2.589 Operationen) bereits 2001 keine signifikanten Unterschiede bezüglich der perioperativen Schlaganfallrate/Letalität und der Schlaganfallrate im Follow-up sowie der Rate an Rezidivstenosen gefunden. Auch hier fehlt eine entsprechende Subanalyse der deutschen Qualitätssicherungsdaten.

Ungeachtet der verbleibenden oben aufgeführten Unterschiede in den Basisdaten der Bundesauswertung und der Auswertung im Land Sachsen lagen in der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (siehe Übersichtstabelle 6) im Land Sachsen die Ergebnisse im Jahr 2010 wie auch in den Vorjahren innerhalb der bestehenden Referenzbereiche (Tabelle 6). Auch die scheinbar deutliche Differenz zu den Ergebnissen der Bundesauswertung, die sich im Vorjahr 2009 bei dem Qualitätsindikator vier (Rate perioperativer Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II) gezeigt hatte, tritt 2010 nicht mehr auf (in Sachsen 1,3 Prozent 2010, 8,6 Prozent 2009, im Bund 2,53 Prozent 2010, 2,6 Prozent 2009). Der Referenzbereich < 5 Prozent, der auf Ergebnissen von prospektiv randomisierten Multicenterstudien basierte, war 2008 auch aufgehoben worden. Eine Evaluation dieses Qualitätsindikators mit Hilfe des „QUALIFY-Instruments“ hatte nämlich gezeigt, dass der Indikator methodische Eigenschaften (eingeschränkte Diskriminationsfähigkeit, eingeschränkte Risikoadjustierung, Zufälligkeit der Ergebnisse) aufwies, die eine Empfehlung für den strukturierten Dialog nicht zuließen. Dennoch wird die Entwicklung weiter aufmerksam verfolgt.

Eine Sondergruppe stellt die Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen) dar. Die besonderen Bedingungen sind gegeben bei: Crescendo-TIA, akuter be-

ziehungsweise progredienter Aplex, Aneurysma, Coiling, kombinierte Karotis-Koronarchirurgie, kombinierte Karotis-Gefäßchirurgie, besondere Plaque-Morphologie mit einem Stenosegrad < 50 Prozent (NASCET) für symptomatische Karotisstenose, Mehretagenläsion, Rezidiv.

Schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod traten 2010 in dieser Gruppe in Sachsen in sechs von 132 Fällen (4,5 Prozent) auf, in der Bundesauswertung in 127 von 3290 Fällen (4,5 Prozent).

Wird in einer Subanalyse die Indikationsgruppe eingeschränkt auf den Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass, so beträgt 2010 die Rate schwerer Schlaganfälle oder Tod in Sachsen 28,6 Prozent (zwei von sieben Fällen) gegenüber 6,77 Prozent (39 von 576 Fällen) in der Bundesauswertung. Wegen der geringen Gesamtzahl der Simultaneingriffe mit Aorto-koronarem Bypass in Sachsen 2010 ist eine statistische Auswertung dieser scheinbar großen Differenz nicht zulässig. Werden vier Jahrgänge (2007 bis 2010) zusammengefasst, beträgt die Rate in Sachsen 7,79 Prozent (6 von 77) und ist vergleichbar mit der Bundesrate von 7,41 Prozent (211 von 2.845). Sowohl in Sachsen als auch im Bund ist über den Zeitraum 2007 bis 2010 ein Rückgang der Simultaneingriffe mit Aorto-koronarem Bypass zu beobachten, in Sachsen von 40 Eingriffen im Jahr 2007 auf sieben im Jahr 2010; im Bund von 852 auf 576. Möglicherweise ist dieser Rückgang auch Ausdruck zunehmender Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Simultaneingriffe Carotis-Rekonstruktion und

Aorto-Koronare-Rekonstruktion. Während die Indikation im Falle symptomatischer Carotisstenosen nach wie vor akzeptiert wird, mehren sich die Stimmen, die eine Indikation bei asymptomatischen einseitigen Stenosen ablehnen (1). Auch die Hoffnungen, dass sich die hohe Komplikationsrate Schlaganfall oder Tod (um zehn Prozent) durch eine vorausgehende Carotis-Stentangioplastie reduzieren ließe, wurden bisher enttäuscht (2).

Ansonsten sind Abweichungen von den akzeptierten Referenzwerten im Jahr 2010 in fünf der 29 Kliniken in Sachsen durch Dokumentationsfehler oder aber durch besondere Situationen bedingt. Die Anzahl an Dokumentationsfehlern ist von 24 Fällen im Vorjahr auf nur noch drei Fälle zurückgegangen. Unsere Empfehlung, in jeder Klinik eine Gegenkontrolle der dokumentierten Daten durch einen in der Qualitätssicherung erfahrenen Mitarbeiter vorzunehmen, halten wir dennoch aufrecht. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Erläuterungen zu den beanstandeten Referenzwerten ergaben im „Strukturierten Dialog“ keine Auffälligkeiten. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war sachlich und konstruktiv. Wir danken allen beteiligten Kliniken für ihre anhaltenden Bemühungen um weitere Qualitätsbesserung.

Dr. med. Henry Jungnickel, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alfred Schröder,
Mitglied der Arbeitsgruppe Chirurgie
Dr. med. Hans-Joachim Florek, Mitglied der Arbeitsgruppe Chirurgie

Abkürzungsverzeichnis:

AK	Auffälligkeitskriterium
AKV	Auffälligkeitskriterium Vollzähligkeit
Aqua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	American Society of Anesthesiologists
BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
DHC	Ductus hepatocholedochus
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial
NOTES	natural orifice transluminal endoscopic surgery
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
TEA	Thrombendarterektomie

Einweihungs- und Jubiläumsfeier der Sächsischen Ärzteversorgung

Es ist vollbracht. Nachdem die Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung ihre Arbeit im neuen Gebäude Schützenhöhe 20 bereits Ende März aufgenommen hat, folgte am 3. Mai 2012 die feierliche Einweihung des Neubaus. Und einen weiteren Meilenstein galt es gebührend zu würdigen: das 20. Jubiläum des berufsständischen Versorgungswerkes.

Dieser doppelte Anlass lockte zahlreiche Gäste nach Dresden und so konnte der Bauherr und Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Dr. med. Steffen Liebscher, in seiner Festrede Repräsentanten der Sächsischen Landesärztle- und Landestierärztekammer, Abgesandte des künftigen Mieters Apotheker- und Ärztebank e.G., Vertreter der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke ABV e.V. und von Versorgungswerken aus ganz Deutschland sowie ehemalige und aktive Gremienmitglieder begrüßen.

Im Besonderen brachte Dr. med. Liebscher seine Genugtuung darüber zum Ausdruck, die in seiner Rede anlässlich des Ersten Spatenstichs am 1. September 2010 formulierten Anforderungen an das Bauvorhaben verwirklicht zu sehen. Im zwanzigsten Jahr ihres Bestehens hat die Sächsische Ärzteversorgung einen renditeorientierten, kostenbewussten und wirtschaftlichen Neubau bezogen, der „Funktionalität und Ästhetik vereint“, der sich „harmonisch in das Gesamtensemble Schützenhöhe einfügt“ und in dessen „kommunikativer Atmosphäre“ konzentriert und im Sinne der Mitglieder des Versorgungswerkes gearbeitet werden kann. Im Namen des Verwaltungsausschusses dankte der Vorsitzende ausdrücklich allen handelnden Personen in Verwaltung und Ehrenamt, den Fachplanern und ausführenden Gewerken. Vornehmliches

Bedürfnis war es Dr. med. Liebscher zu betonen, dass die enge inhaltliche Bindung, die seit der Gründung des Versorgungswerkes zur Sächsischen Landesärztekammer besteht, trotz der räumlichen Trennung gewahrt bleibt.

In seinen Grußworten würdigte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die Arbeit derjenigen verdienten Männer und Frauen, denen es kurz nach der politischen Wende und in einer Situation der umfassenden Neuorientierung gelungen ist, der Gründung einer berufsständischen Versorgung für die sächsischen Ärzte und Tierärzte rechtlich und strukturell den Weg zu ebnet. Den künftigen Ärzte-Generationen wünschte Prof. Dr. med. Schulze, dass die Tugenden und Prinzipien der Kollegialität und Solidarität, auf denen die Idee der berufsständischen Versorgung seit jeher basiert, nicht in Vergessenheit geraten „und dass eine Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung als das verstanden wird, was es ist – ein Privileg“.

Rechtsanwalt Hartmut Kilger, Vorsitzender des Vorstandes der ABV e.V. und als ehemaliges Mitglied des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung eng verbunden, griff diesen Gedanken auf und skizzierte pointiert Situation und Herausforderungen des berufsständischen Versorgungssystems. Darüber hinaus zollte der Vorstandsvorsit-



Der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses nimmt den symbolischen Schlüssel aus den Händen des Architekten entgegen © Sächsische Ärzteversorgung

zende der Arbeit von Ehrenamt und Verwaltung des größten Versorgungswerkes in den neuen Bundesländern Respekt und bedankte sich für die befruchtenden Impulse, die von Sachsen aus in die Versorgungswerkelandschaft gesendet werden. Der Architekt des Neubaus, Dipl.-Ing. Thomas Scharrer, verglich die rund 20 Monate währende Bauzeit nicht ohne Augenzwinkern, aber überaus treffend mit einer langen Wanderung, die zwar nicht ohne Entbehrungen, jederzeit aber konsequent und ohne Umwege zum Ziel geführt hat. Davon konnten sich die Gäste, nachdem der symbolische Schlüssel übergeben worden ist, bei Führungen durch das Haus – musikalisch begleitet von den „Dresden Harmonists“ – überzeugen.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin



© Sächsische Ärzteversorgung

Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin

1 Berufskrankheitengeschehen

1.1 Neue Berufskrankheiten

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat empfohlen, als neue Berufskrankheit das „Larynxcarcinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen“ in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen. Eine wissenschaftliche Begründung wurde vorgelegt. Mit deren Veröffentlichung im Gemeinsamen Ministerialblatt (GMBI 2011, Nr. 25, S. 502-519, verfügbar unter [http://www.dguv.de/inhalt/medien/rundschreiben/rscontents/2011/08_\(August\)/03622011/wissensch._begr._larynxcarcinom_durch_schwefelsr.halt._aerosole.pdf](http://www.dguv.de/inhalt/medien/rundschreiben/rscontents/2011/08_(August)/03622011/wissensch._begr._larynxcarcinom_durch_schwefelsr.halt._aerosole.pdf)) sind die Voraussetzungen zur Anerkennung zunächst nach § 9 Abs. 2 SGB VII gegeben. Schwefelsäure ist eine wichtige Massenchemikalie. Große Mengen werden zum Herstellen von Ethanol und Isopropanol, zum Beizen von Metallen und als Akkumulatorensäure für Bleiakkumulatoren benötigt. Darüber hinaus findet sie Verwendung in der Düngemittelindustrie bei der Herstellung mineralischer Düngemittel (Phosphataufschlussverfahren), in der Kunststoffindustrie, bei der Reinigung von Ölen und Fetten, bei der Papierherstellung, in der Seifenindustrie und für eine Vielzahl von Prozessen in der Farbstoff-, Kunststoff- und Sprengmittelindustrie. Aktuell ist der Luftgrenzwert (8h) für atembares Aerosol bei 0,1 mg/m³ (MAK) festgelegt. Ein Momentanwert von 0,2 mg/m³ darf nicht überschritten werden (Einstufung in Krebskategorie K 4). Für den Larynx besteht ein aus einigen Studien gesicherter Zusammenhang zwischen der Exposition gegenüber Schwefelsäureaerosolen oder schwefelsäurehaltigen Aerosolen von starken mineralischen Säuren und dem Auftreten von Larynxcarcinomen. Am Plattenepithel des Larynx führt die Schwefelsäure zu dysplastischen



© Völkner (baua)

präkanzerösen Epithelläsionen. Bestimmte vorausgehende, mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Plattenepithelcarcinom führende Epithelläsionen, können definiert werden: Hyperplasie des Plattenepithels → geringe Dysplasie → mäßige Dysplasie → schwere Dysplasie → Carcinoma in situ. Genotoxische Effekte lassen sich derzeit nicht mit ausreichender wissenschaftlicher Sicherheit belegen. Die Diagnose wird durch Laryngoskopie und histologische Untersuchung gestellt.

Die in der Literatur noch nicht ausreichend gesicherten möglichen Wirkungen auf Bronchien und Lunge bezüglich der Entstehung maligner Erkrankungen sind nicht Gegenstand dieser Berufskrankheit.

1.2 Berufskrankheit „Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnblase durch aromatische Amine“ (BK 1301)

Die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ zur BK 1301 ist aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert worden (GMBI 2011, Nr.2, S.18). Bei einer Exposition gegenüber Anilin und o-Toluidin in der Gummiproduktion konnte innerbetrieblich eine erhöhte Inzidenz von Harnblasenkarzinomen (SIR 6,48) gezeigt werden, bei über zehnjähriger Exposition lag die SIR bei 27,2. Eine spätere Biomo-

onitoring-Studie bestätigte den Nachweis von o-Toluidin-Hämoglobin-Addukten bei den entsprechend Exponierten. O-Toluidin ist als beim Menschen gesichert krebserzeugend (Krebskategorie K 1) eingestuft. Die Stoffe 4-Chloro-o-Toluidin und o-Toluidin sind geeignet, im Sinne der Berufskrankheit Nr. 1301 Krebs der Harnwege hervorzurufen.

2 Verordnungen im Arbeitsschutz und Arbeitsmedizinische Vorsorge

2.1 Fahrerlaubnisverordnung (FeV)

Seit Mitte des Jahres 2011 sind eine Reihe von Änderungen in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) in Kraft getreten. Hinsichtlich der Untersuchung von Fahrerlaubnisbewerbern und Personen, die die regelmäßigen Wiederholungsuntersuchungen bei den Klassen C (=LKW) und D (=Omnibusse) bzw. für Fahrerlizenzen zur Fahrgastbeförderung absolvieren müssen, gibt es Neuerungen, die von den untersuchenden Ärzten zu beachten sind. Sie betreffen insbesondere den augenheilkundlichen Untersuchungsteil (Anlage 6 der FeV), denn dort ist nunmehr auch für die Klassen D die Untersuchung des Farbsehens zwar noch erforderlich, nach einer einmaligen augenärztlichen Untersuchung jedoch nur noch im Sinne einer ausführlichen Beratung für Bewerber mit Schwächen im Rot-Bereich; das Ausschlusskriterium eines AQ < 0,5 ist entfallen. Dies trifft allerdings nur für den Bereich der FeV zu, alle anderen verkehrsrechtlichen Bestimmungen (schienegebundener Verkehr, Wasserstraßenverkehr, Luftverkehr) sowie Fragen der Betriebsdienstauglichkeit sind hiervon unberührt geblieben. Weiterhin muss neu das Kontrastsehen bzw. das Dämmerungssehen, ggf. einschließlich der Blendempfindlichkeit, geprüft werden. Das Kontrastsehen ist eine Untersuchung, für die wissenschaftlich belastbare Grenzwerte aktuell noch nicht vorliegen, daher sind mangels verfügbarer anderer Daten derzeit die herstellereinspezifischen Kriterien zur Beurteilung heranzuziehen. Für das Dämmerungssehen sind Grenzwerte wissenschaftlich durch

eine Studie abgesichert, aber diese Studie ist ca. 50 Jahre alt und für die dort genannten Werte wird eine Überarbeitung angemahnt.

2.2 Arbeitsmedizinische Regel (AMR) zur Aufbewahrung ärztlicher Unterlagen

Die AMR befasst sich mit Fristen zur Aufbewahrung sämtlicher relevanter ärztlicher Dokumente, die im Zusammenhang mit der Durchführung von Untersuchungen stehen. Es handelt sich um Untersuchungen, die wegen aktueller bzw. ehemaliger Exposition gegenüber krebserzeugenden Gefahrstoffen der Gruppen K1 (= gesichert krebserzeugend beim Menschen) und K2 (= krebserzeugend, da entsprechende Hinweise im Tierversuch) durchgeführt werden. Die entsprechenden Unterlagen sind 40 Jahre nach der letzten Untersuchung bzw. 10 Jahre nach dem Tod des Beschäftigten aufzubewahren. Die Aufbewahrung umfasst eigene Aufzeichnungen, Fremdbefunde, Befunde von bildgebenden Verfahren, Röntgenaufnahmen und Biomonitoring. Es sollen über die genannten Anlässe hinaus auch Unterlagen wegen Untersuchungen bei Tätigkeiten, die zu Berufskrankheiten führen können, entsprechend lange aufbewahrt werden. Für alle anderen Anlässe gelten die Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung (= 10 Jahre). Die Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht sind einzuhalten. Die AMR ist als download verfügbar unter http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Geschaeftsfuehrung-von-Ausschuessen/AfAMed/pdf/Bekanntmachung-Aufbewahrungsfristen.pdf;jsessionid=EBCA6B1C7F80B4D48F8AC151A27178BB.1_cid253?__blob=publicationFile&v=4

2.3 Arbeitsmedizinische Regel (AMR) zu Anforderungen an das Angebot von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Die AMR beschreibt die gesetzlichen Arbeitgeberverpflichtungen, die sich aus der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) ergeben, wenn er Angebotsuntersuchungen vor Aufnahme der entsprechenden Tätigkeit und danach in regelmäßi-

gen Abständen verpflichtend anzubieten hat. Dies gilt beispielsweise bei Tätigkeiten an Bildschirmarbeitsplätzen oder bei hautgefährdenden Tätigkeiten, die mehr als 2 Stunden je Schicht ausgeübt werden, wie es beim Tragen von Handschuhen zum Infektionsschutz möglich ist. Als Hilfestellung für den Arbeitgeber ist ein Musteranschreiben Bestandteil der AMR. Sie ist als download verfügbar unter http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Geschaeftsfuehrung-von-Ausschuessen/AfAMed/pdf/Bekanntmachung-AngebotAMV.pdf?__blob=publicationFile&v=4

2.4 Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit (FEE)

In einem Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV-MD) wurden seit April 2011 50 Teilnehmer (Stand Januar 2012) aus 34 verschiedenen Berufen in ein kombiniert ambulantes stationäres Rehabilitationsprojekt aufgenommen. Die Hauptdiagnosen zur Rehabilitation stammten aus dem muskulo-skelettalen Formkreis bzw. handelte es sich um psychovegetative Erschöpfungssyndrome. Die Teilnehmer wurden im Rahmen einer stationären Einführungswoche über die Ziele der Rehabilitationsmaßnahme informiert, erhielten neben einer gründlichen Aufnahmeuntersuchung einschließlich einer Arbeitsplatzanalyse Einweisungen in spezielle Trainingsprogramme und wurden auf die sich anschließende 12-wöchige ambulante Phase in 20 verschiedenen Rehazentren in Sachsen vorbereitet. Danach schloss sich bei gleichzeitiger Aktualisierung des Trainingsplanes noch eine 6-monatige Erhaltungsphase an, in der die erlernten Techniken weiter ange-

wendet werden sollten. Am Schluss stand ein stationärer Refreshing-Tag mit Erfolgskontrolle. Die Evaluation zeigte, dass die Teilnehmer mit der Maßnahme vor allem deshalb unzufrieden waren, weil sie eine stationäre Reha Maßnahme beantragt hatten aber stattdessen ambulant tätigkeitsbegleitend rehabilitiert wurden. Auch die beteiligten Rehazentren waren wegen der geringen Inanspruchnahme wenig motiviert. Nähere Informationen zur FEE sowie zur Antragstellung sind verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de/DRVMD/de/Inhalt/11_Rehakliniken_MD/FEE.html?nn=61684

3 Fragen zur Gefährdungsbeurteilung

3.1 Psychische Gesundheit

Im Dezember 2011 wurde durch den Ausschuss für Arbeitsmedizin beim BMAS zum Thema Psychische Gesundheit eine arbeitsmedizinische Empfehlung erarbeitet. Es handelt sich um ein gemeinsames Konzept von Sozialpartnern, Ländern, Unfallversicherungsträgern, der Bundesärztekammer und hochrangigen Praktikern und Wissenschaftlern der Arbeitsmedizin. Als Vorgehensweise empfiehlt sich ein abgestuftes Verfahren und es wird ein Methodeninventar zur Verwendung angeboten. Die Empfehlung steht als download zur Verfügung unter dem link http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile

Ausschuss Arbeitsmedizin
Dr. med. Giso Schmeißer

Abkürzungen	
AMR	Arbeitsmedizinische Regel
ArbMedVV	Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung
BK	Berufskrankheit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
FEE	Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
GMBI	Gemeinsames Ministerialblatt
SIR	Signal-to-Interference-Ratio

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 Zwickau-Stadt

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Reg.-Nr. 12/C033
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/C034
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Reg.-Nr. 12/C035
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Plauen-Sadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/C036

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C037
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/D026
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D027

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D028

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 12/D029
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Bautzen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/D030
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2012

Ärztlicher Psychotherapeut
Reg.-Nr. 12/D031

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2012 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/L030

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 12/L031

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Reg.-Nr. 12/L032

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L033

Torgau-Oschatz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg. Nr. 12/L034

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Stuhlinkontinenz

J. Feisthammel, T. Schwalenberg,
J. Mössner, A. Dietrich

Einleitung

Eine häufig zitierte Einschätzung zur Stuhlinkontinenz ist, diese Krankheit könne das Leben zerstören, ohne selbst tödlich zu sein (Wald, A., 2007). Diese recht griffige Formulierung weist gut auf die Bedeutung für das Leben der Betroffenen hin. Die Folgen für diese sind mannigfaltig. Vom erhöhten Hygieneaufwand über sekundär psychische Probleme kann es zu völliger sozialer Isolation kommen. Auch auf den ersten Blick verwandte Krankheiten wie Harninkontinenz haben nicht so gravierende Auswirkungen auf den Alltag der Patienten, weil hier relativ einfache Hilfsmittel (Saugvorlagen oder Katheter) und gegebenenfalls (rekonstruktiven) Operationen häufig ein effektives Management ermöglichen, was bei der Stuhlinkontinenz problematischer ist.

Die Inkontinenz für Stuhl ist ein in ihrer Häufigkeit unterschätztes Problem. Sie wird von den Betroffenen als schicksalhaft hingenommen und aus Scham nicht selten verschwiegen. Offensichtlich ist diese Erkrankung bei pflegebedürftigen Patienten, wo Inkontinenz einen erheblichen pflegerischen Mehraufwand bedeutet.

In ihrer Bedeutung für den Betroffenen aber noch einschneidender sind die Fälle von Inkontinenz bei ansonsten wenig beeinträchtigten Patienten. Gerade diese Patienten werden häufig nicht adäquat versorgt. Die Ursache liegt einerseits darin, dass die Patienten die Beschwerden oft erst auf gezielte Nachfrage offenbaren. Andererseits dürfte aber ein Problem manchmal auch darin bestehen, dass die vom Patienten beim Hausarzt vorgetragenen Beschwerden nicht zur Einleitung entsprechender Schritte führen.

Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit ist es einerseits, Grundlagenwissen zur Stuhlinkontinenz zu vermitteln, andererseits aber auch therapeutische Möglichkeiten an hierfür spezialisierten Einrichtungen, wie

zum Beispiel den derzeit an mehreren Orten entstandenen zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren, aufzuzeigen.

Physiologie und Pathophysiologie

Kontinenz ist ein komplexes Geschehen. Definieren lässt sie sich als die Fähigkeit, Ort und Zeitpunkt der Defäkation selbst zu bestimmen (Müller-Lissner, S., 2011). Normalerweise befindet sich im Rektum kaum Stuhl. Wenn Stuhl aus den proximalen Darmabschnitten in das Rektum vorgeschoben wird, kommt es zur reflektorischen Relaxation des glatten MSAI. Dadurch tritt der Stuhl tiefer. Durch das sensible Anoderm kann eine Diskriminierung zwischen Flatus und Stuhl erfolgen. Ein weiteres Zurückhalten des Stuhls erfordert jetzt den Einsatz des quergestreiften MSAE. Dies gelingt für festen Stuhl gut und zuverlässig, bei dünnflüssigem Stuhl kann es zu einer Überforderung auch eines gesunden Kontinenzapparates kommen. Der Anteil des MSAL an der Ruhekontinenz wird mit etwa 80 Prozent geschätzt (Jost, W.; Krammer, J.; Raulf, F., 2005).

Für eine funktionierende Kontinenz spielt die Stuhlkonsistenz eine wichtige Rolle. Bei wässriger Diarrhoe fällt die Kontinenz aus nachvollziehbaren Gründen schwerer als bei festem Stuhl. Manche stuhlinkontinenten Patienten pflegen eine gewisse Obstipation durch Flüssigkeitsrestriktion, ballaststoffarme Ernährung und durch Einnahme von Loperamid als selbst initiierte und oftmals effektive Therapie. Ebenso kann eine latent vorbestehende Inkontinenz erst

dann apparent werden, wenn es aus anderen Gründen zu einer Änderung der Stuhlkonsistenz kommt.

Das willkürliche Zurückhalten von Stuhl erfordert eine ausreichende Kraft im Sphinkter. Bei mechanischen Sphinkterdefekten (zum Beispiel durch ein Geburtstrauma) kann die Fähigkeit, den Stuhl willkürlich zurückzuhalten, wesentlich gestört sein. Das Rektum muss seiner Reservoirfunktion gut nachkommen können, um nicht bereits bei kleinen Mengen Stuhl einen imperativen Defäkationsreiz auszulösen. Diese Reservoirfunktion kann durch eine verminderte Compliance des Rektums (zum Beispiel als Bestrahlungsfolge oder durch eine Tumorummauerung) eingeschränkt sein. Der Patient muss durch eine funktionierende Sensibilität in der Lage sein, eine Rektumfüllung wahrnehmen zu können. Dies kann zum Beispiel bei neurologischen Erkrankungen zu imperativem Stuhl drang mit Stuhlinkontinenz oder zu nicht bemerkten Stuhl abgängen führen. Letztendlich erfordert eine funktionierende Kontinenz ein Zusammenspiel aller beteiligter Komponenten. Die notwendige Koordination der Abläufe ist zum Beispiel bei Anismus gestört.

Formen der Inkontinenz

Eine einfache, in der Praxis oft angewandte Klassifikation, ist die Einteilung in Inkontinenz ersten Grades (für Gase), zweiten Grades (für flüssigen Stuhl) und dritten Grades (für festen Stuhl) (Jost, W.; Krammer, J.; Raulf, F., 2005).

Je nach Ursache werden verschiedene Formen der Inkontinenz unter-

Tabelle 1: Formen der Inkontinenz und ihre häufigsten Ursachen

Inkontinenzform	Typische Ursachen, Beispiele
veränderte Stuhlkonsistenz	Infektiöse Diarrhoe, Reizdarm, CED, Laxantien, Malabsorption
verminderte Reservoirfunktion des Rektum	CED, Rektumtumor, Strahlenschäden
gestörte Koordination	Neuropathien, Rektumprolaps, Anismus
gestörte Sphinkterfunktion	Geburtstrauma, anorektale Chirurgie, Verletzungen, Myopathie, Analkarzinom, anale Manifestation eines Morbus Crohn
gestörte Sensibilität im Rektum	Demenz, Trauma, Tumor, Neuropathien, Koprostatose, Diabetes mellitus, Querschnittsläsionen
Mischformen	gleichzeitiges Bestehen mehrerer Ursachen, wobei jede Einzelne nicht zu einer Inkontinenz führen würde, die Kombination aber eine Inkontinenz klinisch apparent werden lässt; z.B. Geburtstrauma, Deszensus und Sensibilitätsstörung

schieden (siehe Tabelle 1). Die strenge Zuordnung zu einer bestimmten Form gelingt dabei nicht immer. Im ärztlichen Alltag treten insbesondere bei älteren Patienten oft Mischformen auf. Dabei kann eine Komponente zur Inkontinenz schon sehr lange vorliegen (zum Beispiel die ältere Patientin mit einem Sphinkterdefekt nach Geburtstrauma) und ein neu dazugekommener weiterer Faktor (zum Beispiel Änderung der Stuhlkonsistenz oder Auftreten eines Deszensus im Alter) führt dann zu einer Dekompensation des Systems mit nachfolgender Stuhlinkontinenz.

Diagnostik

Proktologische Basisdiagnostik

Die proktologische Basisdiagnostik besteht aus einer sorgfältigen Anamnese, einer organbezogenen klinischen Untersuchung sowie einer Proktoskopie oder Rektoskopie.

Anamnese

Die Anamneseerhebung ist bei diesen Patienten typischerweise zeitaufwändig und schwierig (siehe Tabelle 2). Neben den Fragen eher „technischer“ Art zu Details wie Häufigkeit der Inkontinenz und Anzahl und Verlauf vorangegangener Geburten ist eine wichtige Frage, ob die Inkontinenz zu Veränderungen im sozialen Leben geführt hat (zum Beispiel Vermeiden von Gaststätten- oder Theaterbesuchen). Wird diese Frage positiv beantwortet, besteht unbedingte Indikation zur weiteren Evaluation und Therapie. Im Gegensatz dazu stellen sich manchmal auch Patienten zur Klärung einer vermeintlichen

Stuhlinkontinenz vor, welche als einziges Symptom gelegentlich braune Spuren in der Unterwäsche beklagen. Bei ihnen besteht selten die Indikation zu einer weiterführenden Diagnostik oder Therapie – oft hilft es, wenn ihnen die Harmlosigkeit und die altersbedingte Normalität der Beschwerden versichert wird. Vor Einleitung einer weiterführenden Diagnostik oder einer spezifischen Therapie müssen therapiebedürftige gastroenterologische Krankheiten, welche zum Symptom der Inkontinenz führen können, ausgeschlossen werden. Dazu gehören neben chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auch die Laktoseintoleranz und das Reizdarmsyndrom. Insbesondere letztere Krankheit erfordert bei manchem Patienten die Vorstellung bei einem Gastroenterologen. Ebenfalls sollte eine Inkontinenz als Nebenwirkung einer laufenden medikamentösen Therapie des Patienten ausgeschlossen werden. In der praktischen Erfahrung spielt dies aber eine nur untergeordnete Rolle: Einerseits ist ein auslösendes Medikament meist nicht zu identifizieren, andererseits kann ein potenziell verantwortliches Medikament aufgrund einer wichtigen Indikation nicht ohne Weiteres abgesetzt werden.

Sowohl in der Erstvorstellung als auch in der Verlaufsbeurteilung kann der Einsatz von Scores wertvoll sein (CACP, Wexner-Score und andere). Dabei ist zu beachten, dass die meisten vorhandenen Fragebögen bisher nicht adäquat validiert sind. (Herold, A., 2006. Jorge, J.; Wexner, S., 1993).

Klinische Untersuchung

Die rektale Untersuchung ist unverzichtbar. Idealerweise findet sie auf einem gynäkologischen Stuhl statt, da zum Beispiel ein Prolaps des Rektums oder Hämorrhoiden sehr viel einfacher provoziert werden können als beispielsweise in der Seitenlage. Es können bereits bei der Inspektion neben vielen anderen wertvollen Informationen klaffende Sphinkteren oder höhergradige Hämorrhoiden diagnostiziert werden. Es kann eine suffiziente Abschätzung des Sphinkterdrucks (Ruhedruck und Kneifdruck) erfolgen. Bei einem Sphinkterdefekt kann dieser recht zuverlässig dem richtigen Muskel zugeordnet werden (MSAI, MSAE, Puborektalischlinge). Durch bidigitale Untersuchung kann bei Frauen gelegentlich die Ausbildung einer Darmzele beim Pressen palpirt werden.

Endoskopie

Zur proktologischen Basisdiagnostik gehört die Spiegelung des Enddarmes in Form einer Proktoskopie oder Rektoskopie. Es wird gezielt nach Stenosen, Hämorrhoiden, Entzündungen, Tumoren und anderen pathologischen Befunden gesucht. Gegebenenfalls kann eine Biopsie erfolgen. Eine vollständige Koloskopie sollte nur bei den bekannten Indikationen erfolgen. Ein routinemäßiger Einsatz in der Inkontinenzdiagnostik ist nicht erforderlich. Häufig sind nach oben skizzierter Basisdiagnostik bereits ausreichend Informationen gewonnen, um eine suffiziente erste Therapie einleiten zu können.

Weiterführende apparative Diagnostik

Wenn weitere Fragen zur Diagnose oder Therapieplanung beantwortet werden müssen, kommen Maßnahmen wie Endosonografie, Sphinktermanometrie oder MR-Defäkografie zum Einsatz.

Endosonografie

Die anorektale Endosonografie ist aussagekräftig in der Sphinkterdiagnostik. Es gelingt eine gute Darstellung des glatten echoarmen inneren Schließmuskels (MSAI), des querge-

Tabelle 2: Wichtige Punkte der Anamnese bei Stuhlinkontinenz (modifiziert nach: Müller-Lissner, S., 2011)

- Voroperationen
- Entbindungen, Geburtskomplikationen
- neurologische Erkrankungen
- Demenz
- Prolaps
- Häufigkeit der Inkontinenzereignisse
- Inkontinenz für Winde, flüssigen oder festen Stuhl?
- Wird der Stuhlabgang bemerkt? Gibt es eine Vorwarnzeit?
- Stuhlmenge, Stuhlkonsistenz
- typische Situationen, Auslöser, Nahrungsmittel?
- Einschränkungen des sozialen Lebens

streifen echoreichen äußeren Schließmuskels (MSAE) und der Puborektallisschlinge. Zu weiteren anorektalen Krankheitsbildern können wichtige Informationen gewonnen beziehungsweise Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden. Dabei erlauben die gemessenen Dicken der Sphinkteren keinen Rückschluss auf ihre Leistungsfähigkeit und Funktionalität. Häufig haben junge Leute mit guter Kontinenz einen dünner messbaren Sphinkter als ältere Patienten mit eingeschränkter Kontinenz. Bei vielen Frauen darstellbar sind narbige Defekte des äußeren Sphinkters als Folge von Verletzungen des Damms bei vaginaler Entbindung. Diese sind häufig klein und funktionell nicht relevant.

Anorektale Manometrie

Die anorektale Manometrie ist ein Verfahren, durch das mit Hilfe eines anal eingeführten Messkatheters der Ruhedruck, der Kneifdruck sowie weitere Parameter gemessen werden können. Unter anderem erlaubt ein luftbefüllbarer Ballon am Ende des Katheters die Messung der rektalen Sensibilität. Die Anwendung der anorektalen Manometrie ist nicht unumstritten: Die Messung an sich ist schlecht evaluiert, die Normwerte sind nicht validiert und bei wiederholten Messungen kommt es oft zu abweichenden Ergebnissen. Insgesamt ergeben sich dabei nur selten Befunde, welche das therapeutische Vorgehen beeinflussen oder die nach der proktologischen Basisdiagnostik nicht schon bekannt waren. Dies hat zu einem gewissen Bedeutungsverlust der Methode geführt. Dennoch kann bei ausgewählten Fragestellungen (zum Beispiel die Überprüfung der rektalen Sensibilität) ihre Anwendung gerechtfertigt sein.

MR-Defäkografie

Die „klassische“ durchleuchtungsradiologisch durchgeführte Defäkografie ist weitestgehend durch die dynamische MRT des Beckenbodens mit Rektumfüllung durch Kontrastmittel ersetzt worden. Diese Untersuchung hat allerdings in der Routinediagnostik der Inkontinenz kaum Bedeutung und ist spezifischen Fragestellungen

wie dem Nachweis einer Rektozele oder einer Intussuszeption vorbehalten.

Therapie

Konservative Therapie

Nach proktologischer Basisdiagnostik sollte – falls die bis hierher erhobenen Befunde nicht bereits eine spezifische Therapie erfordern – probatorisch mit einer konservativen Therapie begonnen werden. Dies kann einerseits bereits zu einer Verbesserung der Symptomatik führen, andererseits kann das Ansprechen auf die Therapie wertvolle Hinweise für das weitere Vorgehen liefern. Mögliche Ansätze für die erste Therapie einer Inkontinenz kann dabei eine Modifikation des Stuhlvolumens sein. In der Praxis werden Präparate aus Flohsamenschalen (*Plantago ovata*) mit gutem Erfolg eingesetzt. Dies führt zu einem voluminöseren Stuhl mit befriedigender Konsistenz. Allein diese Maßnahme führt nicht selten zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden. Die Bedeutung der richtigen Anwendung der Präparate (vorheriges Einweichen) wird überschätzt. Die Einnahme fällt manchem Patienten leichter, wenn das Pulver in Brei oder Joghurt eingerührt wird. Als Richtgröße für die Dosis kann eine Menge von ein- bis dreimal 1 Beutel oder Teelöffel (5g) gelten.

Die Einnahme obstipierender Medikamente (zum Beispiel Loperamid) ist nicht selten erfolgreich. Die Einnahme muss sich dabei nicht auf besondere Ereignisse (zum Beispiel einen geplanten Kinobesuch) beschränken, sondern kann auch als Dauertherapie indiziert sein. Häufige Fehler in der Anwendung von Loperamid sind der zu späte Einsatz und die ungenügende Dosierung (Tagesmaximaldosis acht mal zwei mg!) (Sze, E.; Hobbs, G., 2009).

Nach dem Grundsatz, wonach es bei einem leeren Darm zu keinem Inkontinenzereignis kommen kann, ist oft die Etablierung einer programmierten Darmentleerung hilfreich. Dabei wird nach einem festen Rhythmus (zum Beispiel jeden Morgen) eine Darmentleerung provoziert. Dies kann durch Applikation von Zäpf-

chen erfolgen (zum Beispiel Bisacodyl-Supp. oder auch gasbildende Zäpfchen wie Lecicarbon; letzteres führt über eine Freisetzung von CO₂ im Darm zu einer Rektumdistension und so zur Auslösung eines Defäkationsreizes). Ebenfalls in diese Gruppe gehört die Anwendung eines analen Irrigationssystems zur eigeninitiierten Darmspülung. Letztere Maßnahme ist zwar effektiv, für den Patienten aber mit hohem Zeitbedarf von über 30 Minuten pro Sitzung verbunden; entsprechend sollte dies in der zeitlichen Abfolge der Therapiemaßnahmen eher spät nach Ausschöpfen anderer Maßnahmen erfolgen.

Maßnahmen zur Darmentleerung sind auch sinnvoll bei älteren bettlägerigen Patienten, wo es aufgrund von Stuhlimpaktation zu einer reflektorischen dauerhaften Relaxation des MSAI mit nachfolgendem Stuhlschmier kommt. Bei ihnen kann die tägliche Gabe von Loperamid in Kombination mit einer künstlich herbeigeführten Darmentleerung alle drei Tage zu einem niedrigeren Pflegeaufwand bei gleichzeitig gesteigerter Lebensqualität des Patienten wegen verbesserter Sauberkeit führen.

Aufgrund widersprüchlicher und qualitativ oft unzureichender Studienergebnisse hat das Biofeedbacktraining in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. Bei dieser Therapieform kann der Patient über eine anal platzierte Sonde die Stärke des Kneifdruckes kontrollieren. Dabei kann einerseits ein Training mit Kräftigung des äußeren Sphinkters erfolgen. Andererseits kann dieses Training über nicht völlig aufgeklärte Mechanismen die Perzeption im Rektum verbessern und so insbesondere für Patienten mit neurologischen Inkontinenzursachen hilfreich sein. Ein dritter wertvoller Effekt des Biofeedbacktrainings ist die Verbesserung der Koordination des Beckenbodens, welche zum Beispiel beim Anismus gestört ist. Die Anwendung sollte etwa sechs Monate lang drei mal täglich über 10 bis 20 Minuten erfolgen. Dabei sollte der Sphinkter über 10 Sekunden angespannt werden, gefolgt von einer ebenso lan-

gen Entspannungsphase. Ziel muss eine Erhöhung des Kneifdrucks sowie eine Verlängerung der maximal möglichen Kontraktionsdauer sein. Auch wenn dieses Verfahren wahrscheinlich immer noch zu oft und zu unkritisch als vermeintliches Allheilmittel (oder als dem Verschreiber einzig bekannte Therapie?) angewendet wird, so kann das Biofeedbacktraining bei richtig gestellter Indikation zu guten Erfolgen führen. Dennoch liegt die Wahrscheinlichkeit für einen Erfolg auch bei richtiger Indikationsstellung nur bei etwas über 50 Prozent. Da dieses Verfahren keine Nebenwirkungen hat, bei Erfolg aber wesentliche Folgekosten eingespart werden, ist der Einsatz dieser Methode gerechtfertigt. Wesentlich ist eine vorherige gute Unterweisung des Patienten in der Methode. (Norton, C.; Chelvanayagam, S.; Wilson-Barnett, J.; et al., 2003).

Als letzter Punkt bei den konservativen Maßnahmen sei noch die Anwendung von Analtamppons erwähnt. Es handelt sich dabei um rektal einzuführende Tampons aus Polyurethanalkohol (PVA), welche den Analkanal im Sinne eines Stöpsels abdichten können. Die dauerhafte Anwendung wird nur von wenigen Patienten toleriert. Das Fremdkörpergefühl stört. Ferner führt die Schwierigkeit der Passage von Darmgasen zu nachfolgenden Blähungen. Unter bestimmten Bedingungen, zum Beispiel Schwimmbadbesuch, kann der Einsatz sinnvoll sein.

Ein irritativ-toxisches Hautekzem sollte stets behandelt werden, da es allein durch eine gestörte Sensibilität im Bereich des Anoderms eine Inkontinenzsymptomatik aggravieren kann. Eine Möglichkeit zum Hautschutz besteht in der Anwendung von „Weiche Zinkpaste“.

Operative Maßnahmen

Es gibt verschiedene inkontinenzverschärfende Krankheiten wie Rektumprolaps oder höhergradige Hämorrhoiden, für die eine Operation die derzeit einzige und allgemein akzeptierte Therapieform ist. Auf diese Fälle soll in dieser Übersicht nicht im Einzelnen eingegangen werden.

Im Mittelpunkt der – insgesamt nur selten indizierten – operativen Therapie einer Stuhlinkontinenz stehen zwei Verfahren: die Sphinkterrekonstruktion und die sakrale Neuromodulation (SNM). Weitere etablierte Verfahren sind zum Beispiel die Grazioplastik oder die Implantation eines künstlichen Sphinktersystems (ABS = artificial bowel sphincter).

Die Sphinkterrekonstruktion ist gut einsetzbar bei einem umschriebenen Defekt des MSAE. Bei diesem Eingriff werden die frei präparierten Enden des Schließmuskels chirurgisch adaptiert.

Bei der sakralen Neuromodulation werden Elektroden im Bereich der Foramina des Kreuzbeins zur Stimulation der Nerven S2-4 platziert. Über ein damit verbundenes elektrisches Stimulationsaggregat erfolgt dann eine Tonisierung des MSAE. Vor einer endgültigen Implantation des Geräts erfolgt im Vorfeld immer eine Probestimulation. (Matzel, K.; 2010). Als ultima ratio ist bei mit anderen Therapieformen nicht zu beherrschender Stuhlinkontinenz die Anlage eines Anus praeter indiziert.

Für alle operativen Verfahren gibt es spezifische Indikationen und Kontraindikationen, auf deren Erörterung hier verzichtet werden muss.

Schlusswort

Die anale Inkontinenz ist für einen betroffenen Patienten in der Regel mit einschneidenden Auswirkungen

auf das soziale Leben verbunden. Nicht wenige Patienten ziehen sich daher völlig zurück.

Die erfolgreiche Therapie eines Patienten mit anorektaler Inkontinenz erfordert einerseits die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen (Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Urologie, Gynäkologie und weitere), andererseits werden meist nicht überall verfügbare Untersuchungsmethoden benötigt (rektale Endosonografie, dynamische MR-Defäkografie, gegebenenfalls Manometrie). Spätestens bei Versagen konservativer Maßnahmen sollte der Patient daher in einem Kontinenz- und Beckenbodenzentrum vorgestellt werden. Wenn auch die Inkontinenz nicht immer völlig beseitigt werden kann, ist doch in beinahe allen Fällen eine deutliche Besserung der Lebensqualität zu erreichen. Vielfach kann der Betroffene wieder ein weitgehend unbeeinträchtigtes Leben führen.

Verwendete Abkürzungen:

MSAI:

Musculus sphincter ani internus

MSAE:

Musculus sphincter ani externus

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Jürgen Feisthammel

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Universitätsklinikum Leipzig, AöR

Department für Innere Medizin, Neurologie

und Dermatologie

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und

Rheumatologie

Liebigstraße 20, 04103 Leipzig

E-Mail: juergen.feisthammel@medizin.

uni-leipzig.de

Lehrbuch der Palliativmedizin

3. aktualisierte Auflage 2012,
1388 Seiten, 226 Abb., 204 Tab.,
geb. Schattauer-Verlag Eberhard
Aulbert/Friedemann
Nauck/Lukas Radbruch (Hrsg.)
129,00 Euro,
ISBN 978-3-7945-2666-6

Nach 1997 und 2007 erschien 2011 im Schattauer-Verlag die dritte, überarbeitete Auflage des von Eberhard Aulbert, Friedemann Nauck und Lukas Radbruch herausgegebenen Lehrbuchs der Palliativmedizin.

In diesem umfangreichen Werk kommen auf 1358 Seiten 109 Autoren zu Wort. Trotz der Vielzahl der Autoren gelang es den Herausgebern, in allen Kapiteln die einheitliche Grundkonzeption umzusetzen. Nach der Inhaltsübersicht am Anfang finden sich in vielen Kapiteln Fallbeispiele zur Veranschaulichung der diskutierten Sachverhalte. Grau hinterlegte Kästen im Text dienen der Hervorhebung wesentlicher Sachverhalte. Am Ende jedes Kapitels folgen zusammenfassende Kernaussagen und ein umfangreiches Literaturverzeichnis, vereinzelt auch kapitelbezogene Internet-Adressen.

Das Buch liest sich flüssig und bietet eine Vielzahl gut sortierter Informationen. Beim Lesen gewinnt man den Eindruck, dass (fast) alle Probleme der Palliativmedizin und der Palliative Care dargestellt wurden. Für eine kommende Auflage könnten die Herausgeber lediglich prüfen, ob sich angesichts ständig weiter entwickelter technischer Verfahren zur Lebenserhaltung neue palliativmedizinische Herausforderungen ergeben und Empfehlungen notwendig wer-

den, wie zum Beispiel mit Herzschrittmachern, AICD, Kunstherz, Nierenersatztherapie oder außerklinischer Beatmung in palliativer Situation und in der unmittelbaren Terminalphase umzugehen wäre.

Der Qualität des Buches tut es keinen Abbruch, ja es scheint dem Rezensenten nahezu unvermeidbar, dass es gelegentlich zu inhaltlichen Doppelungen kommt. Ebenfalls unvermeidbar sind kleine Fehler. Wieso sollten nur 90,8 Prozent der Palliativstationen über Ärzte verfügen? Es kann sich dabei nur um einen Beschriftungs- oder Druckfehler in der Tabelle 1 bis 3 zu Strukturdaten in Hospizen und Palliativstationen handeln.

Ebenfalls als positiv sind deutliche Positionierungen der einzelnen Autoren hervorzuheben. So wird beispielsweise im Kapitel zu den psychischen Grundlagen des Schmerzes deutlich auf die Ambivalenz der Anwendung von Placebo hingewiesen. Das Kapitel zur hausärztlichen Versorgung verdeutlicht neben positiven Ansätzen die Schwierigkeiten im Alltag. Zeitprobleme und die Regressgefahr bei der Anwendung kostenintensiver Medikamente werden klar thematisiert. In diesem Zusammenhang könnte auch das Problem der fehlenden Erstattungsfähigkeit von Medikamenten im off-label-use diskutiert werden, dieser Sachverhalt betrifft nicht selten palliativmedizinische Situationen. Ein weiteres Beispiel für kritische Auseinandersetzungen ist die Darstellung unterschiedlicher und sich wandelnder Sichtweisen auf verschiedene Betreuungsformen bei Demenz.

Sehr übersichtlich und informativ werden am Ende des Buches überregionale Einrichtungen der Palliativ-



medizin, Fortbildungsakademien und wichtigen Internetadressen dargestellt.

Insgesamt kann das Buch als Grundlagenwerk uneingeschränkt empfohlen werden. Somit ist es für die Handbibliothek jeder Palliativstation und darüber hinaus für jeden Arzt, der Patienten mit fortgeschrittenen Krankheiten betreut und sich intensiv mit dem Themenfeld auseinandersetzen möchte, geeignet und sinnvoll. Allerdings sollte angesichts des Umfangs des Buches der eilige, sich in Zeitdruck wühlende Arzt in der terminalen Phase der Prüfungsvorbereitung für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin eine knappere Publikation auswählen.

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Radebeul

Jahreskongress

Bericht vom Jahreskongress der Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists, Jaipur 2012

Jaipur ist die Hauptstadt Rajasthans. Gegründet wurde die Stadt erst Mitte des 18. Jahrhunderts. Heute leben mehr als drei Millionen Menschen in der auch als Pink City

bekanntesten Metropole, die als Industrie- und Forschungsstandort zentrale Bedeutung für Rajasthan genießt (Abb. 1). Das bekannteste Wahrzeichen dürfte der „Palast der Winde“ oder Hawa Mahal sein, der den Hofdamen die Beobachtung der Prozessionen außerhalb des Stadtpalastes erlaubte, ohne gesehen zu werden. Wie in vielen indischen Städten sind Moderne und Tradition, Mittelalter und 21. Jahrhundert in schroffem Gegensatz in Gesellschaft und Straßenbild existent.

Jaipur war in diesem Jahr Gastgeber für die DERMACON, die Jahrestagung der indischen Dermatologen, Venereologen¹⁾ und Leprologen (IADVL) (Abb. 2). Die IADVL wurde 1973 durch Zusammenschluss zweier indischer Dermatologen-Vereinigungen gegründet. Sie zählt mit mehr als 6.000 Mitgliedern zu den weltweit größten dermatologischen Fachgesellschaften. Die IADVL organisiert Fachkongresse und Tagungen und gibt auch Printmedien heraus. Gemeinsam mit den assoziierten Gesellschaften Indian Association of Cutaneous Surgeons und Hair Research Society of India werden fünf verschiedene englischsprachige Fachjournale publiziert: Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology (Impact factor 2010: 0,932), Indian Journal of Dermatology (Impact factor 2011: 0,388), Indian Dermatology Online Journal, Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery und das International Journal of Trichology. Die IADVL hat damit begonnen, nationale Leitlinien zu entwickeln und unterstützt die Ausbildung durch IADVL-zertifizierte Lehrbücher.

Die indischen Dermatologen haben keine Nachwuchssorgen. Auf der Skala der beliebtesten medizinischen Fachdisziplinen rangiert die Dermatologie nach der Radiologie auf Platz zwei. Zahlreiche Universitäten und Medical Colleges im Land sorgen für eine flächendeckende Ausbildung der Hautärzte. Als Besonderheit gilt die spezielle Unterrichtung in der Leprologie, der medizinischen Wissenschaft der Lepra-Forschung und -Behandlung.

Die Lepra war folgerichtig auch einer der Tagungsschwerpunkte der DERMACON 2012. Die WHO hatte sich zum Ziel gestellt, die globale Neuerkrankungsrate auf unter 1 pro 10.000 Einwohner (10/100 T Einwohner) zu senken. Die Lepra ist ein nationaler Gesundheitsschwerpunkt, da Indien die größte Zahl von Erkrankten weltweit aufweist. Ein staatliches Gesundheitsprogramm erlaubt freien Zugang zur Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Das hat sich auch positiv auf Patienten mit schwerer körperlicher Beeinträchtigung infolge Lepra ausgewirkt. Hier ist ein Rückgang aller fünf Jahre um 40 Prozent erreicht worden. Die Lepra-Prävalenz liegt bei 0,5 Millionen (42/100 T Einwohner) Patienten. Wir haben in den letzten zehn Jahren drei Lepra-Fälle am Friedrichstädter Klinikum diagnostiziert.

Als zweites großes Gesundheitsproblem ist die HIV-Infektion/AIDS anzusehen. Die ersten Fälle in Indien wurden 1986 unter Prostituierten beobachtet. Für 2011 geht man von 2,5 Millionen HIV-1-infizierter Menschen (208/100 T Einwohner) in Indien aus, der größten Population außerhalb Afrikas. Die Mehrzahl der Infektionen wird durch heterosexuelle Kontakte übertragen. Unter den als Hijras bekannten Transgendern, die häufig von der Prostitution leben, liegt die HIV-Infektionsrate bei deutlich über 40 Prozent. Mukokutane Symptome sind häufig: Candidiasis (35 Prozent), seborrhoisches Ekzem (31 Prozent), orale Pigmentierungen (29 Prozent), Xerose und Ichthyose (23 Prozent), Pyodermien (22 Prozent), Peridontitis (17 Prozent) und Nagel-Pigmentierungen (17 Prozent).

Die Tuberkulose ist sowohl mit Lepra als auch HIV/AIDS vergesellschaftet. Unter HIV-positiven Patienten steigt das Risiko einer Tuberkulose um das Sechsfache. Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Ein neuer wichtiger Risikofaktor der Tuberkulose ist die rasch steigende Zahl von Diabetikern in Indien. Hier steigt das Tuberkuloserisiko auf das Dreifache im Vergleich zu Gesunden. Krankenschwester-Schülerinnen ha-

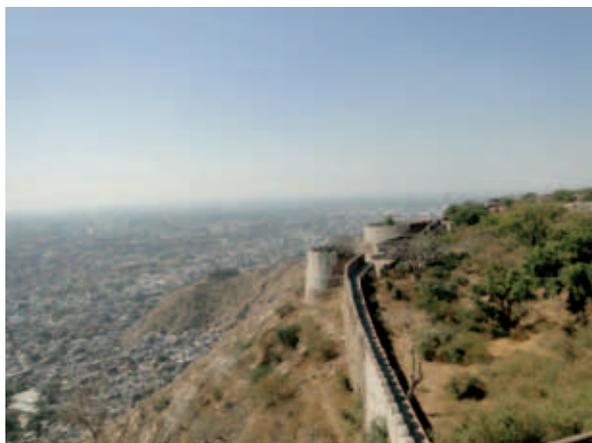


Abbildung 1: Blick auf Jaipur

© Wollina



Abbildung 2: Dermacon-Kongress: Logo

© Wollina



Abb. 3: Tinea incognita durch Steroid-Abusus

© Wollina

ben ein jährliches Infektionsrisiko von ca. 8 Prozent. Die Prävalenz der Haut-Tuberkulose liegt zwischen 18 Prozent und 54 Prozent bei Kindern. Der Altersgipfel ist bei den 10- bis 14-Jährigen zu finden. Das Scrofuloderm ist die häufigste kutane Variante und geht in ca. 72 Prozent der Fälle mit einer systemischen Tuberkulose einher.

Medikamenten-Nebenwirkungen und Arzneimittelsicherheit erlangen zunehmend Aufmerksamkeit. Obwohl es die Rezeptpflicht für bestimmte Medikamente auch in Indien gibt, ist es durchaus üblich, Nachbestellungen für ein einmal ausgestelltes Rezept zu erhalten. Der Missbrauch von systemischen und topischen Kortikosteroiden stellt ein ernstes Problem dar. Sie sind nicht selten Ursache von Gesichtsdermatosen, am häufigsten ist es die Steroidakne. Kortison-induziertes Cushing-Syndrom ist bei unkontrolliertem internem Kortisongebrauch keine Seltenheit. Aber auch traditionelle Heilmethoden können allergologisch relevant werden. So wurde ein multilokuläres fixes Arzneimittelexanthem durch Einnahme von Ashwagandha (*Withania somnifera*) beobachtet. Ashwagandha wird häufig in der ayurvedischen Medizin, zum Beispiel zur Behandlung von Libidostörungen und andres eingesetzt.

Im Gegensatz zu Europa, Australien und den USA spielen Hautkrebskrankungen eine geringere Rolle. Die Berufsdermatologie, die Haut- und Allergie-Risiken durch den Beruf untersucht und behandelt, beginnt sich zu formieren. In einer Studie unter Bauarbeitern waren allergische Kontaktekzeme häufiger als irritative Kontaktekzeme. Das häufigste Allergen waren die Chromate, gefolgt von Epoxidharz, Kobalt und Nickel. Große Aufmerksamkeit genießen kutane Nebenwirkungen durch Medikamente und Naturstoffe. In den letzten Jahren ist das Kontaktekzem durch die einjährige Korbblütler-Pflanze *Parthenium hysterophorus* zu einem Problem in den ländlichen Gebieten geworden. Die Pflanze vermehrt sich durch Windbestäubung

und produziert enorme Mengen an Pollen (bis zu 624 Mio pro Pflanze). 40 Prozent aller Patienten, die eine Allergie-Klinik aufsuchen, leiden an dieser Form der Airborne Contact-Dermatitis. Davon sind 90 Prozent Bauern, 14 Prozent entwickeln eine Erythrodermie und 10 Prozent eine chronisch persistente Lichtreaktion. Der Krankheitsverlauf ist meist schwer und chronisch. Eine mehrmonatige intensive Behandlung durch Immunsuppressiva ist erforderlich. Als besonders wirksam hat sich die Gabe von Azathioprin 2 x 50 mg/d mit einem Stoß vom 300 mg aller 28 Tage erwiesen. Auch in Deutschland ist *Parthenium hysterophorus* auf dem Vormarsch. Bei der Auswertung von Photo-Patch-Testungen sind die Top-3-Allergene auf dem indischen Subkontinent Duftstoffe, Paraphenyldiamin (PPD) und *Parthenium hysterophorus*. PPD ist auch in Deutschland wieder häufiger zu beobachten, insbesondere durch Grauimportante von Haarfärbemitteln.

Pigmentstörungen sind ein großes soziales und ästhetisches Problem aufgrund des dunkleren „indischen“ Hauttyps. Die Weißfleckenerkrankung (*Vitiligo*) stigmatisiert Patienten in hohem Maße, da sie landläufig mit Lepra gleichgesetzt wird. Deshalb werden verschiedene Präventions- und Therapiemaßnahmen eingesetzt. Bei stabiler *Vitiligo* werden auch Hauttransplantationen vorgenommen – ein Verfahren, das in Europa nur selten geübt wird. Die faziale Melanosen umfassen das *Melasma*, *Rhiehls Melanose*, *Lichen ruber pigmentosus*, *Erythema dyschromicum perstans*, *Erythrose* und das *Poikiloderma Civate*. Diese Erkrankungen werden durch UV-Strahlung aggraviert und sind in Indien ein sehr häufiges Problem. UV-Schutz, Laser und Peelings werden zur Therapie eingesetzt. Auch die Gabe systemischer Antioxidantien wird pragmatisch empfohlen. Die indische Dermatologie hat auch einige neue Entitäten beschrieben, wie das aktinische Leukoderm der Kopfhaut, die *Sahri-Dermatitis*. *Betel-assoziierte* Erkrankungen sind häufig. Eine prä-maligne Erkrankung ist die orale submuköse Fibrose. Die

lokale Anwendung von Alpha-Tocopherol scheint hier einen gewissen therapeutischen Effekt zu haben.

Ein Schwerpunkt des Kongresses lag in der dermatochirurgischen Ausbildung. In der Focus-Session „Dermatochirurgie“ wurden von Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina (Klinik für Dermatologie und Allergologie) die Friedrichstädter Methoden und Ergebnisse zur chirurgischen Behandlung der *Acne inversa* sowie die Laser-assistierte Liposuktion und Lipolyse vorgestellt, was großes Interesse fand.

Die freundschaftlichen Beziehungen zu den indischen Kollegen wie auch die internationale Anerkennung der Friedrichstädter Leistungen zeigt sich auch darin, dass Prof. Dr. med. Wollina in das International Scientific Board der Zeitschriften *Indian Journal of Dermatology*, *Venerology and Leprology*, *Indian Journal of Dermatology*, *Indian Dermatology Online Journal* und *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery* gewählt wurde.

In Dresden hatten wir im Dezember 2010 mit dem COSMODERM-Kongress zahlreiche indische Dermatologen zu Gast. Die Eindrücke von Dresden waren, wie in zahlreichen Gesprächen in Jaipur deutlich wurde, nachhaltig sehr positiv.

Die große Hoffnung Indiens liegt in der Bildung. Diese beginnt mit der Vorschule. Schulen und Universitäten sind traditionell staatlich. In den letzten Jahren wächst der private Sektor jedoch rasch an. Bildung ist in Indien auch ein Wachstumsmarkt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt,
Städtisches Klinikum
Akademisches Lehrkrankenhaus der TU
Dresden

¹ Venerologie ist die korrekte Bezeichnung bei der indischen Gesellschaft, da neben der Venerologie auch die Gefäßerkrankungen einbezogen werden.

Wohnformen und Hilfen im Alter

Der Ausschuss Senioren informiert!

Aufgrund der im Rahmen der Umfrage des Ausschusses Senioren im Herbst 2011 – wir hatten im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/2011 und Heft 2/2012 darüber berichtet – geäußerten Bitte von zahlreichen ärztlichen Ruheständlern nach Informationen zu altersgerechtem Wohnen und Hilfen im Alter hat sich der Ausschuss Senioren ausführlich mit der Thematik befasst. Nachfolgend wollen wir die Ergebnisse unserer Recherchen interessierten Ruheständlern, aber auch den Ärzten, die ihre Patienten entsprechend beraten möchten, zur Kenntnis geben.

Es empfiehlt sich, sich dem Thema in zwei Schritten zu nähern.

Wie sich aus der Diskussion im Ausschuss ergab, sind die Erwartungen an Wohnformen und Hilfen im Alter bis hin zur Pflege je nach individueller Ausgangslage recht unterschiedlich.

Deshalb sollte in einem **ersten Schritt** eine Bestandsaufnahme stehen, welche Gegebenheiten das Ausgangsniveau prägen, welche Zielvorstellungen bestehen und welche Kosten und Mehraufwendungen dauerhaft getragen werden können. Diesen orientierenden Schritt kann der Ratsuchende sehr praktisch unter Anleitung der **Broschüre „Wohnformen im Alter“** gehen (Herausgeber: Landesseniorenbeirat des Freistaates Sachsen, Download: www.pflegenetz.sachsen.de Portalfunktionen Archiv). Hier werden verschie-

dene Wohnformen nach Personenkreis, Räumlichkeiten, Grundlagen, allgemeinen Merkmalen, Anbietern und Nützlichkeit charakterisiert und kategorisiert. Der Ratsuchende erhält Hinweise zu grundsätzlichen Informationen zum Wohnen im Alter (zum Beispiel auch Wohnberatung oder Wohnraumanpassung), Wohnen im Alter in der vertrauten Häuslichkeit, betreuten Wohnen und zum Servicewohnen im Alter, zu Leistungen für Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit leben und zu stationärer Pflege.

Nachdem die Zielvorstellungen eingeordnet wurden, ist in einem **zweiten Schritt** zu prüfen, wo entsprechende Angebote zu finden sind. Hier können selbstverständlich die Sozialämter der Städte und Gemeinden, die Pflegekassen oder die Wohlfahrtsverbände um Rat gefragt werden. Wer jedoch den Wunsch hat, ohne Zeit- oder Entscheidungsdruck in aller Ruhe die Möglichkeiten selbst zu durchforsten, findet im Internet unter www.pflegenetz.sachsen.de eine ideale Informationsplattform. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat einen Verbund von Anbietern geschaffen, die sich im Internet präsentieren. Wie der Name sagt, befassen sich die Angebote zu einem großen Teil mit dem Thema „Pflege“. Die Beratung umschließt den Pflegebedürftigen ebenso wie die Angehörigen und die Arbeitgeber. Betreute Wohnformen oder sonstige pflegerechte Wohnformen wurden ebenfalls in das Pflegenetzwerk aufgenommen. Unter der Rubrik „Pflegedatenbank“ werden nach Eingabe des gewünschten Wohnortes oder der Postleitzahl die regionalen

Anbieter angezeigt. Soweit diese über einen eigenen Internetauftritt verfügen, kann man im Einzelnen weiter recherchieren.

Wer Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung sucht, findet unter dem Titel „Marktplatz“ Angebote für

- haushaltnahe Dienstleistungen,
- mobile soziale Dienste,
- Mahlzeitendienste,
- Fahrdienste,
- Hausnotrufe,
- Einkaufs- und Botendienste,
- Apotheken.

Bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheim, kann neben der Pflegedatenbank des PflegeNetzes auch die „Weiße Liste“ der Bertelsmannstiftung hilfreich sein (www.weisse-liste.de). Problemlos lässt sich eine individuelle Liste mit den wichtigsten Kriterien für die Pflegeheimauswahl zusammenstellen. Eine Checkliste kann heruntergeladen werden. In sieben Schritten werden die gewünschten Zielvorgaben priorisiert. Dazu gehören zum Beispiel Lage und Erreichbarkeit, Verpflegung und Tagesgestaltung, ärztliche und therapeutische Versorgung ebenso wie Leistungen und Kosten. Auf Grundlage dieser Checkliste können der Pflegebedürftige und seine Angehörigen die einzelnen Anbieter vergleichen und dann eine Entscheidung treffen, die für die anstehende Lebensphase erträgliche Bedingungen gewährt.

Gern wird Sie der Ausschuss Senioren bei der Beantwortung weiterer Fragen unterstützen.

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Ausschuss Senioren

Berufung

Prof. Dr. med. habil. Stefan Beissert hat zum 1. März 2012 die Leitung der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden übernommen.

Regaud-Preis

Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann, Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, und des gemeinsam mit dem Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossen-

dorf getragenen OncoRay Zentrums für Krebsforschung, erhielt am 14. Mai 2012 den renommierten Regaud-Preis der Europäischen Gesellschaft für Radiotherapie und Onkologie ESTRO auf deren Jahrestagung in Barcelona.

Kennen Sie den „Praxistag“?!

Seit dem Studienjahr 2008/2009 ist der „Praxistag“ Pflichtbestandteil des Curriculums im Studiengang Medizin. Studierende ab dem siebenten Fachsemester werden für einen Tag in der Woche von den Lehrveranstaltungen befreit. Ein Semester lang soll den Medizinstudierenden ein Einblick in den Praxisalltag vermittelt werden. Anvisiert sind zwölf Termine, die einmal wöchentlich halbtags umgesetzt werden sollen. Die inhalt-

liche Gestaltung des „Praxistages“ liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung.

Der „Praxistag“ ist auch im Bereich der Allgemeinmedizin vorgesehen. Daher ist es notwendig, dass sich viele niedergelassene (Lehr-)Praxen an der Ausbildung zukünftiger Ärzte beteiligen.

Sollten Sie Hausarzt mit eigener Praxis sein, sind die Medizinstudierenden auf Ihr Engagement angewiesen. Nur so erhalten sie die Möglichkeit praxisrelevante Kenntnisse zu erwerben und zu festigen, die später in der Berufstätigkeit unerlässlich sind.

Nehmen Sie sich die Zeit und investieren Sie in die bestmögliche Patientenversorgung von morgen – machen Sie mit beim Praxistag in der Allgemeinmedizin!

Nähere Informationen erhalten Sie über die unten stehenden Kontaktinformationen.

Kontakt:
Siegrid Schelhorn,
Sekretariat für Bereich Allgemeinmedizin,
Tel.: 0351 458 3687, Fax: 0351 458 7320,
E-Mail: Siegrid.Schelhorn@uniklinikum-dresden.de

Die Arztbibliothek

Ärztliches Handeln verlangt mehr denn je zuverlässiges und aktuelles Wissen. Durch die zunehmende Informationsflut wird es jedoch immer schwieriger und zeitaufwändiger, an vertrauenswürdige und nützliches medizinisches Wissen zu gelangen. Das kostenfreie Portal Arztbibliothek der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) macht deshalb medizinisches Wissen gezielt verfügbar. Es bietet Zugang zu einer Datenbank mit ausgewählten und qualitätsbewerteten Leitlinien, Patienteninformationen, Praxishilfen, Abstracts zu Cochrane-Reviews und Online-Fortbildungen. Außerdem findet man Links zu ausgewählten Online-Informationsangeboten der von Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung und ihren Partnern

in Wissenschaft, Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Alle zur Verfügung gestellten Informationen wurden von Experten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und dem Redaktionskomitee der Arztbibliothek recherchiert und auf ihre Relevanz, Qualität und Seriosität geprüft.

Standardmäßig verfügt die Arztbibliothek über eine Volltextsuche über die komplette Seite. Erzeugt werden nach Relevanz oder Aktualität sortierte Ergebnislisten. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Suchanfrage nach Dokumenten zu filtern. Auf diesem Wege kann das Suchergebnis beispielsweise auf Leitlinien eingeschränkt werden. Um dennoch keine Informationen zu verpassen, werden alle Dokumente, die im Kontext der gefilterten Dokumente stehen, in einem Extramenü angezeigt.

Derzeit gibt es diese Funktion für Leitlinien, Patienteninformationen und Abstracts zu Cochrane Reviews. Zukünftig wird sie aber auch auf weitere Dokumente anwendbar sein. Optional zur Suche im Dokumentenbestand wurde eine Navigation eingerichtet. Auf der linken oberen Seite ist ein Einstieg nach den verfügbaren Leitlinienthemen oder Fachgebieten möglich. Ausgangspunkt für das Browsen im Dokumentenbestand sind dabei die Leitlinien der Arztbibliothek. Die Menge der hier verfügbaren Begriffe wird in der weiteren Entwicklung umfassender werden.

Sie finden die Arztbibliothek im Internet unter: www.arztbibliothek.de.

Maxie Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Kammer läuft

Auch in diesem Jahr beteiligten sich die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer wieder am größten Firmenlauf des Freistaates, der REWE Team Challenge. Dieser fand am 23. Mai 2012 in Dresden statt und konnte mit insgesamt 7.684 Aktiven einen neuen Teilnehmerrekord aufstellen. Von Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer gingen drei Teams mit jeweils vier Läufern an den Start. Vier weitere Läufer konnten wegen Erkrankung leider

nicht an diesem sportlichen Ereignis teilnehmen. Dass sich kontinuierliches Training auszahlt, zeigen die erreichten Plätze der Teams: Unter den insgesamt 1.691 ins Ziel gelaufenen Teams belegten die drei Teams der Sächsischen Landesärztekammer die Plätze 57, 92 und 184. Dabei bewältigte das schnellste Team die Strecke über fünf Kilometer mit einer sehr guten Einzelzeitensumme von 1:29:00 und blieb damit erneut unter eineinhalb Stunden.

Dipl.-Jur. Torsten J. Wurziger
Referat Hausverwaltung



Die Teilnehmer der Sächsischen Landesärztekammer

© Schmidt

Unsere Jubilare im Juli 2012 – wir gratulieren!

	60 Jahre		65 Jahre		
02.07.	Dr. med. Schmidt, Steffen 08115 Lichtentanne	04.07.	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Kirch, Wilhelm 24226 Kitzberg / Kiel	16.07.	Dr. med. Wenzel, Erika 01328 Dresden
03.07.	Dipl.-Med. Hierse, Rosemarie 04275 Leipzig	07.07.	Dr. med. Panse, Rosel 04279 Leipzig	17.07.	Dr. med. Günther, Gisela 04155 Leipzig
03.07.	Dipl.-Med. Mütze, Reinhard 04425 Taucha/Dewitz	13.07.	Dipl.-Med. Eymann, Hella 01728 Possendorf	17.07.	Dipl.-Med. Lange, Dieter 01257 Dresden
07.07.	Dipl.-Med. Wolf, Stefan 08459 Neukirchen	15.07.	Dr. med. Fransecky, Wolf 01069 Dresden	17.07.	Dr. med. Reuter, Konrad 04838 Eilenburg
09.07.	Prof. Dr. med. habil. Laniado, Michael 01099 Dresden	16.07.	Dr. med. Petzke, Renate 04316 Leipzig	17.07.	Ullrich, Barbara 01855 Sebnitz
09.07.	Dipl.-Med. Richter, Bernd 09114 Chemnitz	17.07.	Dipl.-Med. Holzmüller, Heidrun 08371 Glauchau	18.07.	Dr. med. Dobmaier, Bernd 04575 Neukieritzsch
10.07.	Dr. med. Richter, Lutz 01445 Radebeul		70 Jahre	19.07.	Prof. Dr. med. habil. Schreinicke, Gert 04105 Leipzig
11.07.	Dr. med. Kleinschmidt, Eckhard 09212 Limbach-Oberfrohna	03.07.	Dr. med. Paul, Wolfgang 02782 Seiffhennersdorf	20.07.	MUDr. Herenz, Rosemarie 02906 Niesky
13.07.	Dr. med. Kegel, Frank 04229 Leipzig	05.07.	Dr. med. Seefried, Waltraud 01129 Dresden	20.07.	Dr. med. Krause, Rosmarie 04275 Leipzig
14.07.	Dipl.-Med. Zeppei, Gabriele 04779 Wernsdorf	07.07.	Dr. med. Geiskopf, Jozsef 08066 Zwickau	20.07.	Dr. med. Witschel, Christine 01454 Ullersdorf
16.07.	Dr. med. Quarch, Roland-Nils 02791 Oderwitz	07.07.	Dr. med. Menzel, Helga 01129 Dresden	21.07.	Ruckebrod, Klaus 08427 Fraureuth
16.07.	Dr. med. Römelt, Bernhard 02827 Görlitz	07.07.	Singendonk, Waltraud 02957 Weißkeißel	22.07.	Dr. med. Liebscher, Ingrid 01309 Dresden
20.07.	Dipl.-Med. Abshagen, Renate 02977 Hoyerswerda	07.07.	Dr. med. Sudau, Gert 09306 Erlau	24.07.	Dr. med. Harzbecker, Anke 09366 Stollberg
20.07.	Dr. med. Döhler, Hannelore 08209 Auerbach	08.07.	Dr. med. Beier, Otmar 08134 Wildenfels	26.07.	Dr. med. Parthou, Wolfgang 08523 Plauen
20.07.	Dipl.-Med. Fiedler, Rotraud 02943 Weißwasser	08.07.	Dr. med. Gebhardt, Astrid 01219 Dresden	27.07.	Dipl.-Med. Frühauf, Siegfried 01259 Dresden
20.07.	Dr. med. Krause, Christiane 04299 Leipzig	08.07.	Dr. med. Klenner, Nicolaus 09212 Limbach-Oberfrohna	27.07.	Dr. med. Funk, Wieland 02977 Hoyerswerda
21.07.	Dr. med. Sandforth, Franz 01129 Dresden	08.07.	Dr. med. Kühnel, Ute 01454 Ullersdorf	27.07.	Dr. med. Koch, Michael 09629 Reinsberg
22.07.	Dipl.-Med. Cimalla, Stephanie 08451 Crimmitschau	08.07.	Dr. med. Popp, Maria 04109 Leipzig	28.07.	Riedel, Gisela 01326 Dresden
22.07.	Dipl.-Med. Meyer, Gabriele 08258 Markneukirchen	08.07.	Dr. med. Schatz, Beate 08527 Plauen	30.07.	Prof. Dr. med. habil. Barth, Joachim 04328 Leipzig
23.07.	Dr. med. LeiBring, Günter 08118 Hartenstein	08.07.	Dr. med. Uhlig, Karla 09577 Niederwiesa	30.07.	Dr. med. Jeske, Dieter 02953 Bad Muskau
26.07.	Dipl.-Med. Uhlig, Karla 09114 Chemnitz	08.07.	Dr. med. Beyer, Dietrich 04668 Großbothen/ Zschetzsch	30.07.	Dr. med. Thiele, Egon 09128 Chemnitz
27.07.	Dr. med. Thiel, Ulrike 08523 Plauen	10.07.	Dr. med. Peldschus, Sigrid 04347 Leipzig	31.07.	Dr. med. Barth, Marita 04159 Leipzig
27.07.	Dr. med. Wurlitzer, Margitta 08359 Breitenbrunn	10.07.	dr/Univ. Zagreb Trtanj-Cesljarevic, Marija 04229 Leipzig	31.07.	Dr. med. Claus, Barbara 04860 Torgau
28.07.	Dipl.-Med. Frensel, Julita 04275 Leipzig	11.07.	Dr. med. Karl, Gerlind 08058 Zwickau	31.07.	Keilig, Antje 01468 Boxdorf
30.07.	Dipl.-Med. Franke, Martina 09114 Chemnitz	11.07.	Roth, Renate 08527 Plauen		75 Jahre
		13.07.	Dr. med. Perßen, Egbert 01662 Meißen	02.07.	Helm, Gerhard A. 01169 Dresden
		14.07.	Dr. med. Brendel, Peter 09212 Limbach-Oberfrohna	03.07.	Dr. med. Wuttke, Elli 04103 Leipzig
		14.07.	Dr. med. Wittig, Volker 09131 Chemnitz	03.07.	Zenner, Eva-Maria 01097 Dresden
				04.07.	Völk, Erna 01219 Dresden
				05.07.	Dr. med. habil. Bredow, Edgar 04103 Leipzig

- 05.07. Dr. med. Kittler, Klaus
08371 Glauchau
- 08.07. Dr. med. Petersen, Jürgen
01662 Meißen
- 09.07. Dr. med. Karow, Ingrid
04229 Leipzig
- 09.07. Dr. med. Selle, Gertrud
01723 Grumbach
- 10.07. Dr. med. Ueckert, Elfriede
08280 Aue
- 11.07. Dr. sc. med. Haase, Hans
01920 Haselbachtal
OT Reichenbach
- 11.07. Dr. med. Wirsing, Annelies
01328 Dresden
- 13.07. Dr. med. Köhler, Bärbel
04129 Leipzig
- 14.07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Mann, Klaus
01833 Stolpen
- 17.07. Dr. med.
Schneider, Volkhard
01217 Dresden
- 17.07. Stumpe, Helga
01187 Dresden
- 20.07. Dr. med. Neumann, Heinz
09496 Marienberg
- 20.07. Dr. med. Rieger, Helmut
08451 Crimmitschau
- 22.07. Dr. med.
Breiter, Karl-Friedrich
02625 Bautzen
- 26.07. Dr. med. Kumpf, Brigitta
01445 Radebeul
- 26.07. Dr. med. Schindler, Brigitta
09526 Olbernhau
- 27.07. Heinrich, Reiner
02906 Sproitz
- 27.07. Lippstreu-Rehwagen,
Christine
09573 Leubsdorf
- 30.07. Dr. med. Schäfer, Hermann
04159 Leipzig
- 30.07. Dr. med. Schulze, Erika
08340 Schwarzenberg
- 80 Jahre**
- 03.07. Dr. med. Streitz, Ulrich
04275 Leipzig
- 06.07. Dr. med. Hacker, Gertrud
01157 Dresden
- 06.07. Dr. med. Otto, Henry
04288 Leipzig
- 07.07. Dr. med. Schenkel, Hannelore
08412 Werdau
- 08.07. Dr. med. dent.
Zschesche, Dieter
04207 Leipzig
- 10.07. Auerbach, Johanna
01454 Radeberg
- 13.07. Dr. med. Haberland, Elisabeth
01589 Riesa
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.
Reinhold, Dieter
01324 Dresden
- 20.07. Dr. med. Rothe-Horn, Ilse
04318 Leipzig
- 31.07. Dr. med. Krenkel, Johannes
09577 Braunsdorf
- 81 Jahre**
- 01.07. Dr. med. Malke, Gert
08315 Bernsbach
- 02.07. Dr. med. Beyer, Wolfgang
02627 Weißenberg
- 08.07. Dr. med. Schuster, Christa
08261 Schöneck
- 11.07. Dr. med. Jungmichel, Dieter
04849 Bad Dübén
- 12.07. Dr. med.
Lindemann, Gottfried
09557 Flöha
- 17.07. Dr. med. Kratzsch, Erika
09131 Chemnitz
- 23.07. Dr. med. Lincke, Hans-Ullrich
02826 Görlitz
- 27.07. Dr. med. Götttsching, Maria
01612 Nünchritz
- 82 Jahre**
- 02.07. Prof. Dr. med. habil.
Theile, Herbert
04319 Leipzig
- 11.07. Dr. med. Wunderlich, Hans
04643 Geithain
- 18.07. Dr. med. Hapke, Ingeborg
04107 Leipzig
- 18.07. Prof. Dr. med. habil.
Wohlgemuth, Balthasar
04229 Leipzig
- 21.07. Müller, Gisela
09131 Chemnitz
- 22.07. Dr. med. Stafetzky, Rudi
08280 Aue
- 83 Jahre**
- 13.07. Dr. med. Gitter, Werner
09116 Chemnitz
- 13.07. Dr. med. Queißer, Hermann
01109 Dresden
- 25.07. Prof. Dr. med. habil.
Schwarz, Reinhold
04157 Leipzig
- 84 Jahre**
- 01.07. Dr. med. habil.
Scholbach, Manfred
04105 Leipzig
- 02.07. Richter, Manfred
02957 Krauschwitz
- 03.07. Dr. med. Renz, Hildegard
08606 Oelsnitz
- 07.07. Böhm, Günter
08297 Zwönitz
- 13.07. Jänicke, Inge
04288 Leipzig
- 18.07. Dr. med. Gromoll, Heinz
04299 Leipzig
- 27.07. Prof. Dr. med. habil.
Gläser, Albrecht
04178 Leipzig
- 85 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Bönisch, Lothar
09306 Wiederau
- 86 Jahre**
- 11.07. Dr. med.
Dorscheid, Marie-Luise
01705 Freital
- 87 Jahre**
- 22.07. Grams, Johanna
04347 Leipzig
- 88 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Seikowski, Gisela
08645 Bad Elster
- 89 Jahre**
- 06.07. Dr. med. habil. Böhm, Heinz
01307 Dresden
- 90 Jahre**
- 12.07. Dr. med.
Weißbrodt, Charlotte
04157 Leipzig
- 20.07. Prof. em. Dr. med. habil.
Fischer, Waltraude
04207 Leipzig
- 27.07. Dr. med. Stüve, Annemarie
04668 Grimma
- 91 Jahre**
- 11.07. Dr. med. Walther, Erich
04317 Leipzig
- 30.07. Prof. Dr. med. habil.
Günther, Otfried
01097 Dresden
- 92 Jahre**
- 19.07. Prof. em. Dr. med. habil.
Tittel, Kurt
04229 Leipzig

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ unter der Telefon-Nr.: 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.

Zur Geschichte und Praxis der Schröpfkopfbehandlung

Beim traditionellen Therapieverfahren des Schröpfens werden Schröpfköpfe oder Schröpfgläser direkt auf die Haut aufgesetzt. Durch Erhitzen der Luft innerhalb der Köpfe entsteht ein heftiger Unterdruck, wodurch die Gläser sich auf der Haut fest ansaugen.

Der römische Arzt Aulus Cornelius Celsus (25 v. Chr. – 50 n. Chr.) benutzte Schröpfköpfe aus Bronze und verwendete Rinderhörner als Schröpfhörner. Im Mittelalter bestanden die Schröpfgeräte aus Ton, Eisen und Glas. Bei Verwendung von Tierhörnern zum Schröpfen wurde ein Unterdruck durch Ansaugen mit dem Mund durch ein Loch an der Hornspitze und schnelles Abdichten mit Wachs erzeugt. Schröpfen heißt in seiner ursprünglichen Bedeutung etwas herausholen, ihn von etwas befreien. Ist jemand umgangssprachlich geschröpft worden, ist er vielleicht um sein Geld erleichtert worden.

Auf dem Siegel des mesopotamischen Arztes Uragaledinu von 3300 v. Chr. sind drei Schröpfköpfe abgebildet. Sein Sklave wird in der zugehörigen Aufschrift als Schröpfkopfssetzer und Pflasterleger erwähnt.



Schröpfen mit Kuhhörnern in Togo, aus „Kampf gegen Schmerz und Tod“, Rene-Fülop-Miller, Süd-Ost-Verlag Berlin W62, 1938.

Auch im ägyptischen Veterinärpapyrus aus der Zeit von 2230 bis 2100 v. Chr. wird über das Schröpfen berichtet. Aus China und Indien gibt es Hinweise auf die hier praktizierte Schröpfmethode einige Jahrhunderte v. Chr.

Nur wenige Heilmethoden können auf einen Anwendungszeitraum von 5.000 Jahren zurückblicken.

Der Schröpfkopf war das heilige Symbol des Asklepioskultes und wurde im antiken Griechenland das medizinische Wahrzeichen und das Aushängeschild des praktizierenden Arztes. Abbildungen von Schröpfköpfen finden sich auf alten griechischen Grabsteinen und Münzen. Auch Hippokrates von Kos (460 bis 377 v. Chr.) erwähnt diese Heilme-

thode häufig in seinen Büchern. In seiner Schrift über die alte Medizin sagt er über den Zweck des Schröpfens: „[...] Um aus dem Fleische etwas herauszuziehen und an sich zu reißen.“ In der Schrift „Der Arzt“ schreibt er: „Die Schröpfköpfe sind, behaupte ich, in zwei verschiedenen Fällen von Nutzen. An denjenigen Stellen nämlich, wo sich der Fluss fern von dem zu Tage liegenden Fleisch festgesetzt hat, muss die Peripherie des Schröpfkopfes klein sein, er selbst hingegen weitbauchig. [...] Denn ein solcher Schröpfkopf zieht gerade heraus und befördert die entlegenen schädlichen Säfte leicht an die Oberfläche des Fleisches. Wenn sich der Schmerz über eine größere Strecke Fleisches hin verbreitet, muss der Schröpfkopf dem eben beschriebenen in jeder Beziehung gleichen, seine Peripherie aber groß sein. Denn bei einer solchen Form wird man finden, dass er die Schmerz verursachende Materie aus vielen Teilen an den gehörigen Ort leitet.“ Um blutig zu schröpfen, skarefizierte er die Haut „mit einem am Rande umgebogenen, nicht zu schmalen Messer“. Dieses alte Dokument ist uns nur aus humoralpathologischen Vorstellungen verständlich. Eine Synkresie der vier Körpersäfte schwarze Galle, gelbe Galle, Blut und Schleim ist nach seinen Vorstellungen für die gesunde Körperfunktion nötig. Hippokrates will mit dem Schröpfen, wie mit allen Therapien, Krankheitsstoffe (bei ihm Flüsse) ablenken und die Säfte reinigen, um Schmerzen und Entzündungen zu bekämpfen. Das Schröpfen dient wie der Aderlass, der Einlauf, die Anwendung von Brechmitteln und Abführmitteln als ausleitendes Verfahren zur Säftereinigung. In seiner Schrift „Die Krisen“ schreibt Hippokrates: „Wenn einer heftige Kopfschmerzen hat, so lege man, welcher der oberen Teile auch erkrankt sein mag, Schröpfköpfe auf.“ Bei Ohrschmerzen wird das Eingießen von in Bittermandelöl gelösten Arzneimitteln und das Anlegen eines Schröpfkopfes am Hinterkopf empfohlen. Auch bei Angina, Menstruationsstörungen, Rheumatismus, Lungenentzündungen, verschiedenen inneren Erkran-



Blutiges Schröpfen in Verbindung mit Baunscheidttherapie

Quelle: Wikimedia Commons; Urheber: Schorle

kungen empfiehlt Hippokrates Schröpfköpfe. In seinem Buch „Die Wunden und Geschwüre“ ist seine Therapie bei Entzündungen der unteren Extremitäten: „Man muss Blut abzapfen, besonders aus den Zufluss vermittelnden Blutadern, falls diese deutlich zu erkennen sind. Ist das nicht der Fall, so muss man auf den Geschwülsten ziemlich tiefe und zahlreiche blutige Schröpfungen vornehmen mit möglichst spitzen und dünnen eisernen Instrumenten[...]“. Bei Hüftschmerzen werden als innere Behandlung Abführmittel, Brechmittel und Blutreinigungsmittel verordnet, neben Dampfbädern und Kaute-risation. „Wenn die Krankheit aber vom Blute herrührt, so verordne man ein Dampfbad, lege einen Schröpfkopf auf und öffne die Adern in den Kniekehlen.“ Die ärztliche Autorität des Hippokrates war so gewaltig, dass seine Theorie der Viersäftelehre 2000 Jahre bis in die frühe Neuzeit übernommen und nach seinen Schriften therapiert wurde. Auch im Römischen Weltreich verwendeten Celsus (25 v. Chr. bis 50 n. Chr.), Claudius Galenus (129 bis 199) und Antyllus (47 v. Chr. bis 30 n. Chr.) großzügig Schröpfköpfe bei diversen Störungen des Körpers. Celsus schreibt: „Man gebraucht Schröpfköpfe besonders dort, wo der Fehler nicht im ganzen Körper, sondern in irgendeinem Teil desselben steckt [...] Man möge bei Infiltrationen und Eiterungen zuerst Einschnitte machen und dann den Schröpfkopf darauf setzen, zwei bis dreimal, bis jedes Zeichen der Entzündung verschwunden ist.“ Das Übergewicht des ärztlichen Schaffens lag bis ins hohe Mittelalter in den arabischen Ländern, während in Europa die medizinische Versorgung der Bevölkerung vorwiegend durch Mönche und Nonnen in den Klöstern erfolgte. Die arabischen Ärzte Rhazes (865 bis 923 in Bagdad), Abu Kasim (936 bis 1013) und Avicenna (980 bis 1037 im heutigen Iran) lehrten das Schröpfen als Therapieform und beschäftigten sich intensiv mit den Indikationen, den Schröpforten und der Technik der Schröpfkopfbehandlung. Auch sie verwendeten Schröpfköpfe aus unterschiedlichen Materialien. In



Trockenes Schröpfen am Rücken eines Patienten

Quelle: Wikimedia Commons; Urheber: Afroe

Europa überließen die Ärzte aus Ständesdünkel die niedrige Arbeit des Schröpfens ihren Dienern, den Minutoren (Aderlassern), den Feldschern, die den Unfalldienst im Kriege versahen und den Badern als Betreiber von Badestuben. Auch Hebammen, Heiler, Fleischer und Scharfrichter schröpften. Das Warmbaden wurde aus dem Süden über die Alpen in den deutschen Raum übernommen, und es entstanden in den Städten Badestuben, die gewerblich von Badern betrieben wurden. Paris zählte um 1292 26 Bäder, im 15. Jahrhundert beherbergte Würzburg 8, Ulm 11 und Nürnberg 12 Badestuben. Auf einem großen Ofen wurde in den engen Räumen warmes Wasser bereitet, sodass die Besucher in einem großen Holzzuber oder in einer Kupfer- oder Messingbadewanne baden konnten. Durch Übergießen von erhitzten Steinen wurde Dampf zum Schwitzen erzeugt. Der Gewerbesteuer zahlende Bader war zusammen mit einem Barbier für das Übergießen, Haarschneiden, Schröpfen, aber auch für das Zähneziehen, die Fußpflege und kleine chirurgische Eingriffe zuständig. Durch fehlende Hygiene konnten sich von den Badestuben Krankheiten, zum Beispiel die Syphilis, ausbreiten. Auch Hildegard v. Bingen (1098 bis 1179) schreibt: „Wessen Augen anfangen, durch

schlechte Säfte trüb zu werden oder geschwürig sind [...], soll man hinter den Ohren und am Genick mit Schröpfhörnern oder Schröpfköpfen vorsichtig Blut entziehen lassen und dies drei- oder viermal im Jahr tun...“ Der französische Chirurg Henry de Mondeville (1260 bis 1320) veröffentlichte in seinem Werk „Cyrurgia“ 15 Schröpfregeln mit Angabe von Indikationen und Schröpforten. Es gab in dieser Zeit auch bildliche Darstellungen der Schröpfstellen in Form von Männchen. Nach Mondeville solle man niemals bei Nebel oder Südwind schröpfen, aber am Besten bei Vollmond, da hier ein Überfluss an Säften bestehe. Das blutige Schröpfen wirke radikaler als das Unblutige, es ziehe die Lymphe stärker aus der Tiefe hervor. Bei schwachen Menschen dürfe nicht zu viel Blut entzogen werden, weil die Gefahr „einer Abkühlung des ganzen Körpers“ bestehe. Der Italiener Orazio Augenio (1527 bis 1603) veröffentlichte 1575 in seinem Buch „Über die Art, wie man durch Blutentziehung heilen kann“ eine Schröpftabelle mit ausführlichen Indikationen und Schröpforten. Er meint: „Unten am Hals angesetzt nutzen sie bei Schmerzen am Oberarm, der Kehle, im Thoraxbereich. Über dem Hinterhaupt bei Schwindel, Wahnsinn, bei Augenkrankheiten.“ Der französische Arzt Ambroise Pare'

(1510 bis 1590) schildert im 15. Buch seiner chirurgischen Schriften die Anwendung von Schröpfköpfen bei Harnsteinen, Blähungen, Darmkoliken, gynäkologischen Blutungen, Pestbeulen, Milzbrand, Leberaffektionen. In Deutschland beschreibt Walther Ryff (1500 bis 1548) in „Die Grossteutsch Chirurgie“ das Schröpfen mit einem bauchigen Trinkglas. Auf die zu behandelnde Stelle legt er ein Stückchen Papier mit befestigten brennenden Kerzen, über die er das Glas stülpt. „Darauf löschen die Wachslichtlein und zeucht der Dampf oder Rauch davon die Materie kräftig heraus.“ Im Gegensatz dazu steht Paracelsus (1493 bis 1541) dem Schröpfen skeptisch gegenüber.

Es soll noch Christoph Wilhelm Hufelands (1762 bis 1832) „System der praktischen Heilkunde“ erwähnt sein, in dem er für das Schröpfen eintritt. „Die Wirkung scheint teils in dem kräftigen Hautreiz, teils in der Entfernung schadhafter Säfte zu

sein.“ Die Schröpfköpfe „vermindern die Menge der Säfte und so auch die Ausdehnung der Gefäße, den dadurch erregten mechanischen Druck und die Spannung der Faser selbst.“ Er rechnet die Methode unter die „lokalen Aderlässe“. Vielfältig findet die Methode durch ihn Verwendung bei Mittelohrentzündung, Pneumonie, Pleuritis, Angina, Enzephalitis, Ophthalmie, Gastritis, Gallenblasenentzündung, Zystitis, Schlangenbissen und anderem.

Die Ansichten des hochverehrten Hufeland führen in die heutige Zeit, in der die praktische Bewährung der Schröpfkopfmethod im Rahmen der Physiotherapie außer Zweifel steht. Wir verwenden heute zum „trockenen“ und „blutigen“ Schröpfen konfektionierte Schröpfköpfe verschiedener Größen aus Glas. Vor der politischen Wende fertigten einige Glasbläser in Thüringen Schröpfköpfe an. Die Erhitzung der Luft innerhalb der Köpfe erfolgt in klassischer Weise mit einem spiritusfeuchten entzündeten Wattebausch. Mir hat sich

dafür nach einiger Übung auch eine Spiritusflamme oder ein Gasfeuerzeug bewährt. Keinesfalls darf der Glasrand mit überhitzt werden, da sonst Hautverbrennungen entstehen. Nach dem Aufsetzen des Kopfes und seiner Abkühlung wölbt sich das Hautgewebe kissenartig durch Unterdrucksog in den Schröpfkopf vor. Der nötige Saugdruck kann auch mittels Saugpumpe oder mit einem Gummiball erzeugt werden. Beim blutigen Schröpfen wird über die mit einem Schnäpper skarefizierte Haut das Schröpfglas gesetzt, in dem sich das angesaugte Blut sammelt. Beim Schröpfen tritt durch den starken Sog Blutplasma in den Extrakapillarraum aus, sodass eine rotlivide Schwellung, in einigen Fällen ein flaches Hämatom, entsteht.

Die Schröpfkopfbehandlung ist auch heute eine wirksame Behandlungsmethode.

Dr. med. Jürgen Fegge

09600 Weißenborn/OT Berthelsdorf

Mitnahme von Blindenführhunden

Wir möchten ein großes Problem ansprechen, mit dem wir Führhundehalter bei Arztbesuchen sehr häufig konfrontiert werden.

Es kommt immer wieder zu Schwierigkeiten, wenn blinde oder sehbehinderte Menschen eine Arztpraxis in Begleitung ihres Führhundes aufsuchen wollen. Wir bitten Sie, Ihren Mitgliedern dezidiert nahezulegen, blinden und sehbehinderten Menschen mit ihren Führhunden den Zutritt in die Gesundheitsreinrichtungen zu gewähren.

Führhunde erkennt man am weißen Führgeschirr. Sie verbessern wesentlich unsere Mobilität, machen uns dadurch unabhängig von fremder Hilfe und ermöglichen ein selbstbestimmtes Leben.

Vor einer Versorgung mit einem Führhund zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird eingehend durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft, ob der Antragsteller in der

Lage ist, die Verantwortung für das Tier zu übernehmen. Dazu gehört unter anderem die Aufsichtspflicht. Sollte diese verletzt werden, ist eine Wiederversorgung zu Lasten der GKV ausgeschlossen, denn der Blindenführhund bleibt auch nach Übergabe an den Halter Eigentum des Kostenträgers. Daher ist es uns nicht möglich, den Hund unbeaufsichtigt vor der Praxis oder gar an einer Straße abzulegen.

Führhunde haben ein freundliches Wesen und werden regelmäßig tierärztlich betreut (Impfungen, Parasitenprophylaxe etc.). Blindenführhunde stellen weder in Arztpraxen noch in Krankenhäusern ein Hygienrisiko dar.

Abschließend möchten wir noch auf folgende Sachverhalte hinweisen:

- Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 14. August 2006 stellt ein generelles Verbot der Mitnahme eines Blindenführhundes in aller Regel eine unzulässige Diskriminierung im Sinne von §§ 3 Abs. 2, 19 AGG dar. Dies gilt ungeachtet

eines generellen Verbots zur Mitnahme von Hunden und auch ungeachtet der Regelungen zum Hausrecht. Der Blindenführhund gehört wie beispielsweise auch der Rollstuhl oder Blinden-Gehstock als anerkanntes „Hilfsmittel“ im Sinne von §§33 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) zum Leistungsumfang der Krankenkassen.

- Sozialleistungen müssen gemäß § 17 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) „barrierefrei“ erbracht werden, für Blindenführhundhalter also unter Zulassung ihres „Hilfsmittel“ Führhund.
- Und schließlich postuliert Artikel 9 der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen auch ausdrücklich ein Recht auf Inanspruchnahme „tierischer Hilfe“.

Sabine Häcker, Projekt Führhunde, gefördert durch die Bert-Mettmann-Stiftung
E-Mail: s.haecker@dbsv.org
Arbeitskreis der Blindenführhundhalter beim Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.
Rungestraße 19, 10179 Berlin