

Editorial	Das ärztliche Selbstverständnis	424
Berufspolitik	„Bündnis Gesundheit 2000“ – politische Reflexion zur 50. Beratung Konstituierung der neuen Kreisärztekammern Treffen mit Medizinstudenten Austausch mit Nowosibirsk Zuzahlungen: Klare Regeln gefordert	425 427 428 430 431
Gesundheitspolitik	Neuregelung der ärztlichen Leichenschau Etablierung der Tumorboards	433 435
Recht und Medizin	Berufshaftpflichtversicherung	438
Mitteilungen der Geschäftsstelle	24-Stunden-Curriculum Organspende Weiterbildungsforum Radiologie Fortbildung Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit 16. Dresdner Ärzteball Ausstellungen	439 439 440 440 440
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	441
Originalien	Adipositasprävention Patientenmanagement-Systeme Impressum	442 445 448
Personalia	Nachrufe: Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange Dr. med. Gerhard Exner Dr. med. Peter Schwenke Jubilare im September Dr. med. Hermann Queißer zum 80. Geburtstag Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel zum 80. Geburtstag	449 451 452 456 458 459
Medizingeschichte	Carl Gustav Carus als Arzt in Dresden	453
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2009	



Bündnis Gesundheit 2000
Seite 425



Treffen mit Medizinstudenten
Seite 428



Adipositasprävention
Seite 442



Carl Gustav Carus
Seite 453

Das ärztliche Selbstverständnis

Arzt ist kein Beruf, sondern eine Berufung. Gelten diese Worte noch immer oder ist ärztliche Tätigkeit zu einer Art des Geldverdienens wie andere Jobs geworden, in der man acht Stunden am Tag verbringt? Und wenn dem so ist, wer hat daran mehr Anteil: wir Ärzte, die sich einem allgemeinen Trend, einer standardisierten Lebensweise anschließen wollen oder die Gesellschaft, die für einen Freiberufler zu enge Rahmenbedingungen schnürt?

Ich glaube, die Situation ist sehr komplex und sollte uns veranlassen, über diesen wunderbaren Beruf, seine eigentlichen Aufgaben und über unsere Berufung nachzudenken. Tausende junge Menschen nehmen das Medizinstudium auf, um später einmal Kranken zu helfen, um dem Nächsten beizustehen in Zeiten der Not. Sie lernen, identifizieren sich mit Vorbildern, haben Visionen und erkennen trotz hoher Wissensanforderungen nach und nach die sittliche Grundlage der Ethik, das Wohltun. Was aber passiert dann? Mit dem Eintritt ins Berufsleben erleben junge Ärzte eine Konfrontation, die bisherige Visionen plötzlich in den Schatten stellt: Bürokratisch und pedantisch wird alles überwacht, gemanagt und dokumentiert. Anamnese und Status scheinen leitlinien- und nicht patientengerechter technischer Diagnostik zu weichen, um eine Rechtfertigungsmedizin im großen und juristisch unanfechtbaren Stil zu betreiben. Wirtschaftliche Erwägungen bedrängen die Ärzte, die den Blick auf das Wesentliche verlieren. Medien dienen der Sensationslust, den negativen Schlagzeilen über Ärztefehler, korrupte Mediziner, Haftpflichtprozesse und insolvente Krankenhäuser. Die Politik und hochdotierte aber unkollegiale Mediziner demontieren die Achtung vor ärztlicher Leistung, Empathie und Einsatzbereitschaft. Folglich werden Patienten misstrauischer und zugleich fordernder. Müssen Ärzte da nicht unter dem chronischen Druck der Marktinstrumente zu illusionslosen Gewerbetreibenden werden? Bleibt da nur noch der Ausweg aus der Medizin, aus Deutschland oder gar die innere Emigration? Stirbt der niedergelassene Arzt, der sich Tag und Nacht für seine

Patienten einsetzt, zugunsten einer Angestelltenmentalität aus, wie der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, zuge-spitzt formulierte?

Nein, immer wieder erlebe ich erleichtert in Gesprächen mit Ärzten, vor denen ich Hochachtung habe, aber auch mit Studenten, dass unser Beruf eine Berufung ist und so er- und gelebt wird.

Die Bürger unseres Landes wollen ein solidarisches Gesundheitswesen, sind sogar bereit, dafür mehr zu zahlen. So haben nach einem Experiment des Münchner Ökonomen Klaus Schmidt die Menschen unabhängig von ihrer Kultur eine kollektivistische Ader. Im Gegensatz zum klassischen Modell des Egoisten, der nur auf eigenen Vorteil bedacht ist, stellte sich in zahlreichen Versuchen heraus, dass Menschen gerne teilen und mehr an andere abgeben, als sie müssten, denn das trägt zu ihrem Glück bei. Je mehr Wettbewerb allerdings in diese Versuche eingebracht wird, desto geringer wird der Altruismus, die Härte und Mitleidlosigkeit nehmen zu.

Und deshalb ist unser Platz dort, wo unsere Hilfe am nötigsten ist, beim Patienten und in sozialen Brennpunkten einer kranken ökonomisch-egozentrischen Gesellschaft. Medizin ist in erster Linie Beziehungsmedizin, die ihre ethische Kernaufgabe in der Individualität der Patient-Arzt-Beziehung hat, wo die Sorge um den schutz- und hilflosen Kranken Vertrauen wachsen lässt und nicht zur Kunden-Leistungserbringer-Mentalität verkommt, eine Aufgabe im wahrsten Sinne des Wortes also.

Um diese schwere und verantwortungsvolle Aufgabe meistern zu können, muss der Arzt frei werden können von ökonomischen Zwängen und Fremdkontrollen. Wer kann ärztliche Tätigkeit besser beurteilen als Ärzte? Die Voraussetzung dafür bilden die Weiter- und Fortbildung und die Selbstkontrolle der Ärzteschaft anstelle wachsender Fremdbestimmung durch Bürokraten, Politiker und selbsternannte Qualitätskontrolleure.

Der ärztliche Beruf wird nicht durch ungünstige Rahmenbedingungen unfrei. Viel schwerer wiegt unser eigenes Verhalten, wenn wir uns wie Gefangene bewegen, indem wir nach „Werkstragsmentalität“ – wie Prof. Hoppe

sagt – unserer Tätigkeit nachgehen. Das Anbieten und der Verkauf der Ware Gesundheit, von unendlicher Steigerbarkeit der Gesundheit und Fitness durch unkritische Schönheitsoperationen, Doping oder Anti-Aging-Maßnahmen diskreditiert uns und zählt auch nach verfassungsrichterlicher Meinung nicht zur Heilkunde. Solches macht uns Ärzte zu Recht angreifbar und degradiert uns zu Leistungserbringern mit Garantiepflichten, die aber die Natur gegebener Maßen nicht übernimmt.

Des Weiteren droht „aus der verrechtlichten eine defensive Medizin zu werden, die entweder zu wenig tut, weil sie nichts mehr wagt oder zu viel unternimmt, etwa an diagnostischen Maßnahmen, um sich für alle Fälle zu feien“ (Prof. Dr. jur. Christian Katzenmeier). Wir können uns nicht aus unserer Verantwortung als Ärzte stehlen, indem wir unsere Patienten mit Untersuchungen oder Therapien überschütten oder sogar schädigen, sei es auch mit falschen oder unbedeutenden Diagnosen, um vor den „ärztlichen Sachverständigen“ möglichst unangreifbar zu sein.

Der Schutz unseres Berufes und unserer wahren solidarischen und patientenzugewandten Heilkunde besteht in wenigen Worten, die jeder kennen und immer wieder lesen sollte. Dazu zählt § 1 der Bundesärzteordnung, der besagt: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des ganzen Volkes“. Noch ausführlicher beschreibt unser ärztliches Grundgesetz, die Berufsordnung, unsere Pflichten und unser Selbstverständnis. Jeder kennt den Eid des Hippokrates. Dieser fand seine zeitgemäße Version nach dem Zweiten Weltkrieg und den Verbrechen von Naziärzten in der Genfer Deklaration von 1948 mit den Revisionen bis 2006. Der Inhalt dieser Deklaration umfasst in konzentrierter Form ärztliches Selbstverständnis und Verantwortung, die erst in ihrer Akzeptanz, in der Solidarität mit Kranken und Alten, aber auch in der innerärztlichen Solidarität und Einigkeit unseren schönen Beruf wieder zum wirklich freien Beruf und damit zur Berufung werden lassen.

„Bündnis Gesundheit“ – politische Reflexion zur 50. Beratung

Das 10-jährige Bestehen des „Bündnis Gesundheit im Freistaat Sachsen“ war bereits Thema im Editorial des „Arzteblatt Sachsen“, Heft 5/2009. Ein weiteres Ereignis stand unmittelbar damit ins Haus: Am 3. Juli 2009 trafen sich die Mitglieder zu ihrer 50. Beratung. Ob Zufall oder nicht – ein von den Teilnehmern lange gewünschter Gesprächspartner der Politik nahm an dieser besonderen Veranstaltung teil. Schon mehrfach wurde vom Bündnis versucht, unmittelbar politisch Verantwortliche zu den Beratungen hinzuzuziehen, um auf bestehende Probleme und Mängel in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Sachsens direkt hinzuweisen.

Frau Staatsministerin Christine Clauß, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, nahm gemeinsam mit der Leiterin der Abteilung Sozialversicherung und Krankenhauswesen, Frau Wilma Jessen, an der Veranstaltung teil.

Nach Eröffnung und Einführung durch den Vizepräsidenten, Herrn Erik Bodendieck, umriss die Staatsministerin vier wichtige Punkte, zu denen im Nachgang rege diskutiert wurde.

Bereits das Eingangsstatement stellte klar, dass keine politischen Grundsatzserklärungen einer Partei, die fünf Tage vorher ihr Wahlkampfprogramm verabschiedet hatte, zu erwarten waren. Einzig allein der ministerielle Bezug zu den Entwicklungen im deutschen, besonders im sächsischen Gesundheitswesen, sollte im Mittelpunkt stehen. Ein Umstand, der auch in den kommenden 90 Minuten an keiner Stelle kippte.

Einzurichtende Pflegestützpunkte

werden von der Ärzteschaft mit eher gemischten Gefühlen betrachtet. Der Freistaat Sachsen hat die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Sachsen abgelehnt. Stattdessen wird auf das Modell der vernetzten intensiven Pflegeberatung gesetzt. Hintergrund



PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer; Erik Bodendieck, Vizepräsident; Staatsministerin Christine Clauß (v.l.)

dazu sind sicherlich bereits vorher absehbare Misserfolge in anderen Bundesländern gewesen. Pflegestützpunkte haben dort nur eingeschränkt geöffnet, eine Beratung in den Räumen des zu Pflegenden kann dadurch nicht stattfinden. Das sächsische Modell favorisiert die abrufbare Vernetzung aller Strukturen der Pflege im online gestützten „Pflegernetz“ in zunächst drei Modellregionen (Chemnitz, Görlitz und Nord-sachsen; Laufzeit zunächst bis 2010). Der Berater ist anforderbar, und für den Fragesteller wird eine Antwort innerhalb von 48 Stunden garantiert. Das System wird der Divergenz von regionalen Besonderheiten und Demographie somit hoffentlich besser gerecht als die Lösung eines Bundesministeriums.

Letzterer Aspekt kam sinngleich auch bei der **Bewertung der ärztlichen Honorarreform** zum Tragen. Generell wurde diese als Medaille mit zwei Seiten gespiegelt. Man kann dem Ministerium sicher keine Fehlinformation vorwerfen, wenn weiterhin das höhere Gesamtvergütungsniveau von 17 Prozent und die Angleichung an das Westniveau angeführt werden. In gleicher Lesung wird sofort auch vom „Verteilkampf“ gesprochen und die Frage formuliert, warum bei höherem finanziellen Input letztlich nur wenig mehr bei den niedergelassenen Kollegen ankommt. Die Gesamtvergütung wird zunächst bleiben – die Modifizierung ist eine Bundesaufgabe. Eine neue Umverteilung soll neue Spielräume eröffnen. Auch hier könnte die regionale



Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, Friedrich München, Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. (v.l.)

Lösung (Konvergenzregelung) eine gewisse Entlastung bringen, zumal die bundesdeutschen Rahmenbedingungen hierzu auch auf sächsische Initiative angestoßen wurden. Es bleibt zu hoffen, dass aus den neuen Spielräumen keine neuen Leerräume werden. Die Ministerin appellierte eindringlich im Rahmen des Bündnisses an alle – aber insbesondere an unsere Berufsgruppe – die derzeitigen Probleme nicht auf dem Rücken der Patienten auszutragen.

Auch die Berufsgruppe der **Zahnärzte mit der politisch gescheiterten Honorarreform** rückte ins Bild. Sie profitiert nicht von der gestiegenen Grundvergütung im ärztlichen Bereich, obwohl dies von der Staatsministerin ausdrücklich mitgetragen wird. Gemeinsam mit Thüringen hat Sachsen hierzu einen Gesetzesvorschlag eingebracht, der aber vorerst gescheitert ist. Eine Erhöhung der Gesamtvergütung – die sich im aktuellen Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung nur im Prozentbereich hinter dem Komma bemerkbar gemacht hätte – wurde wegen „fehlendem Handlungsbedarf“ zunächst zurück- und damit auf die nächste Legislaturperiode im wahrsten Sinne des Wortes abgestellt. Das Sächsische Sozialministerium steht hierbei auf der Seite der sächsischen Zahnärzteschaft.

Wirtschaftsfaktor Krankenhaus (?).

Bei steigendem Bedarf an stationären Gesundheitsleistungen steigen exponentiell Personal- und Sachkosten. Obwohl die Bettenzahl in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist, liegt sie immer noch über dem EU-Durchschnitt. Das Ministerium und auch die Bevölkerung sehen die zahlreichen Privatisierungen der Häuser eher kritisch. Im Ausblick wird auf Fusionen und auf überregionale Zentren mit speziellem Leistungskatalog verwiesen, auf wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung. Diese Adjektive sollen sich auch künftig nicht gegenseitig ausschließen, auch wenn bereits jetzt eingeräumt wird, dass die Entfernungen steigen werden. Große Erwartungen werden in die Aufhebung der Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung gesetzt. Als beispielgebend wurde hierzu das Schlaganfallnetz angeführt. Ob diese Entwicklung aus ärztlicher Sicht insgesamt mit der Sicherung des ambulanten freien Facharztzuganges in wirkliche Übereinstimmung zu bringen ist, bleibt abzuwarten.

In der Zusammenfassung dankte die Staatsministerin ausdrücklich allen in der Versorgung der sächsischen Bevölkerung beteiligten Berufsgruppen für kontinuierliche Versorgung auf hohem Niveau und schloss mit

der Bemerkung, dass in Sachsen das Gesundheitswesen nur gemeinsam gestaltet werden kann.

Die folgende Diskussion bot breite Angriffspunkte. Alle Berufsgruppen kamen zu Wort und konnten direkt die aktuellen Hauptprobleme ansprechen. Weitere Schwerpunkte waren hierbei die angemessene Vergütung für Physiotherapeuten (aktuell bei 75 Prozent des Westniveaus), Kontinuität bei der (ärztlichen) Selbstverwaltung, Probleme der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin, Probleme der Ausbildung der Apotheker an der Universität Leipzig, Begleitforschung zu den Entwicklungen in der Pflege, Sicherung der psychiatrischen Versorgung in der Fläche, Probleme der medizinischen Assistenzberufe und vieles andere mehr.

Ein klares Statement erging seitens der Ministerin zu einer Ost-West-Angleichung der Vergütung für alle Berufsgruppen. Vom besonderen Interesse für unsere Berufsgruppe war die klare Absage an Arzt-Bewertungsportale ohne entsprechende Transparenzvereinbarung. Eine Forderung, die im Übrigen auch auf dem letzten Sächsischen Ärztetag verabschiedet wurde.

Alles in allem eine ergiebige Arbeitsberatung mit offener Diskussion, die von gegenseitigem Respekt geprägt war. Von ministerieller Seite wurde das Interesse an einer diesbezüglichen Kontinuität signalisiert.

Fast als Schlusswort dankte der Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, Herr Friedemann Schmidt, im Namen der übrigen Bündnismitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, namentlich besonders dem zur Sitzung leider verhinderten Präsidenten, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze sowie Herrn Knut Köhler M.A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Frau Irina Weitzmann, Sekretärin des Präsidenten, für die langjährige kontinuierliche Organisation, Nachbereitung und Unterstützung.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Konstituierung der neuen Kreisärztekammern

Termine der konstituierenden Mitgliederversammlungen der neuen Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer

Wie bereits im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2008, berichtet, wird die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 an die zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretene Kreisgebietsreform angepasst. Bis zum 30. November 2009 werden sich die zehn neuen Kreisärztekammern Bautzen, Erzgebirgskreis, Görlitz, Leipzig (Land), Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Vogtlandkreis und Zwickau konstituieren. Zwischenzeitlich haben alle Vorstände der bisherigen Kreisärztekammern, die künftig eine neue Kreisärztekammer bilden, der Sächsischen Landesärztekammer den Entwurf einer Geschäftsordnung für die neue Kreisärztekammer vorgelegt und den Termin der konstituierenden Mitgliederversammlung mitgeteilt (siehe Tabelle).

Alle Ärztinnen und Ärzte werden etwa einen Monat vor dem geplanten Termin vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zu der konstituierenden Mitgliederver-

Kreisärztekammer	Datum/Zeit	Ort
Erzgebirgskreis gebildet aus: Annaberg-Buchholz, Aue – Schwarzenberg, Mittlerer Erzgebirgskreis, Stollberg	30.09.2009, 18.30 Uhr	Annaberg
Mittelsachsen gebildet aus: Freiberg, Mittweida, Döbeln	28.10.2009, 18.30 Uhr	Siebenlehn
Vogtlandkreis gebildet aus: Plauen (Stadt), Vogtlandkreis	12.09.2009, 09.00 Uhr	Bad Elster
Zwickau gebildet aus: Chemnitzer Land, Zwickau (Stadt), Zwickauer Land	25.11.2009, 18.30 Uhr	Zwickau
Bautzen gebildet aus: Bautzen, Hoyerswerda, Kamenz	07.10.2009, 18.00 Uhr	Bautzen
Görlitz gebildet aus: Görlitz (Stadt), Löbau – Zittau, Niederschlesischer Oberlausitzkreis	04.11.2009, 18.00 Uhr	Görlitz
Meißen gebildet aus: Meißen – Radebeul, Riesa – Großenhain	29.09.2009, 18.30 Uhr	Diesbar-Seußlitz
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge gebildet aus: Sächsische Schweiz, Weißeritzkreis	07.10.2009, 19.00 Uhr	Kreischa
Leipzig (Land) gebildet aus: Leipziger Land, Muldentalkreis	28.10.2009, 19.00 Uhr	Grimma
Nordsachsen gebildet aus: Delitzsch, Torgau – Oschatz	16.09.2009, 18.00 Uhr	Eilenburg

sammlung ihrer neuen Kreisärztekammer eingeladen werden.

Im Gespräch mit dem Ärzteblatt Sachsen hat Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze die Mitglieder schon jetzt um zahlreiche Teilnahme an den Versammlungen gebeten: „Ich erachte die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer als ganz maßgebliche Institutionen für die Wahrnehmung und Durchsetzung der ärztlichen Belange ‚vor Ort‘ in

den Regionen.“ Gerade im Rahmen einer Neukonstituierung sei es daher von großer Bedeutung, dass möglichst viele Mitglieder bei den konstituierenden Mitgliederversammlungen anwesend seien und auf diese Weise dafür Sorge trügen, dass die Interessen des Berufsstandes im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung auch künftig kompetent vertreten würden.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer

Treffen mit Medizinstudenten

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Am 10. Juni 2009 fand die 6. Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte „STEX in der Tasche – wie weiter?“ im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der TU Dresden statt. Zu dieser Veranstaltung hatten wiederum das Sächsische Staatsministerium für Soziales, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingeladen. Es wurden Berufsperspektiven für junge Ärzte aufgezeigt und Möglichkeiten für eine zukünftige ärztliche Tätigkeit im ambulanten Bereich, im Krankenhaus sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen dargestellt. Ziel der Veranstaltungen war es, Medizinstudenten frühzeitig für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen zu begeistern.

Herr Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales betonte, dass das Medizinstudium nach wie vor in Deutschland sehr gefragt ist. Um einen Studienplatz bewerben sich vier Abiturienten. Die Abwanderung von Ärzten in andere Berufe ist sehr gering und liegt in Sachsen bei drei Prozent. Herr Hommel forderte die Medizinstudenten und Jungärzte auf, im Freistaat Sachsen tätig zu werden, auch wenn die Arbeitsbedingungen noch nicht so ideal sind wie zum Beispiel in der Schweiz oder in einigen skandinavischen Ländern.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, informierte über die Entwicklung, die Struktur, die Organisation und die zentralen Aufgaben der Ärztekammern; insbesondere stellte er die ärztliche Weiterbildung und Fortbildung an der Sächsischen Landesärztekammer vor. Herr Dr. oec. Stephan Helm erläuterte den Auftrag der Krankenhausgesellschaft Sach-



sen als zentraler Ansprechpartner für alle Fragen im sächsischen Krankenhauswesen und als die Interessenvertretung der sächsischen Krankenhäuser. Herr Dr. med. Rainer Kobes, Chefarzt der Abteilung Innere Medizin an der Pleissentalklinik GmbH, berichtete über den guten medizinischen Ausstattungsgrad eines Krankenhauses, das nicht zu den Großen zählt, sowie über die angenehmen Arbeits- und Lebensbedingungen im ländlichen Raum. Unter www.krankenhausregister-sachsen.de sind unter anderem die Informationen zu aktuellen Stellenangeboten und Weiterbildungsangeboten von sächsischen Krankenhäusern zu finden.

Herr Dr. med. Johannes Baumann, Facharzt für Allgemeinmedizin in Coswig und Leiter der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), referierte über die Aufgaben der KVS sowie über die Beratung von Praxisgründern, neue Aspekte im Vertragsarztrecht und die Förderung von Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin und in anderen Fachrichtungen. Ausdrücklich wies er auf die seit dem Jahr 2009 bestehende Förderung von Medizinstudenten ab dem dritten Studienjahr, wenn sie sich perspektivisch verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums in Sachsen als Hausarzt zu arbeiten, hin. Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Leiterin

des Gesundheitsamtes Meißen, stellte den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit seinen vielfältigen und interessanten Aufgabenbereichen vor. Die wichtige dritte Säule des Gesundheitswesens bedarf dringend ärztlichem Nachwuchs. Dabei lassen sich insbesondere als Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst familienfreundliche Arbeitszeitmodelle mit dem Arbeitgeber vereinbaren.

Herr Raimund Pecherz, Leiter der Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, präsentierte das Leistungsspektrum dieser Bank sowohl allgemein für Medizinstudenten, Jungärzte, angestellte Ärzte und für Ärzte in eigener Niederlassung als auch speziell für Praxisgründungen. Die Apotheker- und Ärztekammer unterstützte auch in diesem Jahr diese Informationsveranstaltung.

Wie im letzten Jahr moderierte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Erik Bodendieck, Facharzt für Allgemeinmedizin, diese Veranstaltung. Er ließ aber auch eigene Erfahrungen aus seiner praktischen Tätigkeit in der Niederlassung in seine Ausführungen einfließen.

Der Vortragsveranstaltung schloss sich die Möglichkeit an, Informationsstände der Körperschaften und von sächsischen Krankenhäusern zu besuchen.

Neben den Informationsständen präsentierten sich bei der diesjährigen

Veranstaltung bereits 21 Krankenhäuser Sachsens. Insgesamt besuchten ca. 200 Medizinstudenten und Jungärzte die Veranstaltung. Reges Interesse zeigten diese zu Fragen der Weiterbildung, aber auch zur Vielzahl der aktuellen Themen von Ärzteschaft und Gesundheitswesen.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Dr. rer. nat. Evelyne Bänder

Zukunftschancen junger Mediziner in Sachsen

Auch in Leipzig ist es bereits Tradition, dass sich die ärztliche Selbstverwaltung mit einer Informationsveranstaltung den Studenten der Humanmedizin des 4. bis 6. Studienjahres der Universität Leipzig vorstellt.

Am 24. Juni 2009 fand die 4. Informationsveranstaltung für Medizinstudenten erneut im „Hopfenspeicher“ statt. Dazu hatten wie bereits in den vergangenen Jahren die Sächsische Landesärztekammer, der Vorstand der Kreisärztekammer Stadt Leipzig und die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen die Medizinstudenten eingeladen.

Über 150 Studenten waren gekommen.

Der Vorsitzende der Kreisärztekammer Leipzig, Herr Prof. Dr. med. habil.



Eberhard Keller, und der Vorsitzende der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. Ralf-Rainer Schmidt, stellten kurz und prägnant die berufs- und gesundheitspolitischen Aufgaben und die Wirkungsbereiche dieser Körperschaften dem ärztlichen Nachwuchs vor.

Im Freien, bei sommerlichen Temperaturen, sprachen anschließend die anwesenden Mitglieder der Vorstände beider Körperschaften mit den Studenten und beantworteten in individuellen persönlichen Gesprä-

chen die an sie gestellten Fragen zum aktuellen Berufsleben, über das deutsche Gesundheitswesen, über den Berufseinstieg, über die ärztliche Fort- und Weiterbildung und über die beruflichen Perspektiven in der Klinik und in der Niederlassung.

Das Treffen mit den Medizinstudenten war erneut ein berufspolitischer Beitrag gegen den Ärztemangel und gegen die Abwanderung junger Ärzte aus Sachsen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Austausch mit Nowosibirsk

Die Sächsische Krankenhausgesellschaft erhielt im April 2009 unter Vermittlung des Koch-Metschnikov-Forums (KMF) eine Einladung in die Oblast Nowosibirsk. Das KMF wurde anlässlich des Petersburger Dialogs 2006 in Dresden von Bundeskanzlerin Angela Merkel und Präsident Wladimir Putin gegründet. Das Forum soll zur Verbesserung der Zusammenarbeit auch im Gesundheitswesen – insbesondere Gesundheitsvorsorge – beitragen. Die deutsch-russische Initiative zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist dabei die bisher umfangreichste zivilgesellschaftliche Zusammenarbeit beider Staaten im Gesundheitswesen. Ziel ist es, die weltweite Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie AIDS und Tuberkulose, aber auch Vogelgrippe durch Kooperationen in den Bereichen Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Gesellschaft langfristig einzudämmen.

Bei dem Arbeitstreffen in Nowosibirsk vom 11. bis 14. Mai 2009 war deshalb ein Erfahrungsaustausch in folgenden Feldern vorgesehen:

- Krankenhausmanagement,
- Pflegemanagement,
- Pflegestandards oder -leitlinien,



Neubau der Chirurgischen Klinik des Zentralen Stadtkrankenhauses von Iskitim (Oblast Nowosibirsk)

- Krankenhausorganisation – IT sowie
- Hygiene.

Darüber hinaus bestand der Wunsch, die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen kennenzulernen. Aus diesem Grund begleitete Herr Dr. med. Eberhard Huschke, Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus der Sächsischen Landesärztekammer, dieses Treffen. In den Gesprächen wurde der Wunsch der russischen Ärzte und des Gesundheitsministers der Oblast Nowosibirsk zum Ausdruck gebracht, eine ärztliche Selbstverwaltung zu entwickeln. Deshalb wird die Sächsische Landesärztekammer vorerst die rechtlichen Grundlagen sowie die Erfahrungen aus der Zeit der Kammergründung von 1990 in Sachsen zur Verfügung stellen und so Starthilfe leisten.

Neben der Durchführung wissenschaftlich-praktischer Veranstaltungen zur gegenseitigen Information und Weiterbildung sieht das KMF Stipendien- und Austauschprogramme für Nachwuchsmediziner vor. Deshalb werden ab August 2009 über die Krankenhausgesellschaft Sachsen Hospitationen für Ärzte aus der Oblast Nowosibirsk in sächsischen Krankenhäusern vermittelt. Begleitet werden sollen diese Hospitationen von der Sächsischen Landesärztekammer mit ein- bis zweitägigen Seminaren.



Rundgang durch die Klinik mit Landrat Pfeifer, Dr. Huschke und Chefarzt Dr. Kaugorodow (v.l.)

Ideenwettbewerb

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat einen Ideenwettbewerb mit dem Thema „Demografie und Gesundheit – Ideen für die Zukunft“ ausgerufen. Damit sollen geeignete Vorhaben in der sächsischen Gesundheitswirtschaft zur Steigerung der Anpassungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Beschäftigten und Unternehmen befördert werden.

Bewerben können sich Unternehmen und Einrichtungen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, der Arzneimittelversorgung, der Gesundheitsförderung/Prävention sowie der stationären und ambulanten Pflege.

Projektvorschläge können bis **zum 15. September 2009** bei der Sächsischen Aufbaubank eingereicht werden. Eine Fachjury entscheidet voraussichtlich bis Ende November 2009 über die Fördervergabe.

Den Ausschreibungstext dazu finden Sie unter www.gesunde.sachsen.de im Internet.

Dr. med. Eberhard Huschke
Ausschuss Krankenhaus

Zuzahlungen: Klare Regeln gefordert

Viele Versicherte beklagen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zunehmend unübersichtlicher wird. Einen nicht unerheblichen Anteil an diesem Eindruck haben die Zuzahlungsregelungen mit ihrer immer weitergehenden Differenzierung einschließlich Ausnahme- und Härtefallregelungen.

„Zuzahlungen gibt es in allen Industrienationen, aber gerade in Deutschland sind die Regelungen und ihre Auswirkungen nahezu unübersehbar“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske, Leiter des Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (IGSF) Kiel, bei der Vorstellung einer Studie „Zuzahlungen im Gesundheitswesen – Grundlagen, internationaler Vergleich und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung“. Gründe für Zuzahlungen in der Gesundheitsversorgung sind Steuerungswirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen und ein Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Gegner von Zuzahlung vergessen, dass ausschließlich die Schwierigkeit, Gesundheitssysteme bedarfsgerecht zu finanzieren, zu Zuzahlungen führt. Ohne diese Prämisse gäbe es keine Zuzahlungen. Im Rahmen der Studie hat das IGSF zunächst die in Deutschland und vergleichbaren europäischen Industrieländern – Belgien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz – geltenden Regelungen untersucht. International ist ein Trend zur Erhöhung von Zuzahlungen zu verzeichnen. Grund ist die zunehmende Schwierigkeit, Gesundheitssysteme zu finanzieren. Es ist jedoch nicht möglich, Zuzahlungsregelungen aus einem internationalen Vergleich zu bewerten und daraus empfehlende Schlussfolgerungen für Deutschland zu ziehen.

Für Deutschland hat das IGSF auf der Basis der Studie eine Reihe von **Änderungsvorschlägen bei Zuzahlungen** erarbeitet:

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr in der geltenden Form wird abgeschafft. Um den Erst-

kontakt mit dem Arzt nicht zu erschweren, wird als vorläufige Regelung ab dem 4. Arztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro erhoben, die vom Arzt mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verrechnet wird und nicht erlassen werden kann und auch nicht in die Härtefallregelung einbezogen wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte ermitteln, von welchem Arztbesuch an aus medizinischen Gründen im statistischen Mittel ein Arztbesuch mit einer Gebühr von 10 Euro belegt werden kann. Der G-BA legt gleichfalls eine begrenzte Zahl von Krankheiten fest, die ein häufigeres Aufsuchen des Arztes erfordern und bei denen die Praxisgebühr entfällt.

Begründung: Durch die Einführung der Praxisgebühr sollten eine Steuerungswirkung durch eine bewusster Inanspruchnahme von Leistungen und ein Finanzierungsbeitrag für die GKV erreicht werden. Die Steuerungswirkung wurde verfehlt. Mit einer Einsparung von rund 1,5 Milliarden Euro 2007 mit abnehmender Tendenz wurde zwar eine Finanzierungswirkung erreicht, der bürokratische Aufwand ist jedoch hoch. Die Befreiung von der Praxisgebühr wird von Krankenkassen als Marketinginstrument eingesetzt, was zweckwidrig ist. Die Einbeziehung der Praxisgebühr in die Härtefallregelung verringert die Steuerungs- und Finanzierungswirkung.

Praxisgebühr bei Hausbesuchen

Für jeden Hausbesuch werden 10 Euro erhoben, die beim Arzt verblei-

ben, nicht erlassen werden können und nicht in die Härtefallregelung einbezogen werden.

Begründung: Hausbesuche liegen im Patienteninteresse, können aber auch Krankenhauseinweisungen vermeiden. Hausbesuche werden nicht selten unnötig angefordert und werden nicht kostendeckend honoriert. Die Förderung von Hausbesuchen bei Vermeidung unnötiger Hausbesuche liegt im allgemeinen Interesse.

Künstliche Befruchtung

Die Kosten der künstlichen Befruchtung werden zu je einem Drittel auf die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die öffentliche Hand und die behandelten Ehepaare aufgeteilt. (Anm. der Redaktion: Seit März 2009 übernimmt das Land Sachsen den Eigenanteil der Kinderwunschpaare aus Steuermitteln – vorausgesetzt, die potentiellen Eltern sind verheiratet und die Frau ist nicht älter als 40 Jahre).

Begründung: Die Förderung der Geburtenzahl durch die künstliche Befruchtung liegt neben der Erfüllung eines Kinderwunsches auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die vorgeschlagene Regelung berücksichtigt die Finanzsituation der GKV und das öffentliche Interesse, bezieht aber gleichzeitig die behandelten Ehepaare in die Finanzierung ein, was im Sinne der Stärkung von Eigenverantwortung liegt.

Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Es wird eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Sitzung erhoben,

bei Kosten von 81 Euro pro Stunde 8,10 Euro.

Begründung: In der Psychotherapie wird die Selbstbeteiligung des Patienten an den Behandlungskosten auch als Teil des therapeutischen Prinzips angesehen.

Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung

Die Begrenzung der Zuzahlung auf 28 Tage entfällt.

Begründung: Die Zuzahlung im Krankenhaus hat keine Steuerungswirkung, da es nur selten in der Entscheidung des Patienten liegt, eine Krankenhausversorgung in Anspruch zu nehmen oder zu beenden. Es handelt sich damit um eine Eigenbeteiligung, die eher als Kosten- oder Verpflegungspauschale gesehen werden kann.

Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Die bisherige Regelung der Zuzahlung wird durch eine Kombination von fester Zuzahlung in Höhe von 5 Euro und einer prozentualen Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Differenz zum Gesamtbetrag des Arzneimittels (Apothekenabgabepreis) mit einer Kappungsgrenze von 20 Euro ersetzt.

Begründung: Der Arzneimittelbereich muss auch in Zukunft über eine Selbstbeteiligung finanziell entlastet und gesteuert werden. Die derzeitige Zuzahlungsregelung im Arzneimittelbereich hat sich nicht bewährt.

Festbeträge und Festzuschüsse

Alle über eine Grundversorgung hinausgehenden und individuell nachgefragten Leistungen müssen als Zusatzleistungen privat finanziert werden. Erforderlich ist ein Konzept, das Grund- und Zusatzleistungen nachvollziehbar und anwendungsfähig miteinander verbindet. Bestandteil eines solchen Konzepts sind Festbeträge und Festzuschüsse. Wählt der Versicherte eine über die Grundversorgung hinausgehende Leistung, hat er einen gesetzlich festgelegten Anspruch an seine Krankenkasse auf Erstattung des Betrags, der für die Grundversorgung aufzuwenden ist, als Festbetrag oder Festzuschuss. Die über die Grundversorgung hinausge-

hende Leistung wird vom Versicherten selbst bestimmt und selbst bezahlt. Die Krankenkasse hat ihren Versicherten Wahlfreiheit zwischen Kostenerstattung und Abrechnung über eine KV zu gewähren. Ein Konzept von Festbeträgen und Festzuschüssen erfordert eine eindeutige Definition. Festbetrag im Sinne dieses Konzepts bedeutet, dass mit diesem Betrag die in der Grundversorgung definierte Leistung vollständig finanziert wird. Festzuschuss bedeutet, dass für eine Leistung ein in der Höhe definierter Zuschuss gewährt wird. Festbeträge und Festzuschüsse werden als übergreifendes und alle Leistungsbereiche umfassendes Prinzip eingeführt.

Begründung: Es wird davon ausgegangen, dass es auch in Zukunft eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung geben wird, die bedarfsgerecht ausgerichtet ist. Da die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt zu steigenden Ausgaben in der GKV führen, wird der zu deckende Bedarf an Gesundheitsleistungen ständig neu definiert werden müssen. Dies wird eine Reduzierung des heutigen Leistungsumfangs zur Folge haben.

Festbeträge bei Hilfsmitteln

Die Festbetragsregelung wird ausgebaut und um eine Definition der Grundversorgung ergänzt. Festbeträge sind Höchstbeträge. Die Krankenkasse trägt die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags.

Begründung: Mit dem GKV-Moderisierungsgesetz wurde ein zweistufiges Verfahren zur Bestimmung von Festbeträgen festgelegt. Der jetzige Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ bestimmt Gruppen festbetragsfähiger Hilfsmittel wie Seh- und Hörhilfen und Inkontinenz- und Stomaartikel. Dann wird die Höhe des Festbetrags festgesetzt.

Ausschreibung bei Hilfsmitteln

Die Regelung zur Ausschreibung von Hilfsmitteln wird abgeschafft.

Begründung: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde den Krankenkassen die Möglichkeit zur Ausschreibung von Hilfsmitteln gegeben. Dies hat sowohl zu Beeinträch-

tigungen der Patientenversorgung durch ortsferne Anbieter als auch zu einer immer weitergehenden Unübersichtlichkeit geführt. Apotheken zum Beispiel sind kaum noch in der Lage, den sich kontinuierlich verändernden und ausweitenden Ausschreibungsergebnissen von Krankenkassen zu folgen.

Zahnmedizinische Versorgung

Die Bundeszahnärztekammer sollte ihre Vorstellungen zur Ausweitung des Festzuschussystems konkretisieren.

Begründung: Die Bundeszahnärztekammer setzt sich dafür ein, das anerkannte Festzuschussystem auf alle Gebiete der Zahnheilkunde auszuweiten, ohne dass der Patient den Anspruch auf eine Grundabsicherung verliert.

Belastungsgrenze

Bei der Belastungsgrenze von Versicherten wird für Zuzahlungen die Reduktion für chronisch Kranke von 2 auf 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen aufgehoben und ohne Ausnahme die Belastungsgrenze auf 2 Prozent festgelegt.

Begründung: Dieser Vorschlag trägt einerseits zur Stärkung der Finanzsituation der GKV bei, zum anderen enthält die heutige Regelung unbestimmte Rechtsbegriffe wie schwerwiegende Krankheit und Dauerbehandlung. Die klarstellende Vereinfachung dient der Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses dadurch, dass der Arzt von der Notwendigkeit befreit wird, einem Patienten eine Bescheinigung für die Notwendigkeit einer 1-Prozent-Regelung zu verweigern. Der bürokratische Aufwand wird verringert. Zur Verdeutlichung der Auswirkung: Bei anrechenbaren Einnahmen von 800 Euro bedeutet dies eine Eigenbeteiligung von 16 Euro im Monat. 2007 waren 6,85 Millionen Versicherte zuzahlungsbehaftet, davon 6,31 Millionen aufgrund der 1-Prozent- und 0,54 Millionen aufgrund der 2-Prozent-Zuzahlungsregelung.

www.igsf-stiftung.de

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Neuregelung der ärztlichen Leichenschau

C. Hädrich¹, R. Lessig¹, M. Roick², J. Dreßler¹

¹ Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig

² Gesundheitsamt der Stadt Leipzig

Am 11.07.2009 trat das novellierte Sächsische Bestattungsgesetz (Sächs-BestG) in Kraft. Damit besteht in Sachsen eine geänderte rechtliche Grundlage zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, zum Umgang mit Leichen, deren Bestattung und zu ordnungsrechtlichen Aspekten. Das Sächsische Bestattungsgesetz ist in vier Abschnitte gegliedert; es widmet sich im zweiten Abschnitt dem Leichenwesen und der Leichenschau. Im Folgenden sollen die für den praktisch tätigen Arzt relevanten Regelungen vorgestellt und wesentliche Neuerungen hervorgehoben werden.

Geändert wurde die **Definition der menschlichen Leiche** in § 9: „(1) Menschliche Leiche im Sinne des Gesetzes ist der Körper eines Menschen, der sichere Zeichen des Todes aufweist.“, das heißt Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis oder mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen sowie Zeichen des Hirntodes. Als bestattungspflichtige Leiche gilt auch ein Körperteil, ohne den ein Lebender nicht weiterleben könnte, der Körper eines verstorbenen Neugeborenen (Lebendgeborenes) nach der Geburt sowie Totgeburten mit einem Körpergewicht von mindestens 500 g. Als sogenannte **Totensorgeberechtigten** sind neben Ehegatten, Kindern, Eltern und Geschwistern nun auch eingetragene Lebenspartner, Partner einer auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaft sowie Großeltern, Enkelkinder und sonstige Verwandte bis zum 3. Grade für die Veranlassung von Leichenschau und Bestattung verantwortlich (§10).

Zur **Durchführung der Leichenschau** ist im geänderten Gesetz (§12) jetzt vorrangig der behandelnde Hausarzt verpflichtet oder aber jeder erreichbare ambulant tätige Arzt

sowie Ärzte im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Neu ist die Regelung, dass auch ein Facharzt für Rechtsmedizin gerufen werden kann.

Ärzte im Rettungsdienst (Notärzte) sollen die vollständige Leichenschau durchführen, wenn kein weiterer aktueller Noteinsatz vorliegt. Bei Vorliegen eines weiteren Noteinsatzes kann sich der Notarzt auf die Feststellung des Todes und das Ausstellen der vorläufigen Todesbescheinigung beschränken. Der Notarzt muss außerdem stets das Rettungsdienstprotokoll (Einsatzprotokoll) bei der Leiche zurücklassen. Das Rettungsdienstprotokoll ist zusammen mit Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung vom Leichenschauarzt im Kuvert zu verschließen. Die bisher mögliche Freistellung bestimmter Facharztgruppen von der Leichenschaupflicht nach §12(3) entfällt. Damit ist jeder Arzt zur Durchführung der Leichenschau prinzipiell verpflichtet. Zur Auffrischung der Kenntnisse zum Thema Leichenschau bieten die sächsischen Institute für Rechtsmedizin und die Sächsische Landesärztekammer wie bisher entsprechende Fortbildungsveranstaltungen an.

Im §13 sind unverändert die Durchführung der Leichenschau **an der vollständig entkleideten Leiche** und das **Betreuerrecht** des Leichenschauarztes sowie die **Auskunftspflicht** von Angehörigen, Nachbarn, Pflegepersonal und vorbehandelnden Ärzten geregelt.

Die **Meldepflicht** an die Polizei besteht jetzt außer bei → unbekanntem Verstorbenen und dem → Ver-

dacht auf einen nicht natürlichen Tod auch bei → unklarer Todesart, das heißt, wenn die Todesursache nicht eindeutig festgestellt werden kann – für diese Fälle lag bisher keine verbindliche Regelung vor. Neu ist die Ergänzung, dass auch Sterbefälle infolge **Komplikation einer medizinischen Behandlung** explizit als nicht natürlicher Tod zu klassifizieren und an die Polizei zu melden sind.

Da es immer wieder Unklarheiten und Fehler bei der **Klassifikation der Todesart** gibt, möchten die Verfasser an dieser Stelle auf die Definitionen „Natürlicher Tod, Nicht natürlicher Tod, unklare Todesart“ aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (<http://leitlinien.net>) hinweisen:

Natürlicher Tod: Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren eingetreten ist. Der Arzt ist zu dieser Klassifikation nur berechtigt, wenn er konkrete und dokumentierte Kenntnis hat von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung mit ärztlicher Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod. Der Tod zu diesem Zeitpunkt muss aus dem Krankheitsverlauf zu erwarten gewesen sein. Hinweise für ein nicht natürliches Ereignis, welches die natürliche medizinische Kausalkette beeinflussen könnte, dürfen nicht vorhanden sein. Verdachtsdiagnosen berechtigen nicht zu dieser Klassifikation.

Nicht natürlicher Tod oder Verdacht auf nicht natürlichen Tod: Die Diagnose bedarf keiner hohen Evidenz, der Verdacht reicht bereits aus.

Die Klassifikation erfolgt ohne Berücksichtigung anderer, rechtlich relevanter Ursachen und Begleitumstände, wie zum Beispiel: eigene Hand oder fremde Hand, fremdes Verschulden oder eigenes Verschulden; entscheidend ist die naturwissenschaftliche Definition eines von außen einwirkenden Ereignisses. Somit handelt es sich um einen Sammelbegriff für: Selbsttötungen, Unfalltodesfälle, Tötungen durch fremde Hand, Todesfälle infolge ärztlicher Eingriffe.“ Gegebenenfalls müssen zeitlich lange Kausalketten beachtet werden.

Unklare Todesart: Unklar ist die Todesart immer, wenn eine eindeutige Todesursache fehlt. Also insbesondere bei: plötzlichen Todesfällen im Erwachsenenalter und im Kindesalter, Fäulnisveränderungen (wegen Kaschierung von Verletzungen). Gleiches gilt für Todesfälle im Krankenhaus mit unklarer Wechselwirkung zwischen einem Eingriff (ohne Fehlerzuweisung!) und einem Grundleiden. Auch ein „mors in tabula“ muss mindestens als ‚unklar‘ klassifiziert werden, selbst wenn das Grundleiden gravierend war. Todesfälle während oder kurz nach Injektionen, Infusionen und Transfusionen sollten unbedingt als ‚unklar‘ klassifiziert werden.“ Erläuterungen hierzu finden sich auf dem Umschlag, der die Todesbescheinigung enthält.

Weitere detaillierte Hinweise zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau enthält die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“ unter <http://leitlinien.net/>.

Weitere Meldepflichten bestehen an das Gesundheitsamt für Verstorbene, die an → meldepflichtigen Krankheiten nach § 6 Infektionsschutzgesetz gelitten hatten und darüber hinaus → jeder Tod infolge einer Infektionskrankheit ausgenommen AIDS (Sächsische Infektionsschutzgesetz-Meldeverordnung (IfSGMeldeVO) vom 3. Juni 2002). Infektiöse Leichen (bzw. deren Särge und der Umschlag der Todesbescheinigung) sind durch den Leichenschauarzt ebenso zu kennzeichnen wie die Leichen von Verstorbenen, die in den letzten drei

Monaten vor Todeseintritt mit Radionukliden behandelt wurden.

Darüber hinaus gelten die Meldepflicht von → Tumorerkrankungen nach dem „Sächsischen Krebsregisterausführungsgesetz“ und die Meldepflicht von → Berufskrankheiten an die Berufsgenossenschaft (§ 202 SGB VII).

Die Todesbescheinigung wurde – ebenso wie das Formular zur vorläufigen Feststellung des Todes sowie der Obduktionsschein – überarbeitet. Der Sterbezeitraum kann nun in einer „von – bis“ Spanne eingetragen werden – allerdings nur, wenn der „minutengenaue Zeitpunkt des Todes“ nicht zu ermitteln ist (§14). Die Todesbescheinigung gilt als Privaturskunde im juristischen Sinn – es müssen ab jetzt alle zutreffenden Felder der Todesbescheinigung ausgefüllt und die Todesursache mit der vollständigen Textangabe und Verschlüsselung nach der ICD10 der WHO in der jeweils aktuellen Version (derzeit Fassung von 2006) eingetragen werden. Zu beachten ist, dass die Anwendung der ICD10 GM (SGB V) – erkennbar an den 5-stelligen Code-Nummern – für die Todesursachenkodierung nicht erlaubt ist. Der Unterschriftsstempel des Leichenschauarztes mit Angabe der Einrichtung und der Telefonnummer ist zwingend auf allen Blättern der Todesbescheinigung erforderlich und sollte stets gut lesbar sein. Mehrfache Unterschriften (zum Beispiel von Assistenzarzt und Oberarzt/Chefarzt) sind nicht zulässig. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Das für den Sterbeort zuständige Gesundheitsamt prüft dann die Schlüssigkeit der Angaben auf der Todesbescheinigung (§14) und kann analog der rechtlichen Regelungen in der DDR bei besonderem Interesse eine Obduktion („Verwaltungssektion“) veranlassen (§15), zum Beispiel bei unklarer Todesursache. Eine Zustimmung der Angehörigen ist dabei nicht erforderlich. Sie sollen jedoch befragt werden und eine 24-stündige Äußerungsfrist eingeräumt bekommen. Den Obduzenten (Fachärzte für Rechtsmedizin oder Pathologie) sind dazu die Krankenunterlagen über das Gesundheitsamt

zur Verfügung zu stellen. Nach Vorliegen aller Untersuchungsergebnisse wird dann ein Obduktionsschein an das Gesundheitsamt des Sterbeortes übersandt.

Die Verstorbenen sind in der Regel spätestens 24 Stunden nach der Feststellung des Todes in eine Leichenhalle oder in einen Raum zu überführen, der ausschließlich der Aufbewahrung von Leichen dient (§16).

Nach dem neu gefassten §18b des Bestattungsgesetzes ist die sogenannte 2. amtliche Leichenschau vor einer Feuerbestattung von einem Facharzt für Rechtsmedizin vorzunehmen – ausnahmsweise auch von einem in der Leichenschau erfahrenen Facharzt für Pathologie. Gleiches gilt jetzt für die amtliche Leichenschau bei Körperspendern vor der Übernahme durch ein Institut für Anatomie.

Abweichend von der bisherigen Regelung müssen implantierte Herzschrittmacher nicht mehr auf der Todesbescheinigung vermerkt werden, obwohl eine entsprechende Rücknahmeverordnung für die Hersteller besteht. Vom Leichenschauarzt oder Bestatter sind Implantate aus der Leiche zu entfernen, wenn sonst Schäden für die Umwelt oder an einer Verbrennungsanlage zu befürchten sind (zum Beispiel ältere Pacemaker/Defibrillatoren mit Radionuklidbatterien).

Die weiteren Abschnitte des Sächs-BestG befassen sich mit Regelungen zur Bestattung und zum Friedhofswesen, auf welche hier nicht eingegangen werden soll.

Der vollständige Gesetzestext des SächsBestG kann unter www.revosax.sachsen.de abgerufen werden. Für Fragen rund um das Thema

„Leichenschau“ stehen die Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin Leipzig sowie seitens der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Andreas Prokop, oder die Sächsischen Gesundheitsämter den ärztlichen Kollegen in Sachsen gern zur Verfügung.

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Carsten Hädrich
Universität Leipzig, Institut für Rechtsmedizin
Johannisallee 28, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 97 15 152
E-Mail: Carsten.Haedrich@medizin.uni-leipzig.de

Etablierung der Tumorboards

Etablierung und Entwicklung der Tumorboards am Universitäts KrebsCentrum Dresden

Monique Simon¹, Michael Baumann¹, Maria Eberlein-Gonska²
 Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden¹,
 Zentralbereich Qualitätsmanagement am
 Universitätsklinikum Dresden²

Zusammenfassung

In den am Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden etablierten interdisziplinären onkologischen Fallbesprechungen, sogenannte Tumorboards, werden zwischen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen Behandlungsfälle besprochen und in gemeinsamen Diskussionen die bestmögliche Therapie für den Patienten abgestimmt. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems wird die Entwicklung der Tumorboards bezogen auf Leistungsparameter und anhand von Qualitätsparametern analysiert. Zusätzlich zeigt eine Befragung der Tumorboardteilnehmer auf, wie die Tumorboards aus Sicht der Akteure eingeschätzt werden.

Einleitung

Das Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden wurde 2003 gemeinsam vom Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät Carl Gustav Carus Dresden gegründet und gehörte zu den ersten universitären Comprehensive Cancer Centern in Deutschland. Die Gründung erfolgte als gemeinsame Initiative der Medizinischen Klinik I sowie der Kliniken für Strahlentherapie und Radioonkologie und Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Inzwischen sind alle Kliniken und Institute, die im Universitätsklinikum Dresden krebskranke Patienten betreuen oder in der Krebsforschung aktiv sind, Mitglieder des UCC (Abbildung 1). Mit der Gründungsphase wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2000 implementiert und erfolgreich zertifiziert (2004) und bereits rezertifiziert (2008). Grundlage bildet das Managementhandbuch des UCC als ein für alle Mitarbeiter verbindliches Regelwerk.

Kernbereich der Krankenversorgung des UCC ist die interdisziplinäre Ambulanz, in der Chirurg, medizinischer Onkologe, Strahlentherapeut und Psychoonkologe vertreten sind. Daneben finden Spezialsprechstunden für Haut- und Knochentumoren statt. Die Ambulanz dient als zentrale Anlaufstelle für Patienten vor der Therapie, zwischen den Therapieschritten und in der Nachsorge und koordiniert als Leitstelle die Diagnostik und Behandlung sowie die Übergänge zwischen ambulanter Versorgung und der stationären Behandlung. Unter dem organisatorischen Dach des UCC sind das Regionale Brustzentrum Dresden und das Prostatakarzinomzentrum Dresden angesiedelt.

Das UCC nimmt weiterhin Aufgaben im Rahmen der Krebsforschung und Lehre wahr. Die Krebsforschung ist einer von drei Profilschwerpunkten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus. Der Erfolg in diesem Bereich kann an zahlreichen Publikationen ebenso abgelesen werden, wie an umfangreicher Förderung von Projekten durch namhafte Institutionen. Derzeitige Anstrengungen des UCC zielen darauf, die interdisziplinäre Translationsforschung, das heißt die Überführung neuer Erkenntnisse aus dem Labor in die klinische Anwendung, weiter zu intensivieren. In Bezug auf die Ausbildung von Medizinstudenten soll den Studierenden ein modernes, interdisziplinäres

Herangehen an die medizinische Versorgung krebskranker Patienten und die Krebsforschung nahe gebracht werden. Die Lehre findet im Rahmen des DIPOL®-Kurses Onkologie (Dresdner Integratives Problem- und Patientenorientiertes Lernen) statt.

In den wenigen Jahren seit Gründung des UCC sind die wesentlichen Grundlagen eines Comprehensive Cancer Center, das heißt Krankenversorgung, Krebsforschung und Lehre, die für alle Krebsformen „unter einem Dach“ angeboten werden, geschaffen worden. Dies ist im nationalen Wettbewerb „Onkologische Exzellenzzentren“ der Deutschen Krebshilfe e. V. im Jahr 2007 bestätigt worden, bei der das UCC zusammen mit nur vier weiteren Universitätsstandorten in Deutschland die Auszeichnung als Comprehensive Cancer Center erhielt.

Tumorboards am UCC Dresden

Im Rahmen der interdisziplinären Tumorboards am UCC werden fachübergreifend individuelle Behandlungsempfehlungen für krebskranke Patienten auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Wissenschaften erarbeitet und gemeinsam beschlossen. Mit Ausnahme von Notfällen werden alle Patienten vor Beginn der Therapie, sowie, falls notwendig, zwischen den einzelnen Therapieschritten und in der Nachsorge besprochen. Neben Patienten des Universitätsklinikums Dresden werden



Abbildung 1: Netzplan UCC (Infografik: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

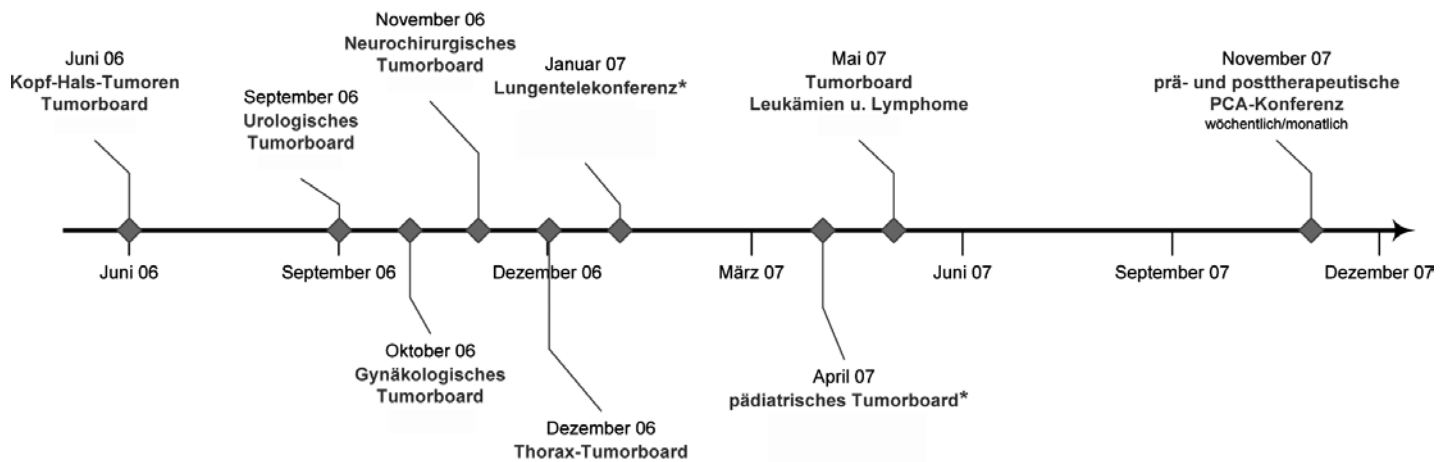


Abbildung 2: Zeitliche Darstellung der Einführung neuer Tumorboards am UCC Dresden
* Beginn mit elektronischer Dokumentation UCC-TDS, läuft bereits seit mehreren Jahren

sowohl Anfragen um Zweitmeinungen von Patienten als auch aus Praxen und anderen Krankenhäusern in den Tumorboards besprochen. In Dresden kann in diesem Bereich auf eine hervorragende Tradition zurückgeschaut werden, da bereits seit Jahrzehnten erfolgreich interdisziplinäre Tumorsprechstunden etabliert sind.

Das Tumorboard für Tumoren des Gastrointestinaltraktes, Sarkome sowie allgemeine onkologische Erkrankungen (GSA-Tumorboard) ist seit Mitte 2003 etabliert. Ab dem 2. Halbjahr 2006 sind zusätzliche Tumorboards zu weiteren Entitäten eingerichtet worden (Abbildung 2).

Anzahl Patientenvorstellungen in Tumorboards

Die Entwicklung des GSA-Tumorboards wird durch die steigende Anzahl der Patientenvorstellungen im Zeitraum von 2003 bis 2007 deutlich. Während beim Start Mitte 2003 die Anzahl besprochener Patienten mit ca. 300 noch relativ gering war, bewegte sich diese Zahl 2004 bis 2006 bereits um ca. 700 Patienten pro Jahr. Eine weitere Zunahme verzeichnet sich in 2007 um 160 Patienten auf ca. 900 Patienten pro Jahr allein in diesem dreimal wöchentlich stattfindenden Tumorboard.

Für alle weiteren fachspezifischen Tumorboards ist durch die Implementierung ab Mitte 2006 die Entwicklung erst ab diesem Zeitraum darstellbar und eine Aussage über einen

längeren Zeitraum noch nicht möglich. Insgesamt sind in diesen Tumorboards zusätzlich 2006 246 Patienten und 2007 bereits 1184 Patienten besprochen worden.

Teilnahme Fachdisziplinen an Tumorboards

Die Tumorboards sind als wesentlicher Qualitätsparameter jeweils mit einer für das Indikationsgebiet ausgewiesenen Expertengruppe besetzt. Bei speziellen Fragestellungen können zusätzlich weitere Fachgebiete hinzugezogen werden.

In 2006 waren vor allem Mitarbeiter der Strahlentherapie, Radiologie, Inneren Medizin und Chirurgie, deren Anwesenheit Mindeststandard für das Treffen von qualitativ hochwertigen Tumorboardempfehlungen für das GSA-Tumorboard ist, sowie der Nuklearmedizin und Pathologie, die als zusätzliche Disziplinen zu spezifischen Fragestellungen hinzugezogen werden, vertreten. Im Vergleich zu 2007 hat sich die Anzahl der Tumorboards auf 409 verdoppelt. Dies wirkt sich entsprechend auf die Teilnahme von Fachdisziplinen aus, da es zum Teil fast zur doppelten Belastung geführt hat. Betroffen waren hiervon vor allem Strahlentherapie, Radiologie und Innere Medizin, die zur Entscheidungsfindung bei fast allen Tumorboards benötigt werden. Auch die Teilnahme weiterer Fachrichtungen durch die Einführung der neuen Tumorboards ist hinzugekommen oder gestiegen.

Patientenvorstellungen für externe Einrichtungen

Im Rahmen der Tumorboards besteht als Serviceleistung für externe Einrichtungen die Möglichkeit, Patienten vorzustellen bzw. vorstellen zu lassen. Dabei können Externe selbst direkt am Tumorboard teilnehmen oder ein Arzt der UCC übernimmt im Namen der zuweisenden Einrichtung die Patientenvorstellung.

Die Datenlage zeigt, dass zum einen die Teilnahme externer Einrichtungen an den Tumorboards steigt, aber auch die Patientenvorstellungen für Externe zunehmen. Im GSA-Tumorboard ist der Prozentsatz der Vorstellungen für Externe über die Jahre kontinuierlich gestiegen und liegt 2007 bei 4,8 Prozent (63 von 1306 Tumorboardempfehlungen). Diese Quote gilt es zu steigern und eine mögliche elektronische Vernetzung mit externen Einrichtungen zu realisieren, um künftig eine engere Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Einrichtungen zu etablieren.

Horizontale Audits als Qualitätsparameter für Tumorboards

Eine besondere Herausforderung für Tumorboards ist die kontinuierliche und systematische Erfassung der Ergebnisqualität. Kerninstrument im UCC ist hierzu das Horizontale Audit, mit dem die Umsetzung der Tumorboardempfehlungen überprüft wird. Dazu werden stichprobenhaft Patienten nach Abschluss der Behandlungsschritte erneut in Tumorboards dis-

kutiert oder evaluiert, um die Patientenunterlagen auf Konformität der Diagnostik- und Therapieschritte mit den Tumorboardempfehlungen und den krankheitsspezifischen Algorithmen des Managementhandbuchs des UCC zu überprüfen und gegebenenfalls Verbesserungspotentiale zu identifizieren sowie entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

Im Rahmen des GSA-Tumorboards ist das horizontale Audit seit 2005 ein etabliertes Instrument. Dazu wurden pro Jahr 20 Patienten retrospektiv mit folgenden Ergebnissen untersucht: in 80 bis 85 Prozent der Fälle erfolgt eine vollständige Umsetzung der Tumorboardempfehlung, in 20 bis 25 Prozent der Fälle ist die Therapie nach transparenten Kriterien dem weiteren klinischen Verlauf individuell angepasst und entsprechend dokumentiert worden (zum Beispiel veränderter Krankheitsverlauf). 2007 wurden erstmalig auch horizontale Audits im Kopf-Hals-Tumoren Tumorboard, Thoraxboard sowie im neurochirurgischen Tumorboard durchgeführt. Die gewonnenen Ergebnisse entsprechen den Erfahrungen aus dem GSA-Tumorboard.

Da die Tumorboardteilnehmer die horizontalen Audits als geeignetes Instrument ansehen und die Anwendung befürworten, sollen diese perspektivisch auf sämtliche Tumorboards des UCC ausgeweitet werden.

Akzeptanz der Tumorboards

Im Rahmen einer systematischen Erhebung wurden Anfang 2008 alle Tumorboardteilnehmer unter anderem zur Zufriedenheit mit den Tumorboards befragt. Innerhalb der Befragung wurden Vor- und Nachteile von Tumorboards erfasst (Tabelle 1): Vorteile sind in der Interdisziplinarität, in der direkten Kommunikation mit Vertretern anderer Fachrichtungen und der damit verbundenen Zeitersparnis, dem Fortbildungsaspekt und in den festgelegten Verantwortlichkeiten zu sehen. Als Nachteile werden der damit verbundene Zeitaufwand für die verschiedenen Fachdisziplinen, die teilweise Zeitverzögerung bis zum Therapiebeginn durch die Intervalle der Tumorboards

und die Anonymität aufgeführt.

Weitere Aspekte, die in der Befragung erhoben wurden, betreffen die Organisation der Tumorboards (Vorbereitung, Dauer) und die Tumorboardempfehlungen (Qualität der Diskussionen).

Zur Vorbereitung der Tumorboards sind verschiedene Aufgaben auch durch Ärzte zu übernehmen (zum Beispiel elektronische Anmeldung der Patienten, Eingabe medizinischer Daten, etc.). Der Zeitaufwand dafür wird zu 91 Prozent als „akzeptabel“ eingeschätzt. Ebenso die Dauer der Tumorboards, wobei 22 Prozent diese als „zu lang“ beurteilen. Eine Verkürzung wird nur in einer besseren Vorbereitung durch die vorstellenden Ärzte und in der Straffung der Diskussion gesehen.

Die Beurteilung der Diskussion durch die Ärzte selbst führte zu folgendem Ergebnis: 97 Prozent sind mit der Qualität zufrieden, wobei die Mehrheit die Diskussionen als „gut“ und nicht als „ausgezeichnet“ einstufen. Trotz dessen sind 99 Prozent mit den getroffenen Empfehlungen einverstanden.

Schlussfolgerung

Neben der interdisziplinären Ambulanz sind die Tumorboards als wertschöpfendes Element ein weiterer wichtiger Kernbereich im UCC. Beide dieser Kernbereiche haben eine gute Bewertung seitens der ärztlichen Kollegen erhalten. Die positiv zu verzeichnende zunehmende Anzahl besprochener Patienten im Rahmen von Tumorboards bedeutet jedoch auch im Umkehrschluss einen steigenden Aufwand für alle beteiligten Fachdisziplinen. Eine interessante, sich daraus ergebende, weiterführende Fragestellung wäre eine Analyse und Gegenüberstellung der Effektivität und Effizienz von Tumorboards.

Korrespondenzadresse:

Monique Simon
Diplom-Wirtschaftsinformatikerin
Universitäts KrebsCentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4584165
Monique.Simon@uniklinikum-dresden.de

Unterstützung

Unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe e.V.
im Rahmen des Förderprogramms
„Onkologische Exzellenzzentren“
(DKH 107759)

Vorteile durch Tumorboards	
Vorteile	Beschreibung
Interdisziplinarität	<ul style="list-style-type: none"> interdisziplinäre Absprache, interdisziplinäre Besprechung komplexer Krankheitsbilder, gemeinsame Entscheidung der Therapieplanung, gemeinsam getragene Tumorboardentscheidungen keine einseitige Bewertung des Falles durch eine Fachdisziplin,
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> engerer Umgang mit Fachkollegen anderer Disziplinen, schneller persönlicher Kontakt zu anderen Fachrichtungen, verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, konstante Ansprechpartner, kurze Kommunikationswege, Kontaktpflege, Kooperationen die vorher nicht existent waren, Arbeitsklima,
Zeitersparnis	<ul style="list-style-type: none"> kurzfristige interdisziplinäre Entscheidungen möglich, zeit sparende Vorstellung von Patienten als einzelne Konsile, kürzere Wege,
Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> Fortbildungsmöglichkeit für teilnehmende Ärzte, Weiterbildungsaspekt, Lerneffekte,
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> klare Entscheidungen (Procedere wird genau festgelegt), Verbindlichkeiten, Festlegung von Verantwortlichkeiten.
Nachteile durch Tumorboards	
Nachteile	Beschreibung
Zeitaufwand	<ul style="list-style-type: none"> nicht unerheblicher Zeitaufwand für Vorbereitung, hoher Zeitaufwand für alle Beteiligten, oft auch Besprechung von Patienten die nicht alle Teilnehmer betreffen, sehr zeitintensiv (manche Tumorboards), viele teils grundlose und überflüssige (und lange) Diskussionen,
Zeitverzögerung	<ul style="list-style-type: none"> teilweise Zeitverlängerung bis zu Therapiebeginn, wenn Wochenenden/Feiertage zum Teil Wartezeit für Patienten/behandelnde Ärzte über mehrere Tage bis zur Therapieempfehlung, Gefahr der Verzögerung durch Tumorboardintervalle (1 Woche),
Anonymität	<ul style="list-style-type: none"> alleinige Beurteilung des Falles an Krankheitsdaten, Patient wird nicht gesehen oder einbezogen, direkter Patientenkontakt fehlt für die meisten Entscheidungen, zunehmende Boardsierung berücksichtigt häufig nicht individuelle Situation des Patienten.

Tabelle 1: Vor und Nachteile von Tumorboards

Berufshaftpflichtversicherung

Berufsrechtliche Verpflichtung des Arztes zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung

Für jeden Arzt, ob in eigener Praxis niedergelassen oder angestellt, besteht die Gefahr, wegen des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers zivilrechtlich auf Ersatz des dadurch entstandenen Schadens in Anspruch genommen zu werden. Das Arzthaftungsrecht sieht dabei vertragliche und deliktische Haftung vor. Hierbei kann die Haftpflichtversicherung Ihre existenzielle Absicherung bedeuten.

Für zivilrechtliche Ansprüche des Patienten gegen seinen Arzt aus dem Behandlungsvertrag gilt gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) eine regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren. Die Verjährung beginnt jedoch erst am Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Betroffene von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen (§ 199 Abs. 1 BGB).

Aufgrund der Besonderheiten des Verjährungsbeginns kann es folglich auch weit nach Ablauf der regelmäßigen Verjährungsfrist von drei Jahren möglich sein, dass der Betroffene mit Forderungen an den Arzt herantritt. Die Verjährung tritt jedoch ungeachtet dessen in jedem Fall spätestens nach dreißig Jahren, gerechnet von der Begehung der Pflichtverletzung an, ein (§ 199 Abs. 2 BGB). Nach Ablauf dieser Zeit kann der potenziell Betroffene damit keine Forderungen mehr gegen den Arzt geltend machen.

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern (§ 17 Abs. 1 Nr. 9 Sächsisches Heilberufekammergesetz [SächsHKaG] in Verbindung mit § 21 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer). Eine Ausnahme von der Versicherungspflicht besteht nicht. Schließt der Arzt keine Berufshaftpflichtversicherung ab, geht er

nicht nur ein großes vermögensrechtliches Risiko ein, sondern verstößt auch gegen berufsrechtliche Pflichten, was berufsrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen kann.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den fachspezifischen Risiken ärztlicher Tätigkeit. Wir empfehlen, mit dem Versicherer Ihrer Wahl die Mindestdeckungssumme entsprechend Ihrem individuellen Haftungsrisiko festzulegen.

Auch während der Laufzeit eines Berufshaftpflichtversicherungsvertrages kann die Anpassung erforderlich sein, wenn sich die Risiken ärztlicher Tätigkeit ändern, zum Beispiel Aufnahme einer privatärztlichen (Neben-)Tätigkeit oder die Durchführung ambulanter Operationen. Auch neue Kooperationsformen und versorgungsbereichsübergreifende Tätigkeiten (zum Beispiel als Belegarzt) bergen stets auch das Risiko mangelnden Versicherungsschutzes. Deshalb sollte vor Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und anderen, die gemeinsame Berufsausübung betreffenden Verträgen das jeweilige Versicherungsunternehmen einbezogen werden. Ebenso kann die Beschäftigung von angestellten Ärzten, Praxisvertretern oder Weiterbildungsassistenten versicherungsrechtliche Folgen haben. Der Versicherungsvertrag ist entsprechend zu prüfen.

Angestellte Ärzte im Krankenhaus sind in der Regel durch den Träger im Rahmen ihrer dienstlichen Verpflichtungen versichert. Für Nebentätigkeiten (Ermächtigungen, Notarzdienste, privatärztliche Leistungen oder private Gutachten) muss stets geklärt werden, ob dies durch den Träger des Krankenhauses in seiner Haftpflichtversicherung mitversichert ist oder ob dies dem betroffenen Arzt eigenverantwortlich obliegt. Wenn im Zusammenhang mit einem geltend gemachten Behandlungsfehler der Verdacht strafbaren Handelns besteht, kann auch ein Strafverfahren gegen den Arzt durchgeführt werden. Neben der Haftpflichtversicherung möchten wir daher auf den **erweiterten Strafrechtsschutz** hinweisen:

Die Kosten der Rechtsvertretung in einem strafrechtlichen Ermittlungs-

verfahren wie auch die Kosten der anwaltlichen Vertretung in einem etwaigen Hauptsacheverfahren werden nur dann übernommen, wenn die sogenannte erweiterte Strafrechtsschutzversicherung abgeschlossen wurde. Es handelt sich hier um keinen generellen Strafrechtsschutz. Gedeckt sind lediglich Strafverfahrenskosten des Arztes im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit. Im Falle der Praxisaufgabe empfiehlt sich der Abschluss einer so genannten **Nachhaftungsversicherung**. Bei modernen Berufshaftpflichtversicherungsverträgen ist die Nachhaftungsversicherung regelmäßig bereits enthalten. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, sind Sie in Fällen, in denen nicht klar ist, ob das den Schadensfall auslösende Ereignis noch von der bis zur Praxisaufgabe bestehenden Haftpflichtversicherung gedeckt ist, unter Umständen nicht abgesichert. Die Dauer, für welche die Nachhaftungsversicherung abgeschlossen werden soll, ist unterschiedlich. Sie wird sich stark an der bisherigen Tätigkeit des Arztes orientieren müssen. Mindestens wird sie für eine Laufzeit von fünf Jahren abzuschließen sein; ein deutlich längerer Zeitraum wird empfohlen, wenn die Tätigkeit des Arztes besonders gefahrgeneigt war, beispielsweise bei operativen Tätigkeiten.

Häufig wird ein Arzt auch nach Ablauf dieser Zeit gelegentlich beruflich tätig, sei es bei der Behandlung im Verwandten- oder Bekanntenkreis oder auch als Praxisvertreter. Um die dabei eventuell auftretenden Haftpflichtschäden abzudecken, bieten die Versicherungen den Abschluss einer **Ruhestandsversicherung** (Versicherung für gelegentliche ärztliche Tätigkeiten, Erste-Hilfe-Leistungen und Nachbarschaftshilfe) an. Diese wird häufig mit der Nachhaftungsversicherung gekoppelt.

Haben Sie Fragen zur Thematik, erreichen Sie die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer unter Tel. 0351 8267-421 (Sekretariat) und per E-Mail (ra@slaek.de).

24-Stunden-Curriculum Organspende

Mit dem Ziel, die Situation der Organspende in der Region zu verbessern, bieten die Ärztekammer Sachsen-Anhalt, die Landesärztekammer Thüringen und die Sächsische Landesärztekammer in enger Kooperation mit der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost) ein Curriculum Organspende an. Das Curriculum basiert auf den Empfehlungen der Bundesärztekammer und richtet sich an die Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern und interessierte Ärzte, die sich mit dem Thema Organspende verstärkt auseinandersetzen möchten. Die Teilnehmer können durch die Teilnahme am Curriculum ihre Kenntnisse im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur Organspende und der erfolgreichen Abwicklung des Organspendeprozesses verbessern. Auch trägt das Curriculum dazu bei, bei allen Beteiligten die Handlungssicherheit in diesem intensivmedizinisch und emotional anspruchsvollen Feld zu erhöhen.

Ziel ist es:

- die Sensibilität für den hohen medizinischen Stellenwert der Organspende zu wecken,

- das notwendige Fachwissen zu schaffen, damit die Organspende als qualitätsgesicherte Prozedur in jedem Krankenhaus eingeführt wird,
- die Unterstützungsmaßnahmen der DSO bekannt zu machen,
- die Multiplikatorenwirkung auszubauen und
- die unabdingbare persönliche Motivation zu erhalten.

Die Fortbildung befähigt damit die Teilnehmer, die Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe und als Bestandteil des Versorgungsauftrages in den Krankenhäusern zu etablieren.

Der angebotene Kurs gliedert sich in eine 16-stündige theoretische Fortbildung und ein achtstündiges Kriseninterventionsseminar. Darüber hinaus wird auch eine praktische Teilnahme an Organspendeprozessen empfohlen (optional).

Renommierte Referenten stehen für Fragen zur Verfügung. Der Diskussion und dem kollegialen Austausch wird reichlich Raum geboten.

Der Kurs findet vom 9. Oktober 2009 (ab 12.00 Uhr) bis zum 11. Oktober 2009 im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer

in Dresden statt, die Teilnahmegebühr beträgt 288,00 EUR und wird hälftig von der DSO übernommen. Mit der Teilnahme können 31 Fortbildungspunkte erworben werden.

Die Anmeldung erfolgt über die Sächsische Landesärztekammer (Referat Fortbildung, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden), das Anmeldeformular kann über die Homepage www.slaek.de, Rubrik Fortbildung/Fort- und Weiterbildungsangebote der Sächsischen Landesärztekammer heruntergeladen werden.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich,
Ehrenpräsident der Sächsischen
Landesärztekammer,
wissenschaftliche Kursleitung,

Dr. med. Christa Wachsmuth,
Geschäftsführende Ärztin der DSO,
Region Ost, wissenschaftliche Kursleitung

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

Weiterbildungsforum Radiologie

Im Rahmen des 10. Gemeinsamen Jahrestagung der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft e.V. (Vorsitzender des Vorstandes: Herr Dr. med. habil. Jens Thiele, Leipzig,) und der Thüringischen Gesellschaft für Radiologie und Nuklearmedizin e.V. in Niederwiesa-Lichtenwalde, (25. bis 27. September 2009) findet am **Sonntag, dem 27. September 2009, von 9.30 Uhr bis 11.30 Uhr** ein Weiterbildungsforum im Fachgebiet Radiologie statt. Dieses richtet sich an Weiterbildungsbefugte und Weiterzubildende im Fachgebiet Radiologie. Das Forum wird von

Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado, Direktor des Instituts und Poliklinik für Radiologische Diagnostik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, und Mitglied des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, moderiert. Als Referenten und Diskussionspartner stehen Herr Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, und Frau Dr. med. Brigitte Güttler, Mitglied des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, zur Verfügung. Herr Prof. Dr. med. Thomas Kahn, Direktor der Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Leipzig, beschreibt

Struktur und Inhalte der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie an seiner Einrichtung. Über seine langjährigen Erfahrungen aus der Tätigkeit in der Prüfungskommission Radiologie der Sächsischen Landesärztekammer berichtet Herr Prof. Dr. med. habil. Frank Schmidt.

Das Tagungsprogramm und nähere Informationen (Tagungsort, Anmeldung, Teilnehmergebühren und anderes) sind über die Homepage der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft www.srg-roentgen.de abrufbar.

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

Fortbildung Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit

Der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit über die gesamte Lebensarbeitszeit, die Erhöhung des Renteneintrittsalters und die Kosten des Gesundheitsversorgungssystems erfordern ein effektives System zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Eine Schlüsselrolle spielen dabei die Betriebsärzte in einem gut funktionierenden und abgestimmten System ärztlicher und betrieblicher Aktivitäten. Deshalb wird ein Vertrag der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschlands mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte abgeschlossen. Bei diesen Aktivitäten spielen Rehabilitationseinrichtungen und Hausärzte

eine entscheidende Rolle. Zielstellung dieser Vereinbarung ist eine frühzeitige, effektive und kontinuierliche Einbeziehung arbeitsbezogener Belange in dem gesamten Rehabilitationsprozess.

Die Ausschüsse „Arbeitsmedizin“ sowie „Prävention und Rehabilitation“ der Sächsischen Landesärztekammer führen eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte an der Schnittstelle zwischen betriebsärztlicher Tätigkeit, Rehabilitationseinrichtungen und hausärztlicher Tätigkeit durch, um die entsprechenden fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen.

Es besteht ausreichend Möglichkeit, inhaltliche und organisatorische Fragen zu diskutieren.

Die Veranstaltung richtet sich an Fachärzte für Arbeitsmedizin, Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten,

Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin sowie an mit der Rehabilitation verbundene Ärzte. Die Moderation obliegt Herrn Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch und Herrn PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel. Die Fortbildung findet am **26. September 2009 von 10.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr** im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt. Teilnahmegebühren werden nicht erhoben. Eine Anmeldung ist erforderlich: Frau Sylvia Kromer, Tel.: 0351 8267307, Fax: -332, E-Mail: ausschuesse@slaek.de.

Für die Teilnahme an der Fortbildung werden 8 Fortbildungspunkte vergeben.

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



Die Kreisärztekammer Dresden
beehrt sich einzuladen zum

16. Dresdner Ärzteball

am 29. August 2009 um 18 Uhr
in die Orangerie Schloss Pillnitz.

Der Billettpreis beträgt 65 Euro für Mitglieder,
80 Euro für Nichtmitglieder der Kreisärztekammer Dresden.
Anmeldungen bitten wir an unser Sekretariat, Frau Riedel, zu richten telefonisch
unter 0351 8267-134 (dienstags Vormittag), per E-Mail kaek-dd@slaek.de
oder schriftlich an die Sächsische Landesärztekammer Sachsen,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Ausstellungen

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer Foyer und 4. Etage

Henri Deparade
Malerei
bis 13. September 2009

Heike Wadewitz
Kaltnadelradierungen und
Zeichnungen
16. September bis 15. November 2009

Vernissage:
Donnerstag, 17. September 2009
19.30 Uhr
Einführung: Michael G. Fritz
Schriftsteller, Dresden

Ausstellung in den Staatlichen Kunstsammlungen Dresden

Carl Gustav Carus (1798 – 1869)
Natur und Idee
bis 20. September 2009
täglich 10.00 bis 18.00 Uhr

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/C047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Stollberg

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/C048
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 09/C049
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C050
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C051

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C052
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.09.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 09/D040
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/D041
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/D042

Bautzen

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/D043
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Meißen

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/D044
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D045

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D046
Facharzt für Innere Medizin-fachärztlich
Reg.-Nr. 09/D047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2009

Weißeritzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 09/D048
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.09.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L041
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 09/L042
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/L043

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L044
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 18.09.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Dresden-Nord
Praxisabgabe geplant: April 2010

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Osterzgebirge (40 km südlich von Dresden)
Praxisabgabe geplant: Januar 2010
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: II/2010
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

Adipositasprävention

Das Projekt T.A.F.F. (Telefonberatung zur Adipositasprävention Für Familien) – Ein innovativer Ansatz zur Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen

F. Hauskeller¹, S. Zschaler¹, R. Gausche², W. Kiess¹, S. Blüher¹

¹ Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinikum Leipzig AöR

² CrescNet gGmbH, Leipzig

Zusammenfassung

T.A.F.F. ist ein einjähriges niederschwelliges interdisziplinäres Präventionsprogramm für Familien mit übergewichtigen oder adipösen Kindern und Jugendlichen. Die Intervention besteht aus einer individuellen Ernährungsanalyse, Infobriefen zur Wissensvermittlung und einer computerunterstützten Telefonberatung der Eltern nach systemisch-lösungsorientiertem Konzept. Die zentralen Bausteine der Beratung sind: Medizin, Ernährung, Essverhalten, Bewegung und Freizeit, Psychosoziales und Stressmanagement. Die Teilnehmer werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2008/2009 zunächst in den Modellregionen Leipzig und Torgau-Oschatz sowie über die CrescNet-Datenbank bundesweit rekrutiert. Die Breitenwirksamkeit sowie die Nachhaltigkeit und Akzeptanz des Programms werden mittels Fragebögen und Esstagebuch evaluiert. Der Kinderarzt erhebt die anthropometrischen Daten zur Verlaufskontrolle. Primäres Ziel ist eine Stabilisierung beziehungsweise Senkung des Body-Mass-Index (BMI) innerhalb eines Jahres. Weiterhin soll untersucht werden, welche Barrieren Eltern an der Teilnahme hindern.

Schlüsselwörter: Kinder und Jugendliche, Adipositas, Präventionsprogramm, Telefonberatung

Theoretischer Hintergrund

In den letzten beiden Jahrzehnten gab es eine dramatische Zunahme bezüglich der Prävalenz und des Schweregrades der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (1, 2). Aktuell sind 8,7 Prozent der 3 bis 17 Jäh-

rigen übergewichtig und 6,3 Prozent bereits adipös (3). Neben genetischen Faktoren tragen das Gesundheitsverhalten und der Lebensstil wesentlich zur Entstehung bei (4). Viele Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas manifestieren sich bereits im Kindes- und Jugendalter (5, 6). Ein interdisziplinärer Behandlungsansatz verspricht bisher die besten Erfolgsaussichten (7). Eine geeignete Strategie, mit welcher dem Problem effektiv begegnet werden kann, ist bisher jedoch nicht etabliert. Im Kindes- und Jugendalter wird das Verhalten im Wesentlichen durch die Familie geprägt (8), wo die Bewegungs- und Nahrungsvorlieben vor allem durch die Eltern vorgelebt werden (9). Daher ist der Einbezug der Eltern und des familiären Umfeldes essenziell. Besonders für das Kindes- und Jugendalter besteht ein großer Bedarf an der Entwicklung effektiver Behandlungsstrategien und ihrer Evaluation nach strengen Kriterien (10, 11). Eine möglichst früh beginnende Prävention gilt als beste Möglichkeit, die Gesundheitsrisiken und -kosten von Übergewicht und Adipositas zu reduzieren. Das Projekt T.A.F.F. bietet dafür einen neuen und innovativen Ansatz.

Das T.A.F.F.-Konzept

T.A.F.F. ist ein einjähriges niederschwelliges multimodales Präventionsprogramm für übergewichtige und adipöse Kinder sowie Jugendliche im Alter von 4 bis 16 Jahren, welches die gesamte Familie einbezieht. Das Programm wurde von der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig und der CrescNet gGmbH Leipzig in Kooperation mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales (SMS) entwickelt. Im Zentrum dieses Projektes steht der interdisziplinäre Ansatz, an dem Kinder- und Jugendmediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler, Ernährungsfachkräfte und Naturwissenschaftler beteiligt sind. Die Intervention besteht aus einer Telefonberatung durch geschultes Personal, die auf einer individuellen Ernährungsanalyse sowie definierten Themen zu den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, me-

dizinische Hintergründe, Unterstützungsmöglichkeiten sowie Stressbewältigung basiert. Die zu schulenden Themen werden den Familien in wissensvermittelnden Infobriefen, welche vor der Telefonberatung an die Familien versendet werden, übermittelt.

Die flächendeckende Erreichbarkeit der betroffenen Familien wird durch zwei Rekrutierungswege gewährleistet. In den Modellregionen Leipzig und Torgau-Oschatz werden 5- bis 7-Jährige Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen 2008/2009 durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) auf das Projekt aufmerksam gemacht. Zusätzlich findet ein bundesweites Screening von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren mit Hilfe der CrescNet-Datenbank statt. Im Kompetenznetzwerk CrescNet, welches seit 1998 existiert, haben sich deutschlandweit über 300 Kinder- und Jugendärzte zusammengeschlossen. Ziel dieses Netzwerkes ist es, Wachstums- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und diesen dann entsprechende Therapien zuzuführen. Momentan (Stand: Januar 2009) verfügt die Datenbank über einen Bestand von etwa 430.000 Kindern, deren Wachstum und Gewichtsentwicklung fortlaufend dokumentiert werden. Daran beteiligen sich aktuell 317 Kinderarztpraxen und 21 Zentren für pädiatrische Endokrinologie. Alle Messungen von Körpergröße und Körpergewicht werden dokumentiert, pseudonymisiert und mittels eines Barcodetickets oder elektronisch an eine zentrale Datenbank weitergeleitet. In einem Screeningverfahren werden alle auffälligen Wachstums- und Gewichtswerte beziehungsweise -verläufe ermittelt. Durch den CrescNet-Screening-Bericht wird der Arzt auf das Überschreiten der 90. BMI-Perzentile seiner Patienten aufmerksam gemacht und kann die Teilnahme an einem Präventionsprogramm anbieten (12). Im T.A.F.F.-Projekt werden die Informationen durch den Kinderarzt über ein normiertes Anschreiben an die Eltern weitergeleitet. Nachdem die Teilnahmebereitschaft, welche dem

Anschreiben beiliegt, von den Familien an das T.A.F.F.-Team zurückgesendet wurde, kann die Intervention starten.

Die T.A.F.F.-Intervention

Es wurde ein Beratungskonzept erstellt, um eine Trennung zwischen reiner Wissensvermittlung und lösungsorientierter Beratung umzusetzen. Im Folgenden werden die wesentlichen Bausteine des Präventionsprogramms beschrieben.

Die zentralen Themengebiete umfassen die Bereiche Medizin, Ernährung, Essverhalten, Bewegung und Freizeit, psychosoziale Aspekte, Stressmanagement.

Individuelle Ernährungsanalyse

Die Teilnehmer werden zu Beginn und am Ende der Intervention gebeten, ein Esstagebuch über fünf Tage zu führen. Die persönliche Ernährungsanalyse findet anhand der Auswertung des Esstagebuches durch die Ernährungsfachkräfte der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig statt. Die Telefonberater bekommen eine optimierte Ernährungsempfehlung für jedes Kind ausgehändigt. Diese wird während des Telefonats mit den Familien besprochen.

Die Infobriefe

Die insgesamt 14 Infobriefe werden vor jedem Telefonat per E-Mail oder Post an die Familien gesendet und dienen der Wissensvermittlung verschiedener Aspekte des Lebensstils. Es handelt sich um „Familieninfobriefe“, die alle Altersgruppen ansprechen. Bei der Erstellung wurde ein integrativer Ansatz zwischen adipositasrelevanten Elementen der Verhaltenstherapie (zum Beispiel Selbstbeobachtung, Verstärkertechniken, Problemlösestrategien, Rückfallprophylaxe) und systemisch-lösungsorientierter Beratung (Ressourcenansatz, Lösungs- statt Defizitorientierung, konstruktive W-Fragen) verfolgt. Jedem Infobrief sind Übungen oder Arbeitsblätter angehängt.

Die Telefonberatung

Die Telefonberatung richtet sich nicht primär an die betroffenen Kinder

und Jugendlichen, sondern an die Eltern. In 17 Telefonaten, welche circa 30 min. dauern, werden verschiedene Gesundheitsthemen angesprochen und die Gelegenheit zur Beratung gegeben. Die Beratungsgespräche werden von zertifizierten Telefonberatern mit abgeschlossener Ausbildung und Studium der Psychologie, Pädagogik oder Soziologie durchgeführt. Die Berater verfügen über verschiedene Beraterqualifikationen, spezielle Weiterbildungen, Erfahrungen aus ehrenamtlicher Beratungstätigkeit oder Praktika mit Beratungsschwerpunkt.

Jeder Berater hat im Rahmen des T.A.F.F.-Projektes an einer Ausbildungswoche teilgenommen, in der zu folgenden Aspekten geschult wurde:

- Kennenlernen und Vertiefen der Projekthalte sowie der Infobriefe,
- Vermittlung von adipositasrelevantem Wissen,
- Ausbildung in Gesprächsführung,
- Computertraining.

Aufbau der Telefonberatung

1. bis 8. Basisgespräch

In dieser ersten Phase begleiten die Telefonberater die Familien bei der Umsetzung der in den Basis-Infobriefen angebotenen Vorschläge zur Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der individuellen Zielfindung und deren Realisierung in kleinen Schritten, entsprechend der psychosozialen Lebensbedingungen der Familie. Es erfolgt hier weiterhin eine Auswertung des Esstagebuches.

9. bis 13. Aufbaugespräch

Den Gesprächsrahmen der Aufbaugespräche bieten die Inhalte der Aufbau-Infobriefe in Verbindung mit den bereits umgesetzten Lebensstilveränderungen aus der ersten Phase. Ziele der zweiten Phase sind die Verknüpfung der bereits bearbeiteten Themen aus den Basisgesprächen, um die bisher unternommenen Schritte zu überprüfen, die individuellen Ziele der Familie zur Adipositasprävention zu festigen und gegebenenfalls an die individuellen psychosozialen Lebensbedingungen anzupassen.

14. bis 16. Coachinggespräch

Je nach Bedarf können die Familien ein oder zwei Integrationsgespräche in Anspruch nehmen. Sie dienen der Identifikation von Themenbereichen, in denen die Familien besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt sind, zum Beispiel Realisierung einer gesunden Ernährung bei finanziellen Grenzen, Erhöhung der Bewegung bei wenigen wohnortnahen Angeboten oder hoher psychosozialer Belastung durch Scheidung. Die Aufgabe der Telefonberater besteht in der Motivation der Familien, bei Notwendigkeit weitere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen und der Vermittlung konkreter Angebote (zum Beispiel Familienberatungsstellen). Das dritte Coachinggespräch ist ein Zielgespräch, in dem die Familie darauf vorbereitet wird, ohne die Telefonberatung an der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Lebensstils weiter zu arbeiten. In dieser Phase der Beratung werden Tricks und Kniffe zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Erfolge vermittelt („Rückfallprophylaxe“), die noch aktuellen Hindernisse werden zusammengefasst („Barrierenmanagement“) und neue Ziele werden entwickelt („Zielplanung“).

17. Abschlussgespräch

Das letzte Gespräch dient der Evaluation. Die Familien werden halbstrukturiert zu hilfreichen Aspekten von T.A.F.F. befragt. Sie werden gebeten, abschließend einen Fragebogen sowie ein Esstagebuch zu bearbeiten und an die Abschlussuntersuchung beim Kinderarzt erinnern.

Die T.A.F.F.-Ziele

Die Intervention richtet sich an Familien mit Kindern und Jugendlichen, welche übergewichtig (90.–97. BMI-Perzentile) oder bereits adipös (>97. BMI-Perzentile) sind. Bei den Teilnehmern soll im Jahresverlauf eine Stabilisierung oder gar Reduktion des Body-Mass-Index (BMI) erreicht werden. Das Hauptaugenmerk bezüglich der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens wird auf die Umstellung der Ernährung und eine regelmäßige körperliche Aktivität (Sport und All-

tagsaktivität) gelegt. Diese Ziele werden im Rahmen des Programms nicht nur an die Kinder sondern an die gesamte Familie adressiert, um die Inhalte der Beratung dauerhaft in den Alltag zu integrieren.

Bei Familien, welche für das Präventionsprogramm vorgesehen waren, welche aber nicht für eine aktive Teilnahme gewonnen werden konnten, wird gezielt nach den Gründen für die Ablehnung gefragt. Die Befragung soll zur Aufklärung eventuell bestehender Teilnahmebarrieren an Behandlungsmaßnahmen dienen sowie Hinweise auf die Qualität des Settings geben. Diese Erkenntnisse werden im weiteren Verlauf in neue Präventionsideen einfließen.

Die T.A.F.F.-Evaluation

Bei der Projektevaluation handelt es sich um ein randomisiert kontrolliertes Cross-over-Studiendesign. Die Datenerhebung erfolgt durch eine schriftliche Befragung sowohl der Eltern als auch der Kinder und Jugendlichen mittels Fragebögen, einem Esstagebuch und der medizinischen Untersuchungen.

Das Projekt prüft, ob dieser Ansatz Familien auf einer breiten Basis und flächendeckend erreicht und ob mit den geplanten Maßnahmen die BMI-Entwicklung der Betroffenen innerhalb eines Jahres positiv beeinflusst werden kann. Dieser Effekt soll gegenüber einer unbeeinflussten Wartekontrollgruppe (>90. BMI-Perzentile) und einer normalgewichtigen Kontrollgruppe (10. – 90. BMI-Perzentile) überprüft werden. Weitere Surrogatparameter sind das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Parameter des Lebensstils. Insgesamt sollen 417 Kinder und Jugendliche für die Interventionsmaßnahme rekrutiert werden.

Die Teilnehmer werden zu Beginn der Intervention (T0), nach sechs (T1) und nach zwölf (T2) Monaten beim Kinder-/Jugendarzt einbestellt, um den Gewichtsstatus, anthropometrische Daten sowie Begleiterkrankungen zu erheben. Das Esstagebuch wird am Anfang der Intervention und nach zwölf Monaten über die Dauer von fünf Tagen (drei Wochentage, zwei Wochenendtage) geführt. Die Gesundheitsfragebögen richten sich altersspezifisch an die Kinder (Kinderfragebogen), Jugendlichen (Jugendfragebogen) und die Eltern.

Die Fragebögen enthalten Angaben zu folgenden Konstrukten:

- anthropometrische Daten,
- persönliche Angaben,
- soziodemographischer Status,
- Ernährungs- und Essverhalten,
- Bewegungsverhalten,
- Freizeitverhalten,
- Gesundheitszustand,
- Einstellung zur Gesundheit,
- Lebensqualität,
- psychologische Konstrukte,
- familiäre, persönliche und soziale Ressourcen,
- Teilnahmebarrieren.

Ziel der Evaluationsstudie ist es, die Wirksamkeit des Präventionsprogramms T.A.F.F. zu überprüfen und weitere Erkenntnisse über die Bedingungen einer erfolgreichen Intervention zu gewinnen.

Ausblick und überregionale Bedeutung

T.A.F.F. ist ein innovatives und interdisziplinäres Präventionsprogramm für übergewichtige Kinder und Jugendliche und soll innerhalb eines Jahres eine BMI-Stabilisierung bewirken. Das niederschwellige, familienorientierte Interventionskonzept setzt erstmalig an der Beratung der Eltern und den Einbezug der familiären

Umgebung des Kindes an. Durch die bestehende zentrale Datenanalyse über das CrescNet können Präventionsmaßnahmen frühzeitig und zu einem optimalen Zeitpunkt gestartet werden. Zunächst wird das Projekt in zwei Modellregionen in Sachsen (Leipzig Stadt und Torgau-Oschatz) durchgeführt; in einem nächsten Schritt ist eine Ausweitung auf ganz Sachsen geplant.

Das Projekt wird durch das Sächsische Ministerium für Soziales (SMS) im Rahmen der Sächsischen Gesundheitsziele „Gesund Aufwachsen“ unterstützt und gefördert. Es besteht eine Kooperation mit dem Ausschuss Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Fr. Dr. Hochstädt, Fr. Dr. Strobel, Fr. Dr. Schubert, Fr. Dr. Reibiger, Fr. Dr. Blaut und Fr. Dr. Kirchner vom Gesundheitsamt Leipzig sowie Fr. Dr. Rapold und Fr. Dr. Kröbers vom Gesundheitsamt Torgau-Oschatz, KJÄD, die bei den Schuleingangsuntersuchungen eine flächendeckende Rekrutierung des Jahrganges 2008/2009 ermöglichen. Weiterhin danken wir ganz herzlich allen Kinder- und Jugendärzten aus Sachsen für die Bereitschaft, Kinder aus ihrer Praxis für unser Projekt zu rekrutieren. Ganz besonders danken wir den betroffenen Familien und deren Kindern und Jugendlichen, die durch ihre Teilnahme unser Vorhaben unterstützen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
M. Sc. Franziska Hauskeller
Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig
E-Mail: franziska.hauskeller@medizin.uni-leipzig.de

Patientenmanagement-Systeme

Die Bedeutung Zentraler Patientenmanagement-Systeme innerhalb der Organisationsstrukturen Chirurgischer Kliniken – Nahtstelle statt Schnittstelle.

Zusammenfassung

Medizinische Höchstleistung, maximale Qualität, Kostendruck und Arbeitsverdichtung: Die chirurgischen Kliniken sehen sich mehr und mehr mit den Bedingungen von Markt und Wettbewerb konfrontiert. Während in den vergangenen Jahren das medizinische Leistungsspektrum und die Bildung interdisziplinärer Behandlungszentren im Fokus des Interesses standen, wird aktuell optimierten internen Abläufen und Strukturen zunehmend Aufmerksamkeit zuteil. Im Rahmen dieser Entwicklung haben Zentrale Patientenmanagement-Systeme (ZPM) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Aufgabenbereich eines ZPM konzentriert sich auf die kooperative fachübergreifende Planung und Koordination von Diagnostik- und Behandlungsprozessen und die optimierte Bereitstellung und Nutzung zur Verfügung stehender klinischer Ressourcen. Schlüsselbegriffe sind Patienten-Service, die Umwandlung organisatorischer Schnitt – zu – Nahtstellen; hierzu gehören die Einführung und Umsetzung klinischer Standards in Diagnostik und Therapieplanung und auch die Identifikation redundant besetzter Arbeitsbereiche.

Einleitung

Alle Ziele des Gesundheitswesens münden in dem einen Begriff; „Qualität“. Seit dem Jahr 2000 ist in Deutschland „Qualitätssicherung“ für die ambulante und für die stationäre Versorgung Vorschrift. Dabei lässt die strikte Trennung von ambulanten und stationären Behandlungssektor eine ganzheitliche Betrachtung von Behandlungsprozessen nur schwer zu. Disease-Management-Programme und die integrierte Versorgung sind initiale Schritte zu der Überwindung derartiger Hemmnisse. Im Krankenhaussektor sollen Unter-, Fehl- und

Überversorgung bei Gewährleistung höchster Behandlungs-, Prozess- und Strukturqualität vermieden werden. Auch ergeben sich für die medizinischen Akteure mit der Umorientierung des einst Hilfe suchenden, zum selbstbewussten Patienten neue Anforderungsprofile.

So sind im medizinischen Wettbewerb nicht nur die Abteilungsgrößen, die personengebundene Expertise, die klinische Qualität, sondern auch die Entscheidungsfähigkeit, die Schnelligkeit und die Flexibilität bei der Einführung patientenorientierter Innovationen von entscheidender Bedeutung. Vor diesem Hintergrund müssen Kliniken kontinuierlich drei Probleme bearbeiten:

1. die Bedeutung von „Eindringlingen“, z. B. private Krankenhausneugründungen, Kliniknetzwerke, Medizintourismus,
2. die Bedeutung der Substitute; z. B. Ambulatorien, Arztpraxen, Medizinischer Versorgungszentren,
3. die Macht der Zulieferer; z. B. Arztnetze, Versicherungen und die Patienten selbst.

Strukturen innerhalb Chirurgischer Kliniken

Unabhängig von der Versorgungsstufe und der Trägerschaft ist in chirurgischen Kliniken die operative Versorgung zentrale Kompetenz medizinischen Handelns. Die Funktionalität chirurgischer Kliniken wird durch eine Koalition unterschiedlicher Anspruchs- und Interessengruppen, den zuweisenden Hausärzten, externen Kliniken, den internen Fachbereichen für Diagnostik, der Anästhesie, der Operationsabteilung, der Pflege und der Verwaltung charakterisiert.

Weiterentwicklung und Spezialisierung innerhalb des Faches Chirurgie bedingen eine voranschreitende Aufgliederung in fach- und tätigkeitspezifische Subdisziplinen und Kompetenzbereiche. In Form von Kopf-, Bauch- und Gefäßzentren werden mit dem Argument der Funktionalität, optimierter Versorgungskompetenz und aufgrund gesundheitsökonomischer Überlegungen medizinische

Disziplinen und Organisationseinheiten zu „Zentren“ zusammengeführt. Die räumliche und personelle Kompression von „multidisziplinärem“ Fachexpertentum muss jedoch nicht unmittelbar zu einer Harmonisierung der Behandlungsprozesse um den Patienten beitragen; ist doch bekannt, dass wo Fachabteilungen und Bereiche unterschiedlicher Berufsgruppen aneinander stoßen die Möglichkeiten für „komplexibilitätsbedingte Reibungsverluste“ eminent groß sein können.

Zentrales Patientenmanagement (ZPM)

Patienten und ihr soziales Umfeld verlangen optimale medizinische Ablaufstrukturen, und Prozessorientierung ist eine Notwendigkeit für die wirtschaftliche und medizinische Funktionalität vernetzter Kliniken, wie der chirurgischer Abteilungen. Kooperative und koordinative zentrale Steuerungsinstrumente der Aufnahme-, Belegungs-, Operations- und der Entlassungsplanung, die die Interessen der Patienten und vorhandene Leistungskapazitäten einer chirurgischen Klinik stringend auch unter Berücksichtigung notwendiger wirtschaftlicher Erfordernisse zusammenführen befinden sich in einer Aufbau- und Etablierungsphase.

ZPM bildet eine balancierte Querschnittfunktion zwischen medizinischen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben, die Zielsetzung basiert auf 3 Bausteinen; (1.) der Konzentration auf das medizinische Problem und die persönlichen Anliegen des Patienten – Patienten Service, – schlanke Strukturen; (2.) der Verbesserung in- und externer Kommunikationsstrukturen, – Funktionalität und Flexibilität, – das Schaffen von Bindung und Verbindlichkeiten; (3.) der kontinuierlichen Verbesserung klinikinterner Abläufe; – der Umwandlung von Schnitt- zu Nahtstellen, z. B. mit der Entwicklung von Methoden die Teilschritte in einem Diagnostik- und Behandlungsprozess vereinfachen, standardisieren oder gar automatisieren können. An der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg wurde erstmals im

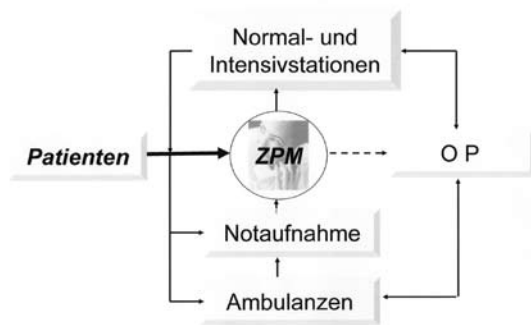
ZPM – Patientenwege, organisatorische Einbindung

Abb. 1: Patientenwege bei organisatorischer Einbindung eines ZPM

Jahr 2002 nach dem Muster des Inselspital Bern, Schweiz ein ZPM initiiert. Es konnte gezeigt werden, dass ein zentral gesteuertes und geplantes Management der Patientenprozesse an einer chirurgischen Klinik der Maximalversorgung mit vielen komplexen und notfallmäßigen Eingriffen erfolgreich umgesetzt werden kann.

Ein ZPM stellt als koordinative Nahtstelle den Patienten mit seinem medizinischen Problemen, Ansprüchen, familiären und sozialen Verpflichtungen in den Mittelpunkt der Handlungsaktivität. Patientenmanagement beinhaltet auch Informationsmanagement. Neben patientenzentrierter Kommunikationsbereitschaft z.B. mit Hausärzten, externen Kliniken, internen Ambulanzen, Notfall-, Normal-, Intensivpflegestationen, den Funktions- und Operationsbereichen müssen medizinische Informationen erfasst, überprüft, gesichert, gelenkt und ggf. in weiterführende aktive Handlungen umgesetzt werden.

Ein ZPM hat des weiteren „Lotsenfunktion“. Koordinierte Patientensteuerung durch vorausschauende Lenkung und Planung soll neben einer Effektivitätssteigerung der Arbeitsprozesse auch Arbeitsentlastungen im pflegerischen und ärztlichen Bereich bewirken, auch um das Zusammenspiel der unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen zu harmonisieren. In der praktischen Umsetzung können derartige Ziele beispielsweise dadurch erreicht werden, das bereits bei Erstkontakt des

Patienten im ZPM, sämtliche Krankenunterlagen zusammengestellt, Planungsvorgaben und Terminierungen z. B. für erforderliche Diagnostik, Therapie und die häusliche ggf. rehabilitative Versorgung prospektiv geplant und vereinbart werden.

Die konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung dieses Modell ermöglicht es Kliniken so bessere Ablaufqualitäten und Planungssicherheiten auch für angeschlossene medizinische Abteilungen zu erreichen und auf Seiten der Patienten und deren Umfeld die Vertrauensbildung in die medizinische Leistungsfähigkeit und Funktionalität, auch unter Prestige Gesichtspunkten positiv zu unterstützen. Gestaltungsmöglichkeiten und Entscheidungskompetenzen für ein ZPM-System müssen hierzu in der Form bereit gestellt werden, wie es die betriebliche Aufgabenstellung und Kompetenzzuweisung erfordert. Soll der Organisations- und Koordinierungsbedarf eines ZPM zu einem klinischen Aushängeschild aufgebaut werden, sollte dies kommuniziert, von den Mitarbeitern gelebt und respektiert werden. Bei der effektiven Umsetzung kommt der jeweiligen Klinikleitung eine besondere Bedeutung zu.

ZPM-Planung und Einführung

Trotz wachsender Verbreitung von ZPM-Systemen innerhalb deutscher Kliniken existieren über den Aufbau, die Organisation und die Abläufe auf Grund der Neuheit dieser Managementleistung und wegen der unterschiedlichen Klinik-Portfolios keine allgemeinen Empfehlungen und Patentrezepte. Zur Vermeidung vom Misstrauen seitens der Klinikabteilung sind bei der Konzeption und dem „Start-up“ eines ZPM idealerweise möglichst viele Mitarbeiter informativ und konzeptionell mit einzubeziehen.

In der Planungsphase sollten unter anderem die Personalstruktur, Räumlichkeiten und deren logistische Lokalisation, IT-Ausstattung und IT-Zugangsberechtigungen, in- und externe Kommunikationsstrukturen, Patientenpfade, Aufgaben-, Kompetenzbereiche und Steuerungsbefug-

nisse, Berichts- und Formularwesen jeweils unter Berücksichtigung der betrieblichen Infrastruktur definiert und von Beginn an umgesetzt werden.

Bei der Bestimmung und der Festlegung der Aufgaben- und Anforderungsprofile eines ZPM erscheint es aus eigener Erfahrung daher sinnvoll die initiale Kontaktaufnahme zwischen Patient und ZPM als Musterprozess und den stationären und operativen Verlauf als Folgeprozesse zu betrachten. Anhand der Betrachtung des „Patientendurchlauf“ wird es so möglich, in der Konzeptphase auf die jeweilige klinische Abteilung zugeschnittene Anforderungen zu entwickeln und festzulegen.

Administrativ empfiehlt es sich neben bereits genannten auch aus protektiven Gründen insbesondere während der Initialisierungsphase ein ZPM unmittelbar der Klinikleitung zu unterstellen. Hierdurch wird auch dem Willen einer internen Umorganisation die erforderliche Verbindlichkeit signalisiert.

ZPM-Leistungs- und Anforderungsspektrum

Die primäre Anforderungen und Aufgaben eines ZPM bestehen in der vorausschauend ausgerichteten, kapazitätsgesteuerten, zeitlich komprimierten Planung und Terminierung stationärer Aufnahmen, der prospektiven Festlegung und Organisation auf den Einzelfall abgestimmter Diagnostikpfade, der Kommunikation in Betracht zu ziehender Behandlungsverfahren; (z. B. welche Operations- und Behandlungsverfahren kommen in Betracht ?) und auch der prospektiven Erfassung der poststationären Versorgungssituation (ist z. B. im Anschluss an einen stationären Aufenthalt die häusliche Versorgung gewährleistet?). Im Vorfeld können so bereits vor bzw. spätestens zum Zeitpunkt der stationären Patientenaufnahme medizinische Dienste, wie z. B. Sozialdienste zeitgerecht ihre Tätigkeit aufnehmen, oder der Diagnostikbereich seine Ressourcen entsprechend planen.

Für die krankheitsbezogene Diagnostik- und Therapieplanung sollten für ein ZPM festgelegte Klinikleitlinien

ZPM – Aufbau, Prozesse, Funktionalität

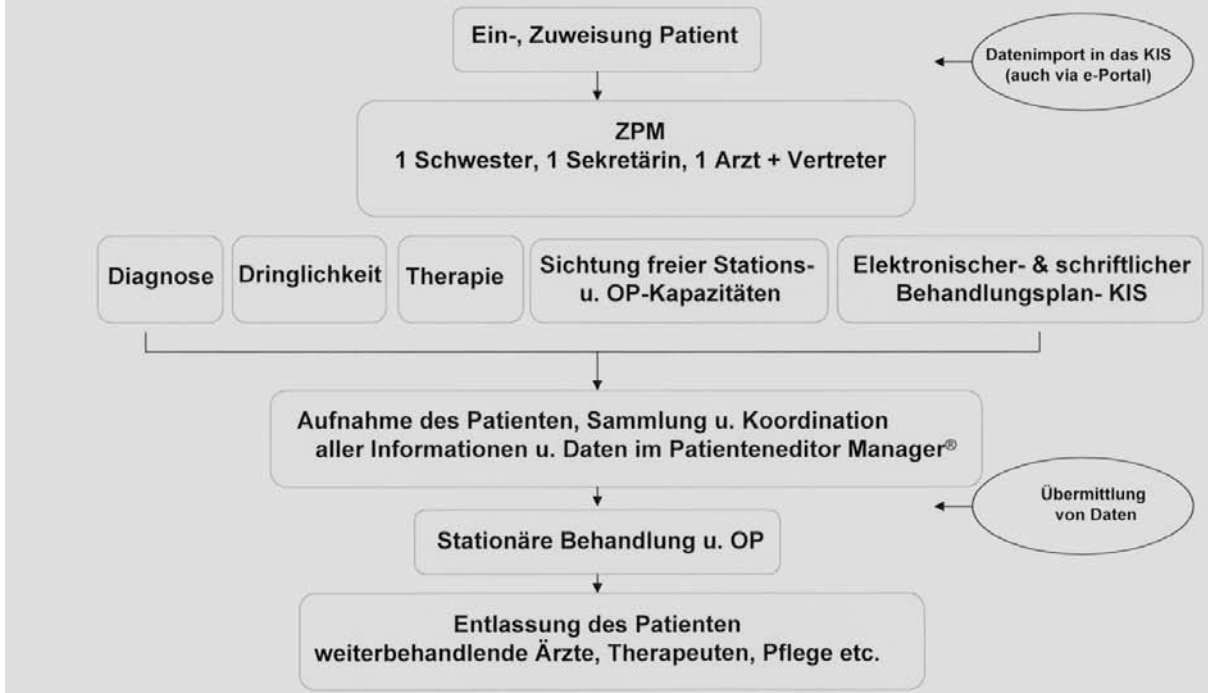


Abb. 2: Aufbau und Prozesse eines ZPM

vereinbart sein. Bei der Terminplanung zur stationären Aufnahme empfiehlt sich die Priorisierung nach definierten, reproduzierbaren Dringlichkeitslisten; so ist z.B. Patienten mit onkologischen Erkrankungen gegenüber Elektiveingriffen eine höhere Priorität einzuräumen. Abgestufte krankheitsbezogene Dringlichkeitslisten lassen sich für die unterschiedlichen chirurgischen Fachbereiche in Absprache leicht definieren. Von Vorteil erweist sich ein derartiges Vorgehen auch zur Verhinderung von Fehlplanungen, wie stationären Unter- oder Überbelegungssituationen, aber auch zur Prävention eines regellosen Einbestellverhalten, wie z.B. aufgrund der Vielzahl chirurgischer Akteure praktiziert, mit seinen negativen Auswirkungen auf die Planungssicherheit der Gesamt- abteilung.

ZPM-Kommunikation

„ZPM ist für Sie da, – ZPM hört Ihnen zu, – ZPM agiert, – ZPM kommuniziert.“ ZPM bedeutet pro aktive Bereitschaft und Aktivität zu der Verhinderung von Irrtümern, Missdeu-

tungen und Fehlern im Patienten- und Klinikmanagement. Zur Steigerung der betrieblichen Funktionalität aber auch zum Abbau emotionaler Spannungen und Erwartungshaltungen unterschiedlicher am Prozess Gesundheit beteiligter Personengruppen ist der Verbesserung in- und externer Kommunikationsstrukturen ein großer Stellenwert beizumessen. In der Funktion eines klinischen Service-Center soll ein ZPM Kommunikationsbereitschaft und Verbindlichkeit gegenüber Patienten und Hausärzten beispielsweise durch die Gewährleistung ständiger Erreichbarkeit und die uneingeschränkte Option der Kontaktaufnahme, wie z.B. durch die Einrichtung einer Telefonhotline usw. signalisieren.

Weitere Bausteine eines ZPM sind; die aktive Einbeziehung der Patienten und deren Angehöriger in die medizinischen Entscheidungsprozesse, die In- und Rückinformation zuweisender Hausärzte und Kliniken – telefonisch, elektronisch oder postalisch, für den in- und externen Gebrauch auch eine genau reproduzierbare Dokumentation – z.B. in

Form von Checklisten, die Verhinderung des Verlust medizinischer Daten durch elektronische Archivierung – z.B. elektronischer Datenträger usw.. Aus Dokumentationsgründen sind hierzu entsprechende Computerlösungen, Zugangsberechtigungen und Kompetenzzuweisungen, z.B. für den Import extern erbrachter medizinischer Dienstleistungen in das Krankenhausinformationssystem (KIS) zu schaffen. Vom ZPM erbrachte Steuerungsleistungen sollten auch zu der Gewährleistung von Transparenz von den unterschiedlichen klinischen Arbeitsplätzen innerhalb eines Krankenhaus einzusehen und somit reproduzierbar sein. Als elektronische Patientenakte (EPA) hat sich für ZPM-Anforderungen der so genannte Patienteneditor bewährt. In der Matrix sind krankheits- und therapie-relevante Daten in komprimierter Form schnittstellenkompatibel zusammengefasst. Intra- und Internet erlauben einen mühelosen Transfer und Austausch zwischen in- und externen Klinik- und Hausärzten, aber auch die Übertragung auf den persönlichen mobilen Hand-Held PC des Patienten.

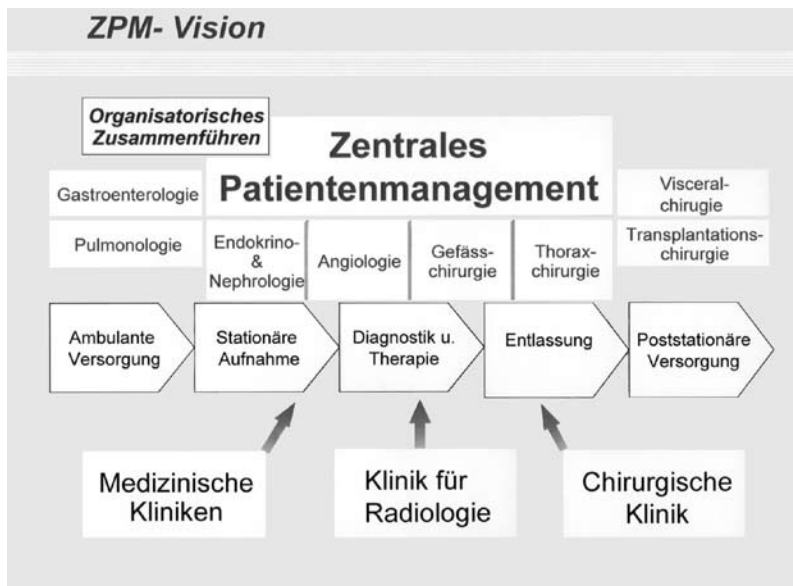


Abb. 3: Projektstruktur einer organisatorischen Zusammenführung klinischer Abteilungen im Rahmen eines ZPM.

ZPM-Schlussbetrachtung Ausblick, Zielsetzung und Perspektiven

Mit der Einführung von ZPM-Systemen wird es Klinikabteilungen ermöglicht sich eindeutig für den Patienten und noch besser für den medizinischen Auftrag zu positionieren. Durch autorisierte und konstruktive Führung eines ZPM können die Prozesse der Aufnahme- und Therapieplanung und -Durchführung von Klinikabteilungen positiv beeinflusst und besser koordiniert werden. Auch die Vermittlung und Umsetzung über den Klinikaufenthalt hinausreichender Zusatzleistungen, wie z.B. poststationärer Versorgungsmaßnahmen können in das erweiterte Aufgaben- und Tätigkeitsfeld eines ZPM fallen. ZPM kann durch seine konzentrierte Funktion ein in- und externes Aushängeschild sein, das unter Service-, Aussendarstellungs- und Prestigegegesichtspunkten nicht nur von Bedeutung für eine chirurgische Klinik allein ist. Die Zusammenhänge von Information, Kommunikation und

Empowerment der Patienten seien in diesem Rahmen nur als Stichwort erwähnt.

Da das Zuweisungsverhalten in Krankenhausabteilungen nur in geringem Masse beeinflusst werden kann, wird durch ein ZPM die Möglichkeit geschaffen Unter- oder Überauslastungen im stationären Bereich zu vermeiden. In diesem Rahmen fungiert ZPM mitarbeiterorientiert. Entgegen ursprünglicher Erwartungen resultiert mit der Etablierung von ZPM- Systemen nicht ein Mehraufwand oder Verbrauch zusätzlicher Ressourcen, ganz im Gegenteil werden sektorale Entlastungen mit der Freisetzung von Kapazitäten und Ressourcen geschaffen. Das heißt ZPM impliziert auch für die Krankenhausverwaltung einen positiven Zugewinn.

Korrespondenz:

Dr. med. Jens Harms, Projektgruppe
hospital-to-home mobile Gesundheitsservices
Deutschland, 04416 Markkleeberg,
E-Mail: info@hospital-to-home.de,
www.hospital-to-home.de

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer, KÖR mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johnne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste vom 1.1.2009 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange



„Hilf, daß ich rede stets, womit ich kann bestehen, laß kein unnützes Wort aus meinem Munde gehen; und wenn in meinem Amt ich reden soll und muß, so gib den Worten Kraft, und Nachdruck ohn' Verdruß!“

So kannten ihn viele seiner Studenten und Mitarbeiter, den Hochschullehrer und Nervenarzt mit Herz für die Psychiatrie und Hirn für die Neurologie – Ehrig Lange – dessen Leben sich im Alter von 87 Jahren am 1. 6. 2009 vollendet hat.

Die wenigsten von uns wussten es, in der damaligen Zeit war es auch nicht nennenswert, dass Professor Lange seine Prägung auf der Fürsten- und Landesschule St. Augustin zu Grimma erhalten hatte, eine der drei ältesten und traditionsreichsten Schulen Sachsens. Der Sohn des Erzgebirges (geb. am 20.9.1921 in Großrückerswalde) konnte auf diesem „protestantischen Jesuitenkolleg Sachsens in fröhlichem Luthertum“ lernen und wurde dort geprägt, weil er schon sehr zeitig als Kind auf sein ungewöhnliches Talent aufmerksam gemacht hatte. Den Text dieses Liedes von Johann Heermann aus dem Jahre 1630 – aber auch Bibelzitate – haben wir später häufiger von ihm gehört.

Ungewöhnlich prägend und nachhaltig ist unser klinischer Lehrer während seines ganzen Lebens für uns

geblieben. So nimmt es nicht wunder, dass die verschiedenen Facetten seiner schillernden Bildung und Rhetorik, seiner großen Ausstrahlung, seiner Kreativität im Denken und Handeln in den verschiedenen Abschnitten seines Lebens auch viele andere Menschen faszinierten, manche aber auch verhalten oder vorsichtig zurück ließ.

„Gib, daß ich tu' mit Fleiß, was mir zu tun gebühret, wozu mich dein Befehl in meinem Stande führet! Gib, daß ich's tue bald, zu der Zeit, da ich soll, und wenn ich's tu', so gib, daß es gerate wohl!“

Auch den Geist dieser Worte hat Ehrig Lange beruflich für uns immer wieder beeindruckend gelebt: Nach Notabitur, Wehrmachtseinsatz im Krieg und durchgemachter Poliomyelitis verspätet gestartet, absolvierte er Studium und Facharzt Ausbildung in Jena, wo er reiche klinische Erfahrung und erste wissenschaftliche Meriten erwarb. Mit der Facharztprüfung legte er seine Habilitationsschrift vor, wurde Chefarzt, ehe er Oberarzt war, indem er 1958 eine große, marode psychiatrische Anstalt in schwerer Krise (Mühlhausen-Pfafferode) übernahm und in fünf Jahren zu einer Musterklinik entwickelte, in der man heute noch von ihm schwärmt. Durch seinen Entwurf „Wandlung einer Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt zum modernen Psychiatrischen Fachkrankenhaus“ mit 90 Prozent offener Krankenführung als Open-Door-System, mit regionalem System psychiatrischer Fürsorge, Tagesklinik, systematischer Einführung der Psychopharmakotherapie, Modernisierung der Arbeitstherapie und des therapeutischen Klimas in der Klinik, verbunden mit einem Studienaufenthalt am berühmten Moodsley-Hospital in London, wurde er zum jungen Wilden, zum führenden Sozialpsychiater Deutschlands. Die programmatischen „Rodewischer Thesen“ von 1962 (veröffentlicht 1963) machten ihn über Deutschlands Grenzen hinaus als Psychiatrie-Erneuerer bekannt. Er wurde in Montreal zum Vorstandsmitglied des Weltverbandes für Sozialpsychiatrie

gewählt. 1963 erhielt er den Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden und war damit der jüngste klinische Ordinarius der DDR. Prof. Dr. Lange war bis 1987 Direktor der Psychiatrie und Neurologie.

Mit seinem Kommen änderte sich in der Klinik Grundlegendes: Die Psychiatrie wurde radikal geöffnet, die Gitter entfernt, die Leitung der psychiatrischen Männerstation von drei Schwestern übernommen (es gab damals Stimmen, die das für kriminell erklärten!). Sozialpsychiatrisches Gedankengut dominierte bei rasant sich verjüngenden Mitarbeitern, modernste Psychopharmaka hielten Einzug, die Station wurde zur Therapeutischen Gemeinschaft, Suizidprophylaxe und Lithiumtherapie wurden institutionalisiert, die forensische Psychiatrie ging neue Wege. Auch die Neurologie wurde mit den Jenenser Erfahrungen von Ehrig Lange so fortentwickelt, dass verschiedene Spezialrichtungen mit entsprechenden Spezialisten sich etablieren konnten, wie zum Beispiel Epileptologie, Neurophysiologie, Neuroophthalmologie, Neuropsychologie, Physiotherapie, Sprechstunden für spezielle neurologische Erkrankungen. Das alles geschah unter einer gemeinsamen Sicht auf Neurologie und Psychiatrie – in dieser Weise und zu dieser Zeit wohl letztmalig an einer Hochschule überhaupt.

In schwerpunktmäßig klinisch bezogener Forschung und dem einzelnen Patienten verpflichteter neurologischer und psychiatrischer Betreuung bestand die Grundlage für Weiterbildung und Fortbildung. Klinische Erfahrung wurde gezielt entwickelt und diese Entwicklung scharfsinnig durch den Chef angeregt und begleitet. Fachübergreifendes Verständnis und starke Ausstrahlung ließen talentierte Kollegen und Mitarbeiter an die Klinik kommen und langfristig an der Klinik halten. Ein solches Verständnis von guter klinischer Praxis im Gesamtgebiet der Nervenheilkunde und daraus abgeleiteter Wis-

senschaft, der kompetenten und echten Zuwendung zum Patienten, aber auch der Durchsetzung der Interessen der Gebiete in einer gemeinsamen sächsischen Fachgesellschaft, blieb für unser eigenes ärztliches Berufsleben prägend. Dafür sind wir unserem verstorbenen Chef dankbar. Die Liste der Ämter und Ehrungen von Herrn Prof. Lange ist umfangreich, beispielhaft nur seien genannt: Mitglied des Vorstands-Komitees des Weltverbandes für Psychiatrie, Mitglied der Akademie der Naturforscher Leopoldina, Ehrenmitglied der Psychiatrischen Gesellschaften der CSSR, Polens, Ungarns und Finnlands,

Griesinger-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen.

Die letzten Jahre sind unter seiner aktiven Teilhabe am Geschehen nach außen hin nicht mehr spektakulär bemerkt worden. Dieser Lebensabschnitt war für ihn auch nicht mehr selbstverständlich mit dem Lutherlied in Konsensus zu bringen:

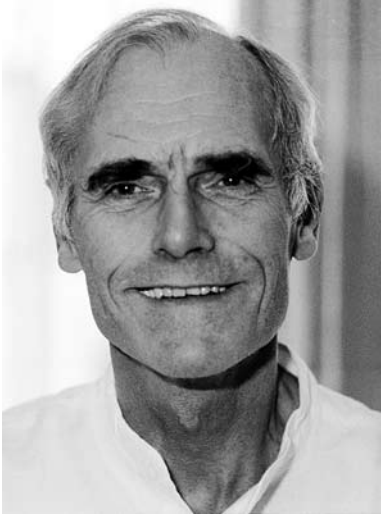
„Gesunden Leib gib mir, und daß in solchem Leib. Ein' unverletzte Seel' und rein Gewißen bleib'.“

Auf seinen Wunsch erfolgte die Beerdigung auf dem Waldfriedhof in kleinster Runde, alles war genau von ihm bestimmt worden, sogar das Abschiedslied zum Mitsingen hatte er selbst festgelegt. Von den Worten Pfarrer Zirklers sind uns besonders diese erinnerlich und ins Herz geschrieben: „Auch Menschen mit Fehlern sind wertvolle Menschen“ – ganz Ehrig Lange.

Prof. Dr. med. habil. Werner Felber und
Prof. Dr. med. sc. Wolfgang Saueremann

Nachruf für Dr. med. Gerhard Exner

Hommage an sein Wirken für die Rückenmarkverletzten in Dresden



Mit Bestürzung erreichte uns die Nachricht vom frühen Tod Gerhard Exners, dem verdienstvollen Chefarzt des Behandlungszentrums für Querschnittgelähmte im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg. Er verstarb am 6.6.2009 im Alter von 67 Jahren plötzlich an einer tückischen Erkrankung.

Dr. Gerhard Exner ist allen, die sich mit der Behandlung von querschnittgelähmten Menschen zumindest in Deutschland befassen, ein Begriff als engagierter Arzt, kompetenter Wirbelsäulenchirurg, weitsichtiger Rehabilitationsmediziner und nicht zuletzt als liebenswürdiger Kollege und Freund. Besondere Verdienste hat er sich in der frühen Zeit der Wiedervereinigung Deutschlands in Dresden erworben. Dieser Nachruf soll an seine unwiederbringliche Form der kollegialen Zusammenarbeit erinnern. Wenn man heute an die Versorgung von Rückenmarkverletzten am Ende der DDR und zum Beginn der Wiedervereinigung denkt, muss man sich zunächst erinnern, dass es in Ostdeutschland nur zwei zentrale Einrichtungen in Berlin-Buch und Sülzhayn für eine sehr späte Rehabilitation gab. In Leipzig, Stavenhagen und Dresden wurden ebenfalls Quer-

schnittgelähmte mit bescheidenen Mitteln, aber doch in den Händen engagierter Kliniken behandelt.

Im August 1988, ermöglicht durch eine Reise in den Westen zu einer Familienfeier, habe ich in Hamburg zum ersten Mal ein Querschnittgelähmten-Zentrum nach internationalem Standard gesehen und dabei Gerhard Exner kennengelernt. An ein Ende der DDR war damals nicht zu denken!

Zu einer ersten Dienstreise aus dem Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt hat mich Gerhard Exner im März 1990 eingeladen. Danach fanden viele gegenseitige Besuche aller beteiligten Mitarbeiter zum Erfahrungsaustausch statt. Mit Dankbarkeit erinnere ich mich an die gastfreundliche Aufnahme bei Gerhard Exner und seiner lieben Frau, ebenso bei seinen Mitarbeitern. Bei der Rückreise aus Hamburg hatten wir gespendete moderne Rollstühle im Gepäck, an denen es in der DDR mangelte.

In den ersten Jahren nach der Wiedervereinigung war die Städtepartnerschaft zwischen Hamburg und Dresden in aller Munde. In dieser Zeit vertiefte sich die Kooperation in einer sehr unbürokratischen Weise. Gerhard Exner und sein Team waren in dieser Aufbruchsstimmung für alle Mitstreiter bei der Betreuung von querschnittgelähmten Menschen in Dresden Lehrer und Freunde zugleich. Wir erhielten die notwendigen Informationen für die Behandlung von Rückenmarkverletzten in der Akutversorgung, bei der Behebung von Komplikationen und in der lebenslangen Nachsorge. Die Anleitung zu den bewährten berufsgenossenschaftlichen Abläufen und Leitlinien war dabei besonders wichtig.

Wir lernten, dass einer der Grundwerte beim Aufbau der Bundesrepublik Deutschland die „Freiheit von Angst“ sein soll und erkannten, dass unsere zentrale Aufgabe darin bestehen muss, den uns anvertrauten Menschen die Angst zu nehmen! Jede Berufsgruppe mit ihren Mitteln. Mit den in Hamburg gesammelten

Erfahrungen entstand die Hoffnung, auch in Dresden ein Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte aufzubauen. Als öffentliches Signal dafür wurde 1991 ein Benefiz-Konzert von Daniel Barenboim in der Semper-Oper aufgeführt.

Die Zustimmung der unfallchirurgischen, orthopädischen und neurochirurgischen Kapazitäten und der Landesärztekammer ermutigten uns. Unsere Bewunderung für Gerhard Exner galt seiner erfolgreichen Leitung des Zentrums in Hamburg und seiner Tätigkeit in vielen nationalen und internationalen Gremien, aber auch seiner musischen und nautischen Begabung.

Immer setzte er sich gleichermaßen für den medizinisch-naturwissenschaftlichen Fortschritt in der Behandlung von Rückenmarkverletzten wie auch für die Verbesserung der praktischen Ergebnisse mit allen Berufsgruppen ein.

Dabei ist erfolgreiche Teamarbeit kein Geschenk, sondern das Resultat unermüdlicher Arbeit um Verständigung.

Das gilt sowohl für die Rettungsmedizin, für die Notfall- und Erstversorgung, die lebenslange Rehabilitation und die Behandlung der Komplikationen einer Querschnittlähmung ebenso wie für die Kooperation mit den Berufshelfern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Entscheidungsgremien der Rehabilitationsträger. 2006 wurde ihm das Bundesverdienstkreuz verliehen.

Doch so vieles bleibt im Leben unerfüllt!

Um Gerhard Exner trauern mit seiner Familie viele Freunde und Mitstreiter sowie unendlich viele Menschen, die ihm trotz schweren Leides ein Leben „frei von Angst“ zu verdanken haben. Mit der Trauer verbinden wir die Hoffnung, dass die von ihm vermittelten Werte für die medizinische Arbeit, für die Hilfsbereitschaft und die zwischenmenschliche Verantwortung auch in zukünftigen Generationen weitergetragen werden.

Dr. med. Hans-Peter Pätzig

Nachruf für Dr. med. Peter Schwenke



Am 20. Juli 2009 ist Herr Dr. med. Peter Schwenke, der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer in der Legislaturperiode 1990 bis 1999, 18 Tage nach seinem 75. Geburtstag, verstorben.

Den Kampf gegen seine Krankheit, der er lange Zeit in seiner ganz eigenen Art in Würde trotzte, hat er verloren. Was uns jetzt von ihm bleibt, sind unsere Erinnerungen. Noch vor wenigen Wochen bei einem Besuch in seinem Hause, wir sprachen über das nahe Ende, zitierte er Cicero: „Der Tod ist ein Ausruhen von Mühe und Elend“. So seine Worte bei unserem Abschied.

Für uns, die wir zwanzig Jahre seit der Wende mit ihm zusammen sein durften, ist es nicht nur ein aufmerksames Gedenken, vielmehr auch eine dankbare Erinnerung an sein Arztsein und an seine berufspolitische Tätigkeit zum Wohle der sächsischen Ärzteschaft.

Er studierte bis 1957 an der Alma Mater Lipsiensis Medizin und hatte das Glück, unter Professor Dr. med. Holle (Pathologie) und Prof. Dr. med. Emmrich (Innere Medizin) zum Internisten qualifiziert zu werden. Nach diesen Lehrjahren war Peter Schwenke als noch junger Arzt bereit, in Merseburg als Ärztlicher Direktor eine Kreispoliklinik mit 14 Fachabteilungen und 42 akademischen Mitarbeitern in nur zwei Jahren aufzubauen. Und dies unter den Bedingungen eines permanenten Dissens mit dem amtierenden Kreisarzt. Sein Weg führte Peter Schwenke deshalb wieder als allgemeinärztlich tätiger Internist für sieben Jahre an eine Leipziger Stadtpoliklinik zurück. Letztlich übernahm er als Radiologe eine Röntgenabteilung, die er bis in die politische Wende hinein begleitete.

Mit der politischen Wende verfolgte Peter Schwenke als aktives Mitglied des Runden Tisches in Leipzig konsequent die Umgestaltung des Gesundheitswesens. Mit uns gemeinsam gründete er im Jahre 1990 die Sächsische Landesärztekammer. Die sächsische Ärzteschaft würdigte dieses Engagement mit der Wahl 1990 zum Vizepräsidenten. Von 1990 bis 1999 war Herr Dr. Schwenke außerdem Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig Stadt.

Dr. Schwenke hat in vorbildlicher Weise die Kreisärztekammer mit der später zu gründenden Bezirksstelle Leipzig aufgebaut. In einer Zeit des Umbruchs – es gab weder eine Kasernenärztliche Vereinigung noch ein Sächsisches Ministerium – bemühte er sich als Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer ein vorläufiges Kammergesetz vorzubereiten.

Er war an 11 Deutschen Ärztetagen aktiv beteiligt und es war für alle Delegierten Deutschlands eine Freude, seinen rhetorisch geschliffenen Redebeiträgen zuzuhören, oft mit erkennbarer Freude am gesprochenen Wort vorgetragen, engagiert, manchmal mit spitzbübischem Humor, aber immer überzeugend und verbindlich. Er hat sowohl zu Deutschen als auch zu Sächsischen Ärztetagen schonungslose Kritik an den Irrwegen des Gesundheitswesens des vereinten Deutschlands geübt. Dabei hat Peter Schwenke nicht selten die brutale Ökonomisierung mit Worten gegeißelt. Wir waren uns einig, dass Gesundheit kein Konsumgut, Ärzte keine Leistungserbringer und Patienten keine Kunden sein können.

Es galt für ihn immer das lateinische Wort: „Misertione non mercede“. „Durch Mitgefühl, nicht durch den Ruhm“.

So nimmt es nicht Wunder, dass Peter Schwenke 2001 aus den Händen des Ministerpräsidenten Biedenkopf den Verdienstorden des Freistaates Sachsen erhielt. Die Bundesärztekammer ehrte ihn 1999 mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette. Die Sächsische Landesärztekammer verlieh ihm 1996 die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Die Niederschlesische Ärztekammer Breslau ehrte Herrn Dr. Peter Schwenke 2001 für seine Verdienste um die sächsisch-polnische Zusammenarbeit mit der v.-Mikulicz-Radecki-Medaille.

Peter Schwenke wird uns fehlen als Freund. Wir verneigen uns vor dem Toten und seiner Lebensleistung. Wir gedenken seiner in Dankbarkeit.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Carl Gustav Carus als Arzt in Dresden

In den sechs Jahrzehnten des ärztlichen Wirkens von Carl Gustav Carus standen sich die naturphilosophisch-ganzheitliche Sicht auf den kranken Menschen und die durch immer neue Entdeckungen sich ausweitende naturwissenschaftlich geprägte Medizin gegenüber. Carus suchte lebenslang eine Gemeinsamkeit von Naturwissenschaft und Philosophie zu verwirklichen. 1833 formulierte er diesen Anspruch mit dem Wort „Die Totalität des Menschen ist es, worauf alles zuletzt ankommt“. Am Ende des Lebens von Carl Gustav Carus dominierte die ausschließlich auf die Betrachtung von zellulären Pathomechanismen orientierte Medizin, was einer reduzierten Sicht auf den kranken Menschen entsprach und von Carus nicht nachvollzogen werden konnte. Auf der einen Seite akzeptierte er die neuen Entwicklungen als Bereicherung für die Medizin, warnte aber zugleich vor der Gefahr reduzierter Betrachtungsweisen. In seinem 65. Lebensjahr formulierte er seine Meinung zum Verhältnis alt zu neu mit den Worten: „Wer sich gewöhnt, immerfort das Mikroskop zu handhaben, wer an der lebendigen Welt nur mit Zirkel, Zollstab und Gewicht operiert [...] von dem ist ganz natürlich, dass ihm nach und nach alles zur reinen Maschine vertrocknet“. Die Sicht von Carus auf das Krankwerden und den Umgang mit der Krankheit umfasste körperliche, seelische und soziale Faktoren bis hin zu krankmachenden Einflüssen der Umwelt. Diese Position vertrat er bis zum Ende seines Lebens, auch wenn er dadurch in eine geistige Isolation gegenüber den Tendenzen der neueren Medizin seiner Zeit geriet.

Carl Gustav Carus (1769 bis 1869) hat in Dresden über fünf Jahrzehnte als Arzt gearbeitet. Nach der Leipziger Studien- und Ausbildungsphase wechselte er 1814 als Professor und Direktor des Hebammeninstitutes der Chirurgisch Medizinischen Akademie nach Dresden und wurde 1827 zum königlichen Leibarzt berufen. Die vier Jahrzehnte währende Betreuung der

drei aufeinander folgenden königlichen Familien wurde von einer ausgedehnten eigenen Praxis begleitet. Seine Klientel umfasste die Adelsfamilien des königlichen Hofes, führende Persönlichkeiten des wohlhabenden Bürgertums und eine breite Palette bekannter Musiker, Dichter und Maler.

Worin begründete sich die Anziehungskraft dieses Mannes, der als kaum bekannter Neuling aus Leipzig nach Dresden übersiedelt war und später in Dresden und auf Reisen in Europa ein gesuchter und überall konsultierter Arzt geworden war? Im Zentrum des Versuchs einer Erklärung steht die Verbindung des wissenschaftlich solide ausgebildeten Mediziners mit einer Persönlichkeit, die für und mit dem Kranken einen individuellen Heilplan geschaffen hat, der die Bewältigung des Krankseins als Teil der allgemeinen Lebenskunst ansah. Carus hat das Modell der heutigen anthropologischen Medizin in der Weise vorweggenommen, dass er das biographische Umfeld mit psychischen und sozialen Faktoren in die Betrachtung des Krankwerdens und damit in die Therapie eingeschlossen hat.

Carus als Leibarzt der königlichen Familie

Die königliche Familie wurde von mehreren Leibarzten, Leibwundärzten und einem Leibzahnarzt medizinisch betreut. Rangordnung und Titel sind in den Hof- und Staatskalendarern des Königreichs Sachsen festgeschrieben. Nach dem Tod des Königs Friedrich August (1750 bis 1827) hatte der erste Leibarzt, Friedrich Ludwig Kreysig (1770 bis 1839) seinen Neffen, Heinrich Leopold Franke (1785 bis 1853) und Carl Gustav Carus als Nachfolger für zwei ausgeschiedene Leibarzte vorgeschlagen. Beide wurden im September 1827 zu Leibarzten berufen. Sicher bildete die wissenschaftliche Reputation und klinische Erfahrung des 38 Jahre alten Professors einen wichtigen Beweggrund. Auf ein weiteres Motiv hat die Historikern Silke Marburg hingewiesen. Die Berufung des Frauenarztes und Geburtshelfers Carus könnte auch aus Sorge um die

Sicherung der dynastischen Erbfolge bedingt gewesen sein. Die 3 Könige Friedrich August I., Anton und Friedrich August II. hinterließen keine Thronerben, womit sich die Berufung eines entsprechenden Spezialisten erklären lassen könnte. Nach dem Tod von F.L. Kreysig 1839 rückte C.G. Carus auf die 2. Position auf. Nach dem Tod von H.L. Franke 1853 erhielt C.G. Carus die Stellung des 1. königlichen Leibarztes.

Nach dem Tod von Kurfürst Friedrich August III, als König Friedrich August I. (1750 bis 1827) im Jahr 1827 folgte ihm **Anton** (1755 bis 1836) im Alter von 71 Jahren als Regent Sachsens. Beim Antrittsbesuch bei der königlichen Familie am 22. September 1827, der in höfischer Livree mit Rock, Seidenstrümpfen und Schnallenschuhen erfolgte, beruhigte der greise König Anton die beiden neuen Leibärzte mit dem Hinweis, dass er ihnen wenig Mühe bereiten möchte. Der König formulierte seine Erwartungen in dem Satz „Wenn Sie ein paar mal in der Woche nachsehen, ob ich noch lebe, so ist's schon gut“. Gegenüber dem hektischen Getriebe der Arbeit am Entbindungsinstitut begann für Carus eine neue Phase des Lebens mit geringeren Belastungen „eine Periode stiller, mehr innerlicher Tätigkeit“. Der greise König Anton starb 1836 im Alter von 81 Jahren, ohne seine Leibärzte stärker belastet zu haben.

Das Befinden des Mitregenten und Nachfolgers von König Anton, **König Friedrich August II.** war für Carus als Leibarzt eine große Herausforderung. Carus stand sowohl dem Prinzen als auch dem König persönlich sehr nahe. Über die Jahrzehnte hinweg muss Friedrich August unter depressiven Gemütschwankungen gelitten haben. Der Historiker H.-C. Kraus leitet die Biographie des Königs direkt mit dem Attribut „Der Melancholiker auf dem Thron“ ein. Wir hören immer wieder Klagen von Carus über den „trüben, quälenden Zustand des Gemüths“, der regelmäßig von körperlichen Beschwerden begleitet war. Carus empfahl als eines der wichtigsten Behandlungsmittel der Zeit Kuren in Marienbad und Franzensbad, die dem Prinzen

geholfen hätten. Der Beschreibung von Carus gemäß haben auch andere Zeitgenossen die seelische Niedergeschlagenheit und Menschenscheu des Königs am Ende des Lebens beobachtet. König Johann äußerte, dass die starken melancholischen Stimmungen von Friedrich August zu einer möglichen Regierungsunfähigkeit des Königs führen könnten. Seine Ehefrau, Königin Amalie Auguste formulierte ähnliche Befürchtungen.

Die Beziehungen zwischen Carus und Prinz Johann, seit 1854 **König Johann** (1801 bis 1873) waren stärker durch geistvolle Gespräche zu gemeinsam interessierenden Themen als durch spezielle medizinische Aufgaben gekennzeichnet. Die gesundheitlichen Einschränkungen in den letzten Jahren des Königs wurden stärker durch die anderen Leibärzte denn durch den selbst im hohen Alter befindlichen Carus betreut. Carus medizinische Zuwendung galt vorwiegend der Königin Amalie Auguste (1801 bis 1877), deren acht Schwangerschaften und Entbindungen zu seinem primären Aufgabenbereich gehörten.

Es war in dieser Zeit üblich, den Tod von Mitgliedern des Königshauses durch Obduktionen zu klären. Carus berichtet mehrfach über die Resultate dieser Sektionen.

Nach dem Unfalltod des Königs Friedrich August II. in Tirol habe die Sektion „nicht unbeträchtliche Osteophytenbildungen an der inneren Fläche der Stirngegend des Schädels“ gezeigt. In organorientierter Betrachtungsweise spekuliert Carus, ob diese Veränderungen ursächlich mit den „schweren melancholischen Zuständen des Königs“ im Zusammenhang gestanden hätten.

Neben den Sektionen von Verstorbenen des Königshauses kennen wir eine Reihe von Berichten über Obduktionen der Klientel von Carus. Damit folgte der so leicht ausschließlich als Naturphilosoph gekennzeichnete Carus der sich seit den 40er Jahren ausbreitenden Tendenz des Vergleichs von klinischem Befund und Sektionsergebnis.

Es beweist die hohe Wertschätzung des Leibarztes, dass er bei königlichen Besuchern in Dresden oder auf

Reisen von anderen gekrönten Häuptern um medizinische Beratung gebeten wurde. Der mit Friedrich und Johann befreundete **Friedrich Wilhelm IV.** von Preußen wurde während eines Dresden Besuches von Carus behandelt. Während der England Reise 1844 konsultierte der russische Kaiser **Nikolaus I.** (1796 bis 1855) den Leibarzt der Wettiner. In Florenz gehörte 1841 **Louis Napoleon**, der ehemalige König von Holland, „nunmehr eine lebende Ruine jener seltsam tragischen Periode“, zu den Patienten, die Carus mehrfach um Beratung baten.

Patienten aus Adel und Bürgertum

Carus hatte schon während seiner Tätigkeit an der Chirurgisch-Medizinischen Akademie eine eigene Praxis geführt, die sich ständig ausweitete. Zunehmend konsultierte ihn die soziale Oberschicht Dresdens, sodass er im Jahr seiner Ernennung zum Leibarzt 1827 selbstbewusst von sich sagen konnte „Allerdings mochte ich nämlich damals mit Recht zu den beschäftigsten Aerzten Dresdens mich zählen dürfen“. Wenige Jahre später schreibt Carus, dass er 1833 ein bis zwei Assistenten anstellen musste, um die ärztlichen Anforderungen zu bewältigen. Später half ihm sein Sohn Albert Gustav (1817 bis 1891) regelmäßig in der Praxis. Carus muss die vielseitigen Verpflichtungen mit einem straffen Arbeitszeitplan organisiert haben. Er berichtet, dass er während der Sommermonate täglich zwischen Pillnitz und Dresden wechselte, um sowohl die Betreuung der königlichen Familie als auch die Versorgung seiner Klientel in der Stadt bewältigen zu können.

Die sich steigernden hohen Einkünfte ermöglichten einen sichtbaren sozialen Aufstieg. Wohnte er zuerst mit der Familie in einer Dienstwohnung im Oberzeugwärterhaus, so folgte auf die Mietwohnung in der Moritzstraße der Kauf der „Villa Cara“ und des Sommerhauses in Pillnitz. Er konnte sich ein Pferd leisten, später einen Zweispänner erwerben.

Da eine vollständige Erfassung der Klientel einem „Who is who“ Dres-

dens in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entsprechen würde, kann nur eine Orientierung gegeben werden.

Carus führt selbst die führenden sächsischen Adelsfamilie als seine Patienten an: „Das gräflich Einsiedel'sche und Vitzthum'sche Haus, die Familien derer von Könnerritz, des Grafen Bose und derer von Löwenstern, einer Familie Ungern-Sternberg und andere“. Die Reihe ließe sich lange fortsetzen. Wenige sollen herausgehoben werden.

Der Kabinettsminister **Bernhard August von Lindenau** (1779 bis 1854) war viele Jahre mit Carus befreundet. Carus schrieb im Jahr 1830 „eine Reihe von Jahren hatte ich denn auch später das Glück, ihm selbst als befreundeter Arzt zur Seite zu stehen“. Aus der Jahrhunderte lang mit der sächsischen Geschichte verbundenen Familie von Einsiedel soll **Ernestine von Einsiedel** (1788 bis 1852) hervorgehoben werden, die über drei Jahrzehnte ein enges Verhältnis zur Familie Carus gehabt hat. In Dresden und auf den Schlössern in der Oberlausitz behandelte Carus die Familie bei Erkrankungen.

Ida von Lüttichau (1798 bis 1856) (Abb. 1) war eine der geistvollsten Frauengestalten der deutschen Romantik. Sie wirkte als Dichterin, Pianistin und Malerin in Dresden und hatte intensive Beziehungen zu den meisten Dresdner Künstlern. 1838 übernahm Carus die ärztliche Betreuung,



Abb. 1: Künstler unbekannt: Ida von Lüttichau. Aus: Kummer, F. Dresden und seine Theaterwelt. Dresden 1938.

da Ida von Lüttichau ihren langjährig sie betreuenden Arzt, Johann August Wilhelm Hedenus (1760 bis 1836), durch dessen Tod verloren hatte. Es war gleichzeitig der Beginn einer engen Freundschaft, die bis zu ihrem Tode währte. Zwischen Frau v. Lüttichau und Carus bestand stets ein Miteinander der ärztlichen Betreuung und der geistigen Korrespondenz. Carus erwähnt an vielen Stellen, welche Anregungen er von Ida v. Lüttichau empfangen habe und wie fruchtbar, speziell die Gespräche zur Abfassung seines Werkes „Psyche“ mit ihr gewesen seien. Carus betonte die Bedeutung lebensgeschichtlicher Ereignisse für den Verlauf der Krankheit: „Vielfältige Leiden, langes Erkranken, Verlust mehrerer Kinder zogen sie zu vielfachen Studien [...] und wendeten sie von Welt und Hof meistens ab [...]“. Immer wieder begegnen uns in den Schriften Zeugnisse der sensiblen, nachdenklichen, selbstreflektierenden und sich selbst befragenden Persönlichkeit der Ida von Lüttichau. Es zeigt die hohe Sensibilität der Patientin, wenn sie sich selbst in feinsinniger Weise analysiert und beschreibt „[...] meine ganze Vitalität hat sich im nervösen System concentriert, und so hat Carus recht, wenn er mich zuweilen eine Spinnwebennatur nennt“. Am 1. Februar 1856 verstarb Ida von Lüttichau an einem Schlaganfall.

Es entspricht der ärztlichen Haltung und Ausstrahlung von Carus, dass viele mit Nervenleiden belastete Patienten ihn um Rat baten und seine Behandlungen häufig erfolgreich waren. Krankheitsbilder wie Melancholie, Hypochondrie, psychogene Ticformen, Nervenleiden ohne nähere Zuordnung gehörten zur Klientel, die Carus um Hilfeleistung aufsuchten. Die therapeutische Palette umfasste ableitende Maßnahmen, Kurbäder, Medikamente, Gesprächstherapie und in Einzelfällen im Sinne einer ultima ratio die Anwendung des Magnetismus. Er formulierte in verschiedenen Schriften seinen Appell zur Akzeptanz der Krankheit als Signal und als Aufforderung einen eigenen Beitrag zur Bewältigung zu leisten.

Am Dresdner Hoftheater betreute Carus die berühmte Schauspielerin

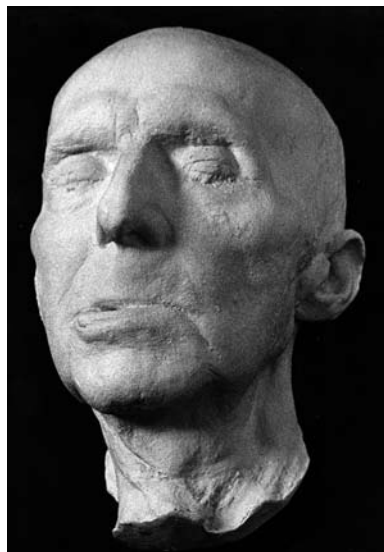


Abb. 2: Totenmaske Carl Gustav Carus. Institut für Geschichte der Medizin TU Dresden

und Opernsängerin **Wilhelmine Schröder-Devrient** (1804 bis 1860), den Opernsänger **Franz Hauser** (1794 bis 1870), die italienische, in Dresden gastierende Sängerin Carlotta/Karoline **Ungher-Sabatier** und den Tenor der Dresdner Oper, **Johann Gottfried Bergmann** (1795 bis 1831). Aus dem Bereich der Musik soll noch erwähnt werden, dass sich **Robert Schumann** (1810 bis 1856), der mit seiner Frau Clara von 1844 bis 1850 in Dresden lebte, wegen seiner vielseitigen Beschwerden von Carus ärztlich beraten ließ. Während der vielen gemeinsamen Jahre in Dresden bestand eine enge Verbindung zwischen **Ludwig Tieck** (1773 bis 1853) und Carus. Da Carus den Umgang von Tieck mit seiner Jahrzehnte das Leben beeinträchtigenden Gicht in seinen Schriften zum Umgang mit Krankheit modellhaft herausstellt, ist es naheliegend, dass er Tieck bei Beschwerden ärztlich beraten hat. Nachdem Ludwig Tieck 1842 von Dresden nach Berlin an den preußischen Hof gewechselt war, erlitt er auf der Reise dorthin einen Schlaganfall. Carus beschreibt die den Dichter einschränkenden Folgen nach einem Besuch in Berlin. Es entspricht dem Kenntnisstand der zeitgenössischen Medizin, dass das Krankheitsbild der Hypertonie weder klar diagnostiziert noch adäquat behandelt werden konnte. Dementsprechend begegnen wir in den Biographien im 19. Jahrhundert häufig

dem Schlaganfall als präfinales oder finales Ereignis, so auch bei den Patienten von Carus. Die Totenmaske von Carl Gustav Carus zeigt uns die Symptome des zum Tode führenden Schlaganfalls eindeutig (Abb. 2).

Wenige Jahre nach dem Start von Carus in Dresden begann 1818 der persönliche Kontakt zwischen Carus und **Caspar David Friedrich** (1774 bis 1840), der zuerst einem Meisterschüler Verhältnis entsprach. Gemeinsame Wanderungen und gemeinsames Zeichnen begründeten eine Freundschaft, die von Höhen und Tiefen durch das sich immer stärker verändernde Verhalten von Friedrich bestimmt war. Periodische depressive Phasen formten das Verhalten von Friedrich zu seiner Umwelt. 1829 beschreibt Carus auffallende Änderungen im Verhalten Friedrichs, wie Aggressionen, qualvolle Selbstwürfe oder auch paranoide Reaktionen. Um 1830 kapselte sich der Künstler zunehmend ab und zog sich tiefer in sein selbstquälerisches Ich zurück. Am 26. Juni 1835 erlitt er einen Schlaganfall, der ihn durch Lähmungserscheinungen an Armen und Beinen extrem beeinträchtigte. Carus schrieb über seine Begegnung mit Friedrich: „Meinen alten Freund Friedrich hatte ich nach meiner Rückkehr leidend und fast unfähig zum Malen gefunden. Die Folgen eines Schlagflusses machten sich in quälender Weise kenntlich“. Ein eventuell aufgetretener zweiter Schlaganfall im Todesjahr 1840 ist nicht klar dokumentiert (Abb. 3). Am 7. Mai 1840 starb Caspar David Friedrich in Dresden.

Ähnliche, wohl hirnrorganisch bedingte Veränderungen entwickelten sich bei dem Zeichenlehrer und späteren Freund und Illustrator der Werke von Carus, **Julius Dietz** (1770 bis 1843). Er veränderte sein Verhalten seit 1829 ebenfalls zunehmend, indem er aggressiv wurde und wahnhaftige Vorstellungen entwickelte, die zur Trennung von Carus führten. Gleichartige Störungen, wie Hypochondrie, Abwendung von seinen Bekannten in Breslau und allgemeine Verstimmungen müssen sich bei Carus' Freund und Jahrzehnte langen Briefpartner, dem in Breslau



Abb. 3: Adolph Friedrich: Caspar David Friedrich (1774 – 1840) „sehr kurz vor seinem Tod gezeichnet“, 1840 Museum und Kunstsammlung Schloss Hinterglauchau Inv. Nr. VK2/3578-17b

lebenden Privatgelehrten und Übersetzer **Johann Gottlob Regis** (1791 bis 1854) in den letzten Lebensjahren entwickelt haben, die zum Ende der Korrespondenz zwischen den Freunden führte.

Aus der Reihe der Künstlerfreunde sollen noch einige Persönlichkeiten hervorgehoben werden. Carus betreute die beiden nach Dresden berufenen Maler der Düsseldorfer Schule: **Eduard Bendemann** (1811 bis 1889) und **Julius Benno Hübner** (1806 bis 1882). Carus fand schnell Kontakt zu dem neu berufenen Künstler E. Bendemann, wobei die Hilfe des Arztes

bei der Bewältigung einer ersten Erkrankung der Ehefrau die Verbindung sicher beförderte. Im Zentrum der Fürsorge stand das den Künstler zunehmend belastende Augenleiden. Zu Julius Hübner bestand ebenfalls ein reger geistiger Austausch. Der Künstler hatte 1844 eines der bekanntesten Porträts von Carus als Dank für dessen ärztlichen Beistand bei einer schweren Erkrankung seiner Tochter gemalt.

Viele Patienten von Carus litten an der im 19. Jahrhundert weit verbreiteten Tuberkulose. Carus erlebte viele tragische Verläufe, da eine spezifische Therapie zu seiner Zeit nicht möglich war. Carus verlor 1838 seine geliebte **Tochter Charlotte** (1810 bis 1838) (Abb. 4), die 1836 den Bildhauer Ernst Rietschel geheiratet hatte, an den Folgen einer Tuberkulose. **Ernst Rietschel** (1804 bis 1861) starb ebenfalls an einer Lungentuberkulose. Carus versuchte den absehbar schweren Verlauf durch eine Klimakur im Winter 1860/61 in Palermo günstig zu beeinflussen. In der Familie des Großherzogs Leopold der Toskana erlebte und behandelte Carus in Dresden und Florenz eine Reihe von tuberkulösen Erkrankungen. Wenn auch einzelne Patienten die Erkrankung überstanden, be-



Abb. 4: Ernst Rietschel: Charlotte Rietschel, geb. Carus, 1838. Skulpturensammlung, Staatliche Kunstsammlungen Dresden. Abg. Inv.Nr. ZV 4092 (ASN 155)

herrschten die final endenden Krankheitsverläufe die Begegnung mit der Tuberkulose.

Wegen der eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten waren die zu dieser Zeit noch ätiologisch unaufgeklärten **Infektionskrankheiten** eine schwere Belastung für Carus, da diese Erkrankungen so oft tödlich endeten. Sowohl bei sich selbst als auch in seiner Familie und bei seinen Patienten erlebte Carus schwerste Verläufe an Typhus, Scharlach, Masern.

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz
Mendelssohnallee 30
01309 Dresden

Unsere Jubilare im September 2009 – wir gratulieren!

- 60 Jahre**
- 03.09. Dipl.-Med. Bellmann, Heidrun 01157 Dresden
 - 05.09. Dipl.-Med. Kipping, Volkmar 08141 Reinsdorf b. Zwickau
 - 07.09. Dipl.-Med. Borchert, Elvira 02906 Niesky
 - 07.09. Dr. med. Stibenz, Goy 01896 Pulsnitz
 - 08.09. Dr. med. Trache, Carmen 01187 Dresden
 - 09.09. Dr. med. Vollstädt, Steffie 01129 Dresden
 - 11.09. Dr. med. Lorenz, Bergit 01156 Dresden
 - 14.09. Dipl.-Med. Sporbert, Gabriele 04207 Leipzig

- 15.09. Dr. med. Quasdorf, Monika 01705 Freital
- 15.09. Dr. med. Zeilinger, Karin 09127 Chemnitz
- 17.09. Schmitz, Ronaldo Miguel 08645 Bad Elster
- 19.09. Dr. med. Fickel, Bernd 08294 Löbnitz
- 20.09. Dr. med. Vulturius, Hannelore 09112 Chemnitz
- 20.09. Dr. med. Zimmermann, Hanna 09603 Großschirma
- 24.09. Dr. med. Starke, Friederike 01189 Dresden
- 24.09. Dr. med. Weichenhain, Erika 01587 Riesa
- 25.09. Dr. med. habil. Kothe, Hans-Werner 04277 Leipzig
- 26.09. Dr. med. Baumann, Josef 04838 Eilenburg
- 26.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Riehn, Axel 01705 Freital

- 29.09. Dr. med. David, Peter 04178 Leipzig
- 30.09. Dr. med. Meinig, Gerald 09648 Mittweida
- 30.09. Dr. med. Wolf, Gabriele 01129 Dresden

- 65 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Schaffrath, Joachim 01847 Lohmen
 - 03.09. Prof. Dr. med. habil. Julius, Ulrich 01239 Dresden
 - 03.09. Dipl.-Med. Seipt, Frank 09603 Großschirma
 - 04.09. Wetzels, Martin 08326 Sosa
 - 08.09. Dr. med. Fischer, Jörg-Uwe 09337 Hohenstein-Ernstthal
 - 08.09. Dipl.-Med. Grüner, Burckhard 09661 Hainichen
 - 09.09. Dipl.-Med. Gerewitz, Bernd 04289 Leipzig

- 10.09. Dr. med. Patzschke, Ulrich
09487 Schlettau
- 11.09. Dr. med. Spichale, Gerd
02906 Niesky
- 12.09. Eilenberg, Monika
04808 Wurzen
- 12.09. Dr. med. Pätzug, Hans-Peter
01731 Kreischa-Gombsen
- 13.09. Dr. med. Stiehler, Rüdiger
01217 Dresden
- 13.09. Dr. med. Themel, Joachim
08223 Falkenstein
- 14.09. Horn, David
01239 Dresden
- 14.09. Mende, Manfred
09623 Rechenberg-
Bienenmühle
- 14.09. Dipl.-Med.
Staudinger-Maly, Erika
01156 Dresden
- 15.09. Dr. med. Jänichen, Egbert
01744 Malter
- 17.09. Dr. med. Göttlich, Klaus
04299 Leipzig
- 18.09. Dr. med. König, Detlef
09569 Oederan
- 19.09. Dr. med. Richter, Marianne
01099 Dresden
- 20.09. Kaps, Ulrike
01259 Dresden
- 21.09. Dr. med. Junghans, Holger
08289 Schneeberg
- 21.09. Dr. med. Reichel, Margitta
02708 Löbau
- 23.09. Thomas, Jürgen
08523 Plauen
- 24.09. Dr. med. Telle, Frank-Günther
04779 Wermisdorf
- 24.09. Thieme, Regine
01920 Steina
- 25.09. Dipl.-Med. Schütze, Karin
01257 Dresden
- 26.09. Dr. med. Adam, Rüdiger
02827 Görlitz
- 27.09. Boehm, Margret
04316 Leipzig
- 28.09. Dr. med. Achtelig, Christina
02763 Zittau
- 29.09. Dr. med. Rürup, Bernd
09419 Thum
- 70 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Kirschner, Hartmut
01454 Radeberg
- 02.09. Dr. med. Hammer, Lieselotte
04435 Schkeuditz
- 04.09. Dr. med. Kluge, Norbert
02627 Radibor
- 04.09. Dr. med. Schöbl, Renate
01309 Dresden
- 05.09. Dr. med. Jelinek, Wilfried
01099 Dresden
- 05.09. Dr. med. Maiwald, Dieter
01159 Dresden
- 07.09. Dr. med.
Riepenhausen, Ulrich
04463 Großpösna
- 09.09. Dr. med. Grünert, Frank
08527 Straßberg
- 09.09. Dr. med. Skrzypczak, Ingrid
04157 Leipzig
- 13.09. Weiß, Ingo
09548 Deutschneudorf
- 14.09. Klatte, Christel
04157 Leipzig
- 14.09. Kokschal, Maria
04416 Markkleeberg
- 14.09. Dr. med. Weinhold, Gudrun
01324 Dresden
- 15.09. Dr. med. Breitfeld, Allmut
09557 Flöha
- 15.09. Dr. med. Jährg, Dieter
02692 Obergurig
- 19.09. Dr. med. Leupold, Bettina
01219 Dresden
- 21.09. Dr. med. Schnabel, Klaus
09127 Chemnitz
- 22.09. Doz. Dr. med. habil.
Goertchen, Roland
02827 Görlitz-Kunnerwitz
- 22.09. Dr. med.
Grohmann, Ingeborg
09111 Chemnitz
- 23.09. Schwarz, Gertraud
08209 Auerbach
- 23.09. Dr. med. Wihs Gott, Eberhardt
01139 Dresden
- 24.09. Reinicke, Volker
04105 Leipzig
- 24.09. Thieme, Gottfried
02799 Waltersdorf
- 25.09. Dr. med. Thomsen, Holger
01324 Dresden
- 25.09. Zetsche, Elge
04571 Rötha
- 27.09. Dr. med. Grigorow, Ingeborg
08328 Stützengrün
- 28.09. Dr. med. Enderlein, Maja
04683 Naunhof
- 29.09. Dr. med.
Bochmann-Kutzner, Irmtraud
09322 Penig
- 30.09. Dr. med. Brode, Klaus
08107 Kirchberg
- 30.09. Dr. med. Otremba, Arno
08412 Königswalde
- 75 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Engler, Erika
01067 Dresden
- 02.09. Dr. med. Spann, Klaus-Jürgen
09600 Freiberg
- 05.09. Dr. med. Müller, Wolfgang
04158 Leipzig
- 09.09. Dr. med. Straube, Erika
01239 Dresden
- 14.09. Dr. med. Geschke, Käte
09217 Burgstädt
- 14.09. Dr. med. Näke, Brigitte
01309 Dresden
- 17.09. Dr. med.
Rabold, Hans-Christian
04157 Leipzig
- 17.09. Dr. med. Rohrwacher, Ingrid
04178 Leipzig
- 19.09. Schlegel, Helga
09127 Chemnitz
- 23.09. Dr. med. Kubisch, Lothar
09114 Chemnitz
- 24.09. Dr. med. Beyer, Peter
01844 Hohwald
- 24.09. Dr. med.
Seckendorf, Brunhilde
09116 Chemnitz
- 26.09. Dr. med. Kirschner, Wolfgang
08315 Bernsbach
- 26.09. Dr. med. Seidel, Rolf
08543 Jocketa
- 29.09. Dr. med. Seidel, Isolde
08543 Jocketa
- 80 Jahre**
- 05.09. Dr. med. Dießner, Magdalena
01157 Dresden
- 15.09. Dr. med. Holzhausen, Günter
04821 Waldsteinberg
- 16.09. Dr. med. Flemming, Gotthard
08280 Aue
- 28.09. Dr. med. Tützer, Anny
08451 Crimmitschau
- 29.09. Tuchscherer, Isolde
08280 Aue
- 81 Jahre**
- 06.09. Doz. Dr. med. habil.
Schleusing, Gottfried
04416 Markkleeberg
- 15.09. Dr. med. Roick, Waltraud
09465 Sehma
- 22.09. Dr. med. habil.
Bürkmann, Inge
04159 Leipzig
- 22.09. Prof. Dr. med. habil. Dr. paed.
Israel, Siegfried
04105 Leipzig
- 82 Jahre**
- 28.09. Dr. med. Junghändel, Ruth
01067 Dresden
- 28.09. Dr.-medic Naumann, Ladislaus
04103 Leipzig
- 83 Jahre**
- 03.09. Dr. med. Grimm, Hans
04157 Leipzig
- 84 Jahre**
- 23.09. Dr. med. Böttger, Wolfgang
08062 Zwickau
- 85 Jahre**
- 04.09. Dr. med. Linke, Ursula
09127 Chemnitz
- 10.09. Grandin, Gisela
01324 Dresden
- 26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 86 Jahre**
- 16.09. Dr. med. habil.
Woratz, Günter
09456 Annaberg-Buchholz
- 22.09. Dr. med. univ. Schmidt,
Gert-Peter
01109 Dresden
- 28.09. Prof. em. Dr. med. habil.
Oeken, Friedrich-Wilhelm
04229 Leipzig
- 88 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Spielmann, Volker
04316 Leipzig
- 89 Jahre**
- 12.09. Dr. med. Zacharias, Horst
01187 Dresden
- 90 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid
01187 Dresden
- 12.09. Dr. med. Hisek, Ludwig
01239 Dresden
- 19.09. Dr. med. Nicolai, Margarete
09599 Freiberg
- 23.09. Dr. med. Woratz, Ursula
09456 Annaberg-Buchholz

Dr. med. Hermann Queißer zum 80. Geburtstag



Am 13. Juli 2009 feierte der langjährige Chefarzt der I. Medizinischen Klinik und stellvertretende Ärztliche Direktor des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt seinen 80. Geburtstag. Ein Anlass zurückzublicken auf sein vorbildliches Wirken als Klinikchef mit seinem Lieblingsfach Infektiologie, als Vorsitzender einer Facharztprüfungskommission „Innere Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer, als langjähriges Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ und noch im Ruhestand bis Ende des Jahres 2006 als Lektor an der Kulturakademie Dresden für Ärzte, die ihren Studienabschluss in einem nichteuropäischen Land abgelegt haben.

Nach Studium, Pflichtassistentenzeit und Promotion an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald von 1949 bis 1955 (Lehrer Prof. Friedrich Müller und Prof. Katsch) kehrte er 1955 in seine Heimatstadt Dresden zurück und legte hier 1962 seine Facharztprüfung Innere Medizin ab. 1963 wurde er am damaligen Stadt-, später Bezirkskrankenhaus Dresden-Neustadt zum Oberarzt ernannt und übernahm schließlich 1973 – nach dem tragischen Unfalltod von Chefarzt Dr. med. Alfred Schmeiser – die Leitung der I. Medizinischen Klinik.

Dr. Hermann Queißer gehört noch zu jenen ärztlichen Kollegen, die nicht nur ein Spezialgebiet, sondern auf der Basis einer breiten internistischen Ausbildung die Innere Medizin als Ganzes vertreten konnten. Eine Voraussetzung als Klinikchef, die vielen Ärzten und Standesvertretern erst wieder bei der Diskussion um die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung im Gebiet „Innere Medizin“ bewusst wurde. Dazu reicht eine Basisweiterbildung (common trunk) von zwei Jahren keinesfalls aus.

Als Arzt, der sich durch das kommunistische Regime weder vereinnahmen noch korrumpieren ließ, engagierte sich zur Wendezeit als Berater der „Gruppe der Zwanzig“, von 1990 bis 1992 als Stellvertreter des Ärztlichen Direktors des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt und nicht zuletzt als Mitglied der Initiativgruppe der Sächsischen Landesärztekammer sowie schließlich als

Mandatsträger von 1990 bis 1994. Auch nach dem Ausscheiden aus der Klinik 1994 setzte er für mehrere Jahre seine Tätigkeit als Vorsitzender einer Facharztprüfungskommission Innere Medizin, als Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ bis 1999 und als Lektor der Kulturakademie Dresden fort.

1995 wurden seine Fortbildungsaktivitäten mit der Ernennung zum Ehrenmitglied der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin gewürdigt.

Trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme hält Dr. Queißer engen Kontakt zu seiner alten Klinik und zu seinen ehemaligen Mitarbeitern, nimmt an Klinikfortbildungen und gesellschaftlichen Ereignissen teil.

Seine früheren Kollegen und Freunde wünschen ihm vor allem Gesundheit, damit er mit Frau, Kindern und Enkelkindern die schönen Seiten des Lebens genießen kann.

Durch seine fachliche Kompetenz und persönliche Integrität hat er das Gesicht der Medizinischen Klinik und damit des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt wesentlich mitgeprägt. Seine Tätigkeit als Berater der „Gruppe der Zwanzig“, in der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, in Gremien der Sächsischen Landesärztekammer und vieles anderes mehr verdienen auch über die Grenzen seiner Heimatstadt Dresden hinaus Ehre und Anerkennung.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Klaus Poegel

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel zum 80. Geburtstag



Am 6. 8. 2009 vollendete Herr Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel sein 80. Lebensjahr. Dies ist ein besonderer Anlass für Freunde, frühere und jetzige Kolleginnen und Kollegen sowie Schüler an gemeinsame Wege, Erlebnisse und Lehrstunden zu erinnern und ihm als Arzt, Lehrer und Mensch Danke zu sagen.

Nachdem Heinrich Geidel als geborener Leipziger im Jahr 1948 das Abitur am Luther-Gymnasium in Eisenach ablegte, wurden mit der 2-jährigen Tätigkeit als Hilfspfleger im Krankenhaus Ruhla die beruflichen Weichen gestellt. 1950 begann er mit dem Studium der Medizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Nach erfolgreichem Abschluss folgten eine Pflichtassistenten im Kreis-Krankenhaus Blankenhain und 1957 der Beginn der Facharztausbildung für Innere Medizin in Jena. Die von ihm sehr geschätzten Lehrer Prof. Dr. Brednow und Prof. Dr. Beickert förderten sein Interesse auf dem Gebiet der Rheumatologie und Immunologie. 1960 promovierte Heinrich Geidel zum Thema „Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung des Lupus erythematodes-Phänomen und anderen Autophagozytoseerscheinungen im Blut“.

Herr Prof. Dr. Beickert wurde 1991 nach Dresden berufen, der junge Assistenzarzt Dr. Geidel folgte ihm. Unter beider Federführung entwickelte sich die I. Medizinische Klinik des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt zu einer weit über die Stadt und den Bezirk Dresden hinaus bekannten Spezialklinik für Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen. Nach Vollendung der Facharztausbildung folgten 1974 Ernennungen zum Oberarzt, später zum 1. Oberarzt und letztlich nach dem Tod von Prof. Dr. Beickert im Jahr 1976 die Berufung zum Chefarzt der Klinik bis zu seiner Emeritierung 1994. Beispielhaft und herausragend war und bleibt bis heute die Entwicklung der I. Medizinischen Klinik zu einer Einrichtung mit eigenem Psychologen, der Durchführung von Patientenseminaren und einer leistungsfähigen Ergo- und Physiotherapie, letzteres auch dank Frau Christa Geidel – seiner Ehefrau.

1980 habilitierte sich Herr Dr. Geidel an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden bei Prof. Dr. Heidelmann zum Thema „Über die Häufigkeit und Bedeutung metabolischer Störungen bei der essenziellen Hypertonie des jüngeren Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung des Purinstoffwechsels“. Nach Erwerb der Facultas docendi wurde er 1983 zum Honorarprofessor der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR und 1994 zum Professor ernannt.

Nach 4jähriger Mitarbeit in der Med. Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums (Prof. Dr. H.-E. Schröder) unterstützt Herr Prof. Dr. Geidel auch heute noch tatkräftig die Betreuung rheumatischer Kranker in der Schwerpunktpraxis Rheumatologie von Frau Dr. K. Lütke und Herrn Dr. K. Boche in Dresden.

Zu allen Zeiten hat sich Herr Prof. Dr. Geidel verantwortungsvoll für die medizinische Weiterbildung engagiert, nicht nur für Studenten und Ärzte im Klinikum Dresden-Friedrichstadt, sondern auch als Dozent für

Rheumatologie und Pneumologie für Ärzte-Immigranten aus Nicht-EU-Staaten bis zum heutigen Tag.

Die Begleitung ehrenamtlicher Aufgaben gehörten stets zum Arbeitsalltag von Herrn Prof. Dr. Geidel: 1990 bis 1998 Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung der SLÄK, 1999 gewähltes Mitglied des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, seit 1993 stellv. Schriftleiter der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“, Mitorganisator der Sächs.-Bayr. Fortbildungskongresse, der EUROMED in Leipzig und der Deutschen Ärztekongresse in Dresden. Von 1990 bis 1999 war er als Mandatsträger am Aufbau der standespolitischen Vertretung der Ärzte Sachsens mitbeteiligt und von 1990 bis 1994 Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Über 90 verschiedene wissenschaftliche Arbeiten von Herrn Prof. Dr. Geidel bereicherten insbesondere das Gebiet der Rheumatologie, stellvertretend genannt die wertvollen wissenschaftlichen Beiträge zum LE-Zell-Phänomen.

Seine Verdienste wurden mehrfach mit Medaillen und Ehrennadeln verschiedener Gremien gewürdigt.

Als Kollegen und Schüler ist es uns ein außerordentliches Bedürfnis Herrn Prof. Dr. Geidel Dank zu sagen für eine sehr breite internistische Ausbildung. Oberflächlichkeiten – ob beim Arztgespräch oder bei den anzufertigenden Arztbriefen – wurden nicht geduldet. Herr Prof. Geidel sah den Patienten immer als Persönlichkeit in seinem besonderen Umfeld im Mittelpunkt seiner Arbeit.

Wir wünschen Herrn Prof. Dr. Geidel noch viele schöne Jahre bei guter Gesundheit im Kreis der Familie und Freunde, Freude an seinen vielfältigen Interessen und sind gespannt auf weitere schöpferische Unruhe. Wir möchten unseren „väterlich sorgenden“ und beratenden Begleiter nicht missen.

Dr. med. Kirsten Lütke
Dr. med. Leonore Unger

Für alle Wegbegleiter, Schüler und Kollegen