

Editorial	Was wäre wenn...	48
Berufspolitik	Ehrenamtliches Engagement gewürdigt	49
	Erfahrungsaustausch „Leitender Notarzt“	50
	Ärzttekammer für Nowosibirsk	51
	Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten	52
	Änderung der Fortbildungssatzung und	
	Verfahrensordnung zur Fortbildung	53
	Feierlicher Abschied der	
	Medizin-Absolventen 2009	54
	„Ärzteblatt Sachsen“ – Leserbefragung 2009	57
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Berufung zum Leiter Presse- und	
	Öffentlichkeitsarbeit	55
	Einladung zum Seniorentreffen der	
	Kreisärztekammer Dresden	56
	Abschlussprüfungen für	
	Medizinische Fachangestellte	63
	Konzerte und Ausstellungen	73
Gesundheitspolitik	Qualitätssicherung labormedizinischer	
	Untersuchungen	55
	Glukosetest für Schwangere in Sachsen	56
	Impressum	56
Recht und Medizin	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	60
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	64
Originalien	Verordnung der Lipidsenker	65
	Therapie der extremen Adipositas	67
Buchbesprechung	Verstehen und Helfen	66
	Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie	76
Tagungsbericht	Chancen und Risiken des Neuro-Enhancement	73
Personalia	Unsere Jubilare im März 2010	74
	Nachruf für Dr. med. Wolfgang G. Lehmann	77
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig	78
Leserbriefe	Leserbrief Dr. med. Thomas Werlich/ Antwort Dipl.-Stom. Iris Langhans	76
Medizingeschichte	Dr. Margarete Blank	79
	NS-Euthanasie in Böhmen und Mähren	81
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2010	



Ehrenamt gewürdigt
Seite 49



Veranstaltung für
Weiterbildungsassistenten
Seite 52



Abschied der Medizinabsolventen
Seite 54



Dr. Margarete Blank
Seite 79

Was wäre wenn...



Stellen sie sich einmal vor, sie sind als niedergelassener Arzt, als Arzt in einer Ambulanz oder in einer Behörde bei der Behandlung von Patienten ganz auf sich allein gestellt...

Vielleicht haben Sie dies auch schon einmal während einer der berühmten „Streikaktionen“ der Ärzteschaft ausprobiert. Aber lange wird dies wohl, ohne starke Einschnitte hinnehmen zu müssen, nicht durchzuhalten sein.

Haben Sie sich schon einmal gefragt, welche Probleme am „Tresen“ zu lösen sind und gelöst wurden, bevor der Patient oder die Patientin dann vor Ihnen sitzt? Ich bin jedenfalls froh, dass mir Personal zur Seite steht, welches oft umfangreiche Aufgaben erledigt und mir abnimmt.

Arzthelferinnen, Medizinische Fachangestellte, Sprechstundenschwestern und auch Sekretärinnen stellen unverzichtbare Mitarbeiter dar. Ohne sie würden wir oft genug in Schwierigkeiten kommen. Auch wer der Meinung ist, er könne alles genauso gut übernehmen, der irrt. Denn da gibt es hier und da so kleine Dinge, welche aus dem Blickwinkel des Arztes geraten und doch für das Funktionieren einer Praxis, Ambulanz oder anderen Einrichtung essenziell sind.

Mithin bin ich der festen Überzeugung, dass wir Ärzte uns der Verantwortung gegenüber unseren Angestellten und Mitarbeitern bewusst sind.

In diesem Bewusstsein sieht sich auch die Sächsische Landesärztekammer in der Pflicht, für entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten zu sorgen.

Seit jeher ist es unsere Aufgabe darüber verantwortlich zu wachen. Aus diesem Grunde ist an der Sächsischen Landesärztekammer der durch das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz in Sachsen berufene Berufsbildungsausschuss angesiedelt. Der Vorstand beruft die regionalen Prüfungsausschüsse und den überregionalen Prüfungsausschuss. Der Berufsbildungsausschuss kommuniziert mit den Berufsschulen. Einen festen Bestandteil der zu erfüllenden Aufgaben bildet dabei die Überwachung der dualen Ausbildung. Die praxisnahe Umsetzung von theoretisch in den Berufsschulen erworbenen Wissen, ist für die patientennahe Arbeit der zukünftigen Medizinischen Fachangestellten zwingend erforderlich. Leider konstatieren wir in den letzten Jahren immer wieder ein schlechtes Abschneiden der Auszubildenden bei den Prüfungen. Dies hat seine Gründe auf der einen Seite in den schlechten Zugangsvoraussetzungen – gemeint sind hier schulische Leistungen – auf der anderen Seite, und darüber besteht Einigkeit, in dem immer noch schlechten Image des Berufes der Arzthelferin/Medizinischen Fachangestellten.

Dies muss sich ändern.

Die Sächsische Landesärztekammer hat im vergangenen Jahr ihre Bemühungen um die Weiter- und Fortbildung der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten deutlich intensiviert. Gemeinsam mit ärztlichen Verbänden, dem Verband der Medizinischen Fachangestellten und weiteren Partnern ist dazu ein umfangreiches Fortbildungsprogramm aufgelegt worden. Bereits im Jahr 2007 wurde durch die Sächsische Landesärztekammer der Fortbildungsgang zur Versorgungsassistentin der Hausarztpraxen (VERAH) des Deutschen Hausärzteverbandes zertifiziert. Die Bundesärztekammer hat

im Dezember 2009 ein Curriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 5 und 7 der Delegationsvereinbarung gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V verabschiedet. Diese und die erfolgreiche Prüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer sind eine Voraussetzung zur Abrechnung der EBM Gebührenordnungsziffern 40870 und 40872 durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Als weiterer umfassender Qualifizierungsgang ist im Januar 2010 erstmals die Aufstiegsfortbildung zur „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ begonnen worden. Die zukünftigen Fachwirtinnen sollen unter Aufsicht des Arztes, mehr als bisher, anspruchsvolle und spezialisierte Aufgaben delegiert bekommen. Insbesondere sollen Patientenbegleitung, Koordination, Praxismanagement und Teamführung im Zentrum der Tätigkeiten dieser neuen Qualifikation stehen. Anerkannt ist diese Bildungsmaßnahme nach dem Berufsbildungsgesetz.

Weitere Kurse wie „Abrechnung ärztlicher Leistungen“, „Reanimation“, „Grundlagen des Datenschutzes“ und auch „Kommunikationstraining“ ergänzen das Angebot. Mit großer Freude nehmen wir zur Kenntnis, dass unsere Angebote so gut angenommen werden, dass alle Kurse bisher ausgebucht sind. Dadurch wird sichtbar, welcher Nachholbedarf hier offensichtlich besteht. Mir ist bewusst, dass Bemühungen um die Fort- und Weiterbildung unserer nichtärztlichen Praxisassistentinnen auch auf anderen Ebenen mit gutem Erfolg laufen.

In einer Gesellschaft, welche durch einen stark wachsenden Betreuungsaufwand geprägt ist, sind wir als Ärzte immer mehr auf die qualifizierte Hilfe unseres Teams angewiesen. Ärztliche Arbeitskraft muss von berufsfremden aber nicht desto weniger wichtigen Tätigkeiten entlastet werden. Dazu sind in erster Linie gut ausgebildete und hoch qualifizierte Mitarbeiter notwendig. Dies sollten sie uns in jeder Hinsicht Wert sein.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Ehrenamtliches Engagement gewürdigt

Viele Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens würden ohne das Engagement zahlreicher Ehrenamtlicher nicht funktionieren. Das trifft auch auf die Arbeit der Kreisärztekammern in Sachsen zu. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, betonte, dass in unserer Gesellschaft und auch im ärztlichen Berufsstand das ehrenamtliche Engagement für die Belange der ärztlichen Selbstverwaltung nicht immer selbstverständlich ist. Deshalb wurden am 13. Januar 2010 insgesamt 34 Vorsitzende und Vorstandsmitglieder der Kreisärztekammern für ihren langjährigen Einsatz gewürdigt. Sie erhielten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit im Dienste der Sächsischen Landesärztekammer vom Präsidenten Prof. Dr. Jan Schulze eine Ehrenurkunde.



Prof. Dr. med. Jan Schulze bedankt sich bei Frau Dr. med. Gisela Trübsbach für jahrelange ehrenamtliche Tätigkeit

Nicht wenige der geladenen Ehrenamtlichen engagierten sich seit der (Wieder-)Geburt der sächsischen ärztlichen Selbstverwaltung vor 20 Jahren für den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung. Prof. Dr. Schulze würdigte die Anwesenden als „unverzichtbare Sensoren und Multiplikatoren für die sächsische Ärzteschaft in der Region“. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung wäre diese Arbeit auf Kreisebene nicht möglich gewesen. Sie haben wichtige Aufgaben wie die Schlichtung bei Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten



Der Präsident Prof. Dr. med. Jan Schulze überreicht die Ehrenurkunde an Dr. med. Hans-Udo Pause, Dr. med. Erik Mueller, Dr. med. Hansjörg Lutterberg und Dr. med. Rudolf Marx (von rechts)

ten oder Ärzten untereinander übernommen und dabei so manches Schicksal persönlich kennengelernt. Auch die Organisation der regionalen Fortbildung gehörte zu ihren Aufgaben, genauso wie der wichtige Bereich der Seniorenarbeit, welcher durch ihr aktives Wirken mit Leben ausgefüllt wurde.

Das Ehrenamt besitzt eine lange abendländische Tradition. Aus Sicht der klassischen Antike oder der des Christentums gehört der individuelle Beitrag zum allgemeinen Wohl unverzichtbar zu einem sinnerfüllten Leben. Schon in den Stadtgesellschaften der Antike Griechenlands war es Sache jeden männlichen Bür-

gers, sich für das Gemeinwesen zu interessieren, für dessen Wohl zu engagieren und in den Versammlungen über die Belange der Stadt zu diskutieren. Prof. Dr. Schulze: „Dieses Ehrenamt, dieses freiwillige Engagement ist eine Chance für jeden einzelnen sich einzumischen und mit zu gestalten“. Und, so der Wunsch des Präsidenten, es mögen sich auch in Zukunft immer wieder Ärzte für ein solches wichtiges Ehrenamt in den Kreisärztekammern oder für die vielen anderen Bereiche der ärztlichen Selbstverwaltung bereit erklären.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Leitender Notarzt

Erfahrungsaustausch der Kursleiter Leitender Notarzt in der Sächsischen Landesärztekammer (Bundeskonsensuskonferenz Leitender Notarzt)

Im Jahr 1988 beschloss die Bundesärztekammer ihre Empfehlungen zur Fortbildung zum „Leitenden Notarzt“. Anlass war, die Zunahme an Großschadensereignissen, bei denen der Rettungsdienst sich einer größeren Zahl Verletzter oder akut Erkrankter gegenüber sah. Mit dem „Leitenden Notarzt“ sollte eine ärztliche Qualifikation etabliert werden, der den Arzt befähigt, den medizinischen Hilfeinsatz unterhalb der Katastrophen-Schwelle zu koordinieren und zu leiten. Die Zuständigkeit für Fragen des Rettungsdienstes liegt bei den Ländern und Kommunen, damit kann der Leitende Notarzt nur dann wirksam tätig werden, wenn er mit der erforderlichen Kompetenz durch die zuständigen Stellen ausgestattet wird. Gleichsam erklärt die Länderzuständigkeit die unterschiedlichen Regelungen, die in der Bundesrepublik existieren. Dennoch werden die 40-Stunden-Kurse nach dem Curriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. In der Regel finden die Kurse einmal jährlich statt, Veranstalter sind die Landesärztekammern und ihre Akademien. Auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer fand in Kooperation mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND) am 15. und 16. Januar 2010 ein Erfahrungsaustausch der Kursleiter des Fortbildungskurses „Leitender Notarzt“ statt. Aufgrund neuer Gefahrenlagen, geänderter Führungskonzepte und technischer Innovationen wird dringender inhaltlicher Überarbeitungsbedarf der Kurse gesehen. 25 Vertreter aus den Landesärztekammern, der Bundesärztekammer und der BAND kamen zur Tagung nach Dresden in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer (siehe Bild). Im Vordergrund des moderierten Expertentreffens stand dabei die Konkretisierung der Aktualisierungs-



Mitglieder der Bundeskonsensuskonferenz „Leitender Notarzt“

anforderungen. Den Begrüßungsworten durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in denen er auf die Bedeutung der Notfallmedizin im Freistaat Sachsen von Beginn der Kammergründung an und ihre wichtige Rolle in der ärztlichen Berufspolitik hinwies, folgten Ausführungen durch Priv.-Doz. Dr. med. Detlef Blumenberg (Osnabrück), dem Vorsitzenden der BAND. Die extreme Zunahme an Großveranstaltungen, neue medizinische (Milzbrand, Aviäre Influenza, Neue Influenza, Virales hämorrhagisches Fieber) und andere (Amoklauf, terroristische Anschläge) Gefahrenlagen, erfordern die Überarbeitung von Konzepten beim Massenanfall von Verletzten im überregionalen Bereich. So sind, führte Priv.-Doz. Dr. med. Detlef Blumenberg aus, unter anderem Verteilungs- und Versorgungskonzepte anzupassen und die Kommunikation zu optimieren. Dem Vortrag schloss sich ein Referat von Herrn Mike Peters, Fachanwalt für Medizinrecht (Hoppegarten), an. Er stellte die unterschiedlichen landesgesetzlichen Grundlagen für die Tätigkeiten des leitenden Notarztes dar und wies auf die häufigen Behandlungsfehler (nicht- und nicht zeitgerechte Behandlung, Übernahmeverschulden) hin. Den größten Raum nahmen die nachfolgenden Berichte aus den Ländern und die Diskussion ein. In Sachsen, so berichtete Dr. med. Michael Burgkhardt, wurden die Ordnungen und später Satzungen zur Notarztqualifikation (Fachkunde Rettungsdienst, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) sehr schnell verabschiedet, um die kurz-

fristige Anpassung an eine bundeseinheitliche Qualifikation in der präklinischen Notfallmedizin zu erreichen. Seit 1993 arbeiten Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer kontinuierlich in der Bundeskonsensuskonferenz Rettungsdienst mit. Der erste Kurs „Leitender Notarzt“ wurde bereits 1991 in Sebnitz durchgeführt. 2010 finden bereits der 19. Seminarskurs „Leitender Notarzt“ und der 18. Refresherkurs Leitender Notarzt in Oberwiesenthal unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. med. Michael Burgkhardt statt. Zu verzeichnen ist eine hohe Teilnehmerzahl in beiden Kursangeboten (bisher 470 und 820 Teilnehmer), welches von Notfallmedizinern aus mehreren Bundesländern und Österreich wahrgenommen wird.

Im Ergebnis der Diskussion wurde festgestellt, dass eine zeitliche Ausdehnung des 40-Stunden-Kurses nicht praktikabel ist. Detailliert sollen die Lernziele und Lerninhalte definiert werden, ein verpflichtender Refresherkurs sollte eine Zeitdauer von mindestens acht Stunden umfassen. Vorstehende Aufgaben werden von einer neu etablierten bundesweiten Arbeitsgruppe übernommen, die sich im April 2010 in der Sächsischen Landesärztekammer trifft, um ein Positionspapier zu erarbeiten, das dann erneut der Bundeskonsensuskonferenz vorzulegen ist.

Dr. med. Michael Burgkhardt,
Vorsitzender Ausschuss Notfall- und
Katastrophenmedizin
Dr. med. Katrin Bräutigam,
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Ärzttekammer für Nowosibirsk

Eine Delegation der Ärzteassoziation Nowosibirsk weilte vom 13. bis 14. Januar 2010 in der Sächsischen Landesärztekammer, um sich über die Aufgaben, den Aufbau und die Arbeitsweise einer Ärztekammer zu informieren. Hintergrund des Besuches ist die geplante Bildung von Ärztekammern in Russland, wobei Nowosibirsk als ein erstes Modell fungieren soll. Die Sächsische Landesärztekammer verfügt, als erste ostdeutsche Kammer, über viele Erfahrungen zum Kammeraufbau aus den Jahren nach 1990 und kann deshalb in besonderer Weise den Aufbau einer Ärztekammer in Nowosibirsk unterstützen.

Der Vorsitzende der Ärzteassoziation Nowosibirsk, Sergey Borisovich Dorofeev, ließ sich am ersten Tag sehr ausführlich über die ärztliche Selbstverwaltung vom Präsidenten und Vizepräsidenten unterrichten. Er war von der Aufgabenvielfalt und der Arbeitsweise einer Ärztekammer beeindruckt. Die Geschäftsführerin der Ärzteassoziation Nowosibirsk, Marina Nikolaevna Lesnikova, stellte in der anschließenden Diskussion zahlreiche Fachfragen zu konkreten Abläufen, wie Mitgliederverwaltung, Struktur der Geschäftsführung und der Zusammenarbeit mit externen Partnern.

Der stellvertretende Vorsitzende der Ärzteassoziation Nowosibirsk, Gennady Zakharovich Rot, interessierte



v.l.: Marina Nikolaevna Lesnikova (Geschäftsführerin Ärzteassoziation Nowosibirsk), Karina Yirievna Moskalenko (Leiterin Koch-Metschnikow-Forum Nowosibirsk), Gennady Zakharovich Rot (Stellvertreter Ärzteassoziation Nowosibirsk), Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (Präsident Sächsische Landesärztekammer), Sergey Borisovich Dorofeev (Vorsitzender Ärzteassoziation Nowosibirsk), Erik Bodendieck (Vizepräsident Sächsische Landesärztekammer)

sich insbesondere für die ärztliche Qualitätssicherung. Am Folgetag erhielt die Delegation deshalb detaillierte Informationen aus den Bereichen Externe Qualitätssicherung, Berufsregister, Rechtsabteilung, Fort- und Weiterbildung und aus dem Kaufmännischen Bereich.

In weiterführenden Gesprächen wurde deutlich, dass Nowosibirsk ebenfalls mit einem Ärztemangel zu kämpfen hat. In den Kliniken und Polikliniken fehlen ca. 30 Prozent der notwendigen Ärzte. Niedergelassene Ärzte gibt es nicht und östlich des Ural existiert wohl bisher nur eine

Privatklinik. Ein Chefarzt erhält im Monat rund 1.000 EUR. In Nowosibirsk gibt es rund 10.000 Ärzte, wovon 6.000 Ärzte freiwillige Mitglieder der Ärzteassoziation sind. Diese existiert mittlerweile seit 17 Jahren.

Um das grundsätzliche Anliegen einer Zusammenarbeit zwischen dem Freistaat Sachsen und dem Oblast Nowosibirsk im Bereich des Gesundheitswesens weiter voranzubringen, wird eine bilaterale Vereinbarung angestrebt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten



„Zukunft in Sachsen – Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen“, unter diesem Titel luden zum zweiten Mal die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank alle sächsischen Weiterbildungsassistenten und PJ-ler am 23. Januar 2010 in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer ein. Über 160 angehende Ärzte, Weiterbildungsassistenten und nicht-berufstätige Ärzte waren der Einladung gefolgt.

Die Konferenz startete mit einer einstündigen Vortragsveranstaltung im Plenarsaal. Unter der Moderation von Herrn Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, referierten die Vertreter der beteiligten Institutionen. Herr Dr. rer. nat. Frank Bendas, stellvertretender

Abteilungsleiter der Abteilung Gesundheits- und Veterinärwesen, Verbraucherschutz am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, überbrachte die Grußworte der zuständigen Staatsministerin Christine Clauß. Er wies auf die Attraktivität und Vorteile für die Ausübung einer kurativen ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen sowie die existierenden Förderprogramme – bereits während des Medizinstudiums – hin. Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, informierte über die vielfältigen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer und stellte die Struktur der ärztlichen Weiterbildung vor. Zahlen zur stationären Krankenhausversorgung konnten die Teilnehmer dem Referat von Herrn Dr. oec. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, entnehmen. Dem schloss sich ein Redebeitrag von Dr. Rainer Kobes, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin 1 der Plei-Benthal-Klinik Werdau und Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, an. In den nächsten fünf Jahren erreichen fast 40 Prozent der Ärzte der Gesundheitsämter in Sachsen das Rentenalter, 2003 waren in Sachsen 182 und 2007 155 Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt, so Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und erste stellvertretende Vorsitzende im Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Ge-

sundheitsdienstes. Nachfolgend ging Herr Dr. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, auf die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Möglichkeiten der Niederlassung und die finanzielle Förderung von jungen Ärzten in unterversorgten Regionen ein. Herr Raimund Pecherz, Leiter Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank, stellte die Möglichkeiten für die Finanzierbarkeit der eigenen Niederlassung und Vorteile von ärztlichen Kooperationen dar.

Der Plenarveranstaltung folgte eine umfassende Beratung an den zahlreichen Informationsständen im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer. Neben den einladenden Institutionen präsentierten sich 20 sächsische Krankenhäuser. An einem Stand des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im ÖGD wurde zur Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst informiert. Gut frequentiert war auch der Präsentationsstand der Sächsischen Landesärztekammer, an dem alle Fragen zur ärztlichen Weiterbildung beantwortet wurden und eine persönliche Beratung zur Verfügung stand. Auch gab es die Möglichkeit, sich zur Sächsischen Ärzteversorgung und der Tätigkeit der Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ zu informieren.

Zehn Seminare und Workshops, die jeweils stündlich im Zeitraum von 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr durchgeführt wurden, bildeten einen weiteren Höhepunkt der Veranstaltung. Die Themen in den Praxiskursen reichten von Reanimation (Leitung: Dr. med. Rainer Kipke), über Fragen der ärztlichen Gesprächsführung (Leitung: PD Dr. med. Kerstin Weidner) und Fragen der ärztlichen Schweigepflicht (Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Dr. jur. Jürgen Trilsch). Besonders hohe Beteiligung fand in auch in diesem Jahr der Workshop zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Leitung: Karin Thein). Zur Bewerbung als Spiegelbild der Persönlichkeit wurde ein Workshop unter der Leitung von Frau Gisela Dericks, Personalleiterin der Oberlausitz-Kliniken Bautzen, durchgeführt.



Herr Raimund Pecherz beantwortete in einem weiteren Workshop aktuelle Fragen zur Finanzierbarkeit einer Niederlassung. Unter dem Titel „Traumjob Hausarzt?!“ stand ein Workshop unter der Leitung von Dr. Johannes-Georg Schulz.

Weitere Themen waren „Finanzielle Grundlagen für den Berufsstart“ (Leitung: Manuela Heine und Sindy Lubi-

ger), „Neue Arbeitsplätze in neuen Versorgungsstrukturen“ (Rechtsanwalt Theo Sander) sowie „Der Arzt als erfolgreicher mittelständischer Unternehmer“ (Leitung: Dipl.-Med. Peter Lorenz und Dr. Marc Amler).

Die Informationsveranstaltung speziell für Weiterbildungsassistenten ergänzt das vielfältige Angebot der Sächsischen Landesärztekammer und

der weiteren Institutionen zur Gewinnung von Ärzten für eine kurative Tätigkeit in Sachsen. Exemplarisch seien die jährlich stattfindenden Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und die Jobmesse in Österreich genannt.

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

Änderung der Fortbildungssatzung und Verfahrensordnung zur Fortbildung

Im Rahmen der 41. Tagung der Kammerversammlung am 14. November 2009 haben die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer einstimmig eine Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat beschlossen. Daneben wurde durch Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer die Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung) zum 28. Dezember 2009 geändert.

Die vorgenommenen Änderungen ergeben sich aus europarechtlichen Vorgaben. Hierbei handelt es sich um die Europäische Dienstleistungsrichtlinie (RL 2006/123/EG). Nach dem Inkrafttreten der Richtlinie Ende Dezember 2006 hatten die Mitgliedsstaaten bis zum 28. Dezember 2009 Zeit, die Richtlinie umzusetzen. Dies ist zwischenzeitlich im Freistaat Sachsen mit dem Gesetz über den einheitlichen Ansprechpartner vom 13. August 2009 geschehen.

Obschon direkte Gesundheitsdienstleistungen mit Patientenbezug von der Dienstleistungsrichtlinie aufgenommen sind, hatte eine Prüfung der Satzungen und Regularien der Sächsischen Landesärztekammer ergeben, dass die Richtlinie für die Durchführung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen anzuwenden ist. Mit Umsetzung der Richtlinie kann daher das Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen europäischer Fortbildungsanbieter hier im Freistaat Sachsen über den

sogenannten einheitlichen Ansprechpartner laufen. Der einheitliche Ansprechpartner soll für alle Dienstleistungserbringer aus EU-Mitgliedsstaaten unterstützend tätig werden, indem er diese über alle die Dienstleistung betreffenden Verfahren, Formalitäten und zuständigen Stellen informiert und die Abwicklung dieser Verfahren und Formalitäten – sofern vom Dienstleistungserbringer gewünscht – koordiniert. § 13 der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat trägt dieser Neuerung Rechnung. Praktisch bedeutet dies lediglich, dass sich ein europäischer Fortbildungsanbieter an den einheitlichen Ansprechpartner, im Freistaat Sachsen die Landesdirektion Leipzig, wenden kann, wenn er in Sachsen eine Fortbildungsmaßnahme für Ärzte anbieten möchte. Diese Stelle leitet dann den Antrag zur Bearbeitung an die Sächsische Landesärztekammer weiter. Ob und welche Fortbildungsmaßnahmen europäischer Anbieter im Freistaat Sachsen mit Fortbildungspunkten anerkannt werden, entscheidet die Sächsische Landesärztekammer auch zukünftig

eigenverantwortlich und im Sinne unserer Kammermitglieder auf der Grundlage unserer Satzung. Die Sächsische Landesärztekammer wird damit nicht von ihrer Entscheidungsbefugnis entbunden. Ein europäischer Fortbildungsanbieter muss sich jedoch nicht zwingend an den einheitlichen Ansprechpartner wenden, er kann auch zukünftig direkt an die Sächsische Landesärztekammer herantreten. Im Zusammenhang mit dieser Satzungsänderung wurden die im bisherigen § 13 enthaltenen Übergangsregelungen gestrichen, da diese überholt waren.

Vor dem gleichen europarechtlichen Hintergrund wurde auch die Verfahrensordnung geändert und der Abschnitt zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern angepasst. Die Änderungssatzung wurde im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2009, veröffentlicht. Die aktualisierte Satzung und Verfahrensordnung sind auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer abrufbar.

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

Feierlicher Abschied der Medizin-Absolventen 2009

Im Rahmen eines akademischen Festaktes erhielten am 19. Dezember 2009 die diesjährigen Absolventen der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden ihre Studienabschluss-Urkunden. Nach einem im bundesweiten Vergleich schnellen und praxisnahen Studium starten sie nun ins Berufsleben. Zusätzlich wurden innerhalb der Veranstaltung die diesjährigen Carl-Gustav-Carus-Preise für hervorragende Promotionen und wissenschaftliche Veröffentlichungen verliehen.

Der akademische Festakt wird seit mehreren Jahren gemeinsam vom „Förderverein der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden e.V.“ und der Fakultät ausgerichtet. Auch die Absolventen des Jahres 2009 bekräftigten dabei vor Angehörigen, Freunden, Fakultätsangehörigen und Mitgliedern des Fördervereins das „Ärztliche Gelöbnis“ entsprechend der Präambel der sächsischen Berufsordnung mit dem Satz „Dies verspreche ich bei meiner Ehre“.

Eine spontane Umfrage unter den über 150 anwesenden Absolventinnen und Absolventen ergab, dass etwa 75 Prozent ihre erste Arztstelle im Freistaat Sachsen antreten. Auch Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, freute sich über dieses Ergebnis. Angesichts des regionalen Ärztemangels ist es besonders wichtig, dass möglichst viele der hier verwurzelten Absolventen durch geeignete Rahmenbedingungen motiviert werden, sich auch hier niederzulassen oder in Anstellung zu gehen.

Während des Festaktes verlieh der Förderverein die Carl-Gustav-Carus-Preise 2009 für hervorragende Promotionen und wissenschaftliche Veröffentlichungen. In diesem Jahr



Foto: Ina Starke, Dresden

konnten insgesamt 7.800 Euro als Preisgelder überreicht werden. Der Carus-Preis ist der höchst dotierte Promotionspreis der TU Dresden.

Der 1. Preis für eine hervorragende Doktorarbeit im klinischen Bereich ging an Dr. med. Patrick Weigel. Seine Arbeit war im der Neurochirurgie angesiedelt. Dr. med. Felix Matthias Heidrich erhielt für seine Promotionsarbeit im Fachgebiet Pharmakologie/Toxikologie den 1. Preis für eine hervorragende Doktorarbeit im experimentell-theoretischen Bereich. Im zahnmedizinischen Bereich

konnte Dr. med. Evgenij Khavkin die Jury überzeugen. Dr. rer. medic. Birgit Eichhorn erhielt im experimentellen Bereich und Gesundheitswissenschaften den 1. Preis für ihre Arbeit zur Pathogenese der Atherosklerose. Den Preis des Prodekanats für Forschung für eine hervorragende wissenschaftliche Publikation konnte Dr. med. Peter Markus Spieth für seine in der Anästhesiologie angesiedelte Arbeit entgegennehmen.

Konrad Kästner
Referent Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
Dresden

Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 23. November 2007 eine neue Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen beschlossen. Die Richtlinie wurde am 15. Februar 2008 im „Deutschen Ärzteblatt“ bekannt gemacht. Am 1. April 2008 trat die Richtlinie in Kraft und ersetzt die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ vom 24. August 2001.

In dem allgemeinen Teil A „Grundlegende Anforderungen an die Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ der Richtlinie werden grundlegende Anforderungen an die Struktur, die notwendigen Ressourcen, die Prä- und Postanalytik und ein Qualitätsmanagementsystem für labormedizinische Untersuchungen formuliert. In dem speziellen Teil B werden die spezifischen Anforderungen für die interne und externe Qualitätssicherung geregelt.

Die Anforderungen gelten nicht nur für „große“ Laboratorien in Kliniken und bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, sondern für alle Bereiche, in denen labormedizinische Untersuchungen im Rahmen der Heilkunde durchgeführt werden.

Entsprechend den Übergangsregelungen im Teil F der Richtlinie sind die Anforderungen für das interne Qualitätsmanagement gemäß Teil A innerhalb einer Übergangszeit von 24 Monaten und damit spätestens ab dem 1. April 2010 zu erfüllen. Die interne und externe Qualitätssicherung gemäß Teil B1 „Quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen“ dieser Richtlinie kann für die Dauer von 24 Monaten nach Inkrafttreten noch nach der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ vom 24. August 2001 durchgeführt werden.

Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Vorlage der Teilnahmebescheinigungen und Ringversuchszertifikate bei den Ärztekammern nicht mehr vorgesehen ist.

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen sowie weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) in der Rubrik Qualitätssicherung/Richtlinien/Labor.

Fragen bitten wir an das Referat Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer, E-Mail: quali@slaek.de zu richten.

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

Berufung zum Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat Herrn Knut Köhler M.A. in seiner 30. Sitzung der Wahlperiode 2007/ 2011 am 6. Januar 2010 einstimmig zum Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit rückwirkend zum 1. Januar 2010 berufen.

Herr Köhler ist seit dem 1. September 2001 Referent der Sächsischen Landesärztekammer und arbeitet seitdem im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie als persönlicher Referent des Präsidenten. In den vergangenen acht Jahren sind Herrn Köhler zunehmend weitere Aufgaben und Verantwortungsbereiche übertragen worden.

Herr Köhler hat sich zudem in besonderem Maße für die Außendarstellung der Landesärztekammer profiliert und seine persönlichen, insbesondere kommunikationswissenschaftlichen Fähigkeiten unter Beweis gestellt.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
Sprecherin der Geschäftsführung

Glukosetest für Schwangere in Sachsen

Fachkommission Diabetes initiiert Screening

Komplikationen bei der Entbindung, ein Geburtsgewicht des Babys von mehr als 4,5 Kilogramm sowie bleibende Stoffwechselstörungen beim Kind – all das können Folgen eines unentdeckten Schwangerschaftsdiabetes sein. Um diesen zu vermeiden, hat die Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer vor zwei Jahren die Initiative ergriffen, damit Glukosetests für Schwangere im Screening als Kassenleistung angeboten werden. Der Kommission ging es vor allem darum, möglichst frühzeitig Mutter und Kind vor den Folgen eines solchen Gestationsdiabetes zu schützen.

Jetzt haben die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die AOK PLUS einen entsprechenden Vertrag geschlossen. Die jährlich ca. 15.500 schwangeren AOK-Versicherten in Sachsen erhalten bis zu drei kostenlose Tests auf Schwangerschaftsdiabetes. Bei Auffälligkeiten erfolgt sofort eine Überweisung zum Diabetologen, der dann die Betreuung übernimmt.

Für Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Diabetologe, knüpft

der Vertrag an bewährte sächsische Traditionen und Erfolge einer kooperativen Diabetikerbetreuung, insbesondere auch in der Schwangerschaft, an. „Er schafft die Basis für epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit des Schwangerschaftsdiabetes und damit zur Aufdeckung einer großen Dunkelziffer unerkannter Patientinnen. Dadurch wird es möglich, die Mütter frühzeitig zu behandeln, um eine normale Entwicklung des Embryos zu gewährleisten und das Risiko von Frühgeburten, Fehlbildungen und folgeschwerem Übergewicht der Babys wirksam zu vermeiden“.

Durch eine bundesweit einmalige wissenschaftliche Begleitung soll der Nachweis der Wirksamkeit der Leistung erbracht werden. Denn bisher weiß man von 0,5 Prozent der Schwangeren, dass sie einen Gestationsdiabetes haben. Wissenschaftliche Schätzungen gehen aber von vier bis fünf Prozent aus. Die wissenschaftliche Evaluation soll durch die Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer und der TU Dresden erfolgen. Sollten sich aus den Daten die Annahmen der hohen Dunkelziffer bestätigen, so will der Gemeinsame Bundesausschuss den Glukosetest für Schwangere in den GKV-Leistungskatalog aufnehmen.

Knut Köhler M.A.

Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Einladung zum Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

am 2. März 2010, 15.00 Uhr, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

Herr Hans-Peter Lühr, Vorsitzender des Dresdner Geschichtsvereins, Herausgeber der Dresdner Hefte, referiert zum Thema:

„Dresdner Kunst und Kultur in den 70er- und 80er-Jahren“

Außerdem wird an diesem Tag die Anmeldung zu unserer jährlichen Ausfahrt stattfinden, die uns am 26. Mai 2010 in das Osterzgebirge nach Schellerhau und Altenberg führen wird.

Seien Sie herzlich willkommen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden

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
Dr. Katrin Bräutigam
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.l-va.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,
Telefon: 0341 710039-94, se@l-va.de
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.
Druck: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

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 106,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 10,15 € 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.

„Ärzteblatt Sachsen“ Leserbefragung 2009

Das „Ärzteblatt Sachsen“ erscheint seit 1990. Es ist das Publikationsorgan der Sächsischen Landesärztekammer und der in ihr verfassten Ärzteschaft im Freistaat Sachsen. Im 20. Erscheinungsjahr wollte das Redaktionskollegium von den Lesern erneut wissen, wie sie das „Kammerorgan“, seine Inhalte, seinen Informationsgehalt und seine Themen beurteilen. Diese Leseranalyse hat die Zielstellung, den erreichten Stand und die Vorstellungen einer Inhaltsverbesserung zu ermitteln. Für die Leserbefragung wurde eine repräsentative Lesergruppe ausgewählt.

Repräsentativität dieser Leserbefragung

Das „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 9/2009 wurde an 18.509 Ärzte versandt. Im September 2009 wurden auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobenziehung nach dem Zufallsprinzip 3.000 sächsischen Ärzten (16,2 Prozent aller Leser unseres Kammerorgans) ein Fragebogen zugeschickt.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden der Redaktion ohne Angabe eines Absenders in einem vorfrankierten Briefumschlag zurückgesandt. Grundlage für die Durchführung der Datenerhebung waren generell die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Gewährleistung der Anonymität. Entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz wurden alle erhobenen Daten vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verarbeitet.

Von den 3.000 per Stichprobenverfahren ausgewählten sächsischen Medizinern sandten insgesamt 871 Leser den ausgefüllten Fragebogen an die Redaktion zurück. Dies entspricht einer Antwortquote von 29 Prozent. Die erreichte Responderrate entspricht dem üblich erwarteten Wert. Einschränkungen der Repräsentativität der Befragung durch Respondentenbias können nicht ausgeschlossen werden.

Statistische Daten der Leserbefragung Geschlecht

424 Ärztinnen und 375 Ärzte [72 der Beantwortenden verrieten nicht ihr Geschlecht] haben aktiv an der Leseranalyse teilgenommen und die an sie gestellten Fragen beantwortet. Das Redaktionskollegium bedankt sich für Ihre Aktivität recht herzlich.

Alter

An der Leseranalyse beteiligten sich annähernd die gleiche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten in den Altersgruppen 31 bis 60 Jahre.

Alter/Jahre	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
bis 30	25	17	42
31 – 40	64	69	133
41 – 50	78	77	155
51 – 60	79	61	140
61 – 70	111	83	194
über 70	60	58	118
Keine Altersangabe			89

Fachrichtung

Die 871 Ärzte, die an der Leserbefragung teilnahmen, gehörten folgenden Fachrichtungen an:

Fachrichtung	Anzahl
Allgemeinmedizin	135
Anästhesiologie	33
Chirurgie	71
Dermatologie	15
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	42
HNO	22
Innere Medizin	121
Kinder/Jugendmedizin	48
Neurologie/Psychiatrie	33
Orthopädie	21
Weitere 13 Fachrichtungen	330

Ergebnisse der Befragung Fragen und Antworten

Was das Redaktionskollegium von dem Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ wissen wollte:

Wie oft lesen Sie das „Ärzteblatt Sachsen“?

50,9 Prozent [n = 443] der Ärzte lesen jede Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, 28,9 Prozent [n = 251] fast jede Ausgabe. 16,8 Prozent [n = 146] der Ärzte schauen gelegentlich in das „Ärzteblatt Sachsen“ „mal rein“. 0,23 Prozent [n = 2] lesen das Kammerorgan nur online. 1,15 Prozent [n = 10] der Befragten lesen das Blatt nie. (19 Ärzte beantworteten diese Frage nicht).

Wie ausführlich lesen Sie im „Ärzteblatt Sachsen“?

7,1 Prozent [n = 62] der Befragten lesen das gesamte Heft. 47,9 Prozent [n = 417] lesen den Inhalt des Heftes gezielt. 19,4 Prozent [n = 169] „überfliegen einige Artikel“. 15 Prozent [n = 131] der Befragten lesen mehr als 3 Artikel. 6,8 Prozent [n = 59] blättern das Ärzteblatt „nur kurz durch“. (3,8 Prozent [n = 33] haben diese Frage nicht beantwortet.)

Welche Artikel lesen Sie?

Folgende Rubriken werden am häufigsten gelesen:

Fachartikel	77,6 %
Medizingeschichte	57,4 %
Personalien	57,4 %
Medizinrecht	51,0 %

Amtliche Bekanntmachungen	48,7 %
Berufspolitik	46,7 %
Gesundheitspolitik	46,7 %
Kunst und Kultur	35,9 %
Buchbesprechung	24,2 %

Wie bewerten Sie die Inhalte des „Ärzteblatt Sachsen“?

Kriterium	Schulnote (Mittelwert)
informativ	2,1
aktuell	1,8
praxisrelevant	2,5
kompetent	2,1

Wie beurteilen Sie die Form der Texte?

Kriterium	Schulnote (Mittelwert)
strukturiert	2,1
verständlich	2,0
gut lesbar	2,0

Folgenden Aussagen zur Länge der Texte wurde von den Lesern getroffen:

53,8 Prozent der Befragten sind mit der Textmischung zufrieden.
 3,9 Prozent der befragten Leser hätten gern mehr ausführliche Artikel/Berichte.
 42,3 Prozent hätten gern mehr kurze Texte.

Wie gefällt Ihnen die Gestaltung des „Ärzteblatt Sachsen“?

Die Gesamtgestaltung wurde von den befragten Lesern wie folgt beurteilt:

Wertung	Prozent
sehr gut	10,1
gut	60,9
mittelmäßig	25
gar nicht	4

Wie nutzen Sie die Fortbildungsbeilage („Grüne Seiten“) des „Ärzteblatt Sachsen“ für Ihre persönliche Fortbildungsplanung?

	Prozent
sehr oft	5,7
oft	14,1
manchmal	27,7
selten	26,4
gar nicht	26,1

Wie gehen Sie mit dem „Ärzteblatt Sachsen“ um, wenn Sie es gelesen haben?

Fast zwei Drittel (62,1 Prozent) aller befragten Leser „werfen das Ärzteblatt weg“, wenn sie es gelesen haben,
 1,7 Prozent legen es in ihrer Praxis/im Stationszimmer/in Institution aus.
 31,1 Prozent der Befragten sammeln die Ausgaben und
 5,1 Prozent reichen das Ärzteblatt weiter.

Welche Inhalte/Themen sollten Ihrer Meinung nach verstärkt oder zusätzlich in „Ärzteblatt Sachsen“ aufgenommen werden?

Rubrik	Prozent
Fachartikel	26
Recht und Medizin	18,6
Berufspolitik	12,8
Amtliche Bekanntmachungen	11,1
Gesundheitspolitik	10,9
Medizingeschichte	9,6
Personalia	5,5
Kunst und Kultur	5,5

Antworten des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“: Publikationen

Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer zur Veröffentlichung amtlicher Bekanntmachungen. Zugleich liegt der Schwerpunkt von Publikationen bei Beiträgen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen.
 Das Hauptanliegen unseres Kammerorgans war und ist es auch, die sächsische Ärzteschaft über die Berufs- und Gesundheitspolitik aktuell zu informieren sowie Lesermeinungen darzustellen, die Korrespondenzadresse ärztlicher Gedanken zu sein und an die berufliche Einheit zu appellieren sowie medizinische oder historische Artikel von sächsischen Ärzten zu publizieren. Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist in erster Linie ein berufspolitisches Organ, in dem Fachbeiträge einen gewissen Stellenwert bekommen.

Äußeres Erscheinungsbild

In dem eleganten Tiefschwarz mit gelber und sachsengrüner Farbuntersetzung wirkt das Titelblatt visuell

Kritische Äußerungen der Leser	Leser
Optische Gestaltung – Titelblatt – Layout wirkt „altbacken“	19
Das „Ärzteblatt Sachsen“ abschaffen. Es ist überflüssig.	13
Benutzung von Recyclingpapier (kein Hochglanzpapier/dünneres Papier)	11
Zu lange Ausführungen über Sitzungen, Tagungen, zu viel Berufspolitik	10
Kunst und Kultur/Medizingeschichte können entfallen	6
Positionierung der SLÄK zur Berufs- und Gesundheitspolitik	6
Personalia – Geburtstage – Nachrufe zu lang	5
Anschaulicheres Bildmaterial	4
Informationen über sächsische Krankenhäuser/ Vorstellung neuer Klinikchefs	4
Kurze, praxisrelevante Artikel für ambulante Medizin	4
Fachartikel kürzer und prägnanter – bessere Strukturierung	3
Mehr Praxisrelevanz	3
Mehr Reaktionen auf Leserbriefe	3
Fachübergreifende Themen	2
Mehr Reisemedizin und aus der Pädiatrie	2
Nennung von Promotionen mit Titel und Doktorand	2
Zu viel „Hofberichterstattung“	2

dezent. Das ansprechende äußere Erscheinungsbild unseres Standesorgans ist unverwechselbar und sofort identifizierbar. Dieses typische Outfit ist seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammern 1990 unser Corporate Design. Die Werbung auf dem Titelblatt erfolgt aus wirtschaftlichen Gründen.

Titelblatt und Werbung

Die Werbung auch im Innenteil des „Ärzteblatt Sachsen“ ermöglicht seit dem 1. Jahrgang **eine für die Kammermitglieder kostenneutrale Herstellung**. Unser Standesorgan wird dadurch seit 1990 ohne finanzielle Belastung der Kammermitglieder, das heißt, **ohne Einsatz des Kammerbeitrages, hergestellt!**

Die Werbung der Pharmafirmen und der Medizintechnik wird von den sächsischen Ärzten keineswegs nur abgelehnt, sondern auch zur Kenntnis genommen. Die Annahme berufsfremder Annoncen muss das Redaktionskollektiv aus Gründen der kostenfreien Herstellung und des finanzneutralen Versandes tolerieren. Für den 21. Jahrgang (2010) unseres Kammerorgans besteht vertraglich bedingt keine Möglichkeit, dass die Sächsische Landesärztekammer die Fremdanzeige auf dem Titelblatt stornieren kann. Es wird geprüft, ob ab dem Heft 1/2011 die Titelseite des „Ärzteblatt Sachsen“ ohne Werbung und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten „heftspezifisch und inhaltsbezogen“ gestaltet werden kann.

Druckpapier

Der Einsatz von Recyclingpapier als Druckpapier beeinflusst entscheidend die Druckqualität. Grenzen setzt die Opazität – das Durchscheinen, die Undurchsichtigkeit einer Papierseite –, die wesentlich von der Papierdicke und der Papierdicke beeinflusst wird. Für die Leser wäre die Lektüre bei schlechter Papierqualität und beiderseits bedruckter Seiten nicht optimal und nicht zumutbar. Die Papierqualität des „Ärzteblatt Sachsen“ ist das überprüfte optimale Resultat aus

allen drucktechnischen Einflussgrößen und einem kostengünstigen Preis.

Nach schriftlicher Darstellung unseres Verlages sind die Kosten bei dem Einsatz von Recyclingpapier um den Faktor 3 teurer als mit der bisher eingesetzten Papierqualität (Neupapier und Hochglanzpapier). Bei der Verwendung von Recyclingpapier würden pro Monatsausgabe Zusatzkosten von ca. 1.600 Euro zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer entstehen.

Erweiterung der Inhalte

Die Redaktion ist immer bestrebt, fachübergreifende Themen, Originalien, Reisemedizin, pädiatrische Probleme und praxisrelevante Artikel aus den ärztlichen Niederlassungen zu publizieren. Im Jahr 2010 sollen zusätzlich Informationen über die sächsischen Krankenhäuser abgedruckt werden. Abhängig ist die Publizierung solcher Themen aber von den eingereichten Beiträgen. An dieser Stelle möchte ich dazu auffordern, der Redaktion Beiträge zur Veröffentlichung einzureichen. Autorenhinweise finden Sie unter www.slaek.de.

Sonstiges

Auch in der nahen Zukunft wird das „Ärzteblatt Sachsen“ als Heft mit der Post in das Haus gebracht, da die Bekanntmachungen der Sächsischen Landesärztekammer der Veröffentlichungspflicht nach Heilberufekammergesetz unterliegen. Zudem lesen nur 0,23 Prozent [n = 2] der befragten sächsischen Ärzte zurzeit das Kammerorgan online.

Die Druck-, Papier- und Portokosten für diese Leserbefragung betragen insgesamt 1.222 Euro einschließlich 19 Prozent Mehrwertsteuer.

Lobende Einschätzungen der Leser

- Gute Gestaltung, Form, Inhalt, Umfang, guter Mix, informativ,
- deutlich besser als das „Deutsche Ärzteblatt“,
- mit Form und Inhalt völlig zufrieden, kann alles so bleiben,

- mir gefällt das Ärzteblatt ausgezeichnet,
- im Vergleich mit anderen Bundesländern hat das Ärzteblatt Sachsen ein breit aufgestelltes Themenspektrum

Fazit

Insgesamt freuen sich die Mitglieder des Redaktionskollegiums über die Ergebnisse der Leserbefragung 2009. Die Beurteilungen und Bewertungen belegen, dass die redaktionelle Leistung und die Inhalte der einzelnen Hefte von den sächsischen Ärzten geschätzt und anerkannt werden. Aus der Leserbefragung ist zu schließen, dass das „Ärzteblatt Sachsen“ überwiegend akzeptiert wird. Die Ärzte, die sich aktiv an der Umfrage beteiligt haben, sind mehrheitlich vom Inhalt und Konzept unseres Standesorgans überzeugt. 79,8 Prozent der Befragten lesen jede oder fast jede Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“. Die Inhalte und die Form der Texte wurden mit der Durchschnittsnote 2,1 bewertet. 71 Prozent der befragten Leser beurteilten die Gesamtgestaltung unseres Kammerorgans mit sehr gut oder gut.

Das Redaktionskollegium bedankt sich für Ihre Kritik, für Vorschläge und Anregungen zu Inhalt und zur Gestaltung des „Ärzteblatt Sachsen“. Wir werden uns auch in Zukunft bemühen, den sächsischen Ärzten ein aktuelles Standesblatt zur Verfügung zu stellen. Wir schätzen insgesamt ein, dass unser „Ärzteblatt Sachsen“ den Vergleich mit den Kammerorganen der anderen 16 deutschen Ärztekammern sehr gut bestehen kann.

Das Redaktionskollegium bedankt sich bei Herrn Kögler, Informatiker der Sächsischen Landesärztekammer, für die technische Unterstützung und für die statistische Auswertung der Leserbefragung.

Im Namen des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Einleitung

Vor dem Hintergrund einer Verstärkung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung sind in den vergangenen Jahren die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erweitert worden. Im vergangenen Jahr gab es dazu eine Diskussion um die Themen der sogenannten „Kopfprämien“ oder „Zuweisung gegen Entgelt“. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer enthält das explizite Verbot der unerlaubten Zuweisung von Patienten gegen Entgelt. Die Sächsische Landesärztekammer hat dazu am 26. Oktober 2010 eine interne Informationsveranstaltung durchgeführt und damit Vertretern ausgewählter Gremien der Sächsischen Landesärztekammer eine Sachstandsinformation zu den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gegeben.

Die 41. Kammerversammlung hat in ihrer Beratung am 14. November 2009 eine Versachlichung der Diskussion gefordert. Die gesetzlich gewollte sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung darf gerade im Hinblick auf das vertrauensvolle Patient-Arzt-Verhältnis durch unwahre Behauptungen in der Öffentlichkeit nicht gefährdet werden. Die 41. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hält wegen des Vorhandenseins klarer Regelungen und Sanktionierungsmöglichkeiten in der Berufsordnung der sächsischen Ärzteschaft die Etablierung weiterer Strukturen für nicht erforderlich.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin

Juristische Implikationen

Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind politisch gewollt und medizinisch sinnvoll.

Die Motivation zum Abschluss solcher Verträge wird durch unterschiedliche Interessen geprägt sein. Bei Krankenhäusern kann u.a. Ärztemangel, die maximale Auslastung der Infrastruktur sowie die Bindung der zuweisenden niedergelassenen Ärzte an das Krankenhaus eine Rolle spielen. Bei den niedergelassenen Ärzten kann die Sicherung der guten Betreuung der vom niedergelassenen Arzt behandelten Patienten eine Rolle spielen sowie die Tatsache, dass eine Belastung des eigenen KV-Budgets nicht eintritt.

Nachfolgend sollen einige Kooperationsmöglichkeiten vorgestellt werden.

Sektorenübergreifende Tätigkeit gemäß § 20 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde der § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV neu gefasst. Nach dieser Vorschrift ist die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.

Die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Krankenhausarzt ist seit 2007 möglich. Ferner ist die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und die Kooperation mit einem Krankenhaus nach dieser Vorschrift möglich.

Gleichwohl ist zu beachten, dass der Gesetzgeber nicht alles erlaubt hat. Die institutionelle Trennung der Versorgungsbereiche wurde nicht abgeschafft, da weiterhin getrennte Vergütungsstrukturen bestehen. Ebenso wenig sind Leistungsverlagerungen aus nicht sachgerechten Gründen zulässig (zum Beispiel aus budgetrelevanten Gründen vom ambulanten Bereich in den stationären Bereich und umgekehrt). Schließlich ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach wie vor zu beachten. Danach darf die Arbeitszeit in einem Beschäftigungsverhältnis bei vollzeitiger Zulassung als Vertragsarzt nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich betragen (BSG, Urteil vom 30.01.2002).

Belegarztstätigkeit

Das SGB V definiert in § 121 Abs. 2 den Belegarzt wie folgt: „Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu bekommen.“

Das Verfahren der Anerkennung als Belegarzt ist in § 40 Bundesmantelvertrag (BMV-Ärzte) geregelt. Über die Anerkennung entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, wobei die Ziele der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind.

Der Belegarzt schließt mit dem Krankenhaus Träger einen Belegarztvertrag ab. Die belegärztliche Tätigkeit wird

gleichwohl aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt. Der Belegarzt rechnet mithin seine Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Es erfolgt keine Abrechnung als Krankenhausleistung.

Zu beachten ist, dass der zwischenzeitlich neu gefasste § 121 Abs. 5 SGB V nunmehr abweichend von den o.g. Vergütungsregelungen Honorarverträge zwischen Krankenhäusern mit Belegbetten und Belegärzten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen zulässt. Diese Neuregelung ist im Zusammenhang mit § 18 Abs. 3 KHEntgG zu lesen. Danach gilt folgendes: Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach der o.g. Vorschrift des § 121 Abs. 5 SGB V mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Viele Rechtsfragen dieses neuen Belegarztmodells mit Honorarvertrag sind noch ungeklärt, zum Beispiel Fragen des Haftungsrechts. Es bleibt abzuwarten, ob sich das neue Modell des Belegarztes mit Honorarvertrag durchsetzen wird.

Konsiliararzt

Eine gesetzliche Definition des Konsiliararztes fehlt. In der Literatur wird unter Bezugnahme auf eine Entscheidung des Sozialgerichtes Gelsenkirchen der Konsiliararzt als ein nicht im Krankenhaus tätiger (angestellter) Arzt bezeichnet, der die dortigen Ärzte mit seinem Fachwissen unterstützt. Er gehört einem nicht im Krankenhaus vertretenen Fachgebiet an.

Rechtlich problematisch und riskant ist in diesem Zusammenhang die nicht selten anzutreffende Praxis, wonach ein Vertragsarzt zunächst die Patienten in ein Krankenhaus einweist, um dann auf Rechnung des Krankenhauses die Behandlung durchzuführen (1). So genannte „unechte Konsiliararztverträge“ sowie „unechte Belegarztverträge“ bergen erhebliche Risiken für beide Vertragspartner.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V

Die wohl problematischste Vorschrift ist der § 116 b Abs. 2 SGB V. Danach ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung von im Gesetz bzw. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Erkrankungen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhaus Trägers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist, das

heißt von der zuständigen Landesoberbehörde zugelassen wurde. Eine Bestimmung, d.h. Zulassung, darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Die vertragsärztliche Versorgungssituation ist zu berücksichtigen. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

Die oben genannte Vorschrift hat erwartungsgemäß die Gerichte bereits mehrfach beschäftigt. Die wohl bemerkenswerteste Entscheidung ist ein sorgfältig begründeter Beschluss des Sozialgerichtes Dresden vom 29.09.2009 Az S 11 KA 114/09 ER (nicht rechtskräftig). Dort hatte das Sozialgericht in einem Eilverfahren zugunsten eines niedergelassenen Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit onkologischem Schwerpunkt entschieden, der sich gegen ein vom Freistaat Sachsen mit Bescheid vom 01.02.2009 zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie mit gynäkologischen Tumoren bestimmtes (das heißt zugelassenes) Krankenhaus in erster Instanz im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes durchgesetzt hatte.

Es muss gefragt werden, wem der gesetzgeberisch verordnete Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und bestimmten Fachgruppen niedergelassener Fachärzte wirklich nützen soll. Insbesondere stellt sich die Frage, ob das alles sinnvoll und gut für die Patienten ist. Niemand wird etwas dagegen haben, wenn bestimmte hochspezialisierte Untersuchungen oder Leistungen vom spezialisierten Krankenhaus ambulant angeboten werden, wenn der niedergelassene Facharzt diese Leistungen nicht vorhalten kann. Die Zukunftssorgen bestimmter Fachgruppen im niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsbereich insbesondere bei onkologischen und rheumatologischen Schwerpunktpraxen dürften jedoch nicht unbegründet sein, wenn sich die angebotenen Leistungen des wirtschaftlich stärkeren Krankenhauses und des niedergelassenen Facharztes nahezu völlig überschneiden. Konkurrentenklagen sind insofern kein Wunder und werden die Instanzen weiter beschäftigen, zumal die Frage erlaubt sein muss, ob der gesetzlich verordnete Wettbewerb zwischen zwei ungleichen Partnern den Regeln eines wirklich fai-

ren Wettbewerbs entspricht. Umgekehrt müssen die niedergelassenen Fachärzte in der Lage und bereit sein, dem Patienten die geforderte Behandlung zeitnah zur Verfügung zu stellen. Feststehen dürfte aus hiesiger Sicht, dass vorrangig der Gesetzgeber und nicht die Gerichte über die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung zu entscheiden haben. Es darf bezweifelt werden, dass der Gesetzgeber mit der Schaffung des § 116 b Abs. 2 SGB V glücklich agiert hat.

§ 115 a SGB V – Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Diese Vorschrift hat – auszugsweise – folgenden Wortlaut:

„(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluss an eine vollständige Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.(Satz 5 lautet:) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet.“.....“

Die Einhaltung der o.g. gesetzlichen Vorgaben ist zu beachten. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die vor- und nachstationäre Behandlung Kranken-

hausbehandlung, freilich ohne Unterkunft und Pflege, ist. So sind zum Beispiel nachstationäre Leistungen nur solche, die der Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges dienen, das heißt, es muss ein sachlicher Zusammenhang zur vollstationären Krankenhausbehandlung vorliegen.

Vor- und nachstationäre Leistungen sind Krankenhausbehandlungen, die auf der Grundlage von auf Landesebene geschlossenen Verträgen vergütet werden. Regelmäßig erfolgt die Abgeltung mit der Fallpauschale.

Demgegenüber basiert die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf § 73 SGB V. Die Bezahlung erfolgt auf der Grundlage der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es liegen mithin getrennte Vergütungsstrukturen vor.

In engen Grenzen können – so die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – vor- und nachstationäre Leistungen in der Vertragsarztpraxis erbracht werden. Diese Grenzen, aber auch die bestehenden Möglichkeiten, sind in einem gemeinsamen Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 04.09.2009 aufgezeigt worden. Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann dieses Schreiben „Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a SGB V“ abgerufen werden (www.kbv.de).

Ambulantes Operieren im Krankenhaus gemäß § 115 b SGB V

Das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V ist eine Krankenhausleistung. Der Krankenträger rechnet mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Davon zu unterscheiden ist das ambulante Operieren als ambulante vertragsärztliche Leistung gemäß § 73 SGB V, die durch die Kassenärztliche Vereinigung aus der vertragsärztlichen budgetierten Gesamtvergütung bezahlt wird. In einer Entscheidung vom 30.04.2008 hatte sich das Landessozialgericht Chemnitz mit dem ambulanten Operieren zu befassen. Gegenstand des Rechtsstreits war die Klage eines Krankenträgers gegen eine Gesetzliche Krankenversicherung auf Vergütung für durchgeführte ambulante Operationen gemäß § 115 SGB V in Verbindung mit dem zugehörigen AOP-Ver-

trag. Der Krankenhausträger seinerseits hatte mit einem niedergelassenen Vertragsarzt einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Die strittigen Operationen wurden von dem Vertragsarzt unter Nutzung der Einrichtungen des Krankenhauses durchgeführt. Die Gesetzliche Krankenversicherung verweigerte die Zahlung mit dem Hinweis, es habe sich um eine vertragsärztliche Leistung gehandelt, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen sei.

Das Landessozialgericht gab der Gesetzlichen Krankenversicherung Recht. Revision und Klage wurden vom Krankenhausträger vor dem Bundessozialgericht zurückgenommen.

Das Landessozialgericht hat darauf hingewiesen, dass Leistungen des Krankenhauses auch ambulante Operationsleistungen nach § 115 b SGB V sind. Derartige Leistungen sind durch Personen zu erbringen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert sind, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar sind. Ferner führt das LSG Chemnitz aus, dass nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen des Krankenhauses nur die Leistungen sind, die dieses durch eigenes Personal erbringt, nicht jedoch Leistungen selbständiger Dritter. Die Legaldefinition des Begriffes Krankenhaus im § 107 Abs. 1 SGB V macht – so das LSG – deutlich, dass Krankenhäuser Einrichtungen sind, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst sind.

Die Entscheidung des Landessozialgerichtes wurde in der Literatur zum Teil kritisiert. Gleichwohl wurde dem Urteil durch die Revisions- und Klagerücknahme des Krankenhausträgers die Grundlage entzogen und ein Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes vermieden. Die vom Landessozialgericht angesprochenen Probleme wird man im wesentlichen durch die gesetzeskonforme Teilanstellung von niedergelassenen Vertragsärzten unter Anwendung von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sowie ggf. durch Teilzulassungen lösen können. Vor technischen Konsiliararzt- und Honorararztverträgen wird immer wieder gewarnt. Die Warnungen sind ernst zu nehmen (2). Die Vertragsärzte müssen bei Teil-Anstellungen die bereits genannte zulässige zeitliche Höchstgrenze beachten. Die Krankenhausträger ihrerseits stehen vor Herausforderungen arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Natur (zum Beispiel Beachtung der Mitbestimmungsrechte bei Einstellungen, Vergütungs-/Tarifrechtsfragen, Kündigungsschutz,

Vermeidung unzulässiger Scheinanstellungen), die einer Lösung zugeführt werden müssen.

Fazit

Die Rechtslage ist sowohl für die Krankenhausträger als auch für die niedergelassenen Vertragsärzte nicht einfach, zumal die involvierten Ärzte nicht nur krankenhausrrechtliche und vertragsärztliche Vorgaben zu berücksichtigen haben, sondern auch dem geltenden Berufsrecht Rechnung tragen müssen. Die Vorschrift des § 31 Berufsordnung verbietet es Ärzten, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Es muss stets beachtet werden, dass der § 31 Berufsordnung eine Verbotsvorschrift darstellt. Ein Verstoß gegen diese Bestimmung führt zivilrechtlich zur Sittenwidrigkeit und damit zur Nichtigkeit einer Vereinbarung. Daneben können berufsrechtliche, wettbewerbsrechtliche und schlimmstenfalls sogar strafrechtliche Fragestellungen bestehen.

Der Gesetzgeber scheint es ernst zu meinen. Die Novellierung des § 128 SGB V macht dies deutlich. Diese im Sozialrecht angesiedelte Vorschrift befasst sich u.a. mit der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Hilfsmittelbringern. Der Gesetzgeber hat im SGB V im Kern ein Depotverbot und ein sozialrechtliches Zuweisungsverbot ausgesprochen, ferner wurde der verkürzte Versorgungsweg für Ärzte stark eingeschränkt, für die Krankenkassen bleibt er aber zugelassen. Der aktuelle Wortlaut dieser auch für Klinikärzte relevanten Vorschrift kann abgerufen werden unter www.gesetze-im-internet.de (SGB V eingeben).

Grundsätzlich gilt auch für Kooperationen, dass jeder Vergütung eine Leistung des Arztes zugrunde liegen muss. Die Vergütung muss angemessen sein. Ferner muss die Leistung, für die eine Vergütung gewährt wird, sinnvoll sein. Provisionen z.B. als Gegenleistung für die Einweisung von Patienten sind nicht gestattet. Beachtet man diese an sich selbstverständlichen Grundsätze ist schon viel getan.

Gleichwohl ist selbst für den erfahrenen Medizinrechtler die gesetzeskonforme Vertragsgestaltung immer schwieriger. Die Regelungen werden immer komplexer, sind teilweise in sich widersprüchlich, nicht immer zu Ende gedacht. Es muss auch die Frage erlaubt sein, ob der für das Wirtschaftsleben typische und notwendige Wettbewerb wirklich unverändert auf das zum großen Teil gesetzlich regulierte

Gesundheitssystem übertragen werden sollte und ob dadurch nicht neue Verwerfungen entstehen. Ist zum Beispiel die Vorschrift des § 116 b Abs. 2 SGB V, sind KV- unabhängige Selektivverträge – die den Wettbewerb unweigerlich verschärfen werden – wirklich Arzt- und patientenfreundliche Zukunftsmodelle oder geht es in Wirklichkeit darum, dass sich bestimmte Interessengruppen durchsetzen? Was bleibt von dem Recht des Patienten zur freien Arztwahl am Ende übrig?

Die Regelungen im Gesundheitswesen sind komplex und kompliziert. Daran wird sich realistischerweise auch in Zukunft wenig ändern. Gleichwohl sollte der Gesetzgeber bei aller Unterschiedlichkeit der Interessen der Akteure im Gesundheitswesen möglichst klare, faire und transparente Vorgaben machen. Dies gilt auch für die notwendige bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Es sollte künftig z.B. einfacher möglich sein, einen niedergelassenen Facharzt bei der Erbringung ambulanter Operationsleistungen einzubinden, ohne Gefahr zu laufen, Rechtsvorschriften zu verletzen (3).

Bei aller Kompliziertheit der Materie sollten sich die potenziellen Vertragspartner von Kooperationsvereinbarungen, das heißt Krankenhausträger einerseits und Vertragsarzt andererseits von vorn herein gar nicht erst auf Vertrags-/Kooperationsmodelle einlassen, die sich nach außen hin „sektorenübergreifend“ oder „integrierend“ nennen, um den wahren Rechtscharakter zu verbergen. So lauten die Leitsätze 2 und 3 einer in MedR 2009, 664 veröffentlichten und von Dahm kommentierten Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 01.09.2009 wie folgt: „2. Nach § 4 Nr. 1 UWG handelt unlauter, wer geschäftliche Handlungen vornimmt, die geeignet sind, die Entscheidungsfreiheit des Verbrauchers (hier: Patienten) durch Ausübung von Druck zu beeinträchtigen. Eine wie auch immer geartete Verpflichtung des Arztes zur Empfehlung eines bestimmten (Vertrags-)Krankenhauses lässt stets für den Patienten einen Druck befürchten, der unangemessen ist. 3. Die Empfehlung eines Arztes für ein bestimmtes Krankenhaus, die auch darauf beruht, dass ihm ein Vorteil zufließt, ist mit dem Grundsatz einer allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung nicht zu vereinbaren. Für die Vorteilsgewährung reicht aus, dass für den Arzt die Möglichkeit einer für ihn lukrativen Beauftragung (hier: Abrechnung von prä-/postoperativen Leistungen nach GOÄ) besteht.“ Das OLG nimmt die freie Arztwahl ernst

und hat in dem o.g. Fall die Verfahrensbeteiligten in die Schranken gewiesen, wobei das Gericht keineswegs die dem Arzt obliegende Pflicht eingeschränkt hat, den Patienten bei der Auswahl des am besten geeigneten Krankenhauses zu beraten. Möge auch der Gesetzgeber die freie Arztwahl bei der Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen stets im Auge

behalten. Der Patient kann sich nur frei entscheiden, wenn er aus einer Mehrzahl ihm gegenüberstehender Adressaten frei wählen kann und wenn diese Mehrzahl von Adressaten ihrerseits in einem fairen Wettbewerb zueinander stehen, der Wettbewerb fair geführt wird und auf Augenhöhe stattfindet. Das Maß des Handels aller Beteiligten sollte dabei stets das Wohl und die

Würde des behandlungsbedürftigen Patienten sein.

Literatur beim Verfasser

Rechtsanwalt Dr. Jürgen Trilsch
Erna-Berger-Straße, Dresden

Hinweis:

Der Artikel gibt den Stand 05.01.2010 wieder.

Abschlussprüfungen

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am Montag, dem 19. April 2010, 8.00 – 14.00 Uhr durch.

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen

An der Markthalle 10,
09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
Reißiger Straße 46, 08525 Plauen
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz

Berufliches Schulzentrum 9
Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig
Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von ca. Mitte Mai 2010 bis Mitte Juni 2010.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 19. April 2010 können regulär Auszubildende und Umschüler, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2010 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler (bei einer Umschulungszeit

von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin oder des/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2010,

- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 28. Februar 2010** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Radiologie
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 10/C003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2010

Freiberg

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 10/C004

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/C005

Psychologischer Psychotherapeut
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)
Reg.-Nr. 10/C006

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2010

Annaberg

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 10/C007

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 10/C008
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2010

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/C009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Hämato-
logie und Int. Onkologie
Reg.-Nr. 10/D007
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2010

Facharzt für Kinder- und Jugend-
medizin
Reg.-Nr. 10/D008

Psychologischer Psychotherapeut
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur
Hälfte)
Reg.-Nr. 10/D009

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 10/D010

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D011

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 10/L009

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 10/012
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.02.2010

Muldentalkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Reg.-Nr. 10/L010

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/L011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.03.2010 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Dresden-Südvorstadt
Praxisabgabe sofort möglich

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Praxisabgabe geplant: 01.04.2011

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Praxisabgabe geplant bis Mai 2011

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

Verordnung der Lipidsenker

Erweiterung der Arzneimittelrichtlinie

S. Fischer, J. Schulze, S. Bornstein

Am 1.4.2009 ist eine Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie in Kraft getreten, die der gemeinsame Bundesausschuss in seinen Sitzungen am 18.12.2008 und am 22.1.2009

beschlossen hat. Nach dieser Richtlinie, die für Ärzte in Deutschland Gesetzeskraft besitzt, konnten Lipidsenker (Punkt 35 der Arzneimittelrichtlinie) nur noch dann verordnet werden, wenn eine vaskuläre Erkrankung bei einem Patienten bestand (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) oder ein hohes kardiovaskuläres Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) vorlag. Damit bestan-

den Verordnungseinschränkungen lipidsenkender Medikamente, die bei vielen Hausärzten, Kardiologen und Diabetologen zu erheblicher Verunsicherung geführt haben. Es waren besonders Diabetiker betroffen, deren kardiovaskuläres Risiko nicht generell über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre liegt, die jedoch aufgrund vieler nationaler und internationaler Studien und Empfehlungen von Fachgesellschaften als Hochrisikopatienten einzustufen sind. Auch

Modifizierte Arzneimittel-Richtlinie, Anlage III, Stand 21.8.2009

AM-RL	ARZNEIMITTEL	FRAGEN und ggf. BEISPIELE
Nr.35	Lipidsenker – ausgenommen bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) – ausgenommen bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 % Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren)	<p>1. Was fällt unter „cerebrovaskuläre Manifestation“? Schlaganfall und „TIA“</p> <p>2. Welche Risikokalkulatoren können angewendet werden? Die AM-RL enthält hierzu keine Vorgaben. Häufig angewandte Risikokalkulatoren sind beispielsweise der – Procarn Risikokalkulator – Esc Risikokalkulator – Framingham Risikokalkulator</p> <p>3. Ist für die quantitative Berechnung des kardiovaskulären Risikos das Ergebnis des Risikokalkulators als abschließend zu sehen? Nein Entscheidend für die Verordnung ist, dass – im Sinne des zweiten Spiegelstrichs – ein hohes kardiovaskuläres Risiko (d. h. das Risiko, in 10 Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden, beträgt mehr als 20 %) vorliegen muss. Nur dann ist gemäß der Arzneimittel-Richtlinie die Verordnung eines Lipidsenkers zu Lasten der GKV möglich. Für die quantitative Berechnung des Risikos stehen Risikokalkulatoren, denen epidemiologische Untersuchungen mit unterschiedlichen Populationen zugrunde liegen, zur Verfügung wie beispielsweise der Procarn-Gesundheitstest, der unter http://www.assmann-stiftung.de/stiftungsinstitut/procam-test/procam-gesundheitstest/ oder http://www.americanheart.org/presenter.ihtml?identifier=3003499 abgerufen werden kann.</p> <p>Da mit den verfügbaren Kalkulatoren nicht alle Risikokonstellationen abgebildet sind, sind sie als Hilfestellung bei der Bewertung des individuellen kardiovaskulären Risikos des Patienten zu verstehen. Gegebenenfalls sind zusätzlich patientenindividuelle Faktoren zu berücksichtigen. Beispiele hierfür sind: – Patienten mit primärer familiärer Hypercholesterinämie haben ein hohes kardiovaskuläres Risiko. Die primäre familiäre Hypercholesterinämie wird jedoch in den Risikokalkulatoren nicht als eigenständiger Faktor berücksichtigt. Das tatsächliche Risiko liegt in diesem Fall höher als das mittels Risikokalkulator berechnete. – Nicht bei jedem Risikokalkulator geht eine Diabeteserkrankung als eigener Faktor in die Berechnung des Risikos ein. Epidemiologische Daten haben jedoch gezeigt, dass eine Diabeteserkrankung zu einer Erhöhung des kardiovaskulären Risikos führt. Bei einem Diabetespatienten liegt das tatsächliche Risiko höher als das mittels Risikokalkulator berechnete.</p> <p>Deshalb ist in jedem Fall zu prüfen, inwieweit bei einem Patienten weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren in die Risikobewertung einzubeziehen sind und wie sie in Hinblick auf das Risiko ggf. auch individuell zu gewichten sind.</p> <p>Eine Dokumentation der Verordnungsbegründung ist zu empfehlen.</p>

Patienten mit einer primären heterozygoten Hypercholesterinämie, einer Erkrankung mit ausgeprägter genetischer Prägung, die zweifelsfrei durch ein hohes kardiovaskuläres Risiko charakterisiert sind, hätten im primär präventiven Ansatz nicht mehr mit Lipidsenkern behandelt werden können. Das wäre für das weitere Schicksal dieser Patienten bedrohlich gewesen, da das hohe kardiovaskuläre Risiko gerade dieser Patienten seit Jahren bekannt und in vielen Studien zweifelsfrei nachgewiesen ist. Diese Entscheidung hätte auch Patienten mit einer primären Hypertriglyzeridämie mit und ohne durchgemachter Pankreatitis betroffen. Sie hätten zum Beispiel bei Zustand nach Hypertriglyzeridämie-induzierter Pankreatitis nicht mehr mit einem Lipidsenker behandelt werden können. Fatale Folgen wären zu erwarten gewesen. Patienten mit einem erhöhten Lipoprotein(a)-Wert > 600 mg/l, die ebenfalls durch ein massiv erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gekennzeichnet sind, können aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses seit 01.01.2009 bei progredienten Gefäßerkrankungen

mit der LDL-Apherese behandelt werden, hätten aber im Vorfeld keinen Lipidsenker erhalten dürfen, um zum Beispiel den LDL-Cholesterinwert auf < 2,6 mmol/l zu senken. Weiterhin wäre die Weiterverordnung bei Patienten, die über Jahre mit Lipidsenkern aufgrund nationaler und internationaler Empfehlungen therapiert wurden, in Zukunft unklar.

Deshalb haben sich im Juli 2009 die Fachkommission Diabetes Sachsen unter Federführung von Herrn Prof. Dr. med. Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. Müller-Wieland für die Deutsche Diabetesgesellschaft, die Deutsche Lipidliga und eine Gruppe deutscher Lipidologen, zum Beispiel Herr Prof. Dr. med. Windler (Hamburg), Frau Prof. Dr. med. Steinhagen-Thiessen (Berlin), Herr Prof. Dr. med. Steinmetz (Andernach) und Herr Prof. Dr. med. Parhofer (München) an den gemeinsamen Bundesausschuss gewandt, mit der Bitte um eine Überarbeitung der Arzneimittel-Richtlinie, die Lipidsenker betreffend. Erfreulicherweise ist aufgrund dieser

Interventionen mit der Darstellung der hohen Gefährdungslage der Patienten mit erhöhten Lipidwerten im August 2009 eine Änderung dieser Verordnungsrichtlinie für Lipidsenker erfolgt (s. Tabelle S. 65). Es konnte eine wesentliche Verbesserung für unsere Patienten und auch für uns als behandelnde Ärzte erreicht werden, auch wenn vielleicht nicht alle unsere Wünsche komplett aufgenommen wurden. Wir denken aber, dass wir mit dem vorliegenden Gesetzestext, der verbindlich für alle Ärzte in Deutschland ist, arbeiten können. Wir freuen uns über diesen gemeinsamen Erfolg und bedanken uns noch einmal bei allen, die hier aktiv tätig waren und diese Änderung durch ihre Initiative ermöglicht haben.

Anschrift der Verfasser:
PD Dr. med. Sabine Fischer
Bereich Diabetes und Stoffwechsel,
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Stefan Bornstein
Direktor der Medizinischen Klinik und
Poliklinik III, Universitätsklinikum Dresden

Buchrezension

„Verstehen und Helfen – Erkenntnisse aus dem Krankheitserlebnis Diabetes mellitus“

von Dr. Hermann Raabe
Verlag: Shaker Media GmbH
ISBN: 978-3-86858-117-1
272 Seiten, Preis: 25,50 EUR

„Verstehen und Helfen“ – der Titel des Buches von Hermann Raabe sei eine Formel für die Bemühungen aller, die chronisch kranken Menschen in ihrem Leben mit der Krankheit zur Seite stehen möchten. Es wendet sich an Familienangehörige und Freunde, Menschen aus dem sozialen Umfeld der Kranken ebenso wie an Mediziner und medizinisches Fachpersonal. Es will sagen: Wer helfen will, muss die Ängste und Nöte des Kranken verstehen, muss die Signale erkennen, die er in seiner beson-

deren, sich immer wieder neu darstellenden psychischen Situation vermittelt. Das richtige Verstehen und Bewerten dieser Signale öffnet Tore zu einer förderlichen Kommunikation und zur Wegfindung. Die Fähigkeit dieses Verstehens und Kommunizierens ist eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen einer dauerhaften Partnerschaftlichkeit zwischen Helfer und Hilfebedürftigen. Entsteht eine solche Partnerschaftlichkeit zwischen dem Arzt und seinem Patienten, so ist der Weg zu einer erfolgreichen Behandlung geebnet.

Dr. Raabe legt uns kein Buch vor, das aus theoretischen Überlegungen entstand. Seine Erkenntnisse und Aussagen sind vielmehr Ergebnis einer selbst gelebten Krankheitsbewältigung einerseits und eines erfolgreich praktizierten Arztlebens andererseits. In seiner Person vereinen sich diese beiden Perspektiven auf das Leben

mit einer chronischen Erkrankung. Daraus erwächst der besondere Wert des Buches.

Obwohl allgemeinverständlich geschrieben, ist das Buch doch wissenschaftlich aufgebaut. Systematisch gegliedert und mit einer Vielzahl von Zitaten einschlägiger Literatur ist es wertvoll für jeden, der den aktuellen Stand der Medizin und der Psychologie erfahren und für sich nutzbar machen möchte.

Der Untertitel des Buches verrät uns, dass das Leben mit Diabetes im Mittelpunkt steht. Das Geschriebene gilt aber nicht nur für diese, sondern ebenso für alle chronischen Krankheiten. Auch aus diesem Grunde ist es jedem interessierten Leser sehr zu empfehlen.

Dr. rer. nat. habil. Rainer König, Machern

Therapie der extremen Adipositas

Pro und Contra für bariatrische Eingriffe

A. Dietrich¹, S. Jonas¹, M. Stumvoll², M. Blüher²

Zusammenfassung

In Deutschland leiden 1 bis 2% der Bevölkerung an extremer Adipositas (BMI \geq 40 kg/m²), die zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um ca. 20 Jahre führt. Konservative Therapieansätze führen in den meisten Fällen morbiditer Adipositas zu keiner dauerhaften Gewichtsreduktion.

Für diese Therapieversager stellt eine adipositaschirurgische Therapie (bariatrischer Eingriff) eine weithin unterschätzte Option dar. Es existiert eine klare Studienlage, die den Nutzen bariatrischer Eingriffe hinsichtlich verbesserter Lebenserwartung, langanhaltender Gewichtsreduktion und Besserung von adipositasassoziierten Komorbiditäten zeigt. Besonders beeindruckend sind die Heilungsraten des Diabetes mellitus Typ II, der somit als chirurgisch therapierbar gilt und den Terminus „Metabolische Chirurgie“ mitprägte.

Patienten, denen in multimodalen konservativen Therapieprogrammen eine Gewichtsreduktion nicht gelingt, sollte unter Beachtung der existierenden Leitlinien die Möglichkeit eines bariatrischen Eingriffes empfohlen werden.

Einleitung

Zur Diagnose der Adipositas dient die Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des Body-Mass-Index (BMI) nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (Hauner, H., et al., 2007). Dabei gelten Personen mit einem BMI $>$ 30kg/m² als adipös. Die extreme Adipositas (BMI \geq 35 kg/m² mit

Begleiterkrankungen und BMI \geq 40 kg/m²) wurde 1997 von der WHO weltweit als chronische Krankheit anerkannt (WHO, 2000).

Die Prävalenz der Adipositas nimmt in Deutschland seit vielen Jahren kontinuierlich zu (Mensink, G.B. et al. 2005). In Deutschland sind gegenwärtig 22,9% der Erwachsenen adipös (zum Vergleich: Europa: 15,7%, USA 32,9%) und 6,3% der Kinder und Jugendlichen (Europa: 4%, USA: 13%) (Gellner, R., et al., 2008). In Mitteldeutschland hat vermutlich höchstens ein Drittel der Erwachsenen einen normalen BMI (Erbersdobler H.F., 2006). Adipositas ist mit zahlreichen Komorbiditäten wie Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, arterieller Hypertonie, Herzerkrankungen, Schlafapnoe, bestimmten Malignomen, degenerativen Skeletterkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen assoziiert, die bei morbiditer Adipositas zu einer Verminderung der Lebenserwartung um 20 Jahre führen (Fontaine, K.R.; et al., 2003; Bogers, R.P.; et al., 2007; Colditz, G.A.; et al., 1995).

Besonders bedenklich ist, dass die Adipositas in den letzten Jahren vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie bei jungen Erwachsenen deutlich zugenommen hat. Damit einhergehen entsprechende Folgen (kardiovaskuläre und metabolische Folgeerkrankungen, Gelenkschäden, psychosoziale Störungen) im bis dato nicht bekanntem Ausmaß für Jugendliche und junge Erwachsene (Amorim Cruz, J.A.; 2006, Bogers, R.P.; et al., 2007). Nach einer europäischen Ministerkonferenz der WHO vom November 2006 beziffert man die für Europa aus Übergewicht und Adipositas resultierenden Folgekosten auf bis zu 6% der Gesamtgesundheitskosten, hinzukommend geschätzt das doppelte der Kosten gesamtwirtschaftlich durch den Verlust von Menschenleben und Produktivität (WHO, 2006; Gellner, R. et al., 2008).

Adipositas ist im Wesentlichen auf einen ungesunden Lebensstil im Rahmen moderner Lebensbedingungen zurückzuführen und ist damit zumindest theoretisch vermeidbar. Die Pri-

märprävention ist die wirksamste und kostengünstigste Strategie zur Vermeidung von Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen. Es ist insbesondere aus Diabetes-Präventionsstudien gut belegt, dass therapeutische Lebensstilveränderungen wie vermehrte körperliche Aktivität und Fitness, Gewichtskontrolle und gesunde Ernährungsweise sowie Motivation zur Verhaltensänderung auch die Entstehung von Adipositas wirksam verhindern können (Tuomilehto, J., et al., 2001). Für die Prävention der Adipositas sind soziale und gesellschaftliche Aspekte von großer Bedeutung.

Konservative Therapie der Adipositas

Eine essenzielle Voraussetzung für den Therapieerfolg sind realistische Behandlungsziele. Jede Therapie setzt eine Schulung und Basisinformation des Patienten voraus. Diese sollten Themen wie Ursache des Übergewichtes, gesunde Ernährung, Ernährungsumstellung, richtige Auswahl der Lebensmittel und Speisen, Bedeutung von Bewegungssteigerung und Verhaltensmodifikation umfassen. Leitbild ist dabei immer der informierte Patient, der in alle Therapieentscheidungen eingebunden wird und ein hohes Maß an Eigenverantwortung übernimmt. Dabei spielt auch die Einbeziehung des Lebenspartners eine wichtige Rolle. Das primäre, nicht medikamentöse Therapieprinzip zur Behandlung der Adipositas und aller Komponenten des metabolischen Syndroms ist der kombinierte Einsatz von hypokalorischer Kost, Bewegungssteigerung und Verhaltensänderung (Hauner, H., et al., 2007). Grundsätzlich gilt, dass alle durch Adipositas bedingten Gesundheitsstörungen mit Hilfe einer Gewichtsreduktion beseitigt oder zumindest gebessert werden können. Nicht die meist unrealistische Normalisierung des Körpergewichts ist generell Ziel einer Adipositastherapie, sondern bei den meisten Patienten wird zunächst ein moderater Verlust von 5 bis 10 % des Ausgangsgewichts angestrebt. Hieraus resultiert oft bereits eine signifikante Reduzierung

¹) Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR

²) Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR

begleitender Risikofaktoren und des metabolischen Syndroms.

Die Basistherapie der Adipositas ist ein multimodales Therapiekonzept bestehend aus Lebensstilveränderungen, verbesserter körperlicher Aktivität und gesunder Ernährungsweise. Sie stellt den ersten Schritt in einem meist mehrphasigen Behandlungsprogramm dar. Die wichtigste Einzelmaßnahme ist eine hypokalorische Ernährung. Dabei geht es sowohl um eine Reduktion der Gesamtenergiezufuhr, als auch um eine Optimierung der Nährstoffzusammensetzung. Zunächst sollte mit einer mäßig energiereduzierten, aber ausgewogenen Ernährung mit einem täglichen Energiedefizit von 500 bis 800 kcal begonnen werden (Hauner, H., et al., 2007).

Evidenzbasierte Empfehlungen für eine mäßig hypokalorische Mischkost zur Gewichtsreduktion beinhalten:

- Reduktion der Fettmenge,
- Bevorzugung komplexer Kohlenhydrate,
- Erhöhung des Ballaststoffanteils,
- Bevorzugung von Lebensmitteln mit geringer Energiedichte,
- kalorienarme- oder -freie Getränke,
- fester Mahlzeitenrhythmus nach individuellen Gewohnheiten.

Die mäßig energiereduzierte Mischkost kann lebenslang sicher und ohne Risiken angewendet werden. Allerdings zeigt die Anwendung dieser Kost bei vielen Patienten in der Praxis nur einen begrenzten Erfolg. Es kommt bei vielen Patienten wieder zum Gewichtsanstieg, wobei ein Rückfall zur ungesunden Ernährungsweise die wahrscheinlichste Ursache ist. Energiereduzierte Kostformen mit drastischer Begrenzung der täglichen Energiezufuhr (<1000 kcal/ Tag) ermöglichen zwar die stärkste und schnellste Gewichtsreduktion, sind aber mit zum Teil erheblichen Nebenwirkungen assoziiert und sollten daher nur unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden (Hauner, H., et al., 2007).

Die häufigste Form von drastisch energiereduzierter Kost sind Diäten, welche die üblichen Mahlzeiten kom-

plett durch definierte Formuladiätprodukte ersetzen. Ein wesentlicher Nachteil solcher durchaus wirksamer Diäten ist, dass beim Patienten keine dauerhaften Veränderungen im Essverhalten erzeugt werden. Deshalb kommt es regelmäßig nach Beendigung der Diät zur raschen Gewichtszunahme, die auch als Jojo-Effekt bezeichnet wird. Der Langzeiterfolg der drastisch energiereduzierten Kostformen ist ohne begleitende Bewegungs- und Verhaltenstherapie sehr gering.

Neben der hypokalorischen Kost ist die Bewegungstherapie oder das körperliche Training ein wesentlicher Bestandteil der Basistherapie der Adipositas. Der Hauptnutzen einer gesteigerten körperlichen Aktivität liegt weniger in einer akuten Gewichtsreduktion als mehr in der Erhaltung des Gewichtes. Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining wirkt sich günstig auf das Übergewicht und assoziierte Erkrankungen aus. Viele Sportarten wie zum Beispiel schnelles Gehen, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen sind dabei ähnlich wirksam. Das Minimum an körperlicher Aktivität liegt bei etwa 30 Minuten mittlerer Belastungsintensität (60 bis 80% der maximalen Herzfrequenz) an mindestens drei Tagen pro Woche. Insbesondere zur Gewichtsreduktion sollte ein wöchentlicher Mehrverbrauch von mindestens 1.500 bis 2.500 kcal verteilt auf 5 bis 7 Trainingseinheiten pro Woche angestrebt werden. Ein weiterer Vorteil der Bewegungstherapie ist die bevorzugte Reduktion des metabolisch gefährlicheren viszeralen Fettdepots. Bei untrainierten Patienten sollte das körperliche Training vorsichtig begonnen werden. Wichtig ist bei jeder Bewegungstherapie, dass die Intensität des „Medikaments Sport“ ständig der verbesserten Leistungsfähigkeit der Patienten angepasst werden muss, um wirksam zu bleiben. Erste Maßnahmen, die im Sinne von Lebensstilveränderungen zu werten sind, bestehen in der Steigerung der Alltagsaktivität. Dabei zählen Treppensteigen statt Fahrstuhl nutzen oder kurze Strecken gehen oder mit dem Fahr-

rad zurücklegen bereits zu wichtigen Bausteinen zur Unterstützung der Gewichtskontrolle.

Das Training der Verhaltensänderung ist ein wichtiges Werkzeug zur langfristigen Änderung eines ungesunden Lebensstils. Dazu stehen verschiedene Trainingsprogramme zur Verfügung. Zunächst sollte der bisherige Lebensstil, insbesondere das Essverhalten dokumentiert werden. Auf dieser Grundlage können Probleme identifiziert werden und individuelle Lösungsansätze entwickelt werden. Verhaltensmodifikationsprogramme sollten in Gruppen durchgeführt werden, da sich gruppenspezifische Prozesse zusätzlich positiv auf eine Gewichtsreduktion auswirken. Verhaltensmodifikationsprogramme allein können allerdings falsches Essverhalten nicht beseitigen. Chronischer Stress hat direkte negative Auswirkungen auf metabolische Parameter und den Blutdruck, wird aber bisher in seiner Auswirkung auf das metabolische Syndrom deutlich unterschätzt. Deshalb muss der Aspekt einer chronischen Stressbelastung bei der Therapie des metabolischen Syndroms mit beachtet werden.

Beträgt die mit einer Lebensstilintervention erzielte Gewichtsabnahme nicht mindestens 5 % in 3 bis 6 Monaten, so kann die adjuvante Gabe eines Medikaments in Erwägung gezogen werden (Hauner, H., et al., 2007). Dabei führt der Lipas-inhibitor Orlistat als mögliche Option zu einer verminderten Resorption von Fett aus dem Darmlumen und fördert so die Gewichtsabnahme. Im Gegensatz zu Orlistat wirkt Sibutramin zentral als Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin, was zu einer Verstärkung des Sättigungsgefühls und einer Steigerung des Energieverbrauchs führt. Die mittlere zusätzliche Gewichtsabnahme im Vergleich zu Placebo beträgt 4,2 kg.

Operative Therapie

Die operative Therapie der morbid Adipositas ist etabliert. Nach den aktuellen Leitlinien kann die Indikation für eine chirurgische Intervention nach Scheitern einer konservati-

ven Therapie bei Patienten mit Adipositas Grad III (BMI \geq 40) oder Adipositas Grad II (BMI \geq 35) mit erheblichen Komorbiditäten (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2) gestellt werden (Hauner, H., et al., 2007; Husemann, B., et al., 2006). Adipositaschirurgische Eingriffe sollten nur in spezialisierten Einrichtungen vorgenommen werden.

Die Adipositaschirurgie in der Ära der Laparotomie war umstritten. Mit der Einführung der laparoskopischen Operationstechniken und interdisziplinärer Fast-Track-Konzepte konnte jedoch die postoperative Morbidität und Mortalität deutlich gesenkt werden und trug somit zu einer weiteren Akzeptanz bariatrischer Eingriffe sowohl bei Patienten als auch Ärzten und Kostenträgern bei.

Chirurgische Verfahren zur Behandlung der morbid Adipositas zeigen in gut dokumentierten Langzeitergebnissen eine Reduktion der Komorbiditäten und eine deutlich erhöhte Lebensqualität der von der extremen Adipositas betroffenen Menschen (Buchwald, H. et al., 2004). Sie werden daher international als sichere und effektive Maßnahmen anerkannt. Christou et al. (Christou, N., et al., 2004) konnten in einer Kohortenstudie zeigen, dass die operierten gegenüber nicht-operativ behandelten morbid Adipösen eine geringere Mortalitätsrate in einem Zeitraum von 5 Jahren aufwiesen (0.68% vs. 6.17%). Damit wurde das relative Sterblichkeitsrisiko durch die operativen Maßnahmen um 89% gesenkt. Bezüglich der Effektivität bariatrischer Eingriffe soll hier außerdem die sogenannte „SOS-Studie“ (Sjöström, L., et al., 2007) genannt werden. In einer prospektiven Studie mit über 4.000 Teilnehmern konnte über eine Nachbeobachtungszeit von 15 Jahren gezeigt werden, dass bezüglich der Gewichtsreduktion, der Besserung der Begleitmorbiditäten und auch im Gesamtüberleben die operativen Gruppen der konservativen Therapie in allen Belangen deutlich überlegen sind. Nur bei den operierten Patienten konnte eine dauerhafte Gewichtsreduktion erreicht werden. Unverständlich angesichts dieser eindeutigen Datenlage

muss leider konstatiert werden, dass in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern und Nordamerika relativ wenig bariatrische Eingriffe vorgenommen werden. Dies ist ursächlich zurückzuführen auf die geringe Anzahl Kliniken, die bariatrische Eingriffe anbieten oder jetzt anbieten, und das restriktive Kostenübernahmeverhalten der Krankenkassen.

Indikationsstellung (aus internistischer Sicht)

Die Indikation für adipositaschirurgische Maßnahmen wird bei Patienten gestellt, die einen BMI \geq 35 kg/m² mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder einen BMI \geq 40kg/m² aufweisen und bei denen konservative Behandlungsmaßnahmen über mindestens 6 Monate nachweislich nicht erfolgreich waren. Bei den konservativen Verfahren handelt es sich um die oben beschriebenen multimodalen, interdisziplinären und langfristigen Therapieprogramme nach Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (Hauner, H.; et al., 2007). Die Komorbiditäten der Adipositas sind bei der Auswahl von Patienten mit einem BMI zwischen 35 und 40 kg/m² entscheidend für die Indikationsstellung. Relevante Begleiterkrankungen sind:

- Schlafapnoe und andere Ventilationsstörungen
- Typ 2 Diabetes mellitus,
- Adipositas bedingte Kardiomyopathie und Hypertonus,
- Hyperlipidämie,
- Asthma,
- orthopädische Schäden der Kniegelenke,
- Wirbelsäulenprobleme.

Eine Alters-Obergrenze für adipositaschirurgische Eingriffe sollte angesichts der Altersstruktur der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung nicht festgelegt werden, obwohl die Mortalität und die Risiken von Komplikationen mit dem Alter ansteigen. Daher sollte das biologische Alter der betroffenen Patienten eine entscheidende Rolle spielen. Operationen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind nur in Ausnahmefällen indiziert.

Indikationsstellung (aus chirurgischer Sicht)

Die Indikationsstellung ist in ausführlichen, weitestgehend identischen Leitlinien verankert (zum Beispiel: Evidenzbasierte Leitlinie: Chirurgische Therapie der extremen Adipositas, Husemann, B., et al., 2006).

Prinzipiell ist jedem – insbesondere dem morbid – Adipösen eine konservative multimodale Therapie zu empfehlen und er für eine Teilnahme an entsprechenden Programmen zu motivieren. Nach Teilnahme an solchen Programmen sollte Therapieversagen oder Patienten mit wieder drohender Gewichtszunahme die Möglichkeit einer Operation dargelegt werden. Nach wie vor gilt der operative Eingriff als Ultima Ratio bei Versagen der konservativen Therapie.

Nach der gegenwärtigen Studienlage kann nur so mit einer nachhaltigen Gewichtsreduktion und Besserung der Komorbiditäten erreicht werden. Insbesondere adipösen Typ II Diabetikern sollte aufgezeigt werden, dass verfahrensabhängig mit einer Heilung des Diabetes in bis zu 98% der Fälle zu rechnen ist (Scopinaro, N., et al., 2005).

Die Indikationsstellung zur Operation sollte möglichst in einem interdisziplinären Board, beinhaltend: behandelnder Internist/Endokrinologe, Ernährungsberater/Diätassistent, Psychologe, Anästhesist und Chirurg, gestellt werden. Bei Patienten mit relevanten Begleiterkrankungen sollten vorher eine Vorstellung beim Anästhesisten und gegebenenfalls Internisten zur Therapieoptimierung und Einschätzung des Narkose- bzw. Eingriffsrisikos erfolgen.

Kontraindikation für bariatrische Eingriffe, wie zum Beispiel Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, konsumierenden und immundefizitären Erkrankungen, Bulimia nervosa, Psychosen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen oder Binge Eating Störung, sollten im Vorfeld ausgeschlossen werden. Bei vorbestehenden Psychosen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen sollte ein entsprechender Konsiliar hinzugezogen werden.

Klar muss mit den Betroffenen im Vorfeld diskutiert werden, dass Adi-

positaschirurgie eine elektive Hochrisikochirurgie ist. Adipöse haben eine multifaktoriell verursachte erhöhte perioperative Morbidität. Diese konnte jedoch in den letzten Jahren insbesondere an sogenannten high volume Zentren gesenkt werden (Courcoulas, A., et al., 2003).

Voraussetzung für einen Eingriff ist weiterhin die Einwilligung in eine lebenslange Nachsorge, zur Verfolgung der Gewichtsentwicklung, um rechtzeitig Veränderungen im Ernährungsverhalten oder Mangelzustände zu erkennen. Auch sollten alle Fälle in die deutschlandweite Nachbeobachtungsstudie eingebracht werden.

Verfahrenswahl

Bariatrische Operationen sind keine kausale Behandlung der Adipositas, vielmehr werden das Symptom Übergewicht und zum Teil unabhängig davon Komorbiditäten behandelt. Eine kausale Therapie der Erkrankung Adipositas erfolgt nicht.

An Operationsmethoden stehen zahlreiche Verfahren zur Verfügung, diese wiederum vielfach modifiziert. Die Verfahrenswahl ist abhängig von verschiedenen Faktoren wie Ausgangs-BMI, Essverhalten, Komorbiditäten (insbesondere Diabetes mellitus), bestehenden Dauermedikationen (Resorptionsverhalten), das Therapieziel (gewünschter bzw. zu erwartender Gewichtsverlust), Compliance, Operationsrisiko, und letztendlich auch Alter, Geschlecht, Kinderwunsch und Beruf.

Verfahrenstechnisch werden restriktive, malabsorptive und kombinierte Verfahren unterschieden.

Das Grundprinzip der Restriktion besteht in der Reduzierung der Nahrungszufuhr durch eine Verkleinerung des Magenreservoirs. Somit kann feste Nahrung nur noch in kleinen Mengen aufgenommen werden. Da jedoch weiterhin (hochkalorische) Flüssigkeiten oder Breie quasi uneingeschränkt zu sich genommen können, kommen rein restriktive Eingriffe nur für einen Patientenkreis in Frage, der entsprechend compliant ist und schon im Vorfeld seine Ernährungsgewohnheiten umgestellt hat. Bei den malabsorptiven Verfahren (Malassimilation) kommt es zu einer

funktionellen Verkürzung des Dünndarms. Nahrungsstoffe und die biliopankreatischen Verdauungssäfte werden erst spät zusammengeführt, womit insbesondere die Resorption von Fett eingeschränkt wird. Diese Verfahren führen fast zwanghaft ohne entsprechende Substitution zu Mangelerscheinungen, da fettlösliche Vitamine und bestimmte Spurenelemente nicht mehr ausreichend aufgenommen werden.

Kombinationsverfahren sind komplex und hocheffektiv, der Klassiker ist der Magenbypass, das in den USA am meisten angewandte Verfahren.

Vielfältige hormonale Veränderungen, die Ausschaltung der duodenalen Passage, die Reduktion des im Magenfundus gebildeten Hungerhormons Ghrelin führen zu zusätzlichen Effekten (Buchwald, H., et al., 2004).

Operationsmethoden

Die derzeit gängigen Verfahren sind Magenband, Sleeve-Gastrektomie, Magenbypass und biliopankreatische Diversion mit oder ohne Duodenalswicht. Mit Einschränkungen für die Sleeve-Gastrektomie gelten diese als etabliert und es liegen Langzeiterfahrungen aus großen Kollektiven vor. Laparoskopische Techniken stellen den Standard sowohl für primäre, sekundäre und auch Revisionseingriffe dar.

Magenband (Synonyme: Steuerbares Magenband, (swedish) adjustable gastric banding, (S)AGB).

Das Prinzip dieses Verfahrens besteht in Restriktion indem das proximal um den Magen gelegte Band einen Pouch bildet. Moderne Bänder haben an der Innenseite einen Ballon, über dessen Füllungsgrad die resultierende Engstellung des Magens reguliert werden kann.

Im Vergleich zu den anderen aufgelisteten Verfahren hat das Magenband die schlechtesten Ergebnisse. Problematisch ist die Patientenselektion, wegen mangelnder Compliance erhalten bis zu 33% der Patienten ihr Band umsonst.

Die Reoperationsrate ist wegen bekannter Probleme wie Slippage, Migrationen, Portdysfunktion oder

Therapieversagen relativ hoch. Andererseits handelt es sich um den kleinsten Eingriff mit entsprechend geringer Morbidität und Mortalität.

Der Excess weight loss beträgt 40 bis 60%, wenn eine intensive Nachbetreuung erfolgt und eine ausreichende Compliance vorhanden ist (Belachew, M., et al., 2002).

Sleeve-Gastrektomie (Schlauchmagenbildung). Die Sleeve-Gastrektomie wurde als erster Operationsschritt bei geplanter Zweischritttherapie (siehe unten, BPD-DS bei Hochrisikopatienten) eingeführt. Nachdem auf hiermit gute Ergebnisse erzielt werden konnten, etablierte sich die sogenannte Schlauchmagenbildung auch als solitärer Eingriff.

Langzeitergebnisse liegen noch nicht vor, erste 5-Jahresergebnisse zeigen sie jedoch als effektives Verfahren. Wie beim Magenband handelt es sich auch hier um ein rein restriktives Verfahren.

Bei der Operation wird entlang eines kleinkurvaturseitig gelegten Kalibrationsschlauches oder Gastroskops beginnend ca. 5 bis 6cm praepylorisch bis in den His-Winkel großkurvaturseitig der Magen reseziert. Zusätzlich zur Restriktion kommt es mit der möglichst kompletten Resektion des Fundus zu einem Abfall des dort gebildeten Hungerhormons Ghrelin. Subjektiv wird deutlich weniger Hunger empfunden.

Die Ergebnisse sind besser als beim Magenband, der Excess weight loss beträgt ca. 50 bis 70%, bei Änderung der Essgewohnheiten oder Dehnung des Schlauches durch Stopfen ist eine erneute Gewichtszunahme möglich. (Weiner, R.A., et al., 2007) Heilungsraten eines vorbestehenden Typ II Diabetes werden mit 60 – 80% angegeben (Sánchez-Santos, R.; et al., 2009; Rosenthal, R.; Li, X.; Samuel, S.; et al., 2009).

Bedingt durch die lange Klammerreihe am Magen besteht das Risiko einer Blutung oder Fistelung, welche zu septischen Komplikationen führen kann.

Die bis dato angegebenen Letalitäten reichen von keiner bis 3% (ASMBS statement 2008), sie wird sich sicher unter 1% einpegeln.

Magenbypass (Roux-en-Y gastric bypass, RNYGB)

Hauptmechanismus für den Gewichtsverlust ist beim Magenbypass die Nahrungsrestriktion. Hinzu kommen die Ausschaltung der duodenalen Passage und hormonale Veränderungen, die direkt oder indirekt insbesondere die Wirksamkeit von Insulin beeinflussen.

Beim Magenbypass wird ein kleiner Magenpouch durch die subcardiale Durchtrennung des Magens gebildet (der Restmagen verbleibt in situ) und die Wiederherstellung der Passage erfolgt durch eine klassische Roux-en-Y Rekonstruktion. In Abhängigkeit vom Ausgangs-BMI können die Schlingenlängen modifiziert werden (längere alimentäre Schlinge bei hohem BMI), so dass es zusätzlich zu einer verstärkten Malabsorption kommt. Eine Nahrungsergänzung mit Vitaminen und Spurenelementen ist hier empfohlen.

Der Excess weight loss wird auch hier mit bis zu 60 bis 70% angegeben, jedoch muss im Langzeitverlauf bei Änderung der Essgewohnheiten mit einem moderaten Wiederanstieg des Gewichtes gerechnet werden. In ca. 80% ist die Heilung eines vorbestehenden Typ II Diabetes zu erwarten (Buchwald, H.; et al., 2009; Weiner, R.A., 2008).

Mögliche Komplikationen sind unter anderem Anastomoseninsuffizienzen, Blutungen aus der Klammernaht (Magenpouch) innere Hernien und ein Dumping.

Die Letalitätsangaben schwanken von unter 1 bis 3 %, letzteres mehr für Kliniken mit geringem Fallauskommen (Courcoulas, A., et al. 2003).

Biliopankreatische Diversion (biliopancreatic diversion, BPD, OP nach Scopinaro)

Die biliopankreatische Diversion ist ein rein malabsorptiver Eingriff.

Es erfolgt eine Durchtrennung des Magens mit einem relativ großen Pouch (Patienten mit BPB essen mehr oder weniger normal weiter) und anschließend eine tiefe Rekonstruktion mit einem „common channel“ von lediglich 50 cm. Dieser kurze Verdauungskanal führt zu einer

Malassimilation von Fett. Konsequenterweise führt dies natürlich auch zu einer Minderversorgung mit fettlöslichen Vitaminen, belästigend sind auch die Fettstühle und ausgeprägte Windabgänge (Scopinaro, N.; et al., 2005).

Komplikationsraten und Letalität entsprechen in etwa dem Magenbypass, jedoch sind Mangelzustände regelhaft zu erwarten, wenn keine konsequente Substitution erfolgt. Auf Grund der Komplexizität des Eingriffs und potenziellen Spätfolgen wird der Eingriff vielerorts nicht angeboten. Ergebnisse siehe unten.

Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch (BPD-DS)

Die biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch und Schlauchmagenbildung ist ein sehr komplexer Eingriff mit einer Kombination von Restriktion und Malabsorption sowie zusätzlichen hormonalen Effekten.

Zunächst erfolgt eine Schlauchmagenbildung und anschließend wird postpylorisch das Duodenum durchtrennt. Durch Erhalt des Pylorus tritt ein Dumping-Syndrom nicht auf.

Die Rekonstruktion erfolgt dann ähnlich wie beim BPD, jedoch mit Bildung eines längeren „common channel“ von 75 bis 100 cm und einer alimentären Schlinge von mindestens 150 cm.

Der Excess weight loss wird für die beiden letzten Verfahren mit bis zu 80% angegeben und gilt als langzeitstabil. Die Heilung eines vorbestehenden Diabetes mellitus Typ II ist in 95 bis 98% der Fälle zu erwarten (Buchwald, H.; et al., 2004; Scopinaro, N.; et al., 2005).

Das Spektrum der Komplikationen ist entsprechend der Komplexizität breit, zu den Komplikationen obiger OPs kommt noch die Duodenalstumpfsuffizienz hinzu, welche mit einer hohen Letalität assoziiert ist.

Insgesamt wird aus Metaanalysen von einer Mortalität von 1,1% ausgegangen. Da sie mit dem BMI steigt (Letalität bei BMI > 60 über 6%) wird für entsprechend adipöse eine Zwei-Schritt-Therapie mit initialer Schlauchmagenbildung empfohlen.

Die oben aufgelisteten Operationen nehmen in der angegebenen Reihen-

folge an Komplexität zu. Damit ist auch eine höhere Rate an Komplikationen, relevanten lebenslänglichen Nebeneffekten und natürlich einer höheren perioperative Letalität assoziiert.

Umgekehrt verhalten sich der zu erwartende Gewichtsverlust und die Heilung bzw. Besserung von Komorbiditäten.

An der Zahl der Verfahren und deren Modifikationen erkannt man, dass der optimale Eingriff nicht existiert. Letztendlich hängt es an der Erfahrung der behandelnden Internisten und Chirurgen, für jeden Patienten individuell das richtige Verfahren zu finden (Fried, M.; et al., 2007).

Generell überwiegen die positiven Effekte operierter die potenziellen Risiken. In großen Studien konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen bei Operierten wesentlich geringer ist als bei extrem Adipösen ohne Gewichtsreduktion. Dementsprechend ist die Lebenserwartung der Operierten auch unter Berücksichtigung der Operationsletalität signifikant länger als die der nicht operierten Adipösen (Buchwald, H.; et al., 2004; Weiner, R.; 2008).

Metabolische Chirurgie

Unabhängig vom Gewichtsverlust kommt es nach bariatrischen Eingriffen in Abhängigkeit vom Verfahren zu beeindruckenden Heilungsraten des Typ 2 Diabetes, einhergehend mit einer Normalisierung zuvor pathologisch veränderter Parameter. Eine weitere Medikation ist meist schon unmittelbar nach der Operation nicht mehr erforderlich.

Die Rückkehr zur Normalisierung der Blutglucose und Insulinlevel erfolgt innerhalb von Tagen und kann folglich nicht allein durch den Gewichtsverlust erklärt werden.

Auch wenn die hormonalen Mechanismen im Detail noch nicht klar sind, unterstützen die vorliegenden Langzeitergebnisse die Hypothese, dass der Diabetes Typ 2 eine chirurgisch therapierbare Erkrankung ist (Rubino, F., 2008).

Zurzeit laufen sowohl Studien zur Erweiterung Indikationsstellung (zum

Beispiel Magenbypass bei Typ 2 Diabetes mit BMI < 35) als auch Studien zur Klärung der Mechanismen.

Die chirurgische Therapie ist zweifelsohne nicht nur bezüglich der Gewichtsreduktion der konservativen Therapie überlegen. Dies trifft insbesondere auch beim Diabetes mellitus Typ 2 sowie weiteren Komorbiditäten zu.

Die Besserung und Beseitigung des Diabetes mellitus bei Adipösen hat zur Entwicklung der metabolischen Chirurgie geführt. Auch wurde mit der Umbenennung der chirurgischen Fachschaften und Kongresse begonnen, der Terminus „Bariatrische und metabolische Chirurgie“ hat sich bereits etabliert.

Schlussfolgerungen

Prognostische Berechnungen aus den USA zeigen, dass das Aufkommen für die Therapie der Adipositas

und damit assoziierter Komorbiditäten in Zukunft alle anderen Erkrankungen übertreffen wird (Hensrud, D.D.; et al., 2006). Mit zeitlicher Verzögerung ist gleiches für die europäischen und später auch asiatischen Länder zu befürchten.

Nach einer europäischen Ministerkonferenz soll bis 2015 eine Trendumkehr erreicht werden (WHO, 2006), was bei uns zu dem „Nationalen Aktionsplan gegen das Übergewicht“ der Deutschen Adipositas Gesellschaft (Müller, M.J.; et al., 2007) führte. Bis dato konnten die Präventionsprogramme eine weiter steigende Inzidenz der Adipositas nicht verhindern. Ernüchternd ist weiterhin, dass bei morbid Adipösen die aktuellen (multimodalen) Therapieprogramme kaum Aussicht auf einen nachhaltigen Erfolg haben.

Für Therapieversager aus diesen Programmen existiert derzeit keine

Alternative zur chirurgischen Therapie. Daher sollte bei Patientenbereitschaft und Erfüllung der Leitlinien die Indikation zum bariatrischen Eingriff gestellt werden.

Beginnend 2009 erfolgt die Zertifizierung von sogenannten Kompetenz- oder Referenzzentren für bariatrische Eingriffe, an denen bevorzugt solche Eingriffe vorgenommen werden sollen.

Es bleibt zu hoffen, dass sich das Kostenübernahmeverhalten für Eingriffe an diesen Zentren in Zukunft verbessern wird.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Arne Dietrich
Klinik und Poliklinik für Viszeral-,
Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
E-Mail: arne.dietrich@medizin.uni-leipzig.de

Berufliche Belastung sächsischer Ärzte

Die Sächsische Landesärztekammer hatte eine wissenschaftliche Befragung „Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte“ in Auftrag gegeben. Gesundheit wird in den nächsten Jahren ein wesentlicher Entwicklungsfaktor der Gesellschaft sein. Damit steigt auch die Bedeutung von Berufen in diesem Feld. Ärzte nehmen dabei eine Schlüsselposition ein. Die Ergebnisse der Studie liegen nun in einem Studienband vor.

„Wenn es um die Rolle der Ärzte in der gesellschaftlichen Entwicklung geht, spielen Rahmenbedingungen eine vordergründige Rolle. Die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Ärzte selbst stehen kaum zur Diskussion“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Vielen Diskussionen mangelte es deshalb an konkreter Analyse. Auch in der Ärzteschaft gab es keine genaue Kenntnis zum Gesundheitszustand sowie zu Einstellungen der Ärzte in und zu ihrer normalen alltäglichen Arbeit. Dies war der Anlass für die Studie.

Die Auswertung der Befragung hat wesentliche und zum Teil erstmalige Erkenntnisse über den „sächsischen Arzt“ zutage gebracht. Der soeben erschienene Studienband stellt nun wesentliche Ergebnisse dieser Fragebogenuntersuchung vor und will so zur qualifizierten Diskussion und zum Nachdenken anregen. Die Studie kann gegen eine Schutzgebühr von 8,- EUR bei der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, bestellt werden.

Bibliografie

Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer

Autoren:

Technische Universität Dresden,
Medizinische Fakultät
Carl Gustav Carus
Dipl.-Soz. Anja Hübler,
Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für
Arbeits- und Sozialmedizin
Dipl.-Ing. Gabriele Müller, Prof. Dr.
med. habil. Hildebrand Kunath
Institut für Medizinische Informatik
und Biometrie
Akademie für Gesundheit in
Sachsen (AGS)
ISBN 978-3-00-029055-8

In einer Fortbildungsveranstaltung am 14. April 2010 werden die Ergebnisse der Studie durch die Autoren sowie angrenzende Themen in der Sächsischen Landesärztekammer behandelt. Nähere Informationen finden Sie unter www.slaek.de.

Knut Köhler M.A.

Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Chancen und Risiken des Neuro-Enhancement

Einleitung

Am 12. Oktober 2009 wurde in den Räumen der Berliner Akademie der Wissenschaften das Memorandum „Chancen und Risiken des Neuro-Enhancement“ von sieben Experten vorgestellt. Erarbeitet wurde das Memorandum an der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Von dort stammt auch der erste Vortragende Thorsten Galert, der als Koordinator der Projektgruppe „Potenziale und Risiken des pharmazeutischen Enhancement psychischer Eigenschaften“ tätig ist. Die übrigen Experten sind Juristen, Ethiker und Mediziner. Anlass für die öffentliche Darstellung des Memorandums war nicht etwa eine Buchherausgabe oder die Vorstellung eines Ergebnisses, sondern die Veröffentlichung erster Überlegungen in einer populärwissenschaftlichen Zeitschrift.¹

Inhaltliche Darstellung

Zunächst einmal bemühte sich Thorsten Galert um eine Definition von Neuro-Enhancement: Unter „Neuro-Enhancement“ versteht man die Verbesserung kognitiver Fähigkeiten oder der emotionalen Befindlichkeit über das „normale“ oder „nicht krankhaft veränderte“ Maß hinaus. Sodann wurde dargelegt, dass es heute noch keine wirksamen Neuro-Enhancement-Präparate gibt. Das wurde allerdings im Laufe des Nachmittags dahingehend relativiert, dass

durchaus erfolgreiche Präparate wieder vom Markt genommen werden mussten, weil sie zu nebenwirkungsstark waren. Den Verfassern des Memorandums ging es im Wesentlichen aber darum, sozusagen prophylaktisch die Möglichkeiten des drohenden Neuro-Enhancement wissenschaftlich aufzufangen. Grundtenor dabei war, dass sich diese Art von Gehirndoping – ein Begriff, der vehement abgelehnt wurde – nicht verbieten lasse. Daher müsse er in geordnete Bahnen gelenkt werden. Die Forschung muss außerhalb des AMG geregelt, juristische und ethische Überlegungen müssen schon jetzt angestellt werden. Diese wiesen etwa folgende Konturen auf: Verbot des Einsatzes von Enhancement-Präparaten an Minderjährigen, starke Informationspflichten bezüglich der Erwachsenen. Der Arzt kam dabei erst relativ spät ins Gespräch, was durchaus konsequent ist, weil es sich ja vorrangig nicht um eine ärztliche Behandlung handelt. Andererseits schien es den Verfassern des Memorandums durchaus wünschenswert, dass eine Verschreibungspflicht eingeführt werde und demzufolge der Arzt doch ins Spiel käme. Für ihn bedeutete das allerdings, dass er indikationslose Maßnahmen unterstützen müsste, was zumindest eine starke Informationspflicht bedeutete.² Jedenfalls werden die Mittel nicht zu Lasten der Krankenkasse verschrieben werden dürfen, weil für ihre Anwendung keine Indikation besteht.

Kritik

Das vorgetragene Memorandum stieß auf einhellige Kritik. Zu einer Verteidigung waren nur die Verfasser

bereit. Kritik richtete sich gegen die Zulassung von Enhancement-Präparaten unter unterschiedlichen Gesichtspunkten. Dazu gehört zum einen die Gefahr der Suchtabhängigkeit, andererseits aber auch die Gefahr der Persönlichkeitsveränderung durch die Präparate. Hinzukommen Schwierigkeiten bei der klinischen Forschung. Dass ein sozialer Druck zur Anwendung solcher Präparate entstehen könnte, hatten die Verfasser des Memorandums allerdings bereits selbst vorausgesehen.

Ergebnis

Alles in allem war die Veranstaltung wenig befriedigend und weiterführend. Sie kam über die ersten Gedanken nicht hinaus. Und wenn man ihre Prämisse nicht teilt und zu der Einsicht gelangt, dass der Einsatz indikationsloser, auf den Menschen einwirkender Mittel, nicht unproblematisch ist, wird man Diskussionen in eine ganz andere Richtung führen und doch an Verbote und stärkere Einschränkungen denken müssen. In diesem Bereich ist noch alles offen und feste Konturen sind (vorerst) nicht zu erkennen.

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

¹ Thorsten Galert / Christoph Bublitz/ Isabella Heuser / Reinhard Merkel/ Dimitris Repantis / Bettina Schöne-Seifert / Davinia Talbot, Das optimierte Gehirn, in: Gehirn und Geist, Nr. 11 2009, S. 40 – 48.

² Vgl. dazu Bernd-Rüdiger Kern/Isabell Richter, Haftung für den Erfolgseintritt? Garantierte ärztliche Leistung, in: MedR, Schriftenreihe Medizinrecht; Albrecht Wienke, Wolfram H. Eberbach, Hans-Jürgen Kramer, Kathrin Janke (Hrsg.), Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin, 2009, S. 129 – 144.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzert

Festsaal, Sonntag, 7. März 2010,
11.00 Uhr
Junge Matinee
„... in voller Blüte ...“

Heinrich-Schütz-Konservatorium
Dresden e.V.

Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer Foyer und 4. Etage

Ingo Kraft
Malerei – bis 14. März 2010

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Wieder sehen
Susanne Kiesewetter
Malerei und Grafik
bis 31. März 2010

Unsere Jubilare im März 2010 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.03. Dr. med. Behrendt, Hannelore
09573 Dittmannsdorf
- 01.03. Güthert, Ursula
01640 Coswig
- 03.03. Dipl.-Med. Seipt, Gudrun
09603 Großschirma
- 05.03. Dr. med. Eger, Hannelore
01069 Dresden
- 05.03. Dipl.-Med. Eichelkraut, Gisela
08289 Schneeberg
- 06.03. Ostrzolek-Blinda, Helena
87435 Kempten
- 06.03. Dipl.-Med. Röser, Angelika
04229 Leipzig
- 06.03. Dipl.-Med. Zeilfelder, Petra
09212 Limbach-Oberfrohna
- 08.03. Schmitt, Dierk
04289 Leipzig
- 09.03. Dr. med. Lambert, Adam
08209 Rebesgrün
- 12.03. Dr. med.
Wildenhain, Hannelore
09113 Chemnitz
- 14.03. Dr. med. Bulling, Jürgen
09496 Marienberg
- 16.03. Prof. Dr. med. habil.
Fengler, Hartmut
01326 Dresden
- 17.03. Dr. med. Fabian, Alexander
01829 Stadt Wehlen
- 17.03. Dipl.-Med.
Löbner, Anne-Katrin
09573 Leubsdorf
- 18.03. Dr. med. Walther, Martin
08451 Crimmitschau
- 20.03. Dr. med. Großmann, Birgit
02625 Bautzen
- 20.03. Dipl.-Med. Palussek, Christian
01848 Hohenstein
- 21.03. Dr. med. Krieger, Annemarie
04808 Wurzen
- 22.03. Dr. med. Eismann, Christiane
04129 Leipzig
- 22.03. Dr. med. Jäckel, Dieter
09224 Grüna
- 23.03. Rudolph, Sabine
08132 Mülsen
- 24.03. Dr. med. Ludwig, Arndt
08058 Zwickau
- 27.03. Dr. med. Hirsch, Ursel
01623 Lommatzsch
- 27.03. Dr. med. Stahr, Marion
02827 Görlitz
- 28.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Meister, Eberhard
04155 Leipzig

- 29.03. Dr. med. Zapf, Ilona
09496 Marienberg
- 31.03. Dr. med. Kaltfofen, Gert
09126 Chemnitz

65 Jahre

- 03.03. Dr. med. Müller, Werner
04680 Colditz
- 04.03. Dr. med. Lobodasch, Kurt
09117 Chemnitz
- 05.03. Prof. Dr. med. habil.
Adam, Horst
04158 Leipzig
- 05.03. Feseler, Gabriele
04178 Leipzig
- 07.03. Rebentrost, Elisabeth
04316 Leipzig
- 08.03. Dr. med. Krüger, Rotraut
01217 Dresden
- 11.03. Dipl.-Med.
Hellmich-Beutnagel, Roswitha
01069 Dresden
- 11.03. Dr. med. Mehlhorn, Vera
04860 Torgau
- 11.03. Dr. med. Volkmar, Walter
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 12.03. Dr. med. Weiner, Manfred
02953 Bad Muskau
- 13.03. Pohle, Gudrun
02730 Ebersbach
- 14.03. Prof. Dr. med. habil.
Glander, Hans-Jürgen
04158 Leipzig
- 15.03. Dr. med. Held, Stefanie
01259 Dresden
- 18.03. Prof. Dr. med. habil.
Schorcht, Johannes
01069 Dresden
- 19.03. Möller, Birgit
09114 Chemnitz
- 21.03. Prof. Dr. med. habil.
Klemm, Eckart
01156 Dresden-Ockerwitz
- 21.03. Kühnel, Dorothee
04463 Großpösna
- 21.03. Dr. med. Schmidt, Christine
01665 Klipphausen
- 27.03. Dr. med. Werner, Klaus
02625 Bautzen
- 28.03. Gerber, Brigitte
01217 Dresden
- 70 Jahre**
- 01.03. Dettke, Christa
02625 Bautzen
- 02.03. Dr. med. Gamaleja, Barbara
01187 Dresden
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.
Hunecke, Ingrid
04299 Leipzig
- 02.03. Sachse, Ingrid
04277 Leipzig
- 03.03. Hofmann, Günter
04808 Wurzen

- 04.03. Dr. med. Bartsch, Dagmar
09221 Neukirchen
- 04.03. Dr. med. Scheufler, Dieter
01465 Langebrück
- 05.03. Dr. med. Schindler, Benno
01833 Stolpen
- 06.03. Prof. Dr. med. habil.
Dietrich, Heinz
01326 Dresden
- 07.03. Dr. med. Anderson, Uta
01445 Radebeul
- 07.03. Hepburn, Ute
02796 Kurort Jonsdorf
- 07.03. Dr. med. Kögel, Manfred
09127 Chemnitz
- 08.03. Dietz, Christa
09380 Thalheim
- 08.03. Dr. med. Küsel, Brigitte
08228 Rodewisch
- 08.03. Dr. med. Radke, Ingrid
08321 Zschorlau
- 10.03. Dr. med. Haase, Günter
09557 Flöha
- 11.03. Dr. med. Burck, Gerlinde
01277 Dresden
- 15.03. Jochmann, Wolfgang
02991 Torno
- 15.03. Dr. med. Umbreit, Brigitte
01187 Dresden
- 16.03. Dr. med. Barta, Bernd
09380 Thalheim
- 17.03. Groß, Helga
08115 Lichtentanne
- 17.03. Dr. med. Schröfel, Hannelore
01587 Riesa
- 18.03. Dr. med. Dr. med. dent
Bocher, Rolf
04158 Leipzig
- 18.03. Hille, Horst
08606 Oelsnitz
- 18.03. Dr. med. Uhlemann, Bernd
01445 Radebeul
- 19.03. Dr. med. Mitbrodt, Klaus-Dieter
09119 Chemnitz
- 20.03. Dr. med. Rex, Anneliese
01640 Coswig
- 20.03. Dr. med.
von Kirchbach, Hans-Jörg
08228 Rodewisch
- 21.03. Dr. med. Richter, Ilse
04668 Grimma
- 23.03. Hesse, Marie-Luise
09405 Zschopau
- 23.03. Dr. med. Pöhlant, Klaus
04207 Leipzig
- 23.03. Dr. med. Weise, Hannelore
04509 Delitzsch
- 24.03. Dr. med. Oettler, Heide
01877 Bischofswerda
- 24.03. Doz. Dr. med. habil.
Schönfelder, Jost
04319 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Donaubauer, Bernd
04758 Oschatz

- 25.03. Dr. med. Lutterberg, Hansjörg
09488 Thermalbad Wiesenbad
- 26.03. Dr. med. Gruner, Barbara
09212 Limbach-Oberfrohna
- 27.03. Dr. med. Büchner, Edda
01069 Dresden
- 28.03. Dr. med. Berndt, Ingrid
04680 Zschadraß
- 29.03. Dr. med.
Hausdorf, Ernst-Dietmar
01917 Kamenz
- 30.03. Dr. med. Adrian, Barbara
01445 Radebeul
- 30.03. Dr. med. Brendel, Sabine
04720 Döbeln
- 30.03. Dr. med. Haustein, Brunhilde
04416 Markkleeberg
- 30.03. Dr. med. Hönicke-Wieden, Inge
01237 Dresden
- 31.03. Dr. med. Fuchs, Edith
01187 Dresden
- 31.03. Dr. med. Sauerzapfe, Dietrich
04769 Mügeln
- 31.03. Dr. med. Thomas, Gisela
09127 Chemnitz
- 75 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Neytschew, Ingrid
04155 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Grimm, Isolde
01689 Weinböhla
- 03.03. Dr. med. Steeg, Hans-Wilhelm
08301 Schlema
- 04.03. Dr. med. Busse, Renate
08393 Meerane
- 05.03. Dr. med. Behrendt, Gisela
04299 Leipzig
- 08.03. Piechnik, Horst
04838 Naundorf
- 09.03. Prof. Dr. med. habil.
Furter, Hans
04347 Leipzig
- 10.03. Dr. med.
Schumann, Hannelore
04229 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Lill, Sieglinde
09111 Chemnitz
- 12.03. Dr. med. Simon, Hans Dieter
01109 Dresden
- 16.03. Dr. med. Dieck, Georg
04109 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Weller, Günther
08228 Rodewisch
- 18.03. Dr. med. Haße, Manfred
02730 Ebersbach
- 20.03. Dr. med. Bosch, Dietmar
01259 Dresden
- 21.03. Dr. med. Pachmann, Peter
09120 Chemnitz
- 22.03. Dr. med. habil.
Vetter, Joachim
09366 Stollberg
- 23.03. Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried
08525 Plauen
- 25.03. Dr. med. Paulick, Ingrid
02977 Hoyerswerda
- 25.03. Dr. med. Zumpe, Eberhard
01458 Ottendorf-Okrilla
- 27.03. Dr. med. Kiene, Ingeborg
04416 Markkleeberg
- 27.03. Dr. med. Schinko, Hildegard
08066 Zwickau
- 29.03. Dr. med.
Buschbacher, Richard
09111 Chemnitz
- 29.03. Doz. Dr. med. habil.
Fötzsch, Rolf
01768 Reinhardtsgrμμα/
Glashütte
- 80 Jahre**
- 09.03. Dr. med. Weinhold, Dieter
04178 Leipzig
- 81 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.
Weise, Klaus
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
- 07.03. Dr. med.
Rausch, Hans-Günther
04207 Leipzig
- 10.03. Dr. med. Wintzer, Horst
09131 Chemnitz
- 14.03. Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
- 22.03. Dr. med. Rotzsch, Rosemarie
04416 Markkleeberg
- 24.03. Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte
04103 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Waltherr, Johanna
08209 Auerbach
- 29.03. Hahn, Isolde
04129 Leipzig
- 82 Jahre**
- 02.03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med. Tscharnke, Gudrun
01069 Dresden
- 83 Jahre**
- 13.03. Dr. med. Wildemann, Lucie
04158 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Patzelt, Friedrich
04318 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Philippson, Ursula
04299 Leipzig
- 19.03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
- 29.03. Dr. med. Braun, Günter
08359 Breitenbrunn
- 84 Jahre**
- 28.03. Dr. med. Albert, Karl
08228 Rodewisch
- 85 Jahre**
- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden
- 86 Jahre**
- 09.03. Dr. med. Liebert, Helga
04451 Borsdorf OT Panitzsch
- 17.03. Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
- 24.03. Prof. Dr. med. habil.
Pfeiffer, Joachim
04155 Leipzig
- 27.03. Eisner, Ingeborg
04103 Leipzig
- 87 Jahre**
- 08.03. Dr. med. Viertel, Johanna
09484 Oberwiesenthal
- 88 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Eichfeld, Werner
04277 Leipzig
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Rösner, Klaus
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppach, Harry
04229 Leipzig
- 89 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.
Aresin, Lykke
04299 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg
- 92 Jahre**
- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
- 15.03. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden
- 31.03. Dr. sc. med.
Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick
- 94 Jahre**
- 27.03. Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig

Nuckelflaschenkaries

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/09, S. 580-3

Werte Frau Kollegin Langhans, zunächst möchte ich mich für den Artikel bedanken, der die Problematik sehr gut darstellt. Meines Erachtens wäre er es wert, auch im „Deutschen Ärzteblatt“ abgedruckt zu werden.

Ich vermisse allerdings die wichtigste Forderung, die sich aus dem Dargestellten zwangsläufig ergibt: Die Forderung nach einem Verbot mit Zucker – künstlich über den natürlichen Gehalt der Ausgangsstoffe hinaus – angereicherte Nahrungsmittel oder Getränke als für Säuglinge und Kleinkinder geeignet in den Handel zu bringen! Der Zuckerzusatz ist nicht nur schädlich, er ist vor allem auch vollständig verzichtbar.

Daneben gehört natürlich die Verpflichtung, dass alle Hersteller von „Schnullerflaschen“ ausdrücklich darauf hinweisen, dass diese nicht für den Dauergebrauch und erst recht nicht als Nucki-Ersatz bestimmt sind. Der neue Vorsorgepass und der Vorschlag einer freiwilligen zusätzlichen zahnärztlichen Untersuchung ist zwar sicher gut gemeint. Die besonders betroffenen Familien mit dem berüchtigten „niedrigen sozioökonomischen Status“, die bereits Mühe

haben, die „U“-Untersuchungen wahrzunehmen, wird man damit nicht erreichen. Diese werden auch weiterhin die Getränke mit dem lächelnden Baby-respektive Kinderge-sicht kaufen, ohne einen Blick auf die Inhaltsstoffe zu werfen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Thomas Werlich, Neumark

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Werlich, das schlimmste, was einem Autor passieren kann – er erhält keine Resonanz auf seinen Artikel. Deshalb habe ich mich sehr gefreut, dass Sie sich die Zeit genommen haben, sowohl meine Ausführungen zu lesen als auch in einen Dialog einzutreten.

Ihre kritischen Anmerkungen teile ich uneingeschränkt! Man müsste das Übel an der Wurzel packen können. Diese Idee hatten Kollegen von Ihnen auch schon. Nur ist es in der Demokratie, in der wir zurzeit leben, kurzfristig nicht möglich, Dinge zu verbieten, von deren schädlichen Auswirkungen wir beide überzeugt sind.

Ich hatte während einer Podiumsdiskussion die Gelegenheit Herrn Dr. Thomas de Maiziere, dem derzeitigen Innenminister der Bundesrepublik Deutschland, meine Forderung nach Verbot der Nuckelflaschen aus

Plastik nahezubringen. Antwort: Dies ist nicht möglich, da es einen Eingriff in das Europäische Wettbewerbsrecht darstellt.

Mit Ihrer berechtigten Forderung nach einem Verbot der Zuckeranreicherung von Nahrungsmitteln verhält es sich ähnlich. Bereits Anfang der 60-iger Jahre des letzten Jahrhunderts hat ein Kollege von Ihnen, der Internist Dr. med. M. O. Bruker versucht, in die Tat umzusetzen, was Sie fordern. In seinem Buch „Unsere Nahrung unser Schicksal“ ist ein ganzes Kapitel den Auswirkungen des Fabrikzuckerkonsums auf den menschlichen Körper gewidmet. Die sogenannte „Zuckermafia“ hat in der Folge gegen den Kollegen prozessiert!

Laut statistischem Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer gibt es in der Bundesrepublik Deutschland 35.000 Zahnärzte und 20.000 Zahnärztinnen.

Zu wenige, um Gehör zu finden. Der Artikel einer Zahnärztin in einem regionalen Ärzteblatt könnte doch ein Anfang sein. Ein Anfang, um ins Gespräch zu kommen, um uns zu verbünden gegen eine übermächtige Nahrungsmittelindustrie, die nur ein Ziel kennt – Profit!

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Stom. Iris Langhans
Vorstandsmitglied der
Landeszahnärztekammer Sachsen

Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie

1889 bis 2009, Albrecht Scholz, Karl Holubar, Günter Burg (Hrsg.), Verlag Wiley-Blackwell, Deutsch/Englisch ISBN 978-3-00-026784-0 Preis: 25,00 EUR zzgl. Versand- und Verpackungskosten.

Dieses Werk zur Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie wurde aus Anlass des 120-jährigen Bestehens der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft herausgegeben. Es spiegelt die Entwicklung des Faches, die Bedeutung von Klinik und Forschung der deutschsprachigen Dermatologie in Mitteleuropa

und über dessen Grenzen hinaus, sowie die politischen Ereignisse der vergangenen Zeiten, die auf das Fach Einfluss genommen haben, in einem zweisprachigen Werk umfassend wider. Für den Alten und den Jungen in der internationalen medizinischen Fachwelt und dem Nachwuchs in der Dermatologie ist dieses umfangreiche Buch ein medizinhistorischer Meilenstein.

Aus Anlass des Jubiläums der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wurde der gewichtige Band „Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie“ an die Mitglieder der Gesellschaft überreicht. Unter dem strengen Regiment des Koordinators, Prof. Dr. Harald Gollnick, Magdeburg, und fachkundiger Edition der Prof.

Dr. Albrecht Scholz, Dresden, Prof. Dr. Karl Holubar, Wien, und Prof. Dr. Günter Burg, Zürich, konnte das deutsch-englische Werk entstehen. Der 19. April 1889 kann als Gründungsdatum der DDG gelten. Die ausführliche und durch umfassende Literatur belegte Geschichte des Faches samt seiner Subspezialitäten wie Mykologie und Geschlechtskrankheiten wird in Monografie dargestellt. Ein abschließendes Kapitel widmet sich der engen, fachlichen Beziehungen zwischen Japan und Deutschland.

Bestellung: Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
E-Mail: fg@derma.de

Knut Köhler M.A.

Nachruf für Dr. med. Wolfgang G. Lehmann

**Zum Tod des Arztes und Malers
Wolfgang G. Lehmann
(1935 – 2009)**

Im Jahre 2005 beging Wolfgang G. Lehmann, vielen besser als Dottore bekannt, seinen 70. Geburtstag nach Künstlerart: In der Villa Eschebach, Sitz der Dresdner Volksbank, zeigte er unter dem Motto „Dottore – und kein Ende“ zahlreiche neue Arbeiten. Und buchstäblich vor wenigen Wochen ging in der Leipziger Bezirksstelle der Sächsischen Landesärztekammer eine Dottore-Präsentation zu Ende. Vor kurzem mussten Freunde, Bekannte und Kunstliebhaber auf immer von dem 1935 in Dresden geborenen Mediziner und Maler Abschied nehmen: Am 15. Januar 2010 fand der am 20. Dezember 2009 in Hamburg Verstorbene auf dem Friedhof in Dresden-Loschwitz in der Nachbarschaft vieler seiner Künstlerfreunde die letzte Ruhe.

Wolfgang G. Lehmann, der zwischen 1960 und 1996 als Kinderarzt zunächst in Dresden und ab 1984 in Hamburg tätig war, war eine wirkliche Doppelbegabung. Dottore – den Künstlernamen führte er seit seiner ersten Ausstellung 1973 bei Kühl – konnte sowohl auf ein reiches Leben als Mediziner (er hatte etwa die erste Neugeborenenstation im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt eingerichtet) wie als Künstler zurückblicken. Viele seiner Werke sind, außer in zahlreiche Privatsammlungen, in Museen gelangt, darunter die Kupferstich-Kabinette in Berlin und Dresden, das Wilhelm-Busch-Museum in Hannover, die Kunstsammlungen in Cottbus, Freital, Gotha, Leipzig und Schwerin sowie die Eremitage St. Petersburg.



Bekannt wurde Dottore mit fast skurril anmutenden, feinnervigen Zeichnungen von Köpfen, die einen ihrer Höhepunkte in der Serie „Galerie der Nervenbündel“ aus den 1990er-Jahren fanden. Aber auch alte Kulturlandschaften, etwa die Toskana, die Architektur gotischer Kathedralen, klassische Musik oder innere Gefühlsregungen inspirierten ihn zu seinen mehr oder weniger abstrahierten Bildserien. Ihren spezifischen Ausdruck erlangten sie auch Dank der Nutzung von Lumbalpunktionskanülen und Spritzen für den Auftrag von Tusche und Farben. Zudem schuf Dottore Assemblagen und Skulpturen.

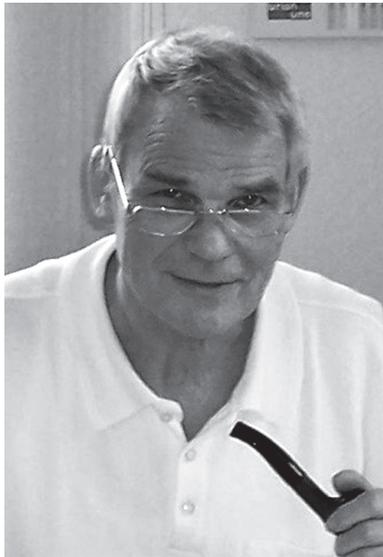
In jungen Jahren hatten ihn Goethezeichnungen sowie Studien in der Dresdner Skulpturensammlung inspiriert. Ab 1955 wurde die Freundschaft mit dem Dresdner Künstler Albert Wigand wichtig. Hingezogen fühlte er sich auch zum Schaffen von

Gerhard Altenbourg und Carl Friedrich Claus. Seit 1969 war er eng mit Hermann Glöckner, dem Dresdner „Patriarchen der Moderne“, befreundet. Alles in allem war dies ein Kreis von „Unabhängigen“, was dem Selbstverständnis Dottores entsprach. Und obwohl er seit 1979 im Künstlerverband war und auch künstlerisch manches erreichte, stieß er zugleich immer mehr an die inneren Grenzen der DDR, verschärft durch auf ihn ausgeübten Druck. So stellte er 1982 einen Ausreiseantrag, der schließlich 1984 genehmigt wurde.

Dankbar dürften sich die hiesigen Kunstfreunde erinnern, dass Dottore nach 1989 für sie schnell wieder präsent war – zuerst in der Ausstellung „Ausgebürgert“, der zahlreiche Personalschauen bis zu jener 2009 in Leipzig folgten.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig



Am 30. Dezember 2009 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit Herr Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt.

Erst am 31. August 2006 verabschiedeten wir Herrn Prof. Dr. Ludwig mit einem wissenschaftlichen Kolloquium zum Thema Pankreas- und Leberchirurgie in den Ruhestand. Unvergessen bleibt der sehr herzliche Abschiedsabend in der Sächsischen Landesärztekammer.

Geboren am 9. August 1941 in Dresden studierte er nach dem Abitur von 1961 bis 1967 an der Medizinischen Fakultät der Palacký-Universität zu Olomouc/CSSR. Er absolvierte seine Facharztausbildung an der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden bis 1972, gefolgt von seiner Promotion 1973 und Habilitation 1983.

Seit 1979 bekleidete er das Amt des Leitenden Oberarztes der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden, seit 1993 der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ der Technischen Universität Dresden, wobei er bis zur Übernahme der Klinik durch Prof. Dr.

med. habil. Hans-Detlev Saeger im Oktober 1993 diese ein Jahr kommissarisch leitete.

1985 wurde er zum Hochschuldozenten für Chirurgie berufen. 1997 erhielt er eine außerordentliche Professur an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden.

In der Funktion eines Hochschullehrers wirkte er von Februar bis August 1986 am Gondar College of Medical Sciences in Äthiopien.

In der schwierigen Zeit der Umstrukturierung der Chirurgischen Klinik übernahm Herr Prof. Dr. Ludwig nach einer 15-monatigen „cheflosen“ Zeit am 15. Februar 1995 die Leitung der neuen Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie. Mit Erfahrung, ruhiger Hand und beeindruckendem Sachverstand entwickelte er in wenigen Jahren die Abteilung zu einer leistungsfähigen und modernen Klinik.

Maßgeblich hat sich Herr Prof. Dr. Ludwig der Chirurgie des Pankreas, des Magens, des Oesophagus und der Behandlung chronisch-entzündlicher Darmkrankheiten gewidmet, ohne die anderen Gebiete zu vernachlässigen. Unter seiner Leitung entwickelte sich die Klinik zum koloproktologischen Zentrum der Region.

Es ist dem Wirken von Herrn Prof. Dr. Ludwig zu verdanken, dass der Name unserer Klinik im gesamten sächsischen Raum und über die Landesgrenzen hinaus bekannt ist. Mit seinem einfühlsamen Wesen und seiner warmherzigen Natur begleitete er erfolgreich seine zahlreichen Patienten durch den manchmal schwierigen Weg der chirurgischen Behandlung.

Von 1996 bis 2001 wirkte er im Vorstand der Sächsischen Chirurgenvereinigung mit, deren Präsident er im Jahre 2000 wurde.

Als Hochschullehrer lag ihm eine fundierte Ausbildung von Studenten und jungen Ärzten besonders am Herzen. So konnten in den elf Jahren seiner Tätigkeit insgesamt 27 Kollegen erfolgreich ihre Facharztprüfung für Chirurgie oder Viszeralchirurgie ablegen. Viele Kollegen konnten mit seiner Hilfe erfolgreich promovieren.

Drei seiner 1. Oberärzte sind zu seiner Zeit Chefärzte in Dresden geworden.

Von 1991 bis 1994 war Herr Prof. Dr. Ludwig Mitglied des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“, von 1995 arbeitete er in der Facharztprüfungskommission für Chirurgie und Viszeralchirurgie der Sächsischen Landesärztekammer und von 1997 bis 2007 war er Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Seine Erfahrung und sein fundiertes Wissen brachte er auch in die Arbeit des Sachverständigenrates der Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer ein, deren Mitglied er von 1997 an war.

Zu seiner wissenschaftlichen Tätigkeit gehört eine Vielzahl von Veröffentlichungen und Vorträgen. 1980 erhielt er den „Maxim-Zetkin-Preis“ der Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR.

Wir erinnern uns gern an seinen Realitätssinn, seine Bodenständigkeit, Offenheit und Kompromisslosigkeit. Er war ein erstklassiger Operateur, ein hervorragender Chef und Hochschullehrer, der uns jahrelang wohlwollend begleitete und mit uns gemeinsam Entscheidungen traf. Herr Prof. Dr. Ludwig hat den Beruf des Chirurgen immer als einen Besonderen angesehen. Er verstand die Ausübung seines Berufes nie als Dienstleistung, sondern als Dienst am Menschen. Eine große Anzahl von ihm gut ausgebildeter Chirurgen sind dankbar, dass er ihnen neben solider fachlicher Qualifikation auch menschliche Werte vermittelt und täglich vorgelebt hat.

Seine Mitarbeiter erinnern sich gern und mit Respekt an die gemeinsame Zeit mit ihm, einem überaus beliebten und geachteten Chef.

Er verstarb mit der Gewissheit, alles was er erreichen wollte, erreicht zu haben. Die Zeit war zu kurz, manches davon zu genießen.

Wir werden Herrn Prof. Dr. Klaus Ludwig stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Dr. med. Mirko Lippmann, Dresden
Dr. med. Gabriele Henke, Dresden

Dr. Margarete Blank

„Es gibt nur einen zuverlässigen Wegweiser im Leben: Unerschütterlich strenge Wahrheitsliebe...“

Vor 65 Jahren, am 8. Februar 1945, wurde die Ärztin Dr. Margarete Blank in Dresden mit dem Fallbeil hingerichtet. Ihrem Lebensmotto, 1941 niedergeschrieben, blieb sie in der ihr eigenen, strengen Konsequenz bis zum letzten Atemzug treu.

Margarete Blank, 1901 in Kiew in einer deutsch-baltischen Familie geboren, studierte von 1921 bis 1927 in Leipzig Medizin. Dem erfolgreichen Abschluss des Studiums schlossen sich – nahezu zeitgleich – erste praktische Jahre vorwiegend als Volontär- und Vertretungsärztin, Doktorandenjahre im Institut für Geschichte der Medizin unter Prof. Henry Ernst Sigerist, ab 1929 der Aufbau einer eigenen Praxis in Panitzsch bei Leipzig und der Bau eines eigenen kleinen Hauses in diesem Ort an.

1932 verteidigte Margarete Blank mit höchstem Erfolg ihre Promotion zu dem Thema: „Eine Krankengeschichte Herman Boerhaaves und ihre Stellung in der Geschichte der Klinik“. Ihr Doktorvater war Prof. Dr. Henry E. Sigerist (1891 bis 1957). Sie war seine letzte Promovendin in Deutschland.

Der Beruf wurde ihr Leben. Ihm ordnete sie alles unter, verzichtete selbst auf die Gründung einer eigenen Familie und folgte später auch nicht dem Angebot Professor Sigerists, sich in dem von ihm von Prof. Welch übernommenen medizinhistorischen Institut an der J. Hopkins-University in Baltimore eine neue, aber sichere berufliche Existenz zu schaffen.

Die Praxis von Dr. Margarete Blank hatte bald einen ausgezeichneten Ruf. Die junge Ärztin hatte sich durch ihre beachtliche fachliche Kompetenz das Vertrauen der Patienten, deren Zahl rasch wuchs, erworben. Sie kamen aus allen sozialen Schichten.

Ab 1933 aber sah sich die Ärztin noch weiteren, ganz anderen Bewährungsproben als „nur“ denen der täglichen Verantwortung ihren Patienten gegenüber ausgesetzt. Es ging zunehmend – und nicht nur für sie – auch um die Frage, was ein Arzt tun kann und was er tun muss, um in seinem freien Beruf und somit doch unabhängig, stets im Sinne seiner Patienten und seines beruflichen Ethos' zu handeln und zugleich in der Gesellschaft „gesellschaftlich“ angesehen zu sein, und was er tun kann, um „unabhängig“ zu bleiben. Margarete Blank versuchte, den täglichen Beweis zu erbringen, dass es durchaus möglich ist, auch unter den veränderten politischen Bedingungen ethisch- moralische Handlungsprinzipien des Humanismus zu bewahren, diese als Arzt auf der Grundlage des hippokratischen Eides umzusetzen und dabei nicht an Ansehen in der „Gesellschaft“ zu verlieren, die gerade einen Wertewandel vollzog.

Margarete Blank war als Humanistin und Christin eine konsequente Gegnerin des ab 1933 staatlich etablierten Nationalsozialismus. Für sie war und blieb die nationalsozialistische Geisteshaltung eine inhumane Lebensphilosophie, eine unannehmbare Lebensauffassung. Diese Ablehnung verdeutlichte sie nicht nur in der beharrlichen Weigerung, der NSDAP und dem nationalsozialistisch orientierten Reichsärztebund beizutreten. Davon wussten „nur“ die Kollegen oder Beamten. Dass sie ebenso beharrlich einfach nur „Guten Tag“ sagte und nicht den sogenannten „Deutschen Gruß“ verwendete – das merkten bald alle im Ort und der Umgebung, und das machte ihre Haltung publik.

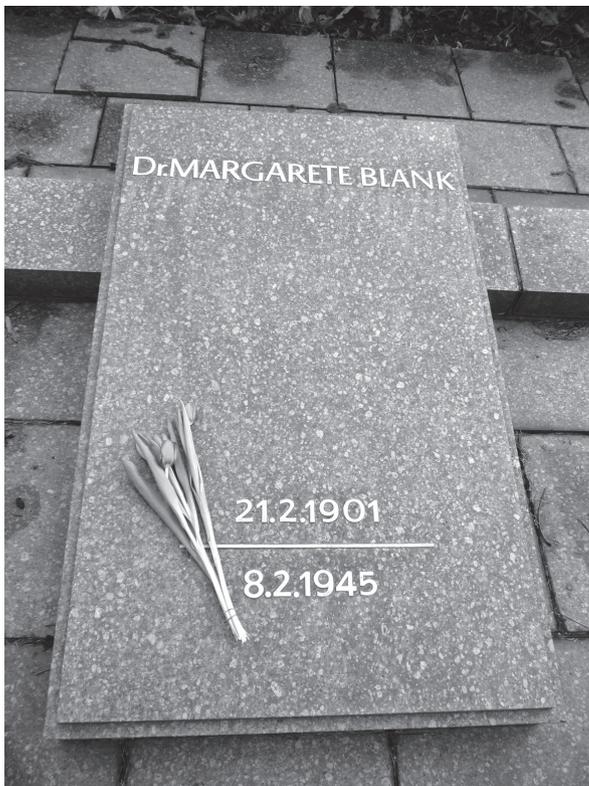
So geriet Dr. Margarete Blank schnell in den Focus der Nationalsozialisten. Ihr wurde im Zuge des Verdachts, zur „jüdischen Konkurrenz“ zu gehören, von der Kassenärztlichen Vereinigung Leipzig am 14. Juli 1933 die Zulassung als Kassenärztin entzogen. Margarete Blank hatte gegen diesen Entscheid erfolgreich protestiert. Er wurde zurückgenommen.



Margarete Blank, um 1925
Fotonachweis: Sächsisches Staatsarchiv Leipzig

Ab 1939 gehörten zunehmend auch Zwangsarbeiter zum Patientenkreis von Dr. med. Blank. Sie ließ diesen in einem beklagenswerten körperlichen Zustand befindlichen Patienten (es waren meist, aber nicht ausschließlich „Ostarbeiter“ und Zwangsarbeiter aus Polen) in ihrer Praxis nicht nur medizinische Behandlung zukommen, sie half auch mit Ersatznahrung, Medikamenten, Verbandsmaterial, ja sogar mit aufgesparten Zuckerrationen. Sie orderte die zusätzlich benötigten Medikamente „für Praxis- und Eigenbedarf“. Diese Hilfe musste die Ärztin aber vorsichtig „dosieren“, wollte sie nicht Patienten und sich selbst in Gefahr bringen. Diese von ihr geleistete medizinische Hilfe über das erlaubte Maß hinaus war eine weitere Dr. Blank eigene Form, sich dem Nationalsozialismus, insbesondere seiner inhumanen Gesundheitsauffassung und seiner Auffassung von „Über-“ und „Untermenschen“ zu widersetzen.

Dr. med. Margarete Blank gehörte keiner Partei, keiner Widerstandsgruppe an, ihr Widerstand gegen das Naziregime war eher ein „stilller“ – aber wirkungsvoll und ohne jegliche Kompromisse. Ihre Haltung widerspiegelte ganz einfach die Bedeutung, die sie dem ärztlichen Ethos als Kernpunkt ärztlichen Tuns zumaß.



Grabstätte von Dr. Margarete Blank auf dem Südfriedhof in Leipzig, Foto: A. Lorz

Ihre Beweggründe, solcherart Widerstand zu leisten, waren komplex. Sie erwachsen bei Margarete vor allem aus ihren sittlich-ethischen, aber auch aus ihren religiösen Lebens- und Glaubenswerten. „Es gibt nur einen zuverlässigen Wegweiser im Leben: Unerschütterlich strenge Wahrheitsliebe. Es gibt nur einen Genuss: Das seelische Gleichgewicht; nur eine Freude: Die Schönheit der Natur.“ Dieses Credo lebte sie..

Und so war es „nur noch“ eine Frage kurzer Zeit, dass selbst solche Gegner des politischen Systems, wie es eben auch Dr. Blank war, in die Fänge der politisch Mächtigen gerieten. Das bedeutete für sehr viele den Tod.

Dr. Margarete Blank sollte ihre „unerschütterlich strenge Wahrheitsliebe“ und Aufrichtigkeit gegenüber der Frau eines Berufskollegen zum Verhängnis werden, das von der Ärztin mit der Ehefrau jenes Kollegen unter vier Augen geführte Gespräch das Todesurteil bringen.

Nachdem Erika B. ihren Mann, einen Arzt, der sich damals an der Ostfront befand, in einem Brief über ein mit Dr. Margarete Blank geführtes priva-

tes Gespräch informiert hatte, hielt der es für unerlässlich, die „entsprechenden Dienststellen“ von den „defätistischen Äußerungen“ Dr. Blanks zu informieren. Dies tat der Arzt gelegentlich seines Urlaubes im Mai 1944. Er zeigte seine Berufskollegin, die seine Kinder erfolgreich behandelt hatte, beim Ortsgruppenführer der NSDAP in Borsdorf an, der wiederum sofort bei der Gestapo in Leipzig Meldung erstattete. Es war übrigens nicht selten, dass selbst familiäre Informationen solche Wege gingen.

Am 13. Juli erschienen Gestapobeamte in Dr. Blanks Praxis, und nur die Tatsache, dass die Ärztin an Diphtherie erkrankte Patienten behandelte, ließen sie noch von deren Festnahme dort absehen, bestellten sie jedoch „in die Dienststelle“. Am 14. Juli 1944 erfolgte dann die Verhaftung, das hieß: Von dem ersten Verhör in der Leipziger Gestapo-Zentrale, Abt. II, Auenstraße 14, zu dem sie befohlen wurde, kehrte Dr. Blank nicht mehr nach Panitzsch zurück.

Am 18. Juli informierte die Gestapo den Vorsitzenden der Reichsärztekammer Leipzig, Dr. Hartmann, telefonisch darüber, dass die „Vorgenannte am 14. 7. 1944 wegen Wehrkraftzersetzung pp. festgenommen [wurde]. Da mit ihrer Freilassung in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist, bitte ich dafür Sorge zu tragen, dass die Praxis der Beschuldigten andererseits ärztlich versorgt wird.“

Margarete Blank, die sich von Anfang der Prozessführung an mit der Bitte um Unterstützung in ihrer Angelegenheit, sowohl in ihren Bemühungen, wieder freizukommen, als auch später in der Angelegenheit ihrer Praxis an die Reichsärztekammer, hier in Person von Dr. Hartmann, gewandt hatte, stieß nur auf taube Ohren. In einer Antwort, die Dr. Hartmann an Margarete Blank in die Untersuchungshaftanstalt Moltkestraße richtete, hieß es lapidar: „Eine Unterstützung Ihrer Haftentlassung liegt nicht innerhalb meiner Zuständigkeiten.“

Margarete Blank wurde im Oktober nach Dresden überstellt und und ihr „Fall“ vor dem 6. Senat des Volksgerichtshofes verhandelt. Am 15. De-

zember 1944 wurde die Ärztin Dr. med. Margarete Blank wegen Wehrkraftzersetzung zum Tode und dauerndem Verlust der Ehrenrechte verurteilt.

Margarete Blank kostete somit die Denunziation durch den Berufskollegen das Leben. Ihre nicht von „Untermenschentum“, sondern von Humanismus geprägte Sicht auf die Menschen, in diesem konkreten Fall auf „die Russen“, war für jenen Arzt Grund genug, sie anzuzeigen.

Drei Abschiedsbriefe von Margarete Blank sind nachweisbar. Sie richtete in den letzten Stunden ihres Lebens kurze Briefe an den Bruder, an ihre Sprechstundenhilfe, Schwester Ursel Rost und – an den Vorsitzen der Reichsärztekammer Bezirksstelle Leipzig, Dr. med. Hartmann.

Aus diesem im Wortsinn letzten Brief ihres Lebens wird ersichtlich, dass Margarete Blank die Hoffnung nicht aufgab, dass ihr von ihren Berufsgenossen wenigstens nach ihrem Tod noch Gerechtigkeit zuteil werde. Und das, obwohl sie, daran sei gerade an dieser Stelle nochmals erinnert, von ihm zur Kenntnis nehmen musste, dass er sich für „eine Unterstützung Ihrer Haftentlassung“ nicht zuständig fühle.

Sie sah es wohl als eine letzte, moralische Obliegenheit, ihm dennoch für alles zu danken und bat nochmals:

„....

Verehrter Herr Doctor!

Es ist mir noch eine kurze Stunde vergönnt, um von denen Abschied zu nehmen, denen ich etwas verdanke.

Nehmen Sie bitte an erster Stelle meinen Dank für alle berufliche Bemühungen und Unterstützung entgegen. Grüßen Sie bitte die Kollegen, welche Anteil an meinem Schicksal nehmen konnten und sorgen Sie bitte vor allem dafür, dass meine Ehre, trotz all der tragischen Verwicklungen, in vollem Umfang wieder hergestellt wird.

Unterstützen Sie bitte die Abwicklung des Geschäftlichen, so dass nicht der Makel einer Nachlässigkeit an mir haften bleibt. Es liegen noch

paar kleine Verpflichtungen vor, über die meine Schwester unterrichtet ist. Auf eine sonnigere Zukunft für die Überlebenden!

In Treue

(Unterschr.) Dr. Blank

Margarete Blank ging am 8. Februar 1945 nicht ohne gewünschten vorherigen seelsorgerischen Beistand zur Hinrichtungsstätte und erwartete gefasst den Tod.

Der Oberstaatsanwalt teilte einen Tag später dem Reichsminister der Justiz in Berlin mit:

„Betrifft: Vollstreckung des Todesurteils gegen Margarete Blank [...].

Ich zeige an, daß die Verurteilte Margarete Blank

am 8. Februar 1945, abends 18.02 Minuten in einem umschlossenen Hofe des Landgerichtsgebäudes am Münchner Platz hingerichtet worden ist. Der Vorgang hat 20 Sekunden in Anspruch genommen. Zwischenfälle haben sich nicht ereignet.

Der Inhalt des Wiederaufnahmeantrages hat mir keine Veranlassung gegeben, die Hinrichtung aufzuschieben ...

Nach bisherigem Kenntnisstand ist dem letzten Wunsch von Dr. med. Margarete Blank, ihre berufliche Ehre in vollem Umfang wieder herzustellen, noch nicht entsprochen worden. Gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer wird versucht, diese ihre letzte Bitte nach 65 Jahren doch noch zu erfüllen. Eine Wiederzuerkennung der Approbation wäre mehr als nur ein symbolischer Akt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

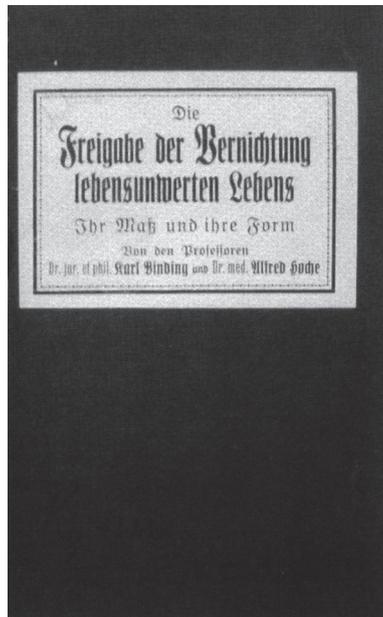
Dr. Andrea Lorz

Berkaer Weg 10, 04207 Leipzig

NS-Euthanasie in Böhmen und Mähren

Bei der Erforschung der NS-„Euthanasie“ im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren bestehen nach wie vor Forschungslücken. Bis heute sind die Schicksale nur weniger Opfer bekannt. Seit mehreren Jahren arbeiten deshalb der Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim (Republik Österreich), die Stiftung Sächsische Gedenkstätten (Bundesrepublik Deutschland), das Institut für Zeitgeschichte der Akademie der Wissenschaften der Tschechischen Republik und die Gedenkstätte Terezín – Museum des Ghettos (Tschechische Republik) zusammen, um diese Lücken zu schließen.

Neueste Forschungserkenntnisse werden nun in einer Wanderausstellung, die in Tschechien, Deutschland, und Österreich gezeigt wird, einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Das Hauptaugenmerk der Ausstellung liegt dabei auf der Darstellung der administrativen Vorbereitung und der konkreten Durchführung der NS-Euthanasie im Reichsgau Sudetenland und im Protektorat Böhmen und Mähren. Insbesondere wird auf die ärztlichen Wegbereiter der Euthanasie, wie zum Beispiel Alfred Hoche, und den Mitgestalter der Euthanasie-Aktion „T4“, Prof. Dr. med. Paul Nitsche, hingewiesen. Der sächsische Anstaltsdirektor Prof. Nitsche war



Karl Binding, Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Leipzig 1920

einer der führenden „Euthanasie-Gutachter“ und stellvertretender Medizinischer Leiter der Euthanasie-Aktion „T4“. Weitere Fakten in der Ausstellung belegen die aktive Unterstützung der Euthanasie Verbrechen im Nationalsozialismus durch Ärzte. Zugleich werden aber auch Mediziner vorgestellt, die mit ihren Mitteln versucht haben die Krankenmorde zu verhindern.

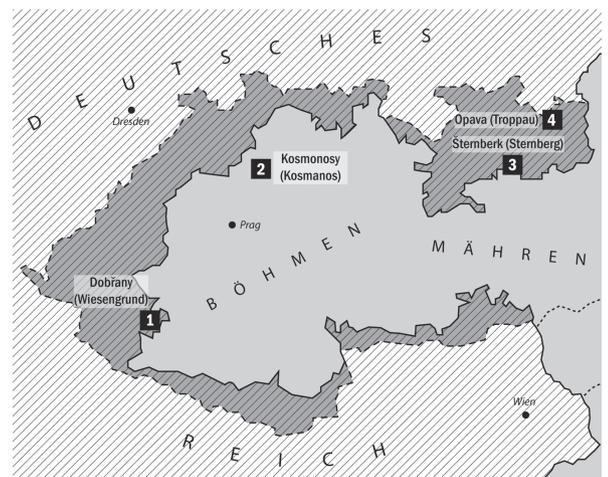
Die Ausstellung ist vom 27. Januar bis zum 31. März 2010 in der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein zu sehen. Sie wurde mit Mitteln der Europäischen Union, des National-

fonds der Republik Österreich, der Bundesrepublik Deutschland, des Freistaates Sachsen und der Tschechischen Republik realisiert.

Zur Ausstellung erschien ein dreisprachiger Katalog mit dem Titel Lebensunwert – NS-„Euthanasie“ im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren 1939-1945. In diesem wird die Organisation und die Struktur der NS-Euthanasieaktion „T4“ auch anhand von böhmischen und tschechischen Einzelschicksalen dargestellt.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Böhmen und Mähren – in die Aktion T4 einbezogene Anstalten:

1. Wiesengrund/Dobřany
2. Kosmanos/Kosmonosy
3. Sternberg/Šternberk
4. Troppau/Opava