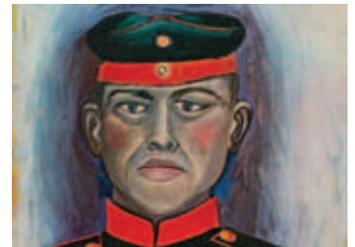


Editorial	Medizin oder Markt?	4
Berufspolitik	Die Jungen Allgemeinmediziner Sachsen Ärzte für Berufsausschuss MFA gesucht Klinische Krebsregister im Freistaat Sachsen	5 6 8
Mitteilung der Sächsischen Ärzteversorgung	Befreiungsantrag bei jedem Beschäftigungswechsel	7
Amtliche Bekanntmachungen	Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer	8
Recht und Medizin	Medizinische Aspekte der Gewahrsamstauglichkeit	9
Hygiene aktuell	Welt-Poliotag 2012 Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision Sächsische Impfkommision 2013 bis 2016	13 16 20
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	21
Verschiedenes	Freistaat Sachsen stellt auf internationalen Zahlungsverkehr um Kommunale Gesundheitsförderung Neue Betäubungsmittelrezeptformulare	21 21 21
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	22
Leserbrief	Dr. med. Ulf-Norbert Funke	23
Buchbesprechung	Erlebtes und Empfundenes Der Westbusen	24 24
Personalia	Verstorbene Kammermitglieder Jubilare im Februar 2013 Abgeschlossene Habilitationen IV. Quartal 2012	25 26 28
Medizingeschichte	Vom Adelsitz zum Krankenhaus Soldat mit Palette	29 31
Reisebericht	Amppipal-Hospital in Nepal	34
Kunst und Kultur	Ausstellung: Carsten Gille „de rerum natura“ Wünsche zum neuen Jahr	35 35
Einhefter Einhefter	Jahresinhaltsverzeichnis 2012 Fortbildung in Sachsen – März 2013	



Vom Adelsitz zum Krankenhaus
Seite 29



Otto Dix und seine Bilder vom Krieg
Seite 31



Amppipal-Hospital in Nepal
Seite 34



Carsten Gille – de rerum natura
Seite 35

Titelbild: Schloss Colditz, Quelle: Wikimedia Commons

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

Medizin oder Markt?



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

© SLÄK

Zum Jahresende 2012 veröffentlichte das wissenschaftliche Institut der AOK „Wido“ seine Analyse der Operationen an deutschen Krankenhäusern. Danach sei die Zahl der Eingriffe in den vergangenen Jahren drastisch gestiegen. 2011 gab es insgesamt 18,3 Millionen und damit fast zwei Millionen mehr als noch im Jahr 2005. Und im vergangenen Jahr stieg die Zahl der Operationen wohl nochmals um 300.000. Bei einzelnen Behandlungen läge Deutschland damit europaweit an der Spitze.

Ich möchte diese Ergebnisse jetzt nicht bewerten. Aber die sich anschließende Diskussion in den Medien benennt die Gretchenfrage der deutschen Kliniken auf sehr eindrucksvolle Weise: Wie finanziert man Medizin im Krankenhaus heute? Bei der Beantwortung darf man aus meiner Sicht den Fokus nicht nur auf die Krankenhäuser richten, denn wenn sich der Staat aus seinen grundgesetzlich fixierten Verpflichtungen – wie zum Beispiel Investitionen – zurückzieht, Krankenhäuser in Aktiengesellschaften umgewandelt werden sowie Chefärzte Bonusverträge erhalten, dann haben wir es hier mit einer breiten gesellschaftlichen Entwicklung zu tun. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben sich schon sehr oft zu diesen Entwicklungen kritisch geäußert.

Sächsische Krankenhäuser behandeln jedes Jahr nicht nur tausende Patienten bei hoher Qualität. Sie sichern auch 92.313 Arbeitsplätze und davon allein 47.500 in den Krankenhäusern selbst. Sie bedienen zudem regionale Wertschöpfungsketten. Insbesondere Zulieferer, Dienstleister und Vertragspartner haben ihren Sitz häufig im Freistaat. Dies führt laut einem Gutachten der Krankenhausgesellschaft Sachsen zu einer jährlichen Gesamtwertschöpfung in und durch die sächsischen Krankenhäuser in Höhe von 4,5 Mrd. Euro. Dennoch werden Krankenhäuser in der öffentlichen Debatte gerade von Politikern fälschlicherweise immer nur als Kostenverursacher dargestellt. Warum? Weil diese dem verkürzten Marktdenken folgen.

Der Schriftsteller Ingo Schulze beschreibt in seiner „Dresdner Rede“ von 2012 diesen Trend zu einer marktkonformen Demokratie, also einer Unterordnung der Demokratie unter den Markt auf treffliche Weise. Es kann nach seiner Auffassung nicht sein, dass Banken Gewinne behalten und Verluste auf die Gesellschaft übertragen, der einzelne Bürger aber das Risiko einer Geldanleihe komplett allein tragen muss. Und warum, fragt er, wird in allen öffentlichen Bereichen gekürzt, während das Bruttoinlandsprodukt seit Jahren stetig wächst? Im Ergebnis kommt er zu dem Schluss, dass wir sehr viel mehr demokratiekonforme Märkte brauchen.

Auch Prof. Michael J. Sandel von der Harvard-Universität unterzieht die Expansion des Markt Denkens einer scharfen Kritik und verlangt eine Remoralisierung der öffentlichen Debatte über das Gemeinwohl. Denn nach seiner Auffassung sind wir von einer sinnvollen regulierbaren Marktwirtschaft in einen Zustand der Marktgesellschaft gerutscht, wo soziale Beziehungen zum Spiegel der Märkte werden und die Ökonomie die Ethik ersetzt.

Es geht letztendlich um nichts weniger als um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Wer mit seinem Leiden zum Mediziner geht, der will doch, dass ihm geholfen

wird, unabhängig vom Ansehen oder dem Geldbeutel. Kein Leidender möchte, dass er nur deshalb behandelt wird, weil ein Krankenhaus die Betten auslasten und den Gewinn maximieren möchte. Und wir können die Zuteilung der medizinischen Versorgung nicht von der Kaufkraft eines Patienten abhängig machen. Die Medizin oder Bereiche von ihr dürfen nicht dem Markt geopfert werden. Die Ökonomie muss Dienerin der Medizin sein und nicht umgekehrt.

Wir alle wissen, Medizin kostet Geld, viel Geld. Dieses muss wirtschaftlich eingesetzt werden. Denn nicht nur Prof. Dr. med. Fritz Beske prophezeit in seiner aktuellen „Versorgungsprognose 2060“ für die kommenden Jahre eine Zunahme des Leistungsumfanges und ein Anstieg der Ausgaben durch demografischen Wandel und Morbidität. Rationalisierung, aber auch Priorisierung sind deshalb wichtige Eckpfeiler einer Gesundheitsversorgung der Zukunft. Dabei muss bei einer Weiterentwicklung immer der Mensch und das Gemeinwohl im Mittelpunkt stehen. Aufgabe der Politik ist es deshalb, Solidarität und Gemeinsamkeit zu stiften, denn der Markt kann das nicht. Folgten wir blind den Regeln des Marktes, dann würden wir zum Beispiel Blut- oder Organspenden bezahlen.

Nachrückende Ärztegenerationen werden sich sehr viel mehr als bisher mit marktwirtschaftlichen Parametern auseinandersetzen müssen. Dafür sollte man ihnen den Rücken stärken. Erfahrene Kollegen können dabei wichtige Vorbilder sein, wenn es darum geht, kritisches Bewusstsein und fachliche Kompetenz sowie Empathie einer „Ökonomisierung des Medizinbetriebes“ entgegenzusetzen.

In diesem Sinne sollten wir das Jahr 2013 dafür nutzen, eine Kursänderung einzuleiten und die Politik mit Blick auf das Wahljahr 2014 in die Pflicht zu nehmen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident



Die Jungen Allgemeinmediziner Sachsen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten uns zunächst kurz vorstellen: Mit dem Wunsch, die Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aus der kollegialen und fachlichen Isolation ihrer Weiterbildungspraxen zu holen, schloss sich im Herbst 2010 zunächst eine kleine Gruppe angehender Allgemeinmediziner in Dresden zusammen, um sich etwa 5- bis 6-mal pro Jahr zu einem Fachvortrag und natürlich auch zum geselligen Miteinander zu treffen. Mittlerweile gehören unserer Regionalgruppe Dresden mit maßgeblicher Unterstützung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) etwa 50 Kollegen (vom PJ-ler bis Jungfacharzt) an. Um den drohenden und in einzelnen Regionen Sachsens bereits real existierenden Fach- und Hausärztemangel abzuwenden, haben sich bereits viele engagierte niedergelassene Ärzte und Vertreter von Landesorganisationen und Kliniken zum Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ zusammengeschlossen und dabei kreative und zum Teil bereits beginnend wirksame Anstrengungen (zum Beispiel Studienbeihilfe, Förderung einer Niederlassung) unternommen.

Damit die weiteren Vorhaben auch die angehenden Kollegen erreichen, möchten wir unsere Ideen in die aktuelle Diskussion einbringen.

Insbesondere der kürzlich veröffentlichte Plan der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KVS), das sogenannte „Ungarn-Studienprogramm“, stieß unsererseits zunächst auf Unverständnis. Den bisherigen Angaben der KVS zufolge verpflichten sich für dieses Projekt etwa 20 Studenten pro Jahrgang, in einer ungarischen Kleinstadt (Pécs) Medizin zu studieren und zum PJ und für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner mit anschließender Niederlas-

sung nach Sachsen zurückzukehren. Im Gegenzug übernehme die KVS Studiengebühren und Unterhalt in Höhe von mindestens 80.000 EUR pro Studierenden. Damit diese Idee überhaupt Früchte tragen kann, sind nach unserer Auffassung wohl noch einige organisatorische Hürden zu überwinden und ist vor allem dieses Programm hinsichtlich der Anbindung an sächsische Lehrpraxen und -kliniken zu modifizieren.

Auch die bestehenden Maßnahmen wie Studienbeihilfe und finanzielle Unterstützung zur Niederlassung in unterversorgten Regionen können allein keine Lösung sein. Denn wie einschlägig beschrieben, ist eine wesentliche Ursache für den Ärztemangel, der sich zuallererst und am empfindlichsten in der breiten hausärztlichen Versorgung bemerkbar macht, dass sich zu viele der in der Anzahl ausreichenden Medizinabsolventen gegen die vollumfängliche kurative Tätigkeit entscheiden. Mit Blick auf die Allgemeinmedizin muss es für alle Beteiligten das Ziel sein, bei den angehenden Kollegen während des Studiums und der Weiterbildung die Berufung zum Arztsein und zum „Hausarzt-Werden-Wollen“ zu wecken. Die demnächst in Kraft tretende, neue Approbationsordnung leistet dafür durch die Vorgaben zur Erweiterung der allgemeinmedizinischen Lehre im Studium (Blockpraktikum, PJ-Tertial) zumindest den formalen Beitrag. Diesen gilt es durch institutionelle Förderung (Personal, Budget) zu stärken.

Da uns bewusst ist, dass ein Vorhaben wie das Ungarn-Studienprogramm auch für die KVS ein Wagnis darstellt, da sie ja die Interessen aller niedergelassenen Kollegen zu vertreten hat, seien kurz einige Besonderheiten im Weiterbildungsgang der Allgemeinmedizin skizziert:

Aufgrund nur selten vorzufindender Weiterbildungsverbände in unserer Fachgruppe muss der Weiterbildungsassistent sich meist die verschiedenen Bausteine seiner Weiterbildung (ambulant und stationär, verschiedene Fachgebiete) selbstständig zusammensetzen, wodurch sich neben einem erheblichen Zeitaufwand oft Schwierigkeiten beim nahtlosen Anstellungswechsel ergeben. Während der Abschnitte in den Kliniken genießt der Assistent noch Vorzüge wie regelmäßige Fortbildungen während der „Kernarbeitszeit“, strukturierte Rotationen und den täglichen fachlichen und nicht zu unterschätzenden zwischenmenschlichen Austausch unter vielen Kollegen und Vorgesetzten. Angekommen in der hausärztlichen Weiterbildungspraxis wird er dann meist zum Einzelkämpfer, der den oft empfundenen Zugewinn an Lebensqualität gegen empfindliche Abstriche bei Gehalt (pauschal 3.500 EUR brutto, Einstiegsgehalt Kliniken 3.800 bis 4.100 EUR plus Dienste) und fachlicher Förderung abwägt.

Eine Unterstützung der Weiterbildung innerhalb eines Verbundes, so wie in anderen Bundesländern bereits hervorragend gelöst, ist auch in Sachsen anzustreben.

Wir haben innerhalb der JASa eine rege Diskussion über die Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation unseres Fachs geführt und folgende Kernpunkte herausgearbeitet. Um die Attraktivität des Facharztes für Allgemeinmedizin und die Niederlassung in einer Hausarztpraxis zu steigern und vor allem bekannt zu machen, schlagen wir eine Reihe von Maßnahmen vor, die ausdrücklich sowohl auf die studentische Ausbildung als auch auf die Weiterbildungszeit zielen und für deren Umsetzung wir unseren Beitrag leisten wollen:

- verpflichtende Fortbildungsreihe für alle PJ-Studenten und Ärzte in Weiterbildung für Allgemeinmedizin: Realisierung durch SGAM,

- Trainings- bzw. Visitationsprogramm für Weiterbildungsbeauftragte: Realisierung durch SGAM,
- monatlicher Studientag für PJ-Studenten,
- angemessene finanzielle Aufwandsentschädigung für PJ-Lehrpraxen: Realisierung durch Freistaat Sachsen und die Fakultäten,
- Aufwandsentschädigung für PJ-Studenten: Realisierung durch KVS, Krankenhausgesellschaft und GKV,
- Anhebung der WB-Förderung (Gehalt): Realisierung durch KVS und Krankenkassen,
- Ausbau und Vernetzung der Koordinierungsstelle (von Ärztekammer, KVS, Krankenhausgesellschaft) für Allgemeinmedizin,

- Förderung von Weiterbildungsverbänden: Realisierung durch Ärztekammer, KVS und Krankenhausgesellschaft.

Damit diese Vorhaben gelingen können, brauchen wir die wohlwollende Unterstützung der Entscheidungsträger in Ministerien, Berufsverbänden und Fachgesellschaften und nicht zuletzt der engagierten Kollegen, die uns mit ihrem täglichen Einsatz für die Patienten ein Vorbild sind.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen,

Ihre Jungen Allgemeinmediziner Sachsen.

www.ja-sa.net

Ärzte für Berufsbildungsausschuss MFA gesucht

Bewerben Sie sich jetzt!

1. Ärzte für den Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“ für den Berufszeitraum 2013/2016 gesucht.

Bei der Sächsischen Landesärztekammer als zuständige Stelle für die Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten ist der Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“ angesiedelt. Diesem Ausschuss gehören jeweils sechs Beauftragte der Arbeitgeber (=Ärzte) und Arbeitnehmer (=MFA) sowie sechs Lehrkräfte von berufsbildenden Schulen (mit beratender Stimme) an. Alle Mitglieder haben Stellvertreter.

Dem Berufsbildungsausschuss obliegen wichtige Aufgaben im Rahmen der Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten. Deshalb ist er in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören. Er hat im Rahmen seiner Aufgaben auf eine stetige Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuwirken. Zu den Themenfeldern gehört neben der

Ausbildung der MFA auch deren Fortbildung. Der Berufsbildungsausschuss tritt in der Regel 1 mal/Jahr zusammen.

Der Berufszeitraum des Ausschusses endete zum 31. Dezember 2012.

2. Prüfer für die Prüfungsausschüsse „Medizinische Fachangestellte“ für den Berufszeitraum 2013/2018 gesucht.

Ebenfalls auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes errichtet die Sächsische Landesärztekammer Prüfungsausschüsse für die Abnahme der Prüfungen der Medizinischen Fachangestellten. Auch diesen Ausschüssen müssen als Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens eine Lehrkraft einer berufsbildenden Schule angehören.

Hauptaufgabe der Prüfungsausschüsse ist die praxisnahe und fachkundige Abnahme und Bewertung der Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten im praktischen Teil. Die Prüfungen (75 Minuten/Prüfling) finden an den Prüfungsstandorten Chemnitz, Dresden, Leipzig und Görlitz statt. Voraussetzung für die Prüfertätigkeit sind eine entsprechende Sachkunde und die per-

sönliche Eignung der Prüfer. Kenntnisse über die Ausbildungsinhalte sind erforderlich, das heißt die jeweiligen Ärzte sollten selbst ausbilden oder bereits ausgebildet haben.

Der Berufszeitraum der Prüfungsausschüsse endet am 28.02.2013.

Die Berufung der Arbeitgeber, mithin der Ärzte, erfolgt auf Vorschlag der Sächsischen Landesärztekammer.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung, speziell für die Berufsbildung der MFA als wichtige Stütze des Arztes in seiner Praxis, leisten möchten und Interesse an einer ehrenamtlichen Mitarbeit in den oben genannten Ausschüssen haben, würde ich mich freuen, wenn Sie jetzt mit uns Kontakt aufnehmen. Rufen Sie uns unter 0351 8267170 an oder schreiben Sie eine Mail an mfa@slaek.de. Wir informieren Sie gern über die Rahmenbedingungen dieser ehrenamtlichen Tätigkeit.

Weitere Informationen über den Berufsbildungsausschuss und die Prüfungsausschüsse finden Sie auch auf unserer Homepage unter www.slaek.de.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Befreiungsantrag bei jedem Beschäftigungswechsel

Das Bundessozialgericht hat mit Entscheidung vom 31.10.2012 grundlegende Neuerungen zum Befreiungsrecht judiziert. **Antragsteller müssen danach zukünftig bei jedem Wechsel ihrer Beschäftigung zwingend einen neuen Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen.** Der Antrag muss fristwährend und unter Einhaltung der 3-Monatsfrist des § 6 Abs. 4 SGB VI gestellt werden, da anderweitig die Befreiung nur noch ab dem Zeitpunkt der Antragstellung rechtliche Wirksamkeit entfalten kann, unabhängig davon, ob zuvor bereits die materiellen Befreiungsvoraussetzungen vorgelegen haben.

Grund für diese Neuerung ist, dass das Bundessozialgericht einer einmal ausgesprochenen Befreiung nur noch eine begrenzte Rechtswirksamkeit zusprechen will, die auf die jeweilige Beschäftigung bzw. selbständige Tätigkeit, für die eine Befreiung einmal ausgesprochen worden ist, begrenzt ist. Das Gericht ist insoweit einem sehr engen Wortlautverständnis des § 6 Abs. 5 S. 1 SGB VI

gefolgt und hat damit eine langjährig anders geartete Verwaltungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgehoben.

Wir raten daher, bei jedem Wechsel der Beschäftigung unverzüglich einen neuen Befreiungsantrag zu stellen. Sofern der Antrag nicht fristgerecht innerhalb von drei Monaten nach Antritt der neuen Beschäftigung bei der Sächsischen Ärzteversorgung eingeht, tritt eine Doppelversicherung ein, die zu einer doppelten Beitragspflicht zur Sächsischen Ärzteversorgung und zusätzlich zur Deutschen Rentenversicherung führt.

Für zurückliegende Sachverhalte ist unser Dachverband, ABV e.V., bemüht, mit der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Vereinbarung zu erreichen, dass diese nicht aufgegriffen werden. Für die Zukunft sollten Mitglieder und Arbeitgeber genauestens auf das Befreiungsrecht achten!

Formulare zur Beantragung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung Bund stehen auf unserer Webseite unter www.saev.de zum Download bereit oder können direkt beim Versorgungswerk angefordert werden.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin Sächsische Ärzteversorgung

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur

Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Die Manuskripte sollen in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.

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

Klinische Krebsregister im Freistaat Sachsen

Beschlussantrag der Kammerversammlung zum Thema „Rolle der Klinischen Krebsregister im zu novellierenden Sächsischen Krebsregistergesetz“ vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer verabschiedet:

Im Rahmen der 47. Tagung der Kammerversammlung am 10. November 2012 haben die Mandatsträger einen Beschlussantrag zur vorgenannten Thematik zur weiteren Beratung an den Vorstand überwiesen. Dieser hat sich in seiner Sitzung am 5. Dezember 2012 mit der Sachlage beschäftigt und folgenden Beschlussantrag verabschiedet:

Beschlussantrag Nr. 13 Rolle der Klinischen Krebsregister im zu novellierenden Sächsischen Krebsregistergesetz

Die sächsische Ärzteschaft fordert das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz auf, im Zuge der Novellierung des Sächsischen Ausführungsgesetzes zum Krebsregistergesetz (SächsKRGAG i. d. F. d. Bek. vom 04.09.2007) darauf hinzuwirken, dass die Klinischen Krebsregister im Freistaat Sachsen hinsichtlich der Rahmenbedingungen für Tumormeldungen rechtlich dem epidemiologischen Gemeinsamen Krebsregister gleichgestellt werden, indem geeignete Rahmenbedin-

gungen in der Landesgesetzgebung bezüglich Datenhaltung und Datenübermittlung geschaffen werden. Grundlage der Novellierung des SächsKRGAG bildet Artikel 1 Nr. 4 des Entwurfes eines Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (vorher: Krebsplan-Umsetzungsgesetzes) der Bundesregierung. Gemäß dieser Regelung ist vorgesehen, das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) um § 65c zu ergänzen, der zur flächendeckenden Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung die Einrichtung von klinischen Krebsregistern in den Bundesländern vorsieht.

Begründung:

Die Klinischen Krebsregister im Freistaat leisten eine anerkannt beispielgebende, wichtige Arbeit für die Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen für unsere Bevölkerung, indem sie das Krankheitsgeschehen und die zugehörigen klinischen Aktivitäten zunehmend genauer abbilden und mit den Krankheitsverläufen zusammenführen. Die Qualität ihrer Arbeit hängt ganz entscheidend von einer möglichst vollzähligen Meldung von Krebserkrankungen und ihrer Behandlungsschritte ab.

Während die Meldung an das epidemiologische Gemeinsame Krebsregister rechtlich geregelt wurde, fehlt derzeit eine solche Regelung für den territorial zu bevorzugenden und datentechnisch gut erprobten Meldeweg durch die onkologischen Leistungserbringer über die Klinischen Krebsregister im Freistaat.

Trotz einer geschätzt hohen Meldequote zeigt der Anteil sogenannten DCO-Fälle, dass eine noch zu große Zahl von Erkrankungsverläufen der Registrierung und damit der Bewertung entgeht. Bei der Organisation und den Verfahrensregelungen zur klinischen Krebsregistrierung besitzen die Länder Gestaltungsfreiheit. Sie können bereits vorhandene Strukturen nutzen und gegebenenfalls weiterentwickeln. Damit sind Lösungen zur klinischen Krebsregistrierung möglich, die auf die onkologische Versorgungslandschaft in den einzelnen Ländern zugeschnitten sind.

Der Vorschlag führt nicht zu einem erhöhten Aufwand bei den zur Tumormeldung Verpflichteten, sondern soll im Gegenteil die Anzahl von aufwändig zu bearbeitenden Rückfragen wegen unvollständiger Tumormeldung reduzieren.

Dresden, 6. Dezember 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Zwei weitere Beschlussanträge aus der oben genannten Kammerversammlung, welche ebenfalls an den Vorstand zur weiteren Bearbeitung überwiesen wurden, werden in der Vorstandssitzung im Januar 2013 abschließend beschieden. Wir werden Sie hierüber informieren.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Genehmigung der Festsetzung der Beiträge der Sächsischen Landesärztekammer gemäß § 108 Satz 2 Sächsische Haushaltsord-

nung (SäHO) durch das Sächsische Staatsministerium der Finanzen:

Ich gebe bekannt, dass das Sächsische Staatsministerium der Finanzen mit Schreiben vom 29. November 2012, AZ 28-H1200/0807-12/20-50530, die Festsetzung der Beiträge der Sächsischen Landesärztekammer

für das Jahr 2013 auf der Grundlage der Beitragsordnung in der Fassung der Änderungssatzung vom 14. Dezember 2011 gemäß § 108 Satz 2 SäHO genehmigt hat.

Dresden, 6. Dezember 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Medizinische Aspekte der Gewährsamstauglichkeit

Berücksichtigung der sächsischen Gewahrsamsordnung

Zusammenfassung

Die ärztliche Beurteilung der Gewährsamstauglichkeit stellt eine vielschichtige Problematik dar. Im vorliegenden Beitrag werden die derzeit in Sachsen bestehenden gesetzlichen Grundlagen aus medizinischer Sicht analysiert und diskutiert. Dabei wird insbesondere auf die zeitliche Befristung, die Anlässe für eine Arztkonsultation, den quantitativen und qualitativen Kontrollmodus, Festlegungen über die Hinzuziehung bestimmter Ärzte und die Notwendigkeit einer ärztlichen Dokumentation eingegangen. Für die Erarbeitung von Lösungsansätzen werden auch die praktischen Aspekte der Gewährsamstauglichkeit und die Analyse von Todesfällen im deutschen Polizeigewahrsam herangezogen.

Einleitung

Bei polizeilich festgenommenen Personen ergeben sich nicht selten Zweifel an der medizinischen Tauglichkeit für einen Verbleib im Polizeigewahrsam. Bei der praktischen Umsetzung dieser Untersuchung treten jedoch nicht nur in Deutschland mehrere überwiegend ungelöste Probleme auf. Dadurch stellt der Polizeigewahrsam weltweit einen Hochrisikobereich für relevante Gesundheits-

gefährdungen und sogar Todesfälle dar (Payne-James, JJ, 2000), die nicht selten zu einer breiten öffentlichen und kontroversen Diskussion führen. In Deutschland liegt die jährliche Rate der Todesfälle im Polizeigewahrsam gegenüber vergleichbaren Studien aus anderen Ländern überraschenderweise relativ niedrig (Heide, S; Kleiber, M; Hanke, S; Stiller, D, 2009). Im Zeitraum 1993 bis 2003 verstarben im deutschen Polizeigewahrsam insgesamt 128 Personen. Mehrere dieser Sterbefälle ereigneten sich auch in Sachsen.

Exemplarische Falldarstellung

In einer sächsischen Großstadt wurde ein 40-jähriger Mann auf einem Gehweg aufgefunden. Zunächst sei er nicht ansprechbar gewesen, wenig später gab er jedoch Kopfschmerzen an. Bei Eintreffen des Notarztes habe der Patient keine verständlichen Angaben machen können. Da keine äußeren Verletzungen ersichtlich waren, führte der Mediziner den Zustand auf eine erhebliche Alkoholisierung zurück und attestierte die Tauglichkeit für den Polizeigewahrsam. Nur wenige Stunden später wurde der Mann in der Gewahrsamszelle tot aufgefunden. Bei der Obduktion wurde als Todesursache ein Epiduralhämatom mit Schädelbruch festgestellt. Die Blutalkoholkonzentration betrug 2,29 ‰. Im Ermittlungsverfahren gegen den Notarzt war der Tatvorwurf der fahrlässigen Tötung jedoch nicht zu belegen. Aus gutachterlicher Sicht konnte nicht festgestellt werden,

dass eine sofortige Diagnostik und Behandlung den Todeseintritt mit Sicherheit verhindert hätte. Demgegenüber wurde der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung als erfüllt angesehen, da sich der Gesundheitszustand durch das Unterlassen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen weiter verschlechtert hat und etwaige Schmerzzustände verstärkt worden sind. Schließlich wurde das Verfahren gemäß § 153a StPO (Strafprozessordnung) gegen Zahlung eines Geldbetrages von 1500 Euro eingestellt. Die Angehörigen des Verstorbenen legten Beschwerde gegen die Einstellung ein. Durch die Generalstaatsanwaltschaft wurde jedoch festgestellt, dass die Entscheidung der gültigen Sach- und Rechtslage entspricht. Diese Kasuistik zeigt, dass die medizinischen, juristischen und gesellschaftlichen Aspekte der Gewährsamstauglichkeit eine vielschichtige Problematik darstellen.

Regelung der Gewährsamstauglichkeit in Deutschland und in Sachsen

Der Polizeigewahrsam wird in den Gewahrsamsordnungen und Polizeigesetzen der Bundesländer geregelt. Generelle Rechtsgrundlage des polizeilichen Gewahrsams in Sachsen ist das Polizeigesetz von 1999 (Sächs-PolG; rechtsbereinigt 2012). In § 22 des Sächsischen Polizeigesetzes ist dabei dargelegt, dass eine ärztliche Untersuchung veranlasst werden soll, wenn der Gesundheitszustand der festgenommenen Person Anlass zur

Besorgnis gibt. Aussagen zur Gewahrsamstauglichkeit finden sich auch in der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums des Inneren von 1999 (VwV Gewahrsam).

Innerhalb von Deutschland bestehen zwischen den Polizeigesetzen und Verwaltungsvorschriften erhebliche Unterschiede, die auch die medizinischen Aspekte des Gewahrsams betreffen (Heide, S; Stiller, D; Kleiber, M; et al., 2005). Diese Abweichungen betreffen zum Beispiel die zeitliche Befristung des Gewahrsams, die Anlässe für eine Arztkonsultation, den quantitativen und qualitativen Kontrollmodus, Festlegungen über die Hinzuziehung bestimmter Ärzte und die Notwendigkeit einer ärztlichen Dokumentation. In Sachsen reicht die maximale Dauer des Gewahrsams bis zum Ende des nächsten Tages nach der Ergreifung, mit richterlicher Verfügung kann die festgenommene Person bis zu zwei Wochen in der Polizeizelle verbleiben. Während im benachbarten Brandenburg bei den Gründen für eine Arztvorstellung lediglich vier relativ unspezifische Anlässe benannt werden, sind in Sachsen zwölf detaillierte „Besorgnisgründe“ aufgeführt (Tab. 1).

In den gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Bundesländer finden sich mitunter überhaupt keine Angaben dazu, von welchen Ärzten die Untersuchung eigentlich vorgenommen werden soll. In der sächsischen Verwaltungsvorschrift wird ausgeführt, dass niedergelassene Ärzte in An-

spruch genommen werden können. Weiterhin seien die Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger (Universitätskliniken, Kreiskrankenhäuser und städtische Krankenhäuser) sowie die Gesundheitsämter nach den Grundsätzen der Amtshilfe verpflichtet. Die Mitwirkungspflicht der einzelnen Krankenhausärzte ergäbe sich aus ihrem Dienst- und Treueverhältnis. Ferner sei auch die Inanspruchnahme der Polizeiärzte möglich.

Hinsichtlich der Häufigkeit der vorgegebenen Kontrollen ist das Spektrum in Deutschland breit gefächert. So ist zum Beispiel in Berlin ein viertelstündlicher Kontrollmodus vorgeschrieben, während in Hessen die Kontrollen lediglich in „angemessenen Zeitabständen“ erfolgen müssen. Auch in Sachsen sind „angemessene Zeitabstände“ aufgeführt, nachfolgend findet sich jedoch eine Präzisierung. Demnach soll ein Zeitraum von einer Stunde zwischen zwei Kontrollen nicht überschritten werden. In besonderen Fällen ist die Kontrolle in kürzeren Zeiträumen oder eine ständige Bewachung durchzuführen. Unklar bleibt, ob der Arzt auch in den Nachtstunden davon ausgehen kann, dass zumindest eine stündliche Kontrolle erfolgt, da zur Nachtzeit „vermeidbare Störungen“ zu unterlassen sind. Festlegungen zum qualitativen Kontrollmodus fehlen in Sachsen (wie in den meisten anderen Bundesländern) vollständig. Auch bei der ärztlichen Dokumentation sind die Festlegungen in Deutschland ausgesprochen hetero-

gen gestaltet. In Sachsen-Anhalt muss der Mediziner ein detailliertes dreiseitiges Formblatt ausfüllen, während in Niedersachsen eine schriftliche ärztliche Dokumentation nicht zwingend vorgeschrieben ist. In Sachsen muss nach der Untersuchung eine „ärztliche Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit“ ausgestellt werden. Darin werden vom Mediziner unter anderem ein schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, die Dokumentation zu erforderlichen Maßnahmen und eine definitive Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit verlangt. Zur Verfügung stehen dabei folgende Kategorien: „gewahrsamsfähig“, „gewahrsamsfähig unter folgenden Bedingungen: ...“ und „nicht gewahrsamsfähig, Sofortmaßnahmen: ...“.

Für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit existieren weder internationale Standards noch nationale Leitlinien. In Deutschland reicht das Spektrum über den erforderlichen Untersuchungsumfang von einer „kurzen Einschätzung“ (Kiesecker, R, 1999) bis hin zur Notwendigkeit einer Ganzkörperuntersuchung (Pedal, W, 2001).

Praxis der Gewahrsamstauglichkeit

Die Anzahl der Gewahrsamsnahmen und die Häufigkeit einer ärztlichen Untersuchung werden in Deutschland weder auf Bundes- noch auf Landesebene erfasst. Weber (2006) konnte durch Zusammentragen von Zählungen aus einzelnen Polizeidienststellen nachweisen, dass die Frequenz einer Arztkonsultation zwischen 5,5 % (Niedersachsen) und 48,3 % (Schleswig-Holstein) liegt. In Sachsen wurde in 12,8 % aller Gewahrsamsnahmen ein Arzt hinzugezogen.

Bei Personen, die in den Polizeigewahrsam genommen werden, dominieren Männer und jüngere Altersgruppen. Bei 3674 in Bremen und Halle/S. untersuchten Personen waren über 90 % männlich und fast drei Viertel zwischen 14 und 40 Jahre alt. In nahezu einem Drittel aller Fälle erfolgte die Arztkonsultation aufgrund einer Alkoholisierung (Tab. 2), gefolgt von Drogen- und

Tabelle 1: Gründe für die Hinzuziehung eines Arztes in Sachsen

1.	äußere, offensichtlich nicht unerhebliche Verletzungen
2.	Verdacht auf innere Verletzungen
3.	offensichtliche Anzeichen auf Einwirkung von Alkohol/berauschenden Mitteln
4.	nicht ansprechbare Betrunkene; Dämmerzustand
5.	Betrunkene mit besonderer Aggressivität, bei pathologischem Rausch
6.	Alkohol- und Drogenentzugerscheinungen
7.	Orientierungslosigkeit, Bewusstseinstörung, mangelnde Ansprechbarkeit
8.	deutlich depressive Zustände, Suizidandrohung, Suizidversuche
9.	Äußerungen über Schmerzen, krankhafte Zustände, Medikamentenbedarf
10.	Schwangerschaft (optisch erkennbar oder nach Mitteilung)
11.	Anzeichen von Infektionskrankheiten
12.	Forderung/Wunsch nach ärztlicher Untersuchung (auch ohne Gründe)

Medikamentenentzugssyndromen (Heide, S; Stiller, D; Lessig, R; et al., 2012).

Bei den 3674 Fällen konnte nur in knapp 40 % eine uneingeschränkte Gewahrsamstauglichkeit festgestellt werden (Tab. 3).

Weitaus häufiger konnte die Gewahrsamstauglichkeit nur unter der Erteilung von verschiedenen Maßgaben attestiert werden. Zumeist handelte es sich dabei um die Verkürzung des vorgesehenen Kontrollintervalls. Weiterhin kamen Maßgaben wie erneute Arztvorstellung bei Zustandsverschlechterung, die Sicherstellung und kontrollierte Gabe der benötigten Dauermedikation oder eine spezielle fachärztliche Konsultation zur Anwendung. Knapp 10 % aller untersuchten Personen wurden als nicht gewahrsamstauglich eingestuft, da eine relevante oder sogar lebensgefährliche Gesundheitsschädigung zu befürchten war.

Todesfälle im Gewahrsam und deren strafrechtliche Konsequenzen

Von den 128 Todesfällen im deutschen Polizeigewahrsam konnte nur in 60 Fällen eine nähere Auswertung erfolgen. Bei den Todesursachen dominierte die akute Alkoholvergiftung, gefolgt von Drogen- und Medikamentenvergiftungen, Schädel-Hirn-Traumata und inneren Erkrankungen. In der retrospektiven Mängelanalyse offenbarte sich, dass in etwa 27 % der Fälle der Tod auch bei Einhaltung der notwendigen Sorgfalt sehr wahr-

Tab. 2: Indikationen für die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit (n=3674)

Indikation	Anzahl der Fälle (Anteil in %)
akute Alkoholisierung	1188 (32,3%)
Drogen-/Medikamentenentzug	757 (20,6%)
Traumata	379 (10,3%)
internistische Krankheiten	311 (8,5%)
psychische Krankheiten	190 (5,2%)
andere spezifische Indikationen	414 (11,3%)
unspezifische Indikationen	435 (11,8%)

Tab. 3: Kategorien der Gewahrsamstauglichkeit (n=3674)

Klassifikation der Gewahrsamstauglichkeit	Anzahl der Fälle (Anteil in %)
uneingeschränkt	1462 (39,8%)
Maßgaben erforderlich	1855 (50,5%)
fehlende Gewahrsamstauglichkeit	357 (9,7%)

scheinlich nicht vermeidbar gewesen wäre. Überwiegend fanden sich jedoch erhebliche Mängel. Bei den Ärzten zeigten sich zumeist Fehler in der Diagnostik bzw. in der Veranlassung einer Krankenhausaufnahme (zum Beispiel Verbleib von bewussten oder nicht ansprechbaren Personen im Gewahrsam). Die Polizeibeamten versäumten relativ häufig die Hinzuziehung eines Arztes, obwohl es die Vorgaben der Gewahrsamsordnung eigentlich erfordert hätten. Weiterhin zeigten sich auch Organisationsmängel (zum Beispiel Ablehnung der Verbringung hochgradig alkoholisierter Personen in ein Krankenhaus durch Rettungssanitäter ohne ärztliche Rücksprache).

Bei fehlerhafter Bescheinigung der medizinischen Tauglichkeit kommt für den Arzt strafrechtlich zwar eine

fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB (Strafgesetzbuch) oder eine fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB in Betracht. In der Realität muss er strafrechtliche Konsequenzen jedoch kaum befürchten, selbst wenn nachweisbar ist, dass die Untersuchung entgegen den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde (Heide, S; Krüger, M; Kroke, S; et al., 2010). Bei den 60 deutschen Todesfällen waren insgesamt 23 Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, Polizeibeamte, Rettungssanitäter und eine Krankenschwester eingeleitet worden. Der überwiegende Anteil dieser Fälle wurde gemäß § 170 StPO (Strafprozessordnung) eingestellt, da zumeist ein für den Todeseintritt kausales Fehlverhalten nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu belegen war. Zweimal wurde

das Verfahren gegen Auflagen (§ 153a StPO) eingestellt. Lediglich in einem Fall wurde ein Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen zu einer Geldstrafe von 9.000 EUR verurteilt. Ein größeres Risiko für den Mediziner ergibt sich jedoch aus einer möglichen zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung.

Diskussion

Die Betrachtung der derzeitigen gesetzlichen Regelung des Polizeigewahrsams in Deutschland zeigt einen erheblichen Handlungsbedarf auf. Zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen können die Analyse der Praxis der Gewahrsamstauglichkeit und die kritische Auseinandersetzung mit den Todesfällen hilfreich sein.

In der gesetzlichen Regelung der medizinischen Aspekte des Polizeigewahrsams in Sachsen sind mehrere positive Aspekte hervorzuheben. Dazu zählt die obligatorische ärztliche Dokumentation, mit der der Arzt einen Befundbericht erstellen und eine konkrete Entscheidung über die Gewahrsamstauglichkeit vornehmen muss. Besondere Bedeutung kann diese Dokumentation erlangen, wenn es trotz vorangegangener ärztlicher Untersuchung zu einer relevanten Gesundheitsgefährdung oder zu einem Todesfall im Polizeigewahrsam gekommen ist. Mit der schriftlichen Fixierung des konkreten Zustandsbildes zum Untersuchungszeitpunkt wird eine Abgrenzung von eventuell später hinzugetretenen Faktoren oder Umständen erreicht, die bei möglichen gegenseitigen Schuldvorwürfen (zum Beispiel Polizeibeamte oder Rettungssanitäter) nicht selten miteinander vermischt werden. Bei einer eventuellen Überarbeitung des Dokumentationsbogens empfiehlt es sich, eine Gegenzeichnung des verantwortlichen Polizeibeamten (wie zum Beispiel in Sachsen-Anhalt) aufzunehmen. Damit wird seitens des Polizeibeamten belegt, dass er das Resultat der Untersuchung und mögliche erteilte Maßgaben verstanden hat.

Für die praktische Umsetzung von eventuellen Auflagen, die sich aus der Untersuchung der Gewahrsamstauglichkeit ergeben, ist es von Vor-

teil, dass diese Möglichkeit ausdrücklich in der sächsischen Verwaltungsvorschrift vorgesehen ist. Vor allem bei problematischen Fällen sollte der Mediziner diese Option (zum Beispiel Überwachung, Vorgaben zu Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme, Konsultation eines Facharztes) unbedingt nutzen, um das Ausmaß der eigenen ärztlichen Verantwortung zu begrenzen.

Auch die Benennung von zwölf konkreten Anlässen für die Hinzuziehung eines Arztes ist zu den positiven Kriterien der sächsischen Verwaltungsvorschrift zu rechnen. Allerdings verbleibt für die Polizeibeamten trotz der detaillierten Vorgaben immer noch ein erheblicher Handlungsspielraum, wenn sie zum Beispiel einschätzen müssen, ob eine Verletzung als erheblich oder unerheblich einzustufen ist.

Hinsichtlich der maximalen Dauer der Gültigkeit der ärztlichen Einschätzung ist aus medizinischer Sicht zu fordern, dass hier nur der Zeitraum ohne richterliche Entscheidung abgedeckt werden kann (Heide, S; Stiller, D; Kleiber, M, 2003). Im Vordergrund sollte dabei eine symptomorientierte gutachterliche Stellungnahme stehen. Gelingt dem Mediziner bei fremdsprachigen Personen keine ausreichende Verständigung, so sollte er auf der Hinzuziehung eines Dolmetschers bestehen. Bei der Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit sind die zeitlichen, räumlichen und situativen Untersuchungsbedingungen meist alles andere als optimal (zum Beispiel begrenzte diagnostische Mittel, unzureichende Eigenanamnese bei mangelnder Compliance, spärliche fremdanamnestische Angaben). Unter diesen Bedingungen eine Prognose über einen Zeitraum von bis zu zwei Wochen zu stellen (in Sachsen mit richterlicher Entscheidung möglich), ist für einen verantwortungsvollen Arzt schlichtweg nicht möglich.

Bei einer möglichen Überarbeitung der sächsischen Verwaltungsvorschrift sollten die etwas unscharf formulierten zeitlichen Kontrollvorschriften präzisiert und Vorgaben zum quantitativen Kontrollmodus eingeführt werden. Beispielhaft sind hier die

Gewahrsamsordnungen aus Hamburg oder Bremen. Dort ist die aus ärztlicher Sicht insbesondere bei traumatisierten und deutlich intoxikierten Personen notwendige Überprüfung der Erweckbarkeit bei den Kontrollen bereits in den Verordnungen verankert. Unter den Bedingungen der derzeitigen sächsischen Regelung macht es sich erforderlich, dass in den meisten Fällen vom Arzt ein konkreter quantitativer und qualitativer Kontrollmodus vorgegeben wird.

In der sächsischen Verwaltungsvorschrift wird zwar betont, dass Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger und Gesundheitsämter nach den Grundsätzen der Amtshilfe zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet und auch die Inanspruchnahme der Polizeiärzte möglich sei. Tatsächlich können die wenigen Polizeiärzte diesen Bedarf keinesfalls absichern. Für Ärzte der Gesundheitsämter ist eine derartige Verpflichtung aus den entsprechenden Verwaltungsvorschriften nicht ableitbar (Heide, S; Kleiber, M; Wilhelms, E; et al., 2007). Ebenso können Notärzte, angestellte Krankenhausärzte und niedergelassene Mediziner nicht zur Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit verpflichtet werden, es sei denn es handelt sich um eine Notfallbehandlung. Nach den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen kann die Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit in Deutschland grundsätzlich von jedem approbierten Arzt vorgenommen werden. Weitaus wichtiger als die Betonung einer bestimmten ärztlichen Gruppe ist aber, dass nach Möglichkeit nur erfahrene und geschulte Ärzte herangezogen werden. Da Ärzte zur Prüfung der Gewahrsamstauglichkeit nicht verpflichtet werden können, müssen die Innenministerien und Polizeidienststellen darauf hinwirken, dass mit bestimmten Ärzten oder Einrichtungen eine Zuständigkeitsvereinbarung abgeschlossen wird. Aufgrund des Risikos einer zivil- oder berufsrechtlichen Ahndung bei fehlerhafter Bescheinigung der Gewahrsamstauglichkeit ist für diese Ärzte die Prüfung des

individuellen Versicherungsschutzes empfehlenswert. Bei Abschluss einer entsprechenden Zuständigkeitsvereinbarung sollte eine Nachfrage bei der allgemeinen Berufshaftpflichtversicherung erfolgen.

Neben den Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Arzt gibt es weitere Faktoren, die zur Prävention von Gesund-

heitsrisiken und Todesfällen im Polizeigewahrsam beitragen können. Dazu zählen geeignete Bau- und Überwachungsmaßnahmen in den Polizeizellen (zum Beispiel flache Liegen, generelle Videoüberwachung) und die Etablierung von zentralen Gewahrsamseinrichtungen, in denen spezialisierte Polizeibeamte den Fokus auf die erforderlichen Kontrollen legen können.

Ich danke dem Institut für Rechtsmedizin Dresden und der Staatsanwaltschaft Dresden für die Bereitstellung der exemplarischen Falldarstellung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Steffen Heide
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Rechtsmedizin
Franzosenweg 1, 06112 Halle/S.
E-Mail: steffen.heide@uk-halle.de

Welt-Poliotag 2012

Der Welt-Poliotag wird jedes Jahr am 28.10., dem Geburtstag des Entwicklers des ersten Impfstoffes zur Prophylaxe der Poliomyelitis (Kinderlähmung), Jonas Salk (*28. Oktober 1914 in New York City; † 23. Juni 1995 in La Jolla, Kalifornien), begangen.

Die UNICEF und die WHO haben dies 1998 ausgerufen. Ziel war und ist es, die Bevölkerung an diese vergessene Krankheit zu erinnern und zur Mitarbeit für die weltweite Polioeradikation und die Erhaltung der Polioelimination in Europa, Amerika und dem Westpazifik zu sensibilisieren. Dies bedeutet für alle Bürger und Ärzte in der gegenwärtigen Situation konkret, für einen lückenlosen termingerechten eigenen Polio-Impfstatus Sorge zu tragen.

1988 hatte die WHO auf der 41. Weltgesundheitsstagung das Ziel verkündet, die Polio weltweit auszurotten, schrittweise zu eliminieren um sie schließlich analog der Pocken zu eradizieren. 1994 wurde der amerikanische Kontinent, 2000 die Region Westpazifik und 2002 die WHO-Region Europa für poliofrei erklärt. Doch auch 2011 waren noch immer 3 WHO-Regionen (Afrika, Süd-Ost-Asien, Ost-Mediterran-Region) nicht poliofrei; es wurden in 19 Ländern 673 Poliofälle registriert (siehe Tabelle 1 nach Lit. 1). 2010 war die Kinderlähmung (Poliotyp I) wieder über Indien nach Europa eingeschleppt worden; offiziell wurden 475 Polio-wilderkrankungen mit 29 (= 6 %) Sterbefällen in Tadschikistan,

Turkmenistan, Kasachstan und der Russischen Föderation gemeldet. Durch konsequente Herdbekämpfungsmaßnahmen, eingeschlossen Impfungen, sind Erkrankungsfälle im Folgejahr 2011 vermieden worden. Im Jahre 2012 (Stand 03.10.2012) gibt es nur noch 3 Länder, in denen die Poliomyelitis endemisch ist: Afghanistan, Pakistan und Nigeria: bisher wurden 2012 154 Erkrankungen erfasst. Indien wurde Anfang

2012 von der Endemie-Liste gestrichen (letzter Fall: 13.01.2011). In den Ländern mit Transmissionen 2011 (Tabelle 1) konnte die Infektionsausbreitung gestoppt werden; keine Erkrankungen 2012, außer Tschad = 5 Erkrankungen. Die Bekämpfung in den Endemieländern ist aber gegenwärtig schwierig und hat sich teilweise verschlechtert. In Nigeria und Afghanistan haben sich die Fallzahlen wieder erhöht, in Tei-

Tabelle 1: Poliofälle nach Ländern 2011 (nach „World Health Statistics 2012“, Daten von der „WHO-Polio-Eradikations-Initiative“ vom 10. Januar 2012)

Afganistan*	77	Niger	6
Angola	5	Nigeria*	80
China	21	Pakistan*	192
Kongo	1	Somalia	7
Kongo Dem. Republik	94	Tschad	130
Elfenbeinküste	36	Yemen	5
Gabun	1	Zentralafrik.	
Guinea	3	Republik	4
Indien	1	gesamt	673
Kenya	1	* Endemieländer	
Mali	7		
Mosambique	2		

len Pakistans untersagen radikalislamische Taliban den Menschen, ihre Kinder gegen Kinderlähmung impfen zu lassen; ein einheimischer WHO-Mitarbeiter kann im Juli 2012 nach Angriffen dort zu Tode (Lit. 2 u. 3). In unserer globalisierten Welt mit vielen Millionen Dienst- und Urlaubsreisen Deutscher nach Afrika und Asien und zahlreichen Besuchen und Migranten aus diesen noch nicht poliofreien WHO-Regionen ist damit die Gefahr der Wiedereinschleppung der Poliomyelitis nach Deutschland immer gegeben. (Die in Tabelle 1 angegebenen Fallzahlen von 2011 sind nur die Lähmungsfälle, die bei der Poliomyelitis nur ca. 1 % der Infektionen, also Infektionsquellen benennen.)

Die Raten der durch die Gesundheitsämter im Freistaat Sachsen

ermittelten Grundimmunisierungsraten im Kindergarten (4. Lebensjahr), zur Einschulung, und im 2. Schuljahr betragen im Schuljahr 2010/11 96,5 %, doch schon in der 6. Klasse betrug der altersgerechte regelrechte Impfstand nur noch 61,7 %. Es fehlte bei >35 % die im Alter von elf Jahren empfohlene Boosterimpfung gegen Poliomyelitis. Für ältere Personen existieren weder in Sachsen noch in ganz Deutschland zuverlässige Impfreister bei den Gesundheitsämtern, da eine seit 10 Jahren dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) seitens der Sächsischen Impfkommision (SIKO) und der GÄ vorgeschlagene elektronische Impfdatenbank aus formal juristischen Gründen (Widerspruch des Datenschützers) bis heute nicht realisiert wurde. Andere demokratische Länder wie die Niederland, Dänemark und andere haben dies längst realisiert (Lit. 5).

Die Impfpfehlungen der SIKO und Ständischen Impfkommision (STIKO) beinhalten beide nach der Grundimmunisierung eine alle zehn Jahre notwendige Boosterung für alle Erwachsenen, wenn eine Reise in eine nichtpoliofreie Region ansteht. Im Unterschied zur STIKO, die dies als Reiseimpfung deklariert (oft Selbstzahlung notwendig), empfiehlt die SIKO dies routinemäßig aller zehn Jahre gleich in Kombination mit

der ohnehin aller zehn Jahre notwendigen Boosterimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (also Injektion von 4-fach-Impfstoff Tdpa-IPV statt 3-fach-Impfstoff Tdpa), weil eine Verhaltensweise (jährliche Reisen) von > 5 Millionen Deutschen als normal und nicht als kostenpflichtiger Luxus behandelt werden sollte. Auch können nur so mögliche Folgeinfektionen bei Polioimport vermieden werden, weil die Immunitätslage zur Vermeidung von Einzelfällen dies erfordert.

Nach Bestimmung der Poliomyelitisimmunität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in der KIGGS-Studie 2003 bis 2006 an 2046 Personen am RKI betrug die sogenannte Trippelimmunität (= Immunität gegen alle 3 Polio-Typen) nur 91,7 %; 8,3 % sind also für einen oder mehrere Typen empfänglich. Ein ähnliches Ergebnis hatten wir in Sachsen im Jahre 2000 bei der Untersuchung mittels Virus-Neutralisationstest von 1.626 Personen aller Altersgruppen ermittelt.

Im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts Nr. 42 vom 22. Oktober 2012 auf Seite 421 und in der „Polio-Info“ der „Nationalen Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland“ am RKI war das Jahr 2012 als „50. Jubiläumsjahr“ der Einführung der Poliomyelitisimpfung in Deutschland bezeichnet worden und Bayern als erstes Land genannt. Dem muss nach 20 Jahren Wiedervereinigung energisch widersprochen werden. Dies ist nur für die „alten Bundesländer“ richtig, für die neuen Bundesländer (damals DDR) aber falsch. In der DDR wurde die Polioimpfung (OPV) bereits 1960 eingeführt („Anordnung zur Bekämpfung der Kinderlähmung Vom 6. April 1960“, GBL DDR Teil I Nr. 24 Ausgabetag 25. April 1960, S. 240)) und sogar bereits 1961 wurde die OPV-Impfung für Säuglinge und Kleinkinder zur Pflichtimpfung erhoben („Anordnung zur Bekämpfung der Kinderlähmung Vom 13. Januar 1961“ GBL DDR Teil II, Nr. 4 vom 24. Januar 1961, S.11). Die DDR war damals der

Tabelle 2: Poliomyelitis 1955 bis 1965 in der BRD-alt und DDR*

JAHR	BRD				DDR			
	Erkrankungen abs.	%ooo	Sterbefälle abs.	%ooo	Erkrankungen abs.	%ooo	Sterbefälle abs.	%ooo
1955	3155	5,9	255	0,48	1001	5,6	91	0,5
1956	4237	7,9	269	0,5	676	3,8	50	0,28
1957	2402	4,5	219	0,41	1596	9,1	118	0,7
1958	1750	3,2	144	0,26	958	5,5	84	0,48
1959	2114	3,8	182	0,33	958	5,5	81	0,47
1960	4198	7,6	281	0,5	126	0,7	8	0,05
1961	4673	8,3	305	0,5	4	0,02	-	-
1962	296	0,5	31	0,05	2	0,01	-	-
1963	241	0,42	17	0,03	5	0,03	-	-
1964	54	0,09	5	0,01	-	-	-	-
1965	48	0,08	6	0,01	1	0,01	-	-

* „Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten“ Pöhn, Rasch, bga-Schriften 5/93

☐ = Jahr der Einführung der OPV-Impfung

BRD diesbezüglich um 2 Jahre voraus. Für uns war das 50-jährige Jubiläum vor 2 Jahren, 2010 und nicht 2012! Die Gründe waren folgende: Mit der Sabinvakzine (attenuierter Lebendimpfstoff, oral zu verabreichen – OPV) waren Ende der 1950er-Jahre in den USA und der „westlichen Welt“ noch große Sicherheitsbedenken verbunden, insbesondere wegen dem sog. Cutter-Unfall 1955 in den USA: 260 Poliofälle im Zusammenhang mit der Salk-Impfung, weil der Impfstoff der Fa. Cutter offenbar nicht vollständig inaktiviert war und noch vermehrungsfähige Wildviren enthielt. Erst

nach der Übergabe der Sabinstämmen an Tschumakow im damaligen Leninograd und die dann folgende massenhafte Anwendung 1959/1960 in der damaligen Sowjetunion und dem Ostblock (100 Mill. Impfungen werden genannt) und die überzeugenden Ergebnisse ohne oder sehr selten mit Nebenwirkungen wurde die OPV-Vakzine auch in der „westlichen Welt“ eingesetzt. Auch die Impferfolge in der DDR hatten sich zwei Jahre früher eingestellt. Auch hier ist zu tadeln, dass im Epidemiologischen Bulletin nur die Zahlen der Bundesrepublik-Alt genannt wurden, die der DDR blieben dort aber unbeachtet.

Die Anzahl der vermeidbar gewesenen Erkrankungen und Sterbefälle in der BRD-Alt liegt auf der Hand, siehe Tabelle 2.

Der Autor wünscht sich nach 22 Jahren Wiedervereinigung Deutschlands exakte und ehrliche medizinhistorische Darstellungen von vor über 50 Jahren ohne vergangene oder gegenwärtige gesellschaftspolitische Dissonanzen oder Querelen in quasi amtlichen Mitteilungen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Chemnitz

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO):

Aktualisierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfpflicht E 1 – ab 1. Januar 2013:

Neuerungen bei Humanen Papillomaviren, Influenza und Meningokokken

1. Erweiterung der Empfehlung zur Impfung gegen Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV-Impfung) auf Jungen und Männer

Die HPV-Impfung ist seit dem Jahr 2007 sowohl von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) als auch von der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen und somit in Sachsen öffentlich empfohlene Impfung. Die Impfpflicht erstreckt sich deutschlandweit bislang nur auf Mädchen und Frauen vom 13. bis zum 18. Lebensjahr, das heißt für das Alter zwischen dem 12. und dem 18. Geburtstag. Durch Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen übernehmen alle gesetzlichen Krankenkassen (GKK) die Kosten. Aufgrund publizierter Daten, die den Nutzen auch für Frauen, die älter als 18 Jahre sind, begründen, entschied die SIKO bereits vor zwei Jahren, die Empfehlung auf Frauen zwischen dem 19. und 26. Lebensjahr auszudehnen.

Inzwischen liegen darüber hinaus Daten vor, die den Nutzen dieser Impfung auch für Jungen und Männer belegen. So beschloss die SIKO auf ihrer Herbstsitzung am 19. Oktober 2012, die Empfehlung auf diese Personengruppe zu erweitern. Ab 1. Januar 2013 wird in die öffentliche Impfpflicht zur HPV-Impfung in Sachsen deshalb folgender Zusatz aufgenommen:

Die Impfung von Jungen und Männern mit dem tetravalenten

Impfstoff ist entsprechend der europäischen Zulassung möglich (Fachinformation beachten).

Im Beurteilungsbericht (Assessment Report) der Europäischen Zulassungsbehörde (European Medicines Agency – EMA) zum tetravalenten (quadrivalenten, 4-valenten) HPV-Impfstoff Gardasil® vom 23. Juni 2011 heißt es hierzu:

„Der 4-valente HPV-Impfstoff ist indiziert für Jungen und Männer von 9 bis 26 Jahren zur Prävention externer genitaler Läsionen einschließlich Genitalwarzen (condylomata acuminata), die durch die HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 verursacht sind.“

Die SIKO empfiehlt, analog dem in erster Linie vorgesehenen Impfalter bei Mädchen und Frauen, auch männliche Jugendliche bevorzugt im Alter von 12 bis 17 Jahren (13. bis 18. Lebensjahr) zu impfen (weiteres unter Begründung).

Begründung:

Humane Papillomaviren (HPV) infizieren das Plattenepithel bei beiden Geschlechtern. Dies kann bei Frauen zu Krebs von Gebärmutterhals, Vulva und Vagina einschließlich der Vorstufen, bei Frauen und Männern zu anogenitalen Warzen (condylomata acuminata) und bei Männern zu Krebs von Penis, Anus und Oropharynx (inklusive Vorstufen) führen. Die Rate genitaler HPV-Infektionen ist unter Männern ähnlich wie bei Frauen.

Für die Empfehlung der SIKO fanden insbesondere die Ergebnisse und Bewertungen einer klinischen Studie, die Wirksamkeit und Sicherheit des tetravalenten HPV-Impfstoffes bei mehreren Tausend Männern im Alter von 16 bis 26 Jahren aus 71 Orten in 18 Ländern untersuchte, Berücksichtigung.

Primäre Endpunkte der Studie waren das Vorhandensein oder die Abwesenheit von mit HPV-6, 11, 16 oder 18 verbundenen externen genitalen Läsionen, definiert als

■ Condylomata acuminata (äußere Genitalwarzen);

- penile, perianale oder perineale intraepitheliale Neoplasie (PIN) oder
- Penis-, perianaler oder perinealer Krebs.

Bezogen auf Studienteilnehmer, die alle drei vorgesehenen Impfungen erhielten und zu Studienbeginn negativ (keine bestehende und keine überstandene Infektion) für die untersuchten HPV-Typen waren, wurden folgende Ergebnisse berichtet:

Wirksamkeit gegen Ereignisse, die mit den HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 assoziiert sind:

- äußere genitale Läsionen: 90,4 %
- persistierende Infektion (6 Monate und mehr): 85,6 %
- Genitalwarzen (durch HPV 6 oder 11): 89,4 %

Der Anteil der Personen, die eine oder mehrere Nebenwirkungen berichteten, war vergleichbar in Impfstoff- und Placebogruppe.

Die Impfung von Jungen und Männern gegen HPV kann dazu beitragen, die Verbreitung von HPV-Viren in der Bevölkerung zu reduzieren. Nobelpreisträger Harald zur Hausen plädiert seit langem nachdrücklich dafür, dass auch Jungen geimpft werden sollten. Dies könnte die mögliche Ausrottung dieser Viren beschleunigen, sagte er anlässlich der 27. Internationalen Papillomaviruskonferenz 2011 in Berlin und unterstrich: „Wenn wir wirklich die Viren in einem vorhersehbaren Zeitraum drastisch reduzieren und ausrotten wollen, können wir das nur, wenn beide Geschlechter geimpft werden.“

Im Rahmen einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Jugendsexualität im Jahr 2009 wurde auch nach dem Alter der ersten sexuellen Erfahrungen gefragt. Danach hatten

- 4 % der unter 14-jährigen Jungen
 - 17 % der unter 15-jährigen Jungen
 - 34 % der unter 16-jährigen Jungen
 - 65 % der unter 17-jährigen Jungen
- Geschlechtsverkehr-Erfahrungen. Da die Wahrscheinlichkeit einer HPV-Infektion mit der Zunahme der sexu-

ellen Aktivität steigt, ist eine frühzeitige Impfung, möglichst vor dem ersten Geschlechtsverkehr, sinnvoll.

HPV-Impfempfehlungen bestehen beispielsweise in

- USA:
 - Routineimpfung aller 11 oder 12 Jahre alten Jungen
 - Impfung aller bisher nicht oder nicht vollständig geimpften männlichen Jugendlichen von 13 bis 21 Jahren
 - Impfung von Männern von 22 bis 26 Jahren, insbesondere beim Vorliegen von Risikofaktoren
- Kanada:
 - Routineimpfung für Männer zwischen 9 und 26 Jahren
- Österreich:
 - Die Impfung wird möglichst vor Eintritt in das sexuell aktive Alter empfohlen (ab 9. Lebensjahr), kann aber auch bei Männern in jedem Alter erfolgen
- Australien:
 - Routineimpfung für Jungen im Alter von 12 bis 13 Jahren
 - 2-jähriges Catch-up-Impfprogramm für Jungen im Alter von 14 bis 15 Jahren

Aufgrund der Zulassung für Jungen und Männer durch die EMA wurden in die Fachinformation des tetravalenten HPV-Impfstoffes aufgenommen:

- Ergebnisse einer klinischen Studie zur Wirksamkeit in der Prävention von Genitalwarzen bei Jungen und Männern zwischen 16 und 26 Jahren
- Ergebnisse zur klinischen Wirksamkeit in der Prävention von HPV 16/18-induzierten Analkrebsvorstufen

Unter der Rubrik „Anwendungsgebiete“ ist definiert:

„... Impfstoff zur Anwendung ab einem Alter von 9 Jahren zur Prävention von:

- Vorstufen maligner Läsionen im Genitalbereich (Zervix, Vulva und Vagina) und Zervixkarzinomen, die durch bestimmte onkogene Typen des humanen Papillomvirus (HPV) verursacht werden

- Genitalwarzen (Condylomata acuminata), die durch spezifische HPV-Typen verursacht werden“

Eine Begrenzung auf Mädchen und Frauen ist nicht enthalten (Fachinformation Gardasil® Oktober 2012).

2. Erweiterung der Empfehlung zur Impfung gegen Influenza – Einbeziehung des nasal zu applizierenden attenuierten Lebendimpfstoffes

Im Januar 2011 wurde durch die Europäische Kommission ein Influenza-Lebendimpfstoff (Fluenz®) zugelassen. Dieser Impfstoff ist in den USA bereits seit dem Jahr 2003 in Anwendung und seitdem bestehen Erfahrungen mit etwa 50 Millionen Impfungen.

Der auf Hühnereiern produzierte Impfstoff enthält abgeschwächte (attenuierte) lebende Influenza-Virusstämme (A/H1N1, A/H3N2 und B) entsprechend den WHO-Empfehlungen für die jährliche Grippezeit. Es handelt sich dabei um kälteadaptierte, temperaturempfindliche Virusstämme, die sich im Nasopharynx vermehren (bei einer Temperatur von ca. 33°C), eine protektive Immunität induzieren, aber keine Erkrankung auslösen, da in den unteren Atemwegen (bei ca. 37°C) keine Replikation stattfindet.

Die Applikation erfolgt als Nasenspray (0,1 ml in jedes Nasenloch). Die Zulassung erstreckt sich auf das Alter von 24 Monaten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Kinder bis

zum 9. Lebensjahr erhalten bei der erstmaligen Gripeschutzimpfung zwei Dosen im Mindestabstand von vier Wochen (Grund: erwünschter Boostereffekt der zweiten Impfung). Kontraindiziert ist der Impfstoff bei Immunsuppression/Immundefizienz, Schwangerschaft, Hühnereiweißallergie, schwerem Asthma, akutem Gie-men und Salicylat-Therapie.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 wird die öffentliche Impfempfehlung zur jährlichen Influenza-Impfung in Sachsen durch folgenden Zusatz ergänzt:

Ab dem vollendeten 2. Lebensjahr kann nasal zu applizierender attenuierter Lebendimpfstoff angewandt werden (0,2 ml pro Dosis, d.h. 0,1 ml pro Nasenloch).

Begründung:

Kinder werden als das „Feuer der Influenza“ bezeichnet. Sie infizieren sich untereinander, zum Beispiel in Kindertagesstätten und Schulen, und stecken Erwachsene an: Eltern, Großeltern, Schwangere, chronisch Kranke und abwehrgeschwächte Personen. Zudem verläuft die Virusgrippe im Kindesalter oftmals schwer. Bei Säuglingen, Klein- und Schulkindern sind hohe Erkrankungs- und Hospitalisierungsraten zu verzeichnen. Durch die Impfung wird nicht nur das Kind selbst geschützt, sondern auch eine Übertragung der Erreger auf andere Personen verhindert. Deshalb empfiehlt die Sächsi-

sche Impfkommision schon seit dem 1. Januar 2010 die Influenzaimpfung für alle Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendlichen und Erwachsenen. Der Freistaat Sachsen nimmt hiermit eine Vorreiterrolle innerhalb Deutschlands ein. Andererseits ist die Wirksamkeit der herkömmlichen Influenzaimpfstoffe gerade bei Kindern häufig geringer als bei jüngeren Erwachsenen, sodass schon seit langem der Wunsch oder Bedarf nach im Kindesalter gut wirksamen Grippeimpfstoffen besteht. Neben dem relativen Vorteil der (intra-)nasalen Applikation, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, liegt die eigentliche Überlegenheit des neuen Lebendimpfstoffes in der besseren Wirksamkeit im Kindesalter gegenüber den herkömmlichen per Injektion zu applizierenden Spalt- und Subunit-Impfstoffen.

Zusammenfassende Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien bei 26.000 Kindern im Alter von 6 Monaten bis 17 Jahren:

- Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen um 32 bis 55 % höher als bei inaktivierten Injektions-Impfstoffen
- Bei Kindern und Jugendlichen von 2 bis 17 Jahren: 44 bis 48 % weniger Grippeerkrankungen im Vergleich zu inaktivierten Injektions-Impfstoffen
- Am besten wurde die Wirksamkeit in einem direkten Vergleich mit einem nichtadjuvantierten Totimpfstoff bei Kindern bis zum Alter von 6 bis 7 Jahren nachgewiesen
- Wirksamkeit von 2 Dosen Lebendimpfstoff gegenüber Plazebo um 83 bis 87 % höher
- Im Vergleich zum inaktivierten Impfstoff wird auch höhere Wirksamkeit (Kreuzimmunität – heterologe Immunität) gegen Driftvarianten (nicht im Impfstoff enthaltenen Virusstämmen) erzielt
- Die Impfung ahmt den natürlichen, nasalen Infektionsweg nach, baut neben IgG-Antikörpern eine Schleimhautimmunität auf (IgA-Antikörper), zusätzlich eine T-Zell-Immunität und führt

zu langdauernder Immunität, auch bei spät einsetzender Influenzawelle.

Verträglichkeit: Neben „typischen“ Impfnebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Unwohlsein, Muskelschmerzen, Fieber, verminderter Appetit, kommt es aufgrund der nasalen Applikation häufig zur verstopften oder laufenden Nase.

Das UK Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) in Großbritannien beschloss am 25. Juli 2012 die Ausweitung der Impfempfehlung gegen Influenza auf alle Kinder im Alter von 2 bis 17 Jahren spezifisch mit dem nasal zu applizierenden attenuierten Lebendimpfstoff. Weitere Entwicklungen auf dem Impfstoffmarkt, wie die Zulassung von adjuvantierten Influenzaimpfstoffen für das Kindesalter und die (Wieder-)Verfügbarkeit von virosomalen Influenzaimpfstoffen bleiben ebenso abzuwarten wie die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien bei diesen Impfstoffkategorien im Vergleich zu den herkömmlichen Spalt- und Subunitimpfstoffen einerseits und zum attenuierten Lebendimpfstoff andererseits.

3. Erweiterung der Empfehlung zur Impfung gegen Meningokokken – Einbeziehung tetravalenter Konjugatimpfstoffe

Seit dem Jahr 2000 sind monovalente (Serogruppe C) Konjugat-Impfstoffe gegen Meningokokken-Erkrankungen in Europa zugelassen. Eine diesbezügliche Impfempfehlung zur Standardimpfung besteht

- in Sachsen seit Juli 2003: alle Kinder und Jugendlichen vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei Impfung im Säuglingsalter wird eine Boosterung ab 2. Lebensjahr empfohlen,
- deutschlandweit seit 2006: alle Kinder im 2. Lebensjahr, eine fehlende Impfung soll bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.

In den Jahren 2010 (Menveo®) und 2012 (Nimenrix®) ließ die EMA die

ersten tetravalenten (Serogruppen A, C, W135 und Y) Konjugat-Impfstoffe gegen Meningokokken-Erkrankungen zu. Auch für die Anwendung dieser Impfstoffe existieren bereits zu Indikationsimpfungen Empfehlungen sowohl der STIKO als auch der SIKO. Menveo® ist derzeit (Stand: 22.11.2012) ab vollendetem 2. Lebensjahr zugelassen (Erweiterung geplant), Nimenrix® ab vollendetem 1. Lebensjahr. Konsequenterweise wird nun die sächsische Empfehlung zur Standardimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe C durch folgende Erläuterung ergänzt:

Die Impfungen können mit einem tetravalenten Konjugatimpfstoff (Serogruppen A, C, W135, Y) entsprechend der Alterszulassung erfolgen (Fachinformation beachten).

Dies betrifft zunächst (bei gegenwärtigem Stand der Alterszulassung) die Impfung im (oder ab) 2. Lebensjahr, unabhängig davon, ob es sich hierbei um eine Erstimpfung (Grundimmunisierung) handelt (1 Dosis), oder um die empfohlene Boosterung (1 Dosis) nach Grundimmunisierung im 1. Lebensjahr. Sobald die Zulassung eines dieser Impfstoffe auch für das 1. Lebensjahr (ab vollendetem 2. Lebensmonat) erfolgt, können auch die Impfungen im Säuglingsalter mit tetravalentem Konjugatimpfstoff erfolgen. Dies ist durch die neu eingefügte Formulierung fachlich gedeckt.

Begründung:

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Meningokokken C (MenC)-Anteil in den tetravalenten Konjugatimpfstoffen vergleichbar immunogen ist wie in den monovalenten MenC-Impfstoffen. Durch Impfung mit einem tetravalenten Konjugatimpfstoff, der die MenC-Komponente enthält, kann somit die Standardimpfempfehlung zur MenC-Impfung realisiert werden.

Welche Relevanz haben die 3 weiteren Komponenten? Unbestritten ist, dass die Serogruppen (SG) A, W135 und Y gegenwärtig (noch?) in Deutschland und Mitteleuropa eine

relativ geringe Bedeutung haben. Etwa zwei Drittel der invasiven Meningokokkenkrankungen werden in Deutschland durch die Serogruppe B verursacht, 20 % durch die SG C. In der Zielgruppe der Kinder, die seit 2006 nach der STIKO-Empfehlung im Alter von 1 Jahr gegen MenC hätten geimpft werden sollen, d.h. die 1- bis 6-Jährigen, sind die SG C-Fälle um 76 % zurückgegangen, deutlich stärker als bei SG B. Dies spricht für einen Effekt der Impfung (RKI: Epid Bull 2012; 32:323-334).

Relativ geringe Bedeutung der SG A, W135 und Y bedeutet nicht, dass sie bedeutungslos wären. Seit Anfang der 90-er Jahre des letzten Jahrhunderts trat die SG Y vermehrt in Nordamerika auf. Dies ist wichtig unter anderem bei der reisemedizinischen Beratung USA-Reisender insbesondere mit Langzeitaufenthalt. Von Jugendlichen, die ein High-school-Jahr oder ein Studium in den USA absolvieren wollen, wird zunehmend vor Einreise die Impfung mit einem tetravalenten Meningokokkenimpfstoff verlangt. Auch in verschiedenen europäischen Ländern wurde in den vergangenen Jahren eine Zunahme der SG Y beobachtet, besonders in der Schweiz, Finnland, Norwegen und Schweden, aber auch in England und den baltischen Staaten. Während beispielsweise die SG Y im Jahr 2010 in Deutschland und Österreich einen Anteil an allen Serogruppen von 7 % und 5 % aufwies, waren es in Italien, der Schweiz, Norwegen, Finnland und Schweden bereits 10 %, 21 %, 31 %, 38 % und 39 %. In der Altersgruppe der über 19-Jährigen verzeichneten Großbritannien, Norwegen, Schweden und Finnland SG Y-Anteile von 17 %, 50 %, 39 % und 50 %. In Schweden entwickelte sich die SG Y in den letzten fünf Jahren sogar zur am häufigsten vorkommenden Serogruppe. Dies unterstreicht, dass die Serogruppenverteilung alles andere als statisch ist. Zunehmender internationaler Austausch kann ein Übriges dazu beitragen. Zurzeit spielen die SG A und W135 hauptsächlich bei Reisen nach Afrika und Asien eine Rolle. Die Erreger können von

dort mitgebracht und auch in Deutschland auf Kontaktpersonen übertragen werden.

Bereits mit Verfügbarkeit des ersten 4-valenten-Meningokokken-Konjugatimpfstoffes im Jahr 2010 wurde dieser bei den Indikationsimpfungen, die besonders gefährdete Risikogruppen betreffen, berücksichtigt, sowohl von der SIKO als auch von der STIKO. Zum 1. Januar 2013 werden die sächsischen Empfehlungen zur Impfung von Risikogruppen

- Gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten; Asplenie, vor Cochlea-Implantation
- Gefährdetes Laborpersonal, medizinisches Personal mit Patientenkontakt
- Reisende in epidemische/hyperendemische Länder, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung; Entwicklungshelfer
- vor Pilgerreise (Hadj)
- Schüler/Studenten vor Langzeitaufhalten in Ländern mit empfohlener allgemeiner Impfung für Jugendliche oder selektiver Impfung für Schüler/Studenten
- Empfehlungen der Zielländer, epidemiologische Gegebenheiten (vorkommende Serogruppen) und Einreisebestimmungen sind zu beachten

(siehe Impfpfempfehlung E 1 Seite 19) ebenfalls aktualisiert.

Falls für die betreffende Altersgruppe zugelassen, sind hier in jedem Fall 4-valente Konjugatimpfstoffe zu bevorzugen. Ist bereits eine Impfung mit konjugiertem monovalentem MenC-Impfstoff erfolgt, ist eine weitere Impfung mit 4-valentem Konjugatimpfstoff empfohlen.

Bei bereits mit Polysaccharid-Impfstoff geimpften Personen sollte bei der nächsten fälligen Auffrischung mit 4-valentem Konjugatimpfstoff geimpft werden.

Die Nebenwirkungsprofile der tetravalenten Meningokokken-Konjugatimpfstoffe sind vergleichbar mit denen anderer Meningokokken- und Routineimpfstoffe.

Mit der Impfpfempfehlung E 1 werden der Synopsis-Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Freistaat Sachsen auf Seite 4 der E 1 und die Synopsis der erforderlichen (Impf-)Immunität bei Erwachsenen – Impfkalender für Erwachsene im Freistaat Sachsen auf Seite 8 der E 1 entsprechend aktualisiert.

Die novellierte Impfpfempfehlung E 1 wurde auf den Homepages

- der Sächsischen Landesärztekammer:
www.slaek.de → Informationen → Informationen für Ärzte → Impfen
- der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen:
www.lua.sachsen.de → Humanmedizin → Impfpfempfehlungen
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen:
www.ghuss.de → Impfen veröffentlicht.

Es ist noch zu betonen, dass die öffentliche Empfehlung einer Impfung oder die Empfehlung einer bestimmten Impfstoffkategorie für definierte Personen- oder Altersgruppen nicht automatisch die Bezahlung durch alle Krankenkassen begründet, auch wenn dies aus fachlich-medizinischer Sicht wünschenswert ist. In diesem Zusammenhang wird auf den Passus in der Impfpfempfehlung E 1, Stand: 01.01.2013, Seite 2 verwiesen:

Die Sächsische Impfkommision entscheidet nicht nach monetären Gesichtspunkten, sondern trägt dem wissenschaftlichen Fortschritt Rechnung.

Bis zur Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wäre die Kostenübernahme in Form von Satzungsleistungen sehr zu begrüßen.

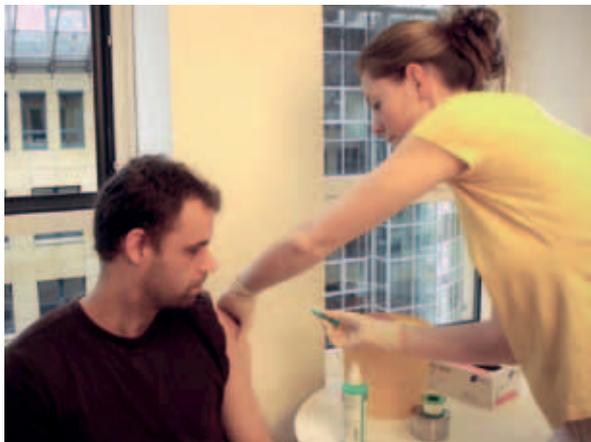
Literatur beim Verfasser

Verfasser und Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
Zschopauer Straße 87
09111 Chemnitz
dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de

Sächsische Impfkommission 2013 bis 2016

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, hat am 17. Oktober 2012 die Sächsische Impfkommission nach Ablauf der Berufungsperiode 2009 bis 2012 neu berufen.

Mit ihrem Schreiben an die bisherigen und neu hinzugekommenen Mitglieder würdigt die Ministerin die Arbeit der Sächsischen Impfkommission und dankt allen Kommissionsmitgliedern für ihr ehrenamtliches Engagement. Ganz besonders hob sie die Tätigkeit als Impfberater und das Mitwirken an der studentischen Ausbildung und der ärztlichen Weiter- und Fortbildung hervor.



© SLÄK

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) wurde erstmals 1991 als Beratergremium des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) berufen. Ihre Empfehlungen dienen der obersten Landesgesundheitsbehörde als Entscheidungsgrundlage für die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zum Schutze der Gesundheit nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankhei-

ten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Die Kommission beobachtet und diskutiert fortlaufend die Entwicklungen im Impfschutz und bei Impfstoffen, verfolgt Veröffentlichungen von Expertengremien und leistet umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit. Das SMS macht die Empfehlungen im Sächsischen Amtsblatt bekannt (Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe – VwV Schutzimpfungen) und fordert unter anderem von den impfenden Ärzten, die Impfungen dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend durchzuführen und dabei die Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu beachten.

Frau Staatsministerin Clauß betont, dass die meisten Mitglieder trotz hoher beruflicher Belastung bereit sind, weiterhin in der Kommission mitzuarbeiten und dass neue Mitglieder hinzugewonnen werden konnten, die mit ihrem speziellen Fachwissen das Profil des Gremiums bereichern werden. Sie wünscht allen Mitgliedern eine gute, erfolgreiche Zeit im Dienste der Infektionsprävention.

Auf der 40. Sitzung am 19. Oktober 2012, an der sowohl alle bisherigen als auch die neu hinzugekommenen Mitglieder teilnahmen, wurde Herr Dr. med. Dietmar Beier wiederum zum Vorsitzenden gewählt.

Mitglieder der Sächsischen Impfkommission 2013 bis 2016 sind:

- Herr Dr. med. Dietmar Beier, Abteilungsleiter, Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen – Standort Chemnitz, Vorsitzender;
- Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz;

- Herr Chefarzt Prof. Dr. med. habil. Michael Borte, Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig;
- Herr Chefarzt Dr. med. Hans-Christian Gottschalk, Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH, Görlitz;
- Herr Oberarzt Dr. med. Thomas Grünewald, Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig;
- Herr Nils Lahl, Leiter der Impfstelle, Gesundheitsamt Leipzig;
- Herr Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold, Dresden;
- Frau Dr. med. Sophie-Susann Merbecks, Fachgebietsleiterin, Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen – Standort Chemnitz;
- Herr Dipl.-Med. Stefan Mertens, niedergelassener Kinderarzt, Radebeul;
- Herr Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Prager, Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH, Annaberg-Buchholz;
- Frau Uta Katharina Schmidt-Göhlich, niedergelassene Internistin/hausärztliche Versorgung, Dresden;
- Frau W. Sydow, Referentin Infektionsschutz, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden;
- Herr Dr. med. Jörg Wendisch, Leiter der Impfstelle, Gesundheitsamt Dresden.

Geschäftsstelle der SIKO an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen – Standort Chemnitz
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
Tel.: 0351 / 8144 3100, Fax: 0351 / 8144 3110
E-mail: dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de

Erreichbarkeit der Mitglieder der SIKO
siehe Impfempfehlung E 1 – Liste 3: Mitglieder
der Sächsischen Impfkommission und
Impfberatungsstellen

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzerte

Festsaal

Sonntag, 3. Februar 2013

kein Konzert wegen

Schul-/Semesterferien

Sonntag, 3. März 2013

11.00 Uhr – Junge Matinee

Frühlingsklängen

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

Leitung: Andreas Reuter

Im Anschluss an das Konzert wird ein Lunchbüfett „Der Frühling lässt grüßen“ angeboten.

Um Reservierung wird unter der Telefon-Nr. 0351 8267110, Frau Arnold, gebeten.

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Jürgen Schieferdecker

Retro' 75

bis 20. Januar 2013

Carsten Gille

De rerum natura

24. Januar 2013 bis 24. März 2013

Vernissage: Donnerstag,

24. Januar 2013, 19.30 Uhr

Einführung: Karin Weber,

Kulturwissenschaftlerin und Kuratorin,

Dresden

Freistaat Sachsen stellt auf internationalen Zahlungsverkehr um

Zum 1. Januar 2013 werden der Landtag und die Ministerien des Freistaates ihren Zahlungsverkehr auf

die Vorgaben des Einheitlichen Europäischen Zahlungsraums (Single Euro Payment Area – SEPA) umstellen.

Für die Mitglieder der berufsständischen Körperschaften bedeutet dies, dass Rechnungen an die Gerichte und Justizbehörden des Freistaates Sachsen die Bankverbindung (zumindest auch) nach internationalem Standard ausweisen muss. Gemeint

ist damit, dass die bisherigen Angaben – Kontonummer und Bankleitzahl – durch IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Business Identifier Code) zu ergänzen oder zu ersetzen sind.

Staatsministerium der Justiz und für Europa

Kommunale Gesundheitsförderung

Ankündigung

In Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer richtet die Stadt Dresden die Gesundheitskonferenz „Gesunde Stadt – Gesunde Bürgerschaft/Gesundheit in Kommunen gestalten“ zur Auswertung des Stadtgesundheitsprofils 2012 am 16. März 2013 in der Sächsischen Landesärztekammer aus.

Im Rahmen der Veranstaltung sollen zu ausgewählten Schwerpunktthemen Maßnahmen gemeinsam mit Fachexperten für die kommunale Gesundheitsförderung entwickelt werden. Eingeladen sind Vertreter/innen der Kommunal- wie auch Landespolitik, der Verbände und Vereine, die niedergelassene Ärzteschaft wie auch Vertreter/innen der Krankenkassen, der Wissenschaft sowie die interessierte Bürgerschaft. Die Workshops fokussieren die Themen

- Versorgung und deren Bedeutung für die Kommune,
- Sicherung gesundheitlicher Chancengleichheit,
- Bewegungsförderung als präventive Maßnahme,
- Suchtprävention und
- frühe Hilfen als kommunale Herausforderung.

In den vorangestellten Hauptreferaten werden die Schwerpunkte „Versorgung“ durch Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Kugler (TU Dresden), „Gesundheitliche Chancengleichheit“ durch Frau Prof. Dr. med. Elisabeth Pott (BzGA) sowie „Bewegung für gesunde Lebensführung“ durch Herrn Dr. med. Christoph Altmann (Sächsische Landesärztekammer) andiskutiert.

Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie unter der Rubrik „Aktuelles“ auf www.dresden.de/who. Anmeldungen sind bis zum 15.02.2013 möglich.

Dr. Peggy Looks
Beauftragte WHO-Projekt „Gesunde Städte“

Neue Betäubungsmittelrezeptformulare

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird voraussichtlich im ersten Quartal 2013 neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BtM-Rezepte) ausgeben. Der genaue Termin wird im amtlichen Teil des Bundesanzeigers zeitgerecht bekannt gemacht.

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.bfarm.de/btm-rezept.

Bundesinstitut für Arzneimittel und
Medizinprodukte

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/C001

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 13/C002

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Chemnitzer Land

Facharzt für Innere Medizin/SP Kardiologie

Reg.-Nr. 13/C003

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 13/C004

Zwickau-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 13/C005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/C006

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 13/C007

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-

geschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371

2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 13/D001

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 13/D002

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Psychologischer Psychotherapeut

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 13/D003

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 13/D004

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Zulassung für Tätigkeit in einem MVZ)

Reg.-Nr. 13/D005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 13/D006

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 13/D007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/L001

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/L002

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/L003

Facharzt für Innere Medizin/SP Kardiologie

Reg.-Nr. 13/L004

Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 13/L005

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 13/L006

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2013

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 13/L007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.02.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-

geschäftsstelle 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 Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Innere Medizin – haus-

ärztlich*)

geplante Praxisübergabe: 2013/2014

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-

geschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-154.

Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

„Ärzteblatt Sachsen“,
Heft 11/2012, Seite 453

Delegation ärztlicher Leistungen – Eine abwegige und sarkastische Betrachtung?

Früher Allgemeingut, heute immerhin noch Herrschaftswissen von Gesundheitsökonomien ist die Tatsache, dass mit 20 Prozent der finanziellen Ausgaben im Gesundheitswesen 80 Prozent der positiven medizinischen Effekte erreicht werden.

In Zeiten beklagter und zunehmender Engpässe im Bereich der Einnahmen der GKV, man sollte sich durch passagere „Überschüsse“ nicht täuschen lassen, wäre es ein rationaler Ansatz zur Zukunftssicherung unseres Gesundheitswesens, wenn sich die Gesellschaft mit immerhin 80 Prozent der medizinischen Effekte „bescheiden“ würde und somit die freiwerdenden 80 Prozent der finanziellen Mittel für eine leistungsgerechte Entlohnung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen und die Zukunftssicherung des Systems (Innovationen, Demographie etc.) zur Verfügung stünden.

Zukunftsträchtiger sind jedoch Konzepte, welche für 80 Prozent der gesundheitlichen Effekte nicht 20 Prozent sondern 80 Prozent der derzeitigen Gesundheitsausgaben binden. Dazu kämen dann die bisherigen 80 Prozent der Ausgaben für die letzten 20 Prozent der medizinischen Effekte. Bei einer dann realisierten Umsatzsteigerung von 60 Prozent wären leuchtende Manageraugen und glückliche Aktionäre die Folge. Das bestehende System muss also von Grund auf teurer werden, nicht nur im Bereich der high-end Medizin. Hier springt nun der vermeintliche Ärztemangel und das Konzept der Delegation ärztlicher Leistungen in die Bresche.

Was früher der Internist mit Arzthelferin leistete wird zukünftig an den Gesundheitsassistenten für Anamnese-

erhebung, den Gesundheitsassistenten für Befunderhebung, den Gesundheitsassistenten für Diabeteserkennung und Behandlung, den Gesundheitsassistenten für Hypertonieerkennung und Behandlung usw. delegiert. Klinikketten bieten dann diese Leistungen unter einem Dach in „Delegierungszentren“ an. Es werden Schnittstellenmanager benötigt und komplexe Qualitätssicherungsprogramme, je nach Spezialisierungsrichtung der Gesundheitsassistenten entwickelt, geschult, durchgeführt und kontrolliert. Der Internist wird entlastet von medizinischer Arbeit und Honorar, bei möglicherweise nicht fallender haftungsrechtlicher Verantwortung. In einer Zeit, in welcher ernsthaft die Akademisierung selbst der originären Krankenpflege vorangetrieben wird, kann man sich langfristig nicht gegen die Forderung nach einem Hochschulabschluss der spezialisierten Gesundheitsassistenten – die als Delegierte in Diagnostik und Therapie zum Einsatz kommen, verwehren. Diese sind dann auch wie Hochschulabsolventen zu entlohnen.

Aber auch der stationäre Bereich ist vor Delegationen nicht sicher. Wer kennt ihn nicht, den neuberufenen dynamischen Chefarzt mit nicht-sächsischer Sozialisation, welcher den einheimischen Ärzten seine mitgereiste MTA präsentiert, welche traumwandlerisch sicher und perfekt echokardiografiert?

Aber auch Intensivstationen sind bedroht. Bereits heute werden intensivpflichtige Patienten in Deutschland in die Hände von Delegierten (zum Beispiel Krankenpflegehelfer mit befristetem Arbeitsvertrag) gelegt. Liegt eine tägliche vitale Bedrohung vor, welche nur durch eine sofortige Intervention behoben werden kann, so ist der Hausarzt gehalten eine Verordnung gemäß HKP-Richtlinie auszustellen, um die Betreuung in der Häuslichkeit sicherzustellen. Ist erst diese medizinische Haftungsfreistellung für den ambulanten Pflegedienst unterschrieben, übernimmt dieser die Betreuung der vital bedrohten Patienten und die

Umsatzverantwortung gegenüber seinem Einrichtungsträger. Sollte es zu einem tragischen Zwischenfall kommen, der telefonisch angeforderte Notarzt kam zum Beispiel zu spät, so wird rechtlich der Hausarzt zur Verantwortung gezogen, denn dieser hätte sich vor Verordnung persönlich von der Eignung jeder bei seinem Patienten eingesetzten Krankenpflegehelferin überzeugen und für jeden denkbaren Zwischenfall zuvor eine schriftliche Handlungsanweisung niederlegen müssen. Die medizinische Haftungsfreistellung (HKP-Verordnung) durch den Hausarzt wird diesem über die Versichertenpauschale mit 40 Euro pro Quartal honoriert. Im gleichen Zeitraum generieren die Delegierten für ihre Unternehmen rund 60.000 Euro. Gelänge es der KBV nach harten Verhandlungen für diese Verordnungen mit Übernahme der medizinischen Verantwortung eine Versichertenpauschale von 60 Euro durchzusetzen, so wäre die ärztliche Verantwortung immerhin mit 0,1 Prozent der Gesamtkosten honoriert und der Arztberuf wieder attraktiv.

Endlich wird der Traum einer 60%igen Kostensteigerung im Gesundheitswesen Wahrheit und die Generation der jetzt 50-jährigen Ärzte wird in spätestens 20 Jahren belächelt, wenn diese von Zeiten berichten als zum Beispiel ein Internist mit seiner Arzthelferin allein die Anamnese und den Befund erhob, die Hypertonie und den Diabetes behandelte und ohne Schnittstellenmanager auskam und das bei erheblich geringeren Kosten.

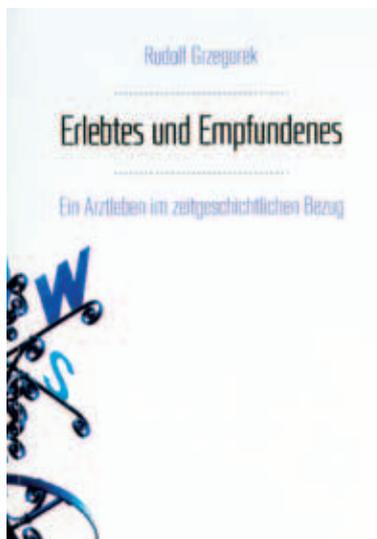
Ein Blick in Wikipedia führt dann unter dem Stichwort „Arzt“ zu folgenden Angaben: Veralteter Begriff für den Gesundheitsdelegator, welcher bei Erkrankungsverdacht als Lotse im Delegationssystem bei gleichzeitiger haftungsrechtlicher Gesamtverantwortung dient. Die Berufsausübung setzt einen erfolgreichen Abschluss als „Bachelor of medical delegation“ mit einer Regelstudiendauer von drei Jahren voraus.

Dr. med. Ulf-Norbert Funke
Dresden

Erlebtes und Empfundenes

Rudolf Grzegorek
275 Seiten
Viadukt-Verlag Görlitz
19,90 EUR
ISBN 3-929872-59-5

Der Autor, Allgemeinmediziner und Christ, kurz nach der Gründung der DDR in Görlitz geboren, verleugnet Herkunft und vorwendliche Biografie nicht. Erlebnisse und Empfindungen aus sechs Jahrzehnten werden dem Leser nahegebracht, fast als Systemvergleich. An authentischen Beispielen wird mit Erfolg der subjektive Rahmen gesprengt und allgemeingültiges diskutiert. Der erste Teil des Buches trägt autobiografische Züge, setzt zum Beispiel humanistischen Lehrern ein Denkmal, die Erweiterte Oberschule und Medizinstudium ohne Jugendweihe ermöglichten. Dann kommt der Studienbeginn an der Humboldt-Universität in Berlin, im Gefolge des Prager Frühlings mit extremer „Rotlichtbestrahlung“. Der verzweifelte Student will Pfarrer wer-



den. Aber verantwortungsvolle Menschen geben ihm Zuversicht und tatsächlich findet er nach dem Physikum an der Medizinischen Akademie „Carl-Gustav-Carus“ in Dresden bei den klinischen Lehrern weitestgehend eine ideologiefreie Wissensvermittlung vor. Nach Studienabschluss sind freilich Kompromisse nötig, Chefarzt der Görlitzer Feierabend- und Pflegeheime sowie beratender Arzt für Geriatrie im Bezirk Dresden wird man nicht zum Nulltarif. Aber

der Horizont weitet sich durch CDU-Mitgliedschaft und Reservisten dienst – auch ein großer Teil der SED-Genossen und ihrer Helfershelfer sind lebens- und achtenswerte Menschen. Im Mittelteil werden Fragen aus Politik, Medizinpolitik und Ethik diskutiert.

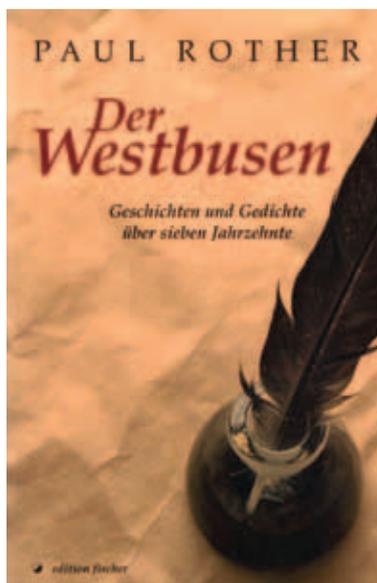
Manche Kapitel sind geradezu erfrischend zu lesen, zum Beispiel über Homosexualität, Doping und Chirurgie aus kosmetischen Gründen, entbehren auch der Selbstkritik nicht. Im letzten Teil spürt man den Hobbytheologen. Unkonventionell, tabulos und pointiert werden orthodoxe Protestanten und katholische Dogmatiker ohne Ansehen der Person am jüdischen Wanderprediger gemessen. Dieser Jesus, der von Klerikern beider Konfessionen zwar oft beschworen wird, den man aber in den Amtskirchen lieber gehen als kommen sieht! Abschließend eine kritische Anmerkung, bei einer wünschenswerten Neuauflage sollte der Druck etwas größer erfolgen. Nun aber sollte sich der Leser selbst ein Urteil bilden.

Dr. med. Rüdiger Adam
Görlitz

Der Westbusen

Paul Rother: Der Westbusen – Geschichten und Gedichte über sieben Jahrzehnte.
Edition Fischer 2012
ISBN 978-3-89950-732-4

Paul Rother, am Kilimandscharo geboren, im Vorerzgebirge in einer Pfarrersfamilie aufgewachsen und Jahrzehnte als Anatom an der Universität Leipzig gearbeitet, legt nunmehr sein drittes Büchlein vor. Es sind selbstbiografische Notizen beziehungsweise selbsterfahrene Reflexionen, gewissermaßen Mosaiksteine als Geschichten und Gedichte unterschiedlicher Provenienz, durchweg liebenswert, nachdenklich, anregend, auch ironisch und nachvollziehbar, gut beobachtet, lustig und traurig bis erschütternd, insbesondere für den, der die Kriegs- und schwere Nachkriegszeit noch vage bis detailliert in persönlicher Erinnerung hat, die Zeit des Sozialismus durchkämp-



fen musste und sich danach in persönlicher, selbstkritischer Gestaltungsfreiheit tummeln konnte. Der Text ist geschickt formuliert, gut lesbar und reflektiert die Sicht des weisen, jungen noch aktiven Alten, der neben gelebter Medizin als Professor nach seiner Ruhestandsverset-

zung nochmals Geschichte und Psychologie studiert und dort seinen Master gemacht hat. Man spürt nicht nur Parteinahme (wie in Volks wahlen, Pfarrer Brüsewitz), sondern auch philosophisch Nachdenkliches (zum Beispiel die Kluft), aber auch Stellungnahme zum Leipziger Kulturleben (unter anderem Theater), zu menschlichen Schwächen (Skatspiel) und Liebe, alles aus einer humanistischen Grundhaltung heraus. erinnert sei auch an Themen wie hungergeprägte Kindheitserinnerungen, die besonders gut nachvollziehbar sind, aber auch Vorlesungen, Medizinisches und andere Splitter.

Das Büchlein enthält viel Lesens- und Liebenswertes sowie Weises. Der Leser wird in der breit gefächerten Vielfalt sicherlich eine Bereicherung für sich finden. Deshalb wird die Lektüre wärmstens empfohlen.

Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Hausteil,
Leipzig und Markkleeberg

Verstorbene Kammermitglieder

15.06.2012 – 30.11.2012

Christine Asperger
Leipzig

Dr. med. Klaus-Dietrich Berndt
Chemnitz

Dr. med. Günter Braun
Breitenbrunn

Dr. med. habil. Edgar Bredow
Leipzig

Dr. med. Alexander Donath
Delitzsch

**Prof. em. Dr. med. habil.
Waltraude Fischer**
Leipzig

Dr. med. Gerd Gmyrek
Leipzig

**Doz. Dr. med. Dr. sc. techn.
Werner Grohmann**
Mittelbach

**Prof. Dr. med. habil.
Otfried Günther**
Dresden

Bernhard Guthknecht
Zwönitz

Dr. med. Jürgen Harms
Beucha

Dr. med. Rudolf Haupt
Zittau

Dr. med. Annemarie Heine
Radebeul

Dr. med. Ursula Hering
Dresden

Horst Hille
Oelsnitz

Dr. med. Annemarie Jacob
Dresden

Ulrich Korell
Pirna

Dr. med. Otto Kriester
Auerbach

Dr. med. Irmingard Liebold
Zwickau

Dr. med. Gottfried Lindemann
Flöha

Dipl.-Med. Haldor Lösche
Radeburg

Dr. med. Heinz Löwe
Chemnitz

Dr. med. Christine Marmor
Görlitz

Dipl.-Med. Frank Martin
Dresden

Dr. med. Sigrid Mayerhofer
Leipzig

Dr. med. Jürgen Mehlhorn
Niederdorf

Dr. med. Peter Nitz
Chemnitz

Dr. med. Annaliese Ochernal
Dresden

Dr. med. Susanne Opitz
Sohland/Taubenheim

Rita Österreicher
Leipzig

Dr. med. Ulrich Pflug
Zwickau

Dr. med. Lothar Pröhl
Auerbach

Dr. med. Annerose Reinicke
Elsterberg

Dr. med. Monika Riedlinger
Leipzig

Dr. med. Rosemarie Rotzsch
Markkleeberg

Prof. Dr. med. Gerhard Sack
Leipzig

**Dr. med. univ.
Gert-Peter Schmidt**
Dresden

Dr. med. Adda Viererbl
Dresden

Dr. med. Erich Walther
Leipzig

Dr. med. Dieter Weinhold
Leipzig

Dr. med. Margitta Zboron
Leipzig

Dr. med. Waltraud Zschille
Zwickau

Unsere Jubilare im Februar 2013 – wir gratulieren!

60 Jahre

01.02. Dr. med. Wilhelm, Annerose
01558 Großenhain

09.02. Dr. med. Nowack, Ute
09221 Adorf

10.02. Dipl.-Med. Schädlich, Stefan
08134 Wildenfels

13.02. Dipl.-Med.
Schwuchow, Lothar
02779 Hainewalde

14.02. Dr. med. Bolle, Klaus
01219 Dresden

15.02. Prof. Dr. med. habil.
Witzigmann, Helmut
01445 Radebeul

16.02. Dr. med. Schneider, Eckhardt
04463 Großpösna/
Güldengossa

16.02. MUDr. Sebesta, Pavel
09116 Chemnitz

17.02. Dr. /Med. Univ. Budapest
Neubert, Marion
08060 Zwickau

18.02. Dr. med.
Baumann, Ingeborg
04838 Eilenburg

18.02. Todorova, Nedyalka
01816 Bad Gottleuba

19.02. Dr. med. Linse, Barbara
01257 Dresden

19.02. Dipl.-Med.
Zuischko, Waltraud
02979 Elsterheide

20.02. Dr. med. Hauswald, Angelika
01689 Weinböhla

21.02. Dipl.-Med. Theile, Sonja
01616 Strehla

23.02. Limorenko, Leonid
09113 Chemnitz

25.02. Dr. med. Elix, Heidrun
08118 Hartenstein

26.02. Lechner, Natalie
04860 Welsau / Zinna

27.02. Prof. Dr. med. habil.
Borte, Michael
04316 Leipzig

65 Jahre

01.02. Dipl.-Med.
Bernhardt, Wilfried
08396 Waldenburg

01.02. Dr. med. Templin, Annerose
01454 Ullersdorf

02.02. Dr. med. Dr. med. dent.
Markwardt, Jutta
01237 Dresden

02.02. Dr. med. Schäfer, Michael
08340 Schwarzenberg

05.02. Dr. med. Blaß, Brigitte
09125 Chemnitz

07.02. Dr. med. Neubert, Silvy
08523 Plauen

12.02. Prof. Dr. med. habil.
Michalski, Hartmut
04463 Großpösna

15.02. Dipl.-Med.
Dohrenwendt, Monika
01773 Altenberg

19.02. Viliher, Elic
01067 Dresden

20.02. Dipl.-Med. Wand, Renate
01307 Dresden

22.02. Dr. med. Köhling, Ulrich
01328 Dresden

25.02. Dr. med.
Wohlgemuth, Brigitte
09123 Chemnitz

70 Jahre

01.02. Dr. med. Dalitz, Ute
01217 Dresden

01.02. Prof. Dr. med. habil.
Gräfe, Gerd
04159 Leipzig

01.02. Dr. med. Reißmann, Gisela
01468 Reichenberg

01.02. Tomesch, Bärbel
08427 Fraureuth

02.02. Dr. med. Ackermann, Rolf
04808 Wurzen

02.02. Dr. med. Löffelmann, Horst
08412 Werdau

03.02. Dieck, Wolfgang
01640 Coswig

04.02. Dr. med. Drews, Eckehard
04668 Grimma

05.02. Kirseck, Hannelore
09126 Chemnitz

05.02. Dr. med. Kordel, Karl-Heinz
04539 Groitzsch

06.02. Dr. med. Karg, Anke
02943 Weißwasser

07.02. Dr. med. Brehme, Matthias
04416 Markkleeberg

07.02. Dr. med.
Hegenbarth, Regina
04643 Geithain

07.02. Dr. med. Ruppert, Roland
09120 Chemnitz

08.02. Dr. med. Enk, Rosemarie
01591 Riesa

15.02. Dr. med. Pfau, Barbara
09125 Chemnitz

15.02. Schlosser, Ingrid
09392 Auerbach

16.02. Dr. med. Leitsmann, Barbara
08056 Zwickau

17.02. Heider, Uta
01734 Rabenau

17.02. Dr. sc. med. Kaden, Angela
04736 Waldheim

18.02. Dr. med. Aust, Karin
04158 Leipzig

18.02. Dr. med. Urban, Jutta
01277 Dresden

18.02. Dr. med. Wiergowski, Christa
04509 Delitzsch

19.02. Dr. med. Hückstädt, Heidrun
04435 Schkeuditz

19.02. Dr. med. Kaps, Reinhard
09423 Gelenau

21.02. Dr. med. Pufe, Barbara
04357 Leipzig

22.02. Dipl.-Med. Lippmann, Holger
04317 Leipzig

22.02. Schlosser, Dagmar
08645 Bad Elster

22.02. Dr. med.
von der Gönne, Christine
04179 Leipzig

23.02. Dr. med.
Eisenkrätzer, Christiane
01445 Radebeul

23.02. Rinze, Gesine
08371 Glauchau

24.02. Wittig, Karin
04129 Leipzig

25.02. Dr. med. Moritz, Peter
01744 Dippoldiswalde

28.02. Dr. med. Becker, Sighart
02788 Hirschfelde

28.02. Doz. Dr. med. habil.
Czornack, Frank
01277 Dresden

28.02. Dr. med. Klemm, Elke
09481 Scheibenberg

75 Jahre

01.02. Becker, Peter
02625 Bautzen

01.02. Brosz, Helga
01277 Dresden

01.02. Prof. Dr. med. habil.
Skrzypczak, Jörg
04157 Leipzig

05.02. Prof. Dr. sc. med.
Reißig, Dieter
04249 Leipzig

05.02. Dr. med. Riemer, Wolfgang
04425 Taucha

06.02. Dr. med. Bildat, Dieter
04435 Schkeuditz

06.02. Hebenstreit, Ingrid
01309 Dresden

07.02. Riedel, Karl
04886 Arzberg

08.02. Dr. med. habil.
Oeser, Roland
08321 Zschorlau

09.02. Dr. med. Trülsch, Barbara
01309 Dresden

10.02. Dr. med. Hoppe, Uta
09496 Marienberg

11.02. Dr. med. Bredow, Anneliese
04103 Leipzig

11.02. Dr. med.
Neugebauer, Annerose
04463 Großpösna

- 16.02. Dr. med. Klinger, Klaus
08289 Schneeberg
- 21.02. Dr. med. Köhler, Liselotte
01156 Dresden
- 21.02. Dr. med. Kühndel, Klaus
04107 Leipzig
- 21.02. Dr. med. Thomas, Isabella
01109 Dresden
- 22.02. Dr. med. Kaiser, Günter
08645 Bad Elster
- 23.02. Boos, Waldemar
01309 Dresden
- 23.02. Dr. med. Hofmann, Peter
09212 Limbach-Oberfrohna
- 24.02. Dr. med. Friedrich, Karl-Heinz
04277 Leipzig
- 25.02. Dr. med. Grochowoy, Peter
04860 Welsau
- 25.02. Schröder, Ulrike
01324 Dresden
- 26.02. Dr. med. Baldauf, Bernd
09509 Forchheim
- 26.02. Dr. med. Seidel, Ulrike
09116 Chemnitz
- 80 Jahre**
- 02.02. Hocke, Günther
04416 Markkleeberg
- 03.02. Dr. med. Reinhold, Ursula
01324 Dresden
- 05.02. Dr. med.
Scheidemann, Ingrid
04318 Leipzig
- 06.02. Dr. med. Fischer, Manfred
01217 Dresden
- 16.02. Dr. med. habil. Pfeil, Egon
08451 Crimmitschau
- 17.02. Dr. med. Kamenz, Eva
01069 Dresden
- 20.02. Dr. med. König, Liesbeth
01307 Dresden
- 23.02. Prof. Dr. med. habil.
Neef, Heinz
08324 Bockau
- 23.02. Schautz, Brigitte
01445 Radebeul
- 23.02. Wiesner, Mirosława
09599 Freiberg
- 81 Jahre**
- 02.02. Dr. med. Gamnitzer, Svend
04279 Leipzig
- 06.02. Dr. med.
Müller-Hornburg, Ursula
01324 Dresden
- 07.02. Schneider, Hertha
01187 Dresden
- 08.02. Dr. med. Kreuzinger, Erna
04129 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Mai, Annemarie
09112 Chemnitz
- 09.02. Dr. med. Gebhardt, Rudolf
01109 Dresden
- 12.02. Dr. med. Weber, Lothar
04668 Großbothen
- 13.02. Dr. med. Musiat, Rita
02625 Bautzen
- 14.02. Dr. med. Grunert, Eva-Maria
09111 Chemnitz
- 22.02. Dr. med. Dr. med. dent
Andreas, Manfred
04318 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Geidel, Hans
04155 Leipzig
- 23.02. Dr. med. Zumpe, Sonja
01097 Dresden
- 26.02. Dr. med. Wallasch, Maria
04425 Taucha
- 82 Jahre**
- 03.02. Dr. med. Wießner, Wolfgang
04720 Ebersbach
- 04.02. Dr. med. Mertens, Helga
04463 Großpösna
- 05.02. Dr. med. Pfeifer, Günther
08412 Werdau
- 11.02. Dr. med. Schimmel, Margit
04808 Wurzen
- 13.02. Dr. med. Klauß, Irene
09120 Chemnitz
- 15.02. Dr. med. Dipl.-Psych.
Behrends, Lothar
04155 Leipzig
- 16.02. Dr. med. habil.
Kratzsch, Karl-Heinz
09131 Chemnitz
- 16.02. Dr. med. Langer, Horst
09131 Chemnitz
- 17.02. Dr. med. Horn, Ehrenfried
08289 Schneeberg
- 25.02. Schmieden, Edeltraut
08525 Plauen
- 83 Jahre**
- 08.02. Dr. med. Mauroschat, Luise
09120 Chemnitz
- 09.02. Dr. med. Lange, Ruth
08499 Mylau
- 18.02. Dr. med. Arnold, Peter
09456 Annaberg
- 19.02. Dr. med. Münch, Heinz
08209 Auerbach
- 22.02. Dr. med. Geikler, Helmut
04129 Leipzig
- 22.02. Dr. med. Seifert, Bodo
01662 Meißen
- 25.02. Dr. med. Böhme, Hella
01277 Dresden
- 84 Jahre**
- 12.02. Dr. med. Schuster, Johannes
08261 Schöneck
- 18.02. Dr. med. Meier, Wolfgang
01069 Dresden
- 23.02. Dr. med. Kissing, Wolfgang
01328 Dresden
- 26.02. Dr. med. Heinrich, Gerhard
01796 Pirna
- 28.02. Dr. med. Kinzer, Wera
09119 Chemnitz
- 28.02. Dr. med. Neumerkel, Horst
02977 Hoyerswerda
- 86 Jahre**
- 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz
- 87 Jahre**
- 02.02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
- 22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau
- 28.02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig
- 88 Jahre**
- 16.02. Dr. med. Löffler, Herbert
08280 Aue
- 16.02. Dr. med. Stephan, Christine
04103 Leipzig
- 18.02. Prof. Dr. med. habil.
Crasselt, Carl
01324 Dresden
- 18.02. Dr. med. Schmiedel, Annelies
01326 Dresden
- 19.02. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau
- 89 Jahre**
- 01.02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig
- 08.02. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig
- 18.02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig
- 90 Jahre**
- 24.02. Dr. med. Kunze, Irmgard
08258 Wernitzgrün
- 91 Jahre**
- 07.02. Dr. med. Kreihs, Werner
02708 Löbau
- 17.02. Prof. Dr. med. habil.
Avenarius, Richard
01309 Dresden
- 92 Jahre**
- 10.02. Dr. med.
Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
- 26.02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden
- 97 Jahre**
- 17.02. Nawka, Joachim
02627 Radibor

Abgeschlossene Habilitationen IV. Quartal 2012

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Priv.-Doz. Dr. med.

Christoph Benckert,

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

Thema der Habilitationsschrift: Histomorphologische und molekularbiologische Prognosefaktoren hepato-pankreato-biliärer Malignome
Verleihungsbeschluss: 16.10.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. med.

Thomas Neumuth,

Innovation Center Computer Assisted Surgery (ICCAS) der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Informatik zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Surgical Process Modeling: Theory, Methods, and Applications
Verleihungsbeschluss: 16.10.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Regenthal,

Rudolf-Boehm-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Leipzig, Abteilung für Klinische Pharmakologie, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Klinische Toxikologie zuerkannt.
Thema der Habilitationsschrift: Klinisch-pharmakologische Untersuchungen zur medikamentösen Therapieoptimierung unter besonderer Berücksichtigung zentral wirksamer Arzneimittel
Verleihungsbeschluss: 20.11.2012

Priv.-Doz. Dr. phil. Birgit Wagner,

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihr die

Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Psychologie und Psychotherapie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Posttraumatische Belastungsstörungen und Komplizierte Trauer: Prävalenzen, Risikofaktoren und internetbasierte Interventionen

Verleihungsbeschluss: 20.11.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Ender,

Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin II, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anästhesiologie und Intensivmedizin zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Die Rolle der intraoperativen Echokardiografie bei herzchirurgischen Operationen mit Schwerpunkt Mitralklappenrekonstruktion
Verleihungsbeschluss: 26.11.2012

Dr. phil. Jochen Ernst,

Department für Psychische Gesundheit, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefähigung für das Fach Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Beteiligung von onkologischen Patienten an medizinischen Entscheidungen – Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren aus Sicht von Patienten, Ärzten und Angehörigen
Verleihungsbeschluss: 26.11.2012

Priv.-Doz. Dr. med.

Andreas Wolfgang Reske,

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anästhesiologie und Intensivmedizin zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Quantitative computertomographische Analysen der Lungenbelüftung bei akutem Lungenversagen – Untersuchungen zur Methodik und klinischer Implementierung

Verleihungsbeschluss: 26.11.2012

Dr. rer. nat. Markus Scholz,

Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie (IMISE) der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefähigung für das Fach Medizinische Bioinformatik zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Biomathematische Modellierung von Therapiewirkungen bei Lymphomerkrankungen – Ein Beitrag zur Medizinischen Systembiologie

Verleihungsbeschluss: 26.11.2012

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Hanno Steinke,

Institut für Anatomie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anatomie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Zur Bedeutung der lumbosakralen Weichteile für die Funktion des lumbosakralen Systems

Verleihungsbeschluss: 26.11.2012

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Priv.-Doz. Dr. med.

Katrin Friedrich,

Oberärztin am Institut für Pathologie am Universitätsklinikum der TU Dresden, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Pathologie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Chromosomale Imbalancen in der Progression invasiver Mammakarzinome“
Verleihungsbeschluss: 28.11.2012

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Krüger,

Facharzt für Chirurgie und Klinische Genetik, Gemeinschaftspraxis für Humangenetik in Dresden, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Chirurgie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Ursächliche und modifizierende genetische Faktoren des Lynch-Syndroms (Hereditäres-nicht-Polyposis-assoziiertes-kolorektales-Karzinom-Syndrom, HNPCC)“

Verleihungsbeschluss: 28.11.2012

Vom Adelssitz zum Krankenhaus

Eine medizinische Schloßerfahrt durch Sachsen

Bei einer medizinhistorischen Stippvisite durch unseren Freistaat stoßen wir neben den großen Kliniken, Persönlichkeiten und Ereignissen auch auf eine Reihe von Burgen und Schlössern, die nach ihrer Nutzung als Adelssitze sozialen und medizinischen Zwecken zugeführt worden sind. Aus der stattlichen Reihe von A wie Abtaunhof bis Z wie Zeititz betrachten wir hier die Schlösser Colditz, Hubertusburg, Neuhirschstein, Pulsnitz, Thallwitz und Waldenburg etwas näher.

Auf Schloss Colditz an der Zwickauer Mulde hielten sich einst Kaiser und Könige auf. Die Wettiner besaßen es vom 15. Jahrhundert bis 1918, bewohnten es aber nur bis 1753. Danach diente das Schloss als Armenhaus, als Landesarbeitshaus und von 1829 bis 1924 als Landesversorgungsanstalt für unheilbar Geisteskranke. Aus dem Zucht-, Armen und Waisenhaus Waldheim, ehemals Jagdschloss der sächsischen Kurfürsten, kam der Psychiater Christian August Fürchtegott Hayner (1775 bis 1837) als Heimarzt nach Colditz. Hayner führte die so genannte Gummizelle in die psychiatrische Behandlung ein, forderte andererseits aber als einer der ersten einen gewaltfreien und humanen Umgang mit den Kranken. Des Komponisten Robert Schumann zweit jüngster Sohn Ludwig verbrachte den Rest seines Lebens „in geistiger Umnachtung“ in der Colditzer Anstalt. Auf Hayner folgte in der Anstaltsleitung Friedrich August Hermann Voppel (1813 bis 1885), der einen Teil der in Colditz verstorbenen Patienten selbst sezierte und darüber publizierte. Während der Naziherrschaft wurde die Landesversorgungsanstalt Colditz unter dem aus Zschadraß gekommenen und in die Euthanasiepraktiken verstrickten Direktor Max Alwin Liebers (1879 bis 1956) systematisch leer geräumt und nach „Entfernung“ des letzten Patienten zum Schutzhaftlager umfunktioniert.

Aus dem als ausbruchssicher geltenden Gefängnis für alliierte Offiziere gelangen immer wieder spektakuläre Fluchten. Von 1947 bis 1996 wurde Schloss Colditz zu einem 400 Betten-Krankenhaus der Grundversorgung und beherbergte eine chirurgische, internistische, HNO- und Augenabteilung. Nunmehr ist das Schloss Bestandteil des Staatlichen Schlossbetriebes Sachsen mit kulturellen Aufgaben wie denen einer Landesmusikakademie.

Die wildreichen Wälder um Wernsdorf waren für den sächsischen Hof so recht zu Jagd geeignet. Es entstanden das alte Jagdschloss im Renaissancestil und das jüngere Barockschloss, das im Todesjahr August des Starken (1733) vollendet wurde.

Mit dem Frieden von Hubertusburg, der 1763 den Siebenjährigen Krieg beendete, ging das Schloss in die europäische Geschichte ein. Seine ursprüngliche Funktion verlor es, als von 1775 bis 1835 die Königlich-Sächsische Steingutmanufaktur dort Einzug hielt. Danach begann die „medizinische Karriere“ des großen Gebäudes: 1838 Landeshospital, 1840 Landes-Kranken- und Siechenhaus für Frauen, 1846 Erziehungsanstalt für blödsinnige und epileptische Kinder, damals einmalig in Europa, 1874 bis 1945 landeseigene Kranken-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Namhafte Direktoren waren die Psychiater Karl Rudolf Biedermann Günther († 1926), Max Dost (1867 bis 1935) und Paul Ferdinand Rossbach († 1936). Im ersten Weltkrieg kamen 1500 Kranke durch Hunger und Seuchen um. Vor dem zweiten Weltkrieg wurden die Patienten entlassen oder in andere Anstalten verlegt, auch im Rahmen der Euthanasieaktion. Im Krieg war die Einrichtung Lazarett. Danach bildeten sich die „Kliniken Hubertusburg“ heraus, in denen bis 1975 auch die operativen Fächer beheimatet waren. Bei Ende der DDR standen in Hubertusburg 750 Betten zur Verfügung. Heute betreibt das „Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH“ eine psychiatrische, eine neurologische und eine neuropädiatrische Klinik.



Schloss Colditz

© Wikimedia Commons (SKOMP46866)



Schloss Hubertusburg

© Wikimedia Commons (Andre Kaiser)



Schloss Neuhirschstein

© Wikimedia Commons (Kolossos)

Zwischen Riesa und Meißen thront auf einem Felsvorsprung an der Elbe das 1205 zum ersten Mal urkundlich erwähnte Schloss Hirschstein (auch Neuhirschstein). Nachdem Jahrhunderte lang die unterschiedlichsten Adelsgeschlechter hier ihren Sitz hatten, kam das Schloss 1892 durch Heirat in den Besitz eines Arztes, des königlich-sächsischen Leibmedikus Max Julius Busse († 1928). Dessen Witwe wurde von den Nationalsozialisten enteignet, die dort ein Staatsgefängnis einrichteten, in dem unter



Schloss Pulsnitz

© www.Burgen-und-Schloesser.net



Schloss Waldenburg

© Stadtverwaltung Waldenburg (Ralph Zenker)

anderem der belgische König Leopold III. und seine Familie, darunter der jetzige König Albert, interniert waren. Nach der Besetzung durch die Rote Armee und Nutzung als Lazarett, bekam die „Volkssolidarität“ 1949 das Schloss zugewiesen und machte daraus ein Kindererholungsheim. Es wurde zu einem einzigartigen Spezialsanatorium für Enuretiker, das von 1956 bis 2006 bestand.

Das westlausitzische Städtchen Pulsnitz ist bekannt geworden als Pfefferkuchenstadt und Geburtsstadt des Bildhauers Ernst Rietschel, Schöpfer des Goethe-Schiller-Denkmal in

Weimar. In der jüngeren Vergangenheit hat Pulsnitz durch seine Klinik im Schloss eine neue Bedeutung erlangt. Aus einer alten Wasserburg war später ein Renaissanceschloss und dann ein Barockschloss geworden, das seine medizinische Bestimmung 1945 als Lazarett und nachfolgende Tuberkuloseheilstätte erhielt. Ab 1959 stand es auch als Akutkrankenhaus zur Verfügung. Ein privates Konsortium betreibt in der „Klinik Schloss Pulsnitz“ seit 1990 ein Rehabilitationszentrum für Neurologie mit Anschlussheilbehandlungen, Frührehabilitation, ambulanter und teilstationärer Nachsorge.

Ein weiteres Beispiel für die Umwandlung eines Schlosses in ein Krankenhaus stellte Thallwitz an der Mulde zwischen Eilenburg und Wurzen dar. Das Jagdschloss hatte schon August den Starken und den Grafen Hoym und dessen Gemahlin, die spätere Gräfin Cosel, in seinen Mauern gesehen und befand sich seit 1783 im Besitz derer von Reuß. In die sächsische Medizingeschichte trat es ein, als es 1943 der Leipziger Medizinprofessor Wolfgang Rosenthal (1882 bis 1971) pachtete und eine kieferchirurgische Privatklinik einrichtete. Durch den musisch begabten Allgemein-, Kiefer- und Gesichtschirurgen Rosenthal – im Zweitberuf war er ausgebildeter Opern- und Konzertsänger – wurde die Thallwitzer Klinik weltberühmt. Unzählige Kinder mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten verdanken ihm nicht nur ein ausgezeichnetes kosmetisches Operationsergebnis, sondern durch die früh postoperativ einsetzende intensive Sprachtherapie auch ein gutes Sprechvermögen, das sie ein praktisch normales Leben führen lässt. Nach Benachteiligungen während der NS-Zeit konnte Rosenthal 1950 mit dem Ordinariat an der Berliner Charité die höchste Stufe seiner akademischen Laufbahn erklimmen. Noch als Emeritus arbeitete er in seiner inzwischen verstaatlichten Thallwitzer Klinik, die später der Leipziger Universitäts-Zahn-, Mund- und Kieferklinik angeschlossen wurde, aber

einem allmählichen Niedergang anheim fiel und schließlich 1994 geschlossen wurde.

Wieder an der Zwickauer Mulde, kommen die Türme der Töpferstadt Waldenburg in den Blick. Das Schloss war Stammsitz der Fürsten von Schönburg-Waldenburg. Deren Spross Otto Victor I. hatte 1843 in Waldenburg das Krankenhaus „Carolinenstift“ dem Andenken seiner Tochter Marie Caroline gewidmet und der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt. Es war Waldenburgs erstes Krankenhaus. Dessen ungeachtet, vielleicht auch, weil der Fürst recht herrisch und aufbrausend war, wandten sich die Revolutionäre von 1848 gegen ihn und legten im Schloss Feuer. Gegenüber vom Schloss beherbergt das ebenfalls auf den oben genannten Schlossherrn zurückgehende Naturalienkabinett die bedeutende Sammlung des Leipziger Apothekers Johann Heinrich Linck (1674 bis 1734), ein Kabinett aus zoologischen und botanischen Absonderlichkeiten, darunter menschlichen Foeten mit zahlreichen Fehlbildungen. Das Schaumagazin ist noch in seiner ursprünglichen Form erhalten und zugänglich. Der Fürstensohn Otto Victor II. hat das Schloss noch vor dem ersten Weltkrieg in der noch heute sichtbaren imitierten Tudorgotik umbauen lassen. Nach der Enteignung zogen 1947 Tuberkulosekranke in das Schloss ein. Als „Fachklinik für Lungenkrankheiten und Tuberkulose“ unterstand es bis zum Ende der DDR dem Karl-Marx-Städter Gesundheitswesen. 1998 wurde das Krankenhaus geschlossen. Heute dient das Schloss musealen und privaten Zwecken, als Tourismusamt und kann angemietet werden.

Die Schlösser Abtaunhof, Bärwalde, Elstra, Königsbrück, Pirna-Sonnenstein, Uhyst, Wackerbarth und Waldheim verdienen in ihrer medizinischen Verwendung eine gesonderte Betrachtung.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. habil. Volker Klimpel
Dresden

Soldat mit Palette

Otto Dix und seine Bilder vom Krieg – ein Fall von PTSD?

Bilder vom Krieg können niemals schön sein, egal ob sie gemalt, beschrieben oder geschildert wurden. Bilder vom Krieg sind identisch mit Zerstörung, Tod, Not und Leid. Bilder vom Krieg auf ca. 600 Zeichnungen stammen von Otto Dix (1891 bis 1969), der 1914 zur großen Schar kriegsfreiwilliger deutscher Männer gehörte und von 1915 bis 1918 an der West- und Ostfront, überwiegend als MG-Stoßtruppführer eingesetzt war. Der Absolvent der Kunstgewerbeschule Dresden, Otto Dix, hatte sich zu Beginn des Ersten Weltkrieges als Schießscheibe porträtiert, wohl wissend, dass im Krieg auf Menschen geschossen wird. Auch an vorderster Front, im Schützengraben, hatte Dix Palette und Zeichnerutensilien am Mann. Zunächst war der Krieg für den Maler etwas Gewaltiges und er malte, was seine Augen sahen. Das Zeichenmaterial schickte ihm aus Dresden seine Esperanto-Freundin Helene Jakob (1890 bis 1972). Sie war die Tochter des Hausverwalters der Kunstgewerbeschule Dresden. Mappen voller Zeichnungen schickte Dix an Helene Jakob zur Aufbewahrung. Viele seiner bemalten Feldpostkarten hatten dieselbe Adresse.

Otto Dix wollte mit seinen Bildern das wahre Gesicht des Krieges festhalten und es gelang ihm! Hier einige Bildtitel: „Ein schönes Grab“, „Ein schlechtes Grab“, „Schlachtfeld“, „Im Lazarett“, „Unterstand“, „In den Trümmern von Auberive“, „Zerstörte Straße“, „Laufgraben“, „Trümmer“, „Ruinen“, „Kampfgaben bei A.“, „MG-Stand“, „Stürmender“, „Überfall“, „Schleichpatrouille“, „Der fetzende Tod“, „Das tote Haus“, „Sterbender Krieger“, „Reihe im MG-Feuer“ und „Granatrichter mit Leichen“. Ausführlicher haben Ulrike Rüdiger (Grüsse aus dem Krieg, Gera, 1991) und Otto Conzelmann (Der andere Dix, Stuttgart, 1983) die Thematik dargestellt. Nun war Otto Dix nicht der einzige

deutsche Maler, der im Ersten Weltkrieg als Soldat diente, aber MG-Stoßtruppführer wie Dix war keiner. Erich Heckel und Max Beckmann zum Beispiel waren als Sanitäter überwiegend in Lazaretten eingesetzt. Als einmal zufällig der Maler Otto Griebel, ein Mitschüler der Kunstgewerbeschule Dresden, an der Westfront auf Otto Dix traf, zeigte ihm dieser im Unterstand seine Werke. Ungläubig starrte Otto Griebel auf die Fülle der mit Tusche, Tempera oder Kreide gefertigten Zeichenblätter. Aber den Dixschen Arbeitseifer kannte er schon aus der Dresdener Zeit. Es war jedoch nicht nur die Anzahl der Bilder, sondern auch deren Inhalt. Charakteristisch für das Kriegsgeschehen „dokumentierte“ Otto Dix Typisches, zum Beispiel „Soldatengräber zwischen den Linien“, „Granatrichter im Haus“, „Leuchtkugel“, „Gastote“, „Feindlicher Graben nach dem Sturm“, „Sturmtrupp geht unter Gas vor“, „Leiche im Drahtverhau (Flandern)“, „Maschinengewehrzug geht vor (Somme)“ wie von Veit Loers (Otto Dix und der Krieg, Regensburg, 1981) treffend mitgeteilt wurde.

Es ist nicht möglich und auch nicht Sinn dieses Beitrages, alle Dixschen Bilder vom Krieg zu nennen, aber die hier angeführten Szenen beweisen schon, dass die anfängliche Euphorie, für das Vaterland in den Krieg zu ziehen, einer Ernüchterung vom Krieg als „Menschenschlachthaus“ gewichen war.

Dass die optische Wahrnehmung des Malers Otto Dix vom Schlachtfeld millionenfach von am Ersten Weltkrieg teilgenommenen Männern nachempfunden und damit bestätigt werden kann, steht außer Frage und spiegelt sich auch in der vorhandenen Literatur über den Ersten Weltkrieg wider. Diese Literatur muss jedoch differenziert betrachtet werden. Der Inhalt der dreibändigen Ausgabe von „Sachsen in großer Zeit“ (Akademische Buchhandlung Lippold, Leipzig, 1920) ist eine Mischung von lexikalischer Militärstatistik und Frontberichterstattung bis hin zum Heldentod für das Vaterland.



Selbstporträt von Otto Dix als Schießscheibe (1915). Aus: D. Schmid: Otto Dix im Selbstbildnis, Henschelverl. Berlin, 1981 © VG Bild – Kunst, Bonn 2012

Typisch dafür ist die Widmung von General Artur Baumgarten-Crusius, die er im August 1919 in Blasewitz für den 2. Band geschrieben hatte: „Meinen sächsischen Kriegskameraden zugeeignet zur Erinnerung an eigenes Kriegserleben. Den Tapferen, die ihr Leben für das Vaterland dahingegeben haben zum Dankesgruß aufs Heldengrab. Kommenden Geschlechtern zum Vorbild, ein Ansporn zu selbstverleugnender Pflichterfüllung, der lautersten Quelle vaterländischer Kraft.“

Otto Dix empfand am Kriegsgeschehen etwas Gewaltiges, aber es war etwas gewaltig Schreckliches. Die Grausamkeiten im Ersten Weltkrieg erlebten im Prinzip nur die Frontsoldaten und nicht die Militärs in den Stäben.

Um Otto Dix und seine Bilder vom Krieg besser zu verstehen, empfiehlt sich Literatur wie „Der kleine Frieden im Großen Krieg“ von Michael Jürgs (Verlag von Bertelsmann, München, 2003) und „Schönheit und Schre-



Helene Jakob, die Esperanto-Freundin von Dix, die Dix Zeichnerutensilien an die Front schickte und seine Arbeiten bis Kriegsende für den Maler aufbewahrte. Zeichnung von Frau M. Seybold (Plauen) nach einem Foto © Zentralarchiv Berlin

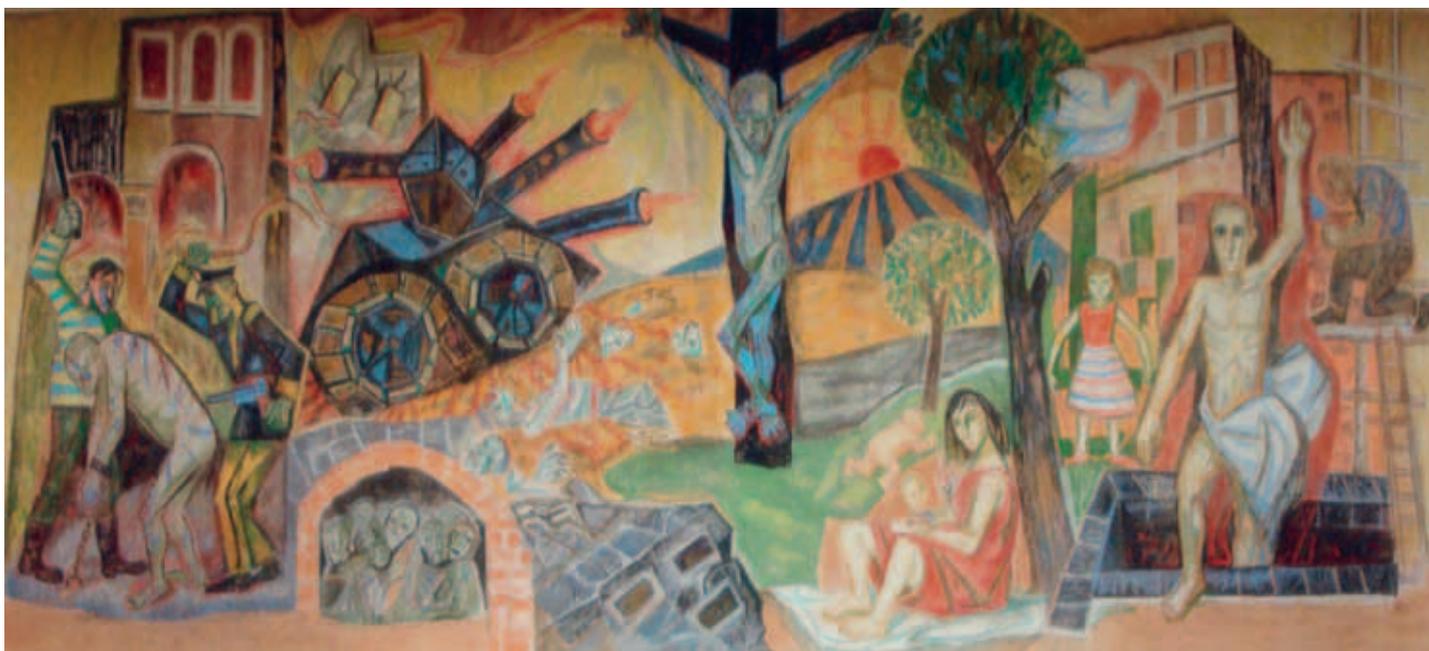
cken“ von Peter Englund (Rowohlt Berlin Verlag, 2011). Englund schildert Erlebnisse von Kriegsteilnehmern, unter anderem auch die des amerikanischen Neurochirurgen Dr. Harvey Cushing (1869 bis 1939), der die Front in Flandern und Frankreich erlebt hatte.

Im August 1918 besuchte Dr. Cushing eine Neurologische Militärstation in Salins und sah bei ehemaligen Frontsoldaten erstarrte Hände und gelähmte Füße. Bei der Behandlung dieser Patienten, die auch „Selbstdeformierer“ genannt wurden, kam ausschließlich Psychotherapie zur Anwendung. Die Angst, wieder an die Front zu müssen, hatte in diesen Menschen eine Art Schutzmechanismus ausgelöst.

Was Dr. Cushing bei den psychisch Traumatisierten erlebte, war und ist kein Einzelfall. Es sind Tausende, die in den Kriegen aller Zeiten bis in die afghanische Gegenwart durch erlebte Angst oder Schuldgefühle psychisch ihr Gleichgewicht verloren haben. Die Wissenschaft hat dafür die Bezeichnung PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), was gleichbedeutend mit PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) ist. Nach P. Zim-

mermann soll es fast 1.000 Betroffene in der Bundeswehr mit PTBS geben, die aus Bundeswehreinsetzungen resultieren (Deutsches Ärzteblatt, Heft 8, 2012). Diesen und zivilen traumatisierten Einsatzkräften will jetzt auch die evangelische und katholische Militärseelsorge in einem auf 5 Jahre angelegten Seelsorgeprojekt helfen (Freie Presse, 13. März 2012). Da gegenwärtig der Waffenhandel boomt, Frieden auf der ganzen Welt nicht unmittelbar zu erwarten ist und das Sterben im Krieg weitergeht, hat der deutsche Militärbischof Martin Dutzmann im März 2012 vorgeschlagen, künftig gemeinsam öffentliche Trauerfeiern von Staat und Kirche für gefallene Soldaten durchzuführen. Immerhin standen im März 2012 noch 4.800 Soldaten der Bundeswehr in Afghanistan!

Die angesprochene Problematik ist keineswegs neu! Der Autor verweist ganz bewusst auf die Arbeit von Frau Dr. med. Angelika Claußen vom IPPNW im Artikel „Krieg macht krank“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 1 – 2, 2010) und vor allem auf das Buch „Ein schöner Tag zum Sterben“ (Fischer Verlag Frankfurt a. M., 2009), geschrieben von der Ober-



Wandbild von Otto Dix „Krieg und Frieden“ (1960) im Ratssaal des Rathauses von Singen. Foto: Frau Christa Rettig (Plauen, Nov. 2011). Bildgröße nach Fritz Löffler (1967): 5 m x 12 m im Entwurf. Reale Abmessung vor Ort im Juli 2012 durch Kunsthandel Förg überprüft: 4 m x 9,60 m © VG Bild – Kunst, Bonn 2012

stabsärztin a. D. Heike Groos, die selbst zwei Jahre mit der Bundeswehr im Afghanistan-Einsatz war und erlebt hat, was PTSD bedeutet.

Zurück zu Dr. Cushings Erlebnis mit der Psychotherapie bei traumatisierten Frontkämpfern im Jahre 1918. Interessant wäre, was Dr. Cushing zu Otto Dix und seinen Bildern vom Krieg sagen würde. Denkbar wäre eine differenzierte Antwort, in etwa: Die von 1915 bis 1918 gefertigten Bilder vom Krieg sind eine bildkünstlerische Reportage, die später aus des Malers Erinnerung entstandenen Bilder vom Krieg entsprechen einer posttraumatischen Bewältigungsstörung.

In ihrer Magisterarbeit „Otto Dix – Der Krieg (1923/24)“ aus dem Jahre 2007 verwendete Cordula Monika Gries auch den Brief von Otto Dix, den dieser im August 1916 an Helene Jakob in Dresden geschrieben hatte. Dix beschrieb eine furchtbare Situation im Stollen, der so zerschossen wurde, dass er bis an die Brust im Dreck verschüttet war, um ihn herum Leichen lagen und Körperteile unvorstellbar herumflogen. In dieser Hölle hatte er viele gute Kameraden verloren. Dix glaubte daran, dass er den Krieg überlebt, aber er hatte in der langen Zeit im Krieg nicht nur einmal den Tod vor Augen.

Bei der Annahme, dass Otto Dix durch seine Kriegserlebnisse traumatisiert wurde, ist es denkbar, dass er sich durch intensives Zeichnen auch abreagieren und neben künstlerischen Aspekten für sich auch einen therapeutischen Effekt erzielen konnte (sinngemäße Äußerung von P. Zimmermann, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, März 2012).

Die Augen des Malers Otto Dix haben in den Kriegsjahren viel Schreckliches gesehen. Ob er als

MG-Stoßtruppführer auch Schuldgefühle zu verarbeiten hatte, wissen wir nicht. Aber, ein Maschinengewehr ist eine mörderische Waffe! Otto Dix wurde bis zum Vizefeldwebel befördert und hatte auch militärische Auszeichnungen erhalten. Die Bilder vom Krieg gingen dem Maler auch im Frieden nicht aus dem Kopf und obwohl er nie einer Partei angehörte, nahm er mit seiner Kunst Partei für den Frieden. Mit seinen Bildern vom Krieg hatte Professor Otto Dix als Maler eine so starke Waffe gegen den Krieg ins Feld geführt, dass ihn die Nazis wegen Wehrkraftzersetzung des deutschen Volkes 1933 fristlos aus seinem Lehramt an der Kunstakademie Dresden verjagten und vielen seiner Werke den Stempel „entartete Kunst“ aufdrückten. Gegen diese Gewalt kam der Maler nicht an. Er blieb wie er war, aber er konnte so wie bisher nicht weitermachen. Wie sein Freund Otto Griebel bestätigte (Lebenserinnerungen: Ich war ein Mann der Straße, Mitteldeutscher Verlag, 1986) hatte Dix in seinem Dresdener Atelier in den Jahren 1934 bis 1936 noch das Kriegsbild „Schlachtfeld in Flandern“ gemalt, dann musste er im Interesse seiner Familie mit drei Kindern in die innere Emigration gehen. 1938 war Dix von der Gestapo kurzzeitig verhaftet worden. Er widmete sich der Landschafts- und der Porträtmalerei sowie religiösen Themen, lebte bis zu seinem Tod am Bodensee, hatte aber den Kontakt zu Dresden nie verloren. Mit seinem großen Wandbild „Krieg und Frieden“ im Ratssaal des Rathauses von Singen hatte der damals 69-jährige Maler Otto Dix einen nachhaltigen Beweis seiner erlittenen Kriegstraumatisierung geliefert.

Die Dixschen Bilder vom Krieg, wie auch das weltbekannte Lied von Marlene Dietrich „Sag mir wo die



Der Neurochirurg Dr. Harvey Cushing sah 1918 positive Ergebnisse bei traumatisierten Frontsoldaten durch Psychotherapie. Colorierte Zeichnung von M. Seybold (Plauen) nach einer Bildvorlage.

Blumen sind“ sollten für uns Deutsche Mahnung genug sein. Im Lied heißt es unter anderem: „Sag wo die Soldaten sind, wo sind sie geblieben? ...Sag mir wo die Gräber sind?... Wann wird man je verstehen?“

Der Erste Weltkrieg hatte 10 Millionen Menschen das Leben gekostet und 20 Millionen Verwundete oder Verkrüppelte hinterlassen.

Dr. med. Heinz Zehmisch
Plauen

Amppipal-Hospital in Nepal

Plötzliches Tohuwabohu während einer Visite am Samstag: Mehrere Männer tragen einen blutüberströmten Menschen auf einer selbstgebauten Trage aus Tüchern und Holzstangen in die Station. Sie werden begleitet von einem Schwarm aufgeregter Angehöriger. Das ist im Amppipal-Hospital im entlegenen mittleren Bergland Nepals kein ganz alltägliches Ereignis.

Das Amppipal-Hospital ist ein Krankenhaus mit 46 Betten, das, in ländlicher Region in den Vorbergen des Himalaya auf ca. 1.000 m Höhe gelegen, die einzige medizinische Versorgungsmöglichkeit für die Bewohner von drei umliegenden Bezirken mit 200000 Einwohnern darstellt. Behandelt werden grundsätzlich Krankheitsbilder aller Art bis hin zur Zahnmedizin. Es handelt sich um ein „community hospital“, das heißt, es wird von der Gemeinde Amppipal getragen. Die Patienten müssen ihre Behandlung selbst bezahlen, eine Krankenversicherung existiert nicht oder ist für den durchschnittlichen Nepalesen unerschwinglich. Gerade in der Region um Amppipal sind aber viele Menschen so arm, dass sie dringend notwendige medizinische Behandlungen nicht bezahlen können. Nach mehreren Reisen und Arbeitseinsätzen in Nepal gründeten im Jahr 2000 13 Mediziner und Geisteswissenschaftler den Verein Nepalmed zur Unterstützung des Landes. Initiator und Vorsitzender des Vereins ist der Grimmaer Lungenarzt und Arbeitsmediziner Dr. med. Arne Drews. Da in Nepal nur 10 Prozent der Bevölkerung Zugang zu medizinischer Hilfe haben, fördert Nepalmed nepalische Initiativen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, insbesondere zur Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal. Alle Mitglieder arbeiten ehrenamtlich für den Verein, zurzeit weltweit etwa 300. Nepalmed finanziert sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge und Spenden. Jeder Euro geht in die Projektarbeit, insbesondere in das Amppipal-Hospital als Hauptprojekt. Unter anderem wurde ein Charity



Amppipal-Hospital

© Drews

Fonds eingerichtet, aus dem die Behandlung der ärmsten bedürftigen Patienten ganz oder teilweise bezahlt wird. Außerdem verbessert Nepalmed die Ausstattung des Hauses mit medizinischen Geräten. Es herrscht großer Renovierungsbedarf, da die Gebäude aus den 1960er-Jahren stammen. So wurden sämtliche Dächer und die Fenster erneuert, Toiletten gebaut, Warmwasser- und Entsorgungsleistungen neu gestaltet. Aktuell steht ein neuer OP mit Aufwachraum kurz vor der Fertigstellung. Was jetzt am dringendsten fehlt, ist ärztliches Personal. Einheimische Kollegen sind für eine Tätigkeit in dieser abgelegenen Region trotz des traumhaften Blicks über die malerischen Reisterassen, die blühenden Rhododendren hinüber zu den schneebedeckten Gipfeln des Annapurnamassivs und der unermüdlichen Fürsorge der persönlichen Haushälterin für den Arzt im gemütlichen Gästehaus schwer zu gewinnen. Unser langjähriger und verdienter ärztlicher Direktor, Dr. med. Wolfhard Starke, ging im April 2012 im Alter von 68 Jahren in seinen wohlverdienten Ruhestand. Fast neun Jahre hat er das Hospital gemeinsam mit dem nepalesischen Verwalter Baburam Giri umsichtig geleitet und weiter ausgebaut. Seit einiger Zeit wird er aufgrund einer Kooperation mit einer Klinik in Kathmandu von jungen einheimischen Assistenzärzten unterstützt. Diese können zwar die große tägliche Ambulanz bewältigen, nicht aber eine operative Ver-

sorgung von Patienten. Hierzu wird die Anleitung und Überwachung durch erfahrene Kollegen benötigt. Zur Zeit wird dies durch chirurgische Mitglieder von Nepalmed gewährleistet, die jetzt reihum im Amppipal Hospital tätig sind. Hierfür brauchen unser Verein und das Amppipal-Hospital dringend weitere Unterstützer! Vieles übernehmen die geübten Sanitäter, aber ein Arzt ist eben doch unverzichtbar für den Fortbestand des Krankenhauses.

So können auch Patienten wie der oben geschilderte weiterhin sachgerecht versorgt werden. Es handelte sich dabei um einen jungen Mann, der schon seit einiger Zeit in seiner Familie durch selbstbeschädigende Handlungen aufgefallen war. Die zugrunde liegende floride Psychose war bisher unbehandelt. Die psychiatrische Versorgung ist in Nepal besonders lückenhaft! Obwohl seine Familie alle „gefährlichen“ Gegenstände unter Verschluss gehalten hatte, fand dieser junge Mann eine Grassichel, mit der er sich selbst in den Hals schnitt. Die großen Gefäße waren glücklicherweise nicht betroffen. Die Wundheilung war nach chirurgischer Versorgung regelrecht. Unter neuroleptischer Medikation wurde der Patient zugänglich und konnte in eine psychiatrische Behandlung in der Hauptstadt Kathmandu vermittelt werden.

Weitere Informationen unter: www.nepalmed.de

Dr. med. Arne Drews
Grimma

Ausstellung: Carsten Gille „de rerum natura“

„Von der Natur der Dinge“, so der erklärende Untertitel, handelt die kommende Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer. Carsten Gille, 1959 in Berlin geboren, stellt sich hier mit Malerei und Grafik vor. Der zwischen Berlin und Frauenstein im Erzgebirge Pendelnde hatte zunächst einige Jahre Germanistik und Kunsterziehung an der damaligen Pädagogischen Hochschule in Dresden studiert, nach Studienabbruch sich dann mit verschiedenen Tätigkeiten über Wasser gehalten. Daneben hatte er sich künstlerisch vervollkommen, indem er bei Malern und Grafikern wie Lothar Böhme, Dieter Goltzsche oder Harald Metzkes hospitierte. Seit 1989 ist er freischaffend. Eingeflossen in seine Kunst sind seit den 1990er-Jahren

auch Erfahrungen von Internationalen Pleinairs und Workshops. Gilles Kunst schöpft aus der Landschaft, besonders seitdem er 1982 das kleine Dreiseitgehöft in Frauenstein bewohnt, dem Alltag der Menschen, aber auch biblischen Themen und Literatur. Dabei geht es dem Künstler um eine Darstellung von verinnerlichten Erfahrungen, nicht um ein unmittelbares Abbild äußerer Gegebenheiten, wenngleich er nicht auf gegenständliche Elemente beziehungsweise figürliche Kompositionen verzichtet. Diese sind eingebunden in ein beruhigtes Zusammenspiel von Farbflächen und abstrakt-assoziativen Formen. Differenzierte Form- und Farbkontraste sind wesentlich für Gilles malerischen Ausdruck.

Gille ist regelmäßig mit Ausstellungen und Ausstellungsbeteiligungen im In- und Ausland vertreten.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch
Dresden



Flussfahrt, Öl, Leinwand, 50 x 50 cm

Ausstellung im Erdgeschoss und dem Foyer der vierten Etage, 23. Januar bis 24. März 2013, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr.

Vernissage: 24. Januar 2013, 19.30 Uhr.

Wünsche zum neuen Jahr

Ein bisschen mehr Friede und weniger Streit;
ein bisschen mehr Güte und weniger Neid;
ein bisschen mehr Liebe und weniger Hass;
ein bisschen mehr Wahrheit – das wäre was!

Statt so viel Unrast ein bisschen mehr Ruh,
statt immer nur Ich ein bisschen mehr Du,
statt Angst und Hemmung ein bisschen mehr Mut,
und Kraft zum Handeln – das wäre gut!

In Trübsal und Dunkel ein bisschen mehr Licht,
kein quälend Verlangen, ein bisschen Verzicht,
und viel mehr Blumen, solange es geht,
nicht erst an Gräbern – da blühen sie zu spät!
Ziel sei der Friede des Herzens,
Besseres weiß ich nicht!
(Peter Rosegger)

Der Vorstand, die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionsskollegium „Ärztblatt Sachsen“ wünschen den sächsischen Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern im Jahr 2013 Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit, Schaffenskraft, Freude am Leben, Erfolg und Zeit für sich!



Winterlandschaft in Harrachov

© Soltau

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der
Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. Roger Scholz
Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.l-va.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,
Telefon: 0341 710039-94, se@l-va.de
*Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2013
vom 1.1.2013 gültig.*
Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 117,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 11,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.