

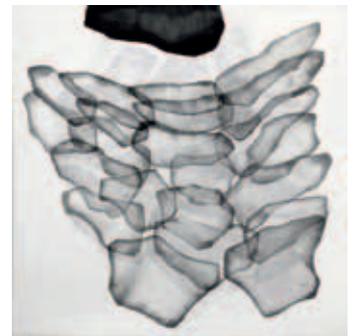
| | | |
|---|--|------------|
| Editorial | Die schöne neue Welt der Krankenhäuser | 364 |
| Berufspolitik | Beschluss zur Opiatsubstitution | 365 |
| Gesundheitspolitik | Möglichkeiten und Grenzen ärztlich verantworteter Prävention | 367 |
| | Qualitätssicherung Hämotherapie 2012 | 370 |
| | Überschuss in Arztpraxen | 371 |
| Hygiene aktuell | Impfung gegen Herpes zoster | 372 |
| | Influenza-Schutzimpfungen 2003 bis 2012 im Freistaat Sachsen | 374 |
| Recht und Medizin | Oncosachs – Verfahren beim Berufsgericht | 377 |
| | Patientenrechtegesetz | 378 |
| | Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte | 380 |
| Ausschuss Senioren | Ärztliche Senioren gefragt | 381 |
| Mitteilungen der Geschäftsstelle | Konzerte und Ausstellungen | 371 |
| | 19. Leipziger Ärzteball | 382 |
| | Bundestagswahl 2013 | 382 |
| | Hohes Ansehen für Arztberuf | 382 |
| | Hygienekongress Dresden 2013 | 384 |
| | Der gehörlose Patient | 385 |
| Mitteilungen der KV Sachsen | Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen | 383 |
| | Existenzgründer- und Praxisabgebetrag | 385 |
| Originalien | Fetale Alkoholspektrumstörungen | 386 |
| | Aktuelle Probleme und Lösungsansätze bei Sucht im Alter | 390 |
| Leserbrief | Regress Arthotec forte | 395 |
| Personalia | Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrich Schenker | 396 |
| | Jubilare im Oktober 2013 | 397 |
| | Laudatio für Prof. Dr. sc. med. Horst Leitsmann | 399 |
| Medizingeschichte | Stationen im Leben der „Heiligen Hildegard“ von Bingen | 400 |
| Kunst und Kultur | Detlef Schweiger – schwarzweißtektonik | 402 |
| Einhefter | Fortbildung in Sachsen – November 2013 | |



Impfung gegen Herpes zoster
© Wikipedia
Seite 372



Stationen im Leben der „Heiligen Hildegard“ von Bingen
Seite 400



Ausstellung: Detlef Schweiger
Seite 402

Titelbild: Bildausschnitt einer Kinderzeichnung (13 Jahre),
© KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH, Ellrich

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

Die schöne neue Welt der Krankenhäuser



© SLAEK

Um es vorwegzunehmen: Ein Ökonom im Krankenhaus ist unabdingbar, da es Klinikärzte im Gegensatz zu niedergelassenen Kollegen oft nicht gelernt haben, auf die Kosten ihrer Tätigkeiten zu achten.

Problematisch wird die Situation erst, wenn das Ziel der ärztlichen Tätigkeit in einem Krankenhaus ausschließlich darin besteht, einen abrechenbaren Gewinn zu erzielen. Dies ist aber inzwischen die Realität. Der Sündenfall war die Einführung des DRG-Systems vor genau zehn Jahren und der danach durch die Politik ausgerufenen „Wettbewerb“ zwischen den Kliniken, der scheinbar mit der Insolvenz eines Drittels aller Kliniken enden soll.

Das DRG-System hatte zunächst einmal sein Ziel erreicht. Unsinnig lange Liegezeiten wurden verkürzt, die Effektivität wurde erheblich gesteigert. Die Bezahlung erfolgt jetzt ausschließlich über die erreichten Case-Mix-Punkte. Das wäre halb so schlimm, wenn deren Wert jedes Jahr in genügendem Maße gesteigert würde. Die jährliche Steigerung für die erreichten CM-Punkte beträgt zurzeit jedoch nur ca. 1,5 %. Die Kostensteigerung pro Jahr wird aber durch die Ökonomen mit 4 % angegeben, dazu tragen Tarifsteigerungen, Steigerungen der Energiekosten, Kostensteigerungen für den medizinischen Sachbedarf, notwendige Investitionen in Geräte und Gebäude u.v.m. bei. Woher die fehlenden 2,5 % kommen sollen, bleibt offen. Wie reagiert eine Klinik darauf?

Zunächst ganz vernünftig: Es wird analysiert, wo Geldausgaben sind, die durch Verbesserung der Arbeitsorganisation, der Abläufe, durch Energiesparmaßnahmen etc. verringert werden können. Doch diese Reserven sind begrenzt und erschöpfen sich schnell. Der zweite Schritt ist dann schon problematischer, es wird beim Personal gespart, wobei zunächst besonders die Pflegekräfte und der medizinisch-technische Dienst im Visier liegen. Durch Personaleinsparungen lässt sich einiges erreichen, doch kommt man schnell in gefährliche Bereiche. Wenn das Personal „auf Kante genäht“ ist, kommt es während der Urlaubszeit oder bei hohem Krankenstand zu teilweise unhaltbaren Zuständen. Spart man gar bei den ärztlichen Mitarbeitern, verstärkt man die finanzielle Schieflage sogar, da es zu einer gefährlichen Abwärtsspirale kommt, die sehr schnell zur Leistungsminderung führt. Der dritte Schritt, den Kliniken gehen, wenn sie mit den Einsparungen am Ende sind, besteht in der Generierung größerer Einkünfte. An erster Stelle steht dabei die „Mengenausweitung“, die eigentlich ethisch nicht mehr tragbar ist. Sie führt dazu, dass ärztliche Maßnahmen auf „Teufel komm raus“ stattfinden. Da werden zum Beispiel gerne kleine neurochirurgische Abteilungen an Kliniken aufgemacht, die mögliche Komplikationen nur ungenügend abfangen könnten, da gönnt sich nahezu jede Klinik einen Orthopäden bzw. Unfallchirurgen, um die lukrative Endoprothetik „abzufassen“, da werden sehr gerne Herzkatheteruntersuchungen in jeder noch so kleinen Einrichtung durchgeführt usw. Die „Mengenausweitung“ ist dabei nicht nur unmittelbar patientenschädlich, sie zerstört auch die ärztliche Kunst sowie die Kultur des ärztlichen Miteinanders. Die ärztliche Kunst wird dahingehend zerstört, dass junge Kollegen nicht mehr lernen, invasive Maßnahmen vorsichtig zu indizieren und sie als letzte Maßnahme in einer Kette von ärztlichen Handlungen zu verstehen. Die Kultur des ärztlichen Miteinanders wird dadurch gestört, dass natürliche Hierarchien nicht mehr geachtet

werden. Die Akzeptanz der unterschiedlichen Versorgungstufen von Krankenhäusern, also ob sie der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder der Maximalversorgung angehören, ist bereits nachhaltig gestört. Aus ehemals kooperierenden Einrichtungen sind konkurrierende Wirtschaftseinheiten geworden.

Das Klima an den Krankenhäusern hat sich deutlich gewandelt. Man fühlt sich bisweilen an die Akkordarbeit in Fabriken erinnert. Die früher durchaus beschauliche ärztliche Tätigkeit in der Klinik, die von personellen Redundanzen geprägt war und die auch mal ein ruhiges, reflektiertes Arbeiten zuließ, gibt es nicht mehr. Die Arbeit ist zwar hocheffizient geworden, die eigentlich ärztliche Tätigkeit leidet allerdings darunter. Man bezeichnet dieses Phänomen heute gern euphemistisch als „Leistungsverdichtung“.

Ein Ende dieser Zustände ist wohl nicht in Sicht. Momentan läuft zwischen den Kliniken ein Darwin'scher Prozess des „survival of the fittest“, unter dem sowohl Klinikärzte als auch Klinikökonomien leiden. Auf Unterstützung durch Politik und Krankenkassen brauchen wir nicht zu hoffen, denn dieser Ausleseprozess ist ja genau jener „Wettbewerb“, der von diesen Kräften beschworen wird.

Die Ärzte dürfen trotz der oben geschilderten Situation und der daraus entstandenen Zwänge jedoch niemals vergessen, dass ärztliche Entscheidungen immer nach dem Patientenwohl getroffen werden müssen und niemals nach den wirtschaftlichen Sachzwängen ihrer jeweiligen Arbeitgeber. An diese an und für sich selbstverständliche Handlungsmaxime muss leider immer wieder erinnert werden, was eigentlich erstaunlich ist. Schließlich bedarf es in der heutigen Zeit nicht einmal mehr der vielzitierten „Zivilcourage“, um eine gewisse Resistenz gegenüber dem „Ökonomismus“ zu entwickeln. Wir Ärzte sind doch in der komfortablen Situation, mit Stellenangeboten überschüttet zu werden, und können bei Bedarf unseren Aufgabenbereich sehr schnell wechseln.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken

23. Sächsischer Ärztetag zur Opiatsubstitution

Am 21.06.13 nahm der 23. Sächsische Ärztetag den Beschlussantrag 14 „Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und Substitution – Qualitätssicherung und Patientenversorgung“ ohne Gegenstimme an. Er bezog damit eine andere Position zu Substitutionsfragen im Vergleich zu den Beschlüssen des 116. Deutschen Ärztetages.

Der Beschlusstext wird hier bekanntgemacht und erläutert:

„Der 23. Sächsische Ärztetag 2013 fordert die sächsische Landes- sowie Bundesregierung auf, die Qualität und Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu sichern und zu verbessern

- durch die Beibehaltung der bisherigen Regelungsklarheit, insbesondere in § 5 BtMVV,
- durch die weitere Vorrangigkeit des Abstinenzzieles,
- durch klare Regelungen der Beigebrauchskontrollen mit laufenden Anpassungen an die aktuelle Beigebrauchslage, sowohl im Umfang der erfassten Substanzen, als auch deren Untersuchungsfrequenz sowie der Vergütung durchgeführter Kontrollen und
- durch adäquate Berücksichtigung der Gesprächsleistungen bei der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger.“

Mit den seit Jahren bereits vorgenommenen schrittweisen Veränderungen der BtMVV erhöhte sich die niedrige Zahl substituierender Ärzte nicht. Es bleibt eine grobe Differenz zwischen qualifizierten und substituierenden Ärzten bestehen. Aus Gesprächen mit potenziellen Neueinsteigern ist bekannt, dass sie klare Regeln erwarten, durch die zum Beispiel Regeldiskussionen über den Therapieablauf weitgehend entfallen, fordernde Drucksituationen von Abhängigen nicht aufkommen und eine gute Integration in die Praxis der

Niedergelassenen gelingt. Sonst wird eben Substitution erst gar nicht aufgenommen. Auch bleibt die hoheitliche Aufgabe des Staates bestehen, für den Umgang mit illegalen Substanzen und die Substitution den Rahmen zu setzen. Das kann nicht ins Belieben der ärztlichen Therapiefreiheit gestellt werden, weil sich Ärzte so für die Sündenbockrolle prädestinieren können. Bereits aus den praktischen Erfahrungen bestehen erhebliche Zweifel an der Effektivität eines Weges, zur Verbreitung einer sicheren Substitution für Patienten und Ärzte Regeln, also die Leitplanken des Handelns, zu demontieren. Nun zur Vorrangigkeit des Abstinenzzieles. Suchterkrankungen sind von chronisch-progredienten Verläufen gekennzeichnet. Wachsender Satisfaktionsverlust mit Dosissteigerung und Tachyphylaxie, immer stärkere Anstrengungen zur Vermeidung von Entzug und Aufrechterhaltung des Rauscherlebens begleiten diese Entwicklung und führen unter fixer Substitutionsdosis zum Beigebrauch anderer Substanzen, mündend in eine Polytoxikomanie. Umbenennende neue Sprachschöpfungen verändern diese Abläufe nicht. Das illustriert die Entwicklung der Opiatsubstitution hierzulande in den letzten 20 Jahren gut. Gestartet war sie als temporäre Ausnahmebehandlung für drei Indikationen, nämlich die Palliativbehandlung infauster Fälle, die Substitution gravider Opiatabhängiger und zur Überbrückung bis zum Antritt einer Drogenentwöhnungsbehandlung (Rehabilitation). Klare und

sichere Indikationen noch heute. Substituiert wurden 2012 nachgewiesen mindestens 77.000 Fälle in Deutschland. Nachdem nun in mehreren Schritten die Anforderungen für eine substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger immer weiter reduziert wurden, kommt nun von anderer Seite die Forderung, allein die Diagnose der Opiatabhängigkeit genüge für die Inanspruchnahme einer lebenslangen Substitutionsbehandlung.

Gerade diese Entwicklung der Opiatsubstitution von einer sinnvollen temporären Therapie und Hilfsmaßnahme hin zu einem koabhängig gestütztem Lebensstil macht deutlich, dass nunmehr langsam über die Jahre all die Maßstäbe nivelliert werden, die aus Kenntnis des Krankheitsverlaufes von Süchten ursprünglich gesetzt wurden.

Wenn dann noch Beigebrauch beschönigend umgetauft wird zu „komorbidem Substanzgebrauch“, als hoffe man nebenbei Polytoxikomanie aus den Kontraindikationen loswerden zu können, geht es weiter in die falsche Richtung. Nichts wird besser bei einer Mehrfachabhängigkeit. Trotzdem wurden 2012 sogar in einem nördlichen Bundesland Vorbereitungen getroffen, an Patienten in Substitution Benzodiazepine verordnen zu können. Noch eine klassische Illustration für Suchtprogredienz und latrogenie. Der sicherste und beste Weg, eine Substanzabhängigkeit zu überwinden, bleibt Abstinenz. Auch

wenn der Weg mühevoll ist und nicht alle das Ziel erreichen. Vergleichsweise käme kein Fachkollege wegen der schwierigen und nicht so erfolgreichen Behandlung nosokomialer Infektionen im Krankenhaus auf die Idee, die Hygiene zu suspendieren. Sehr zu denken geben auch die Vorwürfe Langzeitsubstituierter in Großbritannien gegenüber ihren Substitutionsärzten wegen der lebenslangen Ausweitung der Substitution. Letztere bekommen vorgehalten, die Patienten in der Abhängigkeit auf Dauer fixiert und am realen Lebensvollzug gehindert zu haben. Müssen wir Ärzte solche Wege gehen und so Vorwürfen Ansatzpunkte geben? Welche Interessen fördern solches Handeln? Wichtig ist, in Großbritannien läuft Opiat-substitution seit den sechziger Jahren, wobei auch Heroin eingesetzt wird.

Es geht kein Weg an der Erkenntnis vorbei, Suchterkrankungen verlaufen ohne Abstinenz regelhaft progredient. Aufweichungen der Behandlungsmaßstäbe sind auf Dauer und ohne kritische Beobachtung wie Nachjustierung eher koabhängigem Nachgeben als einer avisierten Verbesserung zuzuordnen. Es fällt sehr auf, dass Richt- und Leitlinien in allen Fachgebieten der Medizin im Zeitverlauf eher eine Ausgestaltung,

Differenzierung und Verschärfung entwickeln. Seltene Ausnahme bilden die substitutionsbezogenen Richtlinien, die regelhaft hochschwellig die Zulassungshürden nehmen, um dann immer mehr Entgrenzung zu erfahren.

Der Beschluss fordert auch klare Regelungen und Verbesserungen der Beigebruchskontrollen. Über die Funktionalität des Beigebrauches von Substanzen als elementares Kennzeichen der Suchtprogredienz mit dem Risiko der Mehrfachabhängigkeit wurde schon im voranstehenden Abschnitt Ausführungen vorgenommen. In der Praxis nötig sind Kontrollen, die unangekündigt, nicht in fixen Rhythmen stattfinden, aber dicht genug platziert sind, um möglichen Beigebrauch sicher zu erfassen.

Dazu ist ein regional differenziertes Substanzspektrum zu berücksichtigen, das verpflichtend untersucht wird und nach Entwicklung der regionalen Beigebruchslage von der zuständigen Behörde aktualisiert vorgegeben wird. Die Vergütung der Beigebruchskontrollen ist zu sichern. Substitution auf Privatrezept darf kein abweichendes Procedere haben. Die Umsetzung dieser Forderung verbessert die Behandlungsqualität und die Sicherheit der Substitution für Patienten und Ärzte.

Einer Drogenabhängigkeit liegen überaus häufig psychotherapiebedürftige Störungen zugrunde oder sind komorbid vorhanden. Die Substitution darf sich nicht mit der Stoffvergabe erschöpfen. Jeder der wöchentlichen Behandlungstermine ist für das ärztliche psychotherapeutische Gespräch zu nutzen und abgestimmt mit der verpflichtend wahrgenommenen psychosozialen Begleitung zu gestalten. Ohne psychotherapeutische Einflussnahme kann es keine Substitution mit Qualitätsanspruch geben. Hier liegt auch ein Grund der Limitierung der Fallzahl Substituierter auf 50 Patienten pro Arzt. Diese Gesprächsleistungen erfordern angemessene Vergütung.

Eine Prognose für die weitere Entwicklung der Substitution in Sachsen ist aktuell schwierig. Crystalabhängigkeit nimmt exzessiv zu und rangiert vor der Zahl der Opiatabhängigen, auch waren die Zahlen der Substituierten seit 2008 (1.496 Fälle) bis 2012 (1.152 Fälle) klar rückläufig. Die verbliebenen Patienten benötigen eine gute Behandlungsqualität, die mit den dargestellten Forderungen erreichbar ist.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

Möglichkeiten und Grenzen ärztlich verantworteter Prävention

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte gestatten Sie mir aus der Perspektive meiner Funktion als Präventionsbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer einige subjektive Anmerkungen zum Thema. Ich bitte vorab schon um Nachsicht mit manchen überspitzten und damit vielleicht nicht ganz zutreffenden Formulierungen, die zur Verdeutlichung der Thematik helfen sollen.

Einführung

Unser Gesundheitssystem ist gut...

Das deutsche Gesundheitssystem wird weltweit als vorbildhaft eingestuft. Es kombiniert in volkswirtschaftlich nahezu idealer Weise unternehmerische Freiheit des ärztlichen Standes, gesellschaftliche Fürsorge für Leidende und Kranke sowie einen fairen sozialen Ausgleich zu akzeptablen Kosten. Die ständigen Klagen aller Beteiligten des Gesundheitswesens auf hohem Niveau sind dabei eher als Ausdruck funktionierender demokratischer Interessengleichgewichte zu verstehen. In unserem Gesundheitswesen findet der Transfer von wissenschaftlichen Errungenschaften in die Breite der tatsächlichen Anwendungen in einer vertretbar kurzen Zeit statt. Die sektorale Gliederung garantiert ein hohes professionelles Behandlungs-

niveau der Bürger. Die gesellschaftlichen Kosten des Gesundheitssystems haben sich in den letzten 25 Jahren auf einem annähernd identischen Anteil des Bruttosozialproduktes bewegt. Wir können es uns leisten, jeden Hilfsbedürftigen, egal ob Asylant, obdachlos, Immigrant oder Gast, auf höchstem wissenschaftlichen und technisch-medizinischen Niveau zu behandeln. Arzthonorare sind im internationalen Vergleich bescheiden und maßvoll.

...aber nicht perfekt.

Als beispielhafte Schwachstellen dieses ausdifferenzierten Systems sind aus meiner Sicht zu bezeichnen:

- a) der Verlust der integrierten Sicht auf den Patienten: Super-Spezialisten sehen immer weniger die interdisziplinären Aspekte komplexer Krankheitsbilder und multimorbider Patienten,
- b) eine Entwicklung hin zur Durchführung des Möglichen, anstatt der Durchführung des Erforderlichen; die Durchführung von Leistungen folgt zum Teil mehr den Marktgesetzen (Welche Geräte habe ich? Was ist abrechenbar?) oder der juristischen Absicherung als den medizinischen Notwendigkeiten,
- c) schließlich die ungenügende Berücksichtigung epidemiologischer und präventiver Aspekte des Gesundheitswesens; wir sind Europameister der kurativen Medizin, aber epidemiologisch-präventiv auf dem Stand eines Entwicklungslandes.

Prävention und Ärzteschaft – zwei getrennte Welten?

Aus hiesiger Sicht scheinen präventive soziale und gesellschaftliche Aspekte von Krankheit immer mehr aus dem Blickwinkel der Deutschen Ärzteschaft zu verschwinden. Dies zeigt sich schon in einer begrifflichen Unterscheidung zwischen **Ärztlicher Prävention** auf der einen Seite, die sich als krankheitsbezogen, defizitorientiert und individuell verstehen soll, und **Gesundheitsförderung** auf der anderen Seite als sozialwissenschaftliche und politische Aufgabe, die sich ressourcenorientiert quasi salutogenetisch bezogen versteht. Ärzte geraten mehr und mehr aus dem Fokus dieser übergreifenden Überlegungen, das Feld besetzen Politiker und Sozialwissenschaftler. Dabei ist ärztliche Kompetenz bei der Lösung dringender gesellschaftlicher gesundheitlicher Fragen und damit auch bei der Gestaltung der Gesundheitsfürsorge der Zukunft nicht nur unschätzbar wichtig, sondern auch zwingend erforderlich.

Wir geben hier als Ärzteschaft einen Einflussbereich aus der Hand, in dem in 10 bis 15 Jahren die Spielregeln nicht nur für das gesamte Gesundheitssystem sondern auch für die Rolle der ärztlichen Beteiligung festgelegt werden. Dann soll sich aber bitte kein Kollege beschweren, wenn das Gesundheitssystem der Zukunft aus unserer ärztlichen Sicht unsinniger, bürokratischer oder ethisch bedenklicher geworden sein wird.

Bestandsaufnahme

Wir nutzen den ärztlichen Gestaltungsspielraum nicht aus.

Warum aber mischen wir uns als Ärzte in diesen wichtigen Bereich der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitssystems nicht stärker ein?

Die Antwort liegt aus meiner Sicht in einem zu eng ausgerichteten und falsch gelebten Präventionsbegriff. Diese falsch verstandene Prävention möchte ich in folgendem an beispielhaften Begriffen näher erläutern:

- Wir sehen und betreiben Prävention zu individualistisch.
- Wir sehen und betreiben Prävention zu krankheitszentriert.
- Wir betreiben Prävention zu passiv.
- Wir betreiben Prävention zu ängstlich.
- Wir betreiben Prävention zu kurzfristig angelegt.
- Wir betreiben Prävention zu unpolitisch.
- Wir betreiben Prävention zu kommerziell.

Wir sehen und betreiben Prävention zu individualistisch.

Der ärztliche Blickwinkel verschiebt sich nach meiner Wahrnehmung immer mehr in die individualmedizinisch orientierte Prävention. Prävention ist mehr als nur das Auffinden neuer Risikomarker oder eine zusätzliche Testung hinsichtlich bestimmter Krankheiten bei bestimmten Individuen. Prävention sollte aus meiner Sicht einen globalen, aber zumindest nationalen oder regionalen Ansatz haben, um die Krankheitslast insgesamt zu vermindern. Wir überlassen diese Gedankenführung zunehmend Politikern und Sozialwissenschaftlern, statt aus medizinischen und ethischen Begründung klare Forderungen zu präventiven flächendeckenden Maßnahmen zu stellen. Wer ist denn am ehesten in der Lage, wissenschaftlich-medizinische Forschungsergebnisse so zu interpretieren, dass gesundheitspolitisch wirksame Schlussfolgerungen gezogen werden können, wenn nicht engagierte ärztliche Kolleginnen und Kollegen? Beispielhafte Themen sind hier Nicht-raucherschutz, Bewegung für alle Bürger und Impfpolitik.

Die ärztliche Ausbildung unserer Welt ist in sehr hohem Maße dem individuellen Krankenwohl verpflichtet. Wir erreichen hier hervorragende Heilungs- und Lebenserfolge für unsere Patienten. Auf dem Gebiet der Prävention ist der einzelne Betroffene nicht in gleicher Weise sichtbar. Es geht zunächst um die Feststellung krankmachender allgemeiner Entwicklungen, weiter um die Entwicklung umsetzbarer und wirtschaftlich vertretbarer präventiver Maßnahmen für viele und schließlich viel mehr als in der kurativen Medizin um die richtige Kommunikation, damit die als richtig erkannten Maßnahmen auch von den Vielen ergriffen werden. Der ärztliche Blickwinkel ist ein anderer. Hier sind es die Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Gesundheitswesens oder diejenigen, die sich mit Arbeitsmedizin, Public Health oder Sozialmedizin im weiteren Sinne befassen, die wir zu Wort kommen lassen sollten. Und deren Erkenntnisse wir als ebenso zentralen Bestandteile ärztlichen Denkens und Handelns respektieren sollten.

Wir sehen und betreiben Prävention zu krankheitszentriert.

Ein Problem in der ärztlichen Sichtweise in der Prävention ist die rein diagnosen-bezogene Darstellung. Das funktionsorientierte Krankheitsmodell betrachtet dagegen die Beeinträchtigung als Zusammenspiel von Krankheit, persönlicher Kompensation und Umwelt- und Kontextfaktoren. Es gibt schwere Krankheiten, die durch eine adäquat angeleitete Kompensation des Betroffenen und günstige Umwelt- und Kontextfaktoren praktisch ohne großen Funktionsverlust gelebt werden können. Diagnosen allein bewirken noch keine Krankheit! Erst mangelnde Unterstützung und ungünstige Umstände machen aus vielen „Diagnosen“ erst erlebte Krankheit und Einschränkung. Prävention darf nicht nur im Hinblick auf eine spezifische Krankheit verstanden werden. Schädigende Einflüsse von Lebensstil, Umwelt und Arbeitswelt münden oft nicht in singulären Krankheiten, sondern in komplexen Störungsbildern.

Diese Faktoren zu erkennen, gehört mit zu den Aufgaben ärztlicher Diagnostik. Eine hoch spezialisierte und rein kurativ ausgerichtete Medizin beeinträchtigt das Verständnis von krankmachenden Faktoren auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bürger und Betroffenen.

Wir betreiben Prävention zu passiv.

Im alltäglichen ärztlichen Handeln geht häufig die Handlungsinitiative von den Beschwerden oder Problemen des Patienten aus. Es kommt dann reaktiv zum ärztlichen Handeln. Anders ausgedrückt: So lange ein Patient keine Beschwerden angibt oder sich nicht meldet, wird er normalerweise keine ärztliche Zuwendung erfahren. In der Prävention ist eine solche Vorgehensweise nicht ausreichend. Prävention verlangt vielmehr ärztliches Handeln, noch bevor dringliche und akut behandlungsbedürftige Symptome oder Krankheiten auftreten. Präventiv wäre ein Handlungsansatz, der nicht reaktiv auf Beschwerden und Symptome oder pathologische Befunde reagiert, sondern eigene Gesundheitsmodelle verfolgt und proaktiv umsetzt. In meiner Wahrnehmung ist es nicht nur die fehlende Zeit, sondern vielleicht der grundsätzliche Verlust einer Seite ärztlichen Handelns, die ein solches aktiv werden des Arztes im Sinne der Prävention schwer macht.

Wir betreiben Prävention zu kurzfristig angelegt.

In der Forstwirtschaft beispielsweise werden derzeit präventive Strategien diskutiert, die sich erst in 40 oder 50 Jahren auswirken. Dies müsste sich angesichts der klaren evidenzbasierten Datenlage auch im medizinisch ärztlichen Bereich widerspiegeln. Wo sind generationenübergreifende Initiativen, die maßgeblich von Ärzten gesteuert und von der Politik aufgenommen und begonnen werden? Es gibt sie, aber angesichts des überwältigenden Handlungsbedarfes beim Thema Prävention sind es kleine Lichter. Die meisten Initiativen sind maximal auf die Legislaturperiode ausgelegt und müssen dann noch in der „hypoxischen Atmo-

sphäre“ des bürokratischen und föderalen Dschungels ums Überleben kämpfen.

Wir betreiben Prävention zu unpolitisch.

Wer aktiv Prävention betreibt, muss politisch handeln und kommunizieren. Ohne eine klare politische Willensbildung wird es keine flächendeckend sinnvolle und effektive Prävention in Deutschland geben. Die Ärzteschaft, hier vor allem Interessenvertreter ärztlicher Verbände und Körperschaften, müssen diese Aufgabe übernehmen und entsprechend Druck hinsichtlich präventiver, zentraler, politischer Willensbildung und Ressourcenverteilung ausüben. Die hohe zeitliche und ethische Belastung des tätigen Arztes scheint politische Aktivität geradezu auszuschließen. Es liegt aber bei uns als Ärzteschaft, Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, unsere Interessen auf der politischen Bühne zu vertreten. Dies geschieht insgesamt kaum.

Andere Berufsgruppen wie Pädagogen, Sozialwissenschaftler und Juristen sind uns hier meilenweit voraus. Auch sind in vielen anderen Ländern gesundheitspolitische Entscheidungen weit mehr durch ärztlichen Sachverstand mitgeprägt als in Deutschland.

Wir betreiben Prävention zu kommerziell.

Die Prävention wird in manchen Bereichen ärztlichen Handelns in Deutschland vor allem als Möglichkeit von Zusatzverdiensten erlebt und wahrgenommen. Dies kann nicht Sinn und Zweck von Prävention sein. Auf keinen Fall sollte ein falsch verstandener Präventionsbegriff dazu führen, dass unnötige und nicht abgesicherte zusätzliche Untersuchungen oder Tests durchgeführt werden, um dann weitere medizinische Anschlussmaßnahmen zu generieren oder zu begründen. In manchen Bereichen kommt es mir so vor, als ob falsch verstandene Prävention keine gesunden Bürger mehr sehen kann, sondern nur noch unzureichend untersuchte Kranke, die mit entsprechenden zusätzlichen Tests

dann zu Patienten umgewidmet werden, um im medizinischen System technisch untersucht und behandelt zu werden. Hiergegen muss entschieden vorgegangen werden. Präventive Maßnahmen unterliegen genau so einer evidenzbasierten kritischen Bewertung wie alle anderen therapeutischen Maßnahmen des medizinischen Systems. Die Klarheit und die Zielstellung präventiver Maßnahmen muss ethisch von zentralen politischen und ärztlichen Stellen vorgegeben und kontrolliert werden.

Ausblick

Wie kann es weitergehen?

Was ist möglich?

Unabhängig von manchen Enttäuschungen sind positive Signale im Bereich Prävention nicht zu übersehen, wie an den folgenden beispielhaften Bereichen erläutert wird.

Bedeutung von Prävention und Rehabilitation für den Arzt

Sowohl der neue Gesetzentwurf zum Präventionsgesetz wie auch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages zeigen, dass eine grundsätzliche Neubewertung des Themas Prävention möglich und angedacht ist. Die Rolle des Arztes soll hierbei besonders hervorgehoben werden. Engagierte Be-

triebs- und Werksärzte und Kollegen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen zeigen uns dabei, was möglich ist. Rentenversicherer und Krankenkassen suchen in Zusammenarbeit mit Kollegen aus Betriebsmedizin, Praxis und Rehabilitation nach umsetzbaren und nachhaltigen Präventionsmodellen. Der Deutsche Ärztetag fordert eine stärkere Einbindung von Inhalten der medizinischen Rehabilitation – als Muster für ganzheitliche Betreuung chronisch kranker Menschen – in die Weiterbildung zahlreicher Fachgebiete.

Die Sächsische Landesärztekammer bietet derzeit eine Veranstaltungsreihe („Samstags-Akademie“) an, die sich schwerpunktmäßig mit Themen der Prävention befasst.

Tabakfolgererkrankungen

Das Rauchen in Deutschland geht erkennbar und nachhaltig zurück. Beispiele wie die Gesetzgebung zum Nichtraucherschutz und das Modell „Rauchfreie Schule“ haben trotz aller Unvollkommenheiten einen Paradigmenwechsel in der Gesellschaft bewirkt oder wenigstens verstärkt. Das Rauchen bei Jugendlichen ist zum Beispiel massiv zurückgegangen. Rauchen wird „uncool“.

Als sehr erfreulich ist in diesem Zusammenhang der Beschluss des Deutschen Ärztetages zu bewerten, endlich eine kostenrechtliche Gleichstellung der Tabakentwöhnung gegenüber der Alkohol- und Drogensucht zu gewährleisten („Nikotinabhängigkeit ist eine Sucht und entsprechend behandlungsbedürftig. Wir haben im GKV-System aber keine Möglichkeit, dafür Mittel zu verwenden“). Ziel ist es, wie in vielen anderen europäischen Ländern, Maßnahmen der Tabakentwöhnung mit der gleichen Wertigkeit zu finanzieren wie bei anderen Suchtformen. Weiterhin fordert der Deutsche Ärztetag erfreulicherweise auch, dass Deutschland – als Schlusslicht Europas – endlich auch die europäischen Standards zu Tabakwerbeverboten umsetzt.

Qualitätssicherung Hämotherapie 2012

Die jährliche Berichterstattung im Rahmen der Umsetzung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ ist für die Einrichtungen der Krankenversorgung selbstverständlich geworden. Auch im Berichtsjahr 2012 setzte sich die hohe Qualität der Berichterstattung fort. Dieses Ergebnis ist maßgeblich dem hohen Engagement aller Befassten und der kompetenten Betreuung der Einrichtungen durch die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zu verdanken. Unterstützt wurde dies auch durch das erweiterte Angebot der Sächsischen Landesärztekammer, das im wesentlichen fokussiert auf die Förderung der mit der Einführung der Richtlinien erstrebten Wahrung der Patientensicherheit. Gleichzeitig wird den berichtenden Qualitätsbeauftragten Hämotherapie umfassende Unterstützung bei der Umsetzung der Richtlinien gegeben. So wurden in den vergangenen Jahren strukturierte Berichtsformulare entwickelt und den Krankenhäusern und Praxen zur Verfügung gestellt. Darauf aufbauend konnte in den Folgejah-

Bewegungsmangel

Der Deutsche Ärztetag hat aktuell besonders die Möglichkeit einer „ärztlichen Präventionsempfehlung“ im Kontext einer finanzierten Vorsorgeuntersuchung begrüßt. Ärztliche Präventionsleistungen und -empfehlungen können eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung bewirken.

Es könnte eine Regelung geben, die ärztliche Empfehlungen zur Prävention bundesweit erkennbar und einheitlich darstellt. Das wäre besser als das bisherige föderale und bürokratische Wirrwarr um das „Rezept für Bewegung“. Damit würde auch die (in diesem Bereich mancherorts angezweifelte) ärztliche Kompetenz in der „Präventionskette“ wieder eine angemessene Bedeutung erhalten.

ren ein konstruktiver fachlicher Dialog mit den beteiligten Krankenhäusern und Praxen erreicht werden, der zum einen Verbesserungen des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen anregte und zum anderen auch eine stetige Optimierung der Bögen ermöglichte.

Es zeichnet sich ab, dass erneut eine Antwortquote von 100 Prozent der angeschriebenen Einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen und MVZ's) zu verzeichnen sein wird. Allen Beteiligten sei gedankt für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit.

Insgesamt wurden 129 Einrichtungen angeschrieben – 81 Krankenhäuser und 48 Praxen/MVZ's. 71 Prozent der Einrichtungen antworteten fristgerecht bis zum 01. März 2013, 9 Prozent beantragten eine Terminverlängerung, und 20 Prozent der Berichtspflichtigen erhielten eine Erinnerung.

Hervorzuheben ist der große Anteil, den die Transfusionsverantwortlichen und Qualitätsbeauftragten bei der Behebung festgestellter Mängel haben. Hier zeigt sich, dass die Schwerpunkte wiederkehrend sind, zumeist im organisatorischen Bereich liegen und durch häufigen Personalwechsel begünstigt werden.

Fazit

Demografie und die Zunahme chronischer Krankheiten verlangen eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema Prävention. Ärztliche Kompetenz sollte einen zentralen Stellenwert bei der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen auf individueller wie auf nationaler Ebene erhalten. Trotz mancher Enttäuschungen ergeben sich aktuell interessante Perspektiven für ein größeres ärztliches Engagement im Bereich Prävention.

Dr. med. Christoph. Altmann
Präventionsbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

Zu folgenden relevanten Themenbereichen sind für das Berichtsjahr 2012 seitens der Sächsischen Landesärztekammer Nachfragen erforderlich gewesen:

- Qualifikationsvoraussetzung Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter,
- System zur Einweisung neuer Mitarbeiter,
- erforderliche Arbeits-/Dienstabweisungen,
- regelmäßige Begehungen vom Qualitätsbeauftragten Hämotherapie mit dem Transfusionsverantwortlichen mit anschließender Ergebnisbesprechung.

Zu diesen und weiteren Fragestellungen der Berichtsformulare hat die Sächsische Landesärztekammer Empfehlungen entwickelt und die betroffenen Einrichtungen und Träger bei bekannt gewordenen Mängeln schriftlich mit fachlichen Hinweisen, Anregungen und Interpretationshilfen kontaktiert. Gleichzeitig wurde auf die Behebung der Auffälligkeiten hingewirkt.

Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt regelmäßig das Erreichen der erforderlichen Qualifikation für Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte durch ent-

sprechende 16-Stunden-Kurse. Vom 10. bis zum 11. Oktober 2013 wird der nächste Kurs in unserem Haus stattfinden.

Das Etablieren eines Systems zur Einweisung neuer Mitarbeiter, das Vorhandensein aller erforderlichen aktuellen Arbeits- und Dienstleistungsleistungen bei den Befassten und die regelmäßigen Begehungen des Qualitätsbeauftragten Hämotherapie gemeinsam mit dem Transfusionsverantwortlichen mit anschließender Ergebnisbesprechung stärken die Patientensicherheit und dienen dem Vermeiden von Fehlern in der Medizin. Das Erkennen solcher struktureller sowie organisations- und kom-

munikationsbedingter Verbesserungspotentiale birgt eine große Chance, die Arbeitsabläufe im Sinne der Patienten zu optimieren und wird auch als solche wahr- und angenommen.

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.slaek.de im Bereich Qualitätssicherung – Qualitätssicherung Blut und Blutprodukte.

Anfragen und Anregungen bitten wir an
Frau Kerstin Rändler,
Sachbearbeiterin Qualitätssicherung,
Tel. 0351 8267381,
E-Mail: quali@slaek.de
zu richten.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Überschuss in Arztpraxen

Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte in Deutschland ist nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zwischen 2007 und 2011 um 17 Prozent gestiegen. Demnach erzielten niedergelassene Mediziner im Jahr 2011 einen Überschuss von durchschnittlich 13.833 Euro pro Monat, vier Jahre zuvor waren es 11.833 Euro gewesen. Nach Abzug des Inflationsausgleiches konnten Vertragsärzte somit nur eine reale Steigerung von jährlich zwei Prozent erzielen.

Von dem Überschuss zahlen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Ärzte noch die

Einkommenssteuer (rund 47.000 Euro), die Altersvorsorge (etwa 18.000 Euro) sowie die Kranken- und Pflegeversicherung (8.000 Euro). Zudem müssen noch Investitionen bezahlt und Kredite getilgt werden, die die Ärzte aufnehmen, um den Praxisbetrieb zu finanzieren.

Eine angemessene Vergütung der verantwortungsvollen Arbeit der Ärzte ist mehr als gerechtfertigt, auch um junge Ärzte für die hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen. Ein Zuwachs in dieser Höhe war nach mehr als zwanzig Jahren Budgetierung nach Ansicht der Sächsischen Landesärztekammer überfällig.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzerte

Festsaal

Sonntag, 6. Oktober 2013

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Geblasen, gesprochen, gezupft“

Es musizieren Schüler der sächsischen Begabtenförderung der Musikschule des Landkreises Meißen

Gedenkausstellung Bruno Konrad
(1930 – 2007)

Ein Künstlerleben in seiner Zeit
bis 22. September 2013

Detlef Schweiger

schwarzweißteknik

Malerei, Grafik, Lineamente

25. September bis 24. November 2013

Vernissage: Donnerstag,

26. September 2013, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. Carolin Quermann,

Kustodin Grafik/Skulptur

Städtische Galerie Dresden

Impfung gegen Herpes zoster

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO):

Impfung gegen Herpes zoster in Sachsen nach den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision vom 1. Januar 2010

Was ist neu?

Die Sächsische Impfkommision hat bereits ab 1.1.2010 die einmalige Impfung gegen Herpes zoster (Gürtelrose) als Standardimpfung für alle Personen über 50 Jahre (= ab dem 50. Geburtstag) empfohlen und zwar ohne Rücksicht auf stattgehabte frühere Erkrankungen in der Anamnese.

(siehe auch Bigl S. Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO). „Ärzteblatt Sachsen“ 2010; 1: 13-17).

Zu beachten ist dabei, dass es sich bei der Zoster-Impfung um eine prophylaktische, nicht um eine therapeutische Impfung handelt. Eine Behandlung der Gürtelrose durch die Impfung ist nicht möglich. Wie bei allen Lebendimpfungen sind die diesbezüglichen Kontraindikationen zu beachten: Akute Erkrankungen, Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffs, Immundefizienz, immunsuppressive Therapie, Schwangerschaft sowie aktive, unbehandelte Tuberkulose.

Als einziger Impfstoff steht zurzeit **Zostavax®** zur Verfügung, nun auch **ab September 2013 in Deutschland**. Es wird eine Dosis subcutan appliziert. Gemäß Zulassung durch die Europäische Zulassungsbehörde EMA (2006) und Fachinformation des Impfstoffs (Stand: Februar 2013) ist Zostavax® indiziert zur Prävention von Herpes zoster (Zoster, Gürtelrose) und durch Herpes zoster verur-

sachte postherpetische Neuralgie, PHN (Synonym: postzosterische Neuralgie, PZN).

Klinische Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit

Die Wirksamkeit einer einmaligen Impfung gegen Herpes zoster wird in der grundlegenden Zulassungsstudie (randomisiert, placebokontrolliert, doppelblind) durchgeführt mit 38.546 Probanden im Alter ab 60 Jahren in 22 Zentren der USA (Oxman MN et al. „Shingles Prevention Study (SPS)“, N Engl J Med 2005), nach einer **mittleren Beobachtungszeit von 3,1 Jahren** (Range: 1 Tag bis 4,9 Jahre) wie folgt angegeben:

- Senkung der Gesamtinzidenz von Zoster:
51 % (60 – 69 Jahre: 64 %; ab 70 Jahre: 38 %)
- Reduzierung der Krankheitslast (Inzidenz, Schweregrad und Dauer von akutem und chronischem Schmerz):
61 % (60 – 69 Jahre: 66 %; ab 70 Jahre: 55 %)
- Reduzierung der postzosterischen Neuralgie (definiert als klinisch signifikanter Zoster-Schmerz, der 90 Tage nach Ausbruch des Exanthems oder länger persistiert oder neu auftritt):
67 % (60 – 69 Jahre: 66 %; ab 70 Jahre: 67 %).

Fortgeführte Studien aus dieser großen Zulassungsstudie (Short-Term Persistence Study (STPS), Long-Term Persistence Study (LTPS)) bewerteten die Wirksamkeit über einen Zeitraum von 7 bzw. 10 Jahren.

Über eine **Gesamtbeobachtungszeit von 7 Jahren** (gemeinsame Analyse von STPS und LTPS) konnte gezeigt werden die Reduzierung von:

- 49 % der Herpes-zoster-Inzidenz,
- 59 % der Herpes-zoster-Krankheitslast,
- 65 % der Inzidenz an postzosterischer Neuralgie.

Wenn auch die Senkung der Gesamt-Zoster-Inzidenz begrenzt erscheinen mag, so wurde in den Studien deutlich, dass das Auftreten der PZN bei 2 von 3 Patienten verhindert werden kann! Das sollte als Erfolg eingeschätzt werden.

In der Wirksamkeitsanalyse anhand von Daten **7 bis 10 Jahre nach Impfung** (bei mittlerer Beobachtungszeit von 3,9 Jahren) war Wirksamkeit über 10 Jahre, jedoch mit der Zeit bei entsprechend alternder Studienpopulation abnehmend (mittleres Alter 74,5 Jahre), mit folgenden Ergebnissen festzustellen:

- Reduzierung Herpes-zoster-Inzidenz: 21 %,
 - Senkung der Krankheitslast: 37 %,
 - Reduzierung der Inzidenz von postzosterischer Neuralgie: 35 %.
- Eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studie mit mehr als 22.400 Teilnehmern in Nordamerika und Europa beurteilte Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit des Impfstoffs im Alter 50 – 59 Jahren. Sie ergab
- einen Rückgang der Herpes-zoster-Inzidenz um 70 %,
 - eine Reduzierung der Krankheitsbelastung (bei einem hohen Schmerzscores) um 73 %, gegenüber Placebo in dieser Altersgruppe.

Erste Effektivitätsuntersuchungen nach Einführung der Zoster-Impfung in den USA konnten die in klinischen Studien gezeigte Wirksamkeit bestätigen. So zeigte beispielsweise eine retrospektive Kohortenstudie von Januar 2007 bis Dezember 2009 mit 75.761 geimpften vs. 227.283 ungeimpften Personen ab 60 Jahren des „Kaiser Permanente Southern California Health Plan“ folgende Ergebnisse:

- Reduzierung des Risikos eines Herpes zoster um 55 %,
- Reduzierung der Inzidenz von Zoster ophthalmicus um 63 %,
- Reduzierung der Inzidenz der Hospitalisationen wegen Herpes zoster um 65 %.

Derzeit ist noch nicht definiert, ob (oder nach welchem Zeitraum?) eine Wiederimpfung notwendig sein wird. Klinische Studien und „Real-Life“-Anwendung (das heißt weltweite Post-Marketing-Surveillance) zeigten ein gutes **Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil** bei mehr als 15 Millionen ausgelieferten Dosen seit 2006. Die am häufigsten beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen sind Lokalreaktionen (Rötung, Schmerzen,

Schwellung, Juckreiz) und Kopfschmerzen.

Aktueller Stand

In den USA ist die Zoster-Impfung bereits seit Oktober 2007 empfohlen und in Anwendung, ebenso bestehen Impfeempfehlungen in einigen anderen Ländern. Nach Aussagen der Herstellerfirma Sanofi Pasteur MSD GmbH wird der Impfstoff ab September 2013 in Deutschland verfügbar sein. Der Preis einer Impfstoffdosis soll voraussichtlich etwa 150 Euro betragen.

Es ist noch zu betonen, dass die öffentliche Empfehlung einer Impfung für definierte Personen- oder Altersgruppen nicht automatisch die Bezahlung durch alle Krankenkassen begründet, auch wenn dies aus fachlich-medizinischer Sicht wünschenswert ist. Da es bereits Krankenkassen gibt, die die Kosten der Zoster-Impfung übernehmen (Stand 8.

August 2013: IKK classic, BKK Medicus), sollte bei der Kasse des Patienten angefragt werden.

Die Empfehlung zur Impfung gegen Herpes zoster ist zu finden in der sächsischen Impfeempfehlung E 1 auf den Websites

- der Sächsischen Landesärztekammer:
www.slaek.de → Ärzte → Informationen / Leitlinien → Impfen
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen:
www.ghuss.de → Sächsische Impfkommision.

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

Influenza-Schutzimpfungen 2003 bis 2012 im Freistaat Sachsen

Analyse und Schlussfolgerungen

Die Häufigkeit der einzig wirksamen Influenzaprophylaxe durch jährliche saisonale Schutzimpfung ist in den letzten 10 Jahren auf einen Tiefstand gelangt: Es wurden 2012 nur noch 26,6 % der sächsischen Bevölkerung immunisiert; vor 10 Jahren, 2003 waren es noch 30,4 % (= 222.275 mehr), 2009 war der Höchststand erreicht (33,7 % der Bevölkerung und 312.406 geimpfte Personen mehr als 2012). Weitere Einzelheiten siehe Tabelle 1.

Was sind die Ursachen? Rechtsgrundlage für Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen sind die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO), die durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) in der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VVV Schutzimpfungen) Vom 8. Februar 2010“ gesetzlich fixiert sind (Sächsisches Amtsblatt Nr. 9/2010, S.

331 – 332). Impfrecht ist im föderalen Deutschland Länderrecht und nicht Bundesrecht. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO am RKI) haben nur empfehlenden Charakter; die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt nur, welche Bezahlungen der Impfungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen (GKK) Pflichtleistungen nach § 20d des SGB V sind. Dies wird von den GKK und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KVS) oft nicht beachtet und in praxi umgesetzt. Sachsen hat nach SIKO-Empfehlungen deutschlandweit die vorbildlichsten Voraussetzungen für die Influenzaimpfung: Seit 1.1.2008 Standardimpfempfehlung für alle > 50-Jährigen (nicht nur > 60-Jährigen nach STIKO) und seit dem 1.1.2010 für alle Personen ab dem vollendeten 6. Lebensmonat. Das entspricht dem internationalen Standard hochentwickelter Industrieländer, zum Beispiel USA, Österreich. Länderspezifische Regelungen – „Influenza ohne Altersbeschränkung“ – haben inzwischen auch zahlreiche andere Bundesländer eingeführt: Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen (gegenwärtiger Stand siehe „Impfbrief Nr.75 vom Juli 2013“).

Dies resultiert aus der Beachtung der Influenza-Infektionsepidemiologie: Die meisten Infektionsketten beginnen in Schulen und Kindergärten und werden von da aus in die Familien und weiter in Risikobereiche wie Alters- und Pflegeheime, Krankenhäuser usw. getragen. Die altersspezifischen Impfstrategien aus Sachsen (Impfungen der > 60-Jährigen = GONR 89111, der 50 – > 60-Jährigen = GONR 89111S und der Indikationsimpfung = GONR 89112) sind aus der Tabelle 2 ersichtlich. Die sächsische Ärzteschaft konnte 2009 mit Stolz darauf hinweisen, dass 61 % aller > 60-Jährigen die saisonale Influenza-Impfung akzeptiert und sich haben applizieren lassen (die WHO hat als Ziel 2/3 vorgegeben). Dem Rückgang 2012 auf 53,9 % (= 67.480 weniger geimpfte Senioren als 2009) müssen andere, meist nichtmedizinische Ursachen zugrunde liegen. Hier kommen in erster Linie Mißstände in der Medienpolitik (Fernsehen, Presse und anderes) in Betracht: unwissenschaftliche Verteufelung der Adjuvantien in den Pandemie-Impfstoffen und einem saisonalen Impfstoff (AS03 und MF 59 in „Pandemrix“ und „Fluad“) und laienhafte Darstellungen einer angeblich fehlenden oder geringen Impfeffektivität. Solche falschen Darstellungen wurden und werden bis heute in keiner Weise von den Gesundheitspolitikern beanstandet, korrigiert und richtiggestellt. Der hohe Rückgang um 32,4 % der GONR 89111S (= Standardimpfung der 50 – < 60-Jährigen) beweist auch die Verunsicherung und Sorgen der Impfähilft wegen möglicher Regresse durch die GKK und/oder KVS, da bei weitem nicht alle GKK die SIKO-Empfehlungen (und länderspezifischen Empfehlungen) akzeptiert haben. Dass die Gruppe GONR 89112 sich ebenfalls auf einen historischen Tiefstand befindet – 2009 hat die sächsische Ärzteschaft fast bei 1/5 (18,9 %) der < 60-Jährigen eine Indikation für eine Influenzaimpfung gestellt und durchgeführt, 2012 nur noch bei 12,0 % = bei 207.210 Patienten weniger – hat seine Ursache auch in der Reduzierung der Anzahl

Tabelle 1: Influenzimpfungen im Freistaat Sachsen 2003 bis 2012 (Quelle: Abrechnungsdaten bei der KVS)

| Jahr der saisonalen Influenza-Impfung | Anzahl der Influenza-Impfungen gesamt GONR bis 2007 99702 ab 2008 89111+ 89111S+89112 | +/- Anzahl der Influenza-Impfungen zu Vorjahr in % (Vorjahr = 100%) | Prozent der Influenza geimpften Bevölkerung (Einwohnerzahl jeweils am Jahresbeginn) |
|---------------------------------------|---|---|---|
| 2003 | 1 321 473 | - | 30,4% |
| 2004 | 1 328 858 | + 0,6 | 30,8% |
| 2005 | 1 425 865 | + 7,3 | 33,2% |
| 2006 | 1 310 378 | - 8,8 | 30,6% |
| 2007 | 1 359 183 | + 3,7 | 32,0% |
| 2008 | 1 279 216 | - 5,9 | 30,3% |
| 2009 (pandemisch) | 1 411 604 (223 847) | + 11,0 | 33,7% (5,3%) |
| 2010 (pandemisch) | 1 193 847 (7 773) | - 15,4 | 28,8% (0,2%) |
| 2011 | 1 212 908 | + 1,0 | 29,3% |
| 2012 | 1 099 198 | - 9,1 | 26,6% |

Tabelle 2: Influenzimpfungen im Freistaat Sachsen nach Abrechnungsnummern 2008 bis 2012 (Quelle: Abrechnungsdaten bei der KVS)

| Jahr | Impfungen abs. >60 J (= in % d. Altersgruppe) GONR 89111 | Impfungen abs. 50- < 60 J. (= in % d. Altersgruppe) GONR 89111 S | Indikationsimpf. abs. (in % d. Altersgr. < 60) GONR 89112 |
|------|--|--|--|
| 2008 | 747 765 (60,0) | 100 963 (15,9) | 430 165 (14,5) |
| 2009 | 760 788 (61,0) | 100 068 (15,7) | 550 748 (18,9) |
| 2010 | 708 407 (56,0) | 89 698 (14,1) | 395 742 (13,7) |
| 2011 | 729 913 (56,8) | 92 296 (14,5) | 390 699 (13,7) |
| 2012 | 693 308 (53,9) | 62 352 (9,8) | 343 538 (12,0) |

der zur Verfügung stehenden Impfstoffe durch die Aufnahme der saisonalen Impfstoffe in die gesetzliche Vorgabe des Arzneimittel-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) für Ausschreibungen und Abschluss von Rabattverträgen in Sachsen durch die AOK Plus unter Mitwirkung und Duldung der KVS. Bei diesem Abschluss der Rabattverträge mit den Herstellern gilt offenbar nur das Wirtschaftlichkeitsgebot, nicht aber die bedarfsgerechte Versorgung. Die 16 in Deutschland zugelassenen Influenzaimpfstoffe haben aber unterschiedliche Eigenschaften und damit verschiedene Zielgruppen, siehe Tabelle 3 und 4. Bei den für die Saison abgeschlossenen Verträgen bleiben gerade die sensiblen Zielgruppen der Kinder/Jugendlichen zwischen 2 bis 18 Jahren und die Senioren mit der „physiologischen“ Immunseneszenz im Alter unberücksichtigt; der Impfarzt kann bei ihnen

nicht routinemäßig die optimalen Impfstoffe einsetzen. Dies betrifft auch weitere Indikationsgruppen. Wer trägt dafür auch juristisch die Verantwortung? Obwohl es in der Vergangenheit zahlreiche fachlich fundierte Einwände und objektive Darstellungen gegeben hat, zum Beispiel von dem Paul-Ehrlich-Institut – PEI – (zum Beispiel Brief vom 5.3.2012 „Austauschbarkeit von Impfstoffen“ von Dr. M. Pfeleiderer aus dem PEI), von den Berufsverbänden der Kinderärzte und Allgemeinmediziner, der SIKO und von den „Forschenden Pharma-Unternehmer“ (vfa), letztmalig in den Vorträgen auf der „3. Nationalen Impfkonzferenz“ im Mai 2013 in München, hat sich bis heute nichts geändert. Sogar die diesbezügliche Beschlussfassung auf dem 116. Deutschen Ärztetag vom 28. bis 31. Mai 2013 in Hannover „Impfungen“ blieb bisher ohne Wirkung (siehe Deutsches Ärzteblatt Jg.

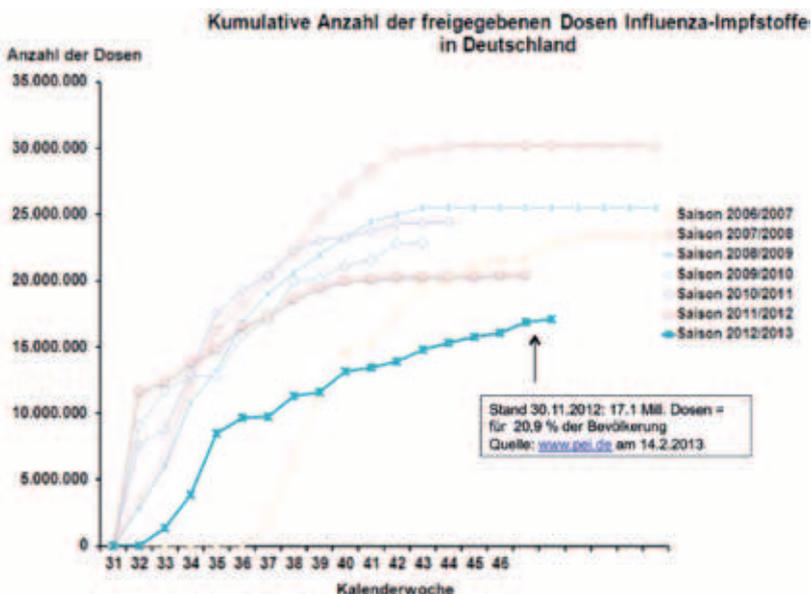


Abb. 1

Tabelle 3: Produktattribute zugelassener Influenzaimpfstoffe

| | Produkteigenschaften | | | | | | | Anwendung | |
|---|-------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------|--------------|-----------|-----------|---------------------------|
| | Ganzvirus- Impfstoff | Spaltimpfstoff | Untereinheiten- Impfstoff | Ei- basiert | Zell- basiert | Adjuvantiert | Virosomal | Saisonal | Pandemisch, zoonotisch |
| † Monovalent, inaktiviert | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | | | ⊙ |
| † Trivalent, inaktiviert | | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | |
| Quadrivalent, inaktiviert* | | ⊙ | | ⊙ | | | | ⊙ | |
| † Monovalent, lebend attenuiert** | ⊙ | | | ⊙ | | | | | ⊙ |
| † Trivalent, lebend attenuiert | ⊙ | | | ⊙ | | | | ⊙ | |
| † Quadrivalent, lebend attenuiert** | ⊙ | | | ⊙ | | | | ⊙ | |
| † Trivalent, intradernale Anwendung | | ⊙ | | ⊙ | | | | ⊙ | |

*noch nicht zugelassen; ** Zulassung besteht nur in den USA, nicht jedoch innerhalb der EU

† die Produkteigenschaften ergeben sich aus mehreren Kombinationsmöglichkeiten betreffend das Substrat zur Virusvermehrung sowie weiteren Attributen, z.B. Spaltimpfstoff/Ei-basiert/adjuvantiert, Untereinheiten- Impfstoff/Ei-basiert/virosomal oder Untereinheiten-Impfstoff/Zell-basiert/adjuvantiert, usw.

Für einige Kombinationen, z.B. Spaltimpfstoff/Zell-basiert/virosomal gibt es kein zugelassenes Produkt.

Quelle: Pfleiderer, Paul-Ehrlich-Institut: Vortrag 3. Nationale Impfkongress Mai 2013 in München

110, Heft 25 vom 21. Juni 2013, Seite 1103 – 1104). Auch Engpässe in Form von Lieferschwierigkeiten durch die Hersteller sind Folge der Rabattverträge und damit der veränderten Bestellstruktur durch die Impfarzte. Impfstoffe sind biologische Produkte mit komplexen Herstellungs- und Prüfprozeduren, die Menge lässt sich nicht „auf Knopfdruck“ ausweiten. „Die Qualitätskontrollen sind komplex und anfällig,

sie umfassen 70 % der gesamten Herstellungsdauer, jeder dritte Mitarbeiter ist in diesem Bereich tätig, über 50 Kontrolltests (Prozesskontrolle, Keimfreiheit, Meßgenauigkeit und anderes) sind für jede Impfstoffcharge nötig...“ (nach Vortrag von K. Schlüter, vfa auf der 3. Nationalen Impfkongress im Mai in München); hinzu kommt die Zeit für die Prüfung und Freigabe, auch jeder Charge durch das staatliche PEI entspre-

Tabelle 4: Influenzaimpfstoffe

unterschiedliche Eigenschaften, Herstellung u.a. für differente Indikationen

1. Fluenz (LAIV):
 - bessere Wirksamkeit als TIV bei < 2 – 18-Jährigen
 - höhere Akzeptanz bei Jugendlichen
2. Optaflu (Zellkulturimpfstoff) :
 - bei Hühnereweißallergie indiziert
3. Flud (mit MF 59):
 - bessere Immunogenität
 - größere Antikörper-Breite gegen Driftvarianten während der Saison oder Pandemie
 - für Senioren, bei Immun-Sensenz und -Defekten
4. INTANZA (intradernale):
 - bei Einnahme von Gerinnungshemmern, Hämophilen, u.a. Blutgerinnungsanomalien.
5. Inflexal (mit Virosomen):
 - bessere Immunogenität
6. Spaltimpfstoffe * und Untereinheitenimpfstoffe** :
 - Unterschiede in Wirksamkeit, Immunogenität, Nebenwirkungen, Zusammensetzung (siehe Europäisches Arzneibuch ; z. B. Protein pro Dosis und Impfstamm *100 µg, **40 µg)

chend der Gesetzgebung in der Europäischen Union. Der Rückgang der jährlich freigegebenen Influenzaimpfstoffdosen durch das Paul-Ehrlich-Institut ist aus der Abb. 1 ersichtlich: sie fiel von etwa 30 Mill. Impfdosen in der Saison 2007/2008 auf 17,1 Mill. 2012/2013; der Rückgang der Impfstoffkosten der GKV um 30 % seit 2008 veranschaulicht die negative Entwicklung zu Lasten der Prävention der Versicherten und der Effektivität der Impfungen (siehe Abb. 2).

Unverständlich muss allen verantwortungsbewussten Medizinern/Impfärzten die absolute Reaktionslosigkeit (Schweigen, kein zielorientiertes Handeln) der zuständigen Gesundheitspolitikern in Bund und Ländern, auch im Freistaat Sachsen sein. Hat nicht das SMS 2009 Gesundheitsziele wie „Gesund aufwachsen“, „Aktives Altern – Altern in Gesundheit“, „Entwicklung einer Organisationsstruktur“ usw. formuliert? Wer ist im SMS, der AOK Plus, der KVS verantwortlich für die routinemäßige Bereitstellung der indizierten bestmöglichen Impfstoffe für Kinder („Fluenz“) oder Senioren („Flud“) unter anderem als Teil der praktischen Umsetzung dieser Ziele? Nur so können Ärzte und die Bevölkerung/Impfkandidaten überzeugt und eine Verbesserung der Influenzaimpfprophylaxe garantiert werden.

Fazit:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) werden aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die Ausschreibungen zum Abschluss von Rabattverträgen für saisonale Impfstoffe zukünftig aus ärztlich-wissenschaftlichen Gründen unterbleiben. Das Wirtschaftsgebots der Krankenkassen darf nicht zu Lasten der Prävention durch Schutzimpfungen mit Nachteilen für die Bürger durchgeführt werden
2. Die Realisierung von Gesundheitszielen bedarf vordergründig auch der fachlichen Kompetenz. Das Management dazu ist endlich in einem „Präventionsgesetz“ mit klaren Verantwortlichkeiten zu regeln. Dazu ge-

hört im Freistaat Sachsen ein „Staatliches Landes-Gesundheitsamt“, das mit entsprechenden Kompetenzen und Aufgaben (siehe oben) auszustatten ist. Ein solches ist im Königreich Sachsen 1912 durch Verordnung gegründet worden – siehe 1. Jahresbericht im Verlag von F.C.W. Vogel, Leipzig 1916 – und hat unter anderem Namen bis 1990 bestanden und gut gearbeitet.

3. Alle Impfpärzte werden aufgefordert, entsprechend der Alters- und Zielgruppe den optimalen Influenzaimpfstoff anzufordern und anzuwenden, um damit einen entsprechenden Druck auf die Krankenkassen und die KVS auszuüben.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses
Hygiene und Umweltmedizin der
Sächsischen Landesärztekammer,
Mitglied der SIKO

Rückläufige Impfstoffausgaben: minus 30 Prozent seit 2008

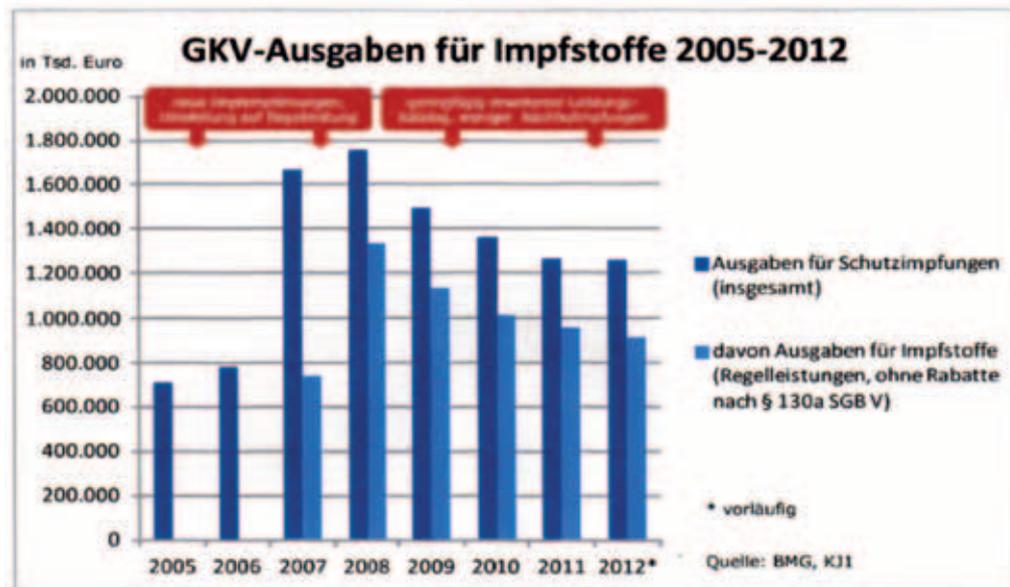


Abb. 2:

Quelle: Vortrag K. Schlüter von den vfa auf der 3. Nationalen Impfkonzferenz 15. – 16. Mai 2013 in München

Oncosachs – Verfahren beim Berufsgericht

Die Generalstaatsanwaltschaft Dresden ermittelte in den Jahren 2011 und 2012 sachsenweit Fälle bei denen Ärzte beteiligt waren, unter anderem wegen des Verdachts der Korruption. Zur Strafverfolgung wurden unter einem Dach Staatsanwälte, Polizisten, Wirtschafts- und Buchhaltungsfachkräfte sowie bei Bedarf Spezialisten anderer Ressorts unter der Bezeichnung Integrierte Ermitt-

lungseinheit Sachsen (INES) gebündelt. Die staatsanwaltlichen Ermittlungen erfolgten gegen insgesamt 52 Ärzte wegen Bestechlichkeit und Vorteilsnahme im Zusammenhang mit der Geschäftstätigkeit der Firma Onchosachs. Aufgrund der Entscheidung des Bundesgerichtshofes (BGH) im Jahr 2012, wonach niedergelassene Ärzte nicht als Beauftragte im Sinne des § 299 StGB zu sehen sind, mussten diese Verfahren eingestellt werden. Weitere Strafbarkeiten bestünden nicht. Insbesondere Be-

trugstatbestände zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen kämen nicht in Betracht.

Die Akten von 37 Verfahren wurden unter Beteiligung der Rechtsaufsichtsbehörde, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, der Sächsischen Landesärztekammer übergeben, um das Verhalten auf Berufsrechtswidrigkeit zu überprüfen.

Zu den übergebenen Verfahren, welche in Sachsen tätige Ärzte betrafen, führt der Vorstand der Sächsischen

Landesärztekammer auf Vorschlag des Ausschusses Berufsrecht zwei Rügeverfahren durch und hat 12 Verfahren an das Berufsgericht für Heilberufe übergeben. Das Berufsgericht soll nunmehr prüfen, ob sich das Verhalten der Ärzte zwar als straflos im Sinne des Strafgesetzbuches aber berufsrechtswidrig im Sinne des § 32 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer darstellt. Danach ist es dem nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.

Als Berufsaufsicht von über 22.000 Ärzten hat die Sächsische Landesärztekammer die Aufgabe, Vorteilsnahme im Zusammenhang mit ärztlicher Tätigkeit zu verfolgen. Diesem Auftrag des Gesetzgebers kommt die Landesärztekammer nach. Tätig werden kann die Sächsische Landesärztekammer nur auf Grund von Beschwerden oder auf Grund von Mitteilungen der Staatsanwaltschaft oder der Gerichte. In strafrechtlich relevanten Sachverhalten darf die Kammer zudem erst nach dem abgeschlossenen Strafverfahren tätig werden.

Das Vorgehen im Zusammenhang mit berufsrechtlichen Vorwürfen gegen Ärzte erfolgt in Sachsen nach dem Sächsischen Heilberufekammer-

gesetz. Grundsätzlich gilt für Ärzte – wie für alle anderen Berufsgruppen – die Unschuldsvermutung.

Sollte ein Arzt gegen berufsrechtliche Pflichten verstoßen haben, so kann die Ärztekammer nach sachlicher Prüfung durch den Ausschuss Berufsrecht eine Rüge erteilen und/oder ein Bußgeld verhängen, aber auch die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens beim Berufsgericht für die Heilberufe beantragen. Ein Entzug der Approbation bei schweren Verstößen gegen die Berufsordnung erfolgt durch die zuständige Approbationsbehörde. In Sachsen ist das die Landesdirektion.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender Ausschuss Berufsrecht

Patientenrechtsgesetz

Organisationsprobleme bei der Umsetzung des Patientenrechtsgesetzes – die Aufklärung

Die Rechtsabteilung erreichen nunmehr auch Anfragen zur praktischen Umsetzung des Patientenrechtsgesetzes. Für die meisten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind die wirklichen Neuerungen im Patientenrechtsgesetz überschaubar, da viele Rechte und Pflichten – so auch die Aufklärung – bereits in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer enthalten und bekannt sind. Die Regelung in § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB bereitet jedoch Kopfzerbrechen. Sie lautet: *„Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.“*

1. Wer bekommt was und kann der Patient verzichten?

Gemäß § 630e Abs. 1 BGB wird die Pflicht des Behandlenden zur sogenannten Eingriffs- und Risikoaufklärung (Selbstbestimmungsaufklärung) festgeschrieben und zeichnet die hierzu gefestigte Rechtsprechung nach. Der Anspruch des Patienten

gegen seinen Behandelnden auf eine angemessene Aufklärung über die Tragweite, die Chancen und die Gefahren der medizinischen Maßnahme, in die er einwilligen soll, ist Ausfluss seines Selbstbestimmungsrechts über seine Person, so der Gesetzgeber in der amtlichen Gesetzesbegründung.

Die Pflicht der Aufklärung besteht primär gegenüber dem Patienten, der in die Durchführung der medizinischen Maßnahme einwilligt. Erforderlich ist, dass der Behandelnde den Patienten über sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände aufklärt. § 630e Abs. 1 Satz 2 BGB listet exemplarisch die aufklärungsbedürftigen Umstände für den Regelfall auf. Demnach ist der Patient im Regelfall insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken der Maßnahme, Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung der Maßnahme zur Diagnose oder zur Therapie und über die Erfolgsaussichten der Maßnahme im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie aufzuklären. Der Katalog ist nicht abschließend; im Einzelfall kann es erforderlich sein, über weitere Umstände aufzuklären. Gemäß § 630e Abs. 2 Satz 1 BGB muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur

Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält.

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann und sie muss für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten soll also die Möglichkeit eröffnet werden, in einem persönlichen Gespräch mit dem Behandelnden gegebenenfalls auch Rückfragen zu stellen, sodass die Aufklärung nicht auf einen lediglich formalen Merkposten innerhalb eines Aufklärungsbogens reduziert wird.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Das Patientenrechtsgesetz verlangt grundsätzlich nicht, dass der Patient überhaupt Erklärungen zur Einwilligung oder Aufklärung unterzeichnet, denn es erfordert keine Schriftform für die Aufklärung und Einwilligung. Das heißt, nur dann wenn über die mündliche Aufklärung hinaus Unterlagen erstellt und unterzeichnet werden (was für Beweiszwecke im Haf-

tungsfall durchaus sehr sinnvoll sein kann), sind Abschriften zu erstellen und heraus zu geben. Abschriften im Sinne von § 630e Abs. 2 BGB sind Durchschriften aus Durchschriftblöcken und klassische Kopien.

Fraglich ist, ob Patienten auf diese Herausgabe der Abschriften verzichten können. Gemäß § 630e Abs. 3 BGB bedarf es der Aufklärung des Patienten nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat. Wenn also der Patient ausdrücklich auf eine Aufklärung verzichten kann, so kann er nach vertretbarer Auffassung erst Recht auf eine Aushändigung von Abschriften verzichten können. In einem solchen Fall wäre dieser Verzicht aber entsprechend zu dokumentieren. Nach meiner Auffassung sollte dem Verzichtsbegehren der Patienten nicht zu schnell nachgekommen werden, stellen doch die Unterlagen für den Patienten immer auch Möglichkeiten des Nachlesens und -denkens dar.

2. Wer bezahlt mir das?

Hinsichtlich der Kostenübernahme für die Durchschriften/Kopien im Sinne von § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB schweigt das Gesetz. Es muss deshalb ausgelegt werden.

In § 630g Abs. 1 und 2 BGB wird generell geregelt, dass der Patient Abschriften von der Patientenakte verlangen kann. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten. Also was spricht dann gegen eine Kostentragung durch den Patienten auch bei den Aufklärungsunterlagen? Die Unterlagen zur Aufklärung und Einwilligung sind immerhin auch Teil der Patientenakte. In § 10 Abs. 2 Satz 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer steht auch, dass dem Patienten Kopien der ihn betreffenden Krankenunterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben sind. Allerdings ließe sich ebenso argumentieren, dass der Gesetzgeber bewusst eine Kostenübernahme durch den Patienten für die Abschriften von Unterlagen, die

im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung angefertigt worden sind, nicht geregelt hat, nicht regeln wollte und eine Kostentragungspflicht des Patienten ablehnt (beredtes Schweigen des Gesetzgebers).

Ich bin der Ansicht, dass die Abschriften ohne Kostentragung durch den Patienten herausgegeben werden müssen. § 630d Abs. 2 BGB legt fest, dass die Wirksamkeit der Einwilligung voraussetzt, dass der Patient vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e BGB aufgeklärt worden ist. § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB sieht die Aushändigung der Unterlagen vor. Die Aushändigung von einer Bezahlung der Durchschriften/Kopien abhängig zu machen, würde dem Gesetzeszweck widersprechen.

Das BGB gilt zudem auf Bundesebene für alle Behandelnden, wie die Angehörigen der akademischen Heilberufe, der staatlichen Gesundheitsberufe im Gesundheitswesen sowie Heilpraktiker. Deshalb dürfte diese Regelung auch § 10 Abs. 2 Satz 2 der Berufsordnung auf Landesebene vorgehen. Schließlich hat der Arzt/die Ärztin über die Generalklausel des § 2 Abs. 5 Berufsordnung auch alle für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten, das heißt auch die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes. Und das sieht nach der hier vertretenen Ansicht keine Kostenerstattung für Durchschläge und Kopien vor. Eine gerichtliche Entscheidung ist noch nicht ergangen.

Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Sachsen

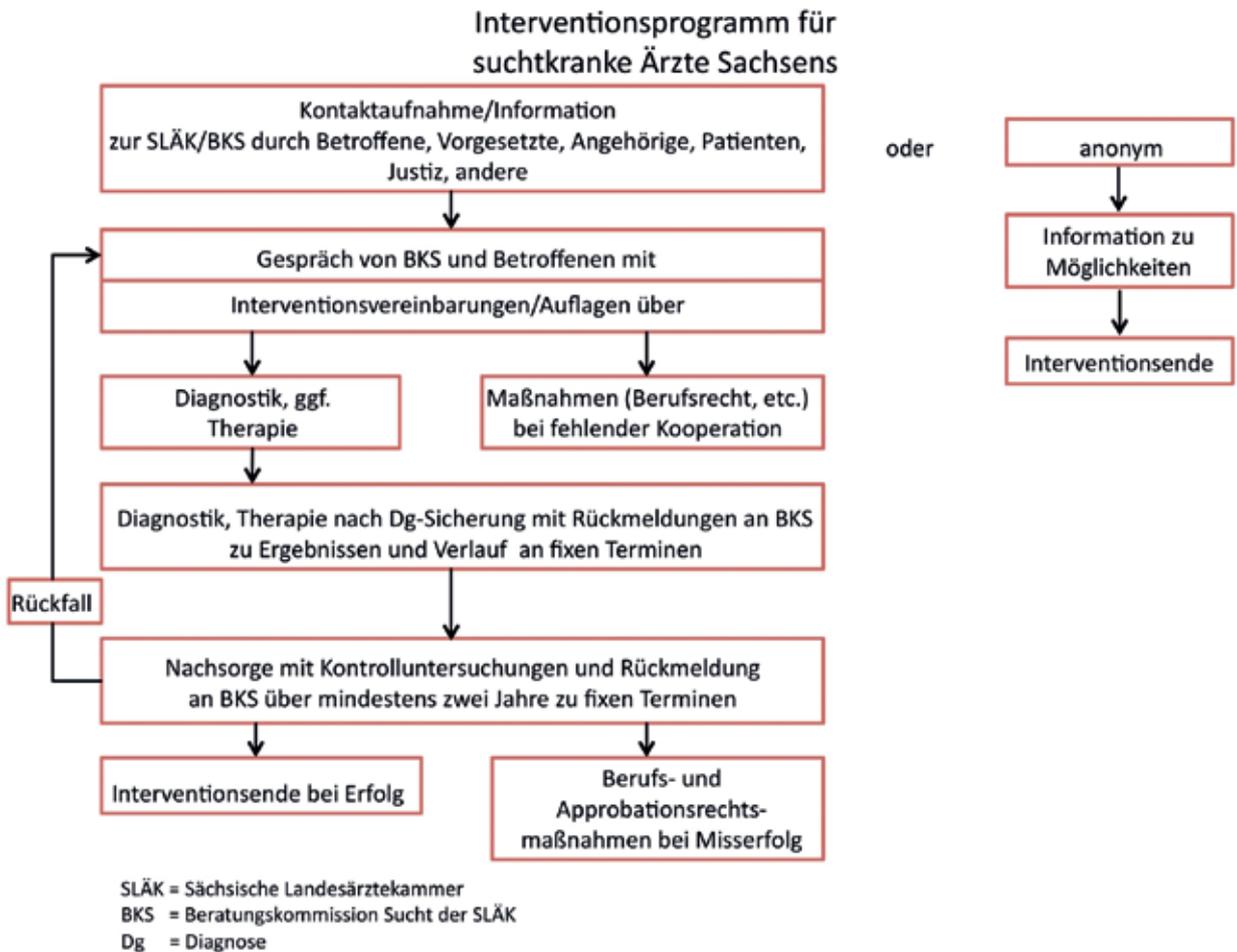
Im Heft 4/2013 des „Ärzteblatt Sachsen“ wurden auf S. 153f. die Möglichkeiten und Verfahrensweisen dargestellt, wie suchtkranke Ärzte die Hilfe der Sächsischen Landesärz-

tekammer erhalten können und welche Maßnahmen die Kammer gegebenenfalls treffen muss, um Patienten und ärztliche Kollegen zu schützen.

Auf mehrfache zustimmende Reaktionen und Anfragen betroffener Ärzte wie Kollegen, die in Sachsen erkrankte Kollegen behandeln, bringen wir zur Veranschaulichung eine

schematische Übersicht der inzwischen praxisbewährten Abläufe. Grundlegendes Ziel ist heute und in Zukunft, erkrankten Kollegen mit erfolgreicher Behandlung und in Abstinenz die Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit zu ermöglichen.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer



Ärztliche Senioren gefragt

Im Heft 5/2013 des „Ärzteblatt Sachsen“ wurde das 18. Sächsische Seniorentreffen für September angekündigt. Nun hat der Monat begonnen und am 10. startet die erste Gruppe ins Muldental. Es blieb trotz des Hochwassers bei diesem Reiseziel, weil unser Kommen auch der Region und dem in Grimma angesiedelten bewährten Reiseunternehmen hilft.

Als Ausschuss Senioren der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) haben wir erneut die Gelegenheit genutzt, im Zusammenhang mit der Ausfahrt eine Befragung unserer ärztlichen Kollegen im Ruhestand durchzuführen; sämtlich zu Themen, die an den Ausschuss von Kollegen oder Dritten herangetragen werden.

Der Fragebogen wird an die Teilnehmenden an der Ausfahrt im Reisebus ausgegeben. Da wir aber alle ärztlichen Senioren erreichen wollen, erfolgt heute nochmals der Abdruck hier, im Ärzteblatt. Bitte beteiligen Sie sich. Es betrifft uns alle!

Sie können uns gern per E-Mail (senioren Ausschuss@slaek.de) oder postalisch (Sächsische Landesärztekammer, Ausschuss Senioren, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden) antworten.

FRAGEBOGEN

Aus welchem Direktionsbezirk/Kreisärztekammer kommen Sie?

- Chemnitz
- Dresden
- Leipzig
- Kreisärztekammer:

- Sind Sie
- weiblich?
 - männlich?

1. Wegen des Ärztebedarfs in einigen sächsischen Landkreisen gibt es Überlegungen, Ärzte im Ruhestand tageweise in einer Praxis einzusetzen. Der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, möchte in Erfahrung bringen, ob „Jungsenioren“ (bis ca. 70. Lebensjahr) einen Tag pro Woche allgemeinmedizinisch oder internistisch in einer solchen Praxis wieder oder weiter tätig sein könnten (mit Teilzulassung und honoriert). Die Rahmenbedingungen werden derzeit erarbeitet. Könnten Sie sich eine solche Tätigkeit vorstellen?

- Ja
- Nein

2. Wären Sie im Übrigen bereit, in einem Ehrenamt bzw. im Rahmen einer Honorartätigkeit tätig zu werden?

- Ja
 - ärztliche Tätigkeit (zum Beispiel Herzsportgruppe, Schulunterricht)
 - berufspolitische Tätigkeit (zum Beispiel Kreisärztekammer, Ausschüsse der SLÄK)
- Nein

3. Sind Sie mit Ihrer eigenen Betreuung und Behandlung durch ärztliche Kollegen eher

- zufrieden?
- unzufrieden?

Begründung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Wofür sehen Sie einen Hilfebedarf in Ihrem Alltag?

- Alltägliche Besorgungen (Einkaufen etc.)
- Haushalt
- Behördengänge
-

Weiteres:

.....

.....

5. Könnten Sie sich eine gemeinschaftliche Wohnform mit anderen Ärztesenioren vorstellen?

- Ja
- Nein

6. Wir planen eine Fortsetzung des Buches „Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“, herausgegeben von der SLÄK im Jahr 2003. Würden Sie dazu mit einem Erlebnisbericht über Ihre ärztliche Tätigkeit zu DDR-Zeiten (1949 bis 1989) beitragen wollen?

- Ja
- Nein

Sollten Sie insbesondere die Fragen 1., 2. oder 6. mit „Ja“ beantwortet haben, wären wir Ihnen für eine Kontaktaufnahme (E-Mail senioren Ausschuss@slaek.de, Telefon 0351 8267414/415, Telefax 0351 8267412) dankbar. Gern können Sie natürlich auch mit anderen Anliegen an unseren Ausschuss herantreten.

Für Ihre Antworten und Anregungen möchten sich die Mitglieder des Ausschusses schon heute bei Ihnen bedanken.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Brigitte Zschaber
Vorsitzende Ausschuss Senioren

19. Leipziger Ärzteball

Der 19. Leipziger Ärzteball findet am 9. November 2013 im Hotel The Westin Leipzig statt.

Weitere Informationen unter der Telefon-Nr. 0341 2432310. Die Reservierungswünsche bitte schriftlich per Post, Fax oder E-Mail vornehmen.

Es werden feste Platzreservierungen vorgenommen. Möchten Sie mit bestimmten Kollegen an einem Tisch sitzen, bestellen Sie bitte die benötigten Karten auf einen Namen. Wir senden dann dem Besteller die entsprechenden Eintrittskarten zu.

Nur durch diese Verfahrensweise können gemeinsame Platzwünsche

garantiert werden. Es werden Tische für 10 Personen gestellt.

Wir würden uns freuen, Sie an diesem Abend begrüßen zu können.

Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt
Vorsitzender Ärzte-Förderverein-Leipzig e.V.
Braunstraße 16, 04347 Leipzig
Fax: 0341 2432102
E-Mail: aerzte-foerderverein-leipzig@gmx.de

Bundestagswahl 2013

Am 22. September 2013 ist die Wahl zum 18. Deutschen Bundestag. Der Wahlkampf ist in vollem Gange und so manche programmatische Aussage entpuppt sich als populistisches Zugeständnis, um Wählerstimmen einzufangen. Eine vergleichende Übersicht über alle Themen der einzelnen Parteien ist unmöglich. Aber



zu den Themen Krankenversicherungssystem, ambulante, integrierte und stationäre Versorgung sowie

Qualitätssicherung bis hin zu Leistungsumfang, Patientenrechten und Prävention finden Sie eine Synopse der Regierungs- und Wahlprogramme auf unserer Homepage unter www.slaek.de.

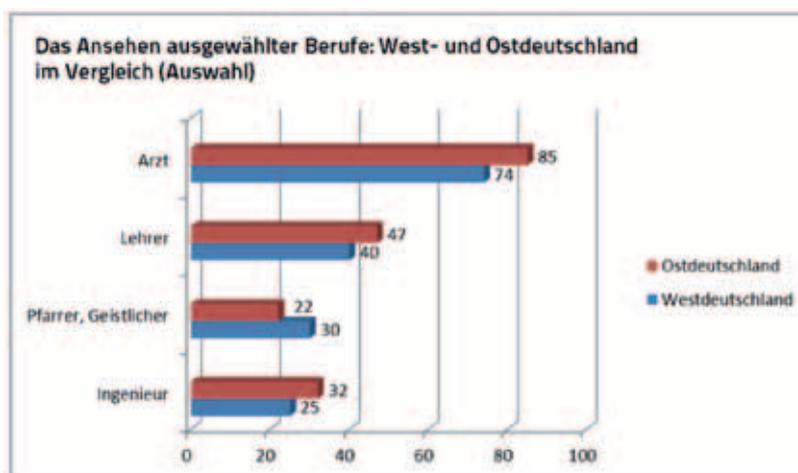
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hohes Ansehen für Arztberuf

Der Arztberuf steht weiterhin unangefochten an der Spitze der Berufsprestige-Skala: 76 Prozent der Deutschen zählen den Arzt zu den fünf Berufen, die sie am meisten schätzen. Das ergab eine aktuelle Studie

des Institutes für Demoskopie Allensbach. Den zweiten Rang belegt abermals die Krankenschwester mit 63 Prozent. An dritter Stelle kommen Polizisten (49 Prozent). Dahinter liegen Lehrer mit 41 Prozent. Zu den Schlusslichtern der Rangliste gehören unverändert Politiker (6 Prozent) Fernsehmoderatoren (3 Prozent) und Banker (3 Prozent).

Beim Ansehen einzelner Berufe gibt es zum Teil interessante Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland (siehe Grafik). So liegt das Ansehen des Arztes in Ostdeutschland um mehr als zehn Prozentpunkte höher als im Westen der Bundesrepublik (85 bzw. 74 Prozent). Auch der Beruf des Lehrers erfreut sich in Ostdeutschland mit 47 Prozent einer höheren Achtung als in Westdeutschland, wo 40 Prozent den Lehrern besonderen Respekt entgegenbringen.



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11007

„Die Patienten wissen die ärztliche Tätigkeit noch zu schätzen. Ärzte sind dafür 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche im Einsatz“, kommentierte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, diese Ergebnisse.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

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

gungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kvs-sachsen.de/mitglieder/arbeiten-als-arzt/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan) abrufbar.

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

| Reg.-Nr. | Fachrichtung | Planungsbereich | Bewerbungsfrist |
|--|--|-------------------|-----------------|
| Hausärztliche Versorgung | | | |
| 13/C046 | Allgemeinmedizin* (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Annaberg | 11.10.2013 |
| 13/C047 | Allgemeinmedizin* (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Annaberg | 24.09.2013 |
| 13/C048 | Innere Medizin – hausärztlich* (Abgabe des häftigen Vertragsarztsitzes) | Annaberg | 24.09.2013 |
| Allgemeine fachärztliche Versorgung | | | |
| 13/C049 | Kinder- und Jugendmedizin (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) ZB: Allergologie | Chemnitz, Stadt | 24.09.2013 |
| 13/C050 | Neurologie u. Psychiatrie | Chemnitz, Stadt | 11.10.2013 |
| 13/C051 | Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) ZB: Allergologie | Chemnitzer Land | 11.10.2013 |
| 13/C052 | Augenheilkunde | Döbeln | 11.10.2013 |
| 13/C053 | Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) | Aue-Schwarzenberg | 24.09.2013 |
| Spezialisierte fachärztliche Versorgung | | | |
| 13/C054 | Anästhesiologie (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) | Südsachsen | 11.10.2013 |
| Gesonderte fachärztliche Versorgung | | | |
| 13/C055 | Physikalische u. Rehabilitative Medizin (Abgabe des häftigen Vertragsarztsitzes) | Sachsen | 24.09.2013 |

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

| Reg.-Nr. | Fachrichtung | Planungsbereich | Bewerbungsfrist |
|--|---------------------------|-----------------|-----------------|
| Allgemeine fachärztliche Versorgung | | | |
| 13/D034 | Kinder- und Jugendmedizin | Weißeritzkreis | 11.10.2013 |

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

| Fachrichtung | Planungsbereich | Bemerkung |
|---------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Hausärztliche Versorgung | | |
| Allgemeinmedizin*) | Hohenstein-Ernstthal | Praxisübergabe: ab 1/2014 |
| Allgemeinmedizin*) | Limbach-Oberfrohna | Praxisübergabe: 01.02.2014 |

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

| Fachrichtung | Planungsbereich | Bemerkung |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------|
| Hausärztliche Versorgung | | |
| Allgemeinmedizin*) | Hoyerswerda | Praxisübergabe: 01.07.2014 |
| Allgemeinmedizin *) | Meißen | Praxisübergabe: 2014 |
| Allgemeinmedizin *) | Zittau | Praxisübergabe: 01.01.2014 |

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

Hygienekongress Dresden 2013

Am 28. September 2013 findet wieder ein Hygienekongress in Dresden statt. Der Kongress wird in Kooperation der Sächsischen Landesärztekammer mit den Ärztekammern Thüringen und Sachsen-Anhalt sowie der Krankenhausgesellschaft Sachsen veranstaltet.

Der erste Teil des Kongresses steht unter der Thematik „Krankenhaushygiene“. Hier wird unter anderem zu den bisherigen Erfahrungen mit der Novellierung der Sächsischen Medizinhygieneverordnung (gültig ab 30.06.2012) berichtet, in der unter anderem die Qualifikation zum Krankenhaushygieniker in Sachsen definiert wurde. Auch die Länder Sachsen-Anhalt und Thüringen werden ihre Erfahrungen mit der Umset-

zung der novellierten Vorschriften zur Krankenhaushygiene im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes darlegen. Weitere Themen beleuchten das Ausbruchmanagement bestimmter Erreger, Hygieneanforderungen in der täglichen Praxis am Beispiel der Unfallchirurgie sowie Personalbedarfsanalysen im Kontext Hygienebeauftragter in sächsischen Krankenhäusern.

Der zweite Teil des Kongresses ist dem 28. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ gewidmet. Das Schwerpunktthema dieses Teils sind lebensmittelbedingte Enteritiserkrankungen.

Der Hygienekongress 2013 richtet sich an Ärzte (im Krankenhaus, niedergelassene Vertragsärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst), Hygieneexperten, Hygienefachkräfte, Pflege-

kräfte, Medizinische Fachangestellte, Interessierte aus anderen Heilberufen (Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte), Vertreter aus Gesundheitsbehörden, Krankenkassenvertreter, Vertreter aus der Gesundheitspolitik sowie Patientenvertreter.

Das ausführliche Programm, Teilnehmergebühren und Informationen zur Anmeldung finden Sie unter www.slaek.de. Eine Anmeldung ist zwingend erforderlich.

(Ansprechpartnerin: Frau Peggy Thomas
E-Mail: hygienekongress@slaek.de
Tel.: 0351 8267-379)

Veranstaltungsort:

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Existenzgründer- und Praxisabgebtag

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein, gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben. Die Bezirksgeschäftsstelle Dresden der KV Sachsen und die Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank laden gemeinsam ein zu einem Existenzgründer- und Praxisabgebtag am Samstag, den 16. November 2013, 09.30 – 15.00 Uhr.

Teil I (für Existenzgründer) „Der Weg in die niedergelassene Praxis“

Planung – Zulassungsrecht und Investitionen – Kooperationsmöglichkeiten

Juristische Aspekte

- Voraussetzungen der Niederlassung/der Anstellung
- Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Praxisübernahme und Praxisneugründung: was ist sinnvoller?
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit
- BAG mit und ohne Kapitalbeteiligung (örtlich/überörtlich)
- Praxismgemeinschaft, Apparategemeinschaft, MVZ
- Angestellte Ärzte
- Neue Versorgungsformen: Filiale & Co.

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt, IWP

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Vor- und Nachteile einzelner Finanzierungsformen
 - INKO-Berechnung zur Existenzsicherung
 - Liquiditätssteuerung
 - Betriebswirtschaftliche Kennziffern
 - Die richtigen Abschreibungs- und Investitionsstrategien
 - Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis
 - Steuerliche Gestaltungen
 - Altersvorsorge: „früh übt sich“
- Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater, IWP

Teil II (für Praxisabgeber) „Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft – Vermögen

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
 - sog. halber Steuersatz und Freibetragsregelung
 - Gestaltungsmöglichkeiten
 - Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes
 - Der materielle und ideelle Praxiswert – Berechnungsbeispiele für die Kaufpreisfindung
 - Die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen: entgeltlich oder unentgeltlich?
 - Intelligente Vermögensanlage
- Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater IWP,

Juristische Aspekte

- Die Praxisübergabe: wie nähert man sich dem Thema?
 - Ablauf einer Praxisübertragung
 - Gestaltungsmöglichkeiten des Arztes
 - Übergangsgemeinschaften
 - Vertragliche Absprachen
 - Gestaltung: Arbeitsverträge, Mietverträge, Patientenkartei etc.
 - Gewährleistungsausschlüsse
- Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt, IWP

Teil III (für Existenzgründer und Praxisabgeber)

gemeinsames Diskussionsforum: Referenten und Fachleute sowie junge Existenzgründer stehen Rede und Antwort, Moderation Frau Dipl.-Med. Christine Kosch, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, Pirna.

Veranstaltungsort

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden

Die Teilnahme ist kostenlos.

Teilnahmemeldungen sind bis zum **31. Oktober 2013** zu richten an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Frau Schwarz
PF 10 06 41, 01076 Dresden
Fax: 0351 8828-199
E-Mail:
sicherstellung.dresden@kvsachsen.de

Der gehörlose Patient

Immer wieder kommt es vor, dass sich gehörlose Patienten durch das Verhalten eines Facharztes diskriminiert fühlen. Darauf weist der Landesverband der Gehörlosen Sachsen e.V. aktuell wieder hin. Im Umgang mit gehörlosen Patienten gäbe es für Ärzte einige wichtige Grundsätze. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zur uneingeschränkten Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft haben

hörgeschädigte Personen das Recht, sich bei jedem Arztbesuch durch einen Gebärdensprachdolmetscher begleiten zu lassen. Dies gilt für alle Arten von Untersuchungen, Behandlungen sowie für die Erstellung von Gutachten. So sei es zum Beispiel notwendig, dass ein Gebärdensprachdolmetscher während der Befragung für ein Gutachten mit anwesend ist, da sonst der Patient unsicher ist und nicht alle Fragen des Gutachters vollständig verstehen und folglich auch nicht richtig beantwort-

ten kann. Patienten mit einer Hörschädigung seien zudem äußerst hilflos, wenn sie sich vom behandelnden Arzt nicht verstanden fühlen.

Informationsmaterial zum Thema „Der gehörlose Patient“ finden Sie im Internet unter www.gehoerlosenbund.de oder unter www.deaf-sachsen.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fetale Alkoholspektrumstörungen

Eine interdisziplinäre sozialmedizinische Herausforderung

Zusammenfassung

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann das ungeborene Kind je nach Zeitpunkt, Dauer und Ausmaß der Exposition, schwer schädigen. Die vielfältigen Auswirkungen werden unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumstörungen“ (FASD) zusammengefasst. Die Kriterien zur Diagnostik sind: Wachstumsminde- rung, Gesichtsanomalien, ZNS-Veränderungen (Mikrozephalus, Intelligenzminderung, Störung der Exekutivfunktionen und Verhaltensauffälligkeiten) und vorgeburtliche Alkoholexposition.

In Deutschland wurden 2013 die Leitlinien zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms erstellt. Wegen der häufig nur diskreten Dysmorphiezeichen stehen die Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Die Pflegeeltern und Adoptiveltern (ein hoher Prozentsatz der Kinder ist fremduntergebracht) sind durch den Alltag mit ihren alkoholgeschädigten Kindern oft überfordert. Es gilt deshalb frühzeitig die Diagnose zu stellen, die Pflegefamilie zu entlasten und für die Kinder ein realistisches, insbesondere schulisches und später berufliches Förderkonzept zu erstellen. Ein unterstützendes Netzwerk durch behandelnde Kinderärzte, Sozialpädiatrische Zentren, Therapeuten und Jugendämter mit speziellen Hilfestellungen für die Bezugspersonen ist notwendig. Ziel des Netzwerks ist es, eine lebenslange Betreuung zu installieren. Quantensprünge über Facharztgrenzen, Professionen und Behördengrenzen hinweg im Rahmen des Case-Managements sind für die Betroffenen essenziell, aber noch nicht Realität.

FASD-Betroffene gehören einer Hochrisikogruppe an, die unerkant größte Probleme mit der physischen und psychischen Gesundheit hat sowie auch Probleme mit der Justiz und für die eine selbständige Lebensführung nur mit Unterstützung erreicht werden kann.

Problemstellung

„Sie sind lieb, sie sind süß, aber auch distanzlos, zerstörerisch, aggressiv, nicht zu bändigen, locken in uns Mutterinstinkte hervor... und treiben uns manchmal an den Rand der Verzweiflung“. Was soll bloß aus ihnen werden, werden sie jemals erwachsen, das heißt, können wir sie allein leben lassen...? Ich habe eine Odyssee hinter mir und wünsche mir endlich einen Arzt, der weiß, was mit meinem Kind los ist und was FASD bedeutet.“

Mit diesen Fragen und Vorerfahrungen wenden sich die hoch engagierten Pflege- und Adoptiveltern an die wenigen FASD-Experten in Deutschland, denn ca. 80 % aller FASD-Kinder und Jugendlichen leben in Pflege-, Adoptivfamilien oder heimähnlichen Strukturen. Die Realität sieht bisher so aus, dass diese Bezugspersonen häufig unpassende Ratschläge erhalten. Andere Pflegeeltern, die bereits die Diagnose und ein entsprechendes sozialmedizinisches Gutachten erhalten haben, werden mitunter nicht ernst genommen. Ihnen werden die notwendigen sozialmedizinischen Maßnahmen verweigert oder es müssen teure Prozesse angestellt werden, um diese durchzusetzen.

Prävalenz

Prävalenzschätzungen (May, P.A.; Gossage, J.P.,2001) von Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) kommen auf eine Rate von 0,5 bis 2 pro 1.000 Lebendgeburten mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und schätzen die Häufigkeit des Auftretens von allen Diagnosen im Spektrum der fetalen Alkoholschädigungen auf etwa 10 von 1000, also 1 % der Lebendgeburten. Somit entwickeln 1.000 bis 2.000 Kinder pro Jahr in Deutschland FAS, 3000 bis 4000 Kinder werden pro Jahr mit einer Diagnose im Bereich der fetalen Alkoholspektrumstörungen geboren. FASD ist die häufigste Behinderung bei Neugeborenen, sie tritt doppelt so häufig auf wie das Down-Syndrom und ist zugleich jene Behinderung, die sich prinzipiell gänzlich vermeiden ließe.

Diagnostik

Anfang diesen Jahres wurde in Deutschland die S3-Leitlinie zur Diagnostik des fetalen Alkoholsyndroms, der schwersten Form der fetalen Alkoholspektrumstörung, von einer Expertenkommission unter Beteiligung von Fachverbänden, Experten und Vertretern der Eltern-Selbsthilfegruppe FASD Deutschland (Heinen, F.; Landgraf, M.; 2013) veröffentlicht. (www.awmf.org)

Es handelt sich um eine interdisziplinäre Diagnostik, bei der insbesondere die neuropsychologische Testung ein wichtiger Parameter für die Diagnosestellung ist.

Die Kriterien zur Diagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörungen sind:

1. Prä- oder postnatale Wachstumsminde- rungen

- verminderte Körperlänge,
- vermindertes Körpergewicht
- relativiert an Alter, Geschlecht und, falls möglich, an der Größe der leiblichen Eltern.

2. Gesichtsauffälligkeiten

- kurze Lidspalten,
- verstrichenes Philtrum (Abb. 1),
- schmale Oberlippe.

3. Störungen des ZNS

Strukturelle Beeinträchtigungen

- Mikrozephalus,
- Epilepsie.

Funktionelle Beeinträchtigungen (im Einzelnen prüfen)

- Intelligenz,
- exekutive Funktionen,
- räumlich visuelle oder räumlich konstruktive Fertigkeiten,
- Feinmotorik,
- Sprache,
- Aufmerksamkeit,
- Lern oder Merkfähigkeit,
- Rechenfertigkeiten,
- soziale Fertigkeiten oder Verhalten.

4. Information zum mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Gefahren für unbehandelte FASD-Betroffene

Betroffene stehen einem hohen Risiko für die Entwicklung sekundärer Beeinträchtigungen gegenüber (Tabelle 1). Die Auftretenshäufigkeit nimmt vor allem bei einer frühen Diagnose ab, wenn die entsprechenden Interventionen eingeleitet werden.

Als Konsequenz aus der hohen Rate von Menschen mit FASD, die mit der Justiz in Konflikt geraten, konnte eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Jugendrichterin, Staatsanwältin, Jugendamtsmitarbeiterin und Mitarbeitern der Jugendgerichtshilfe und der Autorin, in der Region Nordhausen initiiert werden.

Hauptanliegen sind: Information über FASD, Multiplikatoren im Bereich der Justiz, Erkennen von jugendlichen Straftätern mit FASD und Finden adäquater Sozialisierung, Beachtung von FASD bei der Erstel-



Abb. 1

Tabelle 1: Sekundäre Probleme bei von einer FASD Betroffenen

| Sekundäre Probleme bei FASD Betroffenen | % |
|---|-----|
| • Probleme mit der psychischen Gesundheit | 90% |
| • unterbrochene Schullaufbahn (suspensiert, der Schule verwiesen oder abgebrochen) | 60% |
| • Gesetzeskonflikte | 60% |
| • Einweisungen (dazu gehören stationäre Aufenthalte wegen psychischer Probleme, Alkohol-/ Drogenprobleme, Gefängnisaufenthalte) | 50% |
| • Unangemessenes sexuelles Verhalten | 50% |
| • Alkohol-/Drogenprobleme | 30% |

lung von Betreuungsgutachten sowie die Vernetzung der genannten Bereiche zum Finden unkonventioneller Lösungen.

Therapeutische Möglichkeiten

Es gibt keine spezifische FASD-Therapie, vorhandene therapeutische Interventionsmöglichkeiten müssen dem jeweiligen Profil angepasst sein.

Funktionelle Therapien für defizitäre Bereiche können am Anfang der Behandlung stehen, wie Ergotherapie, Psychomotorik und Logopädie. Wichtig ist dabei, dass die behandelnden Therapeuten über die Besonderheiten dieser Kinder informiert sind.

Die **medikamentöse Therapie** mit Methylphenidat und/oder Risperidon sollte bei schwerwiegenden Konzentrationsstörungen und Impulssteuerungsstörungen frühzeitig begonnen werden. In der eigenen Erhebung wurden 74 % aller Kinder medikamentös behandelt. Die medikamentöse Behandlung ist oft Voraussetzung, überhaupt Zugang zum Kind zu bekommen und Therapiefähigkeit herzustellen. Psychotherapeutisch haben sich besonders verhaltenstherapeutische Methoden bewährt.

Hauptthema Schule

Es wird empfohlen, frühzeitig Förderausschüsse einzuberufen. Die adäquate Beschulung muss in einer Kleinklasse gefunden werden, die über feste Strukturen und die Möglichkeit verfügt, den Kindern ausreichend Zeit für die Automatisierung von Funktionen bereitzustellen. Kinder mit FASD können häufig nicht die schulische Laufbahn absolvieren,

die ihrer Intelligenz entspricht. Die hinzukommenden Beeinträchtigungen in spezifischen Funktionsbereichen führen dazu, dass betroffene Kinder ihr intellektuelles Potenzial nur unzureichend ausschöpfen können. Die sekundären Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität oder als Verweigerungshaltung interpretiertes „Nichtkönnen“ sind die häufigsten Ursachen für „Schulkummer“.

Die Inklusionsschule stellt für FASD-Kinder eine kaum zu bewältigende Anforderung dar. So sollte eine „passende Schule“ mit Kleinklassenstruktur zum Beispiel im Bereich Förderschule für Körperbehinderte gefunden werden, so sind die Kompetenzen der FASD-Kinder gegenüber in ihren Augen „Schwächeren“ eine gute Ressource. Grundsatz sollte nicht der höchstmögliche, sondern der stressfrei erreichbare Schulabschluss mit dem Hauptziel der Etablierung von Alltagsroutinen und emotionaler „Nachreifung“ sein.

Therapiegrundsätze

Hier muss berücksichtigt werden, dass die Kinder fast ausschließlich an einer Entwicklungsverzögerung leiden, also nicht das kalendarische, sondern das Entwicklungsalter nach sorgfältiger Testung Grundlage für die sich ergebende Therapie zeigt. Man muss auch hier konstatieren, dass es sich um ein „Nichtkönnen“ handelt anstatt des vermuteten „Nichtwollens“. Die Kinder müssen in ihrem entsprechenden Entwicklungsalter angenommen werden. Da in sämtlichen Hirnbereichen von der motorischen Entwicklung bis hin zur Entwicklung der Gefühlswelt je nach Alkoholschädigung Defizite entste-

hen können, muss dieses berücksichtigt werden. Bei Kleinkindern ist es wichtig, dass sie Coping-Strategien entwickeln, besonders durch Nachahmen, und immer wieder ritualisiertes Regelverhalten eingeübt wird. Gemeinsam muss mit den Eltern respektive Pflegeeltern oder anderen Bezugspersonen erarbeitet werden, wie die in der Ergotherapie möglichen Handlungsstrategien in den Alltag umgesetzt werden können. Insbesondere sind die Probleme in den Exekutivfunktionen zu beachten, das heißt, dass die Kinder wenig aus Erfahrung lernen. Häufig signalisieren die Kinder selbst, was ihnen gut tut, was sie gern mögen und über welchen sensorischen Kanal sie lernen. Wenn Kinder sich gegen bestimmte Dinge, die nicht zu verstehen sind, besonders wehren, ist auch daran zu denken, dass es sich um Handlungen, die an ihre früheren Traumatisierungen erinnern, handelt. An all diese Dinge ist zu denken und es ist mit den entsprechenden Bezugspersonen abzusprechen. Wichtig ist, die Behandlungsfortschritte zu dokumentieren und sich anfänglich auch realistische Ziele zu setzen. Die Kinder „saugen“ am Anfang wie ein Schwamm auf, aber dann sind auch Grenzen gesetzt. Gerade bei den Kindern mit FASD gibt es einen stressbedingten Zustand, der einer „Frühdemenz“ gleicht und die Grenzen der Lernfähigkeit erreicht. Aus diesem Grunde sollte ein stressfreies Etablieren von Alltagsroutinen und ein mehrdimensionales repetitives Lernen, wegen der großen Defizite in den Exekutivfunktionen im Vordergrund stehen.

FASD ist eine der kompliziertesten und größten interdisziplinären Herausforderungen. Dieses sollte bei den Therapien bedacht werden.

Das Beispiel der folgenden **Kasuistik** zeigt die Möglichkeiten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur intensiven Beobachtung und teilhabeorientierten Therapie auf.

Das **multimodale Programm** bestand aus Physiotherapie mit Klettern, Musiktherapie, Psychotherapie/

Tabelle 2: Anamnestische Angaben zur Kasuistik Klaus

Kasuistik Klaus, 12 Jahre

Eigenanamnese

- Hausgeburt in der 32. SSW, Geburtsgewicht 1250 g, Geburtslänge 34 cm,
- nach der Geburt Hypothermie, Verdacht auf Toxoplasmose, Atemnotsyndrom 3. Grades,
- wurde beatmet, offener Ductus arteriosus und Bronchopneumonie.

Sozialanamnese

- Kindesmutter verstorben an der Alkoholkrankheit. Während der gesamten Schwangerschaft sei sie ständig betrunken oder im Entzug gewesen.
- Mit 4 Monaten in die Pflegefamilie gekommen. Mit 6 Monaten Anlage einer PEG-Sonde.
- Besucht ein Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt „Praktische Lebensführung“.

Körperlicher Status / FASD-Diagnostik

1. Prä- und postnatale Wachstumsretardierung unter der 3. Perzentile
2. Kraniofaziale Auffälligkeiten: verkürzte Lidspalten, schmale Oberlippe, schwach modelliertes Philtrum.
3. Dysfunktion des ZNS: Mikrozephalus, geistige Behinderung, neurologische Entwicklungsverzögerung, sprachliche, kognitive und motorische Entwicklungsverzögerung.
4. Regelmäßiger dokumentierter Alkoholenuss der Kindesmutter in der Schwangerschaft bekannt.

Vorbefunde

- Intelligenzminderung
- Sonographie: geringes Blasenvolumen, Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz

Teilhabebeeinträchtigung

- Klaus ist aufgrund seiner intellektuellen Einschränkungen nur durch eine 1:1-Betreuung durch die Tagesstruktur führbar.
- Die Defizite in den Exekutivfunktionen verursachen bei ihm das Fehlen von Handlungs- Planungsstruktur. Bei komplexeren Aufgaben gerät er in Panik und ist nahezu handlungsunfähig.
- Aufgrund seiner emotionalen Unreife und „Gutgläubigkeit“ besteht das hohe Risiko für ihn, in gefährdende Situationen zu geraten.
- Klaus braucht dauerhaft Hilfe zur „Übersetzung“ der an ihn gerichteten Anliegen und ist nur kurzzeitig leistungsfähig.

Tabelle 3: Rehabilitationsergebnisse

Ergebnisse in der Rehabilitationsklinik nach 5-wöchigem multimodalem Programm

- Sistieren der Enkopresis Problematik
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Pflegeeltern erlernen „FASD-Handling“
- Realitätsprüfung zur sozialmedizinischen Prognose
- Verbesserung von Ausdauer und Konzentration
- Hilfsmittelversorgung/Therapiefahrrad
- Verhaltensregulation
- FASD-Diagnostik mit neuropsychologischer Testung.

Neuropsychologisches Training, Elterngesprächen, FASD-Diagnostik, Logopädie, Ergotherapie, Neuropädagogik, Förderunterricht, Berufstherapie, Reittherapie, Toilettentraining und Hilfsmittelversorgung.

Sozialmedizinische Aspekte bei FASD

Die Teilhabe am gesellschaftlichen und Arbeitsleben und bei Einschränkungen die Verbesserung dieser ist das zentrale Thema der Sozialmedi-

Tabelle 4: Maßnahmen, die im Fall „Klaus“ in der Rehaklinik erfolgten

Nachsorgeempfehlungen für Klaus

- Fortsetzung der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie in der Schule,
- kinder-kardiologische Abklärung des 2/6-Systolikums,
- Beantragung der Pflegestufe mit erhöhtem Betreuungsbedarf nach § 45 a 45 b SGB XI,
- Fortsetzung der Betreuung in der Pflegefamilie über das 18. Lebensjahr hinaus danach hochfrequente lebenslange 24 h-Betreuung
- berufliche Perspektive im Rahmen einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Fördereinrichtung
- Einleitung einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz nach dem 18. Lebensjahr.

zin. Die Transition ins Erwachsenenalter nimmt dabei für FASD-Betroffene eine zentrale Rolle ein. Die Anerkennung einer Schwerbehinderung sollte obligat sein sowie in vielen Fällen Pflegestufe I und Anerkennung nach §45a und 45b SGB XI für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Das Problem ist die permanent notwendige Beaufsichtigung bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere bei Durchführung der Körperhygiene.

Zu sozialrechtlichen Aspekten wurde ein Gutachten im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten erstellt (Schindler, G.; Hoff-Emden, H. 2012)

Probleme zur Teilhabe versus Überförderung/Überforderung

- Menschen mit FASD gelingt oft nur mit viel Unterstützung der Schulabschluss, oft fehlt er oder ist unvollständig.
- Bei ihnen ist aufgrund der vorliegenden Grunderkrankung keine altersentsprechende Reifeentwicklung möglich.
- Der von der Arbeitsvermittlung unterstellte Erwachsenenstatus mit altersentsprechender Eigenständigkeit kann aufgrund der Beeinträchtigungen nicht geleistet werden.
- Es kommt daher oft zu Leistungseinbrüchen und zu Abbrüchen der Maßnahmen, oft mit stark ‚externalisiertem‘ Verhalten oder sozialem Rückzug.
- Als Komorbiditäten bestehen unter anderem Ängste, Depressionen, ein hohes Suchtpotential und expansive Störungen des

Sozialverhaltens mit Hyperaktivität.

- Es besteht die Gefahr der Überschätzung bei einigen Menschen mit FASD aufgrund einer oberflächlichen sprachlichen Gewandtheit.

Bei Menschen mit FASD ist die Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung oft stark eingeschränkt, sie erkennen deswegen häufig keine Gefahren und sind sehr stressanfällig. Sozialmedizinische Vorschläge und Tätigkeitsprofil zur beruflichen Förderung

- Reha-Beratung ist bei allen Menschen mit FASD erforderlich, auch ohne Förderschulbesuch.
- Eine berufliche Einstufung sollte aufgrund der leistungsmindernden hirnorganischen Erkrankung möglichst immer eine ‚Stufe‘ niedriger vorgenommen werden, als der Schulabschluss zulässt.
- Spezifische Berufsbildungswerke mit viel psychischer Stabilisierung und flexibler Stundenhandhabung sollten bevorzugt werden.
- Langzeitpraktika könnten eine gute Möglichkeit der Erprobung darstellen.
- Die Entwicklung von Arbeitsplätzen von maximal 6 Stunden täglich sowie eine hohe Fehlzeitentoleranz sind empfehlenswert.
- Oft ist eine 1:1-Betreuung bei einem Menschen mit FASD anfangs notwendig.
- Kleingruppenarbeit; kein Zeitdruck, „Übersetzung“ der Aufgabenstellung, Einüben stabiler Alltagsroutinen und automatisierter Abläufe sind dabei wichtig.

Fazit:

- Bezüglich der **Schulkarriere** muss ein Umdenken erfolgen. Vorrang sollte ein stark von Wiederholungen geprägtes praxisorientiertes Lernen haben und somit nicht das Erreichen des höchstmöglichen Schulabschlusses priorisiert werden.
- Diese Form des Lernens und die spezifischen Anforderungen müssen im Bereich Berufsbildung fortgesetzt werden. Aus diesem Grunde sollten rechtzeitig die Arbeitsagentur, die Reha-Berater und ihr medizinischer / psychologischer Dienst einbezogen werden. Denkbar wäre es, in Verbindung mit Trägern der Berufsbildung spezielle Assessments durchzuführen, um ein Leistungsprofil unter Realbedingungen zu erstellen.
- Die Einleitung einer **gesetzlichen Betreuung** nach dem Betreuungsgesetz sollte je nach Ausprägung der Symptomatik zum vollendeten 18. Lebensjahr beim zuständigen Betreuungsgerecht für die Bereiche Aufenthaltsbestimmungsrecht, Vertretung gegenüber Behörden, Gesundheitsvorsorge und Vermögenssorge eingeleitet werden.
- Die Auseinandersetzung mit der Behinderung ist ein permanenter Prozess im familiären Kontext und sollte langfristig therapeutisch begleitet werden und nicht erst im kritischen Abschnitt Pubertät/Adoleszenz begonnen werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Heike Hoff-Emden
Chefärztin

KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH
Neurologisches Rehabilitationszentrum für
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Am Haidberg 1
99755 Ellrich / OT Sülzhayn
Telefon 036332 81035
Fax 036332 81057
E-Mail: H.Hoff-Emden@kmg-kliniken.de
www.kmg-kliniken.de

Aktuelle Probleme und Lösungsansätze bei Sucht im Alter

T.-M. Ufer

Zusammenfassung

Sachsen liegt auf Platz 1 beim Altenquotienten der Bundesländer. Im Zuge der demografischen Entwicklung wird auch die Zahl älterer Menschen mit Suchtproblemen steigen. Dabei ist ab dem 6. Lebensjahrzehnt vor allem Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten und Alkohol von Bedeutung. Sucht im Alter ist in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung sowie in der Altenpflege bislang inadäquat zur Realität – das hat ganz unterschiedliche Gründe. Dazu gehören auch Schwierigkeiten, Symptome von Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit von anderen, altersbedingten Erkrankungen abzugrenzen.

Therapeutischer Nihilismus im Alter ist nicht gerechtfertigt, dagegen sprechen Ergebnisse bei gezielten Interventionen. Der Arzt hat als „gatekeeper“ die entscheidende Funktion für den Zugang zum Hilfesystem. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) fungieren als Kooperationspartner und verstehen sich als Koordinatoren im Suchthilfesystem. „WATCH“ – ein Bundesmodellprojekt – wird als ein Lösungsansatz zur besseren Versorgung suchtkranker alter Menschen vorgestellt.

Suchtprobleme im Alter – Demografischer Wandel

Welche Auswirkungen der weiter ansteigende Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft haben wird – das ist seit Jahren gesellschaftlicher Diskurs. Die Veränderungen sind inzwischen längst gesellschaftliche Realität geworden und werden aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und bewertet.

Laut einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 60-Jährigen bis 2030 um etwa 40 Prozent zunehmen. (DHS, 2012)

Sachsen lag bereits 2008 auf Platz 1 beim Altenquotienten der Bundesländer. (Statistische Ämter der Bundes und der Länder, 2011) Es gibt hier also deutschlandweit den höchsten Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen im Vergleich zur Altersgruppe der 20 bis 65-Jährigen. Mit den Worten der sächsischen Sozialministerin Frau Christine Clauß ausgedrückt, ist Sachsen der bundesweite „Alterspionier“. (sz-online, 2013)

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird auch die Zahl älterer Menschen mit Suchtproblemen steigen. Als bedeutsame chronische Erkrankungen im höheren Lebensalter werden vor allem Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen oder Demenz angesehen. Dagegen ist die wachsende Anzahl älterer Suchtkranker noch nicht lange im öffentlichen Fokus.

Wie viele Menschen im Alter haben ein Suchtproblem?

Theoretisch ist jede mögliche Suchtform auch im Alter vorfindlich, jedoch für die Praxis hat Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten und Alkohol nach dem 6. Lebensjahrzehnt (Renteneintrittsalter) eine herausragende Bedeutung. Dazu einige Beispiele in Zahlen:

Psychopharmaka:

- 1,7 bis 2,8 Millionen ältere Menschen (8 bis 13 Prozent der Generation 60 plus) weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf. Überwiegend betroffen sind Frauen. (Koepe, A., 2010),
- etwa 25 Prozent der über 70-Jährigen Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen erhalten Psychopharmaka. Im Vordergrund stehen die Benzodiazepin-Dauermedikationen. (Koepe, A., 2010)

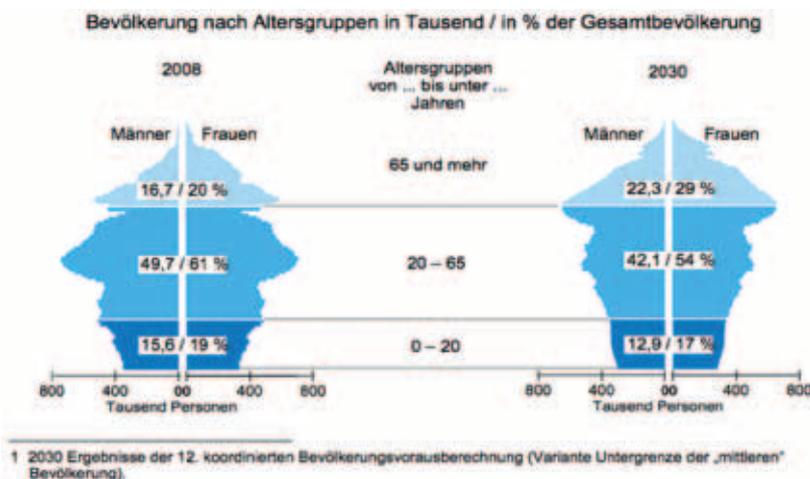
Alkohol:

- 400.000 Senioren (drei Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen über 60 Jahre) haben ein schwerwiegendes Alkoholproblem (Drogen- und Suchtbericht, 2011)
- 19,3 Prozent der Männer sind bei Eintritt ins Pflegeheim alkoholabhängig (RAUSCH 02/2010)

Zur aktuellen Lage von Patienten bzw. Bewohnern in ambulanten bzw. stationären Altenpflegeeinrichtungen sei an dieser Stelle auch auf eine repräsentative Erhebung der Universität Hamburg von 2009 verwiesen. (Download: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf)

Substanzabhängigkeit im Alter stellt somit keine Randerscheinung dar und ist nicht nur ein gesundheitspolitisches Problem, sondern wird sich auch zukünftig mehr und mehr zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem entwickeln, welches nicht nur ernst genommen werden muss, sondern auch herausfordert, wirkungsvolle Antworten zu suchen.

Es gibt mehrere Gründe dafür, dass trotz statistischer Hinweise auf eine drastische Entwicklung das Problem



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011

bislang nicht nur allgemein-gesellschaftlich, sondern auch nicht ausreichend von den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege wahrgenommen wurde. Dazu gehört zunächst ein allgemeiner Nihilismus, der grundsätzlich die Sinnhaftigkeit von therapeutischen Interventionen oder die Veränderungsbereitschaft bei Suchtproblemen im Alter in Frage stellt. Hier spielen auch Einstellungen und Wertungen eine Rolle wie: „Lasst ihn doch weitertrinken, er hat ja sonst nichts mehr vom Leben.“ oder eine pragmatische Kosten-Nutzen-Kalkulation.

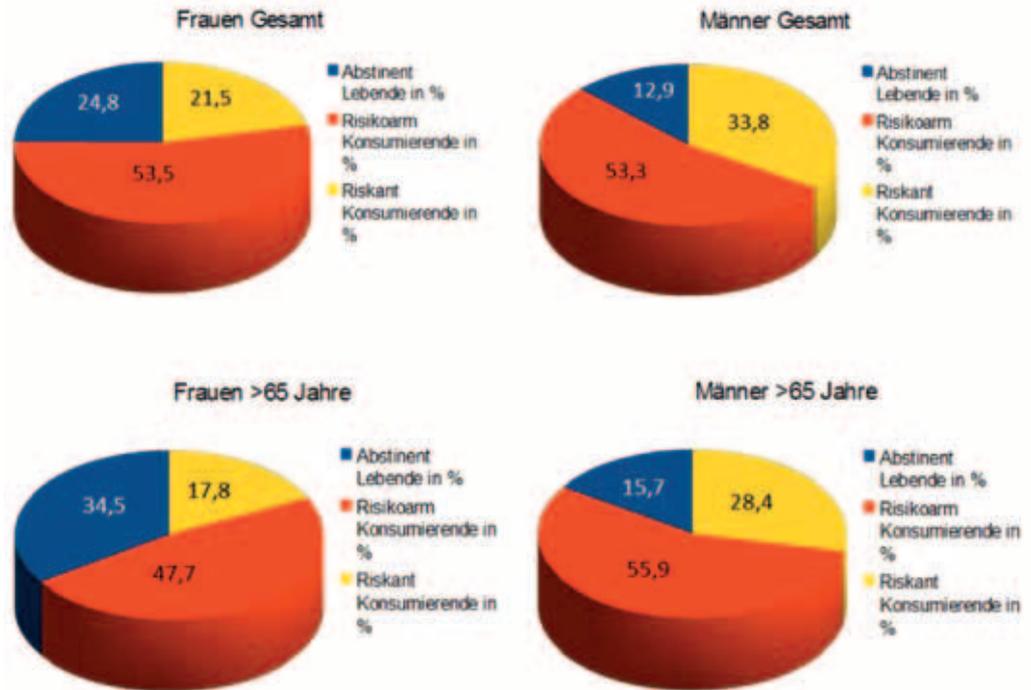
Nicht zu unterschätzen ist, dass es sich bei Sucht im Alter um ein emotional mit Scham besetztes Tabuthema handelt. Und das nicht nur bei den Betroffenen, sondern insbesondere bei deren Angehörigen. Im höheren Lebensalter gibt es erhebliche Schwierigkeiten differenzialdiagnostisch Medikamenten-, aber auch Alkoholabhängigkeit abzugrenzen.

Medikamentenabhängige

werden – wenn überhaupt – erst nach langer Zeit auffällig. Sie haben ja im Gegensatz zu Alkoholabhängigen keine „Fahne“. Kommt es doch durch eine Überdosierung zu Verhaltensauffälligkeiten, werden diese bei Älteren meist als Alterserscheinungen fehlgedeutet. Da es sich in der Regel um verordnete Medikamente handelt, ist es für die Betroffenen kaum vorstellbar, dass ihr Verhalten etwas mit Abhängigkeit oder gar Sucht zu tun haben könnte. Auch wenn es beim Absetzen der Medikamente zu Entzugssymptomen kommt, wird dies eher als Beweis dafür gesehen, dass die Betroffenen das Medikament wirklich brauchen, um beschwerdefrei sein zu können. (DHS, 2012). Treten folgende Symptome auf, sollte ein schädlicher Medikamentenkonsum in Betracht gezogen werden (nach DHS, 2012):

- wiederholte Stürze,
- nachlassende geistige Leistungsfähigkeit,
- Interesslosigkeit/Interessenverlust,
- Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen,

Alkoholkonsumklassen nach Alter und Geschlecht (nach DHS, 2012)



- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes,
- Ataxie/motorische Unsicherheit,
- verwaschene Sprache,
- Verwirrtheit/Desorientierung,
- Stimmungsschwankungen/Ängste,
- paradoxe Reaktionen wie gesteigerte Unruhe/Erregungszustände.

Alkoholfahne, Torkeln, lallende Aussprache, dazu viele leere Flaschen sind eindeutige Hinweise auf ein **Alkoholproblem**, aber im Alter nicht zwingend vorhanden. Auch bestehen bei älteren Menschen eher Anzeichen, die auch andere Gründe als eine Suchterkrankung haben können (DHS, 2012).

Oft finden sich anamnestisch eine Neigung zu Stürzen mit Prellungen, anhaltende Durchfälle, eine Fehlernährung, ferner Klagen über Nachlassen der Leistungsfähigkeit, über Merkfähigkeitsstörungen, Antriebs- und Interesslosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und mangelnde Körperhygiene (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006).

Das Erkennen einer Suchterkrankung wird auch dadurch erschwert, dass ältere Menschen ein nicht so auffälliges Konsummuster haben, wie jüngere Suchtkranke. Ihr Trinkverhalten

ist weniger exzessiv, sie trinken eher über den Tag verteilt, um einen Spiegel zu halten und konsumieren eher zu Hause im „Verborgenen“. Es gibt häufig versteckten Alkoholkonsum, der sich zum Beispiel in übermäßigem Gebrauch von Hustensäften und sogenannten Stärkungsmitteln zeigt, von Substanzen mit einem Alkoholgehalt von bis zu 80 Prozent (DHS, 2012).

Bei schlecht einstellbarem Bluthochdruck, Hyperurikämie oder instabilem Diabetes mellitus sollte der behandelnde Arzt auch immer einen Alkoholkonsum in Erwägung ziehen.

Suchtformen im Alter und deren Ursachen

Bei älteren Alkoholabhängigen wird gewöhnlich eine Unterscheidung nach dem Beginn der Erkrankung vorgenommen. Als „early-onset“ wird die Alkoholerkrankung bezeichnet, die seit dem jüngeren bis mittleren Lebensalter besteht und als „late-onset“ der Alkoholkonsum oder die Abhängigkeit, die erst mit dem höheren Lebensalter entstanden ist. Ursachen für diese späte Krankheitsentwicklung können nach langjährigem Berufsleben im plötzlichen Arbeitsplatzverlust, der Beren-

Übersicht zu Suchtformen im Alter

nach: Liberto & Oslin 1995, Lieb et al. 2008, Mann et al. 2003, Sorocco & Ferrell 2006

| | early onset (EOA) | late onset (LOA) |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Alter bei Beginn des Alkoholproblems | < 60 Jahre | 60 Jahre |
| Geschlecht | eher männlich | eher weiblich |
| Häufigkeit | 2/3 der Prävalenz | 1/3 der Prävalenz |
| Persönlichkeit | eher instabil | eher stabil |
| Wohnsituation | häufig wechselnd | eher konstant |
| soziales Netzwerk | häufig alleinstehend, geschieden | häufig fam. Bindung |
| sozioökonomischer Status | häufiger niedriger Status | häufiger höherer Status |
| Bildungsniveau | eher niedrig | eher höher |
| Konfliktverhalten | eher vermeidend | eher problemlösend |
| Probleme mit der Justiz | häufiger | selten |
| fam. Erfahrung mit Alkoholmissbrauch | häufig | selten |
| Intoxikationstage | häufig | seltener |
| Raucherstatus | meist Langzeitraucher | häufiger Nichtraucher |
| kognitive Beeinträchtigungen | eher ausgeprägt | eher gering |
| Therapieadhärenz und -prognose | mäßig | gut |

tung und dem damit einhergehenden Verlust von Anerkennung und sozialer Integration oder einer langfristigen Erkrankung beziehungsweise dem Verlust des Partners und der damit einhergehenden Vereinsamung liegen (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006).

Die meisten Betroffenen zählen zur Gruppe der „early-onset“, also jene bei denen meist schon seit vielen Jahren, oft Jahrzehnten eine Suchterkrankung besteht (DHS, 2012). Bedeutsam ist auch die Gruppe der Abhängigkeitskranken im höheren Lebensalter, die langjährig abstinent gelebt haben und aufgrund der altersbedingten Belastungen rückfällig geworden sind.

Sucht im Alter – Was tun?

Wird eine Suchterkrankung bei einem alten Menschen erkannt, reagiert die Umgebung des Betroffenen eher skeptisch gegenüber den Chancen therapeutischer Interventionen. Zu wenige der in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung befindlichen Patienten werden zu einer Behandlung motiviert. Auch sind spezielle Behandlungsangebote für ältere Suchtkranke im Bereich der Akutmedizin und der Rehabilitation noch viel zu selten, da sich das deutsche Suchthilfesystem vorwiegend auf jüngere Menschen konzentriert, die noch im

Arbeitsprozess stehen. Es ist häufig auch eine gewisse Resignation bei Angehörigen und Hausärzten anzutreffen, ob sich denn angesichts der verbleibenden Lebenszeit noch eine Behandlung lohne (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006). Ein Vorurteil ist beispielsweise, dass ältere Menschen nicht mehr zur Verhaltensänderung fähig bzw. bereit sind. Dies widerlegen die guten Erfolgsquoten bei denen, die Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen. Die Stärken der älteren Menschen liegen oft darin, dass sie eine hohe Bereitschaft haben, ärztliche und therapeutische Anweisungen einzuhalten, ein hohes Pflichtgefühl und Loyalität besitzen, was sehr hilfreich auf dem Weg zur persönlichen Veränderung ist. Ebenso falsch ist auch die Annahme, dass eine Veränderung bei den Trinkgewohnheiten sich nicht mehr lohne. Oftmals stellt sich bei einer Reduzierung oder dem kompletten Verzicht auf Alkohol eine baldige Verbesserung des Wohlbefindens und der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit ein (DHS, 2012). Studien haben gezeigt, dass eine Entwöhnungstherapie oder Beratung bei älteren Menschen mindestens genauso erfolgreich ist wie bei jüngeren. Es ist auch unbestritten, dass eine Psychotherapie bei älteren Menschen sinnvoll und möglich ist (DHS, 2013) – Es lohnt sich doch!

Eine entscheidende Rolle kommt dem behandelnden Arzt in der Praxis oder im Allgemeinkrankenhaus zu. Und das sowohl in der Prävention, Verschreibungspraxis und Information, wie auch im Erstkontakt als „Türöffner“ zum Hilfesystem. „Ärzte in Praxen und Krankenhäusern haben eine gatekeeper (Torhüter)- und Brückenfunktion für die anderen Teile des Hilfesystems. Ihnen kommt die Funktion zu, Substanzprobleme möglichst frühzeitig zu erkennen und – wo erforderlich – vertieft zu diagnostizieren, eine qualifizierte Kurzintervention anzubieten und Patienten – bei Bedarf – in die Spezialversorgung weiterzuvermitteln“ (Wienberg, G., 2002) – siehe „Viadukt“ der Suchthilfe.

Wie können Medikamentenprobleme angesprochen werden?

Da viele ältere Menschen an Nebenwirkungen der Medikamente leiden, kann ein Ansatz des Zugangs zum Thema über Informationen eines sinnvollen Medikamentengebrauches und mögliche Nebenwirkungen sein, wofür ältere Menschen in der Regel sehr dankbar sind.

Zunächst kann man sich diesem Thema auch mit einer Bestandsaufnahme der derzeit eingenommenen (verordneten und freiverkäuflich erworbenen) Arzneimittel nähern. Hierfür kann ein Übersichtsblatt zur Medikamenteneinnahme hilfreich sein. Eine weitere Möglichkeit ist ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch.

Für die Medikamentenverordnung und Überprüfung ist die PRISCUS-Liste für die Praxis eine hilfreiche Handreichung. Sie ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitete Liste von Arzneimitteln, die sich als potenziell inadäquat für ältere Menschen erwiesen haben – ergänzt um Therapie-Alternativen und Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll (DHS, 2013). Diese Liste gibt es auch im praktischen A4-Format für den Schreibtisch (http://www.aok.de/assets/media/rheinland-pfalz-saarland/priscus-liste_fuer_den_Schreibtisch.pdf). Die Bundesärztekammer hat einen Leitfaden

„Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ zum Umgang mit Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial herausgegeben. Diesen gibt es bei der Bundesärztekammer als download beziehungsweise kann als Printversion über den Deutschen Ärzte-Verlag bezogen werden. Er beinhaltet auch Kopiervorlagen für Medikamentenübersichten und Fragebögen. Zu diesem Leitfaden gibt es eine Kurzinformation, diese ist ebenfalls im praktischen A4-Format erhältlich. Darin wird auf Folgendes eingegangen: Typische Beschwerdebilder; Hinweise fürs Patientengespräch; Medikamentenanamnese; Überprüfung des Verschreibungsverhaltens; Hinweise zum Entzug von Medikamenten mit Suchtpotenzial; Durchführung des Entzugs (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MedikamentenabhaengigkeitMerkblatt.pdf>).

Als Informationsmaterialien für die Patienten und ihre Angehörigen eignen sich verschiedene Broschüren der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), die dort kostenlos bestellt werden können. Hier sind viele praktische Hinweise, Kurzfragebögen und Hilfsmittel zur Erfassung des Medikamentenkonsums zu finden.

Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es bei Alkoholproblemen?

Auch bei Alkoholproblemen, insbesondere im Alter, hat der Arzt die Funktion des bereits beschriebenen „gatekeepers“. So kann er in einem Gespräch über risikoarmen Konsum sogleich prophylaktisch seine älteren Patienten erreichen. Nach Geyer, D. (2012) sollte auf folgende Punkte hingewiesen werden:

- Anpassung der Trinkmengen an das Alter,
- mindestens drei trinkfreie Tage pro Woche,
- Punktabstinenz (zu Zeiten, in denen ein Alkoholkonsum nicht angemessen ist, zum Beispiel beim Führen eines Kraftfahrzeuges oder beim Bedienen von Maschinen etc.),
- kein oder weniger Alkohol bei gleichzeitiger Einnahme bestimmter Medikamenten,

- Abstinenz oder Reduzierung der Trinkhäufigkeit und Trinkmenge bei bestimmten, Erkrankungen,
- keine alkoholischen Getränke im Flugzeug.

Speziell für ältere Menschen wurde ein weiterer Fragebogen zum Alkoholkonsum und daraus folgenden eventuellen Problemen entwickelt, der sogenannte Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric. Diesen gibt es als Kurzversion mit zehn Fragen und als Version mit 24 Fragen. (DHS, 2012) Weiterhin können folgende Screening-Tests zur Ermittlung einer Alkoholproblematik angewendet werden:

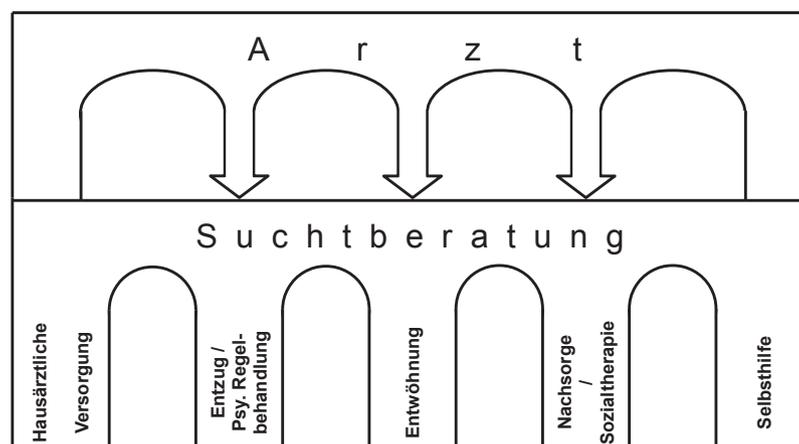
- LAST: Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test
www.alkoholismus-hilfe.de/last-alkohol.html
- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
www.bundesaerztekammer.de/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf

Ein erster Zugang zum Suchthilfesystem kann auch die **Krankenhausprechstunde** sein, die durch einige **Suchtberatungs- und Behandlungsstellen** in Allgemeinkrankenhäusern angeboten wird. Die MitarbeiterInnen unserer eigenen Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Zittau haben die Erfahrung gemacht, dass gerade ältere Menschen davon Gebrauch machen und auch nach der Entlassung weitere Hilfsangebote annehmen. Dass wir als Beratungsstelle beispielsweise mit der

Erreichbarkeit der über 65-Jährigen alkoholkranken Menschen (5,6 Prozent) über dem sächsischen Durchschnitt (2,6 Prozent) liegen, hat aus unserer Sicht viel mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme im Rahmen der Krankenhausprechstunde zu tun. Je nach Ausprägung des Alkoholproblems oder der Abhängigkeit sind auch bei älteren Menschen individuell differenzierte Wege in der Suchtberatung und -behandlung zu gehen. In Sachsen haben wir ein gut ausgebautes Versorgungsnetz mit Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, die als Ansprechpartner zum Thema Sucht und zunehmend auch zum Thema Sucht im Alter zur Verfügung stehen. Sie verstehen sich als Koordinatoren im Suchthilfesystem. Unter anderem stehen sie auch zur Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen zur Verfügung. Im Sinne der Patienten ist es wünschenswert, dass bei Suchterkrankungen eine enge Kooperation zwischen Suchtberatungsstelle und behandelndem Arzt besteht.

Für die älteren Abhängigkeitskranken, bei denen ambulante Interventionsmöglichkeiten, eine Entzugsbehandlung und Angebote der Selbsthilfe nicht mehr ausreichen, sollte die Behandlung in einer stationären Entwöhnungsbehandlung mit einem speziellen Konzept für ältere Suchtkranke in Betracht gezogen werden. Die Behandlungsziele berücksichtigen wie bei jüngeren Suchtkranken die individuell konkrete psychosoziale Situation. Sie können allgemeine Ziele, wie strukturiertes Tages- und

„Viadukt“ der Suchthilfe





Wochenprogramm und kompetentes Auftreten in sozialen Situationen einschließen. Wichtig ist oftmals auch eine alternative Angstbewältigung. Im Gegensatz zum jungen Suchtkranken sind für den alten Menschen der Erhalt seiner Gesundheit und die Wiederherstellung des Kontaktes zur Familie vorrangig lohnende Ziele.

Anlässe, warum sich ältere Menschen in Therapie begeben haben, waren laut einer klinikinternen Befragung der Fachklinik Fredeburg, die ein spezielles Angebot für diese Patientengruppe seit vielen Jahren hat, vor allem folgende (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006):

Auf Druck der Kinder oder Enkelkinder gekommen zu sein gaben etwa 50 Prozent als Grund an – mitunter ist es die direkte Art der Enkelkinder, die sagen „Opa Du stinkst“ welche die Bereitschaft Hilfe anzunehmen weckt beziehungsweise die klare Ansprache des Problems durch die Kinder oder auch die klare Ansage, den Zugang zu den Enkeln zu verwehren, wenn sich nichts verändert. Etwa ein Drittel gab gesundheitliche Gründe und die Empfehlung des Hausarztes als Grund an.

Im Anschluss an Behandlungen oder auch begleitend sind Selbsthilfegruppen für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine wesentliche Stütze zur Krankheitsbewältigung und der Abstinenz. Die Angebote der sächsischen Suchtselbsthilfe werden auch von älteren Menschen gern genutzt. 25 Prozent der Besucher sind über 60 Jahre alt.

Ein Verzeichnis der sächsischen Selbsthilfegruppen können Sie sich

bei der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren herunterladen (http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Suchthilfe/Wege_aus_der_Sucht_2012.pdf).

In der ambulanten und stationären Altenhilfe sind es in der Regel die Pflegenden, die Probleme und Beschwerden der Patienten zuerst wahrnehmen. Dass sich möglicherweise eine Suchterkrankung hinter diesen Veränderungen verbergen kann und demzufolge adäquate Maßnahmen getroffen werden sollten, dazu fehlt es bisher dem Personal weitestgehend an der notwendigen fachlichen Qualifikation.

Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Suchterkrankungen einstellen können, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits 2009 mit der Förderung von acht **Modellprojekten zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“** begonnen. Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu steigern. Hierfür soll in den Modellprojekten eine strukturierte Zusammenarbeit beider Bereiche gefördert werden, bei der es zu einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften kommt. So werden zum einen bedarfsgerechte gemeinsame Fortbildungen für die Fachkräfte, zum anderen Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt (Drogen- und Suchtbericht, 2013).

Eines der Bundesmodellprojekte findet im sächsischen Landkreis Görlitz statt, dass hier näher vorgestellt wird (siehe auch Drogen- und Suchtbericht, 2013).

WATCH ist ein gemeinsames Projekt der Sucht- und Altenhilfe. Die Projektpartner sind die Diakonie Löbau-Zittau mit einer Altenpflegeeinrichtung, die Diakonische Akademie für Fort- und Weiterbildung in Moritzburg und der come back e.V. mit einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke sowie einer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle.

Das Projekt konzentriert sich stark auf die Konzeption und Etablierung eines flächendeckenden Weiterbildungsangebots im mitteldeutschen Raum. Fachkräfte der Sucht- und Altenhilfe erarbeiten in gemeinsamen Seminaren zum Tabuthema „Sucht im Alter“ Lösungsansätze, die vor allem in regionalen Netzwerken umsetzbar sind. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf den Pflegealltag in der stationären Altenhilfe und die Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten.

Es wurden dafür drei Seminartypen konzipiert, um unterschiedliche Zielgruppen für das Thema zu sensibilisieren:

Das Führungskräfteseminar spricht vor allem leitende Mitarbeiter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an, geht auf strukturelle und organisatorische Probleme ein und vermittelt Qualifizierungsmaßnahmen. Neben allgemeinen Informationen zum Schwerpunkt Sucht im Alter werden Möglichkeiten der Kooperation zwischen den Hilfesystemen thematisiert und ethische und rechtliche Aspekte diskutiert. Des Weiteren wird der Umgang mit suchtgefährdeten oder auch betroffenen Mitarbeitern angesprochen und sich über die Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken ausgetauscht.

Das Basisseminar kann grundsätzlich für alle Mitarbeiter einer Einrichtung (inklusive Haus- und Reinigungspersonal) angeboten werden und vermittelt grundlegendes Wissen zum Thema. Damit dieses Basisseminar

möglichst sachsenweit Anwendung findet, werden Mitarbeitende der sächsischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen geschult, in ihren Regionen gemeinsam mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe dieses Basis-Seminar durchzuführen.

Das Aufbauseminar ist eine inhaltliche Weiterführung des Basisseminars und spricht Mitarbeiter an, die sich intensiver mit akuten Problemsituationen und deren Bewältigung beschäftigen. Ziel ist es, den Mitarbeitenden der Einrichtungen Strategien und Handlungsmöglichkeiten für emotional besonders schwierige Situationen aufzuzeigen und die Möglichkeiten und Grenzen des Helfers zu bestimmen. Inhaltliche Schwerpunkte sind dabei: Co-Abhängigkeit, Arbeit mit Angehörigen,

Umgang mit Rückfällen, Möglichkeiten und Grenzen des Pflegenden und Übungen zur Gesprächsführung. Weiterhin wurden gemeinsam mit den anderen Bundesmodellprojekten ein Curriculum zum Thema Sucht im Alter für die Ausbildung an Altenpflegeschulen erstellt und Handlungsanleitungen zum Thema Sucht für die tägliche Arbeit in der Pflege entwickelt. Zudem sollen diese handlungskonkreten Unterstützungsangebote in den Qualitätsmanagementsystemen der Einrichtungen etabliert werden.

Auf unserer Internetseite www.projekt-watch.info finden Sie Aktuelles aus unserem Projektverlauf, Interessantes rund um das Thema Sucht im Alter sowie ein Forum für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte.

Ganz aktuell haben wir eine Rubrik Praxiswissen eingeführt, hier können neue Informationen und Hilfsmittel zum Thema Sucht im Alter heruntergeladen werden.

Angesichts der anstehenden gesellschaftlichen Veränderungen, bei knapper werdenden Ressourcen, ist die angestrebte Verbesserung der Versorgung älterer suchtkranker Menschen nur interdisziplinär in partnerschaftlicher Kooperation lösbar. Die Funktion des „gatekeepers“ bleibt dabei unbestritten dem Hausarzt vorbehalten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Torsten-Michael Ufer
Geschäftsführender Vorstand –
Therapeutischer Bereich
come back e.V. – Sozialtherapeutische
Wohnstätte für CMA
Friedensstraße 35 b, 02763 Zittau

Arthotec forte

Offener Brief an die Prüfstelle der Ärzte und Kassen

Sehr geehrte Damen und Herren, ich habe Ihr Schreiben erhalten und akzeptiere den Bescheid vom 05.04.2013, aber nur weil...

1. Sie mir mit Ihrem 6-seitigen Bescheid bereits klar dargelegt haben, dass ein Widerspruch ohnehin keine Chance auf Erfolg hat...

2. Sie gegen mich entschieden haben, obwohl ich a) individuelle, patientenspezifische Argumente ausführlich dargelegt habe (unter anderem dass die betroffenen Patienten andere Medikament nicht vertragen haben oder diese schlechter wirkten, ich b) bei weniger als 1 % aller mit Analgetika behandelten Patienten dieses Medikament verordnet habe, c) weder meine Praxissoftware noch Apotheken einen Verordnungsausschluss für Arthotec forte anzeigten, d) mehr als 500 weitere Regressanträge allein wegen Arthotec laufen oder wirksam wurden (was klar für mangelnde Information durch die Kassen und KV spricht) e) die AOK den Regressantrag erst nach Monaten der Weiterverordnung des Medikamentes stellte und f) dass eine Ersatztherapie teurer ist...

3. Sie und die AOK nur mit standardisierten, fertigen Gesetzestexten und Schriftsätzen argumentieren und für patientenspezifische bzw. Sachargumente nicht zugänglich sind...

4. eine rückwirkende Be- und Verurteilung erfolgt, die AOK mich nie informierte und ich nie die Chance hatte meine Verordnung zu korrigieren (und somit auch Folgegressanträge wirksam werden)...

5. die Prüfstelle bei Regressanträgen zu Arthotec forte nach meiner Information noch nie zu Gunsten eines Arztes entschieden hat...

Ihr Bescheid auf Antrag der AOK erzeugt jedoch wirklichen Schaden...

1. finanziell a) für die AOK, weil die Ersatzverordnungen teurer sind als Arthotec forte! b) für mich – einschließlich der noch folgenden Regresse – mehrere tausend Euro!

2. gesundheitlich – weil die behandelten Patienten (entgegen den von Ihnen ins Feld geführten Studien) mit den Ersatzpräparaten eben keine gleichartige Wirkung und mehr Nebenwirkungen haben!

3. an ärztlichen Vertrauen gegenüber dem System, Prüfstellen, Kassen, Politik und unseren Landesvertretungen, die uns in diesem überbürokratischen, unübersichtlichen und komplizierten System nicht vor Regressen schützt!

4. an Patientenvertrauen gegenüber allen Beteiligten des Gesundheitssystems, weil sie zurecht nicht verstehen, dass eine individuell bewährte, gute und wirksame Therapie durch eine teurere, weniger wirksame und/oder nebenwirkungsreichere ersetzt werden muss!

5. ich meine Konsequenzen ziehe, Patienten, Angehörige und Kollegen über den durchgesetzten Regress informiere und meine Kooperation, insbesondere gegenüber der AOK einschränke!

6. man erkennt, dass die Aussage des Bundesgesundheitsministers „Beratung vor Regress“ eine unrealistische und leere Phrase ist!

7. Sie, KV, Kassen und Politik durch diese Regresse weiterhin junge Ärzte verschrecken, sich als Kassenarzt niederzulassen!

Sicher gibt es Schlimmeres und der Regress ruiniert mich nicht. Es geht hier um das Prinzip und wie Sie mit den Leistungserbringern umgehen. Ich entstamme einer großen Ärztefamilie. Mein Sohn (15) reagiert auf die Frage, ob er meine Praxis übernehmen möchte... „ich bin doch nicht blöd...!“

Mit frustrierten Grüßen

Michael Höhne, Fraureuth

Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrich Schenker



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrich Schenker

Am 5. Mai 2013 verstarb nach langer schwerer und mit Geduld getragener Krankheit kurz vor Vollendung seines 75. Lebensjahres Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrich Schenker.

Geboren wurde Priv.-Doz. Dr. Ulrich Schenker am 26. Juni 1938 in Des-sau. Er wuchs in Roßlau auf, besuchte die Grund- und Oberschule und er legte auch hier 1957 sein Abitur ab.

Der Wunsch, Medizin zu studieren, erfüllte sich und das Medizinstudium absolvierte er an der Karl-Marx-Universität in Leipzig. Das Staatsexamen legte er 1965 mit der Note „Sehr gut“ ab.

Im gleichen Jahr konnte er seine Doktorarbeit zum Thema „Metastasen und Rezidive beim Magenkarzinom“ verteidigen. Die Facharztweiterbildung absolvierte er an der Klinik für Chirurgie der Leipziger Universität von 1966 bis 1970. Nach der Facharztweiterbildung war er im Fachgebiet Gastroenterologie tätig. Er prägte das Fachgebiet in den Jahren seiner Tätigkeit als Facharzt und Stationsarzt in den folgenden Jahren entscheidend mit. 1984 konnte er seine Habilitationsarbeit zum Thema „Milztransposition bei portaler Hypertension“ mit Erfolg verteidigen und die Verleihung der *Facultas docendi* erfolgte noch im gleichen Jahr. Von 1984 bis 1985 war er als Hochschul-lehrer für das Fachgebiet in Äthiopien tätig. Er leitete als Chefarzt das Chirurgische Department im „Gondar college of medical sciences“. Nach Rückkehr aus Äthiopien erfolgte die Ernennung zum Oberarzt an der Chirurgischen Klinik der Universität Leipzig. Priv.-Doz. Dr. Ulrich Schenker wurde die Leitung der Abteilung Kolorektalchirurgie übertragen. Ab 1993 war er als leitender Oberarzt in der Klinik II der Klinik für Abdominalchirurgie tätig.

Einem Ruf als Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Parkkrankenhauses in Leipzig-Dösen folgend, arbeitete er dort von 1993 bis in das Jahr 2002 mit großem Erfolg. Sein Verdienst war es, dass dieses Krankenhaus die Anerkennung als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig erhielt.

Auch noch im Ruhestand war er als Lehrbeauftragter in verschiedenen Schwesternschulen Leipzigs im Fachgebiet Chirurgie engagiert tätig.

So zielgerichtet wie sein beruflicher Werdegang, war auch seine wissenschaftliche Arbeit mit über 150 Publikationen und Vorträgen im In- und Ausland. Er übernahm die organisatorische Leitung zahlreicher wissenschaftlicher Symposien von 1987 bis 1990 und auch der Jahrestagungen der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Chirurgie zu Leipzig von 1975 bis 1990. Mit zahlreichen Vorlesungen war er in der studentischen Ausbildung und in der Facharztweiterbildung beteiligt. Er betreute zahlreiche Diplomarbeiten und später viele Doktorarbeiten.

Seine qualifizierte ärztliche Tätigkeit und auch die Beratung seiner Kollegen sowie seine ständige Hilfsbereitschaft machen ihn für uns unvergesslich.

Im April 2009 ereilte ihn eine schwere Krankheit, die ihn stark beeinträchtigte. Immer auf Genesung hoffend, pflegte ihn seine liebe Ehefrau aufopferungsvoll bis zur letzten Stunde.

Seiner Frau und seinen Kindern gilt unser tief empfundenes Mitgefühl. Wir werden Priv.-Doz. Dr. Ulrich Schenker immer in guter Erinnerung als einen hervorragenden Arzt und Kollegen behalten.

Dr. med. Josef Baumann
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe



**Sächsische
Landesärztekammer**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Informationen Vorträge Konzerte Ausstellungen
Besuchen Sie uns auf der Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.
Termine und Informationen unter www.slaek.de oder bei Facebook.

Unsere Jubilare im Oktober 2013 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 04.10. Dr. med. Gerisch, Holm
01689 Weinböhla
- 07.10. Dipl.-Med. Pissang, Renate
02827 Görlitz
- 08.10. Dr. med. Reitmann, Ulrike
04157 Leipzig
- 08.10. Dipl.-Med. Wrobel, Barbara
04425 Taucha
- 12.10. Prof. Dr. med. habil.
Rodloff, Arne
04451 Panitzsch
- 13.10. Dr. med.
Wachsmuth, Christa
06258 Schkopau
- 14.10. Dr. med. Luckner, Edda
09243 Niederfrohna
- 15.10. Dipl.-Med. Kreische, Birgit
01917 Kamenz
- 15.10. Dr. med. Roy, Silvia
02826 Görlitz
- 15.10. Dipl.-Med. Ziegler, Marion
01309 Dresden
- 23.10. Prof. Dr. med.
Wiedemann, Peter
04229 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Hellberg, Steffen
01640 Coswig
- 27.10. Dr. med. Wandt, Ulrich
09474 Walthersdorf
- 28.10. Dipl.-Med. Reichelt, Monika
01109 Dresden
- 30.10. Dr. med. Schönert, Matthias
04347 Leipzig

65 Jahre

- 02.10. Dr. med. Kriesche, Christine
09244 Lichtenau
- 07.10. Becker, Andreas
04319 Leipzig
- 08.10. Wanka, Birgit
08064 Zwickau
- 12.10. Dipl.-Med. Kölbl, Klaus
09405 Zschopau
- 19.10. Dr. med. Kascherus, Jürgen
01833 Langenwolmsdorf
- 21.10. Dederer, Olga
01069 Dresden
- 21.10. Dipl.-Med.
Weihermüller, Claudia
08468 Reichenbach
- 23.10. Dr. med. Gneupel, Ulrich
08523 Plauen
- 23.10. Mandfeld, Detlef
02953 Gablenz
- 25.10. Dipl.-Med. Bauer, Adelheid
01277 Dresden
- 25.10. Dipl.-Med. Müller, Gabriele
01723 Kesselsdorf

- 26.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Zenker, Hans-Joachim
01309 Dresden
- 27.10. Pusch, Ingrid
01069 Dresden
- 29.10. Dr. med. Klaus, Hannelore
01796 Pirna

70 Jahre

- 01.10. Dr. med. Brandt, Rolf
02829 Markersdorf
- 02.10. Dr. med. Freude, Wolfgang
01844 Neustadt
- 02.10. Dr. med. Schneider, Elke
09125 Chemnitz
- 02.10. Vrecar, Beate
08228 Rodewisch
- 03.10. MUDr. Ponesicky,
PhDr. Ph.D., Jan
01816 Bad Gottleuba
- 06.10. Dr. med.
Protzmann, Barbara
01640 Coswig-Sörnewitz
- 07.10. Dr. med. Strauß, Angelika
04277 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Tröger, Günter
08328 Stützengrün
- 08.10. Kaminski, Gert
04720 Döbeln
- 08.10. Dr. med. Rädler, Anna
04179 Leipzig
- 09.10. Dr. med.
Wild, Hans-Christoph
01069 Dresden
- 10.10. Dr. med. Becker, Gisela
04509 Delitzsch
- 10.10. Dr. med. Männel, Holger
08645 Bad Elster
- 10.10. Dr. med. univ. Neuber, Helga
09128 Chemnitz
- 12.10. Dr. med. Ebersbach, Werner
09306 Rochlitz
- 13.10. Dipl.-Med. Paufler, Gertrud
08280 Aue
- 13.10. Dipl.-Med. Schreiber, Christa
01662 Meißen
- 14.10. Dr. med. Krasselt, Johannes
09648 Altmittweida
- 15.10. Dr. med. Bunde, Sabine
08239 Bergen
- 16.10. Dr. med. Engelhardt, Gisela
04288 Leipzig
- 16.10. Dr. med. Höfs, Monika
02943 Weißwasser
- 16.10. Kummer, Waltraud
01099 Dresden
- 17.10. doctor medicinae universae/
Medizinische Universität
Budapest Lenk, Siegfried
01561 Schönfeld
- 18.10. Dr. med. König, Elke
04229 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Kupke, Ursula
09114 Chemnitz

- 18.10. Dr. med. Marx, Frigga
01129 Dresden
- 18.10. Dr. med.
Rosenkranz, Hannelore
01454 Wachau
- 18.10. Dr. med. Selle, Barbara
04451 Borsdorf
- 20.10. Goldscheidt, Erika
01307 Dresden
- 20.10. Dr. med. Irmischer, Heide
08371 Glauchau
- 21.10. Dr. med. Mihan, Gisela
02747 Herrnhut
- 21.10. Weise, Marion
04356 Leipzig
- 22.10. Dr. med. Purath, Wilfried
01129 Dresden
- 24.10. Dr. med. Al-Zand, Khalil
09241 Mühlau
- 24.10. Dr. med. Flohrer, Manuel
04442 Zwenkau
- 24.10. Dr. med. Kitzler, Heinz
01705 Freital
- 25.10. Dr. med. Löbl, Heinz
01833 Stolpen
- 25.10. Schulze, Wilfried
02681 Kirschau
- 25.10. Dr. med.
Schwittay, Eberhard
04571 Rötha
- 26.10. Prof. Dr. med. habil.
Wagner, Armin
04275 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Müller, Hagen
01855 Sebnitz
- 28.10. Dr. med. Friedrich, Sigrid
01734 Rabenau
- 28.10. Prof. Dr. med. habil.
Schneider, Dietmar
04105 Leipzig
- 29.10. Dr. med. Kaltschmidt, Gitta
02977 Hoyerswerda
- 30.10. Prof. Dr. med. habil.
Weller, Joachim
01728 Bannewitz
- 31.10. Hierse, Bernd
04229 Leipzig
- 31.10. Prof. Dr. med. habil.
Spaniel-Borowski, Katharina
04277 Leipzig

75 Jahre

- 03.10. Dr. med. Schmole, Gerhard
04159 Leipzig
- 05.10. Dr. med. Nistel, Wolf-Dieter
09130 Chemnitz
- 07.10. Prof. Dr. sc. med. Wild, Lina
04109 Leipzig
- 07.10. Wysujack, Edith
01445 Radebeul
- 08.10. Dr. med. Bachmann, Klaus
09243 Niederfrohna
- 08.10. Dr. med. Binder, Erika
04178 Leipzig

- 08.10. Dr. med. Hüttner, Christel
09603 Großschirma
- 10.10. Dr. med. Greiner, Christel
04129 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Sopke, Edith
08645 Bad Elster
- 10.10. Zetzsche, Ingeborg
09430 Drebach
- 11.10. Dr. med. Handel, Jürgen
01445 Radebeul
- 12.10. Dr. med. habil.
Müller, Christa
04277 Leipzig
- 18.10. Henschel, Wilfried
09125 Chemnitz
- 20.10. Dr. med. Kittlick, Jutta
04279 Leipzig
- 23.10. Leschke, Sieglinde
04720 Mochau
- 23.10. Dr. med. Murad, Hassan
08280 Aue
- 24.10. Dr. med. Doernbrack, Rolf
02826 Görlitz
- 24.10. Dr. med.
Lommatzsch, Irmgard
04178 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Oder, Dorothea
08523 Plauen
- 29.10. Drahonovsky, Renate
02929 Rothenburg
- 30.10. Dr. med.
Kretzschmar, Gertraude
01156 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.10. Dr. med. Audersch, Horst
04105 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Müller, Hermann
09131 Chemnitz
- 02.10. Dr. med. Scharfe, Erika
04838 Eilenburg
- 02.10. Dr. med. Unger, Gisela
01109 Dresden
- 05.10. Dr. med. Lenk, Sigrid
01279 Dresden
- 10.10. Dr. sc. med. Havelka, Jan
04107 Leipzig
- 10.10. Lehmann, Annemarie
04683 Naunhof
- 10.10. Dr. med. Wolf, Christine
04279 Leipzig
- 10.10. Dr. med.
Wünsche, Annemarie
01257 Dresden
- 12.10. Dr. med. Göhre, Hartmut
08258 Markneukirchen
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.
Köhler, Klaus
01326 Dresden
- 13.10. Neubert, Dieter
01844 Neustadt
- 14.10. Dr. med.
Weinrich, Reinhilde
04107 Leipzig
- 15.10. Dr. med. Oelsner, Irene
04107 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Grosser, Helmut
09120 Chemnitz
- 24.10. Dr. med. Mohnke, Evemaria
04347 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Mehlhorn, Roland
08321 Zschorlau
- 29.10. Prof. Dr. med. habil.
Waurick, Siegfried
04668 Großbothen
- 30.10. Bickhardt, Gertraut
01157 Dresden
- 81 Jahre**
- 06.10. Dr. med. Grethe, Hanno
09465 Sehmatal-Sehma
- 07.10. Nötzold, Heidi
02977 Hoyerswerda
- 15.10. Dr. med.
Pfefferkorn, Renate
09228 Wittgensdorf b.
Chemnitz
- 16.10. Dr. med. Bräuer, Ingrid
04275 Leipzig
- 31.10. Dr. med. Schmidt, Alfred
08349 Johannegeorgenstadt
- 82 Jahre**
- 07.10. Dr. med. Riemer, Gert
04158 Leipzig
- 09.10. Dr. med.
Schöneich, Annemarie
01326 Dresden
- 14.10. Dr. med. Uhlmann, Christa
01309 Dresden
- 23.10. Dr. med. Kirmse, Hans
08349 Erlabrunn
- 23.10. Dr. med. Wendler, Gottfried
08485 Lengenfeld
- 31.10. Dr. med. Hiltner, Regina
04416 Markkleeberg
- 83 Jahre**
- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter
01219 Dresden
- 84 Jahre**
- 24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig
- 85 Jahre**
- 19.10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
- 86 Jahre**
- 01.10. Wiehe, Barbara
09430 Drebach
- 03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
- 11.10. Dr. med. Baudrexl, Alfred
01445 Radebeul
- 26.10. Donev, Dimitar
02943 Weißwasser
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg
- 87 Jahre**
- 18.10. Dr. med.
Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
- 21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04316 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04155 Leipzig
- 22.10. Dr. med.
Schumann, Alexander
08396 Oberwiera
- 26.10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Sehmatal OT Neudorf
- 89 Jahre**
- 07.10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig
- 90 Jahre**
- 04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Schieck, Ilse
04277 Leipzig
- 91 Jahre**
- 22.10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig
- 92 Jahre**
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch
- 93 Jahre**
- 23.10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ unter der Telefon-Nr.: 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.

Laudatio für Prof. Dr. sc. med. Horst Leitsmann



Prof. Dr. sc. med. Horst Leitsmann

Am 30.6.2013 beendete Prof. Dr. sc. med. Horst Leitsmann seine 50-jährige berufliche Tätigkeit im Dienste seiner Patientinnen.

Prof. Dr. Leitsmann wurde am 7.10.1939 in Großbröhmsdorf/OL geboren.

Von 1945 bis 1953 besuchte er dort die Grundschule, anschließend die Oberschule in Kamenz bis zum Abitur 1957.

Er studierte von 1957 bis 1963 Humanmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig und der Medizinischen Akademie Dresden, wo er auch 1964 den Titel Dr. med. (über Lungenbefunde bei Leukosen) erwarb.

Nach einer Zeit als Assistenzarzt im Bergmanns Krankenhaus Klettwitz von 1963 bis 1965 war er bis 1983 an der Universitätsfrauenklinik Leipzig tätig. Nach seiner Anerkennung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahre 1969 arbeitete er als leitender Oberarzt für Onkologie.

Gynäkologisch-onkologische Operationen und die Nachsorge für die Tumorpatientinnen unseres Fachgebietes wurden zu seinem Haupttätigkeitsfeld.

Prof. Dr. Leitsmann konnte die Promotion B zum Thema „Lymphographie bei operativer Behandlung des Zervixkarzinoms“ 1976 an der Uni-

versität Leipzig erfolgreich verteidigen, 1978 erhielt er die Fakultas docendi und wurde 1986 Honorarprofessor der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin.

Seit 1981 war er 1. Oberarzt der Universitätsfrauenklinik Leipzig unter Prof. Bilek.

Im Jahr 1983 übernahm Prof. Dr. Leitsmann die Nachfolge von Prof. Dr. H.-H. Kreibich als Chefarzt der Frauenklinik am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau – damals ein Haus mit 252 Betten, jährlich 6.500 Patientenzugängen und ca. 2.400 Geburten.

Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses war ihm neben seiner eigenen Tätigkeit ein großes Anliegen. Insgesamt begleitete er 35 Kollegen zur Promotion und drei Kollegen zum Diplom.

Er etablierte Gruppen- und Einzelhospitationen nicht nur für Gynäkologen sondern auch für Allgemeinmediziner an der Klinik.

Die Zusammenarbeit mit Kollegen befreundeter Kliniken im In- und Ausland zum gegenseitigen Gedankenaustausch waren ihm stets wichtig.

Prof. Dr. Leitsmann war ein excellenter Lehrer, der medizinische Tugenden wie präzise Anamnese, gründliche klinische Untersuchung und die Gesamtbetrachtung des Patienten zur Erarbeitung exakter Therapiekonzepte an seine Schüler weitergab.

Diese Herangehensweise – oftmals als harte Schule empfunden – hat die Mehrzahl der von ihm ausgebildeten Ärzte geprägt und sie profitieren heute noch davon.

Seine Berufsauffassung hat auch in seiner Familie den Grundstein dafür gelegt, dass drei seiner fünf Kinder Medizin studiert haben und in verschiedenen Fachrichtungen tätig sind.

Unter der Leitung von Prof. Dr. Leitsmann wurden alle ärztlichen Kollegen und das pflegerische Personal zur wissenschaftlichen Arbeit angeregt.

Als Leiter mehrerer Forschungsgruppen am Krebsforschungsinstitut der Akademie der Wissenschaften der DDR in Berlin-Buch sowie als Mitbegründer des Tumorzentrums Zwickau

1984 verstand er es, seine Mitarbeiter einzubinden.

Trotz seiner vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten in Form von zahlreichen Publikationen, wissenschaftlichen Vorträgen im In- und Ausland, Teilnahme an Studien und der Veröffentlichung eines eigenen Buches hat er die Leitung seiner Klinik nie vernachlässigt.

Prof. Dr. Leitsmann hat sich unermüdlich um die Betreuung seiner Patientinnen gekümmert und einer Vielzahl von Erdenbürgern zu einem gesunden Start ins Leben verholfen. Als excellenter Operateur und Onkologe hat er sich in der Behandlung aller gynäkologischen Tumorentitäten große Verdienste erworben.

Allein während seiner Zeit am HBK Zwickau überblickt er 270 Wertheimische Radikaloperationen, eine Zahl, die in der heutigen Zeit für eine einzelne Arztpersönlichkeit kaum noch zu erreichen ist.

In den Wirren der Wendezeit motivierte Prof. Dr. Leitsmann die Mitarbeiter seiner Klinik für neue Aufgaben und legte mit notwendigen Baumaßnahmen den Grundstein für den weiteren Bestand des Hauses.

Nach seinem Ausscheiden aus der Klinik 1992 war Prof. Dr. Leitsmann in freier Niederlassung und als Belegarzt tätig.

Er leitete zunächst allein, später gemeinsam mit seiner Tochter eine onkologische Schwerpunktpraxis, deren Ruf weit über die Stadtgrenze Zwickaus hinausreicht. Hier war die Einheit zwischen operativer Therapie und onkologischer Nachsorge als ganzheitliches Konzept gewahrt.

Auch wenn neben seinen Kollegen, für die er immer als Ansprechpartner auf hohem fachlichen Niveau zu Verfügung stand, viele Patientinnen das Ausscheiden von Prof. Dr. Leitsmann bedauern, wünschen wir ihm für die Zukunft beste Gesundheit und viele schöne Stunden im Kreise seiner Familie.

Ein Arzt von altem Schrot und Korn wie Prof. Dr. Leitsmann wird auch im Ruhestand der wissenschaftlichen Arbeit und der Entwicklung des Fachgebietes verbunden bleiben.

Dr. med. Brigitte Meinhold, Zwickau
im Namen der ehemaligen Kollegen

Stationen im Leben der „Heiligen Hildegard“ von Bingen

Äbtissin, Mystikerin, Ärztin

„Ihr seid Nacht, die Finsternis aushaucht, und wie ein Volk, das nicht arbeitet und aus Trägheit nicht im Licht wandelt ... Ihr blickt vielmehr auf eure Werke und urteilt nach eurem Gefallen, indem ihr nach Belieben tut und lasst was ihr wollt.“ Von der Kanzel des Kölner Doms schleudert die Prophetissima Hildegard von Bingen diese Worte während ihrer dritten Predigtreise 1161 in die selbstgefälligen Gesichter der versammelten Geistlichkeit. Ihre Ansprachen rütteln auf und ergreifen die Zuhörer. Der Ruf und Einfluss Hildegards im Heiligen Römischen Reich deutscher Nation war seinerzeit legendär. Wer war diese selbstbewusste charismatische Frau, die noch heute allorts die „Heilige Hildegard“ genannt wird, obwohl sie niemals offiziell heilig gesprochen wurde?

Herkunft, Nonne und Äbtissin Kloster Disibodenberg

Hildegard wird 1098 als 10. Kind der Adligen Hildebert und Mechtild von Bermersheim geboren. Sie wächst auf einem Gutshof im rheinfränkischen Land zwischen Rhein, Mosel und Maas in einer Großfamilie behütet auf. Die als sehr fromm gerühmten Eltern wollten ihr 10. Kind der Kirche geben, und so wird die zarte Hildegard mit acht Jahren in die neu errichtete Frauenklausur des Benediktinerklosters Disibodenberg am Zusammenfluss von Nahe und Glan in der Nähe von Bad Kreuznach aufgenommen. Mit weiteren Mädchen ist sie hier praktisch eingemauert und wird von der Lehrmeisterin Jutta von Sponheim im Lesen und Schreiben, Bibellesen, in Liturgik, Gesang, Latein, Grammatik unterrichtet. Mit 15 Jahren legt Hildegard im Kloster das monastische Gelübde ab und empfing vom Bischof zu Bamberg Otto den Ordensschleier der Benediktiner. Nach Juttas frühem Tod 1136 wird



Hildegard von Bingen,
Foto: Abtei Hildegard von Bingen Eibingen

Hildegard mit 38 Jahren zur geistigen Mutter und Äbtissin der Gemeinschaft gewählt. Die Nonnen leben unter Hildegard nach der Benediktusregel ein benediktinisches Mittelmaß im Wechsel von Gebet, Arbeit, Lesen, Ruhe, Schlaf. Hildegard bezeichnet sich selbst als „einfältige Frau“, jedenfalls ist sie klug, tiefgläubig und sehr mutig in ihrem Leben. Sie kann zwar keine offizielle theologische Ausbildung erhalten, hat aber reichlich Gelegenheit, die alten Bücher der Klosterbibliothek zu studieren. Die Äbtissin beschäftigt sich intensiv mit Naturwissenschaften der Zeit und der Naturheilkunde.

Schriftliche Zeugnisse über ihre visionären Erlebnisse

Bereits als dreijähriges Kind fiel den Eltern eine visionäre Begabung Hildegards auf. Später sagt sie „Das lebendige Licht“ sei ihr wiederholt erschienen. „Ich sehe einzig in meiner Seele mit offenen leiblichen Augen, sodass ich niemals die Bewusstlosigkeit erleide.“ Diese Fähigkeit Hildegards wird in der damals von Inquisition und Hexenglauben geprägten Gesellschaft lange verschwiegen, denn von einer Prophetin zur Hexe war nur ein kleiner Schritt. Mit 42 Jahren bekommt Hildegard 1141 nach ihrer Mitteilung in einer Vision den Auftrag: „Schreibe auf, was Du siehst und hörst.“ Sie schreibt in ihrem ersten Visionsbuch:

„Und plötzlich hatte ich die Einsicht in den Sinn und die Auslegung des Psalters, des Evangeliums und der anderen Schriften des Alten und Neuen Testaments.“ Hildegard offenbart sich dem Mitbegründer des Zistersienserordens und Kreuzzugspredigers Bernhard von Clairvaux, der ihr zur Niederschrift ihrer Visionen rät. Die Nonnen Richardis und Hiltrud schreiben in Latein nieder, was Hildegard diktiert, und der Mönch Vollmar gibt dem Geschriebenen den letzten Wohlklang. Hildegard sieht sich als „Posaune Gottes.“ Das so entstehende erste Visionsbuch nennt sie „Scivias“ (Wisse die Wege), eine dreiteilige Glaubenskunde mit über 20 Visionen. Auf der Synode zu Trier 1147 liest Papst Eugen III nach wochenlanger vorheriger Prüfung durch eine Kommission aus Hildegards Texten vor und gibt die offizielle Erlaubnis zur Verbreitung des Geschriebenen. Damit wird Hildegards Visionen öffentlich bekannt. Ihre Worte sind wie ein göttliches Orakel, sie wird zu einer heiligen Instanz, überall war ihre Meinung gefragt. Männer und Frauen aller Stände, Kaiser, Könige, Bischöfe, Priester, Klöster fragen nach ihrem Rat. Selbst der Stauferkaiser Friedrich I. Barbarossa sprach 1155 mit ihr in der Kaiserpfalz Ingelheim auf Augenhöhe. Nachhaltig beeindruckt erwidert er Hildegard auf ihre Ermahnungen: „Aber trotzdem werden wir nicht aufhören, in allen Unternehmungen uns für die Ehre des Reiches abzumühen ... Vielmehr haben wir uns vorgenommen, einzig im Blick auf die Gerechtigkeit gerecht zu urteilen.“

Umzug ins Kloster Rupertsberg, medizinisches Wirken

Viele adelige Töchter strömten zu Hildegard, um das klösterliche Leben zu führen, sodass die Klausur zu eng wurde. Nach langen Auseinandersetzungen mit Abt Kuno verließ Hildegard 1148 mit 20 Nonnen das Kloster Disibodenberg und errichtete auf dem Rupertsberg über dem Grab des heiligen Rupertus in der Nähe von Bingen ihr eigenes Kloster unter „großer Lebensnot“, in das die Nonnen 1150 einziehen konnten. „Ich

nahm mit 20 adeligen Nonnen, die von reichen Eltern abstammten, an diesem Ort meinen Aufenthalt. Dort fanden wir keinerlei Wohnstätte und Bewohner mit Ausnahme eines alten Mannes, seiner Frau und seiner Kinder.“ Hildegard selbst leitete den Innenausbau und dies, obwohl sie immer wieder in ihrem Leben durch Krankheit daniederliegt.

„Durch Krankheit werde ich stark gehemmt und oft derartig in schwere Schmerzen verstrickt, dass sie mich an den Rand des Todes bringen,“ schreibt sie dem Mönch Wibert von Gembloux. Zwischen 1150 und 1165 verfasste die Abtissin naturwissenschaftliche und medizinische Schriften. Ihre Naturkunde „Physica“ enthält umfangreiche Angaben über Wirkung und Wesen von etwa 500 Pflanzen, Tieren, Metallen, Edelsteinen. Die Schrift „Causae et curae“ (Ursachen und Heilungen) berichtet über Ursachen und Behandlung von Krankheiten. Die für sie magische Kraft des Bernsteins (Ligurius), der Edelsteine und Metalle bezieht sie in die Krankenbehandlung ein. Die den Körper aufbauenden Elemente findet man in der Natur in Form von Heilpflanzen, Edelsteinen, Bernstein und Metallen.“ Der Stahl ist sehr warm und am stärksten..., „Eisen hilft bei Magenschmerzen, Gold bei Arthritis, Kupfer bei Fieber.“ Rubin wendete sie bei Kopfschmerzen, Jaspis bei Ohrenkrankungen an. Den als warm bezeichneten Bernstein verwendete sie bei Magenschmerzen, Nierensteinen, Blasenbeschwerden und zur mentalen Stärkung. Brennessel, Johanniskraut, Fenchel, Beifuß, Lavendel, Spitzwegerich, Pfennigkraut, Thymian und viele andere Pflanzen fanden ihren festen Platz als Heilkräuter. „Der Wegerich ist von Natur aus warm und trocken. Er ist hilfreich bei Gicht, gut gegen Insektenstiche und zur Unterstützung von Knochenbrüchen,“ schreibt Hildegard. Es ist heute unklar, warum Hildegard etwas als warm oder kalt bezeichnete. Wichtig war für Sie das Entgiften des Körpers durch Aderlässe, Einläufe, blutiges Schröpfen, Schwitzen, Kauterisation (lokale Verbrennung), Medizin und eine bedacht-



Abtei St. Hildegard Eibingen, Foto Abtei St. Hildegard

same Ernährung sowie das Heilfasten. Für jedes Leiden sei ein Heilmittel in der Natur vorhanden. Für Hildegard war die Natur göttlich und der Mensch ein Teil der gesamten universellen Schöpfung. Körper und Seele gehörten zusammen, sie betrachtete den Menschen ganzheitlich. Wichtig für den Menschen sei die „Discretio“, das Maßhalten in allen Dingen durch innere Aufmerksamkeit als „Mutter aller Tugenden“ (Benedikt). Die theoretische Grundlage für Hildegards therapeutische Vorstellungen war die Viersäftelehre des Hippokrates von Kos (460 bis 370 v. Chr.), die von Galen (129 bis 199) erweitert wurde: Das Gleichgewicht der vier Körpersäfte schwarze Galle, gelbe Galle, Blut und Schleim (Synkrasie) bedeutet Gesundheit für den Körper, ein Ungleichgewicht (Dyskrasie) Krankheit. Hildegard bezog viele Gesundheitsstörungen auf schlechten Körperschleim in den die Nahrung umgewandelt würde. „Wenn die Gefäße des Menschen voll Blut sind, müssen sie durch einen Einschnitt von schädlichem Schleim und Verdauungssaft gereinigt werden.“ Und sie sagt weiter: „Der Mensch, der sein Fleisch mit Maßen nährt, ist in seiner Art fröhlich und umgänglich ...Wann auch immer der Körper des Menschen ohne Diskretion isst und trinkt oder etwas anderes dieser Art verrichtet, so werden die Kräfte der Seele verletzt... In

allen Dingen soll sich der Mensch selbst das rechte Maß auferlegen.“

Hildegards Werke

Hildegard von Bingen wurde zur ersten deutschen Ärztin und als Profet Teutonica, als deutsche Prophetin, gesehen. Papst Eugen III. schrieb ihr: „Du bist für viele ein Duft des Lebens geworden.“ Sie war für die damaligen Menschen eine heilige Autorität, ihre Worte ein göttliches Orakel. Aus ihrer umfangreichen Korrespondenz auch nach England, Spanien, die Niederlande, Italien sind etwa 300 Briefe erhalten, außerdem drei Visionsbücher, 77 von Hildegard verfasste und vertonte Lieder, das Singpiel „Ordo virtutum“ und ein neues kryptisches Sprach- und Schriftsystem mit etwa 1.000 Kunstworten.

Predigtreisen, letzte Lebensjahre

Im fortgeschrittenen Alter unternahm sie von 1158 bis 1171 vier Predigtreisen, die sie per Schiff und Pferd u.a. nach Bamberg, Würzburg, Köln, Mainz und in verschiedene Klöster führten. Mit harschen Worten predigte sie die Umkehr zu Gott und kritisierte ihre Kirche. Zur zusätzlichen Erweiterung des Klosters erwarb Hildegard 1165 das Augustinerkloster Eibingen und errichtete hier ein Filialkloster. Hildegard hatte ihre Angelegenheiten zeitig geregelt: Den Familienbesitz der von Bernersheims sollte das Kloster erhalten, die

Nonne Adelheid bestimmte sie als Nachfolgerin. Als sich Sonntag, der 17. September 1179, seinem Ende zuneigt, stirbt die „Heilige Hildegard“ im Kreise der sie umgebenden Nonnen und Vertrauten im Alter von 81 Jahren. Man hört Psalmengesang, Gebete und lautes Weinen. In tiefer Trauer nahmen die Nonnen Abschied. Die bedeutende und charismatische Frau des Mittelalters, Naturheilkundlerin, Dichterin, Mystikerin, Ärztin, Komponistin war von den Menschen gegangen. In der heutigen Zeit, wo die Menschen wieder Verantwor-

tung für die Mutter Erde und ihre Geschöpfe übernehmen, beeindruckt Hildegard von Bingen die Menschen zunehmend. Das wissenschaftliche und praktische Interesse an Hildegard von Bingen wird besonders durch den Bund der Freunde Hildegards gepflegt. Wenn die heutigen Menschen Hildegards Vorstellungen hinsichtlich einer „Bedachtsamkeit“ und „Diskretio“ in allen Dingen, bezogen auf Ernährung, Rauchen, Alkoholverzehr, Körpergewicht, für sich im rechten Maß annehmen würden, hätten wir ver-

mutlich die Hälfte der Patienten in den Arztpraxen. Ihre therapeutischen Vorstellungen sind von den derzeitigen wissenschaftlichen Vorstellungen allerdings weit entfernt. Am 10. Mai wurde Hildegard in das Heiligenverzeichnis der katholischen Kirche aufgenommen, am 6.10.2012 erhob Papst Benedikt XVI. Hildegard von Bingen in Rom in den Stand einer Kirchenlehrerin, sodass sie nun zu Recht die „Heilige Hildegard“ genannt werden kann.

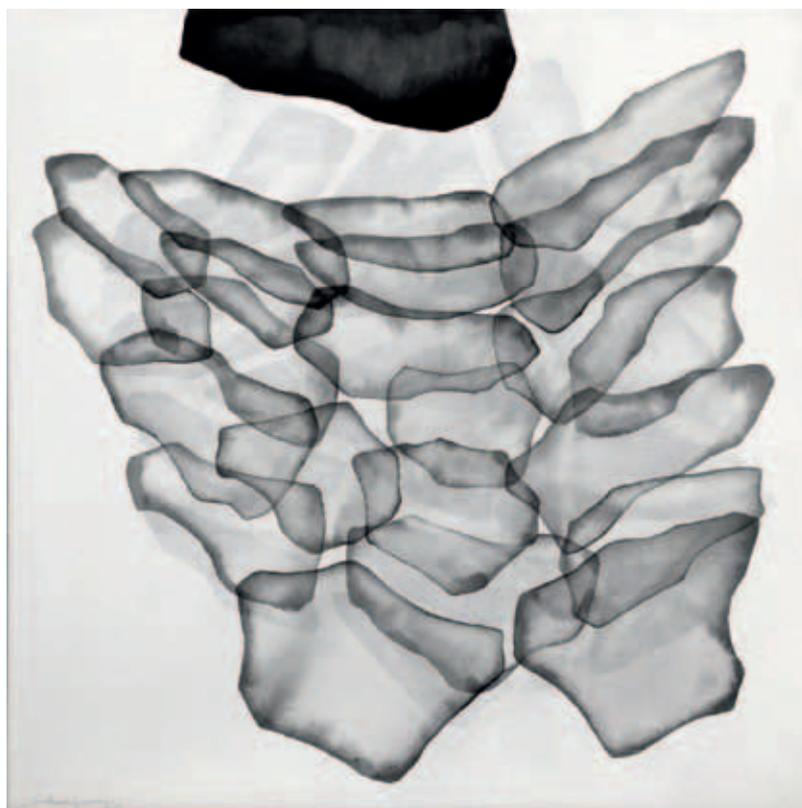
Dr. med. Jürgen Fege, Weißenborn

DETLEF SCHWEIGER – schwarzweißtektunik

Die kommende Ausstellung widmet sich einem im wahrsten Sinn des Wortes multimedialen Künstler. Der Bogen des Schaffens von Detlef Schweiger (Jg. 1958) spannt sich von der Malerei über die Zeichnung, die Collage und die Fotografie sowie deren Bearbeitung bis zu komplizierten, auch digitalen Drucktechniken, von da zu Objekten und Skulpturen, ebenso zu Video- und Filmarbeiten, Licht- und anderen Installationen respektive Performances mit Licht und Sound im Innen- wie im Außenraum. Schweigers Malerei, eingeschlossen die Lavuren auf Leinwand, seine Zeichnung und Grafik sind von zurückhaltender Farbigkeit geprägt. Charakteristisch ist die Schwarz-Weiß-Grau-Skala, die mit nur wenig anderen Pigmenten, mitunter auch Sand und Erden, angereichert wird. Das Formenspektrum der Arbeiten auf Papier und Leinwand bewegt sich im Spannungsfeld von Zeichenhaftem und Amorphem.

Der Künstler hat zudem verschiedene multimediale Projekte geleitet (u.a. The Wall Inside Berlin, 1990). Seit 1986 steht er an der Spitze des Klangperformance-Kollektivs SARDH und seit dem Jahr 2000 findet unter seiner Regie im Palais Großer Garten das Morphonic Lab statt.

Der seit Jahrzehnten in Dresden lebende Künstler, seit 1986 ist sein Lebens- und Arbeitsmittelpunkt in



„gabe“; 100 x 100 cm; 2011, Detlef Schweiger

Dresden-Loschwitz, studierte zwischen 1979 und 1984 an der Humboldt Universität Berlin Kunsterziehung / Gestaltungstheorie / Malerei / Grafik. Schweiger kann auf zahlreiche Ausstellungen und -beteiligungen sowie Projekte im In- und Ausland verweisen. Er hat mehrere Arbeitsstipendien erhalten, darunter in Cleveland/Ohio USA, sowie Preise, etwa beim Wettbewerb „100 Sächsische Grafiken“. Er war und ist Mitglied in verschiedenen Jurys, so seit 2008 der Stiftung Kunstfonds Bonn,

sowie in regionalen und zentralen Gremien von Interessenvertretungen der Künstler.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Erdgeschoss und dem Foyer der vierten Etage vom 25. September bis 24. November 2013, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 26. September, 19.30 Uhr.