

Editorial	Ärztliche Kollegialität und Sektorengrenzen	452
Berufspolitik	Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen	453
	Zusammenarbeit mit Österreich	460
	Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte	463
	Mediziner-Studentenrallye	464
	Ärzte für Sachsen on Tour	465
	Fachkräftemangel im Gesundheitswesen	466
	Qualität von Arztbewertungsportalen	467
Gesundheitspolitik	Zur Problematik der Umsetzung von Gesundheitszielen	468
Amtliche Bekanntmachungen	Änderungen in der Apothekenbetriebsordnung	471
Ausschuss Senioren	17. Landesseniorenausfahrt	472
Aus den Kreisärztekammern	KÄK Meißen neu gewählt	473
	Ambulante Ethikberatung	473
	Schätze der Sophienkirche	473
	Medizin im Himalaya	473
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	477
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	474
Originalie	Das Lipödem	475
Leserbriefe	Dr. med. Horst Schyra	478
Verschiedenes	Informationsseminar Gesundheitssystem	478
	Informationsflyer zu Borreliose	479
	Fortbildung zu Lyme-Borreliose	479
	Studienabgänger 1963 der Universität Leipzig	479
	Abgeschlossene Habilitationen III. Quartal 2012	480
	Goldene Promotionsfeier für Mediziner in Leipzig	481
	Zwei Männer zum Thema Kinderwunsch	481
Personalia	Jubilare im Dezember 2012	482
	Nachruf für Dr. med. Gottfried Lindemann	484
Kunst und Kultur	Ausstellung: Jürgen Schieferdecker	485
	15 Jahre Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	485
Insekt des Jahres 2012	Der Hirschkäfer	486
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2013	



Zusammenarbeit mit Österreich
Seite 460



Ärzte für Sachsen on Tour
Seite 465



Das Lipödem
Seite 476



Der Hirschkäfer
Seite 486

Titelbild: Mediziner-Studentenrallye, Foto: © SLAEK

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: redaktion@slaek.de,
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Ärztliche Kollegialität und Sektorengrenzen



Dr. med. Rainer Kobes

© SLÄK

Es stellt sich mir immer wieder die Frage, ob ärztliche Kollegialität an die Grenzen der Sektoren gebunden ist. Bejahen muss ich dies leider besonders dann, wenn ich ökonomische Interessen, Neid oder gewisse Formen von egozentrischer Omnipotenz verspüre.

Was aber ist unsere eigentliche Aufgabe als Arzt?

In der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer steht im 1. Absatz des § 1: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Dieser Satz sagt ungemein viel über den ethisch-moralischen Aspekt einer Berufung. Denn als etwas Anderes kann man das Arzt-Sein nicht verstehen.

Hand auf's Herz: wer hat diese unsere Berufsordnung schon einmal genau gelesen oder sich sogar zu

Eigen gemacht? Wird sie an den Universitäten gelehrt? Und dabei sprechen wir von dem Grundgesetz ärztlichen Handelns, und bereits die ersten Sätze reflektieren klare Regeln eines berufswürdigen Verhaltens.

Daran wird man sich messen lassen müssen und Verstöße werden geahndet.

Jeder ärztliche Kollege hat seinen Werdegang in einer Klinik begonnen. Bereits hier besteht die Möglichkeit und Notwendigkeit, ihm Grundsätze des ärztlichen Miteinanders zu vermitteln. Dies ist eine Herausforderung an den oder die Weiterbildungsbeauftragten, sich dieser Aufgabe in einer Vorbildwirkung zu stellen. Als Kliniker hat man deshalb eine besondere Verantwortung und sollte sich diese bereits bei der Antragstellung auf Weiterbildungsermächtigung vor Augen halten, die eben nicht nur der „Rekrutierung“ von ärztlichem Nachwuchs dient. Ich selbst hatte die Ehre und Chance, in meiner Weiterbildung zum Facharzt menschlich hervorragenden Vorbildern zu begegnen, stellvertretend soll mein langjähriger Chefarzt Dr. med. Werner Tomesch genannt werden, der sich mir als Inbegriff eines Humanmediziners im besten fachlichen und ethischen Sinne darstellt. Nicht zuletzt deswegen fällt es mir leicht, die in der Berufsordnung genannte Wahrung der Ehre meines Berufsstandes und die Achtung meinen Lehrern und Kollegen gegenüber anzunehmen.

Unsere Aufgabe, für den Patienten da zu sein, ihm zu „dienen“, wird erst dann evident, wenn man den Menschen als Ganzes, sein Leid im Kontext und sein Dasein nicht-sektoral betrachtet. Gilt ihm meine Aufmerksamkeit in erster Linie, dann ergibt sich Humanmedizin automatisch. Ich diene dann zugleich der Gesellschaft mehr als mit überwiegend finanziellen Erwägungen, seien

sie zentralistisch-sektoral oder individuell geprägt. Dabei ist mir sehr wohl klar, dass wir Ärzte auch nur Menschen sind, die täglichen Entscheidungen unterliegen, die den Blick auf das Wesentliche, den uns anvertrauten Patienten, verlieren lassen können. Solche Entscheidungen sind an den Sektorengrenzen eben fremdbestimmt wie „ambulant vor stationär“, Forderungen von Krankenkassen und MDK, Budgetdenken etc.

Dass dabei – ich will nicht sagen bewusst – die Einigkeit der Ärzteschaft und ihre Kollegialität gespalten wird, sollten wir beachten.

Was aus den daraus erwachsenden Kommunikationsstörungen resultiert sind Vertrauensverlust des sehr sensiblen Patienten zum Schaden unseres Ansehens und der Gesellschaft, ist deren Einholen von Zweitmeinungen als Misstrauensvotum, sind Doppeluntersuchungen, Arzthaftungsprozesse und Kostenverschiebungen. Was also ist zu tun? Glücklicherweise gibt es sehr viele positive Beispiele dafür.

Wir Ärzte müssen wieder authentisch werden, die Anonymität überwinden, miteinander über Sektorengrenzen hinweg reden, Netzwerke bilden, die den Patienten auffangen, ihm dienen, statt ihn als Verdienstquelle zu betrachten. Die ärztliche Kollegialität hat das Lösungspotenzial, uns aus der ökonomisch-sektoralen Klemme zu befreien und zugleich in unseren Forderungen für das Wohl der uns anvertrauten Menschen einig aufzutreten.

Der Patient gehört niemandem, auch keinem Sektor, und keiner hat das Recht auf Omnipotenz im Umgang mit ihm.

Dr. med. Rainer Kobes
Vorstandsmitglied

Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Kooperationsveranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer mit der Dresden International University (DIU)

Im Bezug auf die aktuellen Debatten um den Personalbedarf im ärztlichen Bereich und in anderen medizinischen Fachbereichen werden zahlreiche Maßnahmen zur Eindämmung des Mangels propagiert. Einen zentralen Teil nehmen dabei Diskussionen um Delegation und Substitution ein, die nicht nur den ärztlichen Bereich umfassen. Delegation, aber auch versteckte Substitution, ist bereits präsent. Darüber hinaus finden diese Prinzipien auch in Assistenzberufen (Pflege) zunehmend Anwendung. Die Diskussion, was überhaupt aus ärztlicher Sicht delegierbar ist und welche Leistungen originär ärztliche Aufgaben bleiben,



Prof. Dr. rer. pol. Hans Wiesmeth © SLÄK

ist nicht abgeschlossen. Das Thema hat medizinische, medizinrechtliche, berufspolitische und ökonomische Relevanz. Es fehlen klare rechtliche Vorgaben und Regelungen. Deshalb war das Ziel der Kooperationsveranstaltung eine Standortbestimmung zur Thematik sowie das Aufzeigen und die Analyse von Problemen und Unsicherheiten bei Akteuren im Gesundheitswesen. Die Veranstaltung am 5. Oktober 2012 unter der Leitung des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, und dem Präsidenten

der DUI, Prof. Dr. rer. pol. Hans Wiesmeth, gab eine aktuelle Übersicht zu Delegation und Substitution aus juristischer und ärztlicher Sicht sowie zu Haftungsfragen in der Pflege.

Aktueller gesundheitspolitischer Stand

Dr. med. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages



Dr. med. Bernhard Rochell © SLÄK

Der Arztberuf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf (§ 1 der (Muster-)Berufsordnung). Die Weisungsunabhängigkeit von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen ist das Spezifische am Arztberuf. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patienten. Der Beruf des Arztes als freier Beruf ist daher kein Selbstzweck. Er geht eine Garantienpflicht ein, inklusive einer haftungsrechtlichen Verant-

wortung. Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.

Wesensmerkmal der ärztlichen Profession als freier Beruf ist ein hohes Maß an sozialetischer Verantwortung gegenüber dem Einzelnen, der Allgemeinheit sowie unserer Gesellschaft. Bei der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit ist das persönliche Element von besonderer Bedeutung. Die persönliche Leistungserbringung prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt.

Zu den höchstpersönlichen Leistungen des Arztes zählen Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss (zum Beispiel Anamnese, Indikations- und Diagnosestellung).

Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und verantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

Bei den delegierbaren Leistungen werden die Art und der Umfang unterschieden je nachdem, wer mit welchem Qualifikationshintergrund sowie Erfahrungswissen die Leistung im Delegationsprinzip erbringen darf. Leistungen können sowohl an andere Ärztinnen und Ärzte als auch an andere Gesundheitsberufe und angelernte Kräfte delegiert werden. In jedem Fall handelt es sich bei einer Delegation nach diesen Vorgaben um Leistungen, die dem Arzt deshalb als eigene Leistungen zugerechnet werden, weil er sie anordnen und überwachen muss und weil er dafür die volle Verantwortung und Haftung trägt. In diesem Zusammenhang wird auf die gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenze der Delegation ärztlicher Leistung“ (2008) für weitergehende Informationen hingewiesen.

Die Art und Weise der persönlichen Leistungserbringung ist im stetigen Wandel. Zum einen führt der technische Fortschritt zu Neuerungen in der Berufsausübung. Zum anderen bedingt der Fachkräftemangel, der sich seit einigen Jahren in der Ärzteschaft abzeichnet, dass Aspekte der Delegation und Substitution bei der ärztlichen Leistungserbringung immer wieder neu erörtert und bisherige Praktiken hinterfragt werden. Letztlich muss bei all diesen Überlegungen immer beachtet werden, dass Patientinnen und Patienten gemäß Rechtsprechung einen Anspruch auf ärztliche Leistung auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes haben (Facharztstandard).

Die Bundesärztekammer befürwortet daher die arztunterstützende und arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe. Im Hinblick auf die Patientensicherheit, das Haftungsrisiko und die Sicherung des Facharztstandards lehnt die Bundesärztekammer eine Übertragung von Heilkunde an andere Gesundheitsberufe (Substitution von ärztlicher Tätigkeit) ab.

Um die Delegation weiterzuentwickeln, beschäftigten sich die Ärzte-

kammern fortwährend mit dem Thema. Für die Weiterentwicklung der Delegationsmöglichkeiten wurde daher in den letzten Jahren von der Bundesärztekammer eine Vielzahl an spezialisierten Curricula für Medizinische Fachangestellte (MFA) entwickelt. Seit dem Jahr 2009 hat auch der Gesetzgeber die Delegation besonders gefördert. Durch § 87 Abs. 2b SGB V können in der hausärztlichen Versorgung ärztlich angeordnete Hilfeleistungen vergütet werden, die an andere Personen delegiert werden und in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden.

Weiterhin hat das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz festgelegt, dass von KBV und GKV-Spitzenverband bis zum 30. Juli 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft festzulegen ist, bei welchen Tätigkeiten „andere Personen“ ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen dabei zu stellen sind (§ 28 Abs. 1 SGB V). Die Erstellung einer exemplarischen oder gar abschließenden Auflistung delegierbarer ärztlicher Leistungen wird von der Bundesärztekammer, die bei dieser Festlegung zu beteiligen ist, problematisch bewertet. Nach Auffassung der Bundesärztekammer darf eine Leistungsdelegation an nichtärztliche Mitarbeiter weder pauschal noch allein leistungsbezogen erfolgen. Sie muss vielmehr in jedem Einzelfall weitere Kriterien verantwortungsvoll berücksichtigen:

- Die sich beim Patienten individuell ergebende Indikationsstellung und dabei zu berücksichtigende Einflussfaktoren wie zum Beispiel weitere Erkrankungen oder ob es sich um bereits bekannte oder neu auftretende Beschwerden handelt.
- Die berufsgruppenspezifische Qualifikation des mit der Leistung beauftragten nichtärztlichen Mitarbeiters im Allgemeinen und dessen persönliche (Zusatz-) Qualifikationen, Erfahrungen und Fertigkeiten im Besonderen.
- Das Versorgungsumfeld des Patienten bzw. Versicherten.

Die Bundesärztekammer wird ihre Positionen im weiteren Verfahren (eine Vereinbarung gemäß § 28 Abs. 1 SGB V wird auch trotz der gesetzlichen Frist voraussichtlich nicht vor dem Jahr 2013 zu erwarten sein) einbringen.

Weiter hat der Gesetzgeber schon vor einiger Zeit mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz für Krankenkassen ermöglicht, Modellvorhaben durchzuführen, in denen Pflegekräften heilkundliche Tätigkeiten übertragen werden können (§ 63 Abs. 3c SGB V). Der mit der Erstellung beauftragte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat drei Jahre für die Erarbeitung der Richtlinie gebraucht. Gemäß der vorliegenden Richtlinie erhalten Pflegekräfte erweiterte Kompetenzen im Bereich Hypertonie, Demenz, chronische Wundbehandlung, Diabetes mellitus Typ 1 und 2. Die Pflege muss ihre Tätigkeit sowohl fachlich als auch wirtschaftlich und haftungsrechtlich verantworten. Der Arzt stellt die Diagnose und die Indikation. Er entwirft einen Therapieplan, an den sich die Pflegekraft halten muss. Weiter sieht die Richtlinie einen Überweisungsvorbehalt vor: Pflegekräfte können einen Patienten nicht eigenständig an einen weiterbehandelnden Arzt überweisen, sie können lediglich eine Überweisung durch den Arzt veranlassen.

Die G-BA-Richtlinie überträgt zwar begrenzt ärztliche Tätigkeit an Pflegekräfte. Letztendlich konnte aber die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers nicht vollumfänglich umgesetzt werden. Weiterhin bleiben hinsichtlich des Überweisungsvorbehaltes an den Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit sowie hinsichtlich der haftungsrechtlichen Letztverantwortungen noch viele Fragen offen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen wird wegen geänderter Morbidität, medizintechnischem Fortschritt und alternder Gesellschaft immer wichtiger. Die Bundesärztekammer lehnt aber aus den genannten Gründen sowie vor dem Hintergrund eines in den Gesundheitsfachberufen selbst zu

erwartenden gravierenden Nachwuchsmangels die Substitution ärztlicher Tätigkeiten und die Lockerung des Arztvorbehaltes für Diagnostik und Therapie strikt ab. Die Einführung einer neuen Versorgungsebene durch nichtärztliche Gesundheitsberufe oder neue „Arzt-Light-Berufe“ würde eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer überflüssiger Schnittstellen, den Verlust von Informationen und einen potenzierten Bedarf an Koordination bedeuten. Erfolgsversprechender wird dagegen die Forderung arzentlastender und -unterstützender Delegationsmöglichkeiten, der interprofessionellen Kooperation sowie der versorgungssektorenübergreifenden Vernetzung sein.

Projektionsebene Krankenhaus

Dr. med. Rainer Kobes
Pleißental-Klinik GmbH – Krankenhaus Werdau
Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer



Dr. med. Rainer Kobes © SLÄK

Die berufs-, haftungsrechtliche und organisatorische Brisanz liegt in der Abgrenzung zwischen Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeit. Da hierbei die Betrachtungsweisen erheblich divergieren (Betriebswirtschaftler – Einsparungen; Patient – Wartezeit und Risiko; Arzt – Entlastung, aber Haftungsrisiko; Pflege – Aufwertung, zugleich Haftung; Jurist – aktuelle Rechtsgrundlagen) ist eine genaue Analyse der gegenwärtigen fachlich-rechtlichen Grundlagen im Rahmen einer Masterarbeit gemeinsam mit der Fachhochschule

Zwickau durchgeführt worden. Aufgrund der notwendigen Interferenzen wurde die Betreuung durch einen Medizinerjuristen, einen Gesundheitsökonom und einen Arzt vorgenommen.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeit definiert sich durch die Übertragung der Durchführungskompetenz auf nichtärztliches Gesundheitspersonal, wobei die Entscheidungskompetenz und die Haftungsverantwortung beim delegierenden Arzt verbleibt im Gegensatz zur Substitution, wo mit Entscheidungskompetenz auch die Haftung beim Durchführenden liegt und die Aufgabenübertragung unumkehrbar ist. Eine Sonderform der Delegation im Krankenhaus ist die Assistenz, bei der durch die vertikale, hierarchische Einordnung die Kontrollfähigkeit durch den Arzt erhalten bleibt (Vielzahl von Assistenzberufen).

Indikation und Kontrolle obliegen in der Delegation dem Delegierenden. Der Delegationsempfänger hat Remonstrationsrecht und -pflicht, kann und muss die Aufgabe bei mangelnder Qualifikation also ablehnen. Der Krankenhausträger trägt die Organisationsverantwortung, ist aber nicht zu Anweisungen berechtigt, bei Fachincompetenz Aufgaben zu übernehmen.

Aus den Fakten ergibt sich die definitive Ablehnung einer Substitution, da ärztliche Leistungen auch laut SGB V durch den Arzt zu erbringen sind.

Der kleinste gemeinsame Nenner zur Delegation ärztlicher Leistungen, der sich nach Sichtung aktueller Rechtslage ergibt, ist

1. die Erbringung ärztlicher Leistung unter Vermeidung von Patientengefährdung und
2. nur bei entsprechender Qualifikation (Rechtsanspruch des Patienten auf Facharztstandard) des Delegationsempfängers.

Die Entscheidung kann also nicht schematisch, sondern nur individuell erfolgen.

Die Beachtung der Situation geht noch weiter, sie umfasst die ethisch-moralischen Belange der ärztlichen Berufsordnung, die ihresgleichen in

anderen Gesundheitsfachberufen sucht. Eine berufsrechtliche Absicherung des Patienten ist im Rahmen eines freien Berufes unumgänglich (Regeln zur Berufsausübung wie Qualitäts- und Fortbildungspflicht, Patientenschutz, Risiko der Unabhängigkeit von nichtärztlichen, den ärztlichen Aufgaben widersprechenden Vorschriften etc.).

Die übertragbaren Leitungen sind wie folgt zu klassifizieren:

- nicht delegationsfähig,
- im Einzelfall delegationsfähig,
- delegationsfähig.

Das Problem stellt sich im Einzelfall delegationsfähiger Leistungen, die einer bisher ausstehenden und umstrittenen Definition bedürfen.

Weitgehend unstrittige Übertragungen sind Bestückung von Perfusoren, Legen von intravenösen Zugängen, Wundmanagement, OP-Management, Diagnostik- und Therapieplanumsetzung (zeitliche Abfolge, Minderung von Fehlzeiten im Sinne eines Workflow), Umsetzung von Hygiene-richtlinien, Management von Ernährungsrichtlinien, DRG-Abrechnung, Optimierung von Abläufen hinsichtlich der Grenzverweildauer. All das obliegt der Sorgfaltspflicht des Arztes (Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs- und Kontrollpflicht).

Wird also zum Beispiel die Prozessführung im Krankenhaus unter rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt, besteht die Gefahr unzulässiger Indikationsbeeinflussung (aktuelle Anlässe: Mindestmengen, Chefarztzielvereinbarungen, Transplantationen etc.). Ein Krankenhaus ist eben nicht als Fabrik zu verstehen, in der Ärzte Leistungserbringer und Patienten Kunden sind! Deshalb ist der Arztberuf ein freier Beruf und muss es sein (Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer: §2 (3) ... „Inbesondere darf er (der Arzt) nicht das Wohl Dritter über das Wohl der Patienten stellen.“ und (4) Der Arzt darf hin-

sichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nicht-ärzten entgegen nehmen.“

Zusammenfassend lässt sich sagen: Da rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland ebenso wie die Qualifikationsgrundlagen des nichtärztlichen Personals fehlen und auch die Richtlinie des G-BA 2012 keine Sicherheit gebracht hat, soll nunmehr auf der Grundlage des oben genannten kleinsten gemeinsamen Nenners ein Führungsinstrument entwickelt werden, das Patientensicherheit und Qualifikationsgrundlage vereint, um möglichst rechtssicher eine ärztliche Leistung unter Prozessführung durch den delegierenden Arzt übertragen zu können.

Projektionsebene „Ambulante Medizin“

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
© SLÄK

Zum 31.12.2001 arbeiteten in Deutschland ca. 34.500 Kollegen als Allgemeinmediziner. 23.900 davon im Altersbereich über 50 Jahre. Der bekannte Arztmangel wird die Zahl der Berufstätigen in diesem Fachgebiet in Zukunft wohl weiter ausdünnen, da wohl nicht jeder Sitz bei den jetzt herrschenden Arbeitsbedingungen wieder besetzt werden wird. Bezogen auf Sachsen und der hier ansässigen ältesten Bevölkerung Deutschlands mit der höchsten Morbidität heißt das sicher weiter zunehmende Behandlungszahlen und

immer komplexere Patienten mit hohem Betreuungsaufwand.

Gleichzeitig sind Arbeitszeit und Leistungsfähigkeit jedes Arztes durch natürliche Grenzen limitiert. Also Delegation oder gleich Substitution als ultimativer Ausweg? Substitution hieße in letzter Konsequenz auch Abgabe der Letztverantwortung für den Patienten und ist aus hausärztlicher Sicht sicher nicht vermittelbar. Betrachtet man den Mikrokosmos Hausarztpraxis, eröffnen sich jedoch bereits viele delegierte Tätigkeiten. Ob Blutabnahmen, Injektion oder Impfungen – ob Blutdruckkontrollen oder Verbände. Auch Patientenbesuche durch Hilfskräfte sind bereits möglich, wenn auch im begrenzten Rahmen.

Die hausärztliche Praxis ist ohne gut ausgebildete medizinische Fachangestellte schlicht nicht vorstellbar. In der Vergangenheit wurden mit verschiedenen Kursangeboten (AGNES, VERAH) bereits mehrfache Versuche unternommen, durch gezielte Schulungen die Kompetenz der Fachangestellten weiter zu erhöhen. Ziel ist das selbstständigere Absolvieren von Hausbesuchen und damit eine größere Entlastung der Ärzte. Dem ist sicher zuzustimmen. Im Endergebnis steht für die zu betreuenden Patienten somit mehr Zeit zur Verfügung. Können damit Praxen auch weiter wachsen, Fallzahlen sich weiter erhöhen? Das ist natürlich auch möglich, jedoch kommen diesbezüglich auch Zweifel auf. Delegieren um jeden Preis lässt sich nicht mit der de-facto persönlichen Leistungserbringung in Übereinstimmung bringen und kann auch nicht im Sinne des Patienten sein. Jedem Patienten, jeder Patientin sollte gleichermaßen die Chance zum wiederholten ärztlichen Gespräch eingeräumt werden und dies schließt zum Beispiel die Bewohner von Pflegeeinrichtungen und Hausbesuchspatienten explizit mit ein. Natürlich ergeben sich bei genauer Betrachtung delegierungsfähiger Leistungen noch eine Reihe anderer Möglichkeiten. Auch kühnere Gedanken seien erlaubt. Könnte zum Beispiel die Erst-Anamnese oder die

Verlaufsanamnese delegiert werden? Vergleichbar ist diese Situation vielleicht mit der Oberarzt-Visite im Krankenhaus, die eher einem prüfenden und kontrollierenden Zweck dient.

Wie viel Einblick erhält man jedoch im eigenen Erstkontakt zur Persönlichkeit des Patienten, zum individuellen Verlauf und zu Mitursachen? Wie individuell und unverzichtbar sind die Informationen zwischen den Zeilen im persönlichen Gespräch? Die Bewertung dieser eher „weichen“ Informationen bietet weitaus mehr Potenzial als dies durch delegierte Anamneseerhebung möglich zu sein scheint. Im hausärztlichen Bereich schließt sich an die Anamnese häufig nahtlos die beschwerdebezogene körperliche Untersuchung an, die weitere Details zum Verlauf vermittelt und gleichsam einen persönlichen Kontakt zur Patientin und zum Patienten herstellt. Eine Delegation im Einzelfall erscheint vielleicht möglich, eine permanente Delegation schließt sich jedoch hier für mich aus.

Viele denkbare delegierbare Leistungen wurden bereits in verschiedenen Positionspapieren erfasst. Eine vom Gesetzgeber zum 30. Juni 2012 geforderte Liste mit konkreter Überarbeitung und Aktualisierung ist bereits überfällig und steht zum aktuellen Zeitpunkt noch aus. Das Einbringen ambulanter und stationärer Aspekte ärztlicher Arbeit in diese Diskussion ist unumgänglich.

Ist diese künftige Liste nun die Freigabe zur Delegation? Sicher nicht, denn der Letztverantwortliche trägt nicht nur bezeichnenderweise die Gesamtverantwortung. Er kann auch den Umfang und die Personen, an die delegiert wird, herausheben oder eingrenzen. Dies macht dieses Werkzeug wieder individuell.

Es bleibt also weiterhin in unserer Hand, festzulegen, wem wir welche Leistung delegieren. Es sollte aber gleichzeitig auch Ansporn sein, die Medizinischen Fachangestellten der Praxen und deren Stärken möglichst gut zu kennen.

Wir sollten offen mit allen anderen Medizinischen Assistenzberufen die bestmögliche Zusammenarbeit diskutieren. Gepaart mit einer guten Weiterbildung für alle Beteiligten sollte dies die Basis sein, damit sich auch in Zukunft Patienten rundherum gut versorgt fühlen.

Juristische Aspekte der Delegation und Substitution

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht an der Universität Leipzig, Wissenschaftlicher Leiter des Masterprogramms „Medizinrecht“ (DIU)

Durch den Arztvertrag (§§ 611 ff. BGB) wird der Arzt gemäß § 613 S. 1 BGB verpflichtet, die ärztliche Behandlung persönlich zu erbringen. Die persönliche ärztliche Leistungspflicht enthält zugleich das grundsätzliche Verbot der Übertragung von ärztlichen Maßnahmen auf Dritte. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt jeden einzelnen Behandlungsschritt persönlich ausführen muss. Nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V i.V.m. § 15 BMV-Ä umfasst die ärztliche Behandlung auch die Tätigkeiten anderer Personen, die vom Arzt angeordnet sind und seiner Verantwortung unterliegen. § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ spricht gleichfalls von Leistungen, „die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden“. Damit ist klargestellt, dass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringungspflicht nicht bedeutet, dass der Arzt jede Behandlungsmaßnahme auch eigenhändig ausführen muss. Davon zu unterscheiden sind die originären Aufgaben des nichtärztlichen Personals. Übliche Hilfstätigkeiten können selbstverständlich von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden. Insoweit handelt es sich nicht um die Delegation ärztlicher Aufgaben. Der Einsatz nichtärztlicher Hilfspersonen ist darüber hinaus in begrenztem Umfang auch im ärztlichen Aufgabenbereich zulässig, jedoch muss in allen Fällen der Kernbereich des ärztlichen Handelns dem Arzt vorbehalten bleiben (Arztvorbehalt). Hilfspersonen dürfen vom Arzt nur eingeschaltet werden, soweit es sich um



Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern © SLÄK

vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder allenfalls mitwirkende Tätigkeiten zur eigentlichen ärztlichen Leistung handelt.

In der medizinischen Literatur wird immer wieder behauptet, insoweit sei die Rechtslage ungeklärt. Diese Behauptung beruht darauf, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die festlegt, welche Arbeiten vom Arzt selbst durchgeführt werden müssen und welche Aufgaben auf nichtärztliche Heilberufe übertragen werden dürfen. Daraus darf aber nicht der Schluss gezogen werden, dass es eine unklare Rechtslage, eine Grauzone gäbe. Vielmehr greifen die allgemeinen medizinrechtlichen Regeln, die für diese Frage besagen, dass die genannten juristischen Normen durch die medizinische Praxis präzisiert werden, durch die Übung der Ärzte einerseits und ihr folgend durch Leitlinien und Absprachen der Berufsverbände andererseits. Für die Frage der Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben werden drei Fallgruppen unterschieden: nicht delegationsfähige, generell delegationsfähige und im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.

Nicht delegationsfähig sind Tätigkeiten, die wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich zu erbringen sind. Hierzu zählen insbesondere operative Eingriffe, schwierige Injektionen und Infusionen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Aufklärung und Beratung des

Patienten sowie die Indikationsstellung oder die Erarbeitung eines Therapie- oder Operationsplans. Zu den generell delegationsfähigen Leistungen gehören unter anderem: Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände, ebenso radiologische Leistungen. Daneben gibt es Leistungen, die nur im Einzelfall zur Ausführung an nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Injektionen, Infusionen, Blut- und Gewebeentnahmen. Der Arzt darf im Einzelfall qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter mit solchen Tätigkeiten betrauen, sofern sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist. Die Substitution geht über die Delegation von ärztlichen Leistungen auf nichtärztliches Personal weit hinaus. Letztlich handelt es sich um die selbstverantwortliche Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal. Eine Lockerung des Arztmonopols – so sie denn überhaupt wünschenswert ist – setzt jedenfalls erweiterte Kenntnisse und Qualifikationen des nichtärztlichen Personals voraus: „Zu denken ist etwa an eine Fachhochschulausbildung des Praxispersonals oder von Pflegekräften sowie der Gesundheitshandwerke (etwa der Augenoptiker), die dann kraft eigener Qualifikation bislang ärztliche Aufgaben wahrnehmen können.“ Ärztliche Aufgaben könnten in der Folge nicht mehr „bloß“ delegiert werden, sondern wären dem nichtärztlichen Personal originär zugeordnet. Nichtärztliches Personal nähme die ihm so übertragenen Aufgaben dann selbständig und eigenverantwortlich wahr.

Gesetzliche Grundlage für die Einführung der Substitution ist § 63 Abs. 3c SGB V: „Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe

auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen“. Auf der Grundlage dieser Norm wurde die „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ erlassen. Nach § 2 Abs. 2 S. 1 dieser Richtlinie dürfen entsprechend qualifizierte Angehörige der Heilhilfsberufe „selbständig und eigenverantwortlich“ Heilkunde ausüben. Nach Abs. 2 S. 2 übernehmen sie die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung. Demzufolge besteht nach § 2 Abs. 3 keine ärztliche Verantwortlichkeit für die Ausübung der Tätigkeit. Dennoch bleibt es im höchsten Maße fraglich, ob es sich überhaupt um einen Fall echter Substitution handelt. § 3 Abs. 1 sieht nämlich vor, dass die selbständige Ausübung der Heilkunde durch nichtärztliches Personal eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraussetzt. Nach § 2 Abs. 2 S. 3 muss die ärztliche Tätigkeit durch einen Arzt übertragen werden. Nach diesen gesetzlichen Vorgaben handelt es sich also gar nicht um eine selbständige Ausübung der Heilkunde, die auch die Diagnose und Indikationsstellung umfasst. Es entfällt also letztlich nur die ärztliche Aufsicht und Verantwortung für die Therapiedurchführung. Demzufolge ist auch eine Heilpraktikererlaubnis, die das BVerwG für die selbständige Berufsausübung für erforderlich hält, nicht erforderlich. Die Praktikabilität dieser Lösung steht dahin.

Pflegefehler, Haftung und Letztverantwortung

Ursula Laag, M. Sc. Pflegewissenschaft, Diplom-Berufspädagogin, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln
Seit Jahren und insbesondere seit Verabschiedung der Heilkundeübertragungsrichtlinie im Frühjahr 2012 wird intensiv und kontrovers über das Thema der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege diskutiert. Dabei ist die haftungsrechtliche



Ursula Laag

© SLÄK

Letztverantwortung für die originär pflegerischen Aufgaben bislang ebenfalls nicht geklärt. Pflegefehler, Haftung und Letztverantwortung für originär pflegerische Aufgaben sind daher Gegenstand dieses Beitrags.

Pflegefehler

Über die jährliche Anzahl von Pflegefehlern mit haftungsrechtlichen Konsequenzen gibt es keine verbindlichen Angaben. Im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Qualifikationsarbeit wurde aktuell eine erste systematische Annäherung unternommen. Der empirische Teil der Arbeit enthält die Auswertung von zwanzig Expertengesprächen mit Richtern von Landgerichten und Oberlandesgerichten sowie eine Analyse verfügbarer Rechtsprechung zu Pflegefehlern. Auf Grundlage der Ergebnisse kann von einer Anzahl von mehr als 1.000 gerichtlich verhandelten Pflegefehlern im Jahr in Deutschland ausgegangen werden. Eine steigende Tendenz wird sowohl von Richterinnen und Richtern als auch von Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen angenommen. Gegenstände von Pflegehaftungsfällen sind fast durchweg Stürze und Sturzverletzungen sowie die Entstehung von Dekubiti. Vereinzelt werden auch Ernährungsfehler oder allgemein schlechte Pflege mit der Folge von Aufsichtspflichtverletzung oder Verwahrlosung beklagt. Bei all diesen Gegenständen handelt es sich um Bereiche, in denen Pflege eigenständig und eigenverantwortlich agiert. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Untersu-

chung, dass zur gerichtlichen Begutachtung dieser Fälle fast ausschließlich ärztliche Sachverständige herangezogen werden.

Letztverantwortung – Perspektive der Gerichte

Im Rahmen der Expertengespräche wurden in diesem Zusammenhang Grundannahmen der Richter zur pflegerischen Verantwortung deutlich, die vonseiten der Pflege und der Pflegewissenschaft als überholt gelten:

- Pflege im Krankenhaus steht unter ärztlicher Verantwortung. Sie ist Teil der medizinischen Behandlung und findet nebenbei statt.
- Ärzte ordnen pflegerische Maßnahmen an. Dies bezieht sich auch auf die prophylaktischen Maßnahmen.
- Die Bearbeitung von Pflegehaftungsfällen erfordert von den

Gerichten keine spezifische Einarbeitung oder Fachkenntnisse.

- Pflege gehört nicht zu den Heilbehandlungen.

Dahinter verbirgt sich auch die Annahme, dass es – vor allem im Krankenhaus – keinen arztfreien Raum gebe. Damit ist aus der Perspektive der Richter auch die gerichtliche Begutachtung von Pflegefehlern ärztliche Aufgabe. Die Eigenständigkeit von Pflege mit eigenen spezifischen Wissens- und Erfahrungsbeständen ist hier meist nicht bekannt, genauso wenig wie die Existenz von Sachverständigen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft.

Letztverantwortung – Perspektive der Pflege

Im Rahmen der pflegerischen Berufsgesetze KrPflG (Krankenpflegegesetz) und AltPflG (Altenpflegegesetz) sind als eigenverantwortliche Aufgabenbereiche in jeweils vergleichba-

rem Wortlaut die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege auf Basis pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ festgelegt. Die Zuständigkeit des Bundes für beide Berufsgesetze im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zeigt, dass beide Berufe zu den heilkundlichen Berufen gehören. Ausdrücklich wurde dies für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers im Jahr 2002 durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt. Der Pflege steht neben konzeptionellen und methodischen Grundlagen inzwischen ein international umfangreiches evidenzbasiertes Fachwissen zur Verfügung, was in zentralen Bereichen in bisher sieben nationa-

len Expertenstandards aufgearbeitet ist. Diese wurden auf fachwissenschaftlicher Grundlage entwickelt und mit der Praxis konsentiert. Sie haben haftungsrechtliche Relevanz und mit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 sozialrechtliche Verbindlichkeit. In der täglichen Praxis entscheiden Pflegefachkräfte in der Regel selbstständig sowohl über pflegerische Maßnahmen einschließlich der Prophylaxen als auch in Teilen über Maßnahmen der medizinischen Behandlung. Dies bestätigen unter anderem die Ergebnisse der regelmäßigen bundesweiten Befragungen von (leitenden) Pflegefachkräften zur Situation in der Pflege durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln („Pflege-Thermometer“, www.dip.de).

Aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Perspektive ist die Eigenverantwortung der Pflege bezüglich der originär pflegerischen Aufgaben unstreitig. Hier hinken die Einschätzungen der Gerichte der aktuellen Situation noch hinterher. Auch der Diskussion um die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege kann es nur zuträglich sein, die bisherige und zukünftige (auch akademische) Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft einzu- beziehen. Letztendlich müssen empirische Untersuchungen zeigen, inwiefern damit die Versorgungsqualität in festgelegten Bereichen gehalten oder verbessert werden kann.

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

Zusammenarbeit mit Österreich

5-jähriges Bestehens der Vereinbarung zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales

Resümee über die Zusammenarbeit

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

Am 15.10.2007 wurde ein Freundschaftsvertrag zwischen Sachsen und Österreich mit dem Ziel geschlossen, den Austausch von Ärzten beider (Bundes-)Länder zu befördern. Diese Vereinbarung war das Ergebnis einer bereits seit 2004 bestehenden Kooperation zwischen der ärztlichen Selbstverwaltung und den Krankenhausgesellschaften beider Länder. Ausgangspunkte für die ungewöhnliche Kooperation waren 2004 der hohe Ärztebedarf in Sachsen und der Ärzteüberschuss und fehlende Weiterbildungsstellen in Österreich. Fünf Jahre sind seit dem Abschluss des Freundschaftsvertrages vergan-



Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, im Gespräch mit Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (l.) und Erik Bodendieck © SLÄK

gen. Anlass, um ein Resümee zu ziehen. Dazu hatten am 19. 10. 2012 das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer eingeladen.

Die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, Dr. med. univ. Harald Mayer, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausge-

sellschaft Sachsen, Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie Dr. med. Peter Grampp als Vertreter der Weiterbildungsbefugten fanden sich zu einer Podiumsdiskussion, moderiert durch den Vizepräsidenten Erik Bodendieck, zusammen.

Die in Sachsen tätigen österreichischen Ärzte hat der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in diesem Jahr um ihre Meinung gebeten. Der Kammerpräsident wollten wissen, warum die Ärzte aus Öster-

reich nach Sachsen gekommen sind, wie es ihnen hier geht und wo sie sich Unterstützungsbedarf wünschen. Die wenigen Rückmeldungen bestätigen grundsätzlich eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine unproblematische Arbeitsaufnahme in den Kliniken in Sachsen.

Hauptgründe für einen Wechsel nach Sachsen waren (erstaunlicherweise) familiäre Gründe oder eine Weiterbildung. Die Weiterbildung wird als sehr praxisorientiert und positiv eingeschätzt. Schwierigkeiten gibt es in Bezug auf bürokratische Hürden, wie die Anerkennung von Unterlagen, der Anrechnung von Weiterbildungszeiten oder der Berufserlaubnis. Unterstützung seitens der Ärztekammer wünschen sich diese Ärzte vor allem bei E-Learning-Angeboten und bei der Beratung zu Weiter- und Fortbildung.

85 Mediziner aus der Alpenrepublik arbeiten inzwischen im Freistaat. Sie unterstützen die sächsischen Ärzteteams und helfen, den Ärztebedarf zu decken. 27 von ihnen absolvierten bis 2011 in Sachsen ihre Weiterbildung. 11 Ärzte kehrten nach bestandener Prüfung als Fachärzte in ihr Heimatland zurück. Wir haben es also mit einer win-win-Situation zu tun, wie man sie selten findet.

Aber die Zeiten ändern sich. Während wir in Sachsen immer noch einen hohen Ärztebedarf verzeichnen müssen, hat Österreich inzwischen auch nicht mehr zu viele Ärzte, sondern perspektivisch zu wenige.

Wie geht es also weiter? Von sächsischer Seite könnten wir uns die Fort-



Der Vizepräsident Erik Bodendieck bedankt sich bei Dr. med. Harald Meyer, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, für seinen Vortrag © SLÄK

führung und weitere Gestaltung des Freundschaftsvertrages wie folgt vorstellen:

- Die Präsentation des Freistaates Sachsen an den österreichischen Universitätsstandorten in Form von Informationsveranstaltungen.
- Eine Fortführung der jährlichen versorgungs- und gesundheitspolitischen Symposien mit für beide Seiten relevanten Themen.
- Austauschprogramme zwischen österreichischen und sächsischen Kliniken.

Grußwort der Ministerin

Christine Clauß

Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Damen und Herren, herzlich willkommen in unserem Freistaat Sachsen. Herzlich willkommen zu unserem gemeinsamen Jubi-

läum. Seit fünf Jahren heißt es nun bereits: was können wir gemeinsam für unsere Ärzte in Sachsen und Österreich unternehmen? Dafür gleich zu Beginn einen herzlichen Dank an alle, die diese Kooperation ermöglicht haben. In erster Linie auch an Sie, Herr Präsident Dorner. Ohne Sie wäre unsere Kooperation nicht so erfolgreich gewesen. Ihr Engagement, Ihre Zuversicht und Ihre Kraft waren beispielhaft. Dafür meinen Respekt, meine Anerkennung, meinen Dank. Und meine herzlichen Wünsche für Sie in Ihrem neuen Lebensabschnitt. Gleichzeitig übermittle ich die Grüße an den jetzigen Präsidenten, Herrn Dr. Wechselberger.

Meine Damen und Herren, ich selbst war ja nicht von Anfang an dabei, aber ich erinnere mich noch gern an das strahlende Gesicht meiner Vorgängerin, Frau Oberbürger-



Dr. med. univ. Eva Harkam © SLÄK

meisterin Helma Orosz, als Sie mir erzählte, dass Herr Dr. Gschaider – damals als Leiter des internationalen Büros Ihrer Ärztekammer – angefragt hat, ob österreichische Ärzte nach Sachsen kommen dürfen. Aber natürlich dürfen sie! Und so kamen schon bald die ersten Absolventen zu uns. Ganz herzlich begrüße ich deshalb heute auch Sie, meine Damen und Herren aus Österreich, die Ihre Ausbildung bei uns beendet oder Ihre Weiterbildung begonnen haben. Und nun als Facharzt, niedergelassener Arzt oder Angestellter in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten – viele wieder in Österreich, aber einige auch hier bei uns in Sachsen. Die Bilanz, die wir heute ziehen können, ist durchweg positiv: 21 österreichische Ärzte haben ihre Facharztanerkennung erworben, drei weitere Anträge liegen vor und acht Ärzte konnten eine Zusatzbezeichnung erwerben. Insgesamt haben sich 85 Jungmediziner bei uns in der Weiterbildung befunden oder sind gerade noch dabei. Und alle, die zu uns kommen, waren begeistert. Unbürokratisch, patiententnah und effizient organisiert sei die Weiterbildungsstruktur in unseren sächsischen Krankenhäusern. Und auch die sächsischen Krankenhäuser partizipieren von unserer Kooperation. Haben sie doch für meist fünf Jahre gut ausgebildete Mediziner an ihrer Klinik.

Meine Damen und Herren, als wir unsere Zusammenarbeit vor fünf Jahren begonnen haben, standen beide Länder vor einer schwierigen Situation. Wir in Sachsen



Dr. med. univ. Julia Sacher © SLÄK

haben schon die Auswirkungen des demografischen Wandels gespürt und hatten bereits einen partiellen Ärztemangel. Sie in Österreich hatten mehr Absolventen als nachfolgend Weiterbildungsstellen. Was lag da näher, als Ihren Absolventen die freien Stellen in Sachsen anzubieten. Und die Umsetzung dieser Idee war von Erfolg gekrönt. Die jährlichen Symposien und die durchgeführten Jobbörsen haben zusätzlich zu diesem Erfolg beigetragen. Allen, die daran mitgeholfen haben, meinen herzlichen Dank.

Meine Damen und Herren, wir in Sachsen wollen unsere Zusammenarbeit unbedingt weiterführen und auch ausbauen. Wir möchten Synergien nutzen. Denn der unverzügliche Zugang für Ihre Absolventen bleibt weiter bestehen und wir können damit unsere Versorgungsstrukturen zumindest ein Stück stabilisieren. Sie alle kennen die Situation in Sachsen. Wir brauchen Ärzte – vor allem Allgemeinmediziner. Allgemeinmediziner, die bereit sind, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen. Deshalb hat die Kassenärztliche Vereinigung signalisiert, dass auch Praktika in gut gehenden Praxen von Allgemeinmediziner denkbar wären – aber auch die fachärztliche Weiterbildung zum Allgemeinmediziner – dafür ebenfalls Dank. Und wir brauchen gute, motivierte Ärzte in unseren Kliniken. Ich weiß, dass Sie in Österreich mittlerweile vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Deshalb schlage ich Ihnen vor, unsere Zusammenarbeit noch auszuweiten. Nicht nur Medi-

zinabsolventen die Weiterbildung in Sachsen zu ermöglichen. Ich wünsche mir einen intensiven fachlichen Austausch und schlage deshalb einen Austausch über Strategien zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum, Auswirkungen und Lösungsansätze demografischer Effekte auf Versorgungsstrukturen, wie zum Beispiel Telemedizin und Altersmedizin, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und -strukturen vor. Oder warum sollen nicht auch unsere beiden Lehrstühle für Allgemeinmedizin sich intensiver austauschen? Lassen Sie uns als Partner die Herausforderungen annehmen und grenzüberschreitende Lösungen finden. Lassen Sie uns darüber reden, wie wir unsere Vereinbarung weiterhin aktiv gestalten. Ich freue mich darauf und wünsche uns allen Erfolg, weiterhin Gesundheit, eine gelungene Festveranstaltung und einen guten Abend. Herzlichen Dank.

Erfahrungen und Perspektiven des Freundschaftsvertrages zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Land Sachsen

Dr. med. univ. Harald Mayer
Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer

Der Freundschaftsvertrag hat die Migration von Ausbildungsärzten zwischen Österreich und Sachsen wesentlich gefördert: Die Facharztweiterbildung ist dadurch sofort nach dem Studium möglich. Die Ärzte kehren in der Regel nach Österreich zurück, um die Weiterbildung fortzusetzen oder um als Facharzt tätig zu werden. Das Interesse österreichischer Ärzte in Deutschland ärztlich tätig zu sein, ist ungebrochen. 2011 waren 2.363 österreichische Ärzte in Deutschland tätig. Die Österreichische Ärztekammer stellte seit November 2011 221 EU-Konformitätsbescheinigungen für Promovenden für Migration nach Deutschland aus. Ein punktueller Ärztemangel ist bereits jetzt schon in Österreich gegeben, besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Ausbildungsstellen in ruralen

Gebieten sind oft schwer zu besetzen. Die Gemeinden auf dem Land sind oft ohne Allgemeinarztpraxen. Nachbesetzung von Allgemeinarztpraxen ist auch in den Städten schwierig.

2030 werden zwischen 3.270 und 7.650 Ärzte (1.070 bis 2.450 Allgemeinmediziner; 2.200 bis 5.200 Fachärzte) in Österreich fehlen. Der Anteil der Frauen in der Medizin ist auch in Österreich im Steigen begriffen.

Die Österreichische Ärztekammer unterstützt weiterhin:

- den grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch zwischen Institutionen,
- die Migration zur gegenseitigen punktuellen Abdeckung von Mangelsituationen, zum Beispiel

Ausbildung von Mangelfächern im Ausland,

- Messen mit allen österreichischen Krankenhausträgern und deutschen Institutionen.

Die Jungärzte sollen umfassende Informationen über alle Weiterbildungsmöglichkeiten im In- und Ausland erhalten.

Fazit:

Die gute Zusammenarbeit zwischen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer ist konstruktiv und im gegenseitigen Interesse. Die Vereinbarung über die Zusammenar-



Dr. Dorner im Gespräch mit Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
© SLÄK

beit zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz wird fortgeführt.

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

Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte

Unter dem Titel „Putting the language skills of healthcare professionals under the spotlight“ fand am 3. Oktober 2012 im Europäischen Parlament in Brüssel ein Seminar mit ausgewählten Organisationen des europäischen Gesundheitswesens statt. Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, war als Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer und des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“

zu der Veranstaltung eingeladen. Er sprach dort zu den sächsischen Erfahrungen mit ausländischen Ärzten und zur Bedeutung der Sprache in der Medizin. Im Zentrum seines Vortrages standen vor allem die sprachlichen Anforderungen, die formal bei der Zulassung als Arzt in Sachsen gestellt werden. Aber auch Erfahrungen aus der beruflichen Praxis und mögliche künftige Anforderungen an eine optimale Integration ausländischer Ärzte bildeten den Bestandteil seines Vortrages. Zugleich wies er auf Verständnispro-

bleme hin, die zwischen einem ausländischen Arzt, seinen Kollegen oder einem Patienten entstehen können.

Er empfiehlt ausländischen Ärzten in Deutschland berufsbegleitende weiterführende Sprachkurse, damit eine umfängliche Anamnese und eine rechtlich einwandfreie medizinische Aufklärung eines Patienten und der kollegiale fachliche Austausch gewährleistet sind.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Mediziner- Studentenrallye

Die Sächsische Landesärztekammer beteiligte sich zum vierten Mal an der Mediziner-Studentenrallye, die pünktlich zum Semesterbeginn am 2. Oktober 2012 stattfand. Die Rallye, in Form einer Schnitzeljagd, schickte die Erstsemestler einmal quer durch Dresden. Auf diese Weise bekamen sie einen breiten Überblick von der Stadt, in der sie vermutlich mindestens die nächsten fünf Jahre ihres Lebens verbringen werden. Die einzelnen Stationen deckten wichtige Institutionen sowie auch kulturelle Sehenswürdigkeiten für die Studenten ab.

In der Sächsischen Landesärztekammer wurde das Vorwissen der zukünftigen Ärzte getestet: Das Blutdruck messen meisterten fast alle Studenten einwandfrei. Die Landesärztekammer nutzte die Gelegenheit, sich den Studenten vorzustellen und außerdem über das für die Studenten relevante Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ zu informieren. Dieses Netzwerk ist nicht nur Ansprechpartner für Studenten, sondern es informiert auch über aktuelle Fördermöglichkeiten für Ärzte, veranstaltet Informationstage für interessierte Schüler und klärt über Maßnahmen bezüglich des aktuellen Themas Arztbedarf auf.

Im Gespräch mit den Studenten über Fördermöglichkeiten während des Studiums wurde auch Interessantes



Viktoria Felgel-Farnholz aus Österreich
© SLÄK



Medizinstudenten beim Blutdruck messen

© SLÄK

über die Beweggründe zum Studium in Dresden berichtet.

Für Matthias Rottmann aus Westfalen zum Beispiel stand schon lange fest, dass er den Beruf des Arztes ergreifen wollte.

Seine Noten ließen dies aber zunächst nicht zu, weshalb er ein anderes Studium absolvierte. Nebenbei engagierte er sich aber bereits beim Deutschen Roten Kreuz, machte einen Erste-Hilfe-Kurs und arbeitete als Rettungssanitäter. Durch die Möglichkeit der Zweitstudium-Bewerbung in Dresden verschlug es Matthias dann hierher. Darüber ist er sehr glücklich, denn für ihn hat Dresden nicht nur eine hervorragende Universität zu bieten, sondern auch ein studentisches

Nachtleben und eine außergewöhnliche Architektur.

Von noch weiter weg kommt Viktoria Felgel-Farnholz. Sie zieht es von Österreich nach Dresden. Durch den Beruf ihrer Eltern, die beide Allgemeinmediziner sind, ist sie schon früh in ihrer Entscheidung auch Ärztin zu werden, sicher. Nach ihrem Abitur hat sie sich für den Naturschutz in Südamerika eingesetzt und hat bereits bei Hilfsprojekten in Afrika mitgewirkt. Ihr Traum ist es, einmal international tätig zu sein, wofür Medizin ihrer Meinung nach die besten Voraussetzungen liefert. Für viele Studenten war Dresden als Exzellenz-Universität die erste Wahl. Aber auch der Charme des „Elbflorenz“ lockte sie aus vielen Teilen Deutschlands und dem Ausland an die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.



Matthias Rottmann aus Westfalen
© SLÄK

Die Sächsische Landesärztekammer wünscht den Studenten alles Gute für ihr Studium und neben einer lehrreichen auch eine besonders abwechslungsreiche und spannende Zeit in der Landeshauptstadt.

Liesa Huppertz
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärzte für Sachsen on Tour

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“, dessen Koordinierungsstelle bei der Sächsischen Landesärztekammer angebunden ist, setzt es sich seit 2009 zum Ziel, Ärzte für Sachsen zu begeistern. Mit diesem Anliegen war das Netzwerk am 13. Oktober 2012 unterwegs in Ostsachsen. Gemeinsam mit zehn Medizinstudenten der höheren Semester ging es zu zwei Kliniken und einer Hausarztpraxis in der Lausitzer Region. Vor Ort sprachen die Studierenden und PJ-ler mit Ärzten und Klinikvertretern über künftige Arbeitsbereiche außerhalb der universitären Zentren und erfuhren mehr über die lebenswerten Rahmenbedingungen einer Tätigkeit in der ländlichen Region.

An der ersten Station – dem Städtischen Klinikum Görlitz – berichtete der ärztliche Direktor, Dr. med. Eric Hempel, über sein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und die angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten. Auf dem Rundgang durch die Klinik erfuhren die künftigen Ärzte im Gespräch mit Dr. Hempel viel über die besonderen Arbeitsbedingungen in seiner Heimatregion. Gefragt waren neben den langjährigen Erfahrungen aus dem Berufsalltag auch Informationen zur strukturierten Weiterbildung Allgemeinmedizin. Dr. Hempel begrüßte das neue Projekt von „Ärzte für Sachsen“ und sieht darin „einen ausgesprochen sinnvollen Beitrag zur rechtzeitigen Vermittlung lebensrelevanter Informationen für den zukünftigen Arztberuf.“

Bevor die Teilnehmer der Tour in Berthelsdorf die Hausarztpraxis von Frau Ute Taube besuchten, hatten sie bei einem Imbiss in der Herrnhuter Sterne Manufaktur Gelegenheit, mehr über die Unterstützungsmöglichkeiten in der Region zu erfahren. Hierfür waren Frau Janet Jähne, Bürgermeisterin von Berthelsdorf, und Frau Dr. Dorit Schmidt vom Regionalmanagement Kottmar angereist, um zu Förderprogrammen für die Niederlassung und zu den familienfreundlichen Lebensbedingungen vor Ort zu informieren.



Dr. med. Eric Hempel (r.) informiert zu Weiterbildungsmöglichkeiten am Städtischen Klinikum Görlitz © SLÄK

In der Praxis der Allgemeinmedizinerin Frau Taube gab es einen breiten Einblick in die Arbeit als niedergelassener Arzt. Die Studierenden interessierten sich für das Arbeitspensum, den Patientenumfang und die Bereitschaftsdienste von Frau Taube. Diese

freute sich, auch über das besondere Arzt-Patient-Verhältnis einer Tätigkeit im ländlichen Raum berichten zu können.

Die letzte Station bildete das Krankenhaus Bautzen der Oberlausitz-Kliniken gGmbH. Der Geschäftsfüh-

rer Reiner E. Rogowski nahm gemeinsam mit Chefarzt Dr. med. Frank Weder und Chefarzt Dr. med. Ulf Winkler die Gelegenheit wahr, sein Haus und die Weiterbildungsmöglichkeiten vorzustellen. Dabei wurde viel über familienfreundliche Arbeitsbedingungen und die umfassende Modernisierung des Krankenhauses gesprochen. Wie das Städtische Klinikum Görlitz ist auch die Bautzener Klinik Lehrkrankenhaus der TU Dresden. Dr. Winkler, der auch PJ-Beauftragter am Haus ist, konnte so die Tourteilnehmer, welche das Praktische Jahr noch vor sich haben, zu Arbeitsbereichen und Verdienstmöglichkeiten im PJ informieren.

Die Veranstaltung kam sowohl bei den Studierenden als auch bei den Ärzten und Klinikvertretern sehr gut an. Die Förderung des persönlichen Kontakts zwischen Medizinernachwuchs und möglichen künftigen



Frau Ute Taube (li.) berichtet vom Berufsalltag als Hausärztin

© SLÄK

Arbeitgebern wird auch weiter ein wichtiger Bestandteil der Netzwerkarbeit von „Ärzte für Sachsen“ sein. Für das nächste Jahr sind deshalb bereits zwei weitere Touren ange-

dacht. Dann geht es in den westsächsischen Raum.

Martin Kandzia B.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Bis 2020 fehlen 33.000 ärztliche Vollzeitstellen

Dass die Ärzteversorgung im ländlichen Raum knapp wird, davon wurde in letzter Zeit viel in den Medien berichtet. Nun hat eine Studie „112 – und keiner hilft“ der Unternehmensberatung PricewaterhouseCoopers in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR den Mangel an Ärzten in der Zukunft bestätigt. Um die heute gewohnte Versorgungsqualität aufrecht zu halten, werden laut dieser Studie bis 2020 rund 33.000 Vollzeitstellen in ärztlichen Berufen fehlen, 2030 werden es sogar rund 76.000 Stellen sein. Besonders negativ ist die Entwicklung in der fachärztlichen Versorgung, zum Beispiel im Bereich

HNO und Augenheilkunde. Nimmt die Arbeitsbelastung für die Ärzte bei sinkender Arztlzahl nicht deutlich ab, so kann es im Jahr 2020 bis zu über 54.000 unbesetzten Arztstellen und im Jahr 2030 zu über 106.000 offenen Stellen kommen. Besonders bemerkbar macht sich der Mangel im Bereich der Allgemeinmedizin, wo rund ein Drittel der Stellen unbesetzt bliebe.

Der Grund für den drohenden Ärztemangel ist in den Folgen des demografischen Wandels zu suchen. Durch die stetige Alterung der Gesellschaft nimmt die Versorgungsnachfrage zu, gleichzeitig nimmt aber die Absolventenzahl im Gesundheitswesen ab dem Jahr 2020 gravierend ab und die Renteneintritte nehmen deutlich zu.

Besonders stark werden die Bundesländer Brandenburg und Rheinland-Pfalz vom Ärztemangel getroffen

werden. Dort werden im Jahr 2030 jeweils rund 28 Prozent der nachgefragten Stellen im Gesundheits- und Pflegewesen nicht adäquat besetzt werden können.

Einen weiteren Grund für den Ärztemangel sieht die WifOR darin, dass knapp ein Drittel der ausgebildeten Fachkräfte in Deutschland nicht im erlernten Beruf tätig sind.

Um dem Mangel effektiv entgegenzuwirken, ist es laut der Studie unerlässlich, die Arbeitsbedingungen für die Ärzte zu erleichtern und sie zum Beispiel durch Bürokratieabbau zu entlasten. Auch eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch die Abkehr von starren Arbeitszeitmodellen sei besonders wichtig.

Liesja Huppertz
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Qualität von Arztbewertungsportalen

Arztbewertungsportale im Internet haben in den letzten Jahren stark zugenommen – sowohl die Anzahl der Portale, als auch deren Nutzer. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragten deshalb im Dezember 2009 das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine Prüfung für solche Portale einzurichten. Ziel war, die Qualität der Arztbewertungsportale systematisch zu untersuchen und zu vergleichen, damit Patienten eine bessere Orientierung bekommen und Ärzte vor unzulässigen Bewertungen geschützt werden. Dies Bewertungsverfahren wurde in diesem Jahr wiederholt.

Grundlage der aktuellen Bewertung ist der Kriterienkatalog „Gute Praxis Bewertungsportale“. Zu den darin enthaltenen 42 Qualitätskriterien für Arztbewertungsportale gehören rechtliche Vorgaben, Datenschutz, Transparenz, Finanzierung, Schutz vor Missbrauch, gegen Schmähkritik und Täuschungsmanöver, die Überprüfung von Bewertungen sowie auch die Nutzerfreundlichkeit.

Der aktuellen Bewertung wurden zwölf Portale unterzogen. Die Ergebnisse von neun Portalen wurden im Internet veröffentlicht. Danach haben die Portale, von denen die Ergebnisse veröffentlicht werden konnten, alle mehr als die Hälfte der Qualitätskriterien erfüllt.

Im Vergleich zum Jahr 2010 zeigte sich, dass die Portale inzwischen mehr Qualitätsanforderungen erreichen, als noch vor zwei Jahren. Damit haben sowohl der Kriterienkatalog als auch das erste Prüfverfahren die Portallandschaft zum Nutzen der Patienten verändert und das Bewusstsein für Transparenz gestärkt.

Dennoch bleiben Wünsche offen: So war nur bei einem Portal eine bestimmte Mindestanzahl von Bewertungen notwendig, bevor diese veröffentlicht werden. Hier stellt sich die Frage nach dem Nutzen einer solchen Bewertung für den Patienten, der auf der Suche nach einem Arzt ist. Und die meisten kommerzi-

Arztbewertungsportal	Qualitätskriterien erfüllt zu	Hinweise zur Verbesserung
Arzt-Auskunft.de	83%	Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, Mindestanzahl an Bewertungen
Die Arztempfehlung.com	76%	Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, redaktionelle Kontrolle der Freitexte, Mindestanzahl von Arztempfehlungen, Hinweis auf „Premium-Einträge“
DocInsider.de	62%	Transparenz, Hinweis auf „Premium-Einträge“, Datenschutz, Widerspruchsmöglichkeit für Ärzte, Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, Trennung von Werbung und Inhalt, Aktualität der Arzteinträge
Esando.de	Hat einer Veröffentlichung derzeit nicht zugestimmt.	
Imedo.de	81%	Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, ausführlichere Darstellung des Prüfungsverfahrens, Hinweis auf „Premium-Einträge“
Jameda.de	83%	Datenschutz, Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, Barrierefreiheit, Widerspruchsmöglichkeit für Ärzte, redaktionelle Überprüfung der Freitextfelder, Mindestanzahl an Bewertungen
Med.de	Derzeit in Überarbeitung.	
Medführer.de	Hat einer Veröffentlichung derzeit nicht zugestimmt.	
Sanego.de	74%	z. B. Trennung von Werbung und Inhalt, Information von Ärzten über die Aufnahme in das Verzeichnis, Widerspruchsmöglichkeit für Ärzte gegen die Aufnahme in das Verzeichnis, Darlegung von Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation,
Topmedic.de	70%	Transparenz, notwendige Mindestanzahl an Bewertungen, Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, Hinweis auf „Premium-Einträge“
vdek-Arztlotse.de	79%	Transparenz, Datenschutz, Mindestanzahl an Bewertungen, Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation, Vorgehen gegen Verdachtsfälle
Weißer Liste-Ärzte/ AOK-Arztnavigator/ Barmer GEK Arztnavi/ TK-Ärzteführer	85%	z. B. Aktualität der Arzteinträge, Information von Ärzten über die Aufnahme in das Verzeichnis, Widerspruchsmöglichkeit für Ärzte gegen die Aufnahme in das Verzeichnis, Darstellung des Bewertungsverlaufs

ellen Portale bieten Ärzten zudem sogenannte Premiueinträge an, also bezahlte Einträge, die besonders attraktiv aussehen und die in den Trefferlisten meist ganz oben angezeigt werden. Das führt zu einer Verzerrung, denn Nutzer werden so eher auf bezahlte Einträge als auf

gut bewertete Ärzte aufmerksam gemacht.

Die Ergebnisse sind unter www.arztbewertungsportale.de abrufbar.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Umsetzung von Gesundheitszielen

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“ (Kästner)

Einleitung

Gesundheitsziele stellen ein über 17 Jahre altes komplementäres Steuerungsinstrument der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik dar. Basierend auf dem WHO-Konzept „Gesundheit für Alle“ streben sie mehr Chancengerechtigkeit, Solidarität zwischen den Generationen, sektorale Verzahnung und Integration, Prävention sowie Bürgerbeteiligung bei der Lösung gesundheits- und sozialpolitischer Fragen an. Weiterhin stehen sie für ein planvolles, zielorientiertes, transparentes und langfristig angelegtes gesundheitspolitisches Handeln. Gesundheitsziele stehen in der Regel unter der Leitung der für Gesundheit zuständigen Behörde und werden in enger Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren erarbeitet. Während die Entwicklung von Gesundheitszielen mittlerweile gut systematisiert und etabliert ist, existiert für die Umsetzung von Gesundheitszielen bis heute kein überzeugendes Konzept. Konzeptionell orientiert sich die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen an der Methode der offenen Koordination. Nach der Verabschiedung von Zielen (Stufe 1), werden Indikatoren festgelegt, auf deren Grundlage man die Zielerreichung messen will (Stufe 2). Danach werden Aktionspläne zur Umsetzung der vereinbarten Ziele erarbeitet und implementiert (Stufe 3) und der Erfolg der Umsetzung auf der Basis der in Stufe 2 ausgewählten Indikatoren überprüft (Stufe 4). In der Regel kommt der Prozess bereits ab Stufe 2 ins Stocken.

Der folgende Beitrag möchte auf Probleme und Risiken hinweisen, die sich im Rahmen der Umsetzung von Gesundheitszielen nahezu zwangsläufig ergeben, wenn nicht entsprechende Verantwortlichkeiten festgelegt und Regulierungsmechanismen vereinbart werden. Zur Erläuterung

der Problematik wird zum einen der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Umsetzung des neu entwickelten nationalen Gesundheitsziele „Gesund älter werden“ kommentiert und in den Kontext der knapp 4-jährigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“ gestellt. Zum anderen wird eine Befragung von leitenden Akteuren mit Erfahrungen im Sächsischen Gesundheitszieleprozess zu den Stärken, Schwächen, Risiken und Chancen von Gesundheitszielprozessen vorgestellt.

Sachsen war das erste deutsche Bundesland, welches ein Gesundheitsziel zum Alter(n) entwickelte (Bundesgesundheitsbl 2009; 52:764-774). Wir berichteten bereits 2009 darüber (Ärztblatt Sachsen 2009; 11: 565-67).

Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Der Ausschuss „gesundheitsziele.de“, das höchste Gremium für die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele, beschloss im Jahre 2008 die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels zum Alter(n). Die Anlage des Gesundheitsziels sollte umfassend sein und alle gesundheitspolitisch relevanten Handlungsfelder für ältere Menschen berücksichtigen.

Das Gesundheitsziel wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, bestehend aus 31 Vertretern der Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft, in einem dreijährigen Zeitraum (September 2009 bis März 2012) entwickelt. Als Titel des Ziels wählte man „Gesund älter werden“. Damit wollte man zum Ausdruck bringen, dass „Gesund älter werden“ eine lebenslange Aufgabe und der Gesundheitszustand eines älteren Menschen auch das Ergebnis seiner gesamten Lebensgeschichte darstellt. Gleichwohl einigte man sich aus pragmatischen Überlegungen auf eine Eingrenzung des Gesundheitsziels auf ältere Menschen ab 65 Jahre.

Ausgehend von den Erfahrungen aus der Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“,

Altenberichten der Bundesregierung, einem von der Arbeitsgruppe entwickelten Leitbild zur „Gesundheit im Alter“ sowie drei Handlungsfeldern wurden 13 Ziele, 106 Teilziele sowie 221 Maßnahmenvorschläge zur Zielerreichung formuliert. Von den Maßnahmenvorschlägen wurden 11 prioritäre Interventionen (sogenannte „Startermaßnahmen“) ausgewählt, mit der die Umsetzung des Gesundheitsziels beginnen soll. Die Handlungsfelder, aus denen die Ziele entwickelt wurden, waren „Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten“ (Handlungsfeld 1), „medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung“ (Handlungsfeld 2), sowie „besondere Herausforderungen“ (Handlungsfeld 3). Im Handlungsfeld 3 wurde speziell die Situation älterer Menschen mit Behinderungen, psychischen Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Weiterhin wurden von der Arbeitsgruppe potenzielle Adressaten für die Umsetzung der Maßnahmenvorschläge benannt. Der Gesamtbericht ist unter www.gesundheitsziele.de abrufbar.

Das Gesundheitsziel wurde Anfang April 2012 vom Bundesgesundheitsministerium der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der GMK-Beschluss der Länder zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Ende Juni 2012 würdigte die 85. Gesundheitsministerkonferenz der Länder das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ einstimmig mit einem Beschluss zu deren Umsetzung (http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_85&id=85_09.01). Darin bitten die Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit das selbstverwaltete Gesundheitswesen und die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften, das Gesundheitsziel verstärkt in ihre konzeptionellen Überlegungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung älterer Menschen einzubeziehen und als Handlungsgrundlage für ihre Maßnahmen

zu machen. Weiterhin sehen sie in dem umfassend beschriebenen Gesundheitskonzept eine wichtige Grundlage für ihre eigenen Zielprozesse und prioritären politischen Handlungsfelder.

Kommentar des GMK-Beschlusses

Kenner von Gesundheitszielen wissen, dass die Umsetzung von Gesundheitszielen eine wesentlich größere Herausforderung darstellt als ihre Entwicklung. Nach den Erfahrungen aus dem sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern“ lässt sich die Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitszielen, wenn überhaupt, nur sehr bedingt an das selbstverwaltete Gesundheitswesen oder die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften „delegieren“, wie es der GMK-Beschluss nahelegt. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Viele Zielstellungen, insbesondere jene, die das Alter(n) betreffen, sind komplex und sektorenübergreifend und somit nur bedingt passfähig mit den spezifischen Aufgabebereichen einzelner Selbstverwaltungsorgane. Wenn die Umsetzung eines komplexen Gesundheitsziels überhaupt ermöglicht werden soll, bedarf es als Mindestvoraussetzung einer staatlichen Steuerung bzw. Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessensvertretern. Davon ist aber im GMK-Beschluss keine Rede. Dass Gesundheitsziele per definitionem eigentlich „actions of government“ sind (Bundesgesundheitsbl. 2003; 46:105-108), wurde bei der Beschlussfassung schlichtweg übersehen.

In Sachsen wurden unmittelbar nach Verabschiedung des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ sieben Arbeitsgruppen zur Implementierung prioritärer Ziele gebildet. Diese Arbeitsgruppen haben vor allem die Aufgabe, Fördermittel zur Umsetzung der Ziele zu akquirieren und den Umsetzungsprozess zu begleiten. Sie sind mit Akteuren der Praxis, Selbstverwaltung, der Privat- und Sozialwirtschaft sowie der Wissenschaft besetzt. Eine vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz finanzierte Koordinierungsstelle unter-

stützt sie in ihrer Arbeit. Der gesamte Umsetzungsprozess wird von einem Steuerungsgremium begleitet. Die letztendliche Verantwortung liegt beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. In knapp vier Jahren konnten Finanzmittel für die Umsetzung von vier Zielen eingeworben werden. Inhaltlich beziehen die Ziele auf die Förderung der subjektiven Gesundheit und Arbeitsfähigkeit älterer erwerbstätiger Menschen in Sachsen, die Verhinderung von Frakturen und Stürze im Alter, die Weiterentwicklung der Pflegehilfeausbildung in Sachsen sowie die Implementierung einer akademisch-ausgerichteten dualen Pflegeausbildung in Sachsen. Für die Umsetzung eines weiteren Ziels zur Förderung der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Pflege von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in Sachsen ist die Finanzierung nahezu sichergestellt. Alle eingeworbenen Finanzmittel stammen aus regionalen, nationalen oder europäischen öffentlichen Fördertöpfen. Eine Mischfinanzierung unter Beteiligung oder eine alleinige Finanzierung durch die Selbstverwaltungsorgane konnte bis heute in keinem Fall erreicht werden. In diesem Kontext erscheint der GMK-Beschluss zum nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wie ein frommer Wunsch. Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wird sich voraussichtlich nicht ohne direkte staatliche Beteiligung und/oder Steuerung des Bundes und der Länder umsetzen lassen.

Auch wenn in Sachen Gesundheitsziele in Sachsen „nicht alles Gold ist, was glänzt“, erscheint der hier eingeschlagene Weg doch ein langfristig praktikabler Weg zu sein. Als Hauptprobleme der Umsetzungsphase des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ stellten sich insbesondere heraus, dass das Gesundheitszielkonzept nur bedingt passfähig mit den Inhalten externer Ausschreibungen war/ist, „interne Fördermittel“ nur in einem begrenzten Umfang zur Verfügung standen/steht, bereits verabschiedete Ziele politisch wieder in Frage gestellt wurden (zum Bei-

spiel akademische Pflegeausbildung) oder bestimmte Ziele nicht die entsprechende Resonanz bei potenziellen Umsetzern fanden (zum Beispiel Ziele zur Förderung der intergenerationalen Zusammenarbeit in Organisationen). Mittlerweile wurden vonseiten des leitenden Ministeriums Anstrengungen unternommen, Zielstellungen des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ vorausschauend in externe Förderprogramme einzubauen.

Befragung von leitenden Akteuren des sächsischen Gesundheitszieleprozesses zu den Stärken und Schwächen von Gesundheitszieleprozessen

Abschließend wurde eine anonyme Befragung von 20 staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren vorgestellt, die im sächsischen Gesundheitszielprozess leitend aktiv sind bzw. waren. Thematische Schwerpunkte der Befragung waren Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von Gesundheitszieleprozessen. Die Basis der Befragung bildete ein Leitfadeninterview aus elf Fragen. Ein expliziter Bezug zu einem bestimmten Gesundheitsziel oder einem Bundesland wurde nicht hergestellt. Die Befragung fand in der zweiten Hälfte des Jahres 2012 statt und wurde von zwei unabhängigen Ratern inhaltsanalytisch ausgewertet. Diejenigen Wortkombinationen bzw. Satzeinheiten aus den Antworten der Befragten, die sich inhaltlich auf „Stärken“, „Schwächen“, „Risiken“ oder „Chancen“ von Gesundheitszieleprozessen beziehen ließen, wurden extrahiert und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Den Kategorien „Stärken“ und „Schwächen“ wurden positive bzw. negative Äußerungen der Befragten zugeordnet, die sich auf die konzeptionelle Anlage von Gesundheitszielen bezogen. Demgegenüber wurden den Kategorien „Risiken“ und „Chancen“ positive bzw. negative Äußerungen der Befragten zugeordnet, die sich auf die Auswirkungen von Gesundheitszielen im Rahmen ihrer Entwicklung oder Umsetzung bezogen. Die Tabelle zeigt die zentralen Ergebnisse der Befragung.

Tab.: Stärken-Schwächen-Analyse von Gesundheitszieleprozessen

Leitfadeninterviews mit 20 leitenden Akteuren des sächsischen Gesundheitszieleprozesses			
Nennung der 3 ersten Rangplätze			
Stärken	Schwächen	Chancen	Risiken
1. Sektorenübergreifender Ansatz (n=18)*	1. Hoher organisatorischer Aufwand (n=15)	1. Breiter Erkenntnisgewinn (n=10)	1. geringe politische Unterstützung (n=13)
2. Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren (n=11)	2. Fehlen einer schlüssigen Umsetzungskonzeption (n=14)	2. Ermöglichung von Synergieeffekten (n=9)	2. geringe Finanzierung von Umsetzungsinitiativen (n=10)
3. Langfristige Ausrichtung der Ziele (n=10)	3. Keine kurzfristigen Effekte erzielbar (n=8)	3. Beförderung der Nachhaltigkeit von politischen Initiativen (n=8)	3. Dominanz von Partikularinteressen einzelner Akteure (n=9)

*Häufigkeit der Nennung

Auf der Basis der Befragung wurden als Hauptstärken von Gesundheitszielen ihr sektorenübergreifende Ansatz, die Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren sowie die langfristige Ausrichtung von Gesundheitszielen genannt. Weitere Nennungen betrafen „die (in der Regel vorhandene) empirisch-wissenschaftliche Fundierung der Ziele“, „die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit“ oder „das Aufzeigen von gesundheitlichen Handlungsbedarfen“. Diese Aspekte erreichten alle Häufigkeiten von ≥ 5 Nennungen.

Als Hauptschwächen von Gesundheitszielen wurden der (relativ) hohe organisatorische Aufwand, das Fehlen einer schlüssigen Umsetzungskonzeption sowie die Tatsache angesehen, dass im Rahmen der Umsetzung von Gesundheitszielen in der Regel keine kurzfristigen Effekte zu erzielen sind. Als weitere Schwächen von Gesundheitszielen wurden von den Befragten Aspekte wie, dass die Entwicklung von Gesundheitszielen nicht ausschließlich auf einer wissenschaftlichen Grundlage erfolge (n=3) oder „Gesundheitszieleprozesse ein (zu) hohes ehrenamtliches Engagement erfordern“ (n=5), identifiziert. Die Chancen von Gesundheitszielen wurden mit wenigen Ausnahmen in den in der Tabelle aufgeführten Punkten gesehen. Im Vergleich dazu war die Liste der „empfundenen“ Risiken mehr als dreifach so lang. Neben den in der Tabelle aufgeführ-

ten Punkten wurden „die mangelnde Einsicht der politisch Verantwortlichen in den Nutzen des Konzeptes“, „die geringe Auseinandersetzung der politisch Verantwortlichen mit dem Konzept“, „die fehlende finanzielle Absicherung der Umsetzung von Gesundheitszielen“, „das sektorierte Gesundheitssystem“, „die Abschiebung der politischen Verantwortung an Nicht-Regierungsakteure“ oder „Unklarheiten in der Festlegungen von Verantwortlichkeiten“ mit Häufigkeiten von ≥ 4 Nennungen genannt.

Den Abschluss des Interviews bildete die Frage, ob Gesundheitsziele unter Leitung der öffentlichen Hand stehen sollten. Alle 20 Befragten antworteten mit einem „Ja“. Die Hauptargumente für eine Leitung von Gesundheitszielen durch die öffentliche Hand waren, dass „die öffentliche Hand Akteure besser zusammenführen kann“, „Gesundheitsziele Fragestellungen des Gemeinwohls und der Daseinsvorsorge beinhalten“ und „die Leitung von Gesundheitszielen durch die öffentliche Hand eine bessere Ausgangsbasis in Kofinanzierungsfragen darstelle“.

Fazit

„Es gibt nicht nichts Gutes, außer man tut es“. Diese Aufforderung, die man aus Erich Kästners Roman „Fabian“ unmittelbar ableiten kann, nämlich, dass das alleinige „Moralisieren“ und „Herumphilosophieren“ in gesellschaftlich schwierigen Zeiten

wenig bringt, trifft wohl auch für die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zu und richtet sich insbesondere an den Gesundheitsminister des Bundes und die Gesundheitsminister der Länder. Der GMK-Beschluss, so sehr er auch im Sinne einer Würdigung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zu begrüßen ist, wird nichts zu seiner Umsetzung beitragen können, wenn sich nicht Bund und Länder zu einer aktiven (Mit-)Beteiligung oder zumindest staatlichen Steuerung des Prozesses verpflichten. Komplexe Gesundheitsziele, wie die zum Alter(n) werden sich, wenn überhaupt, nur bedingt an das selbstverwaltete Gesundheitswesen „outsourcen“ lassen.

Die im Rahmen der Befragung sächsischer Akteure überproportional empfundenen Risiken von Gesundheitszieleprozessen dürften wohl indirekt den Schluss nahelegen, dass sich auch die operativen Akteure in Sachsen eine stärkere aktive (Mit-)Beteiligung der öffentlichen Hand erhoffen. Gesundheitsziele werden sich nur dann erfolgreich umsetzen lassen, wenn sie von den politisch Verantwortlichen als eine zentrale öffentliche Aufgabe angesehen werden.

Dr. med. Thomas Brockow
Geschäftsführer des Deutschen Instituts für
Gesundheitsforschung gGmbH
Kirchstraße 8, 08645 Bad Elster

Änderungen in der Apothekenbetriebsordnung

Die novellierte Apothekenbetriebsordnung soll vom Gesetzgeber eine intensivere Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich sinnvollen Arzneimittelversorgung der Patienten fördern. Dabei ist aber nicht zu verkennen, dass zur Gewährleistung einer hohen Qualität bei der Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke nunmehr in bestimmten Fällen eine zeitliche Verzögerung in Kauf genommen werden muss.

Eine Verzögerung kann daraus resultieren, dass die zu erfüllenden Anforderungen an die Arzneimittelherstellung in der Apotheke deutlich gestiegen sind. Bevor eine ärztliche Rezeptur erstmals in der Apotheke angefertigt werden kann, muss dafür eine schriftliche Herstellungsanweisung erstellt werden. Diese beinhaltet die dokumentierte Prüfung auf Plausibilität der verordneten Rezeptur. Kriterien für diese Plausibilitätsprüfung sind neben der medizinisch-pharmakologischen (Wirkstoff, Wirkstoffkombination, Wirkstärke und Gebrauchsanweisung plausibel) und der pharmakokinetischen (Freisetzung der Wirkstoffe aus der Darreichungsform) Beurteilung auch die Überprüfung hinsichtlich der pharmazeutisch-technologischen Plausibilität (Kompatibilität aller Rezepturbestandteile).

Grundsätzlich ist bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen, die Gebrauchsanweisung durch den Arzt auf dem Rezept mit anzugeben, welche dann vom Apotheker in die Plausibilitätsprüfung einbezogen und auf dem Arzneimittel vermerkt werden muss.

Wie schon bisher ist es dem Apotheker rechtlich erlaubt, Ausgangsstoffe ohne eigene arzneiliche Wirkung in einer Rezeptur auszutauschen, ohne eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vorzunehmen. Sind jedoch die Eigenschaften einer Salbengrundlage oder anderer Hilfs-

stoffe für die Therapie relevant oder wurden im Rahmen der Plausibilitätsprüfung Unstimmigkeiten erkannt, muss eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vorgenommen werden. Diese Abstimmung ist für den Apotheker rechtlich zwingend und die Grundlage dafür, die Verordnung ordnungsgemäß ausführen zu können. Einer Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ist also eine eingehende pharmazeutische Prüfung vorausgegangen, sodass hier die Mitarbeit der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sinnvoll und erforderlich ist. Grundsätzlich dürfen zur Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke nur noch Ausgangsstoffe eingesetzt werden, deren Qualität (Gehalt, Reinheit und Identität) eindeutig festgestellt wurde. Die Überprüfung der Qualität von Ausgangsstoffen, welche den Status eines Kosmetikums oder Nahrungsergänzungsmittels haben (das heißt keine Arzneimittel sind), ist aufgrund der zum Teil nicht deklarierten qualitativen und quantitativen Zusammensetzung der Produkte mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Als Beispiele solcher Kosmetika seien die wirkstofffreien Zubereitungen mit der Produktbezeichnung Dermatop[®]-, Excipial[®]-, Wolff[®]- oder Cordes[®]- bzw. Ichthyol[®]- genannt. Dies kann zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Herstellung einer Rezeptur führen.

Kann die Qualität dieser Ausgangsstoffe nicht eindeutig nachgewiesen werden, muss der Apotheker die Herstellung des Arzneimittels in dieser Zusammensetzung ablehnen. Im Sinne der ordnungsgemäßen Versorgung der Patientinnen und Patienten sind die Apotheker angehalten, bei solchen Fällen in einem kollegialen Gespräch dem verordnenden Arzt einen anderen Lösungsvorschlag zu unterbreiten.

Mit dem neuen § 34 wurden Regelungen zum patientenindividuellen Verblistern oder Stellen von Arzneimitteln als Herstellungsvorgang der Apotheke unter definierten Bedingungen in die Apothekenbetriebsordnung aufgenommen. Die Apotheker sind nun zur Beurteilung der

Stabilität der zu verblisternden Arzneimittel verpflichtet, da diese den Originalverpackungen entnommen und in der Apotheke neu verpackt werden.

In diesem Zusammenhang sehen wir das Neuverblistern geteilter Tabletten aus pharmazeutischer Sicht als äußerst problematisch und damit als einen streng auszulegenden Ausnahmefall an.

Eine Verblisterung geteilter Tabletten ist generell abzulehnen, wenn die gewünschte Dosierung bereits als Fertigarzneimittel verfügbar ist und es somit aus pharmazeutischer Sicht überhaupt keine Notwendigkeit für die Teilung einer Tablette gibt.

Für etwaige Ausnahmefälle, in denen geteilte Tabletten neu verblisterter werden sollen, muss nach aktueller Rechtslage zunächst eine schriftliche ärztliche Anforderung (Verordnung) über eine vor dem Verblistern vorzunehmende Teilung von Tabletten vorliegen.

Ob das Teilen von Tabletten in Abhängigkeit zu deren Galenik möglich ist, wird durch den Apotheker im Einzelfall abschließend geprüft. Da Stabilitätsdaten von geteilten Arzneiformen in den Apotheken faktisch nicht verfügbar sind, dürfte sich aus den aktuellen gesetzlichen Vorgaben ein weitgehender Verzicht auf die Verblisterung geteilter Tabletten ergeben. Zu diesem Thema ist also ebenfalls ein vermehrter Abstimmungsbedarf zwischen Arzt und Apotheker erforderlich, der eine wichtige fachliche Grundlage hat und für den wir auf diesem Weg die sächsischen Ärzte sensibilisieren wollen.

Sofern aus Sicht der sächsischen Ärzte weitere Fragen zu den Inhalten und Konsequenzen der novellierten Apothekenbetriebsordnung bestehen, bitten wir, sich direkt an die Kolleginnen in der Landesdirektion Sachsen zu wenden:

Dr. Martina Schneider:

martina.schneider@lds.sachsen.de

Dr. Cornelia Rufke-Tobias:

cornelia.rufke-tobias@lds.sachsen.de

Dr. Frank Bendas
Referatsleiter
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
und Verbraucherschutz

17. Landessenioren- ausfahrt

Dornburger Schlösser – Naumburger Dom – Naumburger Wein- und Sekt-Manufaktur...

... zu all dem führten die Ausfahrten der sächsischen ärztlichen Senioren im September 2012. Es war bereits die 17. Veranstaltung dieser Art. Initiiert hatte sie einst unser erster Kammerpräsident, Herr Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, dem wir heute nochmals herzlich dafür danken.

Die Görlitzer Kollegen mussten freilich früh aufstehen, bereits um 4.30 Uhr. Zu zeitig, fand ich, die zum ersten Mal an so einer Ausfahrt teilnahm. Aber bei dieser Flächenausdehnung Sachsens wird immer ein Flecken lange Anfahrtswege haben. Es ging im bequemen Bus – alles

wieder bestens organisiert durch ein professionelles Reiseunternehmen – zuerst nach Dornburg. An einem Morgen durch die zaghaft übersonnte Herbstlandschaft unserer so schönen Heimat zu fahren, im Gespräch mit vertrauten oder neuen Berufskollegen, war schon ein Geschenk.

Von den drei Dornburger Schlössern besichtigten wir Rokoko- und Renaissance-Schlösser, in denen Johann Wolfgang von Goethe oftmals wohnte und fror! Ein ehemaliger Geschichtsstudent führte uns und rezitierte mit strahlenden Augen Verse von Goethe. Wir spürten durch seine Begeisterung noch die Gegenwart des sprachgewaltigen Meisters, erst recht beim Anblick seines Schreibtischs. Leider blieb keine Zeit für den so schönen Barockgarten und das herrliche Saaletal. Also wiederkommen!

Durch Naumburg hindurch ging es zum Mittagessen in den Spiegelsaal des historischen Gasthauses und Hotels „Zur Henne“. Wir aßen nicht, wir tafelten Suppe, Lachsfilet auf Blattspinat oder Burgunderbraten mit Thüringer Klößen. Köstlich. Danach fuhr eine große Gruppe zur kunsthistorischen Führung durch den Naumburger Dom, und ich bedauerte auch hier, nur eine Stunde Zeit dafür gehabt zu haben.

Da ich in Naumburg famuliert hatte, aber noch nichts von der ältesten Sektfabrik Deutschlands wusste, überquerte ich mit weiteren 22 Kollegen nur die Straße. Eine heitere Einführung im Grünen gab uns Daniela Manig, die erst seit einem halben Jahr Besucher an ihrer Schwärmerei für schonende Weinbereitung, klassische Flaschengärung und Rüttelregale teilhaben lässt. Sie führte uns durch den intensiven Geruch von Weinhefe und Gärung, in immer tiefere und kältere Keller mit herrlichen

Gewölbedecken und nur flüssigen Schätzen. Eine Kollegin und ein Kollege trauten es sich, jeweils eine Sektflasche mit uraltem Säbel zu köpfen! Sehr gute Qualität schoss heraus: „Von der Henne“, Riesling trocken, 2010.

Um 16.30 Uhr gingen wir zurück in den Spiegelsaal, zu Kaffee, Tee, Kuchen und wieder Austausch mit den Berufskollegen an Sechsertischen. Als ich nach schöner Landschaftsheimfahrt in Dresden ausstieg, strahlte mich jemand aus dem Bus an und fragte: „Waren sie nicht auch in der Jungen Gemeinde von Blasewitz?“ War ich, vor 45 Jahren. So etwas passiert bei Ausfahrten der Sächsischen Landesärztekammer. Wo es nächstes Jahr hingehet, wird noch nicht verraten, aber die Tradition der Ausfahrten wird bestehen bleiben. Danke dafür auch an unsere Sächsische Landesärztekammer.

Eine Bitte noch:

Einige Kollegen schreiben uns auf die Einladung zum Seniorentreffen zurück, dass sie leider nicht teilnehmen können, geben aber keine Gründe an. Für uns wäre es sehr wichtig zu erfahren, warum eine Teilnahme zwar erwünscht, aber im Einzelfall nicht möglich ist. Bitte teilen Sie unserem Seniorenausschuss Ihre Gründe mit. Vielleicht finden wir gemeinsam eine Lösung.

Kontaktdaten:
Sächsische Landesärztekammer,
Ausschuss Senioren,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
oder hgf@slaek.de

Wir freuen uns auf Ihre Zuschrift.

Dr. med. Brigitte Zschaber
Ausschuss Senioren der Sächsischen
Landesärztekammer



Der Naumburger Dom
Quelle: Wikimedia Commons (Necrophorus)

Kreisärztekammer Meißen neu gewählt!

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Meißen wurde am 16. Oktober 2012 der Vorstand für die Wahlperiode 2012/2015 neu gewählt, den wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

Dipl.-Med. Brigitte Köhler

(Vorsitzende),

FÄ für Allgemeinmedizin, Radebeul, N

Dipl.-Med. Petra Albrecht

(Stellvertreterin),

FÄ für Hygiene und Umweltmedizin,
FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, Meißen, A

Dr. med. Helga Scholtz

FÄ für Innere Medizin, Riesa, R

Dr. med. Konrad Dombrowe

FA für Anästhesiologie, Coswig, N

Dr. med. Jörg Brosche

FA für Allgemeinmedizin,
Weinböhla, N

Dr. med. Wilfried Schöne

FA für Neurologie und Psychiatrie,
Radebeul, A



Andreas Wippler, Helga Scholtz, Frank Eisenkrätzer, Brigitte Köhler, Petra Albrecht, Konrad Dombrowe, Jörg Brosche und Wilfried Schöne (v.l.)

Dr. med. Frank Eisenkrätzer

FA für Allgemeinmedizin,
Radebeul, A

Andreas Wippler

Arzt, Meißen, A

An dieser Stelle möchten wir Herrn Dr. med. Siegfried von Saal sowie Herrn Dr. med. Andreas Schnabel, welche nunmehr aus dem Vorstand unserer Kreisärztekammer ausgeschieden sind, für Ihre Mitarbeit und

ihr Engagement bei der Vertretung der Belange der Kollegen in unserem Landkreis herzlich danken.

Bei Fragen oder Anregungen für die Arbeit unserer Kreisärztekammer in der neuen Wahlperiode können Sie gern mit der Unterzeichnerin Kontakt aufnehmen (Tel.-Nr. 0351 8302169, E-Mail meissen@slaek.de).

Dipl.-Med. Brigitte Köhler
Vorsitzende der Kreisärztekammer Meißen

Ambulante Ethikberatung

Die **Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge** lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer zur vorweihnachtlichen Mitgliederversammlung am **5. Dezember 2012**, um 19.00 Uhr, in den Kultursaal der Bavaria Klinik nach Kreischa, Kultursaal, Klinik 1 (Ebene 7) ein. Neben dem Bericht über die Tätigkeit der Kreisärztekammer bildet die „Ambulante Ethikberatung“ den thematischen Schwerpunkt des Abends. Dazu werden Dr. med. Thomas Lipp (Leipzig) und Prof. Dr. med. Frank Oehmichen (Dresden) sprechen. Im Anschluss können die Gäste bei einem kleinen Essen das Thema weiter diskutieren.

Dr. med. Katrin Pollack
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Sächsische Schweiz – Osterzgebirge

Schätze der Sophienkirche

Die **Kreisärztekammer Dresden (Stadt)** lädt ein zur Seniorenveranstaltung am **Dienstag, dem 4. Dezember 2012**, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Ab 14.30 Uhr beginnt das adventliche Stollenschmausen im Foyer. Im weihnachtlichen Festvortrag um 15.30 Uhr referiert Frau Britta Zumpe über die „Schätze der Sophienkirche“.

Seien Sie herzlich willkommen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)

Medizin im Himalaya

Die **Kreisärztekammer Leipzig (Land)** lädt zu einem Vortrag am **Mittwoch, dem 28. November 2012, 19.00 Uhr**, in das Hotel Kloster Nimbschen ein.

Thema: Medizin im Himalaya

Veranstalter und Anmeldungen:

Kreisärztekammer Leipzig (Land)
Frau Simone Bettin, Vorsitzende
Praxis Beiersdorfer Straße 1,
04668 Grimma
Telefon: 03437 919370
E-Mail: leipzig-land@slaek.de

Simone Bettin
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Leipzig (Land)

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C058

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C059
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C060

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/C061

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C062
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2012

Zwickauer Land

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/C063

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 12/C064
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2012

Zwickau-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)
Reg.-Nr. 12/C065
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.12.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderpneumologie – Allergologie (fachärztliche Versorgung)
Reg.-Nr. 12/D060
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2012
Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 12/D061

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D062
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 12/D063
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2012

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D064

Meißen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D065

Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D066

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.12.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztliche Versorgung*)
Reg.-Nr. 12/L054
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L055
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/L056

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L057

Torgau-Oschatz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 12/L058
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.12.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Löbau-Zittau

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Anstellung in einem MVZ ab 01.04.2013

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.

Das Lipödem

U. Wollina, B. Heinig

Einführung

Das Lipödem ist im Gegensatz zum Lymphödem eine weniger bekannte Erkrankung der Extremitäten (1, 2). Die Erkrankung ist alt, wie bildliche Darstellungen der Prinzessin Ati von Punt in Kairo vermuten lassen. Zur Epidemiologie gibt die Untersuchung von Marshall und Schwahn-Schreiber eine Prävalenz von ca. 8 Prozent bei erwachsenen Frauen in Deutschland an. In lymphologischen Kliniken wird die Erkrankung bei ca. 10 Prozent der stationären Patienten beobachtet (1, 2).

Die Kenntnis der Erkrankung ist jedoch für eine rechtzeitige und sinnvolle Intervention unerlässlich.

Pathogenese

Der Leitbefund ist das vermehrte Unterhautfettgewebe an den Extremitäten mit Aussparung der Akren und des Rumpfes. Es besteht im Gegensatz zur Adipositas kein direkter Bezug zur Kalorienaufnahme oder -restriktion. Deshalb wird von einem autonomen oder autokrinen Fettgewebswachstum ausgegangen (1, 2, 4).

Weibliche Sexualhormone spielen offenbar bei der Erkrankung eine Rolle. Hierfür sprechen die sehr klare Betonung des weiblichen Geschlechts und die Aggravation nach der Pubertät oder Gravidität. Eine familiäre Häufung ist festzustellen (1, 2). Primär ist die Störung der Regulation des Unterhautfettgewebes, jedoch keine Störung der Lymph- oder Blutzirkulation. Im Gegenteil, Befunde zur Lymphabflussszintigraphie sprechen für eine erhöhte Aktivität der Lymphgefäße und Lymphzirkulation. Später entwickeln sich Mikroaneurysmen der lymphatischen Kapillaren (6, 7).

Im weiteren Verlauf werden teilweise Fibrosierungen des Fett- und Bindegewebes beobachtet, welche als knotige oder plattenartige Verhärtungen palpabel sind. Das Fettgewebe bei der Adipositas und beim Morbus Dercum ist durch eine chro-

nische unterschwellige Entzündungsreaktion gekennzeichnet (8). In eigenen unveröffentlichten Untersuchungen der Lipoaspirate bei Liposuktionsbehandlung von Lipödempatienten konnten wir keine Entzündungsinfiltrate beobachten.

Klinisches Bild und Differentialdiagnosen

Das Lipödem wird durch eine besonders auf die proximalen, weniger stark auf die distalen Extremitäten begrenzte Hyperplasie des Fettgewebes mit autonomem Wachstum und deutlicher Stufenbildung an Fesseln und Handgelenken charakterisiert. Der Stamm ist nicht betroffen (1, 2). Typisch sind das Auftreten von Hämatomen nach Bagateltraumen in den betroffenen Partien sowie die zunehmende Tendenz zum Berührungsschmerz (1, 2). Dies macht die Abgrenzung vom Morbus Dercum schwierig. Für Letzteren gilt die Stammbeteiligung als typisch. Beide Krankheitsbilder sind fast ausschließlich bei erwachsenen Frauen zu finden, wobei der Altersgipfel beim Morbus Dercum zum höheren Alter verschoben ist (8).

Weitere wichtige Differenzialdiagnosen sind die Adipositas mit einer zentral-betonen Hyperplasie des Fettgewebes unter Einbeziehung von Kopfhals-Region und der Extremitäten und das Lymphödem mit Beginn an den Akren und Betonung der akralen Extremitäten nebst plastischem Ödem.

Die symmetrische Lipomatose Lanois-Bensaude tritt häufiger bei Männern auf.

Diagnostik

Die Diagnose wird aufgrund typischer klinischer Merkmale der Fettverteilung, der Schmerzhaftigkeit und der Hämatomneigung gestellt.

Es existieren keine krankheitstypischen Laborbefunde. Bildgebende Verfahren können zur (Semi-)Quantifizierung herangezogen werden, sind aber beim typischen Lipödem verzichtbar (1, 2).

Die Erkrankung sollte entsprechend ihres Schweregrades klassifiziert werden (Tab. 1; Abb. 1).

Komplikationen

Unbehandelt führt das Lipödem unweigerlich zu zwei katastrophalen Konsequenzen: 1. tritt eine frühzeitige Gonarthrose durch Fettpolster des distal-medialen Oberschenkels auf. Zunächst ist das Knie behindert, am Ende steht jedoch eine schwere Beeinträchtigung der Gelenkfunktion auch beim Stehen und Laufen durch zunehmende Achsenfehlstellung des Beines (10). 2. steigert die Zunahme des Körperfetts das Risiko, an einem metabolischen Syndrom zu erkranken (1, 2, 4, 5). Die Gonarthrose ist auch bei anderen Ursachen eines erhöhten Body-Mass-Index in bis zu 30 Prozent der Patienten zu beobachten. Ein zusätzlicher Umstand bei Lipödem ist die ausgeprägte Fettpolster-Entwicklung am medialen Kniegelenk, welche die Biomechanik des Knies verändert und zur Fehlbelastung des Gelenks beiträgt.

Die teils dramatischen Veränderungen von Körperform und -funktion haben negative Auswirkungen auf Lebensqualität und Selbstwertgefühl der Patienten. Dies äußert sich in Depressionen, zum Teil auch in frustbedingter sekundärer Adipositas (1, 2, 4).

Ein länger bestehendes ausgeprägtes Lipödem kann sekundär durch ein Lymphödem kompliziert werden. Man spricht dann von einem Lipo-lymphödem (2).

Tab. 1: Schweregrad des Lymphödems (2)

- I Verdickte Unterhaut, weich, mit kleinen palpablen Knötchen, Oberfläche der Haut jedoch noch glatt.
- II Verdickte Unterhaut, weich, teils größere Knoten, Hautoberfläche uneben.
- III Verdickte Unterhaut, induriert, große Knoten, deformierende Wammenbildung an den Oberschenkelinnenseiten und am Knie innen.



Abb 1: Lipödem – klinische Schweregrade.
(a) Grad I, (b) Grad II und (c) Grad III.

Beingeschwüre sind selten zu beobachten. Wenn sie auftreten, ist ihre Abheilungstendenz jedoch ausgesprochen gering (11).

Konservative Behandlung

Die komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) mit manueller Lymphdrainage, Mobilisierung und Kompressionsbestrumpfung führt nicht zu einer grundsätzlichen Beeinflussung der Erkrankung bezüglich aktueller Beschwerden und Progressionsverhinderung. Es existieren keine wissenschaftlichen Belege für eine Beeinflussung des Fettgewebes durch KPE. Allenfalls kann eine geringgradige Minderung des Beinumfangs (bis zu 2 cm) bei intensiver KPE erzielt werden. Dies ist auf eine Wirkung auf das Minorsymptom einer „Phlebödem“-artigen Wassereinlagerung zurückzuführen. Sport, Diäten und Medikamente sind beim Lipödem unwirksam. Dennoch sollte auf eine gesunde Ernährung und eine sportliche Betätigung geachtet werden, um das Risiko des metabolischen Syndroms zu begrenzen (2, 4, 5).

Operative Behandlung

In der Vergangenheit wurden verschiedene Varianten der Lipektomie durchgeführt. Die Lipektomie ist jedoch ungeeignet, das zeigen die große Rezidivfreudigkeit nach einem solchen Eingriff, die Beeinträchtigung des Lymphabstroms durch ausgedehnte Narben sowie die Ulkuseinigung als Spätkomplikation nach Jahrzehnten.

Durch die Entwicklung der Tumescenzanästhesie ist die Liposuktion möglich geworden. Bei dieser Wet-Technik werden die bindegewebigen Komponenten des Fettgewebes geschont. Da sich hier die somatischen Stammzellen des Fettgewebes befinden, wird so eine Aktivierung der Stammzellen wie bei der Lipektomie vermieden. Rezidive kommen nach Liposuktion in Tumescenzanästhesie praktisch nicht vor (2, 4, 5).

Die Absaugung wird in Längsrichtung der epifaszialen Lymphgefäße und nicht quer zu ihnen vorgenommen. Auf diese Weise wird der Lymphabfluss nicht beeinträchtigt.

Sekundäre Lymphödeme wurden nach sachgerechter Liposuktion nicht beobachtet (4, 5, 12, 13).

Für die Tumescenzanästhesie sind unterschiedliche Tumescenzlösungen im Gebrauch (4, 5, 12, 14). Wir verwenden Prilokain, weil viele unserer älteren Patientinnen kardiale Probleme aufweisen. Im Gegensatz zum Lidokain zeigt Prilokain keine Vasodilatation und ist weniger kardiotoxisch. Die Resorption ist verzögert. Maximale Plasmaspiegel werden nach etwa sechs Stunden erreicht. Bis zu 12 Stunden nach der Anästhesie tritt eine Met-Hämoglobinämie auf, die der kurzfristigen Kontrolle bedarf. Bei Symptomatik oder Werten über 20 Prozent ist die Gabe eines Antidots wie Methylen- oder Toluidinblau erforderlich (15).

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung der Liposuktion war die Einführung dünner Mikrokanülen (16). Ob die Liposuktion durch Kraft des Operateurs allein oder als Ultraschall- oder Waterjet-assistiertes Verfahren durchgeführt wird, ist bezüglich der Sicherheit und der Ergebnisse auch in ästhetischer Hinsicht nicht entscheidend. Histologische Untersuchungen haben keine signifikanten Differenzen der Ergebnisse und des Schutzes der Lymphgefäße nachweisen können. Auch bezüglich des Blutverlustes ergaben sich keine signifikanten Differenzen (12, 17-21). In den letzten Jahren ist die lasergestützte Liposuktion entwickelt worden. Meist werden Dioden- bzw. Nd-YAG-Laser verwendet. Hierdurch wird eine Laserlipolyse aufgrund thermischer Effekte möglich. Gleichfalls wird durch die Gefäßlaser auch das Blutungsrisiko reduziert. Durch die thermischen Effekte auf das Bindegewebe kommt es zu einer verbesserten Gewebestraffung als bei Liposuktion ohne Lasereinsatz (4, 5, 22). Die diodenlaserassistierte Liposuktion in Tumescenzanästhesie ist auch das von uns seit mehreren Jahren genutzte moderne Verfahren.

Die Liposuktion bei Lipödempatienten ist nicht mit der ästhetischen Liposuktion bei Gesunden gleichzusetzen. Begleiterkrankungen und höheres Alter stellen besondere

Anforderungen an die Vorbereitung, Durchführung sowie das postoperative Monitoring nach Liposuktion. Bei Lipödem Grad II – III sind oftmals mehrere Sitzungen erforderlich, um das gewünschte funktionelle und ästhetische Ziel zu erreichen. Die Menge der Tumescenzlösung pro Sitzung begrenzen wir aus Sicherheitsgründen auf fünf bis maximal sechs Liter. Prophylaktische Antibiose oder postoperative Heparinoide sind in der Regel nicht erforderlich. Die Patienten stehen nach der Operation auf und müssen keine Bettruhe einhalten. Nach einer Liposuktion ist jedoch das konsequente Tragen der Kompressionsbestrumpfung wichtig, um postoperative Ödeme, Serome oder eine übermäßige Hautlaxizität zu vermeiden. Eine postoperative KPE hilft, den Heilungsverlauf abzukürzen und Komplikationen zu vermeiden (4, 5).

Nur die Liposuktion ist in der Lage, an der Pathologie des Fettgewebes wirksam anzusetzen und der Gelenkdestruktion und anderen Komplikationen des Lipödems vorzubeugen. Ob auch das metabolische Risiko auf diese Weise reduziert werden kann, ist theoretisch einleuchtend, wissenschaftlich jedoch noch nicht systematisch untersucht worden.

Ist die Liposuktion des Lipödems eine Kassenleistung?

Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen eine Kostenübernahme für die Liposuktion beim Lipödem häufig mit folgenden Argumenten ab:

Der Gemeinsame Bundesausschuss habe noch keine Stellungnahme zu der als „neue Behandlungsmethode“ eingestuftem Therapie erarbeitet. Dennoch ist es den Krankenkassen möglich, nach einer individuellen Prüfung die Kostenerstattung zu übernehmen.

Der stationäre Aufenthalt wird mit der Begründung abgelehnt, dass Liposuktionen auch ambulant durchgeführt werden könnten. Dies ist richtig, sofern es sich um Liposuktionen aus ästhetischen Gründen handelt. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung ergibt sich aus den häufigen Komorbiditäten der betroffenen Patientinnen und der Anforderung des Met-Hämoglobin-Monitoring. Die übliche stationäre Behandlungszeit liegt bei ein bis zwei Tagen.

Liposuktionen werden ohne Differenzierung als ästhetische Behandlungsmethoden eingestuft. Dabei sind die wichtigsten Effekte der Liposuktion bei Lipödem neben der dauerhaften Reduktion des krankhaften Fettgewebes, Schmerzlinderung und Verbesserung der Lebensqualität.

Den Versicherten werden Diäten und ambulante manuelle Lymphdrainage nahegelegt. Für deren Wirkung auf das erkrankte Fettgewebe beim Lipödem fehlen jegliche wissenschaftliche Beweise.

In der Pressemitteilung Nr. 3 von 2012 verweist das Sozialgericht Chemnitz auf ein aktuelles Urteil zugunsten einer Patientin mit fortgeschrittenem Lipödem hin. In der Urteilsbegründung heißt es: „Es sei

als Systemfehler zu bewerten, wenn trotz vom Sachverständigen empfohlener Behandlung bei fehlender gesicherter konventioneller Behandlungsmethode keine Kostenübernahme möglich sei. Die Liposuktion gelte heutzutage als sichere und effektive Therapiealternative, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt seien. Die Feststellung einer Systemstörung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet die Krankenkasse zur Übernahme der Behandlungskosten, auch wenn diese Behandlungsform nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört.“

Zusammenfassung

Das Lipödem ist eine Erkrankung des Unterhautfettgewebes bei Frauen. Sie ist keineswegs selten und führt unbehandelt zu schwerwiegenden Komplikationen. Die einzig wirksame Behandlung besteht derzeit in der Tumescenz-Liposuktion. Konservative Maßnahmen können die Rekonvaleszenz nach Liposuktion beschleunigen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina
Städtisches Krankenhaus
Dresden-Friedrichstadt,
Klinik für Dermatologie und Allergologie,
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

Dipl.-Med. Birgit Heinig,
Städtisches Krankenhaus
Dresden-Friedrichstadt,
Zentrum für Physikalische Therapie und
Rehabilitation,
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 2. Dezember 2012

11.00 Uhr – Junge Matinee

Weltliche und weihnachtliche Musik zum 1. Advent

Es musizieren Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Leitung: Claudia Schmidt-Krahmer

Im Anschluss an das Konzert wird ein Lunchbüfett „Adventsstimmung im Haus“ angeboten. Um Reservierung wird unter der Telefonnummer 0351 8267110, Frau Arnold, gebeten.

Sonntag, 6. Januar 2013

11.00 Uhr – Junge Matinee

Claude Debussy – Aufbruch in die Moderne/Teil II

Konzert zum 150. Geburtstag Claude Debussys mit Studierenden der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonderausstellung – Foyer und 4. Etage

Von Adam bis Zielonka –

Die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer – bis 25.11.2012

Ausstellung

Foyer und 4. Etage

Jürgen Schieferdecker

Retro' 75 +

Vernissage: Donnerstag,

29. November 2012, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Kulturjournalistin, Dresden

„Arzt sein und bleiben“

Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2012

Sehr geehrter Herr Kollege Liebscher, in Ihrem Beitrag stellen Sie eine Frage, die wohl die ganze Ärzteschaft seit Jahren bewegt: „...müssen wir uns dem Diktat der Ökonomie beugen...?“

Lassen Sie mich bei dem Versuch um eine Antwort eine Gegenfrage stellen: Welche Rolle spielt eigentlich die Ökonomie in der Medizin? Im Eid des Hippokrates und auch im Ärztgelöbnis (Weltärztebund/Genf/1948) wird sie nicht erwähnt. Auch das Grundgesetz der Mediziner: „Das Wohl des Patienten ist oberstes Gebot“ bleibt ohne Hinweis auf die Frage der Ökonomie.

Eine zunehmende Bedeutung erfährt diese jedoch im Gesundheitswesen: Die Überbetonung des Kapital- und Finanzsektors ist heute systemrelevant und in allen Gesellschaftsbereichen zu spüren, natürlich auch in der Medizin. Anstehende Probleme werden daher nicht mehr im zwischenmenschlichen Bereich auf Verhandlungsebene, sondern mit den Methoden der Marktwirtschaft geregelt. So sollte auch – um nur ein Beispiel zu nennen – die zu hohe Frequentierung der Ärzte seitens der

Patienten durch eine „Praxisgebühr“ gestoppt werden: Das Einziehen dieser Gebühr obliegt noch heute dem Arzt, obwohl die Sinnlosigkeit der Maßnahme schon mehrfach nachgewiesen wurde.

Diese Art der Problemlösung „auf dem Rücken der Ärzte“ begleitet und belastet uns nun schon seit Jahrzehnten – in Form von: „Verordnung zur Senkung der Arzneimittelkosten“, Rabattverträgen, Zuzahlungsgebühren-Befreiung, Budgetierung, Regressverfahren, DMP und multiplex weiteren Maßnahmen.

In der Tat wird uns die Mehrzahl dieser Neuerungen, wie Sie schreiben, diktiert und nicht nach demokratischen Spielregeln angeboten: Wir sind weder gefragt worden, ob wir etwa die elektronische Gesundheitskarte einführen wollen, noch gab es Diskussionen zur Frage der Einführung des Heilmittelkatalogs oder der Rabattverträge: Beides hat unsere Therapiefreiheit jedoch erheblich beschädigt. Nahezu unerträglich wird das „Diktat der Ökonomie“ bei der Ausstellung eines Rezeptes: Die Feststellung der Kosten des zu rezeptierenden Medikaments erfordern ein Vielfaches der Zeit der Indikationsfindung.

Was ist zu tun? Theoretisch müssten wir unsere „Helfer im Gesundheitswesen“ – etwa die Arzneimittelhersteller und die Klinikbetreiber – wie-

der auf ihren Grunddienst verweisen: Ihre Mitarbeit und Hilfe bei der Heilung der Kranken! In diesem Sinne wären sie dann wieder unsere Partner – als Diener der Patienten und nicht des Kapitals oder des Profits. Dann würde auch die Sprache der Manager, Verwaltungsdirektoren und Aufsichtsratschefs im Gesundheitswesens wieder mehr vom Humanismus – vom Menschsein – geprägt. Es bedürfte nicht mehr, „...der Maschine dahinter“, wie es Herr Eugen Münch formulierte – und der Krankenhausmanager Bovelet brauchte „Den Kassen...“ nicht mehr Rabatte für „Blinddärme“ anzubieten, wenn sie ihm im Gegenzug mehr Patienten überweisen (DNN vom 30.07.2012, S.3). Denn das Tun und Handeln unserer einstigen Helfer wird längst von den Gesetzen des „Gesundheitsmarktes“ diktiert – und darin gibt es keinen Raum mehr für geduldige Zuwendung, Anteilnahme und – Zeit für den Kranken.

Es wird noch lange dauern, bis es uns wieder gelingen wird, die Prioritäten richtig zu setzen. Denn es darf wirklich nicht passieren, dass wir – wie Sie es in Ihrem Zitat erwähnen, zu „...Randfiguren in einem schlechten Spiel“ werden.

Mit kollegialen Grüßen
Dr. med. Horst Schyra, Dresden

Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?

Informationsseminar für Ärzte von der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und der Sächsischen Landesärztekammer

Vielen jungen Ärzten sind die Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens wenig bekannt.

Mit dem Informationsseminar erhalten alle berufspolitisch interessierten jungen Ärzte einen Überblick über

die Organisationen im Gesundheitssystem und deren Aufgaben sowie über aktuelle politische Entwicklungen.

Erfahrene Experten aus der Selbstverwaltung und berufsständischen Ärzteverbänden präsentieren und diskutieren mit den Teilnehmern zu folgenden Themen*:

- Grundlagen der Gesundheitspolitik,
- Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung,
- Funktion der Ärztekammer,
- Medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- Organisation und Finanzierung der Krankenhäuser,

- Vertragsarztrecht,
- Grundlagen der Pharmapolitik.

Termin:

12. Januar 2013, 9.00 bis 16.30 Uhr

Anmeldungen unter:

akademie@hartmannbund.de

Veranstaltungsort:

Sächsische Landesärztekammer Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

* Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes behält sich den Wechsel von Themen und Referenten vor.

Informationsflyer zu Borreliose

Nirgendwo ist das Risiko an Borreliose zu erkranken höher als in einigen Regionen in Sachsen. Auf 100.000 Einwohner in den Landkreisen Bautzen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Zwickau und im Vogtlandkreis gab es im letzten Jahr bis zu 1.000 Krankheitsfälle. Die Zahlen sind alarmierend. Um über Borreliose und die Übertragung durch Zecken aufzuklären, hat das

Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz einen Informationsflyer herausgebracht.

Dieser informiert über die Gefahr an Borreliose zu erkranken, über Präventivmaßnahmen für den Aufenthalt in gefährdeten Gebieten wie Wälder, Gärten und Wiesen sowie über die Behandlung, wenn es doch einmal zu einem Zeckenbiss kommen sollte.

Zudem gibt er aufschlussreiche Informationen über die Erreger der Borreliose, das Infektionsrisiko und die

Erkrankung an sich, sowie Tipps zur Diagnostik und Therapie. Der Flyer entstand unter Mitarbeit der AG Borreliose der Sächsischen Landesärztekammer.

Beziehen können Sie den Flyer über den Zentralen Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung, Hammerweg 30, 01127 Dresden, sowie online unter www.publikationen.sachsen.de.

Liesa Huppertz
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Lyme-Borreliose

Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Borreliose

20. Februar 2013

15.00 bis 18.30 Uhr

Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Programm:

Lyme-Borreliose: Krankheitserreger, Labordiagnostik, Prävention
Univ. Prof. Dr. med. Gerold Stanek

Hautmanifestationen der Lyme-Borreliose

Prof. Dr. med. habil. Andreas Plettenberg

Kardiovaskuläre Manifestationsformen der Lyme-Borreliose

Dr. med. Norbert Scheffold

Chronische ZNS-Erkrankungen und Borreliose (Evidenz vs. Spekulationen)

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Beuche

Seroprävalenz der Lyme-Borreliose bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Dr. med. vet. Hendrik Wilking, MSc

Kasuistiken aus der Rheumatologie

Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald

Aus den sächsischen Behandlungszentren Borreliose:

Der klassische Fall, der ungewöhnliche Fall

PD Dr. med. habil. Dieter Teichmann

Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf

Aufgrund begrenzter Teilnehmerzahl Anmeldung erforderlich an:

Sächsische Landesärztekammer, Referat Medizinische Sachfragen, Frau Lecht, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Tel.: 0351 8267 379

Fax. 0351 8267 332

E-Mail: ausschuesse@slaek.de

Keine Teilnahmegebühren. Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit vier Fortbildungspunkten.

Studienabgänger 1963

Studienabgänger von 1963 an der Leipziger Universität treffen sich nach 50 Jahren.

Liebe Absolventinnen und Absolventen der Leipziger Medizinischen Fakultät, die 1963 das Staatsexamen beendeten,

sechs Jahre haben wir gemeinsam in Leipzig Humanmedizin studiert. Da ist es an der Zeit, dass wir im kommenden Jahr 50 Jahre nach unserem Examen wieder an unserer altherwürdigen Ausbildungsstätte zusammenkommen sollten. Wir wollen gemeinsam das 50-jährige Examensjubiläum begehen und viele von uns können auch die Goldene Promotionsurkunde in Empfang nehmen.

Wir hoffen auf viele Teilnehmer. Teilnahmemeldungen bitte an:

Doz. Dr. med. Peter Kadner, Schorndorfer Weg 6, 04178 Leipzig, Tel.: 0341 5501499 oder an

Prof. Dr. med. Wolfgang Schmidt, Kochstraße 94, 04277 Leipzig, Tel.: 0341 3026013.

Arthur-Schlossmann-Preis 2013

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2013 in Magdeburg erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche

Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die Ausschreibung finden Sie auf www.stgkjm.de. Bewerber müssen bis zum 31.01.2013 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn

Priv.-Doz. Dr. med. Ludwig Patzer, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale), einreichen. Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Anträge können jederzeit gestellt werden. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de abzurufen.

Abgeschlossene Habilitationen III. Quartal 2012

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Prof. Dr. P.H. habil. Gesine Grande, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften an der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefähigung für das Fach Medizinische Psychologie verliehen.

Thema der Habilitationsschrift: Das Typ-D-Persönlichkeitsmuster als psychosozialer Risikofaktor bei PatientInnen mit koronarer Herzerkrankung – Diagnostik, Prävalenzen, Kausalmodelle und prognostische Validität.

Verleihungsbeschluss: 18.09.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Woubet Kassahun,

Chirurgische Klinik und Poliklinik II – Klinik für Visceral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Charakterisierung der β_2 - und α_1 -Adrenozeptoren bei primären und sekundären Lebermalignomen

Verleihungsbeschluss: 18.09.2012

Behnken-Berger-Preis

Dresdner Nachwuchs-Krebsforscherin gewinnt Behnken-Berger-Preis

Der renommierte Behnken-Berger-Preis ist ein Förderpreis der Behnken-Berger-Stiftung und geht an junge Nachwuchswissenschaftler, die in den Gebieten der Anwendung von Strahlen in der Medizin oder im Strahlenschutz tätig sind. Der mit 10.000 Euro dotierte 2. Preis geht in

Priv.-Doz. Dr. med. Joerg Seeburger, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, Klinik für Herzchirurgie, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Herzchirurgie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: Klinische Implementierung und weiterführende Entwicklungen der minimal-invasiven Mitralklappenrekonstruktion
Verleihungsbeschluss: 17.07.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Melanie Lupp,

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Psychologie und Public Health erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: Gesellschaftlicher Strukturwandel und Grenzen selbständigen und selbstbestimmten Wohnens im Alter – Eine epidemiologische Perspektive: Prädiktion von Heimübergängen
Verleihungsbeschluss: 17.07.2012

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Priv.-Doz. Dr. med. Sven Oehlschläger,

Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum der TU Dresden habilitierte sich und

es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Urologie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Klinische und experimentelle Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie von Kalziumoxalat-Steinträgern“
Verleihungsbeschluss: 18.07.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Neudert, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde des Universitätsklinikums an der TU Dresden habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Zur Rekonstruktion des Steigbügeloberbaus“
Verleihungsbeschluss: 18.07.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Irene Hinterseher,

Oberärztin an der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Charité Berlin habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie verliehen.

Thema der Habilitationsschrift: „Abdominales Aortenaneurysma. Klinik und Pathophysiologie: Klinischer Verlauf, Genetik, Immunologie und Infektiologie“
Verleihungsbeschluss: 19.09.2012



Dr. med. Kristin Gurtner © TU Dresden

diesem Jahr an Dr. med. Kristin Gurtner, Assistenzärztin in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikums Dresden, für ihre Forschungen zur Kombination der Strahlentherapie mit neuen molekular wirksamen Medikamenten zur Behandlung von Krebserkrankungen.

Konrad Kästner M.A.
Referent Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
Dekanat Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Dresden

Goldene Promotionsfeier für Mediziner in Leipzig

Rund 145 Alumni des Jahrgangs 1962 erhielten bei einer Feierstunde am 25. September 2012 Urkunden zur Erinnerung ihrer Promotion an der Medizinischen Fakultät vor 50 Jahren. Die heute weit über 70-Jährigen kamen aus allen Bundesländern nach Leipzig.

Indem die Goldene Promotion gefeiert wird, greift die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig eine alte Tradition auf. Ursprünglich wur-

den Absolventenjubiläen seit dem 18. Jahrhundert gewürdigt, die DDR hatte dies abgeschafft. Eine Feier in der diesjährigen Größe hat es somit seit 1968 nicht gegeben. Studienbeginn für die heutigen Jubilare war Mitte der 50er Jahre. Damals haben rund 600 Humanmediziner und 60 Zahnmediziner ihr Studium begonnen, aber nicht alle wurden 1962 promoviert, viele später. Manche haben sich als Ärzte niedergelassen, andere sind an Kliniken, Instituten oder Universitäten tätig. Neun von ihnen sind Ordinarien geworden. Schwierig war es, die über ganz Deutschland von Rostock bis Mün-

chen verteilten Kollegen überhaupt ausfindig zu machen, berichten die Leipziger Initiatoren Dr. med. Klaus Kühndel und Prof. Dr. med. habil. Jörg Skrzypczak. Letzterer hat während seiner Zugehörigkeit zur universitären Neurochirurgie von 1964 bis 2000 wesentliche Entwicklungen in Leipzig miterlebt. Sein Lebensweg ist eng verbunden mit Prof. Dr. med. habil. Georg Merrem (gestorben 1971), einem Wegbereiter der Neurochirurgie in der DDR.

Diana Smikalla
Universität Leipzig, Pressestelle

Dingebauer-Preis

Prof. Dr. med. habil. Heinz Reichmann erhielt den Dingebauer-Preis für seine Parkinson-Forschung.

Der Preis wurde ihm auf dem 85. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Hamburg übergeben.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Reichmann ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und Dekan der Medizinischen Fakultät



Prof. Dr. med. habil. Heinz Reichmann
© TU Dresden

der TU Dresden. Seine Arbeitsschwerpunkte sind neuromuskuläre Erkrankungen, extrapyramidale Bewegungsstörungen wie Parkinson, Neurosarkoidose sowie Störungen des Energiestoffwechsels in Gehirn und Muskel.

Konrad Kästner M.A.
Referent Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
Dekanat Medizinische Fakultät Carl Gustav
Carus Dresden

Kinder oder keine Kinder? Zwei Männer zum Thema Kinderwunsch

Spermien, die nicht schwimmen, taugen nichts für die Fortpflanzung – so lautet in Felix Wegeners Roman „Nichtschwimmer“ die katastrophale Diagnose des Urologen für einen Mann im besten Zeugungsalter. Der Schriftsteller wird im Rahmen der Kooperationsveranstaltung „Diagnosen – Literatur und Medizin“ aus seinem Roman lesen und mit dem Dresdner Gynäkologen und Facharzt für Reproduktionsmedizin, Dr. med. Hans-Jürgen Held, über unfruchtbare Männer, die Vater werden wol-



len, und über das Für und Wider der Reproduktionsmedizin sprechen. Felix Wegener wurde 1974 in einer saarländischen Kleinstadt geboren und lebt mit seiner Familie, die noch nicht so groß ist wie gewünscht, in Düsseldorf und arbeitet als PR-Referent. Dr. med. Hans-Jürgen Held führt seit 1998 ein Kinderwunschzentrum in Dresden und ist speziali-

siert auf die Behandlung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Um diesen zu helfen, bietet er das gesamte Spektrum der modernen Reproduktionsmedizin an.

Diese Veranstaltung findet begleitend zur Sonderausstellung „C'est la vie – Das ganze Leben. Der Mensch in Malerei und Fotografie“ im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden statt.

Wann: Mittwoch,
14. November 2012, 19.00 Uhr
Wo: Deutsches Hygiene-Museum
Dresden, Lingnerplatz 1
Moderation: Dr. Susanne Utsch,
Autorin, Journalistin, rbb-Moderatorin

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unsere Jubilare im Dezember 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.12. Dr. med. Andiel, Sigrid
08523 Plauen
- 02.12. Borsdorf, Gabriele
04229 Leipzig
- 02.12. Dipl.-Med. Schultz, Reiner
09306 Rochlitz
- 03.12. Dr. med. Putziger, Jens
34277 Fuldabrück
- 04.12. Dr. med. Miesel, Barbara
08209 Auerbach
- 05.12. Dipl.-Med. Höhne, Karin
04651 Bad Lausick
- 08.12. Profesor Honorario Univ.
Leon Zamora Gonzalez,
Jose Maria
02627 Weißenberg /
OT Wurschen
- 11.12. Dr. med. Gerlach, Felicitas
09128 Euba
- 11.12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Tegetmeyer, Helmut
04289 Leipzig
- 12.12. Dr. med. Kühnert, Claudia
09126 Chemnitz
- 14.12. Dipl.-Med. Reimer, Petra
09306 Rochlitz
- 14.12. Dr. med. Simon, Elke
04463 Großpösna
- 19.12. Dr. med. Döhler, Dolores
08499 Mylau
- 20.12. Dr. med. Hofmeister, Josef
04105 Leipzig
- 23.12. Dr. med. Barth, Albrecht
09350 Rödlitz
- 23.12. Dr. med. Herbst, Brigitte
09128 Kleinolbersdorf-
Altenhain
- 23.12. Dipl.-Med. Schwarz, Günther
09306 Köttwitzsch
- 24.12. Dr. med.
Schürer, Klaus-Dieter
04109 Leipzig
- 25.12. Dr. med. Claus, Rüdiger
04509 Delitzsch
- 27.12. Koch, Tatjana
09123 Chemnitz
- 28.12. Dr. med. Wenn, Annegret
01328 Dresden
- 31.12. Dr. med. Ossapofsky, Doris
01445 Radebeul

65 Jahre

- 01.12. Dr. med. Hohlfeld, Sylvia
04279 Leipzig
- 02.12. Dr. med. Feldmann, Frank
09557 Flöha
- 03.12. Dr. med. Ost, Hans
09127 Chemnitz
- 06.12. Seifert, Birgit
01728 Bannewitz
- 08.12. Dipl.-Med. Kraus, Eckart
08349 Johanngeorgenstadt
- 09.12. Dr. med. Müller, Ullrich
09228 Wittgensdorf
- 09.12. Dr. med. Richter, Ilona
09131 Chemnitz
- 11.12. Klotz, Ellona
09111 Chemnitz
- 12.12. Dr. med. Fischer, Anneli
01445 Radebeul
- 13.12. Dr. med. Weidner, Christina
02943 Weißwasser
- 15.12. Dr. med. Pernice, Walter
04860 Süptitz
- 18.12. Dipl.-Med. Bierbaum, Ute
02977 Hoyerswerda
- 28.12. Dipl.-Med. Ufer, Irmgard
02763 Eckartsberg
- 30.12. Dr. med. Dalitz, Helmut
04159 Leipzig
- 30.12. Dr. med. Fransecky, Barbara
01069 Dresden

70 Jahre

- 02.12. Dr. med. Beuchel, Karin
01723 Wilsdruff
- 02.12. Dr. med. Hofmann, Jochen
04736 Waldheim
- 04.12. Dr. med.
Adamczyk, Ekkehard
08468 Reichenbach
- 06.12. MUDr. Schneider, Bernd
09130 Chemnitz
- 07.12. Dr. med. Rösler, Wolfgang
01309 Dresden
- 08.12. Dr. med. Kaltschmidt, Inge-
borg
01445 Radebeul
- 08.12. Zieran, Waltraut
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 10.12. Klein, Sabine
04651 Flößberg
- 11.12. Dr. med. Michalk, Dieter
02708 Löbau
- 11.12. Dipl.-Med. Seidel, Christine
01326 Dresden
- 13.12. Dr. med.
Sprotowsky, Gerlinde
09127 Chemnitz
- 14.12. Dr. med. Hensel, Gerhard
01324 Dresden

- 15.12. Dr. med. Mocker, Rudolf
01454 Radeberg
- 15.12. Dr. med. Protzmann,
Thomas
01640 Coswig
- 15.12. Schmidt, Heidemarie
01277 Dresden
- 15.12. Dr. med. Singer, Jörg
09114 Chemnitz
- 16.12. Dipl.-Med. Körner, Karin
09648 Mittweida
- 17.12. Dr. med. Seifert, Marion
02827 Görlitz
- 18.12. Dipl.-Med.
Güldenring, Heiner
01217 Dresden
- 19.12. Ullmann, Eva
09128 Kleinolbersdorf
- 20.12. Dr. med. Thomas, Lothar
04316 Leipzig
- 23.12. Dr. med. Horn, Günter
09249 Taura
- 24.12. Dr. med. Kubisch, Christine
01139 Dresden
- 24.12. Dr. med. Naake, Erika
01257 Dresden
- 25.12. Dr. med. Rauh, Inge
09123 Chemnitz
- 25.12. Dr. med. Wirth, Christian
08359 Rittersgrün
- 26.12. Dr. med.
Hutschenreiter, Isolde
04299 Leipzig
- 26.12. Müller, Karin
01796 Pirna
- 27.12. Dr. med. Geschke, Christine
09366 Stollberg
- 27.12. Dipl.-Med. Radtke, Günter
09111 Chemnitz
- 28.12. Kumpf, Heide
01309 Dresden
- 29.12. Dr. med. Klenner, Ulrike
01728 Bannewitz
- 31.12. Dr. med.
Burckhardt, Matthias
04275 Leipzig
- 31.12. Dr. med. Schlenk, Ursula
01326 Dresden

75 Jahre

- 03.12. Dr. med.
Dornbusch, Eleonore
04416 Markkleeberg
- 04.12. Dr. med. Kirsten, Dagmar
01744 Malter
- 04.12. Dr. med. Matzen, Christa
04229 Leipzig
- 07.12. Dr. med. Paul, Maria
09111 Chemnitz

- 07.12. Dr. med. Schüppel, Renate
09123 Chemnitz
- 10.12. Richter, Margot
08523 Plauen
- 13.12. Dr. med.
Hilger, Hans-Joachim
04229 Leipzig
- 13.12. Dr. med.
Schmidt-Crecelius, Karin
01307 Dresden
- 16.12. Dr. med.
Bergmann, Gerhard
09306 Rochlitz
- 18.12. Dr. med. Haufe, Dietmar
02692 Großpostwitz
- 19.12. Dr. med. Hentschel, Christa
01187 Dresden
- 19.12. Dr. med. Kastl, Manfred
08236 Elfeld
- 19.12. Michaelis, Margit
01239 Dresden
- 21.12. Dr. med. Kunze, Dieter
08349 Johanngeorgenstadt
- 21.12. Dr. med. Schenderlein,
Peter
04279 Leipzig
- 22.12. Dr. med. Kollert, Heinz
09394 Hohndorf
- 22.12. Dr. med. Schubert,
Rotraut
04155 Leipzig
- 22.12. Dr. med.
Swaboda, Christine
01129 Dresden
- 24.12. Dr. med.
Prager-Drechsel, Sigrid
04157 Leipzig
- 24.12. Dr. med.
Wappler, Roswitha
02625 Bautzen
- 25.12. Dr. med. Brandl, Johanna
08056 Zwickau
- 26.12. Dr. med. Schubert, Margot
04299 Leipzig
- 28.12. Dr. med. Jülke, Klaus
04105 Leipzig
- 29.12. Werner, Brigitte
02959 Schleife
- 31.12. Thomas, Marga-Sylvia
01768 Glashütte
- 80 Jahre**
- 04.12. Dr. med. Genau, Fred
09119 Chemnitz
- 05.12. Dr. med.
Krämer, Karl-Heinz
04229 Leipzig
- 07.12. Dr. med. Wichan, Irene
01326 Dresden
- 08.12. Doz. Dr. med. habil.
Döring, Dieter
04703 Leisnig
- 08.12. Sachse, Liane
01129 Dresden
- 12.12. Dr. med. Kötz, Manfred
09119 Chemnitz
- 19.12. Dr. med. Flämig, Christel
01309 Dresden
- 24.12. Dr. med. Lehnert, Rolf
02681 Crostau
- 27.12. Dr. med.
Holfert, Hans-Peter
02827 Görlitz
- 81 Jahre**
- 01.12. Dr. med.
Gamnitzer, Christa
04279 Leipzig
- 02.12. Dr. med.
Krondorf, Christine
09599 Freiberg
- 03.12. Dr. med. Heinzig, Barbara
04317 Leipzig
- 11.12. Dr. med.
Scheffler, Hannelore
08427 Fraureuth
- 23.12. Dr. med.
Krumbiegel, Reiner
09366 Stollberg
- 30.12. Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Ernst
09125 Chemnitz
- 31.12. Dr. med. Zahrend, Rolf
04758 Oschatz
- 82 Jahre**
- 10.12. Satzger, Jelena
08056 Zwickau
- 30.12. Nowak, Margot
01217 Dresden
- 84 Jahre**
- 02.12. Dr. med.
Winde, Eva-Brigitte
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12. Rother, Grete
01307 Dresden
- 14.12. Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden
- 21.12. Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden
- 30.12. Dr. med. Seim, Günter
09111 Chemnitz
- 85 Jahre**
- 06.12. Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04279 Leipzig
- 09.12. Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig
- 13.12. Prof. Dr. med. habil.
Geiler, Gottfried
04277 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Simon, Joachim
08060 Zwickau
- 86 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch
- 19.12. Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden
- 29.12. Dr. med.
Spangenberg, Georg
04158 Leipzig
- 87 Jahre**
- 10.12. Dr. med. Butter, Brigitte
02526 Bautzen
- 19.12. Dr. med. Müller, Lenore
09603 Großschirma
- 30.12. Prof. Dr. sc. med.
Hajduk, Frantisek
09114 Chemnitz
- 88 Jahre**
- 27.12. Dr. med. Staude, Sigrid
04416 Markkleeberg
- 31.12. Dr. sc. med.
Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen
- 90 Jahre**
- 29.12. Dr. med.
Günther, Waltraute
04420 Markranstädt
- 92 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg
- 15.12. Dr. med. von
Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen
- 17.12. Prof. Dr. med. habil.
Haller, Hans
01069 Dresden
- 98 Jahre**
- 31.12. Dr. med. Born, Helmut
01326 Dresden

Nachruf für Dr. med. Gottfried Lindemann

* 12.07.1931

† 23.07.2012

Am 23. Juli 2012 verstarb Herr Dr. med. Gottfried Lindemann, ehemaliger Chefarzt der Gefäßchirurgischen Klinik in Karl-Marx-Stadt und von 1990 bis 1996 Chefarzt der Chirurgischen Klinik Flemmingstraße in Chemnitz, nach langer schwerer Krankheit.

Wir trauern um unseren ehemaligen Chef, einen engagierten Arzt, begnadeten Operateur und chirurgischen Lehrer.

Dr. med. Gottfried Lindemann wurde am 12. Juli 1931 in Schönbach bei Sebnitz geboren.

Seine Kindheit verbrachte er in materiell einfachen Verhältnissen, aber familiärer Geborgenheit.

Die Schulzeit war durch den Zweiten Weltkrieg und besonders durch die Folgen des Zusammenbruchs des Dritten Reiches 1945 und die Nachkriegsjahre geprägt. Zielstrebig legte Dr. Lindemann 1950 das Abitur ab und begann im selben Jahr das Medizinstudium in Leipzig.

Für die Menschen in Deutschland – und hier besonders unter den politischen Repressalien in der DDR – waren die 50er-Jahre ein Neubeginn. Diese Verhältnisse prägten auch das Leben und das Studium von Dr. Lindemann.

Das erfolgreiche Staatsexamen 1956 war dann der Beginn seiner chirurgischen Berufslaufbahn.

Viele junge Ärzte gingen in dieser Zeit den Weg in den Westen Deutschlands für ein Leben in Freiheit und bessere materielle Lebensbedingungen.

Dr. Lindemann folgte diesen Verlockungen nicht, sah die immer noch schlechte medizinische Versorgung der Nachkriegszeit in seiner Heimat und begann seine Facharztausbildung 1956 im Krankenhaus Sebnitz. 1957 wechselte Dr. Lindemann nach Karl-Marx-Stadt und setzte hier seine chirurgische Ausbildung bis zum erfolgreichen Facharztabschluss 1962 fort.

In vielen Gesprächen mit unserem Chef Dr. Lindemann haben wir von



den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen der 50er- und 60er-Jahre erfahren. Eine 12- bis 14-stündige Arbeitszeit und viele Bereitschaftsdienste prägten den Berufsalltag eines Arztes. Private Interessen standen oft im Hintergrund. Diesen bedingungslosen Einsatz in Klinik und Ambulanz hat uns Dr. Lindemann stets vorgelebt und ist in diesem Sinn folgenden Arztgenerationen Vorbild gewesen.

Schon 1963, ein Jahr nach Facharztabschluss, wurde Dr. Lindemann von dem damaligen Chefarzt Prof. Dr. med. Kurt Unger zum Oberarzt berufen.

Die 60er-Jahre waren durch Spezialisierungen in der Chirurgie geprägt. Dr. Lindemanns Interesse galt der Entwicklung der Gefäßchirurgie.

Aufgrund der politischen Verhältnisse in der DDR war ein Aufenthalt in gefäßchirurgischen Zentren des westlichen Auslands für Dr. Lindemann nicht möglich und so nutzte er die Gelegenheit, 1969 im Institut für klinische und experimentelle Chirurgie in Prag bei Prof. Hejhal zu hospitieren. Die Arbeit in dieser Klinik war für ihn ein Meilenstein auf dem Weg zum Gefäßchirurgen und er berichtete gern und oft aus dieser Zeit.

1976 erkrankte Prof. Dr. Unger und Dr. Lindemann übernahm die kommissarische Leitung der Chirurgischen Klinik.

Aus anfangs einzelnen Gefäßeingriffen im allgemeinchirurgischen Programm wurde bald ein gefäßchirurgisches Routineprogramm und 1977 wurde in Karl-Marx-Stadt die Abteilung für Gefäßchirurgie gegründet, zu deren Chefarzt Dr. Lindemann berufen wurde.

Eine langjährige chirurgische Erfahrung und die ihm eigene exakte und

sichere Operationstechnik ließen ein gefäßchirurgisches Zentrum entstehen, das als solches beim Ministerium der DDR ausgewiesen war und von Chirurgen der Region, aber auch des Auslands zur Weiterbildung besucht wurde.

Die politische Wende 1989/1990 veränderte auch das berufliche Leben von Dr. Lindemann.

Er hätte zu diesem Zeitpunkt auf eine erfolgreiche chirurgische Laufbahn ohne politische Kompromisse zufrieden zurückblicken und die Umstrukturierung von Klinik und Berufspolitik anderen überlassen können. Die Aufbruchstimmung dieser Zeit veranlasste ihn noch einmal, die Verantwortung der Leitung einer chirurgischen Klinik zu übernehmen und auch berufspolitisch in der neu gegründeten Sächsischen Landesärztekammer im Vorstand bis 1994 mitzuarbeiten.

1996 leitete Dr. Lindemann als Präsident der Sächsischen Chirurgenvereinigung den Kongress in Chemnitz.

Altersbedingt beendete Dr. Lindemann am 31.12.1996 die Arbeit in der Klinik.

Sein Wirken wurde 1997 von der Sächsischen Landesärztekammer mit der Verleihung der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille gewürdigt. Auch im wohlverdienten Ruhestand war Dr. Lindemann noch im Weiterbildungsausschuss und der Facharztprüfungskommission der Sächsischen Landesärztekammer tätig.

Jetzt war endlich die Zeit gekommen, aufgeschobene Reisewünsche zu verwirklichen.

Eine schwere Erkrankung beeinträchtigte dann seit 2006 das Leben von Dr. Lindemann zunehmend und an eine Genesung war nicht mehr zu denken. Mit Geduld, Lebensmut und noch erstaunlichen Initiativen hat Dr. Lindemann diesen letzten Lebensabschnitt, unterstützt von seiner Familie, ertragen.

Am 2. August 2012 nahmen wir Abschied von unserem ehemaligen Chef und chirurgischen Lehrer.

Wir werden Dr. Lindemann in dankbarer und ehrender Erinnerung behalten.

Dr. med. Dieter Jäckel, Chemnitz

Ärztblatt Sachsen 11/2012

Jürgen Schieferdecker – retro' 75

Mit Werken des Dresdners Jürgen Schieferdecker aus den Jahren 1959 bis 2012 beginnen in der Sächsischen Landesärztekammer wieder die regelmäßigen Wechselausstellungen. Der diplomierte Architekt, geboren am 23. November 1937 in Meerane, tätig ab 1975 an der Technischen Universität Dresden, zwischen 1993 und 2003 als Professor für Bildnerische Lehre an der Fakultät für Architektur, versteht sich schon immer als „politischer Künstler“. Vor dem Hintergrund christlicher Ethik und Ernst Blochs „Kritischer Theorie“ waren und sind Frieden, Gerechtigkeit und Bewahrung der Schöpfung Leitmotive seines Schaffens. Getragen davon, verband und verbindet sich in seinem Wirken immer auch eigene künstlerische Arbeit und der Einsatz für das Werk anderer. Markantes Zeugnis dessen war in den 1980er-Jahren sein erfolgreicher Einsatz – er war damals Leiter des künstlerischen Beirats der TU Dresden – für die Aufstellung einer Plastik von Hermann Glöckner vor der Neuen Mensa.

Künstlerisch ist Jürgen Schieferdecker von Strömungen der Klassischen Moderne inspiriert, etwa von Vertretern des Surrealismus wie Max

Ernst, Salvador Dalí und René Magritte, aber ebenso Pablo Picasso. Auch Kurt Schwitters oder die Fotomontagen eines John Heartfield – die Montage ist eins der bestimmenden bildnerischen Mittel Schieferdeckers – sowie die Pop Art und Beuys haben in seinem Schaffen Spuren hinterlassen. Bilder wie „Suliko oder der Diktator am Abend“ (1967) sowie Serien wie die „Mönchguter Landschaften“ (1978/79) zeigen den Künstler gleichermaßen als Kritiker von stalinistischer Diktatur wie Mahner gegen Umweltzerstörung. Zahlreiche seiner grafischen Blätter, darunter „Beuys macht das Licht an“ (1978), brachten ihm Aufmerksamkeit und Preise, etwa der internationalen Grafikbiennalen in Krakow, Frechen und Tokio. Auch heute fühlt sich Schieferdecker künstlerisch herausgefordert, etwa von „Treuen Händen“, internationaler Politik, Neonazis oder dem rassistischen Mord an der Ägypterin Marwa (2009) in Dresden. Ebenso entstehen künstlerische „Vorbilder“ thematisierende Folgen wie die „Iberische Suite“ (ab 2000). Werke des Künstlers befinden sich in zahlreichen Museen und Sammlungen, darunter das grafische Gesamtwerk bis 1983 im Kupferstich-Kabinett der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

15 Jahre Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Idee, im Kammergebäude der sächsischen Ärzteschaft auch sächsische Künstler ausstellen zu lassen, entstand mit Beginn der baulichen Planung des Gebäudes im Jahr 1994 („Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/2012, Seite 436).

Inzwischen sind die regelmäßigen Ausstellungen in der Landesärztekammer eine feste Größe im Dresdener Kunstgeschehen.

Das 15-jährige Jubiläum dieser besonderen kulturellen Aktivitäten nimmt die Sächsische Landesärztekammer zum Anlass, eine repräsentative Auswahl der in diesem Zeitraum entstandenen Kunstsammlung unter dem Motto „Von Adam bis Zielonka“ vom 17. Oktober bis 25. November 2012 zu zeigen. Über 180 Kunstliebhaber waren zur Vernissage am 18. Oktober 2012 nach Dresden gekommen. Der Einführungsvortrag wurde von Herrn Dr. phil. Gisbert Porstmann, Direktor der Städtischen Galerie Dresden, gehalten.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärztblatt Sachsen“



Weißkopfsseadler beim Training, Assemblage, 2003

Ausstellung im Erdgeschossfoyer und dem Foyer der vierten Etage vom 28. November 2012 bis 20. Januar 2013, Montag bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 29. November 2012, 19.30 Uhr.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. jur. Verena Diefenbach und Musiker Jürgen Karthe (v.l.)

Das Insekt des Jahres 2012: Der Hirschkäfer



Die Käfer findet man an den Brutbäumen vorzüglich der Eichen.
© Dr. Hannes Rietzsch

Mit dem Recken unserer Wälder ist wohl der Bekannteste aller Käfer unserer Heimat zum „Insekt des Jahres 2012“ gekürt worden.

Eine Begegnung mit dem größten heimischen Käfer ist ein MUSS für jeden Insektenfreund. Vom Hirschkäfer, lat. *Lucanus cervus* LINNE, hat man Unglaubliches gehört. Geschichten über aufregende Kämpfe zwischen Männchen um die Gunst eines eher unscheinbaren Weibchens offenbaren einen wahren Mikrokosmos des Jägerlateins. In der Tat ist das schon beobachtet worden, und diese Bilder gehen um die Welt, sofern sie nicht gestellt wurden. Die Gefahr, die von den Hirschkäfergeweihen ausgeht, ist eher gering. Als Verteidigungshilfe gegen große Angreifer ist das Geweih nicht



Das Hirschkäfermännchen schleckt an dem Blut der Schlange.
© Dr. Hannes Rietzsch

geschaffen. Bei Rivalen kann schon mal ein Stück des Chitinpanzers zu Bruch gehen. So richtig beißen, schon so bis aufs Blut, das können eher die Weibchen mit ihren unscheinbaren „Waffen“, ihren wesentlich kleineren aber kräftigen Mandibeln.

Hirschkäfer sind eine weltweit verbreitete Käferfamilie: Viele Vertreter genießen den Schutz durch Naturschutzgesetze. Als größter Käfer unserer Heimat rangiert das Männchen des Hirschkäfers mit fast neun cm Körperlänge als eine ernstzunehmende Erscheinung unter den wilden Tieren. Die eher unscheinbaren Weibchen tragen wie bei den Hirschen kein Geweih und erreichen nur eine Körpergröße von bis zu vier cm. Interessant ist, dass sich offenbar große Männchen auch nur mit entsprechend großen Weibchen paaren können und damit für den Fortbestand der „Großen“ in der Population sorgen. Ein zu kleines Weibchen kann das Männchen nicht mit den mächtigen Mandibeln halten. So fallen die kleinen bei dieser Art von Partnerwahl regelrecht durch. In der Natur findet man aber in der Mehrzahl nun doch eher kleinere Exemplare. Hier ist die Partnerfindung einfacher und die Zahl der Nachkommen dann größer. Bevor sich die Käfer aber in ihrer majestätischen Schönheit zeigen können, durchleben sie eine wenig spektakuläre Jugend. Bis zu sieben Jahre verbringen sie in Gestalt von Engerlingen, wie wir sie von den nahe verwandten Maikäfern kennen. Sie fressen sich in dieser Zeit durch den Mulm von morschem Holz oder leben von dem Holz der Wurzeln abgestorbener Bäume tief im Erdreich.

In den Sommermonaten erscheinen die Käfer für wenige Wochen an der Oberfläche. Die Männchen brummen in der Dämmerung in schwerfälligem Flug um ihre Brutbäume und nehmen dabei die Witterung zu den meist am Boden sitzenden Weibchen auf. Dabei suchen sie auch nach geeigneten Stellen, um Nahrung aufzunehmen. An sogenannten blutenden Eichen, aus denen nährstoffhaltiger Holzsaft austritt, finden sich Männchen und Weibchen zum Saftmale ein. Der Saftaustritt aus der Eiche wird möglicherweise durch Schlauchpilze unter-

halten, welche für die Ernährung der Tiere und die Reifung der Keimzellen essentiell sind. Gut gesättigt und natürlich nach erfolgter Paarung, vergräbt sich das Weibchen alsbald, um die Eier an der Nahrung für die Nachkommen abzulegen. Die gestorbenen Männchen findet man nicht selten am Boden liegend; sie werden auch häufig von Vögeln gefressen.

Eine ganz sicher einmalige Begegnung mit dem Hirschkäfer war mir in einem Weinberg an den Donauhängen der Südslowakei im Jahr 1977 vergönnt. In diesem Gebiet ist die uns allen namentlich gut bekannte Äskulapnatter zu Hause. Die bis 1,80 Meter messende größte Schlange in Europa ist für ihre Kletterkünste bekannt. Leider wird auch diese ungefährliche Natter als Giftschlange angesehen und deshalb achtlos getötet. An dem ausgeflossenen Blut einer auf diesem Wege zu Tode gekommenen Äskulapnatter labte sich ein Hirschkäfermännchen.

Die Äskulapnatter (*Elaphe longissima*) steht auf der Liste der vom Aussterben bedrohten Arten, genau wie der Hirschkäfer. Dessen Name *Lucanus* geht auf Plinius secundus zurück. Die Zangen der Käfer, so schrieb Plinius, habe man kleinen Kindern zum Schutz an den Hals gehängt. Die Äskulapnatter steht als Symbol für über 3000 Jahre in der Medizingeschichte. Der Sage nach habe ein solches Tier den Stab des Gottes der Heilkunst, Asklepios, deutsch: Äskulap, umschlungen.

Wenn wir uns auch in den kommenden Jahren an der Schönheit des Hirschkäfers erfreuen wollen, müssen wir dafür Sorge tragen, dass seine letzten Lebensräume erhalten bleiben. Auch die Äskulapnatter ist in ihrem Lebensraum bedroht. Tun wir alles, dass ihre Gefährdung und die damit verbundene Gefahr des Aussterbens nicht zur Vorahnung für ungewollte Veränderungen in der Medizin werden. Die hohe Kultur der Menschheit und auch die Medizin schöpfen die Kraft aus der Natur, aus Erfahrung, Wissen und Tradition. Lassen wir uns überraschen - von einem Hirschkäfer!