

<b>Editorial</b>	Mit Sorge – Verlust der Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit	<b>320</b>
<b>Berufspolitik</b>	Denkzettel BREXIT	<b>321</b>
	Von der Stipendiatin zur Hausärztin	<b>322</b>
	Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern	<b>324</b>
	CIRS-Fälle	<b>328</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Empfehlungen zur verbesserten Indikationsstellung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	<b>329</b>
	Der sächsische Gesundheitszieleprozess	<b>331</b>
	8. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	<b>333</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Wenn Patienten sterben möchten	<b>334</b>
	Medizinische Flüchtlingsversorgung	<b>334</b>
	Konzert und Ausstellung	<b>334</b>
	Erster Online-Fortbildungskurs gestartet	<b>335</b>
	Erste Fachsprachenprüfung in Sachsen	<b>338</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Aufbewahrung und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen	<b>335</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte	<b>336</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>337</b>
<b>Originalie</b>	Frühe Rezidivdiagnostik des Prostatakarzinoms mittels PET/CT und simultaner PET/MRT und dem neuen Radiotracer [ <sup>68</sup> Ga]PSMA-Ligand	<b>339</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Zukunft Medizin	<b>344</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im September 2016	<b>345</b>
	Abgeschlossene Habilitationen	<b>348</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Das kurze Leben des Vincent van Gogh	<b>349</b>
	25 Jahre Europa-Notruf 112	<b>351</b>
<b>Verschiedenes</b>	Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Universität Leipzig	<b>352</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2016	



Von der Stipendiatin zur Hausärztin  
Seite 322



Erste Fachsprachenprüfung  
in Sachsen  
Seite 338



Das kurze Leben von Vincent van Gogh  
Seite 349

## Mit Sorge – Verlust der Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit

Bundesgesundheitsminister Gröhes Selbstverwaltungsstärkungsgesetz bringt einen Paradigmenwechsel mit nachhaltigen Veränderungen bis in die Landesebene der Selbstverwaltungen (SV), also Kassenärztlichen Vereinigungen und zukünftig unter Umständen Ärztekammern. Es wird das ärztliche Tun im Alltag direkt beeinflussen. Es führt nicht zu deren Stärkung, sondern zu einer Stärkung der Rechte der ministeriellen Aufsicht; erkennbar an einer Verlagerung der Rechtsaufsicht zunehmend zur Fachaufsicht. Es droht der Verlust der Freiberuflichkeit und die Schaffung eines gewerblich tätigen, von Behörden kontrollierten Arztes. Damit wird der Patient zum Kunden und das Sterben der SV eingeleitet. Am Ende sind Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) reine Behörden. Die Bereitschaft von Ärzten zur Mandatsübernahme wird schwinden, die Lücke gefüllt durch Angestellte der Behörde. Das ist das Ende der Freiberuflichkeit – von der Selbstverwaltung zur Verwaltung.

Verantwortlich für diese desaströse Entwicklung aus meiner Sicht: Wir Ärzte! Insbesondere aber einige zerstörungswütige Protagonisten auf Bundesebene vor allem in der KBV. Auch die BÄK glänzt nicht durch Geschlossenheit. Es mangelt an politischer Strategie, man verzettelt sich im Reagieren auf Vorgegebenes. An der Spitze wurde in den letzten Jahren versäumt, wichtige Aufgaben im Sinne der Ärzteschaft zu lösen, wie die GOÄ und die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ein weiteres Übel: Die Unfähigkeit der Schaffung einer modernen Weiterbildungsordnung, ein Minenfeld, welches von den Verbänden regelrecht als Spielwiese einer Konkurrenzverhinderungsordnung betrachtet wird und weiteren Anlass für ein Eingreifen des Ministeriums liefert. Der Staat kann und will sich ein Versagen der SV nicht leisten. Nun jammern

gerade die eigentlichen Verursacher in KBV und Verbänden über die – in der Sache scheinbar folgerichtige – Reaktion: Ein Gesetz aus einem Ministerium. Wenngleich dieses selbst jahrelang der oft eitelkeitsgesteuerten raffgierigen Agonie zusah.

Verbände und Körperschaften finden Akzeptanz, wenn ein Gruppengefühl vermittelt wird, wenn durch ihr Tun positive Veränderungen zu erwarten sind. Körperschaften sind Zeichen übertragener Demokratie, von Stärke eines Berufsstandes wie auch des Staates. Der Staat als Legislative erkennt die Kompetenz von Experten an und macht sich diese zu Nutzen, gibt Regelungsmacht ab und lässt das berufliche Umfeld selbstständig sachkompetent gestalten. Das reduziert staatlichen Dirigismus. Körperschaften sind keine Interessenvertretungen im klassischen Sinne, sie sind staatliche Untereinheiten mit einem bisher noch hohen eigenen Gestaltungsspielraum. Zum Gestalten braucht es Kompetenz, Loyalität und Funktionsfähigkeit. Genau hier ist die Stellung des Arztes an sich und die der SV in der Gesellschaft ins Wanken geraten.

Ein Teil des Problems liegt im Schwinden der ärztlichen Selbstwahrnehmung als Elite – als eine Gruppe besonders qualifizierter Personen. Gemeint ist damit jeder Arzt als solcher. Elite zeichnet sich aus durch die Übernahme von Verantwortung – nicht durch Privilegien. Die besondere Qualifikation ist dabei untrennbar mit der Freiberuflichkeit (ungleich der Selbständigkeit) verbunden. Freiberuflichkeit definiert sich durch Kerninhalte: Persönliche Leistungserbringung, fehlende Übertragbarkeit des beruflichen Tuns, kein Gewerbe, Expertenstatus und gemeinwohlorientiertes Handeln gegenüber Schutzbefohlenen. Diese uns zugewiesenen Aufgaben definieren das Elitedasein des Arztes als Freiberufler. Wenn wir dieser Rolle als Elite im ursprünglichen Sinne nicht gerecht werden, geht die Saat einer Ulla Schmidt auf, nimmt uns den Gestaltungsraum, degradiert uns zu reinen Gewerbetreibenden.



Dr. med. Thomas Lipp

© SLÄK

Wir müssen die an uns gestellten Erwartungen erfüllen, dürfen nicht an internen Machtkämpfen ersticken, müssen uns wieder als Elite im positiven Sinne verstehen. Wir brauchen als Ärzteschaft wieder einen substanzuell-basalen Berufskonsens. Laut und stimmgewaltig drängen einzelne Gruppen ihre Interessen der Ärzteschaft als solcher auf. Wen wundert's, wenn deshalb der Sinn und die Vorteile einer SV in den Hintergrund treten. Ist die SV aber erst Behörde, die als solche nicht gestaltet sondern verwaltet, schließt sich der Kreis. Auf eine SV, die nicht gestaltet, kann der Staat verzichten. Mein Wunsch: Der Anspruch einer starken, sich ihres elitären Auftrages bewussten Ärzteschaft widerspiegeln sich im Engagement in den Vertreter- und Kammerversammlungen, in Verbänden. Dort soll innerärztlich heftig diskutiert, gestritten, gerungen, von den Vorständen Gestaltungswillen erzwungen werden. Im Moment dominiert verwaltungsorientierte bräsige Zufriedenheit, oft reiner Zustimmungsmodus. Es funktioniert ja auch – noch – insgesamt nahezu bestens. Ist die Entwicklung alternativlos? Nein, im schlimmsten Fall ist die Alternative die Aufgabe der Freiberuflichkeit, der Weg führt ins Gewerbe. Die Entscheidung treffen wir alle. Jeder für sich.

Dr. med. Thomas Lipp  
Vorstandsmitglied

## Denkzettel BREXIT

### EU-Regulierung der Freien Berufe

Zum Thema „Europäische Regulierung der Freien Berufe – Notwendigkeit oder Irrweg?“ führten die Sächsische Staatskanzlei und der Landesverband der Freien Berufe Sachsen am 29. Juni 2016 im Sachsen-Verbindungsbüro in Brüssel eine Diskussionsrunde mit Vertretern des EU-Parlamentes und der EU-Kommission durch. Mit dabei war auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck.

Hintergrund des Termins sind die Auswirkungen der Transparenzinitiative der Europäischen Kommission nach Art. 59 der Berufsanerkennungsrichtlinie auf die Freien Berufe. Diese führt zu einer tiefgreifenden Prüfung der Regulierung der Freien Berufe in Deutschland. Dabei sind die Zugangsvoraussetzungen ebenso im Visier, wie etwa die Gebührenordnungen oder die Selbstverwaltung.

Dr. Fritz Jaeckel, Chef der Sächsischen Staatskanzlei und Sächsischer Staatsminister für Bundes- und Europaangelegenheiten, machte eingangs die Bedeutung der Freien Berufe als Mittelständische Unternehmen deutlich. „Die Freien Berufe in Sachsen und in Deutschland bieten Dienstleistungen und Beratungen von der ärztlichen Versorgung über die Bauplanung bis zur juristischen Vertretung vor Gerichten an. Sie sind ein erfolgreicher Wirtschaftsbereich. Darüber hinaus sind sie durch das bestehende Gerüst an gesetzlichen Bestimmungen zu Berufsauswahl und Gebühren ein Garant der Qualität in der Ausübung ihrer Tätigkeiten und ein verlässlicher Partner für die Bürger.“ Daher müssten sie stärker als bisher in den politischen Fokus rücken. Insbesondere bei Qualität und ethischen Maßstäben regulierten sich diese Berufe zum Wohle der Allgemeinheit selbst. Eine immanente Selbstverpflichtung zur jeweiligen Berufsethik sei juristisch nicht zu regeln. Dennoch habe die Europäische Kommission ihre Eingriffsbestrebungen 2016 verschärft.



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Hans-Joachim Kraatz, Präsident des Landesverbandes der Freien Berufe Sachsen, Dr. Fritz Jaeckel, Chef der Sächsischen Staatskanzlei, Hermann Winkler, Mitglied des Europäischen Parlamentes (v.r.) © SLÄK

Hier bedürfe es einer Neujustierung im Sinne der Freiberuflichkeit.

Hans-Joachim Kraatz, Präsident des Landesverbandes der Freien Berufe Sachsen e. V., unterstützte diese Sichtweise: „Die Wettbewerbspolitik der EU ist immer noch auf einen Ausgleich zwischen den EU-Mitgliedstaaten fixiert. Dies kann aber nicht durch eine Angleichung der Standards nach unten erfolgen. Qualität ist die konstituierende Komponente anhaltender Exportstärke.“ Die deutsche Freiberuflichkeit habe eine eigene Entwicklungsgeschichte, welche in Ostdeutschland nach 1989 noch wichtige Akzente im Sinne einer politischen Freiheit hinzubekommen hat. Freiberufliche Tätigkeit beruht auf der Unabhängigkeit der Qualitätssicherung und der Selbst-

verwaltung. „Nur so konnte eine deutsche mittelständische Struktur entstehen und sich im internationalen Wettbewerb behaupten.“ Die Freien Berufe erwirtschaften in Deutschland einen Jahresumsatz von rund 381 Milliarden Euro und steuern 10 Prozent zum Bruttoinlandsprodukt bei. Sie beschäftigen als Arbeitgeber weit mehr als 3,4 Millionen Mitarbeiter – darunter rund 122.000 Auszubildende.

Dr. Günter Danner, Stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel, machte in seinem Statement am Beispiel BREXIT das Symptom für schwerwiegende Vermittlungsprobleme politischer Leitideen deutlich. Es gäbe nach seiner Einschätzung enorme strategische Herausforde-

rungen für EU-Themen. Gelingt die Bewältigung nicht, käme es zu einer weiteren antieuropäischen Stimmung mit negativen Folgen für die Akzeptanz eines epochalen Friedensmodells. Am Beispiel der deutschen Freien Berufe drückte er sein Unverständnis darüber aus, dass die EU teilweise eine subsidiäre Rechtsgestaltung einem Deregulierungswunsch opfern will, obwohl dessen „Vorteile“ nicht dargelegt wurden. Das EU-Projekt könne sich gerade nach dem BREXIT keine weiteren Entfernungen ökonomisch bedeutender Wirtschaftsakteure leisten. Die Bundesrepublik und die Bundesländer sollten dem qualitativen Subsidiaritätsverlust nicht tatenlos zusehen. Aus seiner Sicht sei der BREXIT ein Denkkettel für Brüssel, den man

dafür nutzen sollte, sich um die drängenden Probleme wie Überschuldung und Entwicklungspolitik zu kümmern, anstatt im klein-klein zu versinken.

In der anschließenden Diskussion machte Konstantin Tomaris von der Europäischen Kommission deutlich, dass Subsidiarität auch von der EU beachtet wird. Gerade bei den Freien Berufen käme es jedoch darauf an, voneinander zu lernen und gute Erfahrungen auf andere Länder zu übertragen, um den Zugang zu den Berufen für mobile, hochqualifizierte Arbeitnehmer zu erleichtern. Die Öffnung des Berufszugangs müsse als Chance der Internationalisierung und Qualitätsverbesserung verstanden werden. Der Grundgedanke

europäischer Entscheidungsprozesse sei immer ein konstruktives Hinterfragen der bestehenden Verhältnisse in den einzelnen EU-Ländern. An dieser Stelle hakte Dr. Fritz Jaeckel mit dem Beispiel des einheitlichen Ansprechpartners ein. In Sachsen seien dafür ursprünglich sechs Stellen geschaffen worden, weil seitens der EU mit einer hohen Nachfrage gerechnet wurde. „Heute haben wir dort eine Halbtagskraft, die rund 20 Anfragen pro Jahr bearbeitet“, so Dr. Jaeckel. Eine große Idee sei als Stübentiger gelandet. Dies müsse bei Eingriffsmaßnahmen gegen Freie Berufe unbedingt beachtet werden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Von der Stipendiatin zur Hausärztin

### Sächsische Fördermaßnahmen kommen in der Versorgung an

In der Hausarztpraxis von Dr. med. Cornelia Woitek in Wurzen begann Daniela Kamrath am 1. Juli 2016 ihre Weiterbildung „Allgemeinmedizin“. Beide kennen sich bereits gut, denn Daniela Kamrath war Teilnehmerin am Förderprogramm „Studienbeihilfe“ für künftige Hausärzte und seitdem über eine Patenschaft mit der Praxis verbunden. Mit der Förderung sollen Medizinstudierende früh an die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum gebunden werden. Das „Ärzteblatt Sachsen“ sprach mit beiden Ärztinnen über die Sinnhaftigkeit solcher Förderprogramme, über ihren Beruf und über die Zukunft.

**Frau Kamrath, Sie haben gerade ihr Staatsexamen bestanden und beginnen heute die Facharztweiterbildung „Allgemeinmedizin“ bei Frau Dr. Woitek. Wie kam es dazu?**

*Frau Kamrath:* Ich habe vor dem Medizinstudium acht Jahre als Kran-



Daniela Kamrath

© SLÄK

kenschwester auf der Frühgeborenen-Station am Leipziger Uniklinikum gearbeitet. Auch während des Studiums war ich dann noch für einige Stunden pro Woche dort tätig, so dass ich neben dem Bafög noch ein kleines Einkommen hatte. Das war wichtig, ich hatte ja damals schon Familie. Das zweite Kind kam nach dem Physikikum 2011. In dieser Zeit habe ich mich auch für die Allgemeinmedizin und das Förderprogramm „Studienbeihilfe“ entschieden. Und so geht es jetzt nach bestandenem Examen mit der Facharztweiterbildung los.

### Wollten Sie schon immer Hausärztin werden? Was reizt Sie an der Tätigkeit?

*Frau Kamrath:* Die Entscheidung kam nach der Vorklinik. Ich wollte die Verbindung aus Pädiatrie und Erwachsenenmedizin. Die Allgemeinmedizin bietet dieses große Spektrum: vom Säugling bis zum Totenschein. Mehr geht eigentlich nicht. Außerdem war nach meiner Erfahrung am Uniklinikum klar, es soll in die Niederlassung gehen. Mittlerweile haben wir drei Kinder und ich bin mir sicher, die Arbeit in der Praxis ist die bessere Basis für ein gesundes Privatleben. Auch wenn das Pensum groß ist, die Arbeitszeiten sind geregelter und man hat selbst Einfluss auf den Grad der Verausgabung.

### Hatten Sie während des Studiums schon hier in der Praxis von Frau Dr. Woitek zu tun?

*Frau Kamrath:* Ja, wie gesagt, nach dem Physikikum habe ich mich für die Teilnahme am Programm „Studienbeihilfe“ entschieden. Damit verbunden war nicht nur eine gestaffelte monatlichen Unterstützung von 300 bis 600 Euro, sondern auch die Patenschaft mit einer Hausarztpraxis, in der man mindestens einmal im Monat praktische Erfahrungen sam-

meln und die Patienten kennenlernen konnte. Da aufgrund der Ausgestaltung des Förderprogramms klar war, dass später die Tätigkeit außerhalb der Ballungszentren erfolgen soll, habe ich gleich nur „ländlichere“ Praxen in die engere Wahl gezogen. Und so bin ich schließlich bei Frau Dr. Woitek in Wurzen gelandet und bis jetzt sehr zufrieden damit.

*Frau Dr. Woitek:* Das hat wirklich gut gepasst. Meine Praxis war bereits Lehrpraxis für die Leipziger Uni und als man sich für das neue Förderprogramm als Patenpraxis melden konnte, habe ich das direkt gemacht. Als sich Frau Kamrath dann hier vorstellte, hatte ich gleich ein gutes Gefühl. Es muss ja auch „menscheln“ bei diesem Projekt, denn im besten Fall arbeitet man ja übers Studium hinaus zusammen. So wie in unserem Fall. Also eine gute Konstellation und ein gutes Förderprogramm. Meine Empfehlung an andere Praxen: nachmachen!

#### **Frau Kamrath, was halten Sie von dem Förderprogramm?**

*Frau Kamrath:* Für mich war es ideal. Dabei meine ich gar nicht so sehr den finanziellen Aspekt. Der frühe Kontakt zur hausärztlichen Praxis ist es, den man vielmehr ins Zentrum stellen sollte. Die Erfahrungen am Patienten hat man den anderen Kommilitonen voraus und sie lassen so manches Motivationstief im Studium überstehen. Ich kenne auch die Bedenken der Studierenden gegenüber der frühen Verpflichtung für die Richtung Allgemeinmedizin, inklusive der Angst vor der Rückzahlung eines hohen Betrages, wenn man sich am Ende doch anders entscheidet. Ich habe das für mich ganz einfach entschärft: durch Bafög und Nebenjob war ich finanziell eigentlich ganz gut gestellt. So konnte ich die monatlichen Zuschüsse auf ein Konto packen und hatte die Sicherheit, wenn irgendetwas meine Entscheidung umwirft, ist die Rückzahlung der Fördersumme kein Problem. Und wenn alles weiter gut läuft, habe ich beim Start in die eigene Praxis eine hübsche Summe zur Verfügung, die ich zum Beispiel in ein neues Sono-Gerät stecken kann.

Diese Strategie entspannt die ganze Sache wirklich.

#### **Die Studienbeihilfe wurde 2013 vom Programm „Ausbildungsbeihilfe“ abgelöst. Jetzt gibt es 1.000 Euro pro Monat ab dem ersten Semester. Die Verpflichtungen – nach dem Studium die Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ und dann die hausärztliche Tätigkeit außerhalb der Großstädte – bleiben sich gleich. Was denken Sie über das neue Programm?**

*Frau Kamrath:* Wenn es tatsächlich so ist, dass man sich nur im ersten Semester dafür entscheiden kann, halte ich das für falsch. Für die meisten kommt das Interesse an einem bestimmten Fachgebiet erst nach einigen Semestern. Da würde ich eine Lockerung des Zugangs empfehlen. Der positive Aspekt, den ich schon angedeutet habe, bleibt aber bestehen und überwiegt weiterhin. Nämlich der Kontakt mit der Patenpraxis, der mit dem neuen Programm sogar noch verstärkt wird und der bei früherem Beginn auch eine gute Motivation für das enorme Lernpensum fürs Physikikum sein kann.

#### **Frau Kamrath, heute war sozusagen Ihr erster Tag als Ärztin in der Praxis. Wie verlief der und ist**

#### **es nicht eher ungewöhnlich, dass die Facharzt-Weiterbildung im ambulanten Bereich startet?**

*Frau Kamrath:* Der erste Tag war ruhig und relativ entspannt. Jetzt macht es sich bezahlt, dass ich die Abläufe in der Praxis schon so gut kenne und bei ganz vielen Behandlungssituationen dabei war. Und ja, unsere Herangehensweise an den Aufbau der Weiterbildung unterscheidet sich vom Standard. Frau Dr. Woitek hat da eine eigene Philosophie, die ich sehr gern unterstütze.

*Frau Dr. Woitek:* Das stimmt. Ich bin überzeugt, dass es im Interesse des Weiterzubildenden ist, wenn er zunächst die Sicherheit und das Selbstvertrauen in der Praxis erhält, um dann gestärkt in die Krankenhausabschnitte zu gehen. Ich habe vielfach erlebt, dass die enormen Anforderungen an einen jungen Mediziner, der neu auf eine Station kommt, diesen eher demotivieren und noch stärker verunsichern. Ich denke, mit unserer Strategie ist beiden Seiten geholfen.

Martin Kandzia M.A.  
Presse und Öffentlichkeitsarbeit

# Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern

## Erste Ergebnisse einer Umfrage

J. Schnoor<sup>1</sup>, E. Brähler<sup>2</sup>, M. Ghanem<sup>3</sup>,  
C. E. Heyde<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

Der klinische Alltag unter DRG-Bedingungen begründet neue Fragen nach dem ärztlichen Selbstverständnis, dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Orientierung der Medizin an sich. In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene ökonomische Maßnahmen in die Medizin transferiert. Hierzu zählen die Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung von Leistungen. Mit dem Ziel, ein Abbild dieser Maßnahmen in sächsischen Krankenhäusern zu erstellen, wurde eine Fragebogenstudie durchgeführt. Hierfür erfolgte eine anonyme Befragung ehemaliger und mittlerweile berenteter Führungskräfte. Die Ergebnisse deuten auf ein bereits hohes Maß an Rationalisierungsmaßnahmen. Dabei erfolgten in mehr als einem Drittel der Fälle sowohl Priorisierungen als auch Rationierungen. Die medizinethische Grenzüberschreitung von der Priorisierung zur Rationierung erscheint dabei schleichend und unmerklich. Gerade für diese Grauzone braucht der Patient jedoch den Schutz der Ärzteschaft.

### Einleitung

Die Ökonomisierung der Medizin, gesundheitspolitisch initiiert und regional nach betriebswirtschaftlicher Kenntnis bestmöglich realisiert, forderte bereits zahlreiche Wortmeldungen. Dabei wird die Sorge um eine am Patientennutzen orientierte Medizin auch international geteilt,

stehen doch die „entwickelten Länder“ allesamt vor den finanziellen Belastungen durch die demografischen und medizinisch-technischen Herausforderungen [1]. Daraus resultiert eine Besorgnis, die in den letzten Jahren zu einer zunehmend intensiven Diskussion geführt hat, unter anderem auch mit Fragen nach dem ärztlichen Selbstverständnis, dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Orientierung der Medizin an sich [2 – 6].

Die Rationale für ein pauschaliertes Finanzierungssystem erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch führt die für Deutschland gewählte Umsetzung neben einer häufig anzutreffenden Unterfinanzierung unter anderem auch zu einem bisher unbekanntem Konkurrenzdruck [7]. Daraus resultierende Fehlanreize stellen die Motivation mittlerweile vieler, nicht nur der direkt an der Patientenversorgung beteiligten Akteure, auf eine harte Probe [8, 9]. Die sich daraus ergebenden Fragen haben mittlerweile einen grundsätzlichen Charakter, da sie Grundpfeiler des ärztlichen Selbstverständnisses betreffen. Stellvertretend sei die Sorge um eine angemessene Daseinsvorsorge und die Wahrung des Gemeinwohls genannt. Dabei ist es auch nicht mehr allein ärztliche Sorge, ob sich die Mittelknappheit nicht grundsätzlich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte [10].

Ärzte sollten sich aktiv und gestaltend in diesen Diskurs einbringen [3, 11, 6]. Dazu bedarf es neben einer Bestätigung der unantastbaren Grundlagen des beruflich-ethischen Selbstverständnisses vor allem konkreter Daten und Fakten über die aktuelle Entwicklung. Für die Diskussion über notwendige Kurskorrekturen erscheint dabei ein retrograder Blick gerade jener Zeitzeugen hilfreich, die in Führungspositionen die Entwicklungsphase nach der DRG-Einführung (2010 bis 2015) miterlebt haben. Diese Periode ist deshalb von besonderem Interesse, weil hier verschiedene „industrielle Maßnahmen“ in die Medizin transferiert wurden. Dazu gehörten und gehören Maßnahmen, die unter den Begriffen Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung zusammengefasst wer-

den. Aus diesem Grund initiierten die Autoren eine Fragebogenstudie mit dem Ziel, ein Abbild an ökonomisch orientierten Maßnahmen am Beispiel der Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern zu erstellen. Hierfür wurde eine anonyme Befragung ehemaliger Führungskräfte im Frühjahr 2016 durchgeführt. Erste Ergebnisse sollen hier vorgestellt und diskutiert werden.

### Methodik

Konzipiert wurde eine Fragebogen gestützte anonymisierte Studie. Angeschrieben durch die Sächsische Landesärztekammer wurden zum Studienzeitpunkt bereits berentete Führungskräfte aus sächsischen Krankenhäusern, die im Zeitraum von 2010 bis 2015 und damit in der Zeit der Einführung und Anpassung des DRG-Systems tätig waren. Die Studiendurchführung wurde durch die örtliche Ethikkommission genehmigt (404-15-16112015).

### Fragebogen

Hierfür wurde zunächst ein Fragebogen entworfen, in dem Fragen nach Rationalisierungen, Priorisierungen und Rationierungen mit jeweils „ja“ oder „nein“ zu beantworten waren. Einer jeweiligen „ja“-Antwort folgten weitere Fragen mit Antwortmöglichkeiten entsprechend einer dreibis fünf-stufigen Likert-Skala.

Der postalische Versand an die Privatadressen der Leitungskräfte (aktive Führungskraft in der Zeit 2010 bis 2015) aus den Fachgebieten Innere Medizin, Gynäkologie, Chirurgie und Anästhesie erfolgte über die Sächsische Landesärztekammer im Januar 2016. Dabei blieben die Namen und Privatadressen den Untersuchern unbekannt. Der Rücklauf an Fragebögen erfolgte mittels vorgefertigter und frankierter Umschläge, direkt an die Untersucher. Die Anonymität der Teilnehmer wurde damit gewährleistet. Mitte Februar erfolgte ein Erinnerungsschreiben, ebenfalls über die Sächsische Landesärztekammer, welches die Führungskräfte nochmals auf die Teilnahmemöglichkeit hinwies. Am 31. März 2016 endete die Datensammlung.

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

<sup>2</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

### Terminologie

Die adressierten Managementmaßnahmen wurden wie folgt definiert [12, 13]:

**1) Rationalisierung** ist der Verzicht auf unwirksame oder im Vergleich zu Alternativen weniger wirksame / kostenintensive Maßnahmen. Diese Maßnahmen sollen bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau halten. Somit wird dem Patienten insgesamt Notwendiges oder Nützlichendes nicht vorenthalten.

**2) Priorisierung** ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit von Maßnahmen oder Patientengruppen vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und Indikationen angeordnet werden können.

**3) Rationierung** ist das systematische und tatsächliche Vorenthalten medizinisch notwendiger oder überwiegend nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen. Hier werden implizite und explizite Rationierungen unterschieden. Eine Rationierung kann explizit durch eine transparente Regel oder implizit durch eine Entscheidung der Ärzte auf Mikroebene erfolgen.

### Zielparameter

Der hier ausgewertete Datensatz umfasst folgende Fragestellungen:

- Rücklaufquote
- Charakteristika der ehemaligen Führungskräfte, Fachdisziplin und Krankenhäuser
- Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung
- Erleben der jeweiligen Maßnahmen als Widerspruch zum Leitbild der Klinik

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 111 ehemalige Führungskräfte durch die Sächsische Landesärztekammer kontaktiert. Mit 25 Fragebögen lag die Rücklaufquote bei 23 Prozent. Zwei Fragebögen wurden nicht ausgewertet, da die Leitungs-kräfte nicht der avisier-

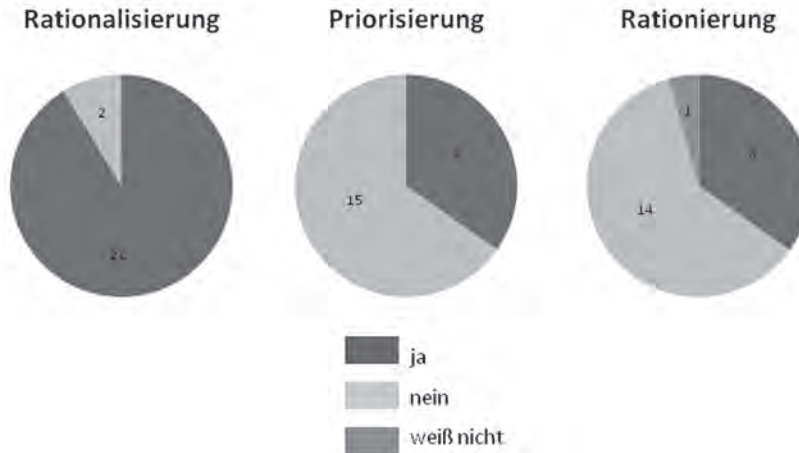


Abb. 1: Anzahl der Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung in sächsischen Krankenhäusern (Beobachtungszeitraum 2010 – 2015)

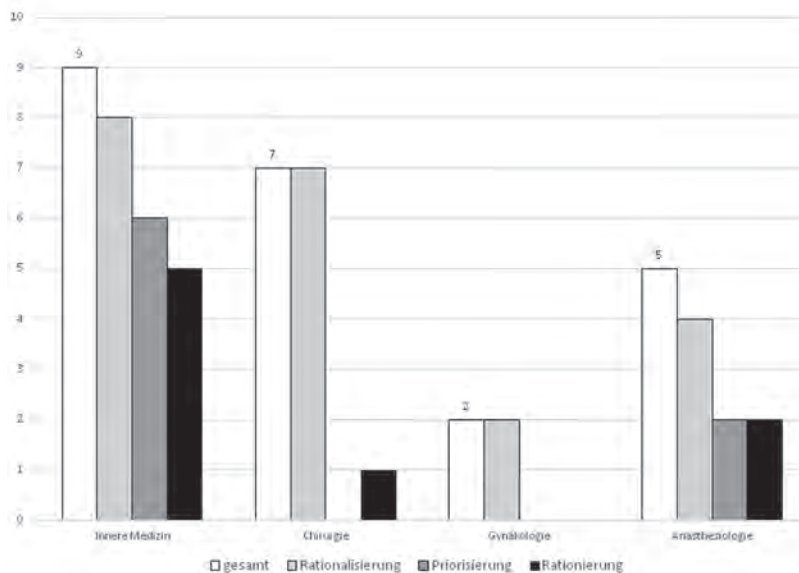


Abb. 2: Anzahl der Erfahrungen mit Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung je Fachdisziplin

ten Fachdisziplin oder der vorgesehenen Zeit entsprachen. Damit gingen 23 Fragebögen in die Auswertung ein. Die analysierte Gruppe setzte sich aus zwölf Chefärzten/Innen und elf Oberärzten/Innen zusammen. Alle Führungskräfte erfüllten ihre Lei-

tungsfunktion über mindestens zehn Jahre.

Erfahrungen mit Rationalisierungsmaßnahmen gaben 21 der Befragten an. Priorisierungs- bzw. Rationierungsmaßnahmen erfuhren jeweils acht der Leitungs-kräfte (Abb. 1). Kol-

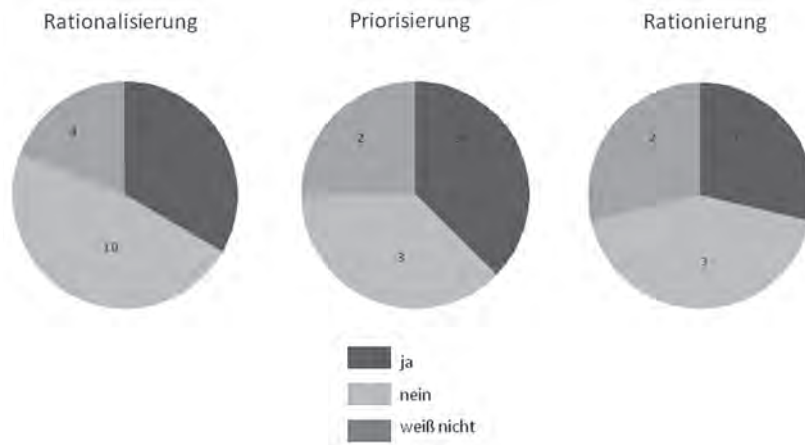


Abb. 3: Anzahl der erlebten Kollisionen mit dem Klinikleitbild

legen mit Priorisierungserfahrungen erlebten mehrheitlich (n=5) auch Rationierungen. Die Verteilung auf die einzelnen Disziplinen demonstriert, dass Rationalisierungsmaßnahmen alle Fachdisziplinen betrafen. Priorisierungen wurden dagegen nur für die Bereiche Innere Medizin und Anästhesiologie bestätigt. Rationierungen fanden in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie statt (Abb. 2).

Einen Widerspruch mit dem Klinikleitbild erfuhren sieben der 21 Führungskräfte im Rahmen von Rationalisierungsmaßnahmen, drei der acht Leitungskräfte bei Priorisierungen und zwei der acht Kollegen im Rahmen von Rationierungsmaßnahmen (Abb. 3).

Die Führungskräfte der verschiedenen Fachdisziplinen – Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Anästhesiologie – vollzogen ihre Tätigkeit in Häusern, deren Größe im Median mit 100 bis 300 Betten (Innere Medizin, Gynäkologie) und 300 bis 600 Betten (Chirurgie, Anästhesiologie) angegeben wurden (Tab. 1). Die Verteilung auf die unterschiedlichen Klinikträger demonstriert Tabelle 1. Während der Beobachtungszeit

haben insgesamt acht Trägerwechsel stattgefunden. Fünf Trägerwechsel führten von einem öffentlich-kommunalen zu einem privaten Träger und je ein Wechsel von einem öffentlich-kommunalen zu einem frei-gemeinnützigen Träger, respektive frei-gemeinnützigen zu einem privaten Träger, statt. In einem Fall wechselte das Krankenhaus innerhalb privater Trägerschaft.

**Diskussion**

Trotz der niedrigen Fallzahl erlauben die Ergebnisse einen ersten Hinweis auf die zugrunde liegende Problematik einer Gesundheitsdienstleistung in einem pauschalisierten Entgeltsystem, deren Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung heute noch nicht absehbar erscheint.

**Rationalisierung**

Dass Ökonomisierung und ärztliche Tätigkeit sich nicht ausschließen müssen, haben unter anderem Schulze und Bach [5] in herausragender Art und Weise thematisiert. Voraussetzung hiernach ist eine angemessene und vernünftige Minimierung des Aufwandes bei Erhöhung der Qualität – gleichbedeutend mit

Rationalisierung. Diese ist auch längst rechtlich verankert, da, entsprechend des Sozialgesetzbuches V (SGB V), medizinische Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte (Patienten) nicht beanspruchen, Leistungserbringer (Ärzte) nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen. Somit sind Maßnahmen der Rationalisierung sogar gefordert, um die knappe Ressource der „medizinischen Dienstleistung“ den vielen „Bedürftigen“ so zuzuteilen, dass insgesamt ein „optimales Gesundheitsergebnis“ für die Versicherten erreicht werden kann. Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot (§12, SGB V) ist dem Gesetzgeber so wichtig, dass, im Falle einer Pflichtverletzung aufgrund einer Kostenerstattung nicht gerechtfertigter Kassenleistungen, ein Vorstandsmitglied der entsprechenden Krankenkasse sogar zum Schadenersatz in Regress zu nehmen ist. Die ermittelten Daten zeigen, dass im Untersuchungszeitraum bereits in hohem Maß ökonomisch orientierte Veränderungen stattgefunden haben. Für die Zeit zwischen 2010 und 2015 bestätigten die meisten der befragten Führungskräfte Rationalisierungsmaßnahmen in ihren Kliniken. Nur wenige Befragte erfuhren keinerlei Rationalisierungsmaßnahmen. Vor dem Hintergrund des langjährigen Kostendrucks in Krankenhäusern könnte dieses Ergebnis auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Kliniken ohne Rationalisierungsmaßnahmen ihre Rationalisierungsreserven bereits vollständig mobilisieren konnten.

**Priorisierung**

Es ist allen Beteiligten bewusst, dass ein qualitativ hochwertiges Gesund-

Tabelle 1: Anzahl der Teilnehmer je Tätigkeitsfeld, Tätigkeit gleichzeitig als Ärztlicher Direktor (ÄD), Klinik-Bettenzahl, Krankenhausträger (P = privat, Ö = öffentlich-kommunal, F = frei-gemeinnützig), Anzahl und Richtung von Trägerwechsel

	n (%)	ÄD (%)	Bettenzahl (Median)	Träger (P / Ö / F)	Trägerwechsel	
					n	von/nach
Innere Medizin	9 (39)	2 (22)	100-300	2 / 4 / 2	1	Ö -> P
Chirurgie	7 (30)	1 (14)	300-600	3 / 3 / 0	3	Ö -> P (2x); P -> P
Gynäkologie	2 (9)	2 (100)	100-300	0 / 1 / 1	0	
Anästhesie	5 (22)	2 (40)	300-600	1 / 1 / 1	4	Ö -> P (2x); F -> P; Ö -> F



heitswesen für die gesamte Bevölkerung auch finanzierbar sein muss [11, 6]. Im Gegensatz zur Rationalisierung erscheint die Diskussion über die Priorisierung in der Medizin wesentlich lebhafter und seit wenigen Jahren gesellschaftsfähig [14, 15]. Grundsätzlich ist eine Priorisierung von Tätigkeiten, also das Vorziehen notwendiger oder dringlicher Handlungen, die tägliche Grundlage effizienten Schaffens, sowohl im privaten als auch beruflichen Kontext. Damit dient die Priorisierung, gerade im Rahmen der Verteilung knapper Güter, einer möglichst „gerechten“ Zuteilung. Um den angemessenen Rahmen hierfür zu definieren, ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion notwendig, die schlussendlich die Leistungsverteilung transparent definiert und verfolgt [16].

Rund ein Drittel der Befragten bestätigten Priorisierungsmaßnahmen in ihren Kliniken, allerdings ausschließlich in den Fachdisziplinen Innere Medizin und Anästhesiologie. Hintergründe, warum die beiden Bereiche Chirurgie und Gynäkologie von Priorisierungen verschont blieben, konnten an Hand der erfragten Daten nicht ermittelt werden.

### Rationierung

Während die Priorisierung sowohl national als auch international konstruktiv diskutiert wird, imponieren die eher unterschwellig stattfindenden Rationierungsmaßnahmen als eine ungewollte und bisher ungelöste Facette klinischen Handelns. Schließlich handelt es sich bei der Rationierung um ein reales Vorenthalten medizinisch notwendiger oder überwiegend nützlicher Leistungen [17 – 19]. Somit wird eine ethische Grenze überschritten, die auch mit dem oben genannten Wirtschaftlichkeitsgebot (§12, SGB V) nicht in Einklang zu bringen ist.

Im Falle von Priorisierungsmaßnahmen kam es in unserer Befragung in zwei Drittel der Fälle auch zur Rationierung. Dabei stellt sich die Frage, ob beide Maßnahmen überhaupt so klar voneinander zu trennen sind. So wurde im Bereich der Chirurgie keinerlei Priorisierung bestätigt, wohl aber Rationierungen. Möglicher-

weise sind beide Maßnahmen deshalb nicht eindeutig voneinander abzugrenzen, da jede Priorisierung des Einen automatisch die Posteriorisierung des Anderen bedingt. Aufgrund einer täglich erlebten Ressourcenendlichkeit in Kliniken kann jede Posteriorisierung, zum Beispiel die Verschiebung operativer Wundversorgungen isolationspflichtiger Patienten in den nächtlichen Bereitschaftsdienst, schnell auch dazu führen, dass diese offenbar Ranglisten-niedere Operationen durch neue Not- oder erlösrelevantere Fälle verschoben werden. Aus der Posteriorisierung ist eine Rationierung geworden. Damit besteht die Gefahr, dass die Grenze zwischen Posteriorisierung und Rationierung, d. h. das Vorenthalten indizierter oder sinnvoller Handlungen, stufenlos und im konkreten Fall unerkannt bleibt.

Insgesamt bestätigten ein Drittel der hier Befragten, bereits Rationierungen in ihren Kliniken erlebt zu haben. Reifferscheid et al. ermittelten im Rahmen einer bundesweiten Umfrage unter Chefarzten sogar eine höhere Rate von 46 Prozent [20]. Bundesweit betrachtet werden Rationierungen demnach längst in allen Fachdisziplinen, wenn auch in geringem Ausmaß, genutzt, um finanziellen Restriktionen zu begegnen.

### Leitbild

Rund ein Drittel der Führungskräfte erkannten sowohl bei Rationalisierungen als auch bei Priorisierungen und Rationierungen einen Wider-

spruch zum Leitbild ihrer Klinik. Die leichte Zunahme dieses Konflikts von der Rationalisierung zur Priorisierung ließe eine weitere Steigerung in Fällen der Rationierung erwarten. Die Ergebnisse lassen jedoch diesbezüglich keine weitere Kollision erkennen. Die Hintergründe wurden nicht untersucht. Der fehlende Anstieg an Widersprüchen mit dem Leitbild zwischen Priorisierungen und Rationierungen könnte auch auf die im klinischen Alltag schwierigere Abgrenzung beider Managementtechniken hinweisen.

### Trägerform

Ein Vergleich der verschiedenen Trägerformen wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt. Hierzu konnten Reifferscheid et al. im Rahmen ihrer Analyse von über 1.000 erhaltenen Antwortbögen keinen Zusammenhang zwischen Rationierung und Trägerschaft feststellen [20].

### Fazit

Bisher konnten in dieser Studie 23 Fragebögen ausgewertet werden. Die Ergebnisse deuten auf ein bereits hohes Maß an Rationalisierungsmaßnahmen. Da der Begriff Rationalisierung im Sinne einer effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen steht, kann dies aus Sicht der Autoren, neutral betrachtet, als notwendige Maßnahme interpretiert werden. In einem Drittel der Fälle kam es dabei sowohl zu Priorisierungen als auch zu Rationierungen. Die Priorisierung

wird in der heutigen Diskussion – sowohl international als auch national – verstanden als eine weitere Maßnahme, endliche Reserven „gerecht“ und nach Bedarf zu verteilen. Was immer als „gerecht“ gilt und wo immer der Bedarf des Patienten liegt, muss medizinisch begründbar sein und gesellschaftlich als Konsens erarbeitet werden, um Missbrauch vorzubeugen. Ein gleicher Prozentsatz an als Rationierung empfundenen Maßnahmen, also Maßnahmen

des Vorenthaltens nützlicher oder notwendiger Maßnahmen, muss uns alarmieren. Die ethische Grenzüberschreitung von der Priorisierung zur Rationierung erscheint dabei schleichend und im klinischen Alltag nicht immer identifizierbar. Gerade für diese Grauzone bedarf der Patient jedoch des Schutzes durch die Ärzteschaft. Eine repräsentative bundesweite Analyse dieser Problematik wäre wünschenswert.

## CIRS-Fälle:

**„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“** Epikur

**Die Buchstaben „CIRS“ stehen für Critical Incident Reporting-System. Die Internetplattform [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de) ist allgemein bekannt und wird von vielen Ärzten genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.**

**Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) und die Plattform für Hausarztpraxen [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)**

### Fall 1

Auf der hausärztlichen Fehlermeldeplattform findet sich ein „kleiner“ Fehler mit leider letalem Ausgang. Ein Patient mit bekanntem Diabetes mellitus und Niereninsuff. 1. Grades aus dem betreuten Wohnen wird mit Verdacht auf Fraktur stationär eingewiesen. Initial sind die Laborwerte unauffällig, eine Fraktur wird ausgeschlossen, der Patient erhält zunächst eine symptomatische Schmerztherapie mit Tilidin, nach Verlegung in eine andere Klinik dann Therapie mit Ibuprofen, Pantoprazol und Clexane.

Die geplante Entlassung an einem Freitag wird verschoben, weil der Patient sich zunehmend schlapp und müde fühlt, die Laborwerte werden

kontrolliert. Erst am folgenden Mittwoch erfolgt dann die Verlegung in eine Kurzzeitpflege, im Entlassbrief steht „Laborwerte unauffällig“ und „Patient in gebessertem Allgemeinzustand entlassen“. Da der behandelnde Hausarzt in Urlaub ist, erfolgt der erste Arztkontakt des zunehmend schwächer werdenden Patienten erst am folgenden Dienstag. Der Patient war hypoton und sehr blass, er verweigert die Medikamente und klagt über Inappetenz, er soll am nächsten Tag erneut besucht werden, verstirbt aber in der Nacht.

Der behandelnde Hausarzt hat dann die letzten Laborwerte (Freitag vor der Entlassung) angefordert, die einen massiven HB-Abfall und einen Kreatininanstieg zeigten und eben nicht wie im Entlassbrief angegeben „unauffällig“ waren.

Bei solchen Fehlern geht es nicht um Schuldzuweisung sondern darum, wie sie sich vermeiden lassen.

Die Weitergabe aller notwendigen Befunde zur Klinikentlassung muss selbstverständlich sein. Textbausteine zu Normalwerten dürfen die Qualität des Entlassbriefes nicht mindern.

Als weiterbehandelnder Arzt muss man immer dem aktuellen Untersuchungsbefund und der Anamnese vertrauen. Im geschilderten Fall kamen weitere ungünstige Konstellationen zusammen, zum Beispiel, dass der Patient in der Kurzzeitpflege unbekannt und der Hausarzt in Urlaub war, so dass nach Entlassung auch niemand wirklich beurteilen konnte, wie stark sich der Patient verschlechtert hatte.

Details und ein entsprechender Chat dazu findet sich unter [## Danksagung](http://www.jeder-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Die Autoren danken allen Teilnehmern für Ihre Zeit und Mithilfe. Ebenso gilt unser Dank der Sächsischen Landesärztekammer für die Unterstützung dieser Studie.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:  
Priv.-Doz. Dr. med. Joerg Schnoor, MBA  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie  
Universitätsklinikum Leipzig, AöR  
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig  
[joerg.schnoor@medizin.uni-leipzig.de](mailto:joerg.schnoor@medizin.uni-leipzig.de)

[fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=783](http://fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=783)

### Fall 2

Ein oft unterschätztes, aber sehr wichtiges Problem wird als Fall des Monats Juni 2015 im Netzwerk CIRS-Berlin geschildert.

Ein Patient erhält im OP eine Thoraxdrainage, die auf der Intensivstation an ein Dreikammersystem angeschlossen werden soll. Das vorhandene Dreikammersystem ist neu, keiner der diensthabenden Mitarbeiter ist in das System eingewiesen. Der Materialversorger der Klinik hatte das System umgestellt und die betroffenen Abteilungen nicht entsprechend informiert. Details finden sich unter [www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1506-fall-118774.pdf](http://www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1506-fall-118774.pdf).

Hier muss dringlich noch einmal auf die komplexen Regelungen des Medizinproduktegesetzes [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) und der Medizinproduktebetriebsverordnung hingewiesen werden. Probleme mit immer wieder neuen und ungewohnten Medizinprodukten entstehen nicht nur durch den Kostendruck, sondern häufig auch durch Lieferengpässe. Insgesamt müssen der Einkauf und die Anwender ein etabliertes Kommunikationsverfahren installieren, damit es nicht zu Schwierigkeiten kommt.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit stellt dazu sehr umfassende Unterstützungsmaterialien zur Verfügung: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de) unter „Handlungsempfehlungen“.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Empfehlungen zur verbesserten Indikationsstellung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

### Vorbemerkungen

77.200 Menschen in Deutschland wurden 2015 substituiert. Von verschiedenen Seiten betrieben, laufen seit Jahren kontinuierliche Bemühungen für eine grundlegende Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Ziel ist, den Zugang wie die Voraussetzungen einer Versorgung mit Substitutionsmitteln zu erleichtern und unter Preisgabe bisheriger Standards auszuweiten. Denn der Substitution gehen die Ärzte aus. Dabei muss es doch Gründe geben, wenn sich Ärzte gegen die Substitution entscheiden. Auch wird die Frage nach den Auswirkungen dieser BtMVV-Änderungen auf die Substitutionsqualität in der Versorgung Opiatabhängiger nicht gestellt. So soll zum Beispiel eine Ausweitung der Fallzahl auch bei nicht qualifizierten Ärzten kommen und eine weitmaschigere Verordnung und Aushändigung noch größerer Mengen der Substitutionsmittel bis zu 30 Tagen an die Patienten möglich werden, in denen dann auch kein Arztkontakt zustande kommen muss.

Die Spezialbehandlung Opiatabhängiger unter Zuhilfenahme zugelassener Substitutionsmittel stellt höchste Anforderungen an die durchführenden Ärzte, wenn eine Substitution nicht zur alleinigen Substitutvergabe verkommen will. Sie stellt erhebliche psychotherapeutische und somatische Behandlungsanforderungen an die Ärzte wegen der Suchterkrankung und ihrer vielgestaltigen Komorbidität. Die Aufgaben in der sozialen Mitbetreuung dürfen keinesfalls vernachlässigt werden. Gerade bei diesen regelhaft komplexen Fällen bleibt sonst das Erarbeiten des Weges zur Abstinenz von Drogen unbeschritten, die Chronifizierung schreitet fort. Eine so zielgerichtete

qualifizierte und hochwertige Substitution kann nicht überall verfügbar sein. Eine endokrinologische, kardiologische oder fachpsychiatrische Spezialsprechstunde ist ebenso wenig an jeder Hausecke zu haben. Um diese Anforderungen zu verdeutlichen, genügen einige Blicke auf die fundierte und renommierte PREMOS-Studie von 2011 mit weit über 1.000 Patienten. Die Abstinenzquote von 4 % über sieben Jahre ist enttäuschend, der Beigebrauch anderer illegaler Drogen (20 – 30 %) und von Opioiden (12 %), man berücksichtigt das Untersuchungssetting, ist erschreckend. Die erhebliche und vielfältige psychiatrische Komorbidität bleibt bestenfalls gleich schlecht, regelhaft aber nimmt sie zu. Depressionen steigen auf 42 %, Persönlichkeitsstörungen auf 22 %, Angststörungen auf 19 %, psychotische Störungen auf 4,9 %.

Auch nach Veröffentlichung dieser Studie nimmt offensichtlich in der Praxis der Substitution die Duldsamkeit gegenüber dem Beigebrauch zu. Das Resultat dieses Toleranzmodelles sehen wir vielleicht auch in der Entwicklung der Todesfallrate bei Drogenkonsum für 2015. Sie betrug 1.226 Todesfälle, 2014 waren es 1.032. 65 % der Todesfälle stehen im Zusammenhang mit Heroin. Welche Einflüsse aus den Freigabebestimmungen für THC und der vernachlässigten Repression gegenüber illegalen Drogen in den zurückliegenden Jahren resultieren, kann noch nicht sicher fixiert werden. Fest steht aber, dass es über den häufigen Beigebrauch bei abhängigen Heroinkonsumenten mit und ohne Substitution sehr häufig zu Polytoxikomanie kommt. Das war bislang eine Kontraindikation der Substitution. Verbessert „Toleranz“ hier die Verläufe? Wir erkennen das nicht!

2.613 Ärzte beteiligten sich 2015 in Deutschland an der Substitution. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellte fest, dass 15 % dieser Ärzte 50 % der substituierten Patienten versorgen. Das bedeutet für diese Arztgruppe eine Quote von 98 Patienten pro



© Archiv

Arzt. Die Bundesärztekammer hat als Qualitätsgrenze ein Limit von 50 Patienten pro Arzt in der Substitution gesetzt!

Interessant wären hier noch detaillierte Angaben, wie viele der Drogentoten unter Substitution standen, wie viele Beigebrauch welcher Substanzen aufwiesen und welche Substitutionsmittel eingesetzt wurden.

Vor diesem Hintergrund erschienen uns in der Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer die beschriebenen Bemühungen, die Substitutionsstandards zu senken, eher ideologisch als fachlich motiviert. Das läuft der üblichen Entwicklung medizinischer Qualitätsstandards entgegen, die eher eine Begrenzung und prägnantere Indikationsstellung und therapeutische Vorgehensweise in ihrer Entwicklung implizieren. Diese Entwicklung hat die Kommission „Sucht und Drogen“ ständig verfolgt und 2015 beschlossen, über eine Arbeitsgruppe eigene Empfehlungen zur Verbesserung der Indikationsstellung bei Opiatabhängigkeit zu entwickeln und der sächsischen Ärzteschaft zur Verfügung zu stellen.

Wir hatten die Erfahrung gemacht, dass die überwiegende Anzahl der sich für die „Suchtmedizinische Grundversorgung“ qualifizierenden Kollegen ein hohes Interesse an den Inhalten dieser Spezialisierung mit ihren medizinischen und suchtpsychiatrischen Facetten hat, trotzdem

aber eine Substitution nicht aufnimmt, weil in den letzten Jahren die gerade für einen Substitutionsanfänger in eigener Praxis wichtigen Regeln – also gewissermaßen die Leitplanken des eigenen Handelns – immer mehr abgebaut wurden und verschwammen. Damit werden auch die verbleibenden strafrechtlichen Risiken nach einer BtMVV-Novelle nicht geringer. Opiatabhängige brauchen eben eine hochwertige Behandlung, von der die unmittelbare Mittelsubstitution nur ein kleiner Teil ist. Wir wollen mit diesem Beitrag für eine verbesserte Indikationsstellung in der Behandlung Opiatabhängiger Hilfe geben.

### Empfehlungen der Kommission Sucht und Drogen

Zweck der Empfehlungen soll es sein, die regionalen Unterschiede aus sächsischer Sicht im Vergleich zum Bundesgebiet darzustellen, das Hauptziel einer Reifung der Persönlichkeit Drogenabhängiger in einem komplexen Behandlungsgefüge zu begünstigen – ohne ein Fortschreiten der süchtigen Fehlentwicklung durch biologische, psychische und soziale Faktoren zu fördern.

Einerseits sollen sie für Lesbarkeit und Verwendbarkeit kurz gehalten bleiben, andererseits ist dies eine (vorläufige) Argumentations- und Ideensammlung:

#### Traditionelle Indikationen

Gravidität, Substitution bis zum Antritt einer abstinenzorientierten Therapie (EWB), Palliativfälle.

#### Lebensaltersbezogene Indikationen

Je jünger die Patienten zur Substitution kommen, desto eher soll die Behandlungsdauer befristet und auf das Abstinenzziel hinlaufend konzipiert werden, um eine „normale“ Lebensperspektive zu begünstigen. Hier wird primär empfohlen, die Bemühungen besonders zu verstärken, sowohl gegen Beikonsum vorzugehen als auch persönliche Reifung und Entwicklung durch Psychotherapie sowie Ausbildungsmöglichkeiten zu begünstigen. Mit dem Blick auf das Lebensalter sind also in Summe durchaus differenzierte biopsychosoziale Faktoren zu beachten. Einer Reduzierung der Substitutionsbehandlung zu alleiniger Substanzvergabe und einem ausnutzenden

Lebensstil zulasten der Gesellschaft darf nicht Vorschub geleistet werden. Eine längerfristige Reduktion der komplexen Substitutionsbehandlung auf Substanzvergabe ohne andere qualifizierte Behandlungselemente und ausreichende Teilhabe am sozialen Leben ist äußerst kritisch zu sehen.

#### Beikonsum

Jedes Auftreten von Beikonsum ist primär und intensiv auf Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Polytoxikomanie und damit einer möglichen Substitutionskontraindikation zu prüfen. Wiederholter Beikonsum bei einer Substitution jenseits der Einstellungsphase, ist für die Substitutionsfortsetzung nicht akzeptabel. Das gilt neben dem auf der Straße erhältlichen Heroin insbesondere für Crystal Meth, Alkohol, Tetrahydrocannabinole (THC), Benzodiazepine.

#### Substitution bei Ärzten nach

##### § 5 Abs. 3 BtMVV (siehe Kasten):

Diesen ärztlichen Kollegen sind, soweit möglich und auch im Vorfeld selektierbar, Patienten mit erwartbar komplikationsarmen Verläufen ohne relevante Beikonsum- und Komorbiditätsrisiken zuzumuten, bei denen pathologische Interaktionsmuster mit den Bezugspersonen des engen sozialen Umfeldes fehlen. Substitution stellt diagnostisch und therapeutisch hohe Anforderungen und bedarf des qualifizierten Arztes.

#### Soziale und komplikationsprophylaktische Indikationen

Leben in der Familie des Substituierenden minderjährige Kinder, kommt wegen der immanenten Intoxikationsrisiken für die Substitution nur die Verordnung von Buprenorphin infrage. Take-home-Verordnung für zwei Tage am Wochenende ist nur bei dafür genügend stabilen Patienten ohne aktuellen Beikonsum zu empfehlen.

#### Strafrecht

Auch bei geänderten Richtlinien und Empfehlungen von Seiten der Ärzteschaft wird es einen strafrechtlichen Überhang geben, der für substituierende Kollegen relevante juristische

§ 5 Abs. 3 BtMVV (Ärzte ohne Qualifikation in Suchtmedizinischer Grundversorgung):

Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 nicht erfüllt, darf für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 für die Dauer der Behandlung erfüllt sind,
2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt (Konsiliarius), abstimmt und
3. sichergestellt hat, dass sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

Wird der Arzt nach Satz 1 durch einen Arzt vertreten, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 ebenfalls nicht erfüllt, so gelten Satz 1 Nummer 1 und 2 für den Vertreter entsprechend. Ein substituierender Arzt gemäß Absatz 2 soll grundsätzlich von einem anderen Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt, vertreten werden. Gelingt es dem substituierenden Arzt nicht, einen Vertreter nach Satz 3 zu bestellen, so kann er von einem Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 nicht erfüllt, für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und längstens insgesamt 12 Wochen im Jahr vertreten werden. Der vertretende Arzt gemäß Satz 4 stimmt die Substitutionsbehandlung vor Vertretungsbeginn mit dem vertretenen Arzt ab. Wird während der Vertretung eine unvorhergesehene Änderung der Substitutionstherapie erforderlich, stimmt sich der Vertreter gemäß Satz 4 erneut mit dem vertretenen Arzt ab. Ist eine rechtzeitige Abstimmung nicht möglich, bezieht der vertretende Arzt gemäß Satz 4 einen anderen Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt, konsiliarisch ein. Notfallentscheidungen bleiben in allen Vertretungsfällen unberührt. Über die vorstehend genannte Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliarius sowie dem vertretenen und dem vertretenden Arzt gemäß den Sätzen 2 und 4 ist der Dokumentation nach Absatz 10 der diesbezügliche Schriftwechsel beizufügen. Die Sätze 1 bis 9 gelten nicht für die Behandlung nach den Absätzen 9a bis 9d.

Konsequenzen nach sich ziehen kann.

In der Weiterentwicklung dieses Papiers wird zu überlegen sein, ob es zum Beispiel aus Komorbiditätsgründen und bei Graviden zusätzliche Indikationsempfehlungen für eine

Substitution befristeter Art geben kann, da es auch additive Effekte bei der Indikationsempfehlung gibt.

Bei Schwangeren und Wöchnerinnen ist eine Substitution möglich. Auch hier sollte vordergründig das Absti-

nennziel im Sinne der Mutter und des Kindes verfolgt werden.

Dr. med. Frank Härtel  
Vorsitzender der Kommission  
„Sucht und Drogen“

## Der sächsische Gesundheitszieleprozess

„Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“

### Hintergrund

Wir leben heute in einer Gesellschaft sehr differenzierter Altersbilder. Ein Teil der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) besitzt gegenwärtig Potenziale und Ressourcen, die sie in die Gesellschaft einbringen können. So sind viele der in Sachsen lebenden älteren Menschen im Durchschnitt gebildet und gesünder, verfügen über mehr finanzielle Mittel und haben mehr Zeit zur Verfügung als jede vorhergehende Generation der Älteren [1]. Schaut man sich die verschiedenen Prognosen und Szenarien der Statistikinstitutionen an, könnte das Leben eines anderen Teils der älteren Bevölkerung zukünftig im Freistaat Sachsen aber auch so oder so ähnlich aussehen: hochbetagt, multimorbide, armutsgefährdet, in Isolation lebend und pflegebedürftig. Dazwischen wird es auch zukünftig eine Vielfalt des Alters geben, die eine alter(n)sfreundliche Gesellschaft berücksichtigen sollte. Im Jahr 2030 werden hierzulande voraussichtlich zwischen 58.000 und 204.000 beziehungsweise 1,4 bis 5,0 Prozent weniger Menschen leben als Ende 2014. Während die großen Städte wie Dresden und Leipzig wachsen, schrumpft die Bevölkerung im ländlichen Raum. Im Gegenzug steigt der Anteil der älteren Menschen ab 65 an der sächsischen Gesamtbevölkerung und das Durchschnittsalter weiter an [2]. Gleichzeitig nimmt auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen



zu, die im Jahr 2030 in Sachsen, falls die altersspezifische Pflegequote (Status-quo-Szenario) konstant bleibt, auf rund 192.000 prognostiziert wird. Das entspricht einer Zunahme gegenüber dem Jahr 2009 von rund 46 Prozent [3].

Zwar ist zukünftig auch davon auszugehen, dass viele ältere Menschen mehr Lebensjahre in Gesundheit verbringen, allerdings wird es abhängig vom sozialen Status und Geschlecht große Unterschiede geben [4, 5]. Die zunehmende Armutsgefährdung im Alter und das sinkende Rentenniveau sind zuletzt bundesweit und parteiübergreifend wieder in den Fokus gerückt. Aktuell kann zwar konstatiert werden, dass die Armutsgefährdungsquote der ab 65-Jährigen mit 11,5 Prozent in Sachsen zu den niedrigsten gehört. Ein Blick auf die nachfolgende Rentengeneration macht jedoch deutlich, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit hierzulande mit einem starken Anstieg bei der älteren Bevölkerung gerechnet werden muss. Das zeigt sich unter anderem auch daran, dass immer mehr Menschen Grundsicherung im Alter in Anspruch nehmen [6]. Gründe hierfür sind ein hoher Anteil an von langjähriger Arbeitslosigkeit und durchbrochener Erwerbsbiografie betroffenen Menschen. Erschwerend kommt hinzu, dass ein Großteil dieser Menschen aufgrund niedriger

Einkommen keine oder nur geringfügige betriebliche oder private Altersvorsorge betrieben hat [7].

Damit zukünftig ein gesundes, selbstbestimmtes und aktives Altern möglich ist, haben sich zahlreiche Akteure bereits 2008 auf den Weg gemacht, um im Rahmen des sächsischen Gesundheitszieles „Aktives Altern“ den gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und damit gesamtgesellschaftlichen Folgen dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Sachsen startete damit als erstes Bundesland einen Gesundheitszieleprozess für die ältere Bevölkerung. In einem im Vorfeld entwickelten Rahmenkonzept wurden die konzeptionellen Schwerpunkte „Funktionale Gesundheit“ und „Aktives Altern“ sowie die Handlungsfelder „Versorgungsstrukturen“, „Subjektive Gesundheit im Alter“ und „Alten- und Angehörigenstärkung“ festgelegt [8]. Unter der wissenschaftlichen Begleitung des Deutschen Instituts für Gesundheitsforschung und der Sächsischen Landesärztekammer wurde bis zum März 2009 das Zielekonzept entwickelt und fortan an der Implementierung gearbeitet. 2013 übernahm die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG) die Koordinierung des Gesundheitszieles.

### Aktueller Stand

Aktuell arbeiten die verschiedenen Akteure des Gesundheitszieles in fünf Handlungsfeldern zusammen, die im Rahmen einer Arbeitstagung im November 2013 gemeinsam mit den Teilnehmenden definiert wurden. Der Schwerpunkt „Gesundheitsförderung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge“ hat zum Ziel, kommunale Aktivitäten zum demografi-

schen Wandel zu unterstützen, um gesundheitsförderliche Aspekte zu integrieren. Im September 2015 fand dazu eine Fachkonferenz der Landes seniorenvertretung für Sachsen e. V. zum Thema „Kommune und Lebensperspektive im Alter“ in Kooperation mit der SLfG und dem Bildungswerk für Kommunalpolitik Sachsen in Dresden statt. Die zentrale Fragestellung der Veranstaltung drehte sich um kommunale Unterstützungsmöglichkeiten für ein selbstständiges Leben älterer Menschen. Dabei wurden nicht nur die wissenschaftlichen Ergebnisse zu dieser Frage vorgestellt und Konzepte zu Versorgungsnetzwerken und ganzheitlichen Pflege beziehungsweise den gesetzlichen Neuerungen präsentiert, sondern in thematischen Diskussionsforen zur Mitverantwortung angeregt.

Das zweite Schwerpunktthema beschäftigt sich mit der „Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“. Die in diesem Forum tätigen Akteure setzen sich für altersgerechte Arbeitsgestaltung in sächsischen Unternehmen ein. Dabei sollen bestehende Netzwerke und deren Aktivitäten genutzt und die Unternehmen stärker eingebunden werden. Seit 2014 wird die betriebliche Gesundheit in der ambulanten und stationären Altenpflege fokussiert. Das gemeinsame Ziel ist, die Führungskräfte als Verantwortliche für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken. Dafür fanden bereits fünf regionale Fachtagungen statt, in denen die gebündelte Expertise der Partner präsentiert und mit den Teilnehmenden diskutiert wurde. Drei weitere Tagungen dazu werden im Herbst dieses Jahres durchgeführt.

Im dritten Handlungsfeld „Gesundheitliche Versorgung“ werden zum einen die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren Akteuren an sich, zum anderen die geriatrischen Netzwerke in Sachsen begleitet und unterstützt. Wesentliche Akteure in diesem Handlungsfeld sind die Sächsische Landesärztekammer und die Sächsische Landes zahnärztekammer. Der Schwerpunkt

lag 2015 auf der Verbesserung der Zahngesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Um die Bedeutung der Mundgesundheit hervorzuheben, fand Anfang Dezember 2015 eine Fortbildung für interessierte Mediziner, Zahnärzte, beruflich Pflegende und Interessierte statt. Zentral an diesem Tag waren die besondere Situation älterer Patientinnen und Patienten sowie gute Praxisbeispiele der zahnärztlichen Versorgung. Aufgrund der zunehmenden Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes Mellitus oder Demenz, steigt der Bedarf in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Dieser Situation steht die sinkende Zahl an niedergelassenen Ärzten, besonders im ländlichen Raum, gegenüber. Um dieser Situation entgegenzuwirken, bedarf es in Zukunft effizienter und innovativer Versorgungsstrukturen, um die vorhandenen Ressourcen gezielt einzusetzen. Ein möglicher Weg sind lokale Netzwerke, in denen Haus- und Fachärzte, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sowie Träger der freien Wohlfahrtspflege zum Wohle der älteren Menschen zusammenarbeiten. Im Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen verankert, erproben gegenwärtig vier Modellregionen die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung.

Im vierten Handlungsfeld „Bewegungsförderung und Sturzprävention“ beschäftigen sich die Akteure mit Interventionen zur bewegungsfördernden Sozialraumgestaltung und Sturzprävention in Kommunen und Landkreisen. In enger Zusammenarbeit mit einigen Mitgliedern dieses Forums haben der Verband der sächsischen Wohnungsgenossenschaften (VSWG) und die SLfG im Herbst 2015 eine umfangreiche Broschüre mit Informationen und Praxisbeispielen zur Bewegungsförderung und Sturzprävention in der Wohnung und Wohnumgebung herausgegeben.

Für das fünfte Handlungsfeld „Pflegende Angehörige“ hat sich eine

Arbeitsgruppe zusammengefunden, die Ideen und Umsetzungsmöglichkeiten zur Unterstützung pflegender Angehöriger entwickelt. Seit 2014 liegt der Arbeitsschwerpunkt auf der Zielgruppe pflegender Männer. Diese sind oft unvorbereitet und meist in höherem Alter mit der Pflege ihrer Partnerin beziehungsweise ihres Partners konfrontiert. Angeregt durch das Forum entstand an der Evangelischen Hochschule Dresden eine Bachelorarbeit. Die Arbeit beschäftigt sich vorrangig mit den Ansätzen und Angeboten für pflegende Männer im Freistaat Sachsen. Die wesentlichen Ergebnisse sowie mögliche Formen der Unterstützung wurden in einem Informationsflyer zusammengefasst. Dieser soll Anbieter von Angehörigengruppen für die Lage pflegender Männer sensibilisieren und geschlechtsspezifische Unterstützungsangebote anregen.

### Ausblick

Zukünftig gilt es, an die im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses gemachten Erfahrungen aus acht Jahren anzuknüpfen. Mit der Unterzeichnung der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes im Freistaat Sachsen („LRV Sachsen“) am 1. Juni 2016 wird das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ nun sukzessive bis zum Ende des Jahres in die neue gesetzliche Grundlage überführt. Das Bekenntnis aller Beteiligten, die Inhalte aus den sächsischen Gesundheitszielen zu berücksichtigen und der Zielbereich „Gesund im Alter“ mit seinen Handlungsfeldern zeigen, dass das „Aktive Altern“ und seine Schwerpunktthemen im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe weiterentwickelt werden [9]. Zudem erscheint es durchaus sinnvoll, beim Thema Gesundheitsförderung und Prävention für und mit älteren Menschen die Pflegestärkungsgesetze sowie das Versorgungsstruktur- und Versorgungsstärkungsgesetz zu berücksichtigen. Auch hier ergeben sich zahlreiche Schnittmengen, insbesondere im Zusammenhang mit dem Pflegesektor. Der Fokus sollte dabei auf die vulnerablen Zielgrup-

pen in der älteren Bevölkerung gelegt werden (zum Beispiel armutsgefährdete und pflegebedürftige Menschen). Wichtig ist die Balance: Gemeinsam gilt es, einerseits „positive und ressourcenorientierte Altersbilder“ zu verstetigen, andererseits im Sinne des Verwirklichungschancen-Ansatzes [10] Menschen zu befähigen und ihnen ein gutes und (immer noch) gelingendes Leben im Alter zu ermöglichen. Daran sollte sich sowohl die Gesundheitsförderung und Prävention als auch gesundheitliche Versorgung in Sachsen orientieren. Denn gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung haben gemeinsame Ziele: Es sollten

ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe der älteren Menschen ermöglicht; barrierearme, niedrigschwellige, soziallagensensible und wohnortnahe Angebote geschaffen; integrierte, sozialraumorientierte Strategien für Stadt und Land entwickelt sowie familiäres und zivilgesellschaftliches Engagement gefördert und wertgeschätzt werden.

Antworten und Lösungen auf diese komplexen Herausforderungen können nur gemeinsam in verbindlicher Zusammenarbeit auf Augenhöhe in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess gefunden werden. Die Ärzteschaft, ihre Netzwerke und

Kammern sind dabei ein wertvoller Baustein und Partner. Vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte besetzen eine Schlüsselposition in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention. Sie können im Kontakt mit älteren Menschen Empfehlungen aussprechen und eine wichtige Lotsenfunktion übernehmen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Denis Spatzier

Projektkoordinator  
Gesundheitsziel „Aktives Altern“  
Sächsische Landesvereinigung für  
Gesundheitsförderung e. V.  
Könneritzstraße 5, 01067 Dresden  
spatzier@sifg.de

## 8. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

### Wie viele Ärzte braucht das Land?

Die Frage „Wie viele Ärzte braucht das Land?“ steht im Zentrum des diesjährigen Netzwerktreffens „Ärzte für Sachsen“. Die sächsische Gesundheitsministerin Barbara Klepsch stellt dazu die aktuellen Ergebnisse einer großangelegten Studie zum künftigen Ärztebedarf in Sachsen vor. Auf dieser Basis lassen sich der regionale Handlungsbedarf erkennen und passende Versorgungsmodelle entwickeln. Diese und neue Fördermaßnahmen für den ärztlichen Nachwuchs sind ebenfalls Themen der Tagung.

Die Veranstaltung ist für alle Interessenten offen und kostenfrei.

#### Termin

28. September 2016, 14.00 Uhr

#### Ort

Parkschänke Limbach-Oberfrohna

#### Programm

[www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de)

#### Anmeldung

[info@www.aerzte-fuer-sachsen.de](mailto:info@www.aerzte-fuer-sachsen.de)

Telefon: 0351 8267-136

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



## 66er Examens-Jahrgang?

*Hunderttausende Besucher sahen 1966 die Picasso-Ausstellung im Dresdner Albertinum, „Die Spur der Steine“ kam in die Kinos und die Beatles gaben ihr letztes Konzert vor zahlendem Publikum. Und wenn Sie 1966 Ihr Medizinstudium erfolgreich an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus abgeschlossen haben, dann fühlen Sie sich herzlich angesprochen. Denn: Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und das Universitätsklinikum veranstalten in diesem Jahr zum ersten Mal einen akademischen Empfang aus Anlass des 50. Jahrestages Ihres Studienabschlusses.*

*In einigen Ländern wird den Alumni, den Ehemaligen einer Universität – also Examierten, Promovierten, Professoren und allen, die sich mit ihrer Alma mater verbunden fühlen – eine tragende Funktion zu Teil, wenn es darum geht, Aufgaben in Lehre und Forschung, aber auch bei der Repräsentation ihrer Universität in Gesellschaft und Politik zu übernehmen. Auch wir wollen verstärkt mit ihrer Erfahrung den Blick in die Zukunft schärfen. So wollen wir Ihnen auch unsere Aufmerksamkeit schenken und einen Rahmen für ein Wiedersehen mit Freunden und Kollegen bieten.*

**Der Empfang aus Anlass des 50. Jahrestages ihres Studienabschlusses findet statt am 15. Oktober 2016, Beginn wird um 10 Uhr sein.**

*Direkt im Anschluss an den Empfang findet der Alumni-Tag der Hochschulmedizin Dresden statt. Hier erhalten Sie neben geschichtlichen Informationen und einer Campus-Führung einen interessanten Einblick in das aktuelle Medizinstudium und treffen die Studenten von heute. Detaillierte Programminformationen sowie Veranstaltungsort und Anreiseinformationen erhalten Sie rechtzeitig im Vorfeld.*

*Wenn Sie Rückfragen haben, steht Ihnen das Alumni-Büro der Hochschulmedizin Dresden unter Tel.: 0351-458-19388, Email: [carus.campus@uniklinikum-dresden.de](mailto:carus.campus@uniklinikum-dresden.de) jederzeit zur Verfügung.*

Prof. Heinz Reichmann  
Dekan

Prof. D. Michael Albrecht  
Medizinischer Vorstand

Prof. Michael Meurer  
Vorsitzender der Stiftung  
Hochschulmedizin

[www.hochschulmedizin-dresden.de](http://www.hochschulmedizin-dresden.de)

## Wenn Patienten sterben möchten

### Aktuelle Herausforderungen an die ärztliche Sterbebegleitung

**Einladung** zur Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer.

Sterben und Tod sind in unserer Gesellschaft lange Zeit Tabu-Themen gewesen. Heute geht es in Politik und Gesellschaft um „Hilfe zum Sterben oder Begleitung beim Sterben“. Dabei spielen vor allem Ärzte eine zentrale Rolle. Ein Jahr nach der Verabschiedung des Sterbehilfegesetzes möchte der Arbeitskreis Ethik in der Medizin über verschiedene Sicht- und Vorgehensweisen diskutieren.



#### Termin

29. September 2016  
17.30 – 20.30 Uhr

#### Veranstaltungsort

Heinrich-Braun-Klinikum  
Hörsaal Haus 90  
Karl-Keil-Straße 35  
08060 Zwickau

#### Anmeldung

Referat Ethik/Medizinische Sachfragen

Frau Schmitz

Tel.: 0351 8267-379

Fax: 0351 8267-312

E-Mail: [ausschuesse@slaek.de](mailto:ausschuesse@slaek.de)

Die Veranstaltung wurde mit 4 Punkten zertifiziert.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Medizinische Flüchtlingsversorgung

### Einladung zur ärztlichen Informations-, Austausch- und Dankesveranstaltung

Aufgrund des großen Flüchtlingsstroms besteht bei der Ärzteschaft großer Fortbildungs- und Austauschbedarf zu Themen, welche die ärztliche Arbeit mit diesen Patienten betreffen. So fand bereits eine Fortbildungsreihe zur „Ärztlichen Versorgung von geflüchteten Menschen in Sachsen“ statt. Dabei wurden abrechnungsrelevante Kenntnisse im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes, aber auch Migrationsmedizin und Behandlungsbesonderheiten im Rahmen des kulturellen Kontextes der Herkunftsländer thematisiert. Die Fortbildungsreihe war stets gut besucht und stieß bei den Teilnehmern auf reges Interesse.

Ebenso leisten die meisten in der Flüchtlingsversorgung aktiven ärztlichen Kollegen immer wieder ehrenamtliche Arbeit und engagieren sich in besonderem Maße.

Um dieses Engagement in einem festlichen Rahmen zu würdigen und den Ärzten zu danken, lädt die Sächsische Landesärztekammer herzlich zu einer ärztlichen Informations-, Austausch- und Dankesveranstaltung „Medizinische Flüchtlingsversorgung“ am **Mittwoch, den 24. August 2016, 18.00 Uhr, in den Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer** ein.

Die Teilnehmer können sich umfassend in einem etwa einstündigen Vortrag über das Thema der „Interkulturalität in der medizinischen Versorgung“ informieren. Anschließend findet im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer ein kollegialer Austausch mit Ansprechpartnern verschiedener Bereiche an „Thementischen“ nach dem Open-Space-Konzept statt. Für das leibliche Wohl ist gesorgt.

Die Veranstaltung ist mit 1 Punkt für das Sächsische Fortbildungszertifikat bewertet.

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitten wir um **Anmeldung bis spätestens 10. August 2016** unter

[koordination@slaek.de](mailto:koordination@slaek.de) oder telefonisch (Frau Kuhnert): 0351 8267-305.

Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Nähere Informationen sowie den Einladungsflyer zur Veranstaltung erhalten Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

Dr. med. Patricia Klein

Ärztliche Geschäftsführerin

## Konzert und Ausstellung

### Ausstellung im Foyer und 4. Etage

Rita Geißler

Im Licht – Malerei, Grafik

28. Juli bis 23. Oktober 2016

### Programmorschau

25. September 2016, 11.00 Uhr  
Junge Matinee „Herbstliche Klänge“  
Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen.

### Lunchbuffet

Für das anschließende Lunchbuffet ist eine Reservierung unter Tel. 0351 8267110 erforderlich.



## Erster Online-Fortbildungskurs gestartet

Am 4. August 2016 war es soweit: Der erste Fortbildungskurs, basierend auf dem neuen Blended Learning-Konzept der Sächsischen Landesärztekammer, ging online. Damit werden die Möglichkeiten der ärztlich-medizinischen Fortbildung um die Ebene der virtuellen Lernplattform erweitert.

In Zeiten der zunehmenden Individualisierung des alltäglichen Lebens ändert sich auch der Anspruch an die berufliche und fachliche Fortbildung. So kommt oftmals der Wunsch nach flexibleren und an den einzelnen Teilnehmer angepassten Fortbildungsangeboten auf. Mit Hilfe des Learning Management Systems von ILIAS geht das Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer nun neue Wege. Dabei wird auf das Konzept des sogenannten Blended Learning gesetzt. Es handelt sich dabei um eine Lernform, die die Vorzüge des präsenten und des digitalen Lernens miteinander verbindet. Aktuelle Planungen laufen darauf hinaus, dass in Zukunft Fortbildungskurse sowohl aus Online-Phasen als auch aus Präsenz-Phasen bestehen. Während der Online-Phasen kann der Teilnehmer selbstständig entscheiden, wann er welche Lerninhalte erarbeiten oder nochmals vertiefen möchte. Erleichtert wird das Lernen in diesen Phasen durch die abwechslungsreichen didaktischen



Wissenszuwachs per Mausclick

© SLÄK

Angebote der Lernplattform. Lernende können zum Beispiel via Chat und Forendiskussionen viel leichter in Kontakt mit anderen Teilnehmern treten. In der Lernphase auftretende Probleme und Fragen können dadurch zeitnah, selbstorganisiert und gemeinsam gelöst werden. Selbstverständlich stehen den Teilnehmern auch weiterhin das Team der Sächsischen Landesärztekammer und die jeweilige wissenschaftliche Leitung in den laufenden Online-Phasen mittels E-Mail und Forenkontakt als Ansprechpartner zur Verfügung.

Zusätzlich ist es möglich, Lerninhalte, Übungen und weitere nützliche Informationen auf dieser interaktiven Lernplattform anzubieten. Die durch das neue Lernkonzept gewonnene Flexibilität und Eigenständigkeit der

Teilnehmer sind dabei die größten Vorzüge des neuen Angebotes der Sächsischen Landesärztekammer im Rahmen der ärztlichen Fortbildung.

Nach intensiver gemeinsamer Arbeit mit der wissenschaftlichen Leitung, Herrn Prof. Dr. Lutz Jatzwauk, Frau Dr. med. Grit Görisch und Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, wird dieses Angebot mit dem Kurs „Hygienebeauftragter Arzt in ambulanten Einrichtungen“ starten. Der Kurs wird durch das Referat Fortbildung evaluiert und das Blended-Learning-Konzept kontinuierlich ausgebaut. Wir sind uns sicher, dass die Teilnehmer die höhere Flexibilität und die didaktischen Vorteile schätzen werden.

Marco Madysa  
Sachbearbeiter Fortbildung

## Aktuelles zu Patientenunterlagen

### Aufbewahrung und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

Wir möchten darauf hinweisen, dass auf der Homepage der Sächsischen

Landesärztekammer ein aktualisierter Artikel über die Thematik „Patientenunterlagen – Aufbewahrung und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen“ unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) zu finden ist:

Rubrik Ärzte → Informationen/Leitlinien → Patientenunterlagen und Aufbewahrung oder

Rubrik Patienten → Patientenberatung und -rechte → Einsichtsrecht in Patientenunterlagen

Ass. jur. Claudia Hauswald M.mel.  
Rechtsreferentin

## Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte

193 Auszubildende und Umschülerinnen sowie vier externe Prüflinge haben an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte (MFA) der Sächsischen Landesärztekammer teilgenommen. Insgesamt 126 von ihnen haben die Prüfung erfolgreich bestanden und so den Grundstein für ihr künftiges Berufsleben gelegt. Ein Beruf, der dringend gebraucht wird.

In einem festlichen Rahmen fanden auch in diesem Jahr wieder die Abschlussfeiern für die AbsolventInnen statt. Im Beruflichen Schulzentrum Christoph Lüders Görlitz erhielten am 20. Juni 2016 sechs Medizinische Fachangestellte ihre Prüfungs-

zeugnisse in der Ruth-Pfau-Schule Leipzig ihre wohlverdienten Zeugnisse. Am gleichen Tag verabschiedete Dr. Steffen Liebscher, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, 31 Medizinische Fachangestellte mit der Zeugnisübergabe im Beruflichen Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen Chemnitz in das Berufsleben. In der Sächsischen Landesärztekammer sahen am 22. Juni 2016 50 AbsolventInnen aus den Beruflichen Schulzentren Dresden und Plauen erwartungsvoll ihrer Zeugnisübergabe entgegen. Gleichzeitig erhielten die Prüflinge von der Berufsschule ihre Abschlusszeugnisse.

71 Prüflinge (36 Prozent) haben die Prüfung nicht bestanden, davon drei Prüflinge den schriftlichen Teil, 63 Prüflinge den praktischen Teil und fünf Prüflinge sowohl den schriftlichen als auch den praktischen Teil.

der praktischen Ausbildung, wie beispielsweise eine einseitige Ausbildung nur am Empfang der Praxis oder eine Ausbildung, die ausschließlich auf die Fachspezifik der Ausbildungspraxis abgestellt ist, eine der Ursachen für das Nichtbestehen der Prüfung. Prüfungsinhalte ergeben sich aus dem bundeseinheitlichen Ausbildungsrahmenplan, unabhängig von der Fachrichtung, in der die Ausbildung erfolgt. Fehlende Anleitung durch Fachpersonal, keine Zeit für die Anleitung der Auszubildenden oder der Einsatz in der Praxis als Arbeitskraft sind weitere Ursachen.

Elerntes in den Prüfungen umzusetzen und Standards und Richtlinien kontinuierlich anzuwenden, bereitet den Prüflingen nach wie vor große Probleme. Prüflinge scheitern allerdings auch wegen der fehlenden Motivation zum Lernen.

Nach wie vor werden deutlich mehr Fachkräfte in den Praxen gesucht als zur Verfügung stehen. Ein Grund für das Fehlen von professionellem Praxispersonal ist auch weiterhin die zu geringe Zahl von Arztpraxen, die Medizinische Fachangestellte ausbilden. Der deutliche Rückgang der Bewerberzahlen erschwert außerdem die Suche nach einer geeigneten Auszubildenden.

Praxen, die in eine Ausbildung investieren, sichern ihren eigenen Fachkräftebedarf. Dadurch machen sie sich unabhängig vom Arbeitsmarkt und bleiben wettbewerbsfähig. Alles Wissenswerte zu Inhalten, Dauer und Vergütung der MFA-Ausbildung finden Sie auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) im Bereich MFA.



Zeugnisübergabe in Dresden

© SLÄK

zeugnisse. Am 21. Juni 2016 übergab der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, 39 Medizinischen Fachange-

Eine Medizinische Fachangestellte ist im Praxisalltag eine große Hilfe, allerdings nur wenn sie auch gut ausgebildet ist. Häufig sind Lücken in

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen 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.

**Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-**

**sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de)) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.** Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/C031	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Chemnitz, Stadt	24.08.2016
16/C032	Chirurgie/ZB Sportmedizin Operative Gelenkchirurgie D-Arzt (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.08.2016
16/C033	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitzer Land	24.08.2016
16/C034	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Chemnitzer Land	12.09.2016
16/C035	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mittweida	12.09.2016
16/C036	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Mittlerer Erzgebirgskreis	24.08.2016
16/C037	Neurologie und Psychiatrie	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	24.08.2016
16/C038	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	24.08.2016
16/C039	Neurologie und Psychiatrie	Stollberg	24.08.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/C040	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Zwickau	24.08.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/D043	Kinder- und Jugendmedizin	Meißen	12.09.2016
16/D044	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Weißeritzkreis	24.08.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

**Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/L030	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	12.09.2016
16/L031	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	12.09.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/L032	Neurologie und Psychiatrie	Delitzsch	12.09.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

**Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Innere Medizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 31.01.2017
Allgemeinmedizin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 01.07.2017

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403.

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Innere Medizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) Weiterführung in jeder Form möglich	Zittau Ort: Kurort Jonsdorf	Abgabe nach Vereinbarung

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

## Erste Fachsprachenprüfung in Sachsen

Am 25. Juli 2016 haben erstmals fünf ausländische Ärzte in Sachsen ihre Fachsprachenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer abgelegt. Frau Souha Al Sheik Othman und Herr Nael Srouf aus Syrien konnten als erste nach erfolgreicher Prüfung ihre Glückwünsche entgegennehmen.

Auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz müssen ausländische

Ärzte, die einen Antrag auf Berufserlaubnis oder Approbation in Sachsen stellen, rückwirkend zum 1. Mai 2016 nachweisen, dass ihre Deutschkenntnisse für eine umfassende medizinische Tätigkeit ausreichend sind. Sollte diese Voraussetzung nicht erfüllt sein, ordnet die Landesdirektion Sachsen als Approbationsbehörde eine Fachsprachenprüfung an.

Mit der Prüfung wird festgestellt, ob der Arzt über Fachsprachenkenntnisse orientiert am Sprachniveau C1

verfügt. Er muss sich weitgehend fließend mit Patienten und Kollegen verständigen, eine umfassende Anamnese erheben sowie komplexe Texte und Fachdiskussionen zu medizinischen Themen verstehen und wiedergeben können. Die Prüfung findet in Form einer Einzelprüfung statt.

Aktuell stehen bereits 50 weitere Prüfungstermine fest.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Frühe Rezidivdiagnostik des Prostatakarzinoms mittels PET/CT und simultaner PET/MRT und dem neuen Radiotracer [<sup>68</sup>Ga]PSMA-Ligand

K. Dickhuth<sup>1</sup>, S. Hesse<sup>1</sup>, S. Purz<sup>1</sup>,  
B. Habermann<sup>1</sup>, Th. Lincke<sup>1</sup>, J. Fahnert<sup>2</sup>,  
P. Stumpp<sup>2</sup>, H. M. Do<sup>3</sup>, J. U. Stolzenburg<sup>3</sup>,  
Th. Kahn<sup>2</sup>, O. Sabri<sup>1</sup>, R. Kluge<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Bislang waren die Möglichkeiten in der Rezidivdiagnostik des bereits primär kurativ therapierten Prostatakarzinoms begrenzt. Seit einiger Zeit existiert eine neue nuklearmedizinische Untersuchungsmethode, die sich die vermehrte Expression des ProstataSpezifischen MembranAntigens (PSMA) in Prostatakarzinomzellen zunutze macht. Tumorherde können anhand der PositronenEmissionsTomographie (PET) unter Verwendung des Radiotracers [<sup>68</sup>Ga]PSMA-L hochspezifisch schon bei niedrigen PSA-Werten und bereits vor erkennbaren morphologischen Veränderungen dargestellt werden. Die Methode sollte genutzt werden, um eine optimale Therapiestrategie zu wählen und so Prognose und Lebensqualität der betroffenen Patienten zu verbessern und überflüssige Behandlungen zu vermeiden.

## Einführung

Das Prostatakarzinom ist mit einem Anteil von ca. 25 Prozent an den jährlichen Krebsneuerkrankungen in Deutschland nach wie vor die häufigste Krebsart des Mannes und stellt mit etwa 13.000 Todesfällen pro Jahr die dritthäufigste Krebstodesursache nach dem Bronchial- und Kolonkarzi-

nom dar [1]. Die Therapie erfolgt gemäß dem Ausbreitungsstadium, wobei für begrenzte Tumorstadien speziell die radikale Prostatektomie und Strahlentherapie als auch das Konzept der „Active Surveillance“ eine wesentliche Rolle spielen. Bei den metastasierten Stadien wird unter anderem eine antihormonelle Therapie bzw. bei hormonresistenten Karzinomen eine Chemotherapie angewendet.

Die Bestimmung des ProstataSpezifischen Antigens (PSA) hat eine herausragende Bedeutung in der Nachsorge primär kurativ behandelter Prostatakarzinome. Ein biochemisches Rezidiv, das heißt ein in mindestens zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg > 0,2 ng/ml nach radikaler Prostatektomie beziehungsweise > 2 ng/ml über dem postinterventionellen PSA-Nadir nach alleiniger Strahlentherapie kann sowohl durch ein lokales, als auch durch ein systemisches Rezidiv verursacht sein. Für ein systemisches Rezidiv sprechen dabei eine kurze PSA-Verdopplungszeit, ein hoher Gleason-Score und ein kurzer Abstand zur primären kurativ intendierten Therapie [2].

Die Lokalisation und Ausdehnung eines Rezidivs voroperierter oder vorbestrahlter Prostatakarzinome als Ursache des PSA-Anstieges sind für die weitere Therapieplanung von äußerster Bedeutung. Allerdings sind die diagnostischen Möglichkeiten begrenzt. Bildgebende Verfahren wie die ComputerTomographie (CT) und der transrektale Ultraschall sind in der posttherapeutischen Situation in ihrer Sensitivität eingeschränkt, sodass sie bei der frühen Rezidivdiagnostik von limitierter Wertigkeit sind. Deutlich mehr Informationen können multiparametrische Untersuchungen mittels MagnetResonanzTomographie (MRT) vor allem in der Detektion eines Lokalrezidivs liefern [3].

Die bei anderen Tumorentitäten (zum Beispiel dem Bronchialkarzinom oder bei Lymphomen) erfolgreich eingesetzte kombinierte PET/CT mit dem Radiotracer [<sup>18</sup>F]-Fluor-desoxyglukose ([<sup>18</sup>F]FDG-PET/CT), welche Tumorherde anhand ihres gesteig-

erten Glukosestoffwechsels identifizieren kann, zeigte sich in der Primär- oder Rezidivdiagnostik des Prostatakarzinoms nur von eingeschränktem Nutzen [4 – 6]. Ursächlich hierfür ist unter anderem das zum Teil sehr langsame, wenig aggressive Tumorstadium [7]. Seit einiger Zeit sind zur Rezidiv- oder zur Ausbreitungsdiagnostik des Prostatakarzinoms neue nuklearmedizinische Methoden verfügbar, die spezielle molekulare Zielstrukturen an der Zelloberfläche bzw. bestimmte Zelleigenschaften nutzen.

So wird unter anderem die PET/CT mittels an <sup>11</sup>C oder <sup>18</sup>F gekoppelter Cholinderivate eingesetzt. Cholin wird vermehrt in Prostatakarzinomzellen aufgenommen [8]. Es zeigen sich vor allem in der Detektion pelviner Lymphknotenmetastasen im Rahmen der Rezidivdiagnostik bessere Ergebnisse gegenüber der konventionellen Bildgebung [9, 10]. Allerdings lässt sich bei niedrigem PSA-Wert in der Rezidivdiagnostik oder zum Primärstaging insbesondere in Bezug auf Lymphknotenmetastasen eine eingeschränkte Sensitivität nachweisen [11 – 15].

Die aktuellen S3-Leitlinien zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms (Stand Oktober 2014) beziehen sich auf die PET-Bildgebung mit Cholinderivaten. Es wird empfohlen, die PET/CT nicht zur Primärdiagnostik, zum Staging und im Rahmen der Rezidivdiagnostik nicht unterhalb bestimmter PSA-Werte einzusetzen. So soll nach radikaler Prostatektomie bei einem PSA Wert < 1 ng/ml, nach Strahlentherapie (perkutane, Low-Dose-Rate- und High-Dose-Rate-Brachytherapie) bei einem PSA-Wert < 2 ng/ml keine PET/CT zur Beurteilung der Tumorausdehnung erfolgen (siehe Empfehlung 6.2) [2].

Der Erfolg einer Salvage-Strahlentherapie hängt aber unter anderem davon ab, dass so früh wie möglich und somit bei möglichst niedrigem PSA-Wert mit der Therapie begonnen wird. So hat annähernd die Hälfte der Patienten mit einem Rezidiv nach Prostatektomie ein progres-

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Leipzig

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Leipzig

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Leipzig

sionsfreies Überleben von sechs Jahren, wenn sie schon bei einem PSA-Wert von  $\leq 0,5$  ng/ml eine Salvage-Strahlentherapie erhalten. Bei Patienten, die erst mit einem PSA-Wert von 1,01 bis 1,50 ng/ml behandelt werden, sind es hingegen nur 28 Prozent [16]. In den letzten zwei Jahren wird die Cholin-PET nun zunehmend durch die Bildgebung mit PSMA-Inhibitoren abgelöst, welche eine weitere Steigerung der Sensitivität und Spezifität gerade im Hinblick auf einen sehr frühen Rezidivnachweis versprechen.

### Bildgebung mit PSMA-Inhibitoren

Die  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET/MRT bzw. -PET/CT ist ein neues hybrid-bildgebendes Verfahren zur Darstellung PSMA-positiver Prostatakarzinom-Tumorerde. Das Prostata-spezifische Membranantigen ist ein Typ-II-Transmem-

branprotein, welches unter anderem in geringem Ausmaß von einigen gesunden Geweben wie Gliazellen des zentralen Nervensystems, Zellen des proximalen Nierentubulus und des Dünndarmes exprimiert wird. Auch in Zellen des Nieren- und Blasenkarzinoms sowie in Gefäßneubildungen weiterer solider Tumoren wird PSMA exprimiert [17]. In Prostatakarzinomzellen findet im Vergleich zu benignem Prostatagewebe und in Abhängigkeit von Differenzierungs- und Metastasierungsgrad sowie Androgeninsensitivität eine verstärkte Expression statt [17 – 19].

Zur PET-Bildgebung werden  $^{68}\text{Ga}$ -markierte PSMA-Inhibitoren verwendet, die hochspezifisch an das PSMA binden und somit für die Darstellung PSMA-exprimierender Zellen genutzt werden können [20, 21]. Eine wesent-

liche Indikation für die  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET-Hybrid-Bildgebung stellt das biochemische Rezidiv (PSA-Anstieg) oder der klinische Verdacht auf ein Rezidiv zur Lokalisations- und Ausbreitungsdiagnostik dar. Mit der  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET steht erstmals eine Methode zur Verfügung, die bereits bei sehr niedrigen PSA-Werten in der überwiegenden Zahl der Fälle eine Detektion des Tumorgewebes ermöglicht und Basis für die Planung der Rezidivtherapie sein kann [22 – 24]. Die ersten Erfahrungen im klinischen Einsatz des  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET zeigen gegenüber dem  $^{18}\text{F}$ Cholin-PET deutliche Vorteile. Die Arbeitsgruppe um Afshar-Oromieh untersuchte dazu 37 Patienten mit einem biochemischen (PSA-) Rezidiv bei primär therapiertem Prostatakarzinom (Radiatio und Hormontherapie oder Prostatektomie) sowohl mittels

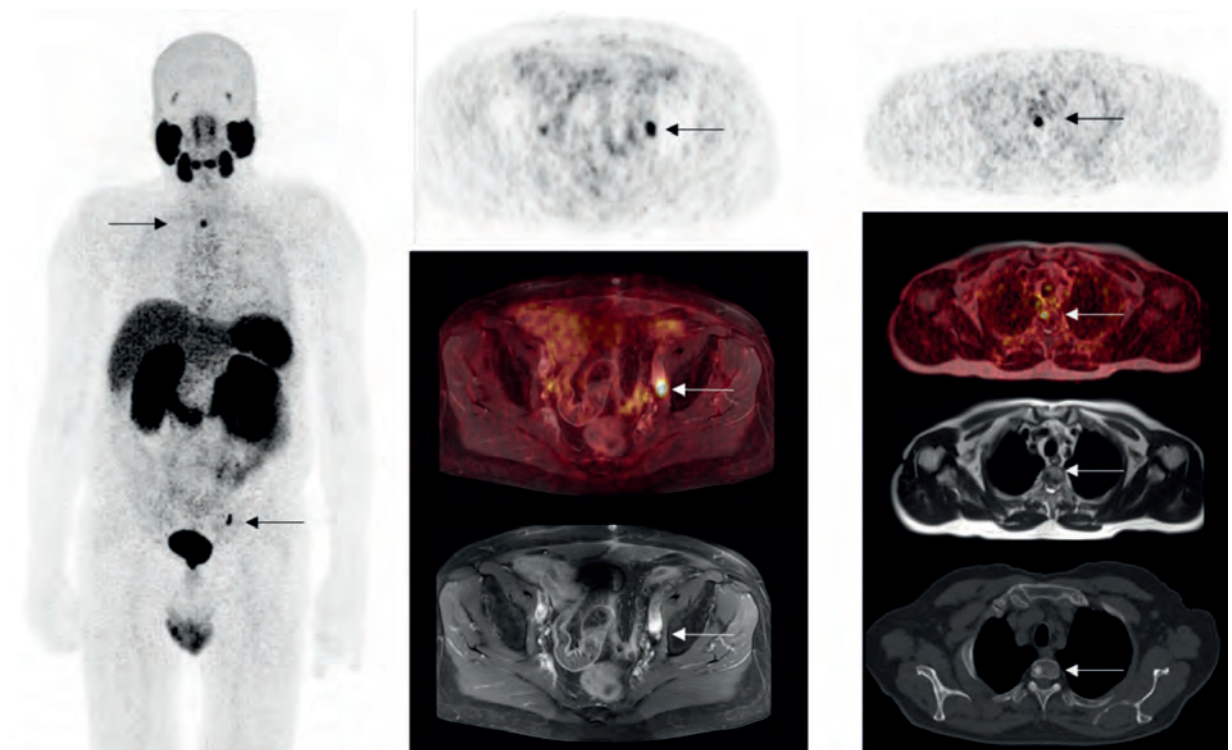
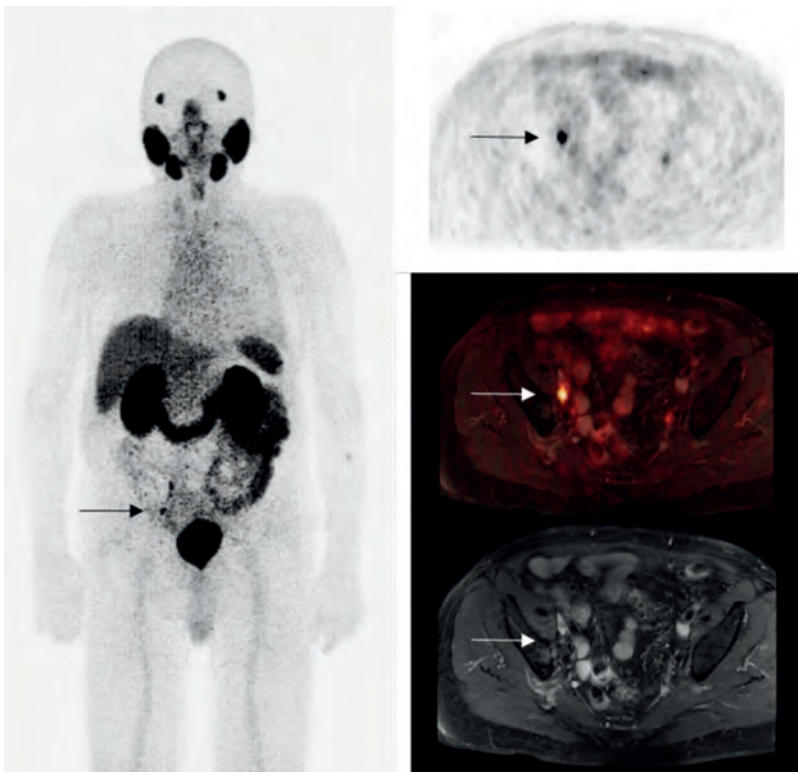


Abb 1: 71-jähriger Patient mit teils azinärem, überwiegend anaplastischem schlecht differenzierten Adenokarzinom mit Infiltration beider Seitenlappen und mikroskopischer Resektionsrandinfiltration links. Z.n. radikaler Prostatektomie 08/15 mit pelviner Lymphadenektomie, TNM: pT3b N1 Mx, L1, V0, Pn1, R1, G3, Gleason-Score 5+4. Z.n. Flutamidtherapie 08-09/15, einmalig Triptorelin-spritze 09/15. PSA-Wert initial 7,76 ng/ml, postoperativ 1,2 ng/ml, zum Zeitpunkt der Untersuchung unter antihormoneller Therapie (11/15) 0,08 ng/ml.

Dargestellt sind: a) die MIP (maximum intensity projection) der PET-Daten, b) transversaler Schnitt durch das Becken, von oben nach unten: PET, PET/MRT-Fusion und MRT (T1TSE fs KM), c) transversaler Schnitt durch den Thorax: PET, PET/MRT-Fusion, MRT (T2 HASTE) und CT (nativ).

- MIP: schon in der Übersicht lässt sich thorakal und im kleinen Becken jeweils ein Herd abgrenzen. Ansonsten physiologische Tracerbelegung in den Speicheldrüsen, Nieren und ableitenden Harnwegen sowie Leber, Milz und Darm.
- Zuordnung des gesteigerten PSMA-Besatzes im Becken zu einem links iliakalen, nicht vergrößerten Kontrastmittel-affinen Lymphknoten.
- Nachweis einer PSMA-exprimierenden ossären Metastase im 3. Brustwirbelkörper, die sich auch in der CT darstellen lässt.



a) b) © Universitätsklinikum Leipzig  
 Abb. 2: 71-jähriger Patient mit azinärem Adenokarzinom der Prostata, initial pT3a pN0 cM0, Pn1, R1, G2, Gleason-Score 4+3, mit Z.n. radikaler Prostatektomie und pelviner Lymphadenektomie 08/14 sowie Z.n. Radiatio der Prostata- und Samenblasenloge bis 01/15. PSA-Wert initial 5,11 ng/ml, postoperativ 0,1 ng/ml, PSA-Wert circa einen Monat vor PET/MRT-Untersuchung: 0,42 ng/ml (09/15); und etwa zwei Monate nach Untersuchung 0,505 ng/ml (12/15).  
 Dargestellt sind: a) die MIP (maximum intensity projection) der PET-Daten und b) transversaler Schnitt durch das Becken, von oben nach unten: PET, PET/MRT-Fusion und MRT (T1TSE fs KM).  
 a) MIP: bereits Verdacht auf einen PSMA-positiven Herd im Becken rechts.  
 b) Zuordnung des Befundes zu einem MRT-morphologisch nicht pathologisch vergrößerten LK rechts iliakal (5x8 mm).

[<sup>18</sup>F]Cholin-PET/CT als auch mit [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET/CT. Dabei zeigte sich insgesamt eine signifikant höhere Detektionsrate für die [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET/CT (86,5 Prozent der Patienten mit mindestens einer Läsion versus 70,3 Prozent in der [<sup>18</sup>F]Cholin-PET/CT). Insbesondere bei niedrigen PSA-Werten konnten anhand der [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET/CT mehr Tumorherde lokalisiert werden. Außerdem stellten sich Lymphknoten- und Knochenmetastasen in der [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET deutlich kontrastreicher dar [25]. Auch Eiber et al. wiesen nach radikaler Prostatektomie bei 89,5 Prozent der Patienten PSMA-positive Tumorherde nach. Die Detektionsrate war dabei abhängig vom PSA-Wert und schwankte zwischen 96,8 Prozent bei Patienten mit einem PSA-Wert  $\geq 2$  ng/ml und 57,9 Prozent bei Patienten mit einem PSA-Wert von 0,2 –

< 0,5 ng/ml auch unter antiandrogener Therapie. Bei Patienten mit schlechter differenzierten Karzinomen (Gleason  $\geq 8$ ) zeigte sich mit 96,8 Prozent eine signifikant höhere Detektionsrate im Vergleich zu besser differenzierten Karzinomen (Gleason  $\leq 7$ , Detektionsrate 86,7 Prozent) [26]. Weitere Studien bestätigen den Zusammenhang zwischen PSMA-positiven Läsionen in der PET-Bildgebung mit dem PSA-Wert, wobei ein höherer PSA-Wert mit einer höheren Detektionsrate assoziiert ist. Bezüglich des Zusammenhangs mit dem Gleason-Score und der PSA-Verdopplungszeit bestehen widersprüchliche Aussagen [22, 24, 27].

### Eigene Erfahrungen

Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums

Leipzig AöR führt seit Juli 2014 [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET/MRT- und -PET/CT-Untersuchungen durch, die laut Literatur bezüglich der Darstellung von Metastasen des Prostatakarzinoms vergleichbare Ergebnisse liefern [28]. Ein wesentlicher Vorteil der simultanen PET/MRT gegenüber der PET/CT liegt in der Kombination der PET mit der diagnostischen MRT, die insbesondere für die Detektion eines Lokalrezidivs eine wesentliche Rolle spielt [3, 9]. Die eigenen Erfahrungen bestätigen, dass schon bei sehr niedrigen PSA-Werten PSMA-positive Tumorherde nachgewiesen werden können. Es sollte mindestens ein PSA-Wert von 0,2 ng/ml vorliegen. In Ausnahmefällen können aber auch Patienten mit niedrigeren PSA-Werten untersucht werden. Abb. 1 zeigt einen Patienten mit Prostatakarzinom nach radikaler Prostatektomie (RPE) und pelviner Lymphadenektomie (LAE) vor geplanter Radiatio der Prostataloge mit einem PSA-Wert von 0,08 ng/ml (unter antihormoneller Therapie, PSA-Wert postoperativ 1,2 ng/ml), bei dem anhand der [<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET/MRT eine iliakale Lymphknoten- und eine ossäre Wirbelkörpermetastase identifiziert werden konnte. Zwei Monate nach Radiatio der Prostataloge und ehemaligen Samenblasenregion, der pelvinen Lymphabflusswege und des Brustwirbelkörpers fiel der PSA-Wert auf < 0,01 ng/ml.

Auch Metastasen, die anhand der konventionellen Diagnostik nicht identifiziert werden konnten, können mittels Darstellung in der PET lokalisiert werden. So stellt Abb. 2 einen Patienten mit Zustand nach radikaler Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie und Zustand nach Radiatio der Prostata- und Samenblasenloge dar, bei dem ein in der MRT nicht suspekter Lymphknoten eine deutlich gesteigerte PSMA-Expression als Hinweis auf eine Metastase des Prostatakarzinoms aufwies. Direkt im Anschluss an eine Radiatio des pelvinen Lymphabflussgebietes mit Dosisaufsättigung rechts iliakal (letzte Bestrahlungsfraction nicht durchgeführt) und kurzzeitiger Einnahme einer antihor-

Tabelle 1: Mögliche Indikationen für die Durchführung einer  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET-Hybrid-Bildgebung

<b>Primäre Indikation:</b>
Rezidivdiagnostik eines Prostatakarzinoms zur Ausbreitungsdiagnostik und weiteren Therapieplanung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biochemisches Rezidiv bei Zustand nach primärer Prostatektomie oder Strahlentherapie</li> <li>- Dringender klinischer Verdacht auf ein Rezidiv</li> </ul>
<b>Weitere mögliche Indikationen (zum Teil Einzelfallentscheidung):</b>
Therapieplanung und Kontrolle des Therapieansprechens bei Patienten mit fortgeschrittenem beziehungsweise metastasiertem Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Planung/Kontrolle einer perkutanen Strahlentherapie</li> <li>- PSA-Anstieg unter antihormoneller Therapie</li> <li>- Patientenselektion zur <math>^{177}\text{Lu}</math>PSMA-Therapie beziehungsweise Kontrolle des Therapieansprechens</li> <li>- Zum Ausschluss von Weichteilmetastasen vor geplanter Therapie mit Radium-223-dichlorid (Xofigo)</li> </ul>
Primärdiagnostik und Staging <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Therapieplanung bei Hochrisikopatienten (hoher Gleason-Score, kurze PSA-Verdopplungszeit, hoher PSA-Wert)</li> <li>- zur Planung einer Rebiopsie bei Verdacht auf ein Prostatakarzinom nach mehrfacher Biopsie ohne histologischen Tumornachweis</li> </ul>

monellen Therapie fiel der PSA-Wert von prätherapeutisch 0,51 ng/ml auf zunächst 0,19 ng/ml.

### Praktisches und Patientenvorbereitung

Die Untersuchung wird am Universitätsklinikum Leipzig in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am PET/CT und PET/MRT inklusive diagnostischer MRT des Beckens durchgeführt. Die Patienten sollten im Vorhinein über den zeitlichen Aufwand der Untersuchung aufgeklärt werden (insgesamt ca. 2 – 4 h). Die reine PET/MRT-Untersuchungsdauer (im Gerät) beträgt etwa 70 – 90 min (30 – 45 min Becken-MRT, 40 min Ganzkörperaufnahme), die reine PET/CT-Untersuchungsdauer ca. 35 min (Ganzkörper).

Der Patient muss am Untersuchungstag nicht nüchtern sein. Medikamente können eingenommen werden. Zu einer erfolgten Operation oder Radiotherapie sind – auch in Abhängigkeit von der Fragestellung – bestimmte zeitliche Abstände einzuhalten (entsprechende Informationen sind auf den Anmeldebögen einzutragen). Eine laufende antiandrogene Behandlung muss vor der  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET-Untersuchung nicht unterbrochen werden. Bei der Becken-MRT werden Medikamente zur Hemmung der Darmmotilität eingesetzt, die die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen können, weshalb

ambulante Patienten auf öffentliche Verkehrsmittel ausweichen sollten.

Aktuelle TSH- und Kreatininwerte sollten spätestens am Untersuchungstag vorliegen. Die  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET-Untersuchung stellt zurzeit keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen dar. Die Kostenübernahme muss nach Indikationsprüfung durch die untersuchende Einrichtung vorab beantragt werden. Privat krankenversicherte Patienten bekommen in der Regel die Kosten für die Untersuchung erstattet. Anmeldebögen zur Untersuchung und weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage (<http://nuklmed.uniklinikum-leipzig.de>).

### Ausblick

#### Weitere Indikationen

Noch existieren zu wenige – bislang hauptsächlich retrospektive – Studien, um den Wert der PET-Bildgebung zur Darstellung PSMA-exprimierender Zellen vollständig erfassen zu können. Eine größere prospektive Multicenter-Studie ist beispielsweise innerhalb des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung zur Prüfung der diagnostischen Genauigkeit des Radiotracer  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-11 für die präoperative PET/CT-Bildgebung bei Hochrisikopatienten in Vorbereitung (siehe entsprechend auch Homepage des Deutschen Krebsforschungszentrums: [https://www.dkfz.de/de/dktk/forschungsaktivitaeten/SI\\_PSMA.html](https://www.dkfz.de/de/dktk/forschungsaktivitaeten/SI_PSMA.html)).

Mögliche weitere Indikationen des Einsatzes der  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET/CT beim Prostatakarzinom sind etwa die Planung der Strahlentherapie, präoperatives Lymphknoten-Staging bzw. der Einsatz im Rahmen der Primärdiagnostik und Therapieplanung nach Erstdiagnose insbesondere bei initialer Risikokonstellation (hoher PSA-Wert, hoher Gleason-Score) sowie Progress der Erkrankung unter Therapie [29 – 34].

Erste Daten zeigen zum Beispiel, dass der Einsatz einer  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET im Rahmen der Planung einer externen Radiotherapie beim primären und rezidivierenden Prostatakarzinom in einem großen Anteil der Fälle einen wesentlichen Einfluss auf die TNM-Zuordnung und somit auch auf die Therapiestrategie bis hin zu einer Umstellung von einer geplanten lokalen auf eine systemische Therapieform hat [33, 34].

Die Salvage-Lymphadenektomie gewinnt als mögliche Therapieoption beim (nodal) rezidivierten Prostatakarzinom zunehmend an Bedeutung. Für eine gezielte operative Entfernung von Lymphknotenmetastasen fehlte bislang eine ausreichend zuverlässige prätherapeutische Bildgebung [35]. Bezüglich der Detektion von Lymphknotenmetastasen vor einer Lymphadenektomie wird für die  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET eine hohe diagnostische Genauigkeit beschrieben (Sensitivität 86,9 bzw. 94 Prozent, Spezifität 93,1 bzw. 99 Prozent, negativ prädiktiver Wert 96,6 bzw. 99,5 Prozent) [36, 19], sodass sie diese diagnostische Lücke womöglich füllen kann.

Wichtig aus unserer Sicht ist eine interdisziplinäre Diskussion der Ergebnisse der  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET/CT bzw. -PET/MRT-Untersuchungen in den entsprechenden (urologischen) Tumorboards. Aus der aktuellen Datenlage heraus ergeben sich die in Tabelle 1 aufgeführten möglichen Indikationen für die Durchführung einer  $^{68}\text{Ga}$ PSMA-PET/CT beziehungsweise -PET/MRT.

### Therapie

Für Patienten mit einem fortgeschritten metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom existierten



bislang nur wenige Behandlungsalternativen. Spezifisch an das PSMA bindende Substanzen können an ein radioaktives Nuklid mit nur geringer Strahlenreichweite und entsprechend hoher lokaler Strahlendosis gekoppelt werden (zum Beispiel Lutetium-177), um vorhandene Tumorerde lokal zu bestrahlen. Erste klinische Erfahrungen zeigen vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit der Therapie, die sich unter anderem in einem meist deutlich sinkenden PSA-Wert zeigt [37 – 41]. Die

[<sup>68</sup>Ga]PSMA-PET wird sowohl für die Therapieplanung, als auch zur Evaluation des Therapieansprechens eingesetzt. Eine Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Therapie ist unter anderem eine in der Bildgebung nachgewiesene deutliche PSMA-Expression der Tumorerde [40, 42].

Über die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin ist eine multizentrische Studie zur Therapie mit [<sup>177</sup>Lu]PSMA-617 bei Patienten mit fortgeschrittenem kastrationsresis-

tenten Prostatakarzinom geplant (siehe auch Homepage der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin: [www.nuklearmedizin.de/leistungen/news/newsdetail.php?navId=69&newsId=219](http://www.nuklearmedizin.de/leistungen/news/newsdetail.php?navId=69&newsId=219))

Literatur bei der Verfasserin

Interessenskonflikt: keine

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Karoline Dickhuth  
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des  
Universitätsklinikums Leipzig  
Liebigstr. 18, 04103 Leipzig  
[Karoline.Dickhuth@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Karoline.Dickhuth@medizin.uni-leipzig.de)

## Zukunft Medizin

### Ein interprofessionelles Symposium, 4. – 5. Juni 2016 in Dresden

Was kann ich als Einzelperson und was können wir gemeinsam tun, um angesichts der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen weiterhin eine menschlich-zugewandte, bedürfnisorientierte Medizin zu praktizieren? Eine ganze Menge, stellte sich am 4. und 5. Juni 2016 am Uniklinikum Dresden heraus.

Unter Schirmherrschaft von Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Leiterin des Bereiches Allgemeinmedizin am Uniklinikum Dresden, organisierten die Dresdner Ärztinnen Dr. med. Marie Downar und Dr. med. Oxana Atmann vom Verein „Medizin und Menschlichkeit“<sup>1</sup> das erste Symposium dieser Art unter dem Titel „Zukunft: Medizin“. 70 Gesundheitsberufler aus dem gesamten deutschsprachigen Raum begaben sich an jenem Juni-Wochenende in Dresden auf die Suche nach Antworten.

Ein Magnet war der Eröffnungsvortrag des neuseeländischen Arztes und Mitgründers der Organisation „Hearts In Healthcare“<sup>2</sup>, Dr. Robin Youngson, der die wissenschaftliche Evidenz für den direkten therapeutischen Zusatznutzen einer mitgeföhlzentrierten therapeutischen Be-

ziehung klar herausarbeitete. „Als Einzelner können Sie vielleicht nicht Ihr Arbeitsumfeld umgestalten, aber Sie können die Art und Weise verändern, wie Sie mit Patienten und Kollegen umgehen“, bringt Dr. Youngson seine Erkenntnisse auch in seinem Buch „Time To Care – Wie Sie Ihre Patienten und Ihren Job lieben“<sup>3</sup> auf den Punkt. Der Mabuse-Verlag publiziert das von Dr. med. Downar übersetzte Werk erstmals auf Deutsch.

Ganz praktische Anregungen für mehr Mitgeföhl und Zuwendung im klinischen Alltag erarbeiteten sich die Teilnehmer in der anschließenden „Werkstatt Zukunft: Medizin“. Unter den fachkundigen und kreativen Workshopleitungen der „Spiegelneuronen“<sup>4</sup>, „Was hab' ich?“<sup>5</sup>, „Arzt mit Humor“<sup>6</sup> und „Medizin und Menschlichkeit“ fanden die Teilnehmer heraus, wie entsprechende Haltungen und Herangehensweisen im zwischenmenschlichen Kontakt nicht nur keine zusätzliche Zeit in Anspruch nehmen müssen, sondern darüber hinaus oftmals Zeit einsparen können – und Therapieergebnisse und berufliche Zufriedenheit gleichermaßen verbessern können.

Im von Christian Stoebe achtsam moderierten Dialog der Medizinergenerationen offenbarten die aufschlussreichen, persönlichen Einsich-

ten weiteres Potential zum Reibungsverlust auf Arbeit. Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich, leidenschaftliche Hausärztin und Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Gründervater und Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer mit beeindruckender Lebens- und Klinik-Erfahrung, Herr Kreß, engagierter Dresdner Medizinstudent und Mitglied der Studienkommission und Dr. med. Anna Hägele, couragierte Ärztin in Weiterbildung und Vorsitzende von „Medizin und Menschlichkeit e. V.“, eröffneten mit ihren berührenden Eingang-Statements den Raum für einen lebendigen Dialog.

Das Symposium fand am Sonntag seinen krönenden Abschluss im Seminar „Reawakening Purpose“ mit Frau und Herrn Youngson. 60 Teilnehmer erzählten zunächst in Kleingruppen von einem Tag, an dem sie eine tiefe menschliche Verbundenheit mit einem Patienten erlebten, um dann in einem Dialogprozess in der gesamten Gruppe herauszuarbeiten, was sie von diesen Begegnungen für die Zukunft lernen und anwenden können.

„Nach dem Symposium und diesem außergewöhnlichen Workshop bin ich mit mehr Sinnhaftigkeit und Freude an meinem Wirken als Arzt und mit konkreten Veränderungs-ideen an meinen Arbeitsplatz zurückgekehrt“, resümierte Christoph Colling, Arzt in Weiterbildung. Unter den Symposiums-Teilnehmern entstand der Wunsch, Elemente des Symposiums „Zukunft: Medizin“ – insbesondere den Generationendialog – künftig weiterzuführen, und so einander mit mehr Verständnis und Wertschätzung zu begegnen. Eine erste Gelegenheit bietet der Verein „Medizin und Menschlichkeit“ mit seinem nächsten Symposium „Medizin und Menschlichkeit – wie ist Medizin noch möglich?“ am 22. bis 25. September in Weyarn bei München.



Dr. med. Schmidt-Göhrich, Prof. Dr. med. habil. Schulze, Hr. Kreß, Dr. med. Hägele (v.l.) im Generationendialog.

© Eva Wartner

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Marie Downar, Dresden

## Unsere Jubilare im September 2016 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 05.09. Prof. Dr. med. habil.  
Pfeiffer, Dietrich  
04317 Leipzig
- 06.09. Dr. med. Kaiser, Petra  
01159 Dresden
- 06.09. Dipl.-Med. Knauer, Siegmар  
04109 Leipzig
- 07.09. Dr. med. Grummt, Brigitte  
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.09. Dr. med. Zschau, Uwe  
02689 Sohland / Wehrsdorf
- 09.09. Dr. med. Kaltschmidt, Gert  
01468 Moritzburg
- 11.09. Nieschalk, Dietmar  
08060 Zwickau
- 12.09. Dr. med. Stühmeier, Bruno  
04651 Bad Lausik
- 13.09. Bayyoud, Yousef  
01067 Dresden
- 15.09. Dr. med. Graul, Reinhard  
04356 Leipzig
- 16.09. Dr. med. Sämann, Wolfgang  
09405 Gornau
- 20.09. Dr. med. Jäckel, Christine  
09224 Grüna
- 21.09. Dr. med.  
Wiesenhaken, Ulrich  
04827 Machern
- 22.09. Dipl.-Med. Brückner, Ingolf  
02788 Hirschfelde
- 22.09. Dr. med. Hanrath, Rolf-Dieter  
95032 Hof
- 25.09. Dr. med. habil.  
Gast, Wolfgang  
04105 Leipzig
- 25.09. Dr. med. Lohse, Gesine  
01731 Kreischa/Gombsen
- 26.09. Dr. med.  
Bosse-Henck, Andrea  
04289 Leipzig
- 26.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kneissl, Georg  
63225 Langen (Hessen)
- 27.09. Dr. med.  
Klinghammer, Henriette  
09131 Chemnitz
- 27.09. Dipl.-Med.  
Steierhoffer, Ursula  
08223 Falkenstein
- 28.09. Dr. med. Lutter, Helmut  
09627 Niederbobritzsch
- 29.09. Dr. med. Seifert, Barbara  
09120 Chemnitz

- 29.09. Dr. med. Weichsel, Diethard  
08107 Kirchberg
- 30.09. Dr. med. Brödel, Christine  
01309 Dresden
- 30.09. Dr. med.  
Jungnickel, Margarete  
04552 Neukirchen

### 70 Jahre

- 05.09. Dr. med. Lippitz, Gisa  
02977 Hoyerswerda
- 09.09. Dipl.-Med.  
Perschke, Wolfgang  
08134 Wildenfels
- 09.09. Dr. med. Richter, Wulf  
02692 Singwitz
- 10.09. Dr. med. Walter, Erika  
04159 Leipzig
- 11.09. Becker, Alwina  
09123 Chemnitz
- 12.09. Dr. med. Pätzug, Ulrike  
01731 Kreischa-Gombsen
- 12.09. Vogel, Elke  
09113 Chemnitz
- 13.09. Dr. med. Billig, Marlis  
04288 Leipzig
- 13.09. Dr. med. Richter, Jutta  
01309 Dresden
- 15.09. Dipl.-Med. Arnold, Reinhard  
08371 Glauchau
- 17.09. Dr. med. Damaschke-  
Steenbergen, Heike  
02977 Hoyerswerda
- 17.09. Dr. med. Schubert, Marion  
01326 Dresden
- 18.09. Dr. med. Reinfried, Renate  
01328 Dresden
- 19.09. Dr. med. Fechner, Sieglinde  
04105 Leipzig
- 22.09. Dipl.-Med. Birmele, Katharina  
04758 Oschatz
- 24.09. Dipl.-Med. Gödicke, Ruth  
04420 Markranstädt
- 24.09. Dipl.-Med. Lehmann, Ilse  
01445 Radebeul
- 25.09. Glumm, Gildis  
04155 Leipzig
- 28.09. Canzler, Gisela  
09131 Chemnitz

### 75 Jahre

- 01.09. Dr. med. Eberth, Ulrich  
01705 Freital
- 01.09. Dr. med. Hahn, Bernd  
08321 Zschorlau
- 01.09. Dr. med. Schmitzer, Karin  
08209 Auerbach
- 02.09. Haack, Inge  
01920 Elstra

- 02.09. Hofmann, Sieglinde  
04769 Mügeln
- 02.09. Dr. med. Kilian, Rainer  
08315 Bernsbach
- 02.09. Dr. med.  
Landschreiber, Klaus  
04886 Beilrode
- 03.09. Dr. med. Findeisen, Bernd  
09619 Sayda
- 03.09. Dr. med. Schmidt, Bernd  
01326 Dresden
- 04.09. Martin, Hannelore  
01259 Dresden
- 04.09. Matting-Köhler, Jutta  
01159 Dresden
- 05.09. Dr. med. Häusler, Hans-Jürgen  
08645 Bad Elster
- 05.09. Dr. med.  
Herrmann, Anneliese  
01109 Dresden
- 06.09. Dr. med. Günzel, Rolf  
01129 Dresden
- 06.09. Köhler, Runheid  
04157 Leipzig
- 06.09. Dr. med. Kresse, Helmut  
01069 Dresden
- 07.09. Dr. med. Langer, Heinz  
08066 Zwickau
- 07.09. Lüdicke, Dorothea  
09399 Niederwürschnitz
- 07.09. Dr. med. Oelschlegel, Klaus  
08060 Zwickau
- 07.09. Dr. med. Willsch, Marlies  
02827 Görlitz
- 08.09. Dr. med. Schneider, Gerd  
02977 Hoyerswerda
- 09.09. Elsner, Dorothea  
01689 Weinböhla
- 09.09. Dr. med. Pleß, Doris  
01587 Riesa
- 09.09. Schab, Wolfram  
09599 Freiberg
- 11.09. Dr. med. Kästler, Ursula  
01662 Meißen
- 12.09. Dr. med. Kießling, Ingrid  
09114 Chemnitz
- 13.09. Dr. med. Friedrich, Klaus  
09112 Chemnitz
- 13.09. Dr. med.  
Magomedow, Ingeborg  
04103 Leipzig
- 13.09. Dr. med. Schittkowski, Dorit  
09618 Brand-Erbisdorf
- 13.09. Dr. med. Wollen, Gerrit  
09127 Chemnitz
- 14.09. Dr. med. Boxberger, Eva-Maria  
04288 Leipzig
- 16.09. Mahncke, Emma  
01936 Laußnitz

- |        |  |                 |  |                 |   |
|--------|--|-----------------|--|-----------------|---|
| 17.09. | Prof. Dr. med. habil.<br>Sebastian, Günther<br>01328 Dresden     | 23.09.          | Dr. med. Zacharias, Monika<br>04463 Großpösna            | 13.09.          | Dr. med. Grethe, Ursula<br>09465 Sehma                    |
| 18.09. | Dipl.-Med. Klauß, Peter<br>04463 Großpösna                       | 24.09.          | Dr. med. Georgi, Brigitte<br>08294 Löbnitz               | 14.09.          | Dr. med. Hofmann, Regina<br>09123 Chemnitz                |
| 18.09. | Dr. med. Pohl, Manfred<br>09217 Burgstädt                        | 24.09.          | Goldberg, Katrin<br>01328 Dresden                        | 14.09.          | Dr. med. Pirlich, Ingrid<br>04357 Leipzig                 |
| 18.09. | Dr. med.<br>Spitzhofer, Katharina<br>01257 Dresden               | 24.09.          | Dr. med. Jahn, Christof<br>09243 Niederfrohna            | 14.09.          | Dr. med. Ziehank, Eberhard<br>08468 Reichenbach           |
| 18.09. | Dr. med. Wunderlich, Frank<br>09573 Augustusburg                 | 24.09.          | Prof. Dr. med. habil.<br>Terhaag, Bernd<br>01326 Dresden | 16.09.          | Dr. med. Roch, Christiane<br>01326 Dresden                |
| 19.09. | Dr. med. Artym, Christa<br>01307 Dresden                         | 25.09.          | Dr. med. Gierth, Herrmann<br>01662 Meißen                | 17.09.          | Dr. med. Vogel, Helga<br>01277 Dresden                    |
| 19.09. | Dr. med. Fischer, Gunter<br>01809 Meusegast                      | 26.09.          | Schürer, Annemarie<br>09661 Hainichen                    | 24.09.          | Scherbak, Anatol<br>01307 Dresden                         |
| 19.09. | Dr. med. Flammiger, Bernd<br>04178 Leipzig                       | 27.09.          | Dr. med. Heidemüller, Bernd<br>09130 Chemnitz            | 26.09.          | Dr. med. Matthes, Eva-Maria<br>01277 Dresden              |
| 19.09. | Dr. med. Kohlstock, Isolde<br>09599 Freiberg                     | 27.09.          | Dr. med. Krötzsch, Bettina<br>01328 Dresden              | 28.09.          | Dr. med. Just, Gabriele<br>04155 Leipzig                  |
| 19.09. | Dr. med. Krumpe, Horst<br>02999 Lohsa                            | 27.09.          | Dr. med.<br>Lommatzsch, Barbara<br>09120 Chemnitz        | <b>81 Jahre</b> |   |
| 19.09. | Dr. med. Lange, Monika<br>04277 Leipzig                          | 27.09.          | Dr. med.<br>Schneider, Wolfgang<br>04683 Naunhof         | 02.09.          | Dr. med. Kaschl, Irmgard<br>09366 Stollberg               |
| 19.09. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.<br>Lindner, Joachim<br>09114 Chemnitz | 27.09.          | Dr. med. Scholz, Ellen<br>04758 Oschatz                  | 07.09.          | Dr. med. Zschau, Gudrun<br>09120 Chemnitz                 |
| 19.09. | Dr. med. Ullmann, Dieter<br>08468 Reichenbach                    | 27.09.          | Dr. med. Zacharias, Klaus<br>08645 Bad Elster            | 08.09.          | Kubicek, Annelies<br>01067 Dresden                        |
| 20.09. | Dr. med. Neumann, Irmgard<br>04105 Leipzig                       | 28.09.          | Dr. med. Otremba, Helga<br>08412 Königswalde             | 16.09.          | Dr. med. Dörfelt, Christoph<br>01591 Riesa                |
| 20.09. | Scheppan, Lucie<br>04736 Waldheim                                | 28.09.          | Dipl.-Med. Scheffel, Peter<br>01109 Dresden              | 16.09.          | Dr. med. Fritsche, Lothar<br>02827 Görlitz                |
| 21.09. | Erlor, Jutta<br>01187 Dresden                                    | 29.09.          | Dr. med. Driesnack, Rainer<br>01936 Schwepnitz           | 16.09.          | Taubert, Monika<br>01259 Dresden                          |
| 21.09. | Dr. med. Kleinod, Siegrun<br>04435 Schkeuditz                    | 29.09.          | Dr. med. Freund, Helga<br>08064 Zwickau                  | 19.09.          | Prof. Dr. sc. med.<br>Hanefeld, Markolf<br>01445 Radebeul |
| 21.09. | Dr. med. Schirmer, Bärbel<br>09405 Zschopau                      | 29.09.          | Herrmann, Heidemarie<br>08112 Wilkau-Haßlau              | 24.09.          | Dr. med. Hübner, Ursula<br>01307 Dresden                  |
| 21.09. | Dr. med. Schmidt, Horst<br>09235 Burkhardtsdorf                  | 29.09.          | Möbius, Antje<br>09127 Chemnitz                          | 30.09.          | Dr. med. Seyfert, Gottfried<br>09127 Chemnitz             |
| 21.09. | Struck, Ulrike<br>01662 Meißen                                   | 30.09.          | Dr. med. Grimm, Sigrid<br>08312 Lauter                   | 30.09.          | Prof. Dr. med. habil.<br>Todt, Horst<br>01187 Dresden     |
| 21.09. | Wunderlich, Gottfried<br>08258 Siebenbrunn                       | 30.09.          | Dr. med. Schubert, Monika<br>08648 Bad Brambach          | <b>82 Jahre</b> |   |
| 22.09. | Prof. Dr. med. habil.<br>Dürschmidt, Volker<br>01809 Dohna       | <b>80 Jahre</b> |  | 02.09.          | Dr. med. Engler, Erika<br>01067 Dresden                   |
| 22.09. | Dr. med. Hempel, Friedbert<br>08134 Wildenfels/<br>OT Wiesenburg | 01.09.          | Dr. med. Kotte, Sigrid<br>01187 Dresden                  | 05.09.          | Dr. med. Müller, Wolfgang<br>04158 Leipzig                |
| 22.09. | Dipl.-Med. Matz, Christa<br>04720 Döbeln                         | 03.09.          | Dr. med. Hanisch, Inge<br>02733 Cunewalde                | 14.09.          | Dr. med. Geschke, Käte<br>09217 Burgstädt                 |
| 22.09. | Dr. med. Olsen, Gisela<br>01768 Glashütte                        | 07.09.          | Dr. med. Fuhrmann, Marita<br>04105 Leipzig               | 17.09.          | Dr. med. Rohrwacher, Ingrid<br>04157 Leipzig              |
| 23.09. | Dr. med. Herzig, Siegfried<br>04741 Roßwein                      | 09.09.          | Dr. med. Langer, Hans<br>01587 Riesa                     | 24.09.          | Dr. med. Beyer, Peter<br>01844 Hohwald                    |
| 23.09. | Dr. med. Kirschner, Ingeborg<br>01454 Radeberg                   | 10.09.          | Dr. med. Götz, Annerose<br>02828 Görlitz                 | 24.09.          | Dr. med.<br>Seckendorf, Brunhilde<br>09116 Chemnitz       |
|        |  | 11.09.          | Weis, Anita<br>08527 Plauen                              | 26.09.          | Dr. med. Kirschner, Wolfgang<br>08315 Bernsbach           |

26.09. Dr. med. Seidel, Rolf  
08543 Jocketa

**83 Jahre**

01.09. Dr. med. Meier, Gudrun  
01326 Dresden

08.09. Dr. med.  
Gutsmuths, Frank-Jörg  
04158 Leipzig

09.09. Dr. med. Gräbner, Anny  
09350 Lichtenstein

13.09. Dr. med. Kösser, Christa  
04277 Leipzig

14.09. Dr. med. Eisengarten, Klaus  
01259 Dresden

19.09. Dr. med. Heimann, Günter  
08058 Zwickau

27.09. Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Wolfgang  
04299 Leipzig

29.09. Dr. med. Klemm, Brigitte  
02694 Malschwitz

30.09. Dr. med. Hellmessen, Ute  
04651 Bad Lausick

**84 Jahre**

02.09. Dr. med. Berthold, Regina  
04103 Leipzig

04.09. Dr. med. Weiße, Eva  
04319 Leipzig

07.09. Dr. med. Heilek, Walter  
01326 Dresden

12.09. Dr. med. Gregori, Peter  
08529 Plauen

13.09. Bilger, Sigrid  
01069 Dresden

16.09. Prof. Dr. med. habil.  
Leopold, Dieter  
04275 Leipzig

19.09. Dr. med. Klapper, Johannes  
08058 Zwickau

23.09. Dr. med.  
Hebenstreit, Renate  
01920 Haselbachtal

26.09. Prof. Dr. med. habil.  
Helbig, Werner  
04155 Leipzig

**85 Jahre**

01.09. Dr. med.  
Baumann, Irene  
04105 Leipzig

03.09. Dr. med. habil.  
Kluge, Werner  
01259 Dresden

06.09. Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda

08.09. Dr. med.  
Steudtner, Ursula  
01217 Dresden

09.09. Kuhnert, Friedegard  
01217 Dresden

12.09. Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen

20.09. Dr. med.  
Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg

22.09. Dr. med. Lippoldt, Roland  
08115 Lichtentanne

23.09. Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden

**86 Jahre**

19.09. Dr. med. Vollmer, Christa  
01109 Dresden

29.09. Dr. med.  
Kretschmar, Christian  
02730 Ebersbach-Neugersdorf

**87 Jahre**

05.09. Dr. med.  
Dießner, Magdalena  
01157 Dresden

15.09. Dr. med.  
Holzhausen, Günter  
04821 Waldsteinberg

28.09. Dr. med. Tützer, Anny  
08451 Crimmitschau

29.09. Tuchscherer, Isolde  
08280 Aue

**89 Jahre**

28.09. Dr.-medic  
Naumann, Ladislaus  
04103 Leipzig

**90 Jahre**

03.09. Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig

**92 Jahre**

26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra

**93 Jahre**

16.09. Dr. med. habil.  
Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz

**95 Jahre**

06.09. Dr. med. Spielmann, Volker  
04316 Leipzig

**97 Jahre**

06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid  
01069 Dresden

## Abgeschlossene Habilitationen

### Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – II. Quartal 2016

#### Dr. rer. med.

##### **Claudia Luck-Sikorski,**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universitätsklinikum Leipzig AÖR / SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Sozialmedizin und Public Health zuerkannt.

Thema: Das Stigma Adipositas – Prävalenz, Ursachen und Auswirkungen  
Verleihungsbeschluss: 26.04.2016

##### **Dr. med. Jörg Kempfert,**

Klinik für Herz- Thorax- und Gefäßchirurgie, Deutsches Herzzentrum Berlin, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Herzchirurgie zuerkannt.

Thema: Klinische Weiterentwicklung der kathetergestützten transapikalen Klappenimplantationstechniken  
Verleihungsbeschluss: 26.04.2016

##### **Dr. med. habil. Petra Baum,**

Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Neurologie zuerkannt.

Thema: Elektrophysiologische Untersuchungen verschiedener Nervenfasertypen und des autonomen Nervensystems bei Polyneuropathien des Menschen und bei experimentellen Krankheitsmodellen

Habilitation: 24.05.2016

Privatdozent: 21.06.2016

##### **Dr. med. habil. Stefan Karger,**

Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR / Praxis für Endokrinologie Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie zuerkannt.

Thema: Molekulare Pathomechanismen benigner und maligner Schilddrüsentumoren – Perspektiven in der

Differentialdiagnostik

Habilitation: 24.05.2016

Privatdozent: 21.06.2016

##### **Dr. med. Hans-Michael Hau,**

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Viszeralchirurgie zuerkannt.

Thema: Aktueller Stellenwert der chirurgischen Therapie in der Behandlung primärer und sekundärer hepato-pankreato-biliärer Tumore  
Verleihungsbeschluss: 21.06.2016

##### **Dr. med. Michael Moche,**

Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Radiologie zuerkannt.

Thema: Implementierung und klinischer Einsatz eines Navigationsverfahrens zur Steuerung von Eingriffen am MRT

Verleihungsbeschluss: 21.06.2016

### Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – II. Quartal 2016

#### Priv.-Doz. Dr. med.

##### **Friedrich Stölzel,**

Medizinische Klinik und Poliklinik I am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Prognose, Resistenz und Management der Akuten myeloischen Leukämie“

Verleihungsbeschluss: 28.04.2016

#### Priv.-Doz. Dr. rer. med. Dr. med. **dent. Tomasz Gredes,**

Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum der TU Dresden  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Kieferorthopädie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „In-vitro- und in-vivo-Biokompatibilitäts-

untersuchungen sowie Bestimmung des oste-ogenen Potentials von Flachs-Polyester-Kompositen“  
Verleihungsbeschluss: 28.04.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Naim Terai,

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Augenheilkunde“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Nichtinvasive Messungen von pharmakologischen Therapieeffekten auf die retinale Mikrozirkulation“

Verleihungsbeschluss: 28.04.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Karim Ibrahim,

Klinik für Innere Medizin/Kardiologie am Herzzentrum Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin/Kardiologie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Thrombozyten und Monozyten in arteriosklerotischen Gefäßläsionen und akuten kardiovaskulären Erkrankungen – experimentelle Untersuchungen mit translationaler Perspektive“

Verleihungsbeschluss: 25.05.2016

Sächsische  
Landesärztekammer  
Wärperschaft des öffentlichen Rechts



Ärztliche Fort- & Weiterbildung  
Qualitätssicherung  
- die Aufgaben der  
Sächsischen Landesärztekammer  
im Film:



## Das kurze Leben des Vincent van Gogh

30. März 1853 – 29. Juli 1890

Die außergewöhnliche und menschlich bewegende Lebensgeschichte Vincent van Goghs endete bereits mit nur 37 Jahren am 29. Juli 1890 in Auvers-sur-Oise bei Paris. Welche Dramatik steckt in seiner Lebenszeit? Dem Pfarrehepaar der Niederländisch Reformierten Kirche, Theodorus van Gogh und Frau Anna Cornelia, wurde am 30. März 1853 in Groot Zundert (Nordbrabant) ihr zweiter Sohn Vincent geboren, der hier seine ersten Lebens- und Dorfschuljahre zusammen mit fünf Geschwistern verbrachte. Ab 1866 besuchte Vincent die Mittelschule in Tiburg. 1869 begann er eine Ausbildung in der Den Haager Filiale, der seinerzeit bekannten Kunsthandlung Goupil und Cie, in der sein Onkel Cent Teilnehmer war. Von hier wurde van Gogh in Filialen nach London und 1874 nach Paris versetzt. Beim Besuch zahlreicher Museen und Kunsthandlungen lernte er die etablierte Kunst kennen. Nachhaltig bedrückte ihn eine unglückliche Liebe zur Tochter seines Londoner Vermieters und die Einsamkeit. Der bereits in seiner Kindheit als schwierig und eigenbrötlerisch beschriebene Vincent lebte privat und dienstlich zunehmend zurückgezogen und isoliert. Auch im Umgang mit Firmenkunden gab es Probleme, da er als Verkäufer denkbar ungeeignet war. Schließlich kündigte Vincent van Gogh nach sechsjähriger Tätigkeit 1876 seine Anstellung. Er beschäftigte sich viel mit Religion, las Erbauungsbücher und verlegte seinen Wohnsitz zum Onkel nach Amsterdam, um privat Latein, Griechisch und Mathematik zu lernen. Bis 1880 versuchte Vincent sich als Hilfslehrer in London und Kent, studierte kurze Zeit Theologie, besuchte erfolglos ein Predigerseminar und betätigte sich danach als Laienprediger im Steinkohlenrevier Borinage bei Mons in Belgien, alles nur kurzzeitig. Vincent van Gogh fühlte sich immer einfachen Leuten sehr verbunden. 1880,

mit 27 Jahren, beschloss van Gogh, Kunstmaler zu werden. Dieser Entschluss funktionierte, weil ein geniales Talent in ihm schlummerte und weil sein vier Jahre jüngerer Bruder Theo, der in Paris eine Filiale von Goupil leitete, für seinen finanziellen Unterhalt sorgte. Dafür schickte Vincent einen Großteil seiner Bilder nach Paris. Theo hatte wohl als Vertrauter seines Bruders und Fachmann das Besondere in den Bildern Vincents erkannt. Die Brüder verband ein umfangreicher Briefwechsel, eine wesentliche Quelle der heutigen van Gogh Forschung. Theo schrieb an Vincent: „Da ist eine Kraft in den Farben, die Du niemals zuvor erreicht hast, und wie bist Du an die Grenzen gegangen, denen das Schwindelgefühl innewohnt.“ Vincent van Gogh unterzog sich, ab 1880 in Brüssel lebend, einem intensiven Selbststudium der Malkunst aus Büchern, und er kopierte von ihm bewunderte Gemälde und Zeichnungen. Der Maler Anthon van Rappard und etwas später sein angeheirateter Cousin Anton Mouve unterrichteten van Gogh kurze Zeit in Öl- und Aquarellmalerei. Etliche Monate lebte der Maler danach wieder bei seinen Eltern in Nuenen in der niederländischen Provinz, sodass er die dortige Landschaft und das Bauernleben in 180 Bildern darstellte. Die Eltern nahmen den Sohn nur halbherzig auf. Er galt zu Hause als Versager, und er fühlte sich auch so. Das Verhältnis zu seinen Eltern wurde zusätzlich belastet durch eine Liaison mit dem Model Sien, einer Gelegenheitsprostituierten. Van Gogh trennte sich von der Familie im Streit und belegte 1885 an der Kunstakademie Antwerpen wenige Monate lang Malkurse. Danach betrieb er ein kleines Atelier am Montmartre in Paris, lernte Toulouse Lautrec und andere Künstler kennen und befreundete sich mit Paul Gauguin. Auch hier lebte Vincent van Gogh als jähzorniger Sonderling und Außen-seiter, der gerne und reichlich trank. Sein Bruder Theo charakterisiert ihn 1888 in einem Brief derart: „Wie Du weißt, hat er seit langem mit allem, was man Konventionen nennt, gebrochen. Seine Art sich zu kleiden



Vincent van Gogh, Selbstporträt 1889 vor dem Spiegel mit verbundenem Ohr

© Wikipedia

und seine Allüren lassen sofort erkennen, dass er ein besonderer Mensch ist, und seit Jahren sagt, wer seiner ansichtig wird: ‚Das ist ein Verrückter‘. (...) Schon in seiner Art zu sprechen, liegt etwas, um dessen Willen man entweder sehr viel von ihm hält, oder ihn nicht ausstehen kann. Es ist ihm nicht möglich, mit Jemandem auf eine gleichgültige Weise zu verkehren.“ Andererseits war er in Umgebungen, die seinem Talent entgegenkamen, oft gesellig und auch beliebt. Im Februar 1888 verließ van Gogh die hektische Großstadt und erreichte mit dem Zug Arles im Süden Frankreichs, um „die blauen Töne und heiteren Farben“ kennen zu lernen. Und er wollte seinen Traum verwirklichen, in dem angemieteten „Gelben Haus“ eine Künstlerkolonie im warmen Süden zu gründen. Aber lediglich Paul Gauguin folgte seinem Werben und kam am 23. Oktober 1888 nach Arles. Van Gogh versprach diesem eine monatliche Unterstützung und Übernahme der Reisekosten. Doch die Beiden waren charakterlich so verschieden, dass es voraussehbar zwischen dem nervenkranken Vincent und dem exaltierten Gauguin schon nach kurzer Zeit zu Streit, Auseinandersetzungen und schließlich zum Eklat kam. Vincent van Gogh war betrunken und im Streit hochgradig erregt, sodass er sich schließlich völ-

lig überreizt mit dem Rasiermesser am 25. Dezember 1888 das linke Ohr abschnitt. Stark blutend schleppte sich der Verletzte zu einer befreundeten Prostituierten in der Nachbarschaft. Die Lokalzeitung berichtete: „Letzten Sonntag um 23.30 erschien ein gewisser Vincent van Gogh, Maler, gebürtig aus Holland, im Bordell Nr.1, verlangte nach einer gewissen Rachel und hat ihr sein Ohr gegeben, indem er sagte: ‚Bewahren Sie diesen Gegenstand gut auf.‘“ Rachel fiel in Ohnmacht. Dr. Felix Rey bestätigte später, dass es sich um van Goghs Ohr handelte. Gauguin verständigte van Goghs Bruder Theo und verließ fluchtartig Arles in Richtung Paris. Am folgenden Tag fand die Polizei van Gogh mit blutgetränkten Tüchern im Bett und brachte ihn ins Krankenhaus. Er konnte sich an nichts erinnern. Die Familie war beschämt und Schwägerin Johanna verbreitete, Vincent hätte sich lediglich ins Ohrläppchen geschnitten. Dies ist die gängige Version der Ohr-Story van Goghs. Eine andere These besagt, dass der im Streit rasende Gauguin über van Gogh hergefallen sei und diesem das linke Ohr abgetrennt hätte. Seinem aufbrausenden Temperament traut man eher diese Tat zu. Gauguin hätte zu seinem Schutz vor Strafverfolgung die These der Selbstverstümmelung verbreitet. Van Gogh hätte ihn mit einem Rasiermesser bedroht. Das Ohr war auf jeden Fall ab. Bekannt ist auch, dass van Gogh etwa ab 1885 zunehmend unter psychischen Störungen litt, die zu vermehrtem Alkoholkonsum führten. Zeiten großer depressiver Zurückgezogenheit mit visuellen und akustischen Wahrnehmungen folgten Phasen ungeheuren künstlerischen Schaffens. Van Gogh nannte sich selbst in seinen Briefen „neurotisch“, „wüst“ und „zerstört“. Die Umgebung war nach dem Aufsehen erregenden Vorfall der verständlichen Meinung, dass es sich nur um die Tat eines Wahnsinnigen handeln könne. Vincent van Gogh wurde erneut stationär behandelt. Nach einer Petition der Nachbarn kommt ein Anhörungsprozess zu dem Ergebnis, dass „sich der betreffende Geisteskranke

in einem Anfall von Wahnsinn ein Ohr abgeschnitten hat, ein Anfall, der sich wiederholen und für eine Person seiner Umgebung unheilvoll sein könnte.“

Vincent van Gogh ließ sich am 8. Mai 1889 freiwillig in die Nervenheilanstalt Saint Remy bei Arles aufnehmen. Seine Therapie war das Malen, was seinen Geist beruhigte. „Was mich betrifft, geht es mir zur Zeit sehr gut...“ schreibt er. Jedenfalls ging es ihm in der Klinik besser als draußen. In dem einen Jahr seines Aufenthalts dort entstanden 150 Bilder. Als van Gogh vom schlechten Gesundheitszustand seines Bruders Theo erfuhr, zog er auf Einladung seines Freundes Camille Pissarro in eine Pension in Auvers-sur-Oise in die Nähe von Paris, wo ihn der mit van Gogh befreundete Arzt und Freizeitmaler Dr. Paul Gachet behandelte, der ebenfalls als Honorar-Bilder erhielt. In 70 Tagen entstanden 80 Gemälde und 60 Zeichnungen. In dieser Zeit präsentierte sein Bruder Theo einige der Bilder in Ausstellungen mit positivem Echo der Kunstkritik. Doch ein Besuch Vincents bei Theos Familie endete im Streit, und der Künstler fuhr deprimiert nach Auvers zurück. Am Morgen des 27. Juli 1890 verließ der Künstler mit seinen Malutensilien seine Unterkunft und schleppte sich einige Zeit später mit einem linksseitigen Brustschuss die 1,5 km zurück in die Wohnung. Die gültige These besagt, dass der Maler sich in einem Kornfeld selbst erschoss, weil er seelisch krank war. Van Bruder Theo musste seine Aufmerksamkeit der neugegründeten Familie geben und Dr. Gachet verbot seiner Tochter den Umgang mit dem Künstler. Möglicherweise handelte es sich um den Hilfeschrei eines Kranken als willkommene Erlösung von seiner psychischen Misere. Zwei Tage nach seiner Verletzung starb van Gogh im Beisein seines Bruders Theo in seiner Wohnung. Einige Autoren zweifeln heute an der Selbstverletzungsthese, denn niemand fand eine Waffe. Der Maler hatte zwei Tage vor dem Ereignis noch Farben bestellt und als Linkshänder war es schwierig, in die eigene linke Brust zu schießen. Der

Einschusswinkel spricht für einen Schuss aus gewisser Entfernung. Der Gerichtsmediziner Dr. Vincent Di Maio meint: „Aller medizinischen Wahrscheinlichkeit nach ist ihm die Wunde nicht von van Gogh selbst zugefügt worden. Er hat sich nicht selbst erschossen.“ Eine andere Version wurde in Auvers erzählt: Einige Jungen hatten den Künstler wiederholt geärgert, indem sie ihm zum Beispiel eine Schlange in die Malutensilien steckten. Am 27. Juli hätten die Jungen wohl in spielerischer Absicht mit der Pistole eines Gastwirtes auf van Gogh geschossen. 1956 gab einer der Jungen, der noch lebende Rene Secretan, die Existenz einer Pistole zu, die ihnen seinerzeit von van Gogh weggenommen worden wäre. Der Polizei gegenüber sagte van Gogh auf die Frage, ob er sich töten wollte: „Ich denke schon.“ Und weiter: „Beschuldigt niemand anderen.“ War es ein Unfall, Selbsttötung oder sogar Mord? Jedenfalls war Vincent van Gogh lebensmüde vom ständigen Kampf mit seinem persönlichen Dämon. Die Forscher diskutieren heute über Krankheiten wie Schläfenlappenepilepsie, Angst-Glücks-Psychose, Schizophrenie, bipolare Störung, M. Menier, Vergiftung durch Absinth und toxische Farben wie Bleiweiß und Bleichromat, schlechte Ernährung oder hoher Alkoholkonsum als mögliche Ursachen der Gesundheitsstörungen van Goghs.

Schon sehr bald nach dem Tod des Malers wurde ihm die Anerkennung der zeitgenössischen Fachwelt für sein Werk zuteil. 864 Gemälde und 1.600 Zeichnungen, allesamt entstanden in seinen letzten zehn Lebensjahren ohne eine grundlegende künstlerische Ausbildung, sind das Lebenswerk dieses tragischen Künstlers mit spätem Ruhm. Heute gilt Vincent van Gogh als der Begründer der modernen Malerei dessen Bilder Höchstpreise erzielen. Van Goghs sinnliche Kunst mit den kräftigen Farben und die aufregende Biographie seines kurzen Lebens berühren die Menschen noch heute sehr persönlich.



## 25 Jahre Europa-Notruf 112

Am 11. Februar 2016 gab die Deutsche Post eine 45-Cent-Briefmarke (innerdeutsches Postkartenporto) mit drei markanten, das Markenbild dominierenden Ziffern „112“ heraus. Diese Ziffern besitzen eine doppelte Bedeutung. Sie sollen einmal auf den Ausgabetag, den 11.2. hinweisen und zum anderen auf die Telefonnummer 112. Beides steht in engem Zusammenhang: der 11.2. ist der „Europäische Tag des Notrufes“ und die drei Ziffern bezeichnen den Notruf selbst (Abb. 2). Auch die österreichische Post erinnerte an den 25. Jahrestag einheitlicher Notruf (Abb. 3). Den Hinweis auf die Briefmarken verdanken wir unserem Leser, Herrn Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth aus Leipzig, der über eine weitere Auswahl von Postwertzeichen mit dem Thema „Notfallmedizin“ verfügt und wertvolle Hinweise zur Geschichte der Alarmierung von Hilfeleistungssystemen gab.

Der Weg bis zu einem einheitlichen Notruf war lang und er ist letztendlich unvollkommen geblieben, da von einer Einheitlichkeit nicht geredet werden kann. Historisch gesehen, spielte die Alarmierung einer medizinischen Versor-

gung in früheren Jahren stets gegenüber der Feuerwehralarmierung eine untergeordnete Rolle, weil es bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts für die medizinische Rettung nur unvollständige Strukturen gab, während es bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts eine gute Organisation in der Brandbekämpfung gegeben hatte. Exemplarisch lässt sich das sehr gut an den sächsischen Gegebenheiten darstellen. Eine der ersten freiwilligen Feuerwehren auf deutschem Boden gründete sich am 17. Juli 1841 in Meißen, während eines der ersten medizinischen Hilfeleistungssysteme des Deutschen Reiches im Jahr 1883 mit der „Rettungsgesellschaft zu Leipzig“ entstand. Diese Rettungsgesellschaft, die auf dem Stiftungs- und Freiwilligenprinzip basierte, betrieb – über die Fläche der Stadt verteilt – acht sogenannte Rettungswachen (Abb. 1). Dort konnte der Bürger vorsprechen und wurde bei Bedarf einem Arzt vorgestellt. Besetzt waren diese Rettungswachen mit einem ehrenamtlichen Samariter; außerdem war dort ein Transportmittel (Pferdewagen, später Kraftfahrzeug) stationiert, mit dem ein Liegendkranker befördert werden konnte.

Im 19. Jahrhundert war die Alarmierung der entstehenden Feuerwehren über Kirchenglockenläuten, später Sirenen üblich; die Alarmierung bei



Abb. 2: Deutschland 2016, 25 Jahre Notruf 112 in Europa, Michel-Katalog Nr. 3212

medizinischen Notfällen erfolgte eben zumeist über den direkten Anruf beim zuständigen „Sprengelarzt“, was dazu führte, dass die ersten Fernsprechanchlüsse im 19. Jahrhundert zumeist bei Ärzten zu finden waren. Im Jahr 1884 erhielt in Berlin die Feuerwehr den ersten Fernsprechanschluss, woraus sich – sehr viel später – nämlich 1939 der erste zentrale Notruf mit der Nummer 02 entwickelte. Danach bildeten sich in Deutschland verschiedene Alarmierungssysteme aus, wobei die Notrufnummern überwiegend mit einer „0“ begannen. Dies musste aber spätestens dann geändert werden, als sich im Fernspreverkehr das Selbstwahlprinzip entwickelte.

In der DDR entstand im Jahr 1975 auf der Basis der 1974 in Budapest abgehaltenen Konferenz der Gesundheitsminister der RGW-Staaten (Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe) eine DDR-weite Einrichtung eines zentralen medizinischen Notrufes, der Nummer 115 im Zusammenhang mit der Schaffung des einheitlichen Hilfeleistungssystems, der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH).

Mit der zunehmenden Reisefreudigkeit der Europäer durch die Öffnungen der Grenzen 1989/1990 entstand der Wunsch, einen einheitlichen europäischen Notruf zu etablie-



Abb. 1: Rettungswache Nr. 6 der Rettungsgesellschaft zu Leipzig um 1894. Auf dem Schreibtisch: die direkte Sprechverbindung zur „Alarmzentrale“ der Berufsfeuerwehr.

© Privat



Abb. 3: Österreich 1993, 25 Jahre ÄrztEFUNKDIENST in Österreich, Michel-Katalog Nr. 2087

ren, wobei die Vorstellung bestand, dass jeder Europäer an jedem Ort unter der gleichen Notrufnummer Hilfe anfordern kann. Somit wurde im Juni 1991 von der Europäischen Kommission die Einführung der Notrufnummer 112 vorgeschlagen und vom EU-Ministerrat beschlossen. Am 11. Februar 2009 folgte die Festlegung des jährlichen Notruftages durch das Europäische Parlament.

Somit ist es möglich, in den Staaten der EU über die Rufnummer 112 ohne eine Vorwahlnummer und ohne Gebühren Hilfe anzufordern. Dennoch ist das eigentliche Ziel, nämlich in der Gesundheitserziehung auf eine einzige Notrufnummer hinzuweisen, nicht erreicht worden, da die meisten Mitgliedsländer für

## Alumni-Treffen in Leipzig

### Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Universität Leipzig

Traditionell führen wir unser Studienjahrestreffen wieder am 2. Oktober durch. Dieses Mal wollen wir das Panometer in der Richard-Lehmann-Straße 114, 04275 Leipzig besuchen

Tabelle 1: Rettungsdienst-Notrufe National

Belgien	100
Norwegen	113
Bulgarien	150
Polen	999
Frankreich	17
Österreich	144
Schweiz	144
Italien	118
Sonderfall Südtirol	Rettung 118, Feuerwehr 115 (!), Polizei 112 (!)
Slowakei	155

den Rettungsdienst eigene Notrufnummern publizieren (Tab. 1).

Für die Rettungstaktik sind solche nationalen Entscheidungen durchaus nicht sinnlos, weil der sogenannte Europa-Notruf 112 zumeist in den Leitstellen der Polizei aufläuft und dann von dort, nach Annahme und Bewertung, an den Rettungsdienst weitergeleitet wird. Damit sind durchaus Verzögerungen von durchschnittlich zwei Minuten möglich. Für Deutschland gilt dies nicht, da sowohl die Disposition der Feuerwehren, wie auch des Rettungsdienstes über die einheitliche Nummer 112, die in den integrierten Rettungsleitstellen aufläuft, erfolgt.

Dennoch ist auch für Deutschlands Notfallmedizin eine Systemkritik angebracht: Es hat keinen Grund gegeben, 1993 den nahezu 20 Jahre für Ostdeutschland geltenden Notruf 115 abzuschalten und gleichzeitig aufzugeben. Man hätte die 115 sehr gut als Ruf für den Hausbesuchsdienst (Dringlichkeitsversorgung) bewahren können, da diese Telefonnummer im Osten bekannt war. Stattdessen hat die Bundespolitik

entschieden und daraus den zentralen Verwaltungsruf gemacht und es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gestattet, ein Monstrum (Rufnummer 116 117) für den Vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu schaffen, das sich nur sehr schwer merken lässt und andererseits mit der Sperrnummer für EC-Karten (Rufnummer 116 116) verwechselt werden kann.

Wenn wir heute davon ausgehen, dass bis zu 40 Prozent der Anforderungen, die über die 112 von den Bürgern abgesetzt werden, noch nicht einmal den Charakter von Dringlichkeiten haben, dann muss man konstatieren, dass es bis jetzt gesundheitspolitisch nicht gelungen ist, die Bedeutung des sogenannten „Europa-Notrufes“ für alle Bürger verständlich umzusetzen. Das Ziel war nämlich, eine Rufnummer für schwere Unfälle und lebensbedrohliche Erkrankungen flächendeckend zur Verfügung zu stellen.

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth,  
Leipzig

und uns dort in die traumhafte Unterwasserwelt des Great Barrier Reefs versetzen lassen. Die Anfahrt kann mit dem PKW (kostenfreie Parkplätze vorhanden) oder mit der Straßenbahnlinie 9 oder 16 erfolgen. Wir treffen uns am Sonntag, den 2. Oktober 2016, 14.45 Uhr, im Foyer des Panometers (Ticket: 11,50 Euro, ermäßigt 10,00 Euro).

Abends geht's dann – wie immer – in die Räume des Auerbachs Keller, in denen für uns ab 18.00 Uhr der

Salon im Großen Keller reserviert ist. Wir – Hans-Otto Kluge und ich – freuen uns auf ein Wiedersehen. Teilnahmemeldungen bitte an: Priv.-Doz. Dr. Bernd Wiedemann (Mail: bewiedemann@t-online.de, Tel.: 0341 2311452 oder Handy: 015771086018) oder Dr. Hans-Otto Kluge (Mail: hansottokluge@gmx.de, Tel.: 0871 23184)

Priv.-Doz. Dr. Bernd Wiedemann, Leipzig