

Editorial	Krankenhauslandschaft in Sachsen – quo vadis?	48
Berufspolitik	Ärzte starten in den Beruf	49
	Keine Trendwende bei Organspenden	50
	Geschäft mit Behandlungsfehlern – ein Kommentar	51
	Gesucht: Erlebnisberichte Wende '89	51
	Delegation ärztlicher Leistungen	52
	„Zwischen Augenmaß und Überfluss – welches Screening ist notwendig oder sinnvoll“	55
Aus den Kreisärztekammern	Kreisärztekammern haben gewählt	50
Gesundheitspolitik	Gesundheitsförderung und Kompetenzentwicklung	57
Recht und Medizin	Medizinische Versorgung von Soldaten außerhalb des Standorts	59
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen	60
	Konzerte und Ausstellungen	60
	Fortbildungscurriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika	61
	Seniorenveranstaltung in Dresden	61
Originalien	Personalisierte Krebstherapie – Teil 2	62
	20 Jahre Cochlea-Implantation in Sachsen	65
Verschiedenes	Ärzte spenden Ärzten	66
	Justizvollzugsanstalten suchen Ärzte	67
	Neues Leben dank Organspende	67
Medizingeschichte	Psychiatrie und Wende '89	68
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dürwald zum 90. Geburtstag	72
	20 Jahre CT-Sellink	73
	Jubilare im März 2014	74
	Nachruf für Frau Dr. med. Diana Wendler	76
	Nachruf für Volker Steiner	77
Amtliche Bekanntmachungen	Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung)	78
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	83
	Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2014



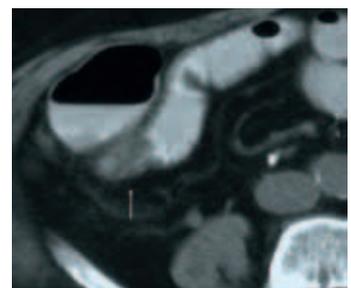
Keine Trendwende bei Organspenden
Seite 50



Erlebnisberichte „Herbstereignisse 1989“
Seite 51



20 Jahre Cochlea-Implantation
Seite 65



20 Jahre CT-Sellink
Seite 73

Titelbild: © Kerstin Ardelt-Klügel, Medizinische Fakultät Dresden

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

Krankenhausland- schaft in Sachsen – quo vadis?

Wie viele Krankenhäuser braucht das Land und wer legt deren Zahl fest? Das hängt vom Standpunkt des Betrachters ab. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken betrachtet Kliniken offensichtlich als Fabriken, deren Produkt bestimmte medizinische Prozeduren sind. Die mit der größten Nachfrage und den billigsten „Produktionsmethoden“ überleben, die anderen sterben ab, die Anzahl der Kliniken regelt sich also entsprechend des Marktes. Deshalb klagte er im Kreis Calw gegen die Stützung kommunaler Häuser durch Steuergelder. Glücklicherweise wies das Landgericht Tübingen die Klage ab, da die Existenz von Kliniken ein Teil der öffentlichen Daseinsfürsorge und ihre Bezuschussung damit gestattet sei. Für uns Ärzte eine klare und beruhigende Aussage. Unter dieser Sichtweise dürfte es doch gar keine Probleme hinsichtlich der eventuellen Schließung von Kliniken geben. Dies ist leider ein Irrtum! Daseinsfürsorge bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als dass gerade soviel Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, wie gebraucht werden. Für Sachsen bedeutet dies in den nächsten zwanzig Jahren jedoch einen starken Rückgang an Krankenhauskapazität. Grund ist der demografisch berechnete Bevölkerungsrückgang im Freistaat. Danach gehen bis 2030 in allen Kreisen Sachsens die Bevölkerungszahlen um 10 Prozent bis 20 Prozent zurück, Ausnahmen sind die Großstädte Leipzig und Dresden. Zurzeit erleben wir wegen der höheren Zahl von alten Menschen noch einen hohen Bedarf an Krankenhausbetten, in den nächsten Jahren werden diese Mitbürger jedoch versterben und der Bedarf wird um ca. 15 Prozent sinken. Das hieße 70 statt 80 Kliniken, bzw. 22.000 statt 26.000 Betten.

Die Steuerung dieses Abbauprozesses ist letztendlich ein administrativer

Vorgang, den der Sächsische Landtag entsprechend des Sächsischen Krankenhausgesetzes zu verantworten hat. Alle drei Jahre muss ein aktueller Krankenhausplan aufgestellt werden. Um administrative Fehlentscheidungen zu vermeiden existiert ein Krankenhausplanungsausschuss, der nach §5 des SächsKHG von Vertretern verschiedenster Gremien besetzt wird. Mit je einem Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sind zumindest zwei ärztliche Vertreter dabei. Diesen obliegt eine besondere Verantwortung, da nur sie über den notwendigen ärztlichen Sachverstand verfügen und frei von subjektiven Interessen an einer vernünftigen Gestaltung der sächsischen Krankenhauslandschaft mitarbeiten können. Dabei werden sowohl das Interesse der Patienten an einer wohnortnahen Versorgung als auch die Interessen der Ärzte an einem funktionierenden Gesamtsystem wahrgenommen. Generell ist aufseiten aller Beteiligten des Krankenhausplanungsausschusses durchaus ein guter Wille bezüglich der Erhaltung von Klinikbetten vorhanden. Dennoch wird die Bedarfsanalyse unter den gegebenen demografischen Entwicklungen zukünftig unbequeme Entscheidungen notwendig machen, die eine Absenkung der Zahl von Krankenhausbetten zur Folge haben werden.

Aus diesem Grund ist die gesamte sächsische Ärzteschaft verpflichtet, diesen Abbauprozess frei von Lobbyismus und kurzsichtigen Geschäftsinteressen mit zu begleiten. Auf Bundesebene hat die Bundesärztekammer bereits 2013 mit der Gründung der Arbeitsgruppe „Entwicklung und Ausgestaltung von qualitätsgestützten Kriterien der Krankenhausplanung“ reagiert. Der Krankenhausplanungsausschuss der SLÄK wird dementsprechend eigene Kriterien erarbeiten und hält die Gründung einer eigenen AG für notwendig. Ein Diskussionsprozess innerhalb der Ärzteschaft und Kreativität vor Ort sind vonnöten, um die oben genannten

Folgen für alle Beteiligten erträglich zu machen. Im §1 des SächsKHG wird ein „unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte... funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates verteilter einander ergänzender Krankenhäuser“ gefordert. In gut versorgten Gebieten dürfte die Erfüllung dieses Gesetzes auch unter den zukünftigen demografischen Bedingungen kein allzu großes Problem darstellen. Es wird zur Verdichtung fachspezifischer Abteilungen kommen, große Klinika werden mit einer Verringerung ihrer Bettenzahl reagieren. Schwieriger ist der Erhalt mehrerer kleiner Krankenseiten in dann dünner besiedelten Regionen. Hier könnte die Vernetzung und Zusammenlegung mehrerer Kleinkrankenhäuser bzw. die Anbindung an größere Häuser zu kommunalen Verbänden sicher von Nutzen sein, was ja auch heute schon getan wird. Nicht zuletzt müsste man in den spärlich besiedelten Gebieten einmal mehr über die Kooperation ambulanter und stationärer Einrichtungen nachdenken, was sich jedoch trotz aller dienlichen Versuche, zum Beispiel mit Hilfe des §116 b SGB V, immer wieder als problematisch erweist.

Die sich durch die Demografie auftuenden Aufgaben hinsichtlich der zukünftigen Gestaltung der Krankenhauslandschaft in Sachsen stellen also eine Herausforderung dar. Wir Ärzte sollten uns dieser Aufgabe nicht verschließen, sondern aktiv an der notwendigen Neugestaltung des stationären Bereiches teilnehmen. Die SLÄK wird den damit verbundenen Pflichten aktiv nachkommen und die Belange der Ärzteschaft dabei nicht aus den Augen verlieren.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
(unter Mitarbeit des Vorsitzenden des
Ausschusses Krankenhaus der SLÄK,
Herrn Dr. med. Eberhard Huschke)

Ärzte starten in den Beruf

In Dresden am 21. Dezember 2013 und in Leipzig am 11. Januar 2014 wurden 554 Medizinstudenten feierlich verabschiedet. Diese starten nun in ihr bewegtes Berufsleben. Aus diesem Anlass nutzte der Präsident wie auch der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer die Gelegenheit, diesen „neuen“ Ärzten zu gratulieren, ihnen die Ärztekammer nahezubringen und Perspektiven für eine Tätigkeit im Freistaat aufzuzeigen.

„Ihre künftige Teilnahme an der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Sachsen wird dringend gebraucht – die beruflichen Perspektiven hier sind hervorragend“, so Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Erik Bodendieck, Vizepräsident, wies auf die moralischen Grundlagen der Medizin hin. Denn diese sei zuerst aus ärztlicher und nicht aus ökonomischer Sicht zu gestalten. „Als oberste Richtschnur muss für uns Ärzte nach wie vor gelten: ‚salus aegroti suprema lex‘.“

Die Sächsische Landesärztekammer hat seit jeher ein überragendes Interesse an den Grundlagen und Qualitäten ärztlicher Ausbildung. Da nur ein umfassend ausgebildeter Arzt Garant für eine solide anschließende Facharztweiterbildung sei, an die sich eine berufsbegleitende qualifizierte Fortbildung anschließt. „Erst dieser harmonische Dreiklang der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung bestimmt Leistungsstand und Qualität der Mediziner“, so Prof. Dr. Jan Schulze.

Erik Bodendieck verdeutlichte: „Der Arztberuf ist ein Freier Beruf. Ärzte sind in einer Selbstverwaltung organisiert, die eine Freiheit garantiert, die andere Professionen nicht haben. Ärzte können berufsrechtliche und berufsethische Grundlagen selbst bestimmen.“

Spätestens wenn die examinieren Ärzte ihre Facharztprüfung bei einer Landesärztekammer ablegen, werden sie sich an diese Worte erinnern.



Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, bei der Exmatrikulationsfeier an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
© Steffi Engel, Med. Fakultät Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer (3.v.r.), bei der Exmatrikulationsfeier der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden
© Kerstin Ardelt-Klügel, Med. Fakultät Dresden

Keine Trendwende bei Organspenden

Die Zahl der Organspender ist nach Angaben der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) bundesweit um 16,3 Prozent von 1.046 Spender in 2012 auf lediglich 876* gesunken. Dies entspricht einem Durchschnitt von 10,9 Spendern pro eine Million Einwohner, in 2012 waren es noch 12,8 Spender. Die Summe der gespendeten Organe sank von 3.511 im Jahr 2012 auf 3.034* in 2013 (-13,6 Prozent). Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 3.247* Spenderorgane aus dem Eurotransplant-Verband in Deutschland transplantiert,

im Jahr 2012 waren es noch 3.706. Der Rückgang der Organspendezahlen zieht sich durch alle DSO-Regionen, wobei er in der Region Nord-Ost mit 9,7 Prozent am niedrigsten ausfällt und in Bayern mit 23,9 Prozent am höchsten.

Eine Verbesserung der Situation könnte an den Kliniken durch eine größere Unterstützung der Transplantationsbeauftragten erreicht werden. Zudem muss das verloren gegangene Vertrauen der Bevölkerung zurückgewonnen werden. Diese Ansicht vertritt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Nur eine kontinuierliche Aufklärung und

Transparenz kann dem anhaltenden Rückgang der Spendermeldungen entgegenwirken. Organspende ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Jeder Bundesbürger sollte sich mit dem Thema Organspende auseinandersetzen und eine Entscheidung treffen.

Die Jahresergebnisse 2012/2013 der einzelnen DSO-Regionen können unter www.dso.de abgerufen werden.

*Alle Zahlen aus dem Jahr 2013 sind vorläufige Zahlen der DSO.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kreisärztekammern haben gewählt!

Im Rahmen der Mitgliederversammlungen der Kreisärztekammern Bautzen und Erzgebirgskreis am 13. November 2013 sowie der Kreisärztekammern Mittelsachsen am 15. Januar 2014 wurden deren Vorstände neu gewählt, die wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

KÄK Erzgebirgskreis

(Wahlperiode 2013/2018):

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer

(Vorsitzende), Löbnitz, N

Dr. med. Andreas Fiedler

(Stellvertreter), Burkhardtsdorf, N

Dr. med. Jürgen Atmanspacher,

Zschopau, A

Dr. med. Lothar Griesbach,

Stollberg, A

Dipl.-Med. Jörg Hammerschmidt,

Annaberg-Buchholz, N

Dr. med. Hans-Jürgen Schreckenbach,

Schwarzenberg, N

Dr. med. Andreas Schuster,

Annaberg-Buchholz, N

Dr. med. Wolfgang Ulbricht,

Breitenbrunn, A

KÄK Bautzen

(Wahlperiode 2013/2017):

Karl-Andreas Krebs

(Vorsitzender), Bautzen, A

Dr. med. Tim Engelstädter

(Stellvertreter), Königsbrück, N

Dr. med. Alexander Scholze

(Stellvertreter), Bischofswerda, A

Dr. med. Detlev Bleyl

(Stellvertreter), Bautzen, R

Dr. med. Carsten Bölke, Pulsnitz, A

Dr. med. Thomas Bulang, Bautzen, N

Dr. med. Katharina Gerlach,

Bautzen, A



Dr. Gerlach, Dr. Bleyl, Herr Krebs, Dr. Scholze, Dr. Engelstädter, Dr. Bölke, Dr. Bulang (v.l.) © SLÄK

KÄK Mittelsachsen

(Wahlperiode 2013/2017):

Dr. med. Einar Köhler

(Vorsitzender), Döbeln, A

Dipl.-Med. Hansjörg Oehmig

(Stellvertreter), Leisnig, A

Dr. med. Gundula Suhr

(Stellvertreter), Niederschöna, A

Dr. med. Michael Teubner

(Stellvertreter), Burgstädt, N

Dr. med. Brigitte Knüpfer,

Frankenberg, N

Dipl.-Med. Falk Schindler,

Freiberg, N

Dr. med. Petra Schneider, Ostrau, N

An dieser Stelle möchten wir den ehrenamtlich tätigen Kolleginnen



Dr. Schneider, Dipl.-Med. Schindler, Dr. Suhr, Dr. Köhler (Vorsitzender), Dr. Teubner; es fehlen: Dr. Knüpfer, Dipl.-Med. Oehmig (v.l.) © SLÄK

und Kollegen, welche nunmehr aus den Vorständen dieser Kreisärztekammern ausgeschieden sind, für ihre Mitarbeit und ihr Engagement bei der Vertretung der Belange der Kollegen in den Landkreisen herzlich danken.

Wir sind uns sicher, dass die neu gewählten Vorstände die umfangreichen Aufgaben, die mit diesem Ehrenamt verbunden sind, im Interesse ihrer Kolleginnen und Kollegen auch weiterhin mit Engagement und Einsatz wahrnehmen, vertreten und für ein hohes Ansehen des Berufsstandes in den Landkreisen sorgen werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Geschäft mit Behandlungsfehlern

Ein Kommentar

Behandlungsfehler im Krankenhaus war Mitte Januar 2014 wieder einmal vielen Medien eine Schlagzeile wert. Ausgelöst wurde diese mediale Aufmerksamkeit durch den AOK-Krankenhausreport 2014. „Mehr Tote als im Straßenverkehr“ hieß es an vielen Stellen. Die darin oft genannte Zahl möchte ich an dieser Stelle nicht weiter kolportieren. Und zwar aus dem einfachen Grund: Sie ist falsch. Genauso falsch wie manche Zahlen des ADAC.

Bewiesen hat das die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie hat eine ausführliche Prüfung aller verfügbaren Daten über Schadenshäufigkeiten bei Krankenhausbehandlungen vorgenommen. Das Ergebnis sei eindeutig: Die im Report behauptete Zahl von Toten kann nur eine wesentliche Falschangabe sein.

Aber auch ein Laie hätte dies herausfinden können. Denn die Zahlen des AOK-Krankenhausreports beruhen auf einer Hochrechnung einer Schätzung eines sechs Jahre alten Gutachtens von 2007! Ich wiederhole: Hochrechnung – Schätzung – 2007. Mit einer solch windigen Angabe gehen die AOK-Verantwortlichen an die Presse und machen damit innerhalb weniger Minuten die engagierte Arbeit von tausenden Pflegern, Schwestern und Ärzten sowie das Vertrauen der Patienten in die Medizin einfach so kaputt. Zusätzlich wer-

den diese Berufsangehörigen demotiviert. Und das, obwohl sie trotz knapper Mittel, enormer Bürokratie und hoher Arbeitsbelastung 24 Stunden und 7 Tage die Woche für die Patienten da sind. Paradoxerweise geht die extreme Arbeitsverdichtung in den Kliniken innerhalb der letzten Jahre nicht zuletzt auf die zurück, die solche falschen Zahlen in die Welt setzen: die Krankenkassen.

Besonders schlimm ist, dass selbst die Journalisten sich sehr oft nicht die Mühe gemacht haben, die Zahlen der AOK zu hinterfragen. Ich gehöre nicht zu denen, die gern Medienschele betreiben. Im Gegenteil. Aber wie hier auf eine sachliche Darstellung verzichtet wurde, ist in dieser Form selten zu erleben. Die Krönung dieser von schlechter Recherche geprägten medialen Berichterstattung war die Enttuschung eines Agenturjournalisten, der auf meine Antwort, in Sachsen sei 2012 kein Patient wegen eines Behandlungsfehlers gestorben, sagte: „Das ist aber Schade“. Seine Story über Tote durch Behandlungsfehler ging nun nicht auf.

Was aber hat die AOK davon, so vorzugehen? Ist es das Geschäft um Patienten in einem Kassenverdrängungswettbewerb? Will sich die AOK als Hüter von Recht und Ordnung im Gesundheitswesen profilieren. Ich weiß es nicht. Aber den angerichteten Schaden müssen nun andere ausbaden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gesucht: Erlebnisberichte Wende '89

Die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ möchte im September 2014 Erinnerungen an die friedliche Revolution in der damaligen DDR im Oktober/November 1989 veröffentlichen.

Wir möchten auch Sie bitten, dazu Ihre eigenen Erlebnisse aus dieser Zeit einzureichen (auch handschriftlich, eventuell auch mit Fotos), damit

wir möglichst vielfältige Eindrücke der damaligen Ereignisse wiedergeben können.

Wir bitten um Zusendung von entsprechenden Zeitzeugnissen bis zum 30.6.2014 an die Sächsische Landesärztekammer, Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, E-Mail: redaktion@slaek.de.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder
Vorsitzender des Redaktionskollegiums

Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus: Entwicklung einer Delegationsmatrix

J. Wunderlich, R. Kobes, A. Teubner, C. Pihl

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und personellen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem wird die Diskussion um eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Gesundheitsfachpersonal intensiv geführt. Insbesondere der kontinuierlich fortschreitende Ärztemangel in der ambulanten und stationären Versorgung sowie die verschärften arbeitszeitrechtlichen Regelungen für die im stationären Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzte implizieren eine Ausweitung der Grenzen der Delegation

ärztlicher Tätigkeiten. Infolge wirtschaftlicher Zwänge und der nur begrenzt für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kapazitäten gewinnen die verschiedenen Formen der Arbeitsteilung in der Medizin, insbesondere die Delegation ärztlicher Tätigkeiten, immer stärker an Bedeutung. Eine Vielzahl an berufs- und haftungsrechtlichen „Fallstricken“ für delegierende Ärzte schränkt die derzeit real stattfindende Delegation erheblich ein.

In Deutschland existieren nur wenige gesetzliche Regelungen, auf deren Grundlage die Delegation ärztlicher Tätigkeiten rechtsverbindlich erfolgen kann bzw. muss (siehe dazu § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V sowie § 63 Abs. 3b und 3c SGB V). Der Arzt muss auf der Grundlage seiner haftungsrechtlichen Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung auch die Führung im Delegationsprozess übernehmen, wofür ihm geeig-

nete Führungsinstrumente an die Hand gegeben werden sollten. Deshalb wurde im Rahmen einer ärztlich-juristisch-ökonomisch betreuten Masterarbeit an der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ) auf der Grundlage einer interdisziplinären Untersuchung erstmals ein solches Führungsinstrument in Form einer Delegationsmatrix für die praktische Anwendung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im stationären Alltag entwickelt. Im Fokus stand dabei das Kernziel einer sinnvollen Arbeitsteilung im Krankenhaus, bei der sowohl das ärztliche als auch das pflegerische Personal qualifikationsbezogen und rechtssicher eingesetzt werden kann.

2. Methodik

In einer Literaturstudie wurde zunächst der status quo bzw. der „kleinste gemeinsame Nenner“ der verschiedenen Akteure und Positionen in der Delegationsdiskussion im deutschen Gesundheitssystem analysiert und darauf aufbauend sodann konsensfähige Kriterien für eine Delegationsmatrix ermittelt. Über die zeitliche und inhaltliche Systematik der in diesem Zusammenhang identifizierten Meilensteine der Delegation ärztlicher Tätigkeiten wurde ein zusammenfassendes Schaubild konzipiert (Abb. 1).

Im Rahmen der Literaturlauswertung wurde deutlich, dass sich im Bemühen um eine möglichst genaue Differenzierung der übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten die Gefahr eines Verlusts der Übersichtlichkeit sowie

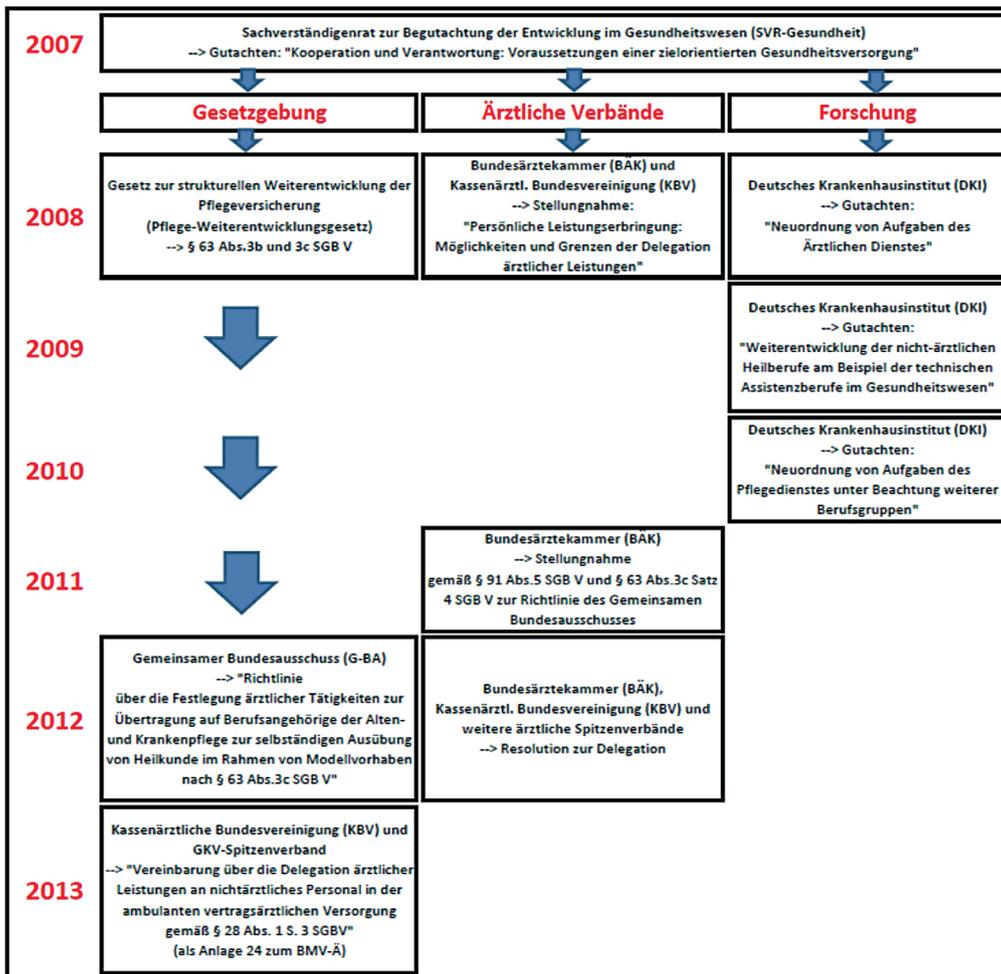


Abb. 1: Meilensteine der Delegation ärztlicher Tätigkeiten

¹ Bei der inhaltlichen Betrachtung dieses Delegationskriteriums ist grundsätzlich zwischen der formalen Qualifikation, welche auf der Grundlage von Ausbildungszeugnissen und weiterer formal vorliegender Qualifikationsnachweise (Urkunden, Zertifikate, Fortbildungspunkte etc.) des nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonals relativ einfach vom delegierenden Arzt nachgeprüft und eingeschätzt werden kann, und der materiellen Qualifikation, welche die ganz individuellen, in der Krankenhauspraxis mitunter stark divergierenden, Eigenschaften einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft beschreibt (bezieht sich schwerpunktmäßig auf die individuellen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten), zu unterscheiden.

der praktischen Anwendbarkeit des gesamten Delegationssystems verbirgt. Bei der Entwicklung von Delegationssystemen muss deshalb stets der Detaillierungsgrad der zu konzipierenden Delegations-Klassifikation einerseits – mit der praktischen Anwendbarkeit und Implementierbarkeit in der Versorgungsrealität andererseits abgewogen werden.

In der Delegationsdiskussion besteht weitgehender Konsens darüber, dass, unabhängig von der medizinischen Fachrichtung, in der die Delegation stattfindet, in gewisser Weise immer existierten:

- ein grundsätzlich delegationsfähiger **Kernbereich pflegerischer Tätigkeit** (eindeutige Kompetenzschnittmengen zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Berufsbild vorhanden),
- ein nicht delegationsfähiger **Kernbereich ärztlicher Tätigkeit** (medizinisches Grundlagenstudium für die Leistungserbringung am Patienten zwingend erforderlich),
- ein im Einzelfall delegationsfähiger **Zwischenbereich** mit vier verschiedenen Sorgfaltspflichten eines delegierenden Arztes (Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs-, Kontrollpflicht), der infolge der starken Einzelfallabhängigkeit der Delegation durch eine relativ hohe Rechts- und Verfahrensunsicherheit für alle am Delegationsprozess beteiligten Akteure gekennzeichnet ist.

Vor diesem Hintergrund wurde die Delegations-Klassifikation aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) als die am besten geeignete Grundklassifikation des zu entwickelnden ärztlichen Führungsinstrumentes ausgewählt (SVR 2007, S. 105) und hinsichtlich der nicht delegationsfähigen Tätigkeiten mittels der Stellungnahme zur höchstpersönlichen Leistungserbringung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2008) modifiziert (BÄK/KBV 2008, S. A2174).

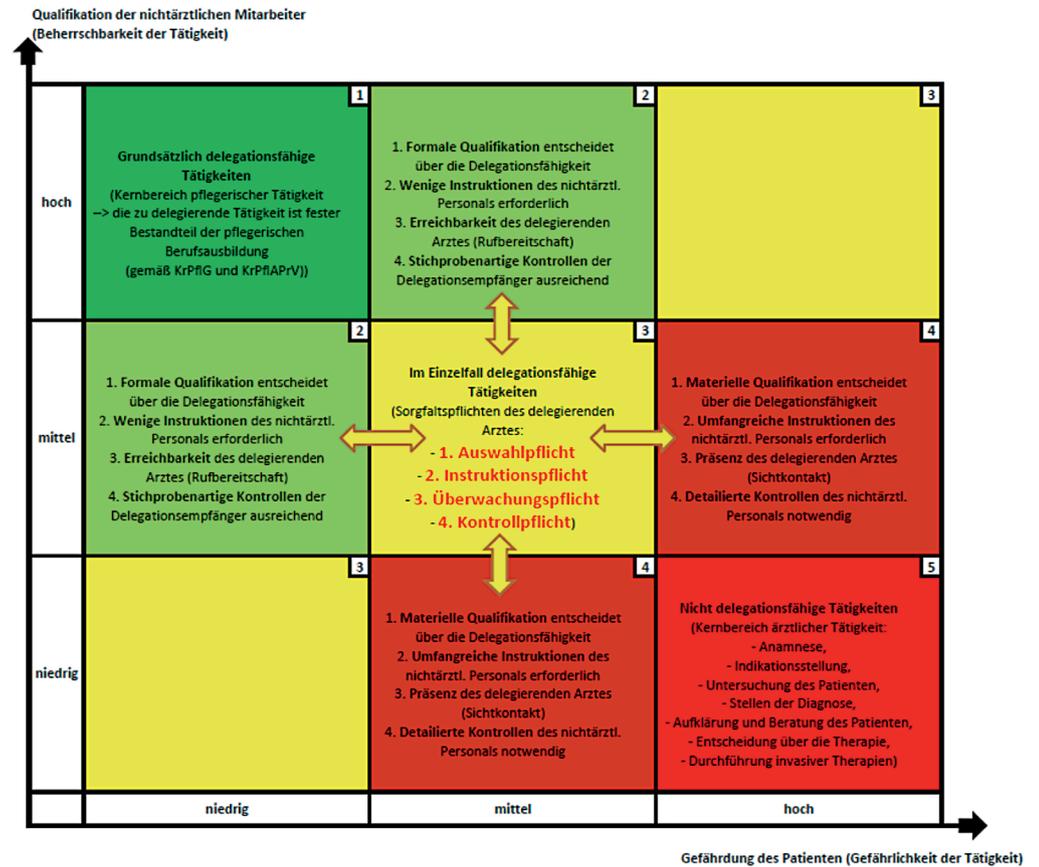


Abb. 2: Delegationsmatrix

Ein delegierender Arzt muss in Erfüllung seiner Sorgfaltspflichten stets eine Einschätzung über die im individuellen Falle vorhandenen Ausprägungen der beiden Delegationskriterien:

- **Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters** (Beherrschbarkeit der ärztlichen Tätigkeit für den nichtärztlichen Delegationsempfänger)¹ und
- **Gefährdungspotenzial für den Patienten** (Gefährlichkeit der ärztlichen Tätigkeit für den Gesundheitszustand des Patienten) vornehmen (DKI 2008, S. 68).

Über die grundsätzliche Anwendbarkeit dieser beiden Kriterien aus dem Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (2008) besteht ebenfalls weitestgehender Konsens in der Delegationsdiskussion. Sie wurden deshalb auch als die „Achsenbezeichnungen“ des ärztlichen Führungsinstrumentes ausgewählt.

Um die im Rahmen der Literaturstudie ermittelten konsensfähigen Krite-

rien für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus innerhalb ein und desselben geschlossenen Systems grafisch darstellen zu können, wurde eine nach dem Ampelsystem aufgebaute, zweidimensionale 9-Felder-Matrix – in Orientierung an der Portfolio-Analyse nach Mc Kinsey (Führungsinstrument aus dem strategischen Management großer Unternehmen) – als die geeignete Darstellungsform gewählt (Abb. 2).

Eine besonders hohe Rechts- und Verfahrensunsicherheit für alle am Delegationsprozess beteiligten Akteure konnte bei den im Einzelfall delegationsfähigen Tätigkeiten (Delegationsklasse 3) und den damit verbundenen, zwingend zu erfüllenden, Sorgfaltspflichten eines delegierenden Arztes festgestellt werden. Zum Zwecke der Ausdifferenzierung der ärztlichen Sorgfaltspflichten wurden innerhalb der Delegationsmatrix die Delegationsklassen 2 und 4 gebildet, welche als Unterklassen der Hauptdelegationsklasse 3 die rechtunsicheren Zwischen- bzw. Grenzbe-

reiche repräsentieren. Mittels einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (2007) konnten diese mit den entsprechenden Prüfparametern für die praktische Anwendung der einzelfallabhängigen Delegation in der Krankenhauspraxis versehen werden (DGIM 2007, S. 4/5).

3. Ergebnisse

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus ist durch eine sehr große Dynamik des medizinischen Entscheidungsprozesses sowie eine fehlende Generalisierbarkeit gekennzeichnet. Die Entwicklung eines absoluten und abschließenden Schemas, das allen Eventualitäten der Delegation im stationären Alltag vollumfänglich gerecht werden kann, ist deshalb gegenwärtig, und wahrscheinlich auch in naher Zukunft, nicht möglich.

Die Delegationsmatrix stellt eine grundsätzliche Orientierungs- und Entscheidungshilfe für delegierende Ärzte in deutschen Krankenhäusern dar, mittels derer ein delegierender Arzt seiner ihm zukommenden Führungsrolle im stationären Delegationsprozess unter Wahrung der dringend erforderlichen Rechts- und Verfahrenssicherheit gerecht werden kann. Das entwickelte Matrixsystem gibt dem Arzt – in Form eines grafisch nach dem „Ampelsystem“ aufgebauten, und damit weitgehend selbsterklärenden Systems – alle die notwendigen Faktoren und Kriterien an die Hand, die er für eine juristisch unbedenkliche Delegation im Krankenhaus benötigt. Die Delegationsmatrix lässt aber gleichzeitig auch genügend Spielräume für eine ganz individuelle Delegationsentscheidung, die der Arzt ohnehin in jedem Falle berufs- und haftungsrechtlich zu verantworten hat.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist sehr stark von den individuellen Ausprägungen der beiden Delegationskriterien abhängig – und kann deshalb nur schwer anhand von statischen Delegationssystemen (zum Beispiel Delegationslisten in Verbindung mit umfangreichen Verfahrens-

anweisungen) dauerhaft und nachhaltig abgebildet werden. Beide Delegationskriterien sind im Krankenhausalltag regelmäßig gewissen „Störfaktoren“ unterlegen, die immer wieder eine sehr situationsbezogene Einzelfallentscheidung des behandelnden Arztes erfordern. Das Delegationskriterium „Gefährdung des Patienten“ wird durch die, mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels zunehmende, Multimorbidität der einzelnen Patientenpopulationen beeinflusst. Demgegenüber ist das Kriterium „Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiter“ im Bereich der materiellen Qualifikation im stationären Alltag ebenfalls einer relativ stark ausgeprägten Variationsbreite unterlegen. Das Vorhandensein solcher „Störfaktoren“ in beiden Delegationskriterien kann in Kombination durchaus dazu führen, dass ein und dieselbe ärztliche Tätigkeit vom behandelnden Arzt beim Patienten A (mit der Multimorbidität A und der materiellen Qualifikation der Pflegekraft X) als delegationsfähig klassifiziert wird, demgegenüber beim Patienten B (mit der Multimorbidität B und der materiellen Qualifikation der Pflegekraft Y) jedoch als nicht delegationsfähig eingestuft wird. Die Delegationsmatrix stellt das erste dynamische Delegationssystem dar, das von vornherein auf die Individualität und die Veränderlichkeit der Delegation als einer ärztlichen Einzelfallentscheidung ausgelegt ist. Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten immer eine ärztliche Anordnung im Einzelfall ist, die weder generalisiert machbar ist, noch in statische Delegationssysteme eingebettet bzw. mittels dieser implementiert werden kann. Auf der Grundlage der Delegationsmatrix kann die Delegationsentscheidung eines behandelnden Arztes immer direkt vor Ort (zum Beispiel am Bett des Patienten), und damit quasi „in Echtzeit“ erfolgen.

Aus **medizinischer Sicht** stellt die Möglichkeit der ärztlichen Delegationsentscheidung im Einzelfall eine logische Konsequenz aus der Methoden- und Therapiefreiheit eines Arz-

tes – und damit einen wesentlichen Bestandteil des „freien“ Arztberufes – dar.

Aus **juristischer Sicht** ist zur gebotenen Wahrung des medizinischen Sorgfaltsmaßstabs ein dynamisches Delegationssystem, welches dem behandelnden Arzt eine flexible Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der ganz individuellen Merkmale des Patienten (Multimorbidität) sowie des Mitarbeiters (materielle Qualifikation) ermöglicht, statischen Systemen gegenüber zu bevorzugen.

Aus **ökonomischer Sicht** müssen statische Delegationssysteme vor dem Hintergrund des kontinuierlichen medizinisch-technischen Fortschritts zudem ständig aktualisiert, und den sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst werden – um die Rechts- und Verfahrenssicherheit der praktizierten Delegation dauerhaft erhalten zu können.

Zusammenfassend konnte somit ein flexibler Entscheidungsrahmen, der auf Konsens in der Delegationsforschung basiert und auf eine medizinisch-juristisch-ökonomisch sinnvolle Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus abzielt, entwickelt werden. Die vollständige Masterarbeit kann bei der Sächsischen Landesärztekammer – Rechtsabteilung – eingesehen werden. Um das System der Delegationsmatrix weiter zu validieren, ist eine empirische Erhebung in Form von Experteninterviews mit sächsischen Krankenhausärzten vorgesehen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Betriebsw. (BA) Jan Wunderlich M.Sc.,
Sächsische Landesärztekammer,
Rechtsabteilung,
Schützenhöhe 16,
01099 Dresden
E-Mail: ra@slaek.de, Tel.: 0351 8267-427

Einrichtungen/Institute:

Dr. med. Rainer Kobes, PleiBentalklinik,
Ronneburger Str. 106, 08412 Werdau;
Prof. Dr. iur. Andreas Teubner,
Prof. Dr. rer. soc. Christian Pihl,
Westfälische Hochschule Zwickau
Fakultät für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften,
Dr. Friedrichs-Ring 2A,
080536 Zwickau

„Zwischen Augenmaß und Überfluss – welches Screening ist notwendig oder sinnvoll“

Nachlese einer Veranstaltung am 13. 4. 2013 in der Sächsischen Landesärztekammer und der Blick nach vorn

Das „Fortbildungssemester der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der SLÄK“ hatte zurückliegend zunehmend weniger Resonanz. Dies führte zu folgenden Überlegungen: Wie können wir:

- Disziplinen übergreifend
- den kollegialen Dialog fördern
- kritisch eigenes Handeln diskutieren
- und Berufstätigen und in Dienstsysteme eingebundenen Kollegen die Teilnahme ermöglichen.

Im Resultat wurde am 13.4.2013 in den Räumen der SLÄK ein Forum mit der Überschrift „Zwischen Augenmaß und Überfluss“ geplant.

Der Nutzen von Screeningprogrammen wurde hinterfragt.

Dr. med. Christoph Altmann legte ein umfassendes theoretisches Fundament mit präzisen Begriffserläuterungen vor. Mit den Worten: „Vom Ende her denken“ diskutierte er Untersuchungen und internationale Ergebnisse in der Herz-Kreislaufmedizin, so zum Beispiel die Bestim-

mung der Serum-Cholesterin-Konzentration, die Ergometrie, die Messung des Knöchel-Arm-Index, die Bestimmung der Intima-Media-Dicke oder auch die sonografische Untersuchung der Bauchaorta. Im Ergebnis sollten diese Untersuchungen nur bei einer klinischen Indikation erfolgen – nicht bei asymptomatischen Individuen.

Prof. Stefanie Klug (Leiterin des Bereiches Tumorepidemiologie am Universitäts-Krebs-Centrum Dresden) referierte zum Thema Krebsfrüherkennung.

Seit 1971 ist die Krebsfrüherkennung in Deutschland gesetzlich verankert. Der Pap-Abstrich zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms für alle Frauen ab 20 Jahre sowie der Hämokult-Test zur Früherkennung von Darmkrebs sind Teil dieser Früherkennungsangebote.

Für die Entstehung eines Zervixkarzinoms sind Infektionen mit Humanen Papillomaviren (HPV) verantwortlich. Dabei werden 13 verschiedene HPV-Typen als krebserregend eingestuft. Mit den erhältlichen HPV-Impfstoffen wird jedoch nur gegen zwei (HPV 16 und 18) dieser 13 Hochrisiko-Typen immunisiert. Daher müssen auch HPV-geimpfte Frauen weiterhin an der Krebsfrüherkennung teilnehmen. Die HPV-Impfung wird in Deutschland für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen. Seit 2004 wird als einziges organisiertes Screeningprogramm in Deutschland das Mammografie-

Screening durchgeführt. Frauen in Alter von 50 bis 69 Jahren werden gezielt über zentrale Einladestellen zu einem Termin in eine Screeningeinheit eingeladen. Gegenwärtig besteht in Deutschland nicht die Möglichkeit, eine mögliche Reduktion der Brustkrebsmortalität durch das Mammographie-Screeningprogramm zu evaluieren.

In Deutschland erkranken jährlich fast 70.000 Menschen neu an Darmkrebs. Die Kostenträger übernehmen ab dem 50. Lebensjahr die Kosten für ein Screening auf okkultes Blut im Stuhl. Ab dem 55. Lebensjahr werden die Kosten für eine Vorsorge-Koloskopie übernommen. Diese sollte bei negativem Befund einmal nach 10 Jahren wiederholt werden.

Die Wahrscheinlichkeit, bei einem Screening per Koloskopie fortgeschrittene Adenome (> 1 cm mit schwerer intraepithelialer Neoplasie) zu finden, steigt mit zunehmendem Alter. Bereits ab dem 55. Lebensjahr müssen weniger als 15 Männer und weniger als 30 Frauen untersucht werden, um bei einem Individuum fortgeschrittene Adenome zu finden. Von 2003 bis 2008 wurden mehr als 2,8 Mio. Individuen „gescreent“. Kolonkarzinome wurden bei 25893 Individuen (0,9 %) entdeckt. Diese Tumoren waren in 70 % Karzinome im Frühstadium (UICC I und II). Der Nutzen dieser Vorsorgeuntersuchung ist zweifelsfrei belegt. Die Vorsorgekoloskopie wird aber nur von weniger als drei Prozent des Personen-

kreises oberhalb des 55. Lebensjahres wahrgenommen.

Marius Milde (AOK) diskutierte Screening aus der Sicht der Kostenträger. Prinzipiell signalisierten die Kostenträger eine aufgeschlossene Haltung.

Es folgte ein Überblick über etablierte Screeningprogramme wie zum Beispiel Hautcheck ab dem 35. Lebensjahr oder Diabetes-Früherkennung ab dem 35. bis zum 65. Lebensjahr. Diese unterliegen dem gesetzlich geregelten Verantwortungsbereich „Prävention“ der Kostenträger.

Die Grundprinzipien des präoperativen Screenings und einer Risikoevaluierung erläuterte Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Reißfelder (Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des UKD).

Eine präoperative Röntgen-Thorax-Untersuchung, wie sie über Dekaden obligat war, sollte nur noch bei einer klaren klinischen Indikation erfolgen. Sämtliche anderen präoperativen Untersuchungen sollten in Abhängigkeit vom Ausmaß des operationspezifischen Risikos und den patientenindividuellen Komorbiditäten angepasst werden. Eine Anleitung dazu geben die „Empfehlungen zur präoperativen Diagnostik vor elektiven nichtkardiologischen Eingriffen bei erwachsenen Patienten“. Um eine erste Abschätzung der Belastbarkeit des Patienten zu erreichen, kann das „metabolische Äquivalent“ verwendet werden. Ab einem Wert von < 4 sollte eine weiterführende Diagnostik eingeleitet werden. Damit sollte zum Beispiel eine Echokardiographie nur bei Eingriffen mit hohem operations- und patientenspezifischem Risiko (zum Beispiel PPPD-Operation und bekannten Komorbiditäten) durchgeführt werden. Zu den obligaten präoperativen Laboruntersuchungen sollten Blutbild, Kreatinin, Kalium, Natrium und TSH gehören.

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner (Klinik für Orthopädie am UKD) fokussierte auf das perioperative Blutungsrisiko und nachfolgende Komplikationen wie Nachblutungen, Hämatome und Infektionen. Priorität haben vor allem die in die struktu-

rierte Anamnese eingeschlossenen Fragen nach antikoagulativ wirksamen Medikamenten (auch die Einnahme freiverkäuflicher Präparate). Bei anamnestischen Hinweisen auf erhöhte Blutungsneigung muss oder sollte eine spezielle strukturierte Blutungsanamnese erhoben werden (siehe http://www.gerinnung-igs.at/Downloads/Fragebogen_adult.pdf). Wenn sich eine klinisch manifeste Blutungsneigung erfragen lässt (was nur bei wenigen Patienten der Fall ist), müssen außer den Globaltesten Quick und PTT auch der Faktor XIII und die Parameter für ein v. Willebrand-Jürgens-Syndrom bestimmt werden. Wenn ein Patient auf eine dauerhafte Therapie mit Gerinnungshemmern eingestellt war, sollte je nach Substanz dokumentiert werden, dass die Gerinnung zu Beginn des Eingriffs normalisiert ist: bei Falthrom mit der INR, bei NMH und den neuen Substanzen mit Kenntnis der letzten Dosis und der Nierenfunktion; hier helfen keine Gerinnungswerte.

Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong bewertete Screeningmethoden in Notaufnahmen. Labormarker wie Troponin, BNP und die D-Dimere sollten nur im Kontext mit korrespondierenden klinischen Symptomen angefordert werden. Troponin kann beispielsweise bei einer hypertensiven Krise erhöht sein, darüber hinaus bei Niereninsuffizienz. Durch ein unkritisches Troponin-Screening werden falsch-positive Werte generiert und es kommt zu einem unnötigen Verbrauch von Ressourcen.

Gravierende Folgen hat die unkritische Bestimmung von D-Dimeren. D-Dimere sollten nur nach einem vorgeschalteten Prätest veranlasst werden (sogenanntes Wells-Score zur Ermittlung der klinischen Vortestwahrscheinlichkeit). Dr. med. Oliver Tiebel – Labormediziner und ärztlicher Leiter am MVZ des UKD – folgte in der Diskussion diesen Ausführungen.

Von großem Interesse waren die Ausführungen von Priv.-Doz. Dr. Lutz Jatzwauk, der in Sachsen als Krankenhaushygieneexperte bekannt ist. Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts folgend, sollten selektiv Pati-

enten bei oder besser noch vor der Krankenhausaufnahme risikoadaptiert einem MRSA-Screening unterzogen werden. Das Risiko kann sich zwischen den klinischen Fachdisziplinen bzw. auch regional unterscheiden. Ein erhöhtes Risiko auf Infektion/Kolonisation mit MRSA haben vor allem Patienten mit früherem MRSA-Nachweis, Patienten mit chronischen Wunden und Ulcerationen, Blasenkatheter, PEG-Sonde, Tracheostoma sowie Dialysepatienten bzw. Verlegungen aus anderen Krankenhäusern. Ein MRSA-Screening umfasst mindestens Abstriche beider Nasenvorhöfe, des Rachens und falls vorhanden der Wunde. Zum Nachweis werden vor allem selektive Kulturmedien (Vorbefund nach 24 Stunden) empfohlen. Diese sind spezifisch ($> 90\%$) und kostengünstig. Die Notwendigkeit eines MRSA-Schnelltests (Ergebnis in zwei Stunden) kann unter Umständen gegeben sein. MRSA sind heute nicht mehr nur ein Problem des Hospitalismus. Durch Massentierhaltung sind auch tierische Lebensmittel und ihre Konsumenten kontaminiert. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Tierärzte sowie in der Tierhaltung tätiges Personal mit MRSA kolonisiert sind. Eine Besiedlung mit MRSA führt zu einem häufigeren Auftreten von Wundinfektion, Pneumonie und Sepsis, zu einer Verlängerung der stationären Verweildauer sowie zu deutlich höheren Behandlungskosten. Die Isolierung von MRSA-Patienten im Krankenhaus ist eine bewährte Maßnahme zur Prävention der Übertragung von MRSA. Das relative Risiko der MRSA-Kolonisation bzw.-Infektion ist bei einem länger als 24 Stunden dauernden Zimmerkontakt mit einem MRSA-Patienten um das Fünffache erhöht. Wegen des Vorkommens von MRSA bei ambulanten Patienten und der heute üblichen vielfältigen sozialen Kontakte im Krankenhaus kann das Risiko einer MRSA-Übertragung nur begrenzt, nicht aber völlig verhindert werden. Vor allem eine optimale Händehygiene kann MRSA-Infektionen minimieren.

Ein neuer Fachbegriff sind sogenannte MRGN, das heißt multiresis-

tente gramnegative Bakterien, die vereinzelt sogar panresistent sind. Je nach Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, 3./4.-Generations-Cephalosporine, Fluorchinolone und Carbapeneme spricht man von 3MRGN bzw. 4MRGN (3MRGN sind gegen drei der genannten Antibiotikagruppen resistent, 4MRGN gegen alle vier Gruppen). Ein MRGN-Screening ist nur bei Ausbrüchen (Infektionshäufungen) und Kontaktpatienten von 4MRGN empfohlen. 4MRGN sollten konsequent isoliert werden. Bei 3MRGN ist eine Isolierung nur in besonderen Risikobereichen (Intensivstationen, bestimmte Patienten hämato-onkologischer Stationen) erforderlich. Bisher als ESBL bezeichnete Enterobacteriaceae bedürfen nach gegenwärtigem Stand der Wissenschaft keiner besonderen Hygienemaßnahmen (Standardhygiene). In der Umgebung von Patienten, die mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) infiziert oder koloni-

siert sind, genügt ebenfalls die Standardhygiene. Ein Screening ist nur bei Ausbrüchen erforderlich. In Ambulanzen sollten Träger multiresistenter Bakterien möglichst unverzüglich aufgerufen werden. Es genügt eine Flächendesinfektion der unmittelbaren Kontaktflächen bzw. am Ende der Sprechstunde die tägliche Desinfektion. Die wirksamste Maßnahme zur Minimierung von MRE-Infektionen ist eine optimale Händehygiene.

Zusammenfassend konnten die Teilnehmer wichtige Informationen mitnehmen:

1. kein Thorax-Röntgen ohne Begründung vor Operationen,
2. Fragebogen als Screeningtest für ein erhöhtes Blutungsrisiko präoperativ als empfohlene Maßnahme,
3. anamnestische Hinweise auf Blutungsneigung – neben INR und PTT auch Faktor XIII und Parame-

- ter für ein v.-Willebrand-Jürgens-Syndrom bestimmen,
4. nur symptom- und anamnesebezogene Anordnungen von Markern wie Troponin und BNP,
5. D-Dimere nur nach Durchführung eines Prätests (Wells-Score),
6. MRSA – Screening bei Risikopatienten zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, in Rettungsstellen bzw. Notaufnahmen mit der Konsequenz einer Isolierung,
7. etabliertes Screening für Mammakarzinom, Zervixkarzinom, Kolonkarzinom und für Hauttumore.

Wir bitten um Hinweise, in welchen Konstellationen (zeitlich, örtlich, Themengestaltung) diese Reihe künftig fortgesetzt werden soll.

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel,
Dr. med. Julia Neidel,
Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong

Gesundheitsförderung und Kompetenzentwicklung

Sächsische Volkshochschulen als Präventionspartner

Der Gesundheitsmarkt

Das Gesundheitswesen ist in Deutschland zu einem Wirtschaftsfaktor ersten Ranges geworden, das perspektivisch noch weiter an Bedeutung gewinnt und ökonomisch als zentrale Wachstumsbranche bzw. als „Megamarkt“ bezeichnet wird. Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig und liegen unter anderem in demografischen und gesundheitssoziologischen Entwicklungen:

1. Demografische Verschiebungen sind in diesem Kontext:
 - Die Bevölkerung sinkt von 82,2 Mio. Einwohnern (2000) auf 78,1 Mio. (2040).
 - Der Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung sinkt von 67,9 Prozent (2000) auf 57,9 Prozent (2040).
 - Der Anteil der über 65-Jährigen steigt von 16,4 Prozent (2000) auf 30,5 Prozent (2040).

2. Wirtschaftliche Verschiebungen ergeben sich aus Globalisierungstendenzen und Zentralisierungstendenzen:
 - geringeres Wirtschaftswachstum,
 - zunehmende Verschuldung der öffentlichen Haushalte,
 - stagnierende bzw. steigende Arbeitslosigkeit,
 - sinkende Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer,
 - wirtschaftliche Zentralisierungstendenzen,
 - Zunahme atypischer Arbeitsverhältnisse (zum Beispiel Zeitarbeit, geringfügig Beschäftigte).

3. Gesundheitssoziologische Verschiebungen zeigen sich durch:
 - zunehmende Lebenserwartung,
 - Zunahme chronischer Erkrankungen,
 - Zunahme altersbedingter Krankheiten,
 - Zunahme der Zivilisationskrankheiten.

Das Gesundheitsverständnis der Volkshochschulen – Salutogenese als Leitbild

Seit den frühen 1980er-Jahren wird in der Gesundheitsbildung der Volkshochschulen der Ansatz der Salutogenese – begründet durch Aaron Antonovsky (1923 – 1994) – verfolgt.



Die zentrale Fragestellung lautet: Wie bleibt der Mensch gesund? Im Mittelpunkt des salutogenetischen Denkens steht das sogenannte „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence, SOC), das heißt, die individuelle Disposition zur Bewältigung des Lebens. Es geht um eine „stimmige Verbundenheit“ mit der sozialen und materiellen Umwelt. Dieses Kohärenzgefühl mit der Umwelt ist ein menschliches Grundbedürfnis, die Folge von Sozialisation und Personalisation und das Ergebnis gelungener Interaktion und Kommunikation. Gesundheitsbildung an Volkshochschulen setzt am Kompetenzverständnis der Pädagogik und am Gesundheitsverständnis der WHO an. Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) sind demnach Dispositionen zur Problemlösung.

In diesem vielschichtigen Kontext von Wissenserwerb, Fähigkeiten generieren und Motivation aufbauen bewegen sich die Gesundheitsangebote der Volkshochschulen.

Gesundheitsförderung als ein zentraler Bildungsbereich der Volkshochschulen

Von allen durchgeführten Kursen an sächsischen Volkshochschulen entfallen etwa 31 Prozent auf den Gesundheitsbereich, der damit nach dem Sprachbereich mit 34 Prozent das zweitstärkste Bildungsthema an Volkshochschulen im Freistaat ist. 2012 wurden 4.411 Kurse sowie Auftragsmaßnahmen mit 68.020 Unterrichtsstunden und mit 50.391 Kursteilnehmer/-innen durchgeführt. Diese Angebote teilen sich in drei zentrale Themenfelder auf:

- Im Bereich Autogenes Training/ Yoga/Entspannung wurden 1.117 Kurse mit 20.505 Stunden und mit 11.088 Teilnehmer/-innen durchgeführt.
- Im Bereich Gymnastik/Bewegung/ Körpererfahrung waren es 2.622 Kurse, die mit 42.426 Stunden angeboten und von 32.107 Kursteilnehmer/-innen besucht wurden.
- Der Bereich Ernährung umfasste 2012 insgesamt 475 Kurse mit 3.129 Stunden und 4.978 Kursteilnehmer/-innen.

An Gesundheitskursen der Volkshochschulen nahmen 2012 im Freistaat insgesamt 44.134 Frauen (89,2 Prozent) und 5.371 Männer (10,8 Prozent) teil.

Insgesamt rund 500 Kursangebote aus den drei oben genannten Bereichen erfüllen die Qualitätsanforderungen der Krankenkassen, die im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes festgeschrieben sind. Somit besteht für diese Kurse die Förderfähigkeit als Präventionsangebot gemäß § 20 SGB V. Viele Teilnehmer nutzen diese Möglichkeit zur Teilerstattung der Kursgebühren. Die Erstattungsbedingungen variieren jedoch bei den Krankenkassen und sind nicht einheitlich.

Welche Gesundheitseffekte haben VHS-Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung?

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist diesen Fragen nachgegangen und förderte die Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens in Entspannungs- und Stressbewältigungskursen der Volkshochschulen. Die Untersuchung wurde 2009 vom Universitätsklinikum Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, unter Leitung von Dr. Thomas Kliche durchgeführt.

Als Forschungsplan wurde eine Beobachtungsstudie mit Verankerung an bundesweit repräsentativen Referenzwerten gewählt. Die Teilnehmer an den Entspannungs- und Stressbewältigungskursen der Volkshochschulen wurden hinsichtlich ihrer nachhaltigen Gesundheitsgewinne und Verhaltensveränderungen sowie nach ihrer Zufriedenheit mit dem Kurs befragt.

Insgesamt wurden bundesweit 132 Entspannungsangebote von Volkshochschulen evaluiert, davon waren

- 57 (43,2 Prozent) Yogakurse
- 24 (18,2 Prozent) TaiChi-Kurse und
- 15 (11,4 Prozent) Autogenes Training.

An der Eingangsbefragung (T1) nahmen 1.180 Personen teil, an der Abschlussbefragung (T2) 902 Personen. Drei Monate nach Kursende

erhielten die Teilnehmer von ihrer Volkshochschule eine Nachbefragung (T3) zugesandt; daran beteiligten sich 531 Personen.

86 Prozent der Befragten waren weiblich.

An der Befragung beteiligten sich 40 Volkshochschulen aus dem Bundesgebiet, davon neun Volkshochschulen aus Sachsen.

Folgendes Fazit fasst die Ergebnisse zusammen¹:

1. Die Stressbewältigungsangebote der Volkshochschulen werden von Personen in Anspruch genommen, deren Gesundheit im Vergleich zu der ihrer Alters- und Geschlechtsgenossen durchschnittlich hoch belastet ist.
2. Die Teilnehmer sind überwiegend weiblich (knapp 90 Prozent). Der jeweils größte Anteil unter ihnen (je etwa 50 Prozent) steht im mittleren Lebensabschnitt, ist angestellt berufstätig und höher gebildet (Abitur und/oder Hochschulabschluss). Hervorzuheben ist ein hoher Anteil (etwa 50 Prozent) von Teilnehmern ohne höhere Bildung.
3. Die Kurse entließen ihre Teilnehmer mit hoher Veranstaltungszufriedenheit und weitgehend erreichten persönlichen Kurszielen. Sie stellten darüber hinaus eine hohe Anwendungsabsicht (Compliance) für die neu erlernten Entspannungsverfahren her. Etwa 40 Prozent der Kursteilnehmer nutzten das Verfahren auch nach etwa drei Monaten noch regelmäßig mehrmals in der Woche.
4. Die Kurse hatten über alle Ansätze gute Wirksamkeit von kleiner bis mittlerer, teilweise großer Effektstärke für die erhobenen Gesundheitsindikatoren (gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektive Gesundheit sowie ausgewählte psychische und körperliche Beschwerden).

¹ Kliche, T., Griebenow, B., Post, M., Richter, S., Wormitt, K. (2009). Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens für Entspannungs- und Stressbewältigungskurs der Volkshochschulen: Abschlussbericht. Hamburg: UKE

5. Diese Wirkungen blieben auch drei Monate nach Kursende fast unvermindert stabil.
6. Die verschiedenen Verfahren bzw. Kursarten wirkten in ungefähr gleicher Stärke.
7. Soziodemografische Merkmale blieben ohne statistische Bedeutung (Interaktionseffekt) für die Gesundheitswirksamkeit, namentlich Berufsstand, Bildungsgrad, Wohnort in Ost- oder Westdeutschland sowie Alter. Einzig Frauen profitierten minimal besser in einigen Dimensionen. Die Veranstaltungen wirkten für alle Teilgruppen ungefähr gleich gut.
8. Von signifikanter Bedeutung (mit kleiner Effektgröße) war eine häufige regelmäßige Nutzung des Verfahrens nach dem Kurs. Dieser Befund bestätigt, dass die Gesundheitsgewinne in Teilen kausal auf den Einsatz des Entspannungsverfahrens zurückgeführt werden können.

Zentrale Herausforderungen

Als Bestandteil des Gesundheitssystems stehen auch die Volkshochschulen vor wegweisenden Herausforderungen:

- Das Spannungsverhältnis zwischen Markt, gesellschaftlichem Auftrag und zunehmender Deregulierung des Gesundheitswesens stärkt einerseits eine ökonomische Perspektive. Andererseits besteht ein großer Bedarf an neuen Kooperationen und Netzwerken zwischen den verschiedenen privaten, gemeinnützigen und staatlichen Trägern der Gesundheitsversorgung. Volkshochschulen sind im Gesundheitswesen sowohl Dienstleister für den Bürger als auch für Public-Health-Strukturen.
- Eine zentrale Herausforderung der Volkshochschulen im Gesundheitsbereich ist die Qualifizierung der Kursleiter. Die fachliche und methodisch-didaktische Kompetenz ist ein zentrales Qualitätskriterium für das Angebot.
- Damit verbunden ist die inhaltliche Orientierung und Abgrenzung. Die VHS-Angebote müssen sich deutlich von therapeutischen Formaten abgrenzen, die nicht Aufgabe der Volkshochschulen sind. Probleme bereiten stellenweise Grenzbereiche der Medizin – beispielsweise Volksarzneimit-

Medizinische Versorgung von Soldaten außerhalb des Standortes

Soldaten haben gemäß § 69 Abs. 2 Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) und § 6 Wehrsoldgesetz (WSG) Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Art und Umfang dieses Anspruchs ist in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften (VwV) zu § 69 Abs. 2 BBesG näher konkretisiert. Nach § 4 der vorstehenden VwV wird die ärztliche Behandlung (außer in Notfällen) grundsätzlich durch die Truppenärzte der Bundeswehr gewährt. Fachärztliche Behandlungen werden auf truppenärztliche Veranlassung durch die nächst erreichbaren Fachärzte der Bundeswehr durchgeführt. Unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere wenn Fachärzte der Bundes-

wehr am Standort oder im Umkreis von 50 km nicht zur Verfügung stehen, technische oder personelle Voraussetzungen für die Behandlung fehlen oder ein Notfall besteht, können Behandlungsbedürftige auch an zivile Ärzte überwiesen werden. Die Behandlung in Notfällen ist in § 9 der VwV näher geregelt. Hiernach sind Soldaten bei plötzlichen schweren Erkrankungen/Unglücksfällen – ohne truppenärztliche Überweisung – berechtigt, zivilärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn Bundeswehrärzte nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar sind. Zur ärztlichen Hilfe zu rechnen sind auch die gegebenenfalls notwendige Einweisung in ein Krankenhaus, die Verordnung sofort benötigter Arzneimittel und die zur Diagnose notwendigen Sofortmaßnahmen. Erkrankte sind in diesen Fällen allerdings zu den Hinweisen gegenüber den Ärzten verpflichtet, dass sie Soldaten sind, sich

telkunde oder volkstümliche Erfahrungsmedizin. Hier gilt für Volkshochschulen ein eindeutiges „No go“! Es geht um kompetenz- und kohärenzorientierte Gesundheitsprävention im Sinne der Salutogenese.

- Der Anteil der weiblichen Teilnehmer ist mit knapp 90 Prozent signifikant hoch. Eine Herausforderung ist es, die Zielgruppe der Männer für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und zu motivieren, für ihre Gesundheit aktiv zu werden.
- Die Gruppe der „gesundheitsfernen“ Milieus wird zunehmen.

Prof. Dr. Ulrich Klemm
Geschäftsführer des Sächsischen Volkshochschulverbandes e. V., Chemnitz;
Honorarprofessor für Erwachsenenbildung, Augsburg; Vorsitzender des Leipziger Instituts für angewandte Weiterbildungsforschung (LIWF), Leipzig

Claudia Knabe
Diplomsportlehrerin; Betriebswirtin (VWA);
Fachreferentin für Gesundheit und Zielgruppen beim Sächsischen Volkshochschulverband e. V., Chemnitz; Mitglied im Vorstand der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Dresden

www.vhs-sachsen.de

die Behandlung und Abrechnung nach den für die Bundeswehr geltenden Bestimmungen richtet und die erforderliche truppenärztliche Überweisung nachträglich vorgelegt wird. Den Soldaten wird hierzu das „Merkblatt für Soldatinnen und Soldaten bei Erkrankungen außerhalb des Standortes“ zur Verfügung gestellt. Die Behandlungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, ausgeführt durch ihre Vertragsärzte, ergibt sich aus § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung der Soldaten der Bundeswehr sicherzustellen, soweit diese nicht auf andere Weise, nämlich durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr, gewährleistet ist. Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Regelung hat das Bundesministerium für Verteidigung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Vertrag über die ärzt-

liche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr geschlossen. Sie finden die aktuelle Fassung des Vertrages auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) unter der Rubrik „Rechtsquellen“.

Nach § 1 dieses Vertrages haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr per Überweisung durch einen Bundeswehrarzt sicherzustellen. Kann bei einer notfallmäßigen Behandlung (plötzliche schwere Erkrankung, Unfall oder Erkrankung außerhalb des Standortes) der Überweisungsschein nicht unmittelbar vorgelegt werden, besteht nach § 3 Abs. 1 Satz 3 des Vertrages eine Behandlungsverpflich-

tung mit der Auflage, dass der Überweisungsschein der Bundeswehr innerhalb von vier Wochen nachgereicht wird. Wird der Überweisungsschein nicht innerhalb dieser Frist nachgereicht, ist der behandelnde Arzt berechtigt, vom Patienten eine privatärztliche Vergütung zu verlangen.

Soweit der Soldat einen Arzt im Rahmen des Notfalldienstes in den sprechstundenfreien Zeiten in Anspruch nimmt, genügt die Vorlage des Dienstausweises. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall auf einem Notfallschein nach Muster 19 der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Die ärztliche Leistung muss sich auf die im Rahmen der Akutversorgung

notwendigen Leistungen beschränken. Die Akutversorgung kann sich – besonders an Wochenenden und Feiertagen – zusammenhängend über mehrere Tage erstrecken.

Berufsrechtliche Relevanz hat die Thematik dann, wenn Vertragsärzte eine Behandlung des Soldaten ablehnen, obwohl dieser eine plötzliche schwere Erkrankung, einen Unfall oder eine Erkrankung außerhalb des Standortes vorgibt. Eine besonders sorgfältige Prüfung der Voraussetzungen für eine solche primäre Behandlung durch den Vertragsarzt ist notwendig.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

Änderung der Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung) vom 3. Januar 2007

Im Zuge der jüngst auf der Kammerversammlung im November 2013 erfolgten Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer ergab sich nunmehr auch Änderungsbedarf an der dazugehörigen Verfahrensordnung. In dieser Verfahrensordnung werden Regelungen hinsichtlich Antragsfristen, Inhalten der Anträge, Methoden der Lernerfolgskontrolle, Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen sowie besondere Regelungen für die Anerkennung einzelner Fortbildungsarten hinsichtlich Höchstpunktzahlen und der Erteilung der Fortbildungszertifikate festgelegt.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die nachfolgend genannten Punkte:

- Erweiterung der Kategorien zur Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen durch Kategorie I

(e-learning) und Kategorie K (blended-learning).

- Aufnahme grundlegender betriebswirtschaftlicher Kenntnisse in die Anerkennung als ärztliche Fortbildung.
- Aufnahme der Offenlegung von Interessenkonflikten durch Veranstalter, wissenschaftliche Leiter und Referenten.
- Aufnahme der formlosen Beantragung des persönlichen Fortbildungszertifikates.

Nach Schaffung der Voraussetzungen (voraussichtlich Ende 2014) ist die Möglichkeit einer automatischen Zusendung des persönlichen Fortbildungszertifikates in die Verfahrensordnung aufgenommen worden, die eine individuelle Information des Arztes, wenn sechs Monate vor Ablauf des Fortbildungszeitraumes weniger als 200 Fortbildungspunkte nachgewiesen wurden, einschließt.

Die häufigsten Fragen rund um das Fortbildungszertifikat sind über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer <http://www.slaek.de> in der Rubrik Fortbildung – FAQ Fortbildungspflicht / Fortbildungszertifikat beantwortet.

Rückfragen dazu können an das Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer unter fortbildung@slaek.de gerichtet werden.

Die Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung) vom 9. Januar 2014 ist im vollen Wortlaut unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft auf den Seiten 78 bis 82 abgedruckt.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 2. März 2014

11.00 Uhr – Junge Matinee

Music – available without Prescription
Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Im Anschluss an das Konzert wird ein Lunchbuffet „Der Frühling lässt grüßen“ angeboten. Um Reservierung wird unter der Telefon-Nr.: 0351 8267110, Frau Arnold, gebeten.

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage
Matthias Schroller
ortrand.Malerei/Grafik
bis 23. März 2014

Fortbildungscurriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika

9. bis 10. Mai 2014

Auf Initiative der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes des Freistaats Sachsen und in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) wurde am 14. und 15. Juni 2013 erstmals das Curriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika durchgeführt. Aufgrund der positiven Resonanz und zahlreicher Anfragen bezüglich eventueller Wiederholungstermine an die SLÄK, in deren Händen die Organisation liegt, wird das Curriculum am 9. Mai 2014 (nachmittags) und 10. Mai 2014 (ganztags) nun erneut stattfinden. Dieses Mal sind im Programm zusätzliche Zeiträume eingeplant, in denen von den Teilnehmern mitgebrachte Fälle erörtert werden können. Spezielle Fragen, die von den Referenten dann aufgegriffen werden, können auch im Vorfeld (bis spätestens drei Wochen vor dem Fortbildungstermin) der Sächsischen Landesärztekammer (Frau Wodarz) übermittelt werden.

Unsachgemäßer Einsatz von Antibiotika befördert die Resistenzentwicklung. Im Jahr 2011 wurden in Sachsen insgesamt 14,3 Millionen DDD Antibiotika/Antiinfektiva verordnet (GAMSI, 2012). Jeder GKV-Versicherte in Sachsen hat 2011 somit circa 4 DDD Antibiotika/Antiinfektiva verschrieben bekommen. Die Antibiotika-Verordnungsdichte beträgt im ambulanten Bereich etwa 85 Prozent des Gesamtordnungsvolumens (Kern, W. und Nink, K., 2011). Das Curriculum richtet sich daher insbesondere an niedergelassene Ärzte.

In der Fortbildungsveranstaltung werden folgende Themen behandelt:

- Mikrobiologische Diagnostik als Basis der Antibiotika-Therapie
 - Grundlagen der Infektionsdiagnostik, Materialentnahme und -versand

- Schnelltests in der Praxis
- Interpretation von Resistenztestungen und Antibiotogrammen

- Antibiotika – Grundlagen
 - Die wichtigsten Antibiotika: Wirkungsspektrum; antibakterieller Wirkungsmechanismus; Resistenz; Pharmakodynamik; Pharmakokinetik; unerwünschte Wirkungen; Interaktionen mit anderen Medikamenten und Nahrungsmitteln; Besonderheiten der Anwendung bei bestimmten Patientengruppen wie zum Beispiel Kindern, älteren Menschen, Schwangeren, Stillenden, Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion
 - Grundregeln des Antibiotika-Einsatzes
 - Einflussfaktoren auf die Antibiotika-Verordnung
- Therapie der Infektionen wichtiger Organsysteme (einschließlich klinischer Fallbeispiele)
 - Respirationstrakt (wie Otitis media, Otitis externa, Rhinosinusitis, Tonsillopharyngitis, Bronchitis, Pneumonie)
 - Urogenitaltrakt (wie Pyelonephritis, Zystitis, Urethritis, Prostatitis, Reinfektionsprophylaxe, sexuell übertragene Infektionen)
 - Gastrointestinaltrakt (wie Campylobacter-, Salmonellen-, Shigellen-, EHEC-, Yersinien-, Clostridium difficile- und weitere bakterielle Infektionen)
 - Haut, Weichgewebe (wie Impetigo, Erysipel, Phlegmone, Follikulitis, Furunkel, posttraumatische Infektionen (Bissverletzungen, Piercing und andere))
- Infektionen bei bestimmten Patientengruppen (einschließlich klinischer Fallbeispiele)
 - wie Patienten vor/nach Auslandsreisen, Patienten mit Infektionen durch Tierkontakte
- Multi-resistente Erreger in der ambulanten Versorgung (einschließlich klinischer Fallbeispiele)

spiele): Diagnostik, Therapie, Beratung von Patienten und Angehörigen

- Diskussion der von den Teilnehmern mitgebrachten Fälle (jeweils am 9. Mai 2014 und 10. Mai 2014)

Das Fortbildungscurriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika findet am 9./10. Mai 2014 in den Seminarräumen der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden statt.

Fragen zur Anmeldung richten Sie bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Referat Fortbildung, Frau Wodarz,
Tel.: 0351 8267 -327,
E-Mail: fortbildungskurse@slaek.de

Dr. med. Ingrid Ehrhard
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen
Jägerstraße 10, 01099 Dresden
E-Mail: ingrid.ehrhard@lua.sms.sachsen.de

Für die AG Surveillance und
Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes
Sachsen am Sächsischen Staatsministerium für
Soziales und Verbraucherschutz

Seniorenveranstaltung in Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt zu einer Seniorenveranstaltung am Dienstag, 4. März 2014, um 15.00 Uhr, in den Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer ein. Wie immer wird es einen spannenden Vortrag geben. Das Thema und der Referent werden aus organisatorischen Gründen erst kurzfristig auf der Homepage der Kreisärztekammer veröffentlicht (www.kreisaerztekammer-dresden.de). Zur Veranstaltung findet auch die Anmeldung für die diesjährige Ausfahrt am 21. Mai 2014 nach Leipzig statt.

Im Anschluss freuen wir uns, Sie zum nachmittäglichen Imbiss in kollegialer Runde begrüßen zu dürfen. Seien Sie herzlich willkommen!

Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende KÄK Dresden

Personalisierte Krebstherapie

(Teil 2)

F. Lordick¹, A. Dietz², S. Briest³,
R.-D. Kortmann⁴, Chr. Wittekind⁵

Zusammenfassung

Im Folgenden wird dargestellt, welche Rolle das Immunsystem für die Ausbreitung und Kontrolle einer Krebserkrankung spielt. Die Onkologie entwickelt derzeit Instrumente, individuelle immunogene Tumoreigenschaften zu adressieren und das Immunsystem in der Weise zu beeinflussen und stimulieren, dass dadurch eine Kontrolle über die Krebserkrankung durch das körpereigene Immunsystem erreicht werden kann. Erfolge mit dieser Strategie wurden bei mehreren Krebsarten berichtet; am beeindruckendsten sind bislang die Behandlungserfolge beim bösartigen „schwarzen Hautkrebs“, dem malignen Melanom.

Nachfolgend wird dargestellt, wie auch die nicht-medikamentösen Therapieverfahren (Chirurgie und Strahlentherapie) Teil der personalisierten Medizin sind. Anhand des Mammakarzinoms wird aufgezeigt, wie sich die personalisierte Medizin auf den interdisziplinären und multimodalen Behandlungsansatz auswirkt.

Immunkontrolle

Das menschliche Immunsystem entwickelt gegen Fremdgewebe eine Immunität. Auch Tumorerkrankungen unterliegen potenziell einer immunogenen Kontrolle. Im Falle einer „erfolgreichen“ Tumorentstehung und -ausbreitung entzieht sich die Krebserkrankung der Immunkontrolle auf unterschiedliche Art und Weise. Durch eine gezielte Stimula-

tion des Immunsystems an bestimmten Kontrollpunkten kann es aber gelingen, das Immunsystem neu gegen die Tumorerkrankung auszurichten und eine körpereigene Immunreaktion gegen die Krebserkrankung zu initiieren (Lesterhuis WJ. 2011; Topalian SL. 2011).

Voraussetzung für eine gezielte Immuntherapie ist, dass die Krebserkrankung spezifische immunogene erkennbare Oberflächenmerkmale ausprägt. Auch hier wird das Prinzip der individuellen Tumorausprägung im Rahmen der personalisierten Medizin angewandt. Durch die Gabe und Bindung eines therapeutisch gegebenen Antikörpers werden immunogene Prozesse aktiviert, die in der Zerstörung von Tumorzellen und Zellverbänden durch das Immunsystem resultieren. Zu den Mechanismen zählen vor allem die **Antikörper-abhängige zelluläre Zytotoxizität (ADCC)** sowie die **Komplement-vermittelte Zytotoxizität (CDC)**. Als sehr effizient erwiesen sich aktuelle pharmakologische Wirkstoffentwicklungen, bei denen mittels industriell gefertigter Antikörper-Toxin-Konjugate Zellgifte direkt in Tumorzellen eingebracht werden und dort spezifisch und ohne relevante Nebenwirkungen an gesunden Körperzellen anti-tumoral wirksam werden können (Verma S. 2012)

Damit **zytotoxische T-Lymphozyten und natürliche Killerzellen** gegen Tumorerkrankungen wirksam werden können, bedarf es einer komplexen Interaktion mit **Antigen-präsentierenden dendritischen Zellen**. Diese Interaktion ist zahlreichen Regulationsmechanismen unterworfen. In jüngster Zeit gelang es, durch Hemmung des zytotoxischen T-Lymphozyten Antigens-4 (CTLA-4) durch den monoklonalen Antikörper Ipilimumab und andere immun-stimulierende Mechanismen eine Aktivierung des zellulären Immunsystems herzustellen. Daraus resultiert, dass fortgeschrittene Krebserkrankungen, unter anderem Maligne Melanome, durch das Immunsystem zurückgedrängt und das Überleben der Betroffenen verlängert werden kann. (Hodi FS 2010; Lipsen EJ 2013).

Besondere Hoffnungen liegen auf der Generierung spezifischer antitumoral wirksamer T-Zellen durch Inkubation autolog (körpereigen) gewonnener dendritischer Zellen mit Tumorproteinen und -peptiden ex vivo. Die Rückführung dieser immunogen stimulierten dendritischen Zellen kann die körpereigenen T-Zellen gegen die Tumorerkrankung ausrichten (Topalian SL 2011). Diese Behandlungen sind aktuell Gegenstand der Forschung. Am Universitären Krebszentrum Leipzig führen wir Tumorstimulationen (Impfungen) mit aktivierten körpereigenen dendritischen Zellen im Rahmen klinischer Studien unter anderem beim Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) durch.

Personalisierte Planung der chirurgischen Behandlung

Auch die operative Therapie beinhaltet trotz aller Notwendigkeit der Systematisierung chirurgischer Eingriffe einen immanenten personalisierten Ansatz, der aus der individuellen Anatomie und Tumorausbreitung jedes einzelnen Patienten resultiert und auch andere Faktoren (zum Beispiel Begleiterkrankungen) berücksichtigt. Dies macht – bei aller Notwendigkeit einer ausreichenden Radikalität – eine genau auf das Individuum abgestimmte operative Vorgehensweise notwendig. Im Kontext mit den anderen therapeutischen Disziplinen, namentlich der Radioonkologie und der Internistischen Onkologie, führte die konsequente Anwendung eines solchen Konzepts zur Umgestaltung der Handlungsweisen des onkologischen Chirurgen. Das Universitätsklinikum Leipzig verfolgt seit einigen Jahren einen Ansatz, der die Planung und Konzeptentwicklung eines personalisierten Behandlungspfades auf Basis Patienten-spezifischer Modelle in der Tumorchirurgie ermöglicht. Dies wurde exemplarisch im Bereich der Kopf-Hals-Onkologie erarbeitet. Der Vorgang der radikalen kurativen Tumoresektion wird dabei bewusst als ein (wesentlicher) Prozessschritt im gesamten Behandlungskonzept eines individuellen Patienten definiert. Die Eckpunkte des Prozesses stellen die höchst sorgsame morpho-

¹ Universitäres Krebszentrum Leipzig (UCCL), Universitätsklinikum Leipzig

² Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig

³ Universitätsfrauenklinik – Brustzentrum, Universitätsklinikum Leipzig

⁴ Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Leipzig

⁵ Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Leipzig

logische Aufarbeitung des Falles mittels Schnittbilddiagnostik, funktioneller Bildgebung (PET-CT oder PET-MRT) und Endoskopie dar sowie die Zuordnung histopathologischer Befunde zur individuellen Anatomie des Patienten. Der individuelle „Fall“ wird im interdisziplinären Tumorboard visualisiert, wo die Planung der Tumorresektion sowie die Vor- oder Nachbehandlung in Form (neo-) adjuvanter Chemo- und/oder Radiotherapie sowie die Risiko-adaptierte Tumornachsorge vorgenommen wird. Als entscheidend erwies sich, dass Befunde aus der Panendoskopie mit Biopsie, die im OP als erster diagnostischer Schritt unter Zuhilfenahme optischer und manuell taktiler Information (manuelles Austasten der Tumorgrenzen) generiert werden, nicht nur vom Chirurgen erfasst, sondern auch den anderen Disziplinen vermittelt werden. Weiterhin werden heutzutage neben der Panendoskopie und Bildgebung eine Reihe histopathologischer und molekularbiologischer Informationen generiert, die in die Therapieentscheidung eingeschlossen werden (Dietz A. 2010). Aus diesem Grunde lag es nahe, die Informationen digital zu akquirieren und als umfassendes Patientenmodell für das interdisziplinäre Tumorboard aufzubereiten. Hierfür wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Visualisierung (VIS) der Universität Magdeburg und der Firma Dornheim ein sogenannter Tumortherapiemanager (Software) entwickelt, der alle Informationen sinnvoll in Darstellung bringt. Dieses technologisch deutlich erweiterte Tumorboard wird **„Treatment Planning Unit“ (TPU)** genannt. Die TPU wurde im Leipziger **Innovation Center Computer Assisted Surgery (ICCAS)** entwickelt und in den Tumorboard-Besprechungsraum am Universitätsklinikum Leipzig installiert. Im Rahmen der Entwicklung schonenderer chirurgischer Zugangswege ist auch die bisherige Strahlentherapie aufgrund der häufigen Spättoxizität mit einhergehenden Schluckstörungen bei Bestrahlung der Rachenmuskulatur (Pharynx-Konstriktoren) in die Kritik geraten. Die Rede ist von „persona-

lisierten“ Nachbestrahlungskonzepten, die die Konturierungsmöglichkeiten der Intensitäts-modulierten Radiotherapie (IMRT) weiter ausnutzen sollen (Quon H. 2011).

Personalisierte Bestrahlungsplanung

Neben anatomischen Informationen bestimmen genetische Faktoren, die über die oben beschriebene Signaltransduktion ermittelt werden, aller Wahrscheinlichkeit nach auch die Radioresistenz und damit das Rückfallrisiko maligner Tumoren. Diese Faktoren spielen bei nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und bei Plattenepithelkarzinomen im Kopf-Hals-Bereich sowie bei Tumoren des Zentralnervensystems eine relevante Rolle (Loriot Y. 2010; Patties I. 2013; Stegemann H. 2013; Zhang M. 2011). Die Interaktion zwischen Radiotherapie und Inhibitoren der Signaltransduktion können möglicherweise ein neues therapeutisches Fenster eröffnen mit einer personalisierten Anwendung der Strahlentherapie, möglicherweise auch unter Berücksichtigung modifizierter Dosisverschreibungen und Auswahl von Zielvolumina.

Personalisierte Therapie am Beispiel des Mammakarzinoms

Die Detektion intrazellulärer Signalkaskaden, Klassifizierung von Tumoren anhand ihrer Genexpressionsmuster und die Einführung neuer Wirkstoffe in die systemische Therapie haben Auswirkungen auf die Planung der operativen Therapie, die nach wie vor ein integraler Bestandteil der kurativen Behandlung des Mammakarzinoms ist. Während die operative Entfernung des Mammakarzinoms noch bis vor 20 Jahren fast immer der erste Schritt in der multimodalen Therapie war, hat sich die Therapiesequenz seither geändert. Grund dafür sind Erkenntnisse, die aus einer Vielzahl von Studien gewonnen wurden, die untersucht haben, ob die Änderung der Abfolge von Operation und Chemotherapie vorteilhaft für die Patientinnen ist. Ausgangspunkt für die Einführung der neoadjuvanter (auch: primären oder präoperativen) Chemotherapie

in die Behandlung des Mammakarzinoms waren die Erfolge der adjuvanter Chemotherapie und der Einsatz der präoperativen medikamentösen Behandlung bei Patientinnen, die aufgrund einer lokal fortgeschrittenen Erkrankung primär nicht operabel waren. Sowohl das Gesamtüberleben als auch das rezidivfreie Überleben sind unabhängig von der Tatsache, ob ein und dieselbe Chemotherapie vor oder nach der Operation appliziert werden (Mauri D. 2005). Zunächst wurde bewiesen, dass für Patientinnen kein Nachteil entstand, wenn die Chemotherapie vor der Operation verabreicht wurde. Der neoadjuvanter Therapieansatz erwies sich der adjuvanter Therapie sogar in einigen Punkten als deutlich überlegen. Ein Vorteil der Chemotherapie vor der Operation liegt darin, dass es durch die Behandlung in den meisten Fällen zu einer Verkleinerung des Tumors kommt, so dass die Rate an brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen, die sonst eine Mastektomie benötigt hätten, gesteigert werden kann. Die Auswertung zahlreicher Studien zeigte darüber hinaus, dass das Erreichen einer histopathologischen kompletten Remission ein unabhängiger günstiger Prognose-Faktor für Patientinnen ist. Stellvertretend sei an dieser Stelle die Arbeit von Untch et al. erwähnt, die in der TECHNO Studie die Kombination von Epirubicin, Cyclophosphamid, Paclitaxel und Trastuzumab bei Patientinnen mit einem HER2-überexprimierenden Mammakarzinom untersuchten. Patientinnen, bei denen nach neoadjuvanter Therapie weder im Bereich der Mamma noch im Bereich der Lymphknoten Anteile des zuvor diagnostizierten Tumors nachgewiesen wurden, hatten eine signifikant bessere Prognose im Vergleich zu Patientinnen mit residuellem Tumor (Untch M. 2011). Ein weiterer Vorteil der neoadjuvanter Chemotherapie besteht darin, dass neue Therapieansätze bezüglich ihrer Aktivität getestet werden können und zeitnah Erkenntnisse gewonnen werden. Anstatt wie in der adjuvanter Therapie mehrere Jahre warten zu müssen, um Informationen zu erhalten, ob

ein Medikament einen Einfluss auf das Überleben einer Patientin hat, können die Effekte der neoadjuvanten Behandlung zeitnah evaluiert werden. Die Untersuchung von während der Therapie durch wiederholte Gewebeentnahmen (zum Beispiel Stanzbiopsie) gewonnenen Proben erlaubt es, direkt die Auswirkungen auf den Tumor zu untersuchen. Darüber hinaus lassen sich Therapieeffekte durch die klinische Untersuchung und bildgebende Verfahren wie die Sonografie, die Mammografie oder das MRT verfolgen (Untch M. 2012). Primär auf eine Chemotherapie resistente Tumore lassen sich nach nur 2 Zyklen einer neoadjuvanten Therapie selektieren und gestatten potenziell die Umstellung auf eine wirksamere Medikation (Minckwitz G. 2008). Durch die Definition der intrinsischen Tumortypen (Luminal A/B, HER2, basal-like, Tabelle 3, Goldhirsch A. 2013) kann man das Ansprechen auf eine Chemotherapie

besser vorhersagen, als das früher der Fall war (Minckwitz G. 2011). Studien, die unter der Schirmherrschaft der German Breast Group (GBG) durchgeführt wurden, konnten belegen, dass junge Patientinnen mit Hormonrezeptor-negativen, HER2-überexprimierenden Mammakarzinomen in besonderer Weise von einer neoadjuvanten Chemotherapie profitieren (Minckwitz G. 2012). Die pathologische komplette Remission dient hierbei als Surrogatmarker für die Prognose der Patientinnen. Somit ist durch die neuen Erkenntnisse über die Biologie der Tumore eine Individualisierung der Behandlung möglich geworden, die sich sowohl in der medikamentösen Therapie als auch in der operativen Therapie des Mammakarzinoms niederschlägt.

Folgerungen

Die in der personalisierten Krebsmedizin gewonnenen Kenntnisse haben Auswirkungen auf alle an der Krebs-

sen veranstalteten Impfkurse in diesem Jahr zu folgenden Terminen stattfinden:

Impfkurs Teil I
Dresden, 28.02./01.03.2014
Ort: Plenarsaal der SLÄK

Impfkurs Teil I
Chemnitz, 17./18.10.2014
Ort: Konferenzzentrum im Klinikum Chemnitz, Flemmingstraße 2

Impfkurs Teil II
Leipzig, 07./08.11.2014
Ort: KVS-Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Ärzte in ethisch schwierigen Situationen oder Fällen direkt und unbürokratisch an das KKE wenden. Ausgangspunkt für dieses Angebot ist ein Diskussionsabend des Gesprächskreises Ethik in der Medizin vom Herbst 2013 mit niedergelassenen Ärzten. Die Mitglieder des KKE waren sich in der Folge einig darüber, dass keine neuen Strukturen für eine ambulante Ethikberatung geschaffen

therapie beteiligten Fachdisziplinen. Nicht allein die Pharmakotherapie ist Gegenstand der personalisierten Medizin. Auch nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren und die gesamte multimodale Therapiestrategie erfahren maßgebliche Veränderungen. Mehr denn je ist deshalb ein eng verzahntes multidisziplinäres Arbeiten an Zentren, wie der Nationale Krebsplan sie fordert und vorsieht, ein wichtiger, ja notwendiger Bestandteil einer zeitgemäßen und erfolgreichen individuellen Krebsbehandlung.

Literatur beim Verfasser

Kontaktadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Lordick
Direktor Universitäres Krebszentrum Leipzig
(UCCL)
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
E-Mail: florian.lordick@medizin.uni-leipzig.de

Mitteilung der Sächsischen Impfkommision

Impfkurse zur Erlangung des Zertifikates Schutzimpfungen der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 2014

Aufgrund von Kollegenanfragen teilt die Sächsische Impfkommision (SIKO) mit, dass die jährlich von der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK), der SIKO, der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen und der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sach-

Es ist zu beachten, dass der Impfkurs in Chemnitz seit Jahren erstmals nicht in den Räumen der KVS, Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz, stattfindet, sondern im Konferenzzentrum des Klinikums Chemnitz, Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz, da laut Schreiben der KVS-Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz für die Impfkurse ab 2014 ff. keine Räume mehr zur Verfügung gestellt werden.

Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de

Ambulante Ethikberatung für Dresden

Das Komitee für klinische Ethikberatung (KKE) des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden bietet niedergelassenen Ärzten in Dresden und Umgebung oder Klinikärzten, die sonst keinen Zugang zu einer Ethikberatung haben, seine Beratungsleistung an. Somit können sich

werden, sondern zunächst die vorhandenen Strukturen genutzt werden sollten. Für Anfragen an das KKE wenden Sie sich bitte per E-Mail an dessen Vorsitzende, Dr. med. Birgit Gottschlich, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Birgit.Gottschlich@uniklinikum-dresden.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

20 Jahre Cochlea-Implantation in Sachsen

D. Mürbe, Th. Zahnert

Als nach Vorarbeiten mehrerer Forschergruppen im Jahr 1978 Graham Clarke in Melbourne den Prototyp des ersten digital-mehrkanaligen Cochlea-Implantates (CI) einsetzte, wurde diese medizinische Pionierleistung zu Recht in besonderem Maße gewürdigt. Mit dem CI konnte erstmals bei komplettem Ausfall eines Sinnessystems eine Reha-bilitationsoption angeboten werden. Dabei war die Idee, einen feinen mit Elektroden besetzten Draht in die Hörschnecke (Cochlea) des knöchernen Felsenbeins einzuführen, um anstelle der funktionslosen Sinneszellen des Innenohres den Hörnerv direkt zu stimulieren, nicht neu. Die praktische Umsetzung einer direkten elektrischen Dauerstimulation eines Hirnnervs glich jedoch einem großen Schritt in operatives, medizintechnisches und neurobiologisches Neuland.

Seit dieser Zeit wurden weltweit über 300.000 Cochlea-Implantate als elektronische Innenohrprothesen bei hochgradig hörgestörten Patienten eingesetzt, wobei unverändert die ursprüngliche „duale“ Grundkonzeption des CI mit einem hinter dem Ohr unter der Haut im Schädelknochen verankerten Implantat und einem externen Sprachprozessor fortgeführt wird. Der ähnlich einem Hörgerät an der Ohrmuschel getragene Sprachprozessor mit Mikrofon wandelt den aufgenommenen Schall in elektrische Signale um, die durch eine mit dem Prozessor verbundene Spule transkutan auf das Implantat übertragen werden. Das Implantat generiert daraus ein elektrisches Impulsmuster, mit dem der Hörnerv über eine in die Hörschnecke eingeführte Elektrode direkt stimuliert wird (Abb. 1).

In den Anfangsjahren der Cochlea-Implantation wurde die neue Versorgungsoption zunächst überwiegend postlingual ertaubten Erwachsenen angeboten, das heißt lautsprachlich

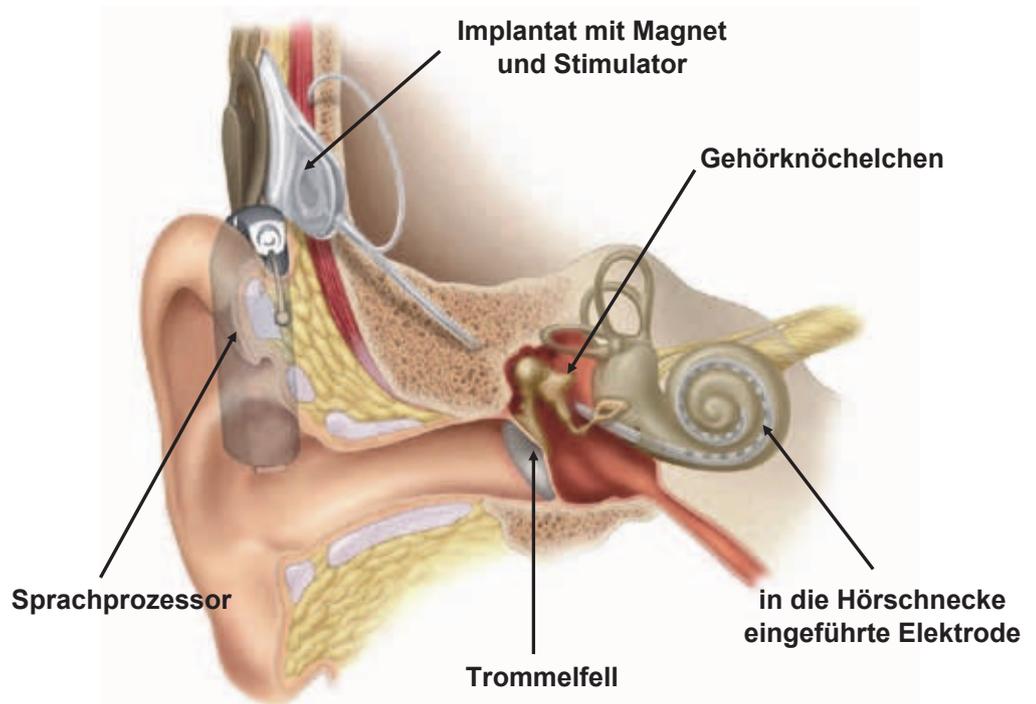


Abb. 1: Aufbau eines Cochlea-Implantates (CI), mit freundlicher Unterstützung von Cochlear®

orientierten hörgeschädigten Patienten, bei denen durch das Implantat die Außenwelt wieder „akustisch angekoppelt“ und das durch früheres Hörvermögen vorhandene Sprachverständnis wieder nutzbar gemacht werden sollte. Nach Etablierung der Versorgung erwachsener Patienten wandte man sich einer zweiten Gruppe potenzieller CI-Träger zu – hochgradig hörgeschädigten oder taub geborenen Kindern, bei denen durch das Implantat eine lautsprachliche Entwicklung überhaupt erst ermöglicht wird. Die Erfahrungen dieser ersten Jahre machten sehr rasch deutlich, dass sich eine CI-Versorgung nicht auf die Operation des Implantats reduziert, sondern nur dann erfolgreich sein kann, wenn eine strukturierte Hör- und Sprach-(Re)habilitation angeschlossen wird. In Sachsen wurde im November 1993 durch den damaligen Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde des Universitätsklinikums Dresden, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Bernd Hüttenbrink, die erste Cochlea-Implantation vorgenommen, ein Meilenstein der universitären Hochleistungsmedizin des Freistaats. Visionär hatte er bereits zu diesem Zeitpunkt die für den Erfolg der Implantation essentielle Rehabilitationsstruktur im Blick, so

dass im Herbst 1995 das Sächsische Cochlear Implant Centrum (SCIC) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden gegründet werden konnte. Zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen nach Cochlea-Implantation wurde mit den Kostenträgern ein Vertrag nach § 111 SGB V geschlossen, womit die Voraussetzungen für ein strukturiertes und nachhaltiges Rehabilitationskonzept geschaffen waren. In den ersten Jahren nach der Operation steht seitdem jedem CI-Träger das interdisziplinäre Rehabilitationsangebot des SCIC in mehreren 3-5-tägigen Rehabilitationsaufenthalten im Jahr zur Verfügung.

Die Ausgangsbedingungen von postlingual hörgeschädigten Erwachsenen und vor dem Spracherwerb mit einem CI versorgten hörgeschädigten Kindern unterscheiden sich dabei deutlich. Erwachsene CI-Träger nutzen die Rehabilitationszeit, um die mit dem Implantat gewonnenen Höreindrücke wieder mit „früheren“ sprachlichen und klanglichen Repräsentationen im auditorischen Cortex in Übereinstimmung zu bringen und das neue Hören zu trainieren, während die kindliche Rehabilitation auf den primären Erwerb von Lautsprache und kommunikativen Kompetenzen zielt. Wenn man sich die ver-

schiedenen Phasen des mehrere Jahre dauernden physiologischen Spracherwerbs von normal hörenden Kindern vor Augen hält, wird deutlich, dass sich „der Lohn der Implantation“ nicht sofort einstellt, sondern bei bestmöglichem mehrjährigem Verlauf in einer adäquaten Sprachentwicklung mündet. Ein solcher Rehabilitationsansatz bedarf interdisziplinärer Strukturen, die neben der ärztlichen Betreuung durch Fachärzte für HNO-Heilkunde sowie für Phoniatrie und Pädaudiologie insbesondere ingenieurtechnische Kompetenz zur Anpassung des Sprachprozessors sowie hörgeschädigtenpädagogische, sprachtherapeutische und logopädische Expertise einbinden. Psychologische Fachkompetenz zur Bewältigung der gravierenden Umstellung der Lebensverhältnisse sowie ergo- und musiktherapeutische Ansätze ergänzen das Rehabilitationskonzept, in dem auch allgemein entwicklungsverzögerte und mehrfachbehinderte Kinder betreut werden.

Seit der Einführung der Cochlea-Implantation in Sachsen vor zwanzig Jahren kam es zu einer steten Zunahme der Versorgungszahlen. Nach Angaben des Verbandes der Deutschen Universitätsklinik gehörte das

SCIC am Uniklinikum Dresden mit 130 CI-Operationen im Jahr 2012 zu den fünf größten Versorgungseinrichtungen der Bundesrepublik. Am Uniklinikum Leipzig hat sich im Jahr 2011 ein zweites CI-Zentrum auf dem Gebiet des Freistaates gegründet. Der steigende Bedarf an CI-Versorgungen liegt nicht nur in einer verbesserten Information von Patienten und Fachkollegen sowie intensiver öffentlicher Aufklärung begründet, sondern auch an der Indikationserweiterung durch Einbezug hochgradig hörgestörter Patienten mit Resthörvermögen, die mit konventionellen Hörsystemen kein ausreichendes Sprachverständnis mehr erreichen können. Diese Patienten bilden heute den größten Anteil aller CI-Versorgungen, während in den Anfangsjahren überwiegend komplett ertaubte Patienten ein CI erhielten. Auch bilaterale Implantationen sowie Versorgungen von seitendifferenten Hörstörungen, Hochtonschwerhörigkeiten und ausgewählte Formen retrokochleärer Schwerhörigkeit sind Faktoren, die zu einer Zunahme der Implantationen geführt haben. Die Inanspruchnahme des Neugeborenen-Hörscreenings, der Ausbau phoniatriisch-pädaudiologischer Strukturen sowie Verbesserun-

gen des operativen Vorgehens bei Elektrodeninsertion in die Hörschnecke haben des Weiteren zur Profilierung des CI-Versorgungsweges beigetragen. Durch Weiterentwicklung der Technologien von Implantat und Sprachprozessor stehen uns in der neuen Generation der Implantate heute qualitativ hochwertige Medizinprodukte verlässlicher funktionaler Stabilität zur Verfügung.

Trotz der Erfolgsgeschichte der Cochlea-Implantation darf nicht übersehen werden, dass einerseits nicht alle Formen von gravierenden Hörstörungen mit einem CI zu behandeln sind und andererseits nicht in jedem Fall eine lautsprachliche Intention der Betroffenen vorliegt. Für lautsprachlich orientierte hochgradig Hörgeschädigte aber ist das CI eine segensreiche Option, wieder kommunikativ am privaten und gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dirk Mürbe

Leiter der Abteilung Phoniatrie und

Audiologie/Sächsisches Cochlear Implant

Centrum

Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde,

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU

Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Tel.: 0351 458 7045, Fax: 0351 458 5732

E-Mail: dirk.muerbe@uniklinikum-dresden.de

Ärzte spenden Ärzten

Medizinische Geräte für Rumänien

Im „Ärzteblatt Sachsen“ vom Juli 2013 veröffentlichten wir einen persönlichen Aufruf für eine Spende ausgesonderter funktionsfähiger medizinischer Geräte für Diagnostik oder Therapie. Zunächst war jedoch die Absicht, Kontakte, Bedarf, Transport und Transportwege sowie Einfuhrmöglichkeit in Rumänien zu prüfen. Eine andere Frage war, ob überhaupt Geräte gespendet würden. Außerdem sollte die Hilfe ohne Aufwand für die Kammer anlaufen.

Es war eine freudige Überraschung, dass sofort und bis Dezember 2013 Hilfsangebote von sächsischen Ärzten kamen. So wurden drei Ultraschallsonografen, zwei EKG, zwei

Spirometer, ein Sehtestgerät, ein Audiometer, ein EEG, zwei Mikrowellen- und ein Ultraschalltherapiegerät, alle mit Zubehör und Verbrauchsmaterialien gespendet. Außerdem konnten noch einige medizinische Hilfsgeräte wie Zentrifugen, Infusionsständer, Kurzzeitwecker und so weiter mit auf die Reise geschickt werden.

Einige Geräte wurden so dringend gebraucht, dass sie ein Kollege aus dem Kreis Krankenhaus in Huedin/Nordrumänien gleich selbst abholte. Andere schickten wir mit einem sowieso nach Rumänien fahrenden LKW als kostenlose Zuladung mit, sie wurden an der Strecke in Empfang genommen. Ein Privatreisender brachte eine Sendung in ein Krankenhaus bei Schäßburg.

So konnten die Spenden ohne Verwaltung, Bürokratie, zusätzlichen fi-

nanziellen Aufwand und ohne Schwierigkeiten an den Hilfsort gelangen.

Erwähnenswert ist, dass die Spenden ausschließlich von niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen kamen und vorerst ausschließlich an Krankenhäuser geliefert werden können, weil es noch keinen privaten niedergelassenen Sektor auf dem Lande gibt.

Offensichtlich sind die Entscheidungswege in unseren Krankenhäusern doch nicht kurz genug.

Allen Spendern sei ganz herzlich gedankt. Besonders einem Kollegen aus dem Erzgebirge, der nach Auflösung seiner Praxis mehrere wertvolle Geräte abgab. Er hatte sein Medizinstudium teilweise in Rumänien absolviert.

Dr. med. Günter Bartsch, Neukirchen

Im Geschäftsbereich des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz und für Europa sind für die Justizvollzugsanstalten Bautzen, Chemnitz und Zwickau ab sofort Stellen für je eine/einen

**Ärztin/ Arzt mit sehr guten
allgemeinmedizinischen
Kenntnissen oder einer/ eines
Fachärztin/ Facharztes für
Allgemeinmedizin/ Innere
Medizin**

unbefristet zu besetzen.

Die Vergütung und regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit richten sich nach dem Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken (Entgeltgruppe Ä 1 oder Ä 2, 42 h/Woche).

Wir bieten regelmäßige Arbeitszeiten. Die Tätigkeit erfordert derzeit keinen Nacht- und Wochenenddienst und keinen Bereitschaftsdienst. Die Vollzeitstellen sind teilbar und eignen sich daher auch für eine Teilzeitbeschäftigung.

Das Staatsministerium ist auch an der Erbringung der ärztlichen Leistungen auf Honorarbasis sehr interessiert. Die Höhe des Honorars wird jeweils einzelvertraglich vereinbart.

Allgemeine Informationen zu den Justizvollzugseinrichtungen des Freistaates Sachsen finden Interessenten unter www.justiz.sachsen.de/justizvollzug.

Ansprechpartner
Sächsisches Staatsministerium der Justiz und
für Europa
Frau Heike Tschenker
Telefon: 0351 5641913

Neues Leben dank Organspende

**David Wagner im Deutschen
Hygiene-Museum Dresden**

Der Schriftsteller David Wagner, der für sein Buch „Leben“ im Jahr 2013 mit dem Preis der Leipziger Buchmesse ausgezeichnet wurde, las am 27. November 2013 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden aus dem Roman. In intensiven Momenten erfuhren wir viel über die Innensichten eines schwerkranken Menschen, über das Warten auf und über das Leben mit einem fremden Organ.

Die Veranstaltung aus der Reihe „Diagnosen. Literatur und Medizin“ beleuchtete wie gewohnt nicht nur literarische Aspekte des Buches. So ging es im Gespräch mit dem Münchner Medizinethiker Ulrich Braun und dem Schweizer Psychiater Dr. Thomas Schulte-Vels vor allem darum, wie eine schwere Krankheit das Ich verändert und wie man damit umgehen kann, dass ein Mensch sterben muss, damit man überlebt.

Wagner selbst, der über den Ich-Erzähler seines Romans zwar lieber als Protagonisten spricht, macht kein Geheimnis aus den autobiografischen Einflüssen auf seine Erzählung. Das Motto, welches er dem Buch vorausschickt, drückt es wunderbar zweideutig aus: „Alles war genau so und auch ganz anders.“



David Wagner © David Brandt

Der Autor weiß aus eigener Erfahrung, was es bedeutet, auf das lebensrettende Organ zu warten und sich einer Lebertransplantation zu unterziehen. Seine Gedanken zu diesem Wettlauf gegen die Krankheit werden dadurch umso eindringlicher. So bleibt etwa die paradoxe Dimension der Warteliste haften, welche für den Patienten an jedem Tag, den er näher am Tod ist, die Chance erhöht, zu überleben. Über den Abend hinaus bleibt auch eine Frage im Gedächtnis, die der Autor wie nebenbei stellte: Gibt es eine ethische oder moralische Verpflichtung des Organempfängers zum verantwortungsvollen Umgang mit sich und seinem Körper? Die Ausführungen und Antworten Wagners streiften tatsächlich Existenzielles. Es ging um die vielschichtigen Erfahrungen,

die ein Leben mit einem fremden Organ mit sich bringen, um Gefühle wie Schuld oder Verantwortung und um die Frage, wie man diese Erfahrungen verarbeiten kann.

In diesem Zusammenhang ließ sich am Ende der Veranstaltung dann noch ein interessantes Detail zum Motiv des Autors heraushören. Dr. Schulte-Vels machte gerade deutlich, dass die psychologische Begleitung des Transplantationspatienten in der Schweiz auch nach dem so wichtigen Eingriff fortgeführt wird. Dieser Fakt überraschte Wagner offenbar ein wenig und brachte ihn auf den Gedanken, dass er dann wohl in der Schweiz seinen Roman hätte gar nicht schreiben müssen. Für Ulrich Braun, der die Veranstaltung eloquent moderierte, Grund genug mit einem Augenzwinkern darauf hinzuweisen, dass wir vielleicht ganz froh sein können, dass Wagner seine Transplantation dann doch im deutschen Gesundheitssystem erlebt hat. Ausgeklammert wurden bei der Lesung mit Gespräch die aktuellen Bezüge zu den Manipulationen von Wartelisten und dem Rückgang der Spendenbereitschaft. Erfahrungsärmer und weniger eindringlich ließ das den Abend aber nicht erscheinen.

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Psychiatrie und Wende '89

Die Erneuerung der Medizinischen Akademie in Dresden

Die folgenden Ausführungen sollen sich den Veränderungen in der Hochschulpsychiatrie, den Evaluationen des wissenschaftlichen Betriebes, der Überprüfung der personellen Eignung für eine Tätigkeit im öffentlichen Dienst der Hochschule, der Gründung einer neuen Medizinischen Fakultät und den Veränderungen der Dresdener psychiatrischen Versorgungslandschaft zuwenden. Ein Exkurs über die emotionalen Besonderheiten der Ereignisse wird den Artikel beschließen.

Die nervenärztliche, speziell psychiatrische Versorgungssituation in Dresden war bis zur Wende gekennzeichnet von einem erheblichen Mangel an psychiatrischen Betten in der Stadt Dresden. Nur die entsprechende Klinik der medizinischen Hochschule verfügte über stationäre Betten (60 Plätze) und eine Tagesklinikkapazität von 25 Plätzen, die psychiatrischer Grundversorgung gewachsen war. Die meisten Patienten der Stadt – wenn sie stationär behandlungsbedürftig waren – wurden in eine etwa 30 km entfernte Großklinik eingewiesen, in der sich der Versorgungsmangel, was die materielle Situation anging, in drastischer Weise darstellte. Die universitären Verhältnisse waren da, insbesondere auch bezogen auf die personelle Ausstattung der Klinik, bei aller räumlichen Bescheidenheit als angemessen zu bezeichnen.

Bis zur Wende 1989 gab es an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ eine Klinik und Poliklinik für Neurologie und Psychiatrie, die neben den beiden Hauptfächern über eine kleine Abteilung Kinderpsychiatrie verfügte. Direktoren der Klinik waren Prof. Dr. med. habil. Otto Bach (1987 an die Hochschule berufen) seine Vorgänger Prof. J. Suckow (1954 – 1963) und Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange (1963 – 1987). 1990 wurde die Klinik in drei

selbstständige Einheiten (Psychiatrie/ Psychotherapie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) getrennt. Mit dem „Gesetz über die Hochschulmedizin im Freistaat Sachsen“ vom 06.05.1999 wurden die beiden Hochschulkliniken (Dresden und Leipzig) in Anstalten öffentlichen Rechts überführt, die aber in enger Kooperation mit den Medizinischen Fakultäten existieren. Zuvor war in einem längeren Gründungsakt eine Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden entstanden, in der die bisherige Medizinische Akademie aufging. Der erste freigewählte Rektor der Medizinischen Akademie nach der Wende und zugleich ihr letzter vor der Fakultätsgründung war der Psychiater Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, der das Amt am 26.06.1991 übernommen hatte. Eine Gründungskommission unter dem Würzburger Neurochirurgen Prof. Dr. K.-A. Bushe hatte – unter Einbeziehung der Kompetenz der zunächst weiter agierenden Akademie – das Profil der neuen Fakultät entwickelt. In 30 intensiven mehrtägigen Arbeitsberatungen der Kommission wurden Strukturen der Fakultät, Personalprogramme, Wissenschaftsschwerpunkte und Bauplanungen vorgenommen, die schließlich am 12.05.1993 zu der erlösenden Entscheidung durch den Wissenschaftsrat führten, dass die Fakultät zu gründen sei und die Akademie als Hochschule ihr Wirken beendet. Am 25. Oktober 1993 fand in einem feierlichen Akt die Gründung der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden statt. Es gab viele gute Gründe für

diesen Vorgang einer zunächst von den Mitarbeitern durchaus als betrüblich erlebten Umwandlung bzw. Neugestaltung. Die Akademie war hochschul- und wissenschaftspolitisch in der bisherigen Form nicht zukunftsfähig. Die Bedingungen zur Wende waren charakterisiert durch einen zu geringen wissenschaftlichen Output bei einer Personalstruktur, die fast ausschließlich auf Studentenausbildung und medizinische Versorgung der Bevölkerung hin orientiert war und nur begrenzt in der internationalen scientific community mitwirkte. Es fehlten die vorklinischen Ausbildungsfächer (das medizinische Studium bis zum Physikum leisteten die Studenten bis dahin an der Berliner oder Leipziger Universität ab). Der medizintechnische Ausstattungsgrad war eher bescheiden und schließlich war die Zahl der Hochschullehrer durch natürlichen Abgang in die Pension oder durch Ungeeignetheit für eine Tätigkeit im öffentlichen Dienst aus politischen Gründen stark reduziert. Galt es doch – wie das der damalige sächsische Ministerpräsident Biedenkopf in einer Regierungserklärung vom 08.11.1990 erläutert hatte – in einer wirklich einmaligen Herausforderung politische Altlasten und Seilschaften zu überwinden und jeglichen Einfluss des alten Herrschaftssystems auf die neuen Entwicklungen auszuschließen. Es ging dabei insbesondere um offene Auseinandersetzungen mit Verletzungen von Menschenrechten, Stasiaktivitäten und Behinderungen von parteilosen Kollegen in der DDR-Zeit. Was die Karrierebehinderungen von Kollegen in der DDR-Zeit anging, konnten in der Nachwendezeit bald eine beträchtliche Zahl von habilitierten Kollegen zu Professoren ernannt werden. Eine schwierige und menschlich nicht immer einfache Aufgabe hatten dabei zwei Kommissionen zu leisten, die einmal die fachlichen Kompetenzen der wissenschaftlichen Mitarbeiter zu bewerten hatten und zum anderen sogenannte Personalkommissionen, die jene Kolleginnen und Kollegen einzuschätzen hatten, die systemnahe, informelle Mitarbeiter der Stasi oder auf andere Weise in unde-



Prof. Dr. K.-A. Bushe



Gründungsfestakt: in der ersten Reihe von rechts nach links: Rektor Prof. Dr. Landgraf, Minister Prof. Dr. Meyer, Minister Dr. Geisler, bisheriger Rektor der Akademie Prof. Dr. Bach, Gründungsdekan Prof. Dr. Bushe, Frau Schmidt-Göhrich, Prof. Dr. Kemper (Med. Fakultätentag), Prof. Dr. Leutert (Rektor der Universität Leipzig), Prof. Dr. Geiler (Dekan der Leipziger Medizinischen Fakultät)

mokratische Machinationen verwickelt waren. Die Arbeit dieser Personalkommissionen regelten die §§ 76 ff. des Hochschulerneuerungsgesetzes vom 25. Juli 1991. Die Personalkommission einer Hochschule bestand aus sieben ständigen und acht nichtständigen Mitgliedern, die vom Staatsminister für Wissenschaft und Kunst des Freistaates berufen wurden. Die Kommission hatte unter Umständen mehrheitlich zu entscheiden, ob dem Ministerium die Abberufung eines Mitarbeiters im Sinne des Gesetzes vorzuschlagen sei. Eine Landespersonalkommission hatte die ständigen Mitglieder der Personalkommissionen zu überprüfen und in strittigen Fällen zu entscheiden.

Die Fachkommission (nach § 80 des Gesetzes) hatte die erforderliche wissenschaftliche Kompetenz zu prüfen. Sie wurde von Amts wegen tätig und konnte dem Staatsminister die Abberufung eines Hochschullehrers bzw. die Entlassung eines wissenschaftlichen Mitarbeiters empfehlen. Diese Entlassungen – wobei viele Mitarbeiter von sich aus die Hochschule verließen, zumal sich in freien Niederlassungen und privaten medizinischen Einrichtungen Tätigkeitsfelder neu eröffneten – verliefen eigentlich eher unspektakulär. In einzelnen Fällen mussten sie aber auch nach gerichtlichen Entscheidungen zurückge-

nommen werden. Die Arbeit der Dresdner medizinischen Hochschule war durch diese Maßnahmen, die eher einen kleinen Teil der Beschäftigten betraf, in ihrer Funktion in der Lehre und der medizinischen Betreuung nie gefährdet. Die wissenschaftliche Potenz sollte sich – wie der weitere Zeitverlauf ergab – durch eine Fülle von Neuberufungen, durch Institutsneugründungen (zum Beispiel Anatomie, Physiologie, spezielle internistische Fachbereiche, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und vieles andere mehr) und neue thematische Zielstellungen erheblich verändern und dazu führen, dass sich die Medizinische Fakultät nun heute im Ranking deutscher Hochschulen weit vorn positioniert. Das schon angedeutete Versorgungsniveau der nervenärztlichen Fächer, besonders aber der Psychiatrie in Dresden, war absolut defizitär und erfuhr im Laufe der ersten Nachwendejahre eine enorme Veränderung. Die universitäre Einrichtung konnte 1994 in ein rekonstruiertes Gebäude einziehen und damit die Arbeits- und Unterbringungsbedingungen entscheidend verbessern. Neue Kliniken entstanden in der Stadt, die im Rahmen eines regionalisierten Versorgungsmodells die Betreuung der Bevölkerung in einen angemessenen Standard versetzten. Mit der Veröffentlichung eines Lan-

despsychiatrieplanes der Landesregierung – veröffentlicht 1993 – wurden Rahmenprogramme für die Entwicklung von Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtmedizin und Psychotherapie und Psychosomatik vorgegeben, die auch stetig realisiert wurden und die zum Teil katastrophalen Betreuungsbedingungen in den Fachkrankenhäusern, Pflege- und Behindertenheimen – manche Beobachter sprachen nicht zu Unrecht von Verelendung in den Einrichtungen – ein Ende setzten. Ein Landesbeirat für Psychiatrie der Landesregierung war an der Ausarbeitung beteiligt.

Grundlegende Reformen der vor allen Dingen psychiatrischen Versorgungsstrukturen waren angesagt und standen im Mittelpunkt der nach der Wende eingeleiteten Psychiatriepolitik des Landes. Besondere Umstände führten hierbei zu erstaunlichen Änderungen und Verbesserungen. Zuerst ist in diesem Zusammenhang das Wirken des Sächsischen Staatsministers für Gesundheit und Soziales Dr. Hans Geisler zu nennen, der von 1990 – 2002 amtierte und als in Krankenhausfragen erfahrener Quereinsteiger in die Biedenkopf-Regierung Sachsens eine außerordentliche, besonders auch die Psychiatrie und die vernachlässigten medizinischen Pflegebereiche betreffende fördernde Rolle gespielt hat. Seinem Wirken ist es unter anderem auch zu verdanken, dass eine moderne Psychiatriegesetzgebung (PsychKG) entstand und die materielle Basis der Versorgung und strukturelle Neuordnungen zustande kamen.

Nach der Analyse der höchst misslichen Situation, die sich in einem zentralen Dokument „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ niederschlug (BMG 1991), gingen vom sächsischen Gesundheitsministerium die entscheidenden Impulse aus; Arbeitsgruppen wurden gebildet, die mit kompetenten Vertretern der lokalen Versorgungsinstitutionen und westdeutschen Fachvertretern besetzt waren. Koordiniert wurden die Bemühungen ab April 1991 von Dr. E. v. Kardorff, der

Erfahrungen in der Psychiatrieplanung durch sozialwissenschaftliche Begleitforschungen aufwies. Die entsprechende Abteilung im Ministerium leitete ab 1992 bis zu seinem frühen Tode 2001 Dr. med. Christian Frey. Neben der fachpolitischen Ebene konnte diese Psychiatrieplanung auch auf sozialpsychiatrische Modelle zurückgreifen, die unter Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise (Leipzig) entwickelt worden waren. Der bemerkenswerte Wandel der Verhältnisse, der sich infolge dieser und vieler anderer Aktivitäten vollzog, lässt sich am Beispiel der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten in der Stadt Dresden nachvollziehen. 1995 wurde aus einer kleinen, wenig versorgungswirksamen Bettenstation im Krankenhaus St. Marien eine in die Regionalversorgung voll integrierte Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit 90 Betten und 25 Tagesplätzen. Die Klinik wurde von Chefarzt Dr. med. Friedemann Ficker geführt; eine neurologische Klinik wurde 2004 installiert. Das Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt eröffnete am 07.01.1999 eine psychiatrische Klinik unter Leitung von Chefarzt Dr. med. Norbert Sasim; sie verfügt über 90 Betten und 20 Tagesklinikplätze. Im städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt wurde am 01.02.1990 eine Klinik für Neuropsychiatrie unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Joachim Morgner gegründet, die von ihm als Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie weitergeführt wurde, nachdem es zur Trennung der Fächer Psychiatrie und Neurologie gekommen war und ab 1996 eine Klinik für Neurologie (Direktor bis 2008 Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Saueremann, seitdem Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jochen Machetanz) eröffnet wurde. Die psychiatrische Klinik hat inzwischen Prof. Dr. med. Burkhard Jabs übernommen. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung, die sich aus der Inneren Medizin heraus entwickelt hatte, arbeitete im Klinikum schon seit 1967. Sie wird gegenwärtig als eigenständige Klinik (mit der psychiatrischen Partnereinrichtung in einem Zentrum für Psychische Gesundheit zusammenge-

fasst) von Frau Dr. Anderssen-Reuster geleitet. Schließlich wurde auch im Universitätsklinikum 1998 ein Lehrstuhl und eine Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik eingerichtet. Zum Direktor und Lehrstuhlinhaber wurde 1998 Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky berufen.

Die materielle und bautechnische Ausstattung aller dieser Einrichtungen gehorcht heute hohen Ansprüchen und die personelle Situation in den psychiatrischen Kliniken richtet sich weitgehend nach den vom Gesetzgeber vorgegebenen Richtgrößen psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken; (dieselben sind gegenwärtig durch neue Abrechnungsmodalitäten in Frage gestellt). Der springende Punkt dieser Entwicklungen war, dass neben den Planungsmaßnahmen zugleich eine ministerielle Administration aufzubauen war. Nach persönlichen Notizen des Ministers Geisler gehörten dem Ministerium am 01.01.1991 34 Mitarbeiter an, mit denen neben den psychiatrischen Fragen alle anderen Aufgabenbereiche in Angriff zu nehmen waren, was für das Ministerium, aber auch für die unterschiedlichen Arbeitsgruppen zu einer enormen Arbeitsverdichtung führte. Ein Akteur formulierte: „Wir sind damals in Arbeit ertrunken.“ (Hahn 2007, S. 214). Das Ministerium hatte zehn Arbeitsgruppen berufen, die die inhaltlichen Aspekte zukünftiger Versorgung berieten und damit den schon genannten Landesplan für Psychiatrie vorbereiteten. Ihnen gehörten unter anderem die Psychiater H. Bach, O. Bach, K. Weise, M. Uhle, K. Waldmann an.

Von den wichtigsten Grundsätzen einer sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatriereform seien genannt: Gleichstellung somatisch und psychiatrisch Kranker, Regionalisierung (Sektorisierung) der stationären Betreuung unter Einbeziehung der beiden Universitätsklinik, Bildung gemeindepsychiatrischer Verbände, Verkleinerung und Entflechtung der großen Anstalten mit einem effektiven, supportive Strukturen des Territoriums einbeziehenden Enthospitalisierungsprogramm; Kernstücke der

ambulanten Versorgung sind niedergelassene Ärzte und sozialpsychiatrische Dienste sowie psychosoziale Arbeitsgemeinschaften als koordinierende Gremien.

Die Zeit der Wende mit den vielen Veränderungen in den gesellschaftlichen, speziell – und hier im Mittelpunkt stehend – beruflichen Neuansforderungen unter Umständen Rollen- und Besitzstandsverlusten, aber auch Rollenstatusgewinnen in wichtigen Entscheidungsgremien hat auf dieser und jener Seite eine Fülle von Unsicherheiten – Ambivalenzen – Existenzängsten, aber auch Radikalismen in der Bearbeitung der Problemsphären hervorgebracht.

Manche Autoren meinen, dass der Psychohistorie einer Zeit genauso viel Aufmerksamkeit zu widmen sei, wie den äußeren Ereignissen selbst. d'Almeida (2007) spricht von Mikrohistorie, die den Geist der Zeit besonders einzufangen in der Lage sei. Insofern sind emotionologische Betrachtungen durchaus sinnvoll. (Emotionologie ist emotionale Befindlichkeiten in Beziehung zum Zeitgeschehen.)

Liest man die Quellen über die damalige Zeit, wird das offenbar (zum Beispiel. B. Rößler 1993, Lehmann-Grube 2009, Meier 2000). Die Verunsicherungen resultierten an den Hochschulen insbesondere beim akademischen Personal aus den verschiedenen Überprüfungen, denen sich der Einzelne gegenübergestellt sah und die zum Teil durchaus als Kränkung (fachliche Kompetenz!) erlebt wurden. Eine besondere Ambivalenz entsprang dem Gegensatz von einerseits von manchen geforderten Radikalitäten der Erneuerungsprozesse und jener – wie es der damalige hochschulpolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion und heutige Landtagspräsident M. Rößler formulierte – trotz aller Integrität vieler Hochschulangehöriger erlebbaren Harmoniebedürftigkeit, die er als Voraussetzung für das Überleben als Parteiloser in den Nischen des DDR-Hochschulwesens ansah und die nun den Erneuerungsprozess behindere. Viele Ärzte glaubten damals – und rückblickend

hat sich das auch als realistisch erwiesen –, dass sie in solcher Nischenexistenz halbwegs vernünftig im Strome des Widersinns der kommunistischen Zeit haben überleben können. W. Thierse (1998) sprach in dem Zusammenhang vom „richtigen Leben im falschen System“.

Zeitgenössische Historiker haben das Thema aufgegriffen, sie sprechen von einer besonderen Textur der Gesellschaft der Vorwendezeit, in der jeder versuchte, einen eigenen Raum des Agierens im Privaten aber auch Beruflichen zu erhalten und auch in der Öffentlichkeit der Institutionen sinnvolle Handlungsspielräume zu sichern. Diese Historiker sprechen vom „Eigensinn“ als einem Konzept des Handelns, in dem der Bürger sein Alltagsleben gestaltet, ohne sich unterdrücken zu lassen oder zu verzweifeln (Meier 2008). In jenen Gruppen des Privaten, aber auch Institutionellen konnte Anonymität aufgegeben und in Grenzen real und verbiegungsfrei kommuniziert werden. Diesem Rückzug bei beruflichem Funktionieren hatte das System am Ende nichts entgegenzusetzen. Die Stellung der Wissenschaftler war allerdings insofern eine ambivalente, weil sie Teil der Eliten des Staates waren und oft zugleich außerhalb desselben standen. Die neue Zeit nach der Wende hatte zu klären, wer das Dilemma mit Anstand überstand. Anzunehmen ist, dass die Intellektuellen des Ostens aus diesen Ambivalenzen eine hohe Sensibilität für verdeckte Machtmechanismen in das vereinigte Deutschland eingebracht haben, wie der Leipziger Psychotherapeut Geyer meinte (Geyer 2003). Diese Idiosynkrasie kann auch erklären, wieso die Kommunikation zwischen den ortsansässigen Protagonisten und vielen aus Westdeutschland hinzukommenden Funktionsträgern manchmal auf östlicherer Seite als hochmütig erlebt wurde, während die westlichen neuen Funktionsträger meinten, eine eher unprofessionelle Hypersensibilität der Ortsansässigen zu registrieren. Die Ehefrau des früheren Leipziger Oberbürgermeisters Heinrich Grube-Lehmann hat das Phänomen aus ihrer Sicht in einem Erlebnisbe-

richt „Als ich von Deutschland nach Deutschland kam“ wie folgt charakterisiert: Die Leute hier sind verletzt in ihrem Selbstwertgefühl, finden Mittelmäßiges großartig. Sie zitiert ihren Mann: „Ganz sanft musst du hier mit den Leuten sprechen – die halten nichts aus“ (Lehmann-Grube 2009). Dabei ist sicher zu unterscheiden, dass der Bürgermeister auf viele Amtsdienerschaften traf, die in die neue Zeit geworfen worden waren, während die Vertreter der Medizin Mittelmäßiges von Spitzenleistung wohl zu unterscheiden wussten.

Der Soziologe Marz (1992) schrieb dazu, dass die Ostdeutschen lange auf mentalen Dispositionen beharrt hätten, die zu Selbstmitleid gegenüber westlicher Selbstgerechtigkeit führten und der Berliner Kulturwissenschaftler Glaser (1995) prägnant sagte, die Vereinigungsmaschinerie habe bei den Ostdeutschen das Selbstwertgefühl aufgefressen.

Ein Teilaspekt dieser emotionalen Seite der Zeitereignisse mag darin bestehen, dass sich hochschulbezogene die alteingesessenen Funktionsträger in einer Tradition der deutschen Medizinerbildung und der Berufsausübung sahen, die die gleichen Wurzeln hatte, wie in den alten Bundesländern und insofern ihr bisheriges Berufsleben durch die neue Zeit nicht in Frage gestellt sehen wollten. Insoweit besteht die neue und erfolgreiche medizinische Fakul-

tät nicht erst seit 2002, sondern sie gründet in der 1954 ins Leben gerufenen Dresdner medizinischen Akademie, deren 60-jähriges Gründungsjubiläum in diesem Jahr zu begehen, auch die heutige Administration Veranlassung haben könnte. Der Leser mag an diesen kurzen Schlaglichtern ersehen, dass zumindest, was den Daseinsbereich des beruflichen Standes angeht, ein hohes Maß an Verunsicherung eingetreten war; letztere hat sich im Laufe der Jahre nivelliert. In jenen Jahren des Umbruchs, der Umgestaltung der Hochschulen, des Gesundheitswesens und der ärztlich berufspolitischen Strukturen, um nur die im Fokus dieses Artikels stehenden Lebensbereiche herauszugreifen, haben im Freistaat Sachsen und insbesondere in Dresden viele nervenheilkundlich Tätige an entscheidenden Stellen mitgewirkt und erwiesen, dass trotz der früheren politischen Bedrückungen und das Individuum einschränkenden Arbeitsbedingungen ein angemessenes Maß bürgerlicher und fachlicher Seriosität gewahrt werden konnte.

In der Nachwendezeit musste ein weiteres Kapitel der DDR-Psychiatrie aufgearbeitet werden: Der Missbrauch des Faches durch die Staatsicherheit; dieses Thema wurde aber anderen Orts schon ausführlich erörtert (ZB Süß 1998).

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig

**2. DRESDNER BALL
DER HEILBERUFE**

BALL • BUFFET • BAR • PROGRAMM

Samstag, 29. März 2014
Empfang ab 19 Uhr

Albertinum
Lichthof und Skulpturensammlung
Tzschirnerplatz 2, 01067 Dresden

Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Einkommens berücksichtigt werden.

Kammerärztinnen und -ärzte Dresden (Stadt)
Sekretariat: Frau Riedel
Schützenstraße 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267-134 • Fax 0351 8267-132

Ballkarte (mit Tischreservierung) 130 €
Telefonische Bestellung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr
E-Mail: info@kammeraerzte-dresden.de
Online-Bestellung: www.kammeraerzte-dresden.de

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dürwald zum 90. Geburtstag



© Institutsarchiv der Universität Leipzig

Am 13. Januar 2014 feierte der emeritierte Direktor des Instituts für Rechtsmedizin seinen 90. Geburtstag. Im Namen aller ehemaligen Kollegen und Mitarbeiter dazu herzliche Gratulation.

Der Jubilar wurde in Hagen/Westfalen geboren und wuchs unbeschwert in einer bürgerlichen Familie auf, musste aber als junger Abiturient die Schrecken des Krieges an der Front und harte Zeiten in der Gefangenschaft ertragen. Nach Entlassung und Heimkehr zu seinen Eltern nach Jena konnte er 1945 das Medizinstudium an der Friedrich-Schiller-Universität Jena fortsetzen. Im Jahre 1949 legte er an der Medizinischen Fakultät sein Staatsexamen ab, im gleichen Jahr erfolgte die Promotion und Aufnahme der Tätigkeit als Arzt an der Chirurgischen, Medizinischen und Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Fakultät Jena.

Entscheidend für die weitere berufliche Entwicklung von Wolfgang Dürwald war nach dieser Zeit 1951 der Arbeitsbeginn an dem Gerichtsmedizinischen Institut der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Hier legte er den Grundstein für die ihn sein ganzes Leben im Fach bestimmende naturwissenschaftlich-kriminalistische Arbeitsrichtung. Gleichzeitig wurde er – bedingt durch den nach dem Krieg

herrschenden Mangel an Fachleuten – als erster Obduzent bei gerichtlichen Sektionen und mit Leitungsaufgaben des Institutes betraut (kommissarischer Direktor – Oberarzt 1954). Die Habilitation erfolgte 1957. Nach Jahren der erfolgreichen Tätigkeit in Jena hospitierte Wolfgang Dürwald im gleichen Jahr bis 1958 bei Prof. Prokop (Berlin). Sehr bald folgte für ihn der Ruf auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin an der Universität Rostock, so trat er 1958 sein Amt als Direktor eines erst aufzubauenden Institutes an. Es war eine arbeitsreiche Zeit, in der sich der Jubilar auf allen Gebieten der gerichtlichen Medizin und Kriminalistik entfaltete. Da die Familie nach Rostock gefolgt war, er in Born/Darß ein Grundstück erwerben konnte, die berufliche Arbeit vielseitig war, fühlten sich alle in der schönen Umgebung Rostocks wohl. Da kam im Jahre 1961 – relativ unerwartet – der Ruf auf den Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin der Universität Leipzig, der längere Zeit unbesetzt gewesen war und von Prof. Dr. Prokop (Berlin) als Kommissarius neben dem Institut in Halle mit betreut wurde. Das von Kockel 1900 gegründete Institut für Gerichtliche Medizin und Kriminalistik wurde – seine Namensgebung entsprach der Arbeitsrichtung von Kockel – von Dürwald 28 Jahre bis September 1989 in diesem Sinne weitergeführt und ausgebaut. Dabei verlangte er von seinen Mitarbeitern Exaktheit und Sorgfalt bei der Bearbeitung aller anfallenden Untersuchungen, wie zum Beispiel bei Sektionen, Gutachten, Gerichtsterminen und Publikationen. Andererseits entwickelte sich im Laufe der Jahre ein kameradschaftliches Verhältnis zu seinen Schülern und Assistenten, von denen er acht zur Habilitation brachte. Die aufgeschlossene Atmosphäre im Institut gipfelte in gemeinsamen Assistentenabenden und mehrtägigen Ausflügen zu Fachkollegen in das damals zugängliche Ausland (Polen, Ungarn, ČSSR) – natürlich immer mit Chef!

Die forensische Praxis wurde von Prof. Dr. Dürwald durch die Einführung eines organisierten gerichts-

ärztlichen Tages- und Nachtdienstes, der Leichennachschaue vor Kremationen, von Fortbildungskursen für Richter und Staatsanwälte unterstützt. Tathergangsrekonstruktionen und spurenkundliche Auswertungen waren neben wissenschaftlicher Tätigkeit und Studentenausbildung ein tägliches Geschehen.

Neben wissenschaftlichen Arbeiten des Jubilars sind Buchbeiträge wie zum Beispiel das Kapitel „Schienenfahrzeuge“ (Eisenbahnunfälle) im Handbuch „Gerichtliche Medizin“ (2003) von Brinkmann/Madea und die von ihm herausgegebenen Bücher „Gerichtsmedizinische Untersuchungen bei Verkehrsunfällen“ sowie das von ihm verfasste Lehrbuch für Studenten „Gerichtliche Medizin“ hervorhebenswert, es erreichte in kurzer Zeit vier Auflagen.

Im Zeitraum von 1976 – 1979 wurde er nach mehrjähriger Mitgliedschaft in der Internationalen Akademie für Gerichtliche und Soziale Medizin zum Vizepräsidenten gewählt. Als Vorsitzender der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin der DDR amtierte er in den Jahren 1968 bis 1971, 1975 bis 1982 und 1986 bis 1989.

Die Wahl und Berufung zum Ordentlichen Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, der er heute noch angehört, erfolgte 1978. Er war Prodekan von 1966 bis 1967, Dekan (Bereichsdirektor) von 1968 bis 1972 der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Neben zahlreichen internationalen Ehrenmitgliedschaften ist die der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 1989 ebenso wie die Auszeichnung 2002 mit dem Georg-Handel-Preis hervorhebenswert. Wolfgang Dürwald ist Träger der Richard-Kockel-Medaille. In Vitalität und geistiger Frische begeht Wolfgang Dürwald seinen 90. Geburtstag. Ich wünsche ihm – auch im Namen von Schülern, Wegbegleitern, Freunden und Angehörigen – weiterhin alles Gute für Gesundheit und Wohlergehen in den kommenden Jahren an der Seite seiner Kinder und Enkelkinder.

20 Jahre CT-Sellink

Prof. Dr. med. Hans-Georg Schulz zum 80. Geburtstag gewidmet (21.5.2013)

Zusammenfassung

Die standardisierte Durchführung der Enteroklyse mit einer hohen Einlaufgeschwindigkeit des Distensionsmediums in Anlehnung an SELLINK unmittelbar vor der CT Untersuchung war vor 20 Jahren eine neue Untersuchungsmethode und ist auch heute noch Voraussetzung für eine optimale Schnittbilddarstellung des Dünndarmes. Die auch für das später entwickelte MR-Enteroklysmas grundlegende Untersuchungsdurchführung für eine neue Dünndarmwanddiagnostik wurde von einer Leipziger Arbeitsgruppe unter Leitung von Professor H.-G. Schulz entwickelt und 1992 erstmals publiziert.

Historie

Die bildgebende Diagnostik des Dünndarms nach Sellink 1971 (Sellink JL. Acta Radiol Diagnosis 1974; 15: 318-332), die Modifikation als Doppelkontrast nach Herlinger 1978, Antes und Lissner 1981 (Antes G, Lissner. J Röntgenstr 1981; 134: 10-15) wird seither als radiologische Standarduntersuchung für entzündliche und tumoröse Dünndarmerkrankungen angesehen. 1992 publizierte eine Arbeitsgruppe der Klinik für Radiologie der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. med. H.-G. Schulz) die Methode des CT-Sellink (Klöppel R et al. Fortschr Röntgenstr 1992; 156: 291-292), die rasch in die klinische Praxis eingeführt wurde. Inspiriert wurden die Autoren im Rahmen eines wissenschaftlichen Gedankenaustauschs mit Hans Herlinger 1990 in Leeds.

1993 wurde die methodische Kombination von definierter Enteroklyse via Dünndarmsonde und anschließender CT mit dem Kontrastmittelpreis der Deutschen Röntgengesellschaft ausgezeichnet: „CT-Sellink: eine optimale Methode der Darmwandbeurteilung“ (Thiele J. Dtsch Rö Gesell 1993; 2: 12-13). Mit dem Namen „CT-Sellink“ (heute besser CT-Enteroklysmas) begann eine neue Ära der

bildgebenden Wandbeurteilung des Dün- und Dickdarmes, die in den folgenden Jahren auch für das MR-Enteroklysmas (Umschaden HW Radiology 2000 215(3):717-25) Bedeutung erlangte.

Methode

Um die indirekte Darstellung der Verbreiterung der Darmwand in der Doppelkontrastdarstellung unter Durchleuchtungskontrolle (nach Herlinger) jetzt durch eine direkte CT-Bildgebung abzulösen, war methodisch ein standardisiertes und interindividuell vergleichbares Enteroklysmas notwendig. Neu am CT-Enteroklysmas war die kontinuierliche Füllung des Dünndarmes über eine Duodenalsonde mit einer Einlaufgeschwindigkeit von 160 ml/min unmittelbar vor der CT-Untersuchung des Abdomens. Eine gezielte Vorbereitung mit Nahrungskarenz oder abführenden Medikamenten erschien nicht notwendig. Für die Durchführung der Methode wurde eine Kontrastmittelpumpe mit einer Druckbehälter für 2000 ml Distensionsmedium aufwies.

Durch Applikation von verdünntem Bariumsulfat-Kontrastmittel (Mikropaque CT, Fa. Guerbet, 1:1 mit H₂O) gelang auch eine erhöhte Kontrastierung der Schleimhaut des Dünndarmes, sodass eine typische Abbildung des Jejunums und Ileums charakteristisch für den CT-Sellink entstand. Das kontrastmittelbedingte Phänomen des „hyperdensen Schleimhaut“ begründet auf diesem Effekt. Die Doppelkontrastdarstellung aus Bariumsulfatlösung und Methylzellulose, wie sie zuvor im konventionellen Enteroklysmas notwendig war, konnte damit abgelöst werden.

Die Durchführung der Computertomografie wurde 1992 zunächst mit einem CT der 3. Generation durchgeführt (SOMATOM Plus, Fa. Siemens Healthcare). Später gelang es durch die Multislicetechnik zusätzlich hochauflösende Sekundärrekonstruktionen zu erstellen, die in der Lokalisation des pathologischen Befundes in einer komplexen Lage des Dünndarms Vorteile aufwies.



CT-Sellink (1992). Einzelschnittbild im Mittelbauch. Aufnahme unmittelbar nach Instillation von 2000 ml Distensionsmedium (verdünnte Bariumsulfatlösung). Gute Entfaltung aller Dünndarmschlingen.

Bildkriterien

Die Darmwandverdickung über 8 mm, eine hypodense intramurale Zone („Sandwich-Phänomen“) der segmental entzündlichen Darmwand, die mesenteriale Gefäßinjektion und das „Arkus-Phänomen“ waren damals neue Begrifflichkeiten in der Beschreibung der chronisch segmentalen Darmwandentzündung beim M. Crohn (Thiele J. Fortschr Röntgenstr 1993; 159.3: 213-217).

Heute

Das CT-Enteroklysmas wurde durch die Vorteile der kernspintomographischen Bildgebung und die Implementierung der Methode des standardisierten Enteroklysmas im MRT-Untersuchungsraum abgelöst.

Die Inauguration des „CT-Sellink“ im Jahre 1992 an der Universität Leipzig war methodische Voraussetzung für weitere Entwicklungen auf dem Gebiet der Dünndarmdiagnostik und gleichzeitig der erste Einsatz eines standardisierten Enteroklysmas im Zusammenhang mit einer Schnittbilddarstellung in der Diagnostischen Radiologie in Deutschland.

Anschrift der Verfasser

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jens Thiele
Klinik für Diagnostische und Interventionelle
Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH,
Deltizscher Straße 141, 04129 Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel
Institut für bildgebende Diagnostik,
Klinikum Chemnitz gGmbH,
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz

Unsere Jubilare im März 2014 – wir gratulieren!

60 Jahre			
02.03.	Dr. med. Zinsser, Frank 01589 Riesa	02.03.	Dr. med. Merkelbach, Karin 04463 Großpösna
03.03.	Dr. med. Appelt, Evelin 04103 Leipzig	02.03.	Dr. med. Rieske, Karin 04317 Leipzig
06.03.	Dr. med. Woitek, Gerald 04277 Leipzig	02.03.	Dr. med. Rose, Heiko 04416 Markkleeberg
11.03.	Dr. med. Trautmann, Jutta 09353 Oberlungwitz	03.03.	Dr. med. Danner, Wolfgang 02827 Görlitz
13.03.	Dr. med. Koj, Cosima 04420 Markranstädt	04.03.	Dr. med. Schulze, Lutz 01917 Kamenz
13.03.	Dr. med. Stein, Beate 04416 Markkleeberg	07.03.	Dr. med. Ernst, Peter 01159 Dresden
14.03.	Dipl.-Med. Winkler, Ute 09224 Chemnitz	07.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Koban, Frank 01328 Dresden
16.03.	Dipl.-Med. Dittrich, Lutz 09599 Freiberg	08.03.	Dr. med. Kämpfer, Gottfried 09126 Chemnitz
18.03.	Dipl.-Med. Schubert, Doris 02708 Löbau	08.03.	Dr. med. Klaus, Barbara 01689 Weinböhla
20.03.	Dr. med. Wedegärtner, Martina 01239 Dresden	08.03.	Dr. med. Morgenstern, Annegret 04229 Leipzig
21.03.	Dipl.-Med. Hille, Ekkehard 01156 Dresden	08.03.	Dr. med. Thiele, Frank 04539 Groitzsch
21.03.	Dipl.-Med. Schulze, Martina 01169 Dresden	08.03.	Dr. med. Wagler, Steffi 04318 Leipzig
22.03.	Dr. med. Choinitzki, Jürgen 04416 Markkleeberg	12.03.	Dr. med. Konzak, Klaus 08606 Tirpersdorf
25.03.	Dr. med. Unger, Sonja 08223 Falkenstein	12.03.	Dr. med. Teubner, Karin 01454 Radeberg
26.03.	Dr. med. Schliecker, Rita 08115 Lichtentanne	13.03.	Dr. med. Birke, Ingrid 01445 Radebeul
29.03.	Dr. med. Hoffmann, Franz-Albert 04109 Leipzig	13.03.	Dr. med. Schreiner, Hans-Jürgen 04277 Leipzig
29.03.	Dr. med. Wendt, Michael 01187 Dresden	17.03.	Dr. med. Schäfer, Christiane 04159 Leipzig
31.03.	Dr. med. Helwig, Erwin 07522 Backnang	17.03.	Dr. med. Spremborg, Eckehard 01217 Dresden
65 Jahre		18.03.	Körner, Sieglinde 02791 Oderwitz
01.03.	Prof. Dr. med. Zwipp, Hans 01326 Dresden	19.03.	Dr. med. Meyer, Annemarie 09217 Mohsdorf
06.03.	Dipl.-Med. Jenatschek, Katrin-Luise 01900 Brettnig-Hauswalde	19.03.	Dr. med. Tränkner, Friedemann 09376 Oelsnitz
07.03.	Dipl.-Med. Heilmann, Silvia 04349 Leipzig	20.03.	Schäfer, Charlotte 09113 Chemnitz
11.03.	Dipl.-Med. Jäschke, Ulrike 04860 Süptitz	22.03.	Dr. med. Pansegrau, Heike 01069 Dresden
14.03.	Dr. med. Einenkel, Maria 04103 Leipzig	23.03.	Dr. med. Fischer, Rosemarie 08060 Zwickau
16.03.	Dr. med. Gläser, Michael 09127 Chemnitz	27.03.	Bormann, Albrecht 01277 Dresden
28.03.	Dr. med. Fähndrich, Trutz Berndt 01705 Pesterwitz	28.03.	Dr. med. Pätzold, Götz 01689 Weinböhla
28.03.	Gotthardt, Evelyn 09235 Burkhardtsdorf	29.03.	Palm, Birgit 04849 Bad Düben
30.03.	Dr. med. Gottschalk, Hans-Christian 02826 Görlitz	29.03.	Dr. med. Porst, Karin 01326 Dresden
		70 Jahre	
		01.03.	Prof. Dr. sc. med. Metzig, Heinz 04564 Böhlen
		01.03.	Dr. med. Nass, Johannes 09557 Flöha
		03.03.	Dr. med. Hüttner, Hans-Joachim 08523 Plauen
		04.03.	Dr. med. Hausmann, Helga 08541 Neuensalz
		04.03.	Hochmann, Rainer 01259 Dresden
		04.03.	Dr. med. Köhler, Ingrid 01558 Großenhain
		04.03.	König, Gertraude 04299 Leipzig
		04.03.	Dr. med. Trausel, Wolfgang 01705 Pesterwitz
		05.03.	Dr. med. Dahl, Christiane 01069 Dresden
		07.03.	Dr. med. Allnoch, Gabriele 08412 Werdau
		08.03.	Dr. med. Ehrenberg, Ursula 04463 Großpösna
		09.03.	Dr. med. Bonitz, Eva 09119 Chemnitz
		09.03.	Freier, Mathilde 01454 Radeberg
		09.03.	Dr. med. Piekara, Anita 04277 Leipzig
		12.03.	Dr. med. Zocher, Hannelore 04277 Leipzig
		14.03.	Dr. med. Münch, Peter 09488 Thermalbad Wiesenbad
		14.03.	Dr. med. Stein, Hans-Eberhardt 04129 Leipzig
		15.03.	Dr. med. Döhler, Günter 01307 Dresden
		15.03.	Dr. med. Jähn, Peter 08297 Zwönitz
		15.03.	Schulz, Marie-Luise 02625 Bautzen
		18.03.	Humann, Marianna 04668 Grimma
		19.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kuppardt, Hansjörg 04275 Leipzig
		20.03.	Dr. med. habil. Aurich, Gerhard 08280 Aue
		20.03.	Dr. med. Zeise, Heinz 09127 Chemnitz
		21.03.	Förster, Brigitte 02747 Herrnhut
		21.03.	Dr. med. Münch, Annerose 09488 Thermalbad Wiesenbad
		21.03.	Dr. med. Windisch, Hans 08132 Mülsen
		22.03.	Doz. Dr. med. habil. Keitel, Reinhard 04425 Taucha
		22.03.	Dr. med. Otto, Heinz 01324 Dresden
		75 Jahre	
		01.03.	Dr. med. Hoffmeister, Johanna 04420 Markranstädt

- 24.03. Dr. med.
Goldmann, Annette
08115 Lichtentanne
- 25.03. Dipl.-Med. Richter, Rolf
09127 Chemnitz
- 26.03. Dr. med. Giese, Ute
01217 Dresden
- 26.03. Dr. med.
Kühnemann, Peter
04155 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Hans, Gisela
01468 Moritzburg
- 27.03. Dr. med. Urban, Dietmar
02625 Bautzen
- 28.03. Dr. med. Hums, Reiner
08315 Bernsbach
- 29.03. Dr. med. Wiegleb, Christine
01109 Dresden
- 30.03. Hunger, Hans
09306 Erlau
- 31.03. Dr. med. Bader, Klaus
09241 Mühlau
- 31.03. Dipl.-Med. Kuhn, Anneliese
04155 Leipzig
- 80 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.
Raatzsch, Heinz
01328 Dresden
- 02.03. Dr. med. Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
- 03.03. Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
- 04.03. Dr. med. Buhr, Joachim
08468 Reichenbach
- 09.03. Dr. med. Dietrich, Günther
01445 Radebeul
- 11.03. Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
- 16.03. Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Oberschöna
- 21.03. Dr. med. Jäger, Johannes
01279 Dresden
- 21.03. Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
- 21.03. Dr. med. Schneider, Helga
09131 Chemnitz
- 22.03. Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Großbardau
- 22.03. Dr. med.
Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
- 23.03. Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Düben
- 28.03. Prieb, Hannelore
02739 Eibau
- 29.03. Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißborn
- 30.03. Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg
- 81 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Weinert, Klaus
01219 Dresden
- 05.03. Dr. med. Fischer, Peter
02957 Krauschwitz
- 05.03. Kümmel, Siegfried
01561 Priestewitz
- 06.03. Dr. med. Passehr, Heinz
01309 Dresden
- 11.03. Prof. Dr. med. habil.
Hartig, Wolfgang
04157 Leipzig
- 12.03. Dr. med.
Freudewald, Berthold
08340 Schwarzenberg
- 13.03. Dr. med. Gärtner, Lothar
01309 Dresden
- 13.03. Dr. med. Dr. rer. nat.
Muschner, Konrad
01705 Freital/Pesterwitz
- 15.03. Dr. med. Gruner, Wolfgang
08371 Glauchau
- 15.03. Prof. Dr. med. habil.
Weißbach, Gerhard
01277 Dresden
- 16.03. Dr. med. Friedrich, Wolfgang
08301 Schlema
- 16.03. Dr. med.
Ramminger, Manfred
08280 Aue
- 20.03. Dr. med. Rauer, Eleonore
01737 Kurort Hartha
- 25.03. Dr. med. Kramer-Schmidt,
Barbara-Esther
02794 Leutersdorf
- 25.03. Dr. med. Kühne, Joachim
09526 Pfaffroda
- 82 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Arbeiter, Michael
04736 Waldheim
- 05.03. Doz. Dr. med. Dr. med. dent.
Dyrna, Joachim
04316 Leipzig
- 14.03. Wabra, Reiner
04207 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Bresan, Johann
01917 Kamenz
- 19.03. Selle, Wolfgang
01468 Moritzburg
- 28.03. Dr. med. Vogel, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03. Dr. med. Heyder, Horst
01217 Dresden
- 29.03. Dr. med. Schurig, Wolfram
01796 Pirna
- 83 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Graefe, Adolf
09131 Chemnitz
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt
09526 Pfaffroda
- 14.03. Dr. med. Dominick, Manfred
01917 Kamenz
- 17.03. Werner, Ursula
02763 Zittau
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa
01217 Dresden
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth
04178 Leipzig
- 85 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.
Weise, Klaus
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
- 10.03. Dr. med. Wintzer, Horst
09131 Chemnitz
- 14.03. Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
- 24.03. Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte
04103 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Walther, Johanna
08209 Auerbach
- 27.03. Wientzek, Bernhard
01067 Dresden
- 86 Jahre**
- 02.03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med. Tschardtke, Gudrun
01069 Dresden
- 87 Jahre**
- 18.03. Dr. med. Philippson, Ursula
04299 Leipzig
- 19.03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
- 89 Jahre**
- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden
- 90 Jahre**
- 09.03. Dr. med. Liebert, Helga
04451 Borsdorf OT Panitzsch
- 17.03. Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
- 27.03. Eisner, Ingeborg
04315 Leipzig
- 92 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Eichfeld, Werner
04277 Leipzig
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Rösner, Klaus
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppach, Harry
04229 Leipzig
- 93 Jahre**
- 11.03. Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
- 18.03. Dr. med.
Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg
- 96 Jahre**
- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
- 31.03. Dr. sc. med.
Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick

Nachruf für Frau Dr. med. Diana Wendler

* 6. 7. 1970 † 27. 10. 2013

In großer Trauer geben wir bekannt, dass am 27. Oktober 2013 plötzlich und unerwartet unsere verehrte und geschätzte Mitarbeiterin Frau Dr. med. Diana Wendler an einer akuten Erkrankung verstorben ist.

Frau Dr. Wendler wurde am 6. Juli 1970 als Tochter einer Lehrerfamilie in Pößneck/Thüringen geboren und legte 1989 in ihrer Heimatstadt das Abitur mit Auszeichnung ab. Schon sehr früh in ihrer Jugend war es ihr Traum und größter Wunsch, einmal Medizin zu studieren und Ärztin zu werden.

Dies realisierte sie an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität in Jena und schloss 1996 das Studium mit dem Staatsexamen ab. Nach einer AiP-Zeit an der Thüringenklinik in Saalfeld begann sie ihre Facharztausbildung an der gynäkologischen-geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Pößneck unter der Leitung von Herrn Chefarzt Dr. med. H. Guba. Diesem folgte sie im Jahr 1999 an das Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau, wo sie sich in allen Bereichen der Klinik einbrachte und zur leitenden Oberärztin entwickelte.



Foto: KKH Torgau

Ihr Forschungsinteresse fand in der Verteidigung der Promotion A 1999 am Institut für Pathologie der Friedrich-Schiller-Universität in Jena ihren Abschluss.

Frau Dr. Wendler war stets eine sehr gewissenhafte, fachlich interessierte und vor allem ehrgeizige Ärztin, die durch ihr sehr freundliches Wesen bei Patienten und Mitarbeitern überaus beliebt war. Durch ihr Engagement weit über die normalen Anforderungen des Arbeitslebens hinaus gelang der Aufbau des zertifizierten Brustzentrums in Zwickau. Ab 2009 war sie als Leiterin der operativen gynäkologischen Abteilung in Zwickau tätig.

Im Juli 2010 übernahm sie mit großer Hingabe und persönlichem Ein-

satz als Chefärztin den Umbau der Belegabteilung der Henneberg-Kliniken in Hildburghausen zu einer Hauptabteilung.

Da ihr Hauptanliegen jedoch den senologischen Patientinnen galt, wechselte sie im Juli 2012 als leitende Oberärztin und stellvertretende Leiterin des Brustzentrums an das Kreiskrankenhaus Torgau. Durch ihre feinfühlig und vertrauensvolle Art erlangte sie berechtigterweise sehr bald große Beliebtheit bei den ihr anvertrauten Patientinnen.

Bemerkenswert war ihr Interesse an der Förderung des medizinischen Nachwuchses. Stets gab sie bereitwillig und didaktisch klug ihr praktisches Können im Operationssaal durch geduldiges Assistieren an die jüngeren Ärzte weiter, was heutzutage leider nicht mehr selbstverständlich ist.

Der plötzliche Tod von Frau Dr. Wendler im Alter von nur 43 Jahren ist ein unermesslicher Verlust für alle Kollegen und Patientinnen. Die von ihr hinterlassene Lücke wird nur schwer adäquat zu schließen sein. Unser tief empfundenes Mitgefühl gilt jedoch in allererster Linie ihrem Ehemann und ihrer Familie. Alle Mitarbeiter werden Frau Dr. med. Wendler stets dankbar ein ehrendes Gedenken bewahren.

Dr. med. H. Guba, Hartmannsdorf
Dr. med. E. Simon, Torgau

Nachruf für Herrn Volker Steiner

* 7.11.1945 † 29.11.2013

Am 29. November 2013 verstarb Herr Volker Steiner, ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie sowie Traumatologie der Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH, dem früheren Kreiskrankenhaus Mittweida, nach langer schwerer Krankheit. Er prägte die Fachabteilung über viele Jahre.

Volker Steiner wurde am 7.11.1945 als ein Kind der Nachkriegsgeneration in Kriebethal geboren. Hier und in Waldheim besuchte er die Schule und legte 1964 das Abitur ab.

Nach einem einjährigen berufsvorbereitenden Praktikum folgte das Studium der Humanmedizin an der „Karl-Marx-Universität“ in Leipzig, wo er 1971 das Staatsexamen ablegte. Im gleichen Jahr begann er seine Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Mittweida und erhielt 1976 die Facharztanerkennung.

Sechs Jahre war er als Leiter der chirurgischen Abteilung der Poliklinik in Mittweida für die ambulante Versorgung im Einzugsbereich zuständig und arbeitete zusätzlich im stationären Dienstsysteem. Die Berufung zum Oberarzt im Krankenhaus erfolgte 1982. Ab 1992 übernahm er kommissarisch die Leitung der Abteilung und wurde 1993 zum Chefarzt ernannt. In dieser Funktion war er bis zum Eintritt in den Ruhestand 2007 tätig.

In der Zeit des politischen Umbruchs hat Herr Steiner die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer Modernisierung der Chirurgie erkannt und maßgeblich befördert. Neben der alltäglichen chirurgischen Tätigkeit mussten umfassende lokale Strukturprobleme und die Sanierung eines veralteten Krankenhauses organisiert werden. Er stellte sich diesen Herausforderungen umfassend.



So konnte im März 1992 die erste laparoskopische Cholezystektomie im Mittweidaer Krankenhaus durchgeführt werden. Damit wurde gleichzeitig der Grundstein zum Aufbau einer modernen minimalinvasiven Chirurgie gelegt. Es folgten endoskopische Eingriffe bei Hernien, Appendektomien, Hiatushernien und Karpaltunnelsyndrom.

Parallel wurde unter seiner Leitung als Durchgangsarzt eine leistungsfähige Traumatologie aufgebaut. Bereits 1994 konnte die erste Hüftgelenkendoprothese implantiert werden.

Im Vordergrund seiner Bemühung stand die umfassende Behandlung kranker Menschen. Auf kollegiale Zusammenarbeit legte Herr Steiner großen Wert. Sein umfassendes Wissen, gepaart mit einem ausgleichendem Wesen, menschlicher Haltung und Mitgefühl wurde von allen Mitarbeitern sehr geschätzt. Ein Leitspruch, welchen er jüngeren Kollegen immer wieder ans Herz legte, lautete: „Behandle jeden Menschen so, wie auch du behandelt werden möchtest“.

Als Mentor führte er mehrere Kollegen zum Facharztabschluss. Unter der Leitung von Herrn Chefarzt Steiner konnte sich jeder Mitarbeiter entwickeln. So verteilte er Aufgabenbereiche, behielt aber die Kontrolle.

Jederzeit hatte er ein offenes Ohr für Sorgen, Probleme oder Neuerungen. Langjährig war es eine Tradition geworden, dass Assistenzärzte für Urologie aus dem Klinikum Chemnitz für ein Jahr nach Mittweida zur Ausbildung kamen. Von dem schon erworbenen Können und Wissen profitierten die chirurgischen Assistenten ebenso. Für die Kollegen der anderen Fachabteilungen war er stets ein geschätzter Konsiliarus.

Von 1994 bis 2002 beteiligte sich die chirurgische Abteilung an der Ausbildung junger Krankenschwestern in der hauseigenen Krankenpflegeschule.

Führungsstil, ärztliche Zuwendung und seine erfolgreiche chirurgische Tätigkeit beschreiben die vielseitige, empfindsame und künstlerisch ambitionierte Persönlichkeit von Volker Steiner nur unzureichend. Trotz beruflicher Belastung fand er Zeit, seine zahlreichen Hobbys und künstlerischen Fähigkeiten umfassend auszuüben.

Autodidaktisch erlernte er Drechseln, Schnitzen sowie die Malerei. So entstanden sehr viele Skulpturen aus Holz und Speckstein. Viele Aquarelle, Pastelle und Ölgemälde wurden auf Vernissagen in Chemnitz und im Museum Mittweida ausgestellt. In allen Bereichen zeigt sich ein hoher Anspruch an sich selbst, sein Harmoniebedürfnis und sein Sinn für Schönheit und ideelle Werte. Nicht zuletzt durch seine Bilder in den Patientenzimmern des Krankenhauses Mittweida ist er uns gegenwärtig.

Wir werden unseren Kollegen Volker Steiner in bleibender, dankbarer Erinnerung behalten. Seiner Frau und seinen Söhnen mit Familien, die ihm im Berufsleben und besonders in den Stunden seiner schweren Krankheit stets Unterstützung und Halt gegeben haben, gilt unser tiefempfundenes Mitgefühl.

Im Namen seiner ehemaligen Mitarbeiter

Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung)

Vom 9. Januar 2014

Aufgrund von § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142, 143) geändert worden ist, in Verbindung mit § 5, § 6 Abs. 4, § 9 Abs. 2, § 10 und § 12 der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer* vom 11. November 2013 (ÄBS S. 544), § 4 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 532), die zuletzt durch Satzung vom 23. November 2011 (ÄBS S. 635) geändert worden ist, und § 1 Abs. 1 und 2 der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994 (ÄBS S. 270), die zuletzt durch Satzung vom 23. November 2011 (ÄBS S. 666) geändert worden ist, in Verbindung mit Ziffer 6 der Anlage-Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 8. Januar 2014 folgende „Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen“ (Fortbildungszertifizierung) beschlossen:

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Zuständigkeit	2
2. Kategorisierung von Fortbildungsmaßnahmen	2
3. Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen	3
4. Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen	4
5. Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen	5
6. Durchführung der anerkannten Fortbildungsveranstaltung	6
7. Bearbeitungsgebühren	7
8. Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern (Akkreditierung)	7
9. Fortbildungszertifikat für Ärzte	8
10. Inkrafttreten	10

* Für die „Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer“ wird im nachfolgenden Text die Abkürzung „Satzung Fortbildung“ verwendet.

1. Zuständigkeit

- 1.1. Die Sächsische Landesärztekammer kategorisiert die im Freistaat Sachsen stattfindenden ärztlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und bewertet diese mit Fortbildungspunkten.
- 1.2. Die Sächsische Landesärztekammer bewertet auch Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien D und I nach § 6 Abs.3 der Satzung Fortbildung, sofern der Anbieter der Fortbildungsmaßnahme seinen Hauptsitz im Freistaat Sachsen hat.
- 1.3. Im Ausland durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen werden von der Sächsischen Landesärztekammer *im Voraus* nur anerkannt,
 - a. wenn der wissenschaftliche Leiter der Fortbildungsmaßnahme zum Zeitpunkt der Durchführung der Fortbildungsveranstaltung Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer ist und
 - b. die Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme Mitglieder von Ärztekammern der Bundesrepublik Deutschland sind.

2. Kategorisierung von Fortbildungsmaßnahmen

Für die Kategorisierung der Fortbildungsmaßnahmen nach § 6 Abs. 3 der Satzung Fortbildung gelten nachfolgende Grundsätze:

- 2.1. Vortrag und Diskussion (Kategorie A): Fortbildungsmaßnahmen, bei denen über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse berichtet und nachfolgend mit den Teilnehmern diskutiert wird. Dieser Kategorie sind Stammtische zuzuordnen.
- 2.2. Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland (Kategorie B): Nationale oder internationale Veranstaltungen von oder unter Beteiligung von nationalen oder internationalen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, bei denen das Kammermitglied unter gleichzeitig durchgeführten Vortragsveranstaltungen über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auswählen kann und die ihm die Möglichkeit zur Diskussion dieser Erkenntnisse bieten.
- 2.3. Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (Kategorie C):
 - 2.3.1. *Workshops, Arbeitsgruppen, Kleingruppenarbeit* stellen Fortbildungsmaßnahmen dar, bei denen das Kammermitglied durch eigene Kurzvorträge, Kleingruppenarbeit oder auf ähnliche Weise an der Durchführung aktiv beteiligt ist und die den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand vermitteln.
 - 2.3.2. *Fallkonferenzen* sind grundsätzlich öffentlich zugängliche Veranstaltungen, bei denen von ärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses oder der niedergelassenen Praxis oder auswärtigen ärztlichen Referenten über Kasuistiken und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse außerhalb der täglichen Routinebesprechungen berichtet und mit den Teilnehmern diskutiert wird.
 - 2.3.3. *Qualitätszirkel* sind periodische Veranstaltungen, bei denen die Teilnehmer einerseits über eigene Kenntnisse und Erfahrungen bei der Erkennung und Behandlung spezieller Erkrankungen berichten. Andererseits berichten auswärtige Vortragende den Teilnehmern über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu Ursachen und Therapie dieser Erkrankungen. Auf dieser Grundlage werden Untersuchungs- und Behandlungsstrategien abgestimmt und diese schriftlich dokumentiert. Dies gilt auch für Qualitätszirkel, die vorab als Qualitätszirkel von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zugelassen sind.
 - 2.3.4. *Balintgruppen* und *Supervision* sind auf mindestens ein bis zwei Jahre Dauer angelegte periodische Veranstaltungen, die unter der Leitung hierfür besonders geschulter Moderatoren/Supervisoren stehen. Die Teilnehmer berichten über eigene Erfahrungen im Umgang mit von ihnen behandelten Patienten. Um das eigene Verhalten und die eigenen therapeutischen Entscheidungen zu überprüfen wird mit den anderen Teilnehmern bzw. dem Supervisor (bei der Einzel-supervision) darüber diskutiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden schriftlich dokumentiert.
 - 2.3.5. In *Literaturkonferenzen* werden relevante Publikationen zu einem ausgewählten medizinischen Themenkreis vorgestellt und diskutiert.
- 2.4. Strukturierte interaktive Fortbildung über Printmedien oder deren elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener

- Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in digitaler bzw. schriftlicher Form (Kategorie D).
- 2.5. Selbststudium (Kategorie E):
Regelmäßiges Studium der medizinisch-wissenschaftlichen Fachliteratur (medizinische Fachzeitschriften und medizinische Lehrbücher).
 - 2.6. Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge (Kategorie F):
 - 2.6.1. *Autorentätigkeit* (wissenschaftliche Veröffentlichungen): schriftliche Berichte über eigene Kenntnisse und Erfahrungen unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die in einem medizinischen Fachverlag oder in einer medizinischen Fachzeitschrift oder als Poster/Abstract veröffentlicht werden.
 - 2.6.2. *Referententätigkeit* (wissenschaftliche Vorträge): mündliche Berichte über eigene Kenntnisse und Erfahrungen unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Tätigkeit als wissenschaftlicher Leiter.
 - 2.7. Hospitationen (Kategorie G):
Anwesenheit bei der ärztlichen Untersuchung und Behandlung von Patienten, um bereits selbst angewendete Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zukünftig besser durchführen zu können oder unbekannte oder längere Zeit nicht mehr selbst angewendete Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zu erlernen. Der Hospitationsgeber muss über mehrere Jahre Berufserfahrung und eine entsprechende nachgewiesene Qualifikation als Referent verfügen. Hospitationen im Rahmen der Weiterbildung werden nicht berücksichtigt.
 - 2.8. Curricular vermittelte Inhalte (Kategorie H):
Angebote in Form von curricularen Fortbildungsmaßnahmen; Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind und Zusatzstudiengänge: umfassen alle Maßnahmen zur Qualifizierung, die insbesondere nach den Curricula der Bundesärztekammer angeboten werden (siehe dazu auch: Verfahrensordnung Strukturierte curriculare Fortbildung).
 - 2.9. Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahmen (Kategorie I) ermöglichen dem Teilnehmer eine individuelle Fortbildung bei eigener Zeiteinteilung. Die qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer sollten Berücksichtigung finden.
 - 2.10. Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahmen (Kategorie K) bilden eine inhaltliche und didaktische Einheit aus tutoriell unterstützten Online-Modulen und Präsenzveranstaltungen. Die qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer sollten Berücksichtigung finden.

3 Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

- Für die Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen nach § 6 Abs. 3 der Satzung Fortbildung gelten nachfolgende Grundsätze:
- 3.1 Als Höchstpunktzahlen sind für die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen die in § 6 Abs. 3 der Satzung Fortbildung enthaltenen Punktzahlen maßgeblich.
 - 3.2. Stammtische werden pro Veranstaltung mit maximal 3 Fortbildungspunkten bewertet.
 - 3.3. Qualitätszirkel werden pro Sitzung mit maximal 5 Fortbildungspunkten bewertet.
 - 3.4. Der Zusatzpunkt (bis 4 Fortbildungseinheiten) in Kategorie C wird nur für Fortbildungsmaßnahmen mit mindestens 2 Fortbildungseinheiten gewährt.
 - 3.5. Im Rahmen von Kongressen stattfindende Workshops, Symposien oder andere Einzelveranstaltungen werden nicht ein-

zeln bewertet, sofern sie bereits bei der Anerkennung des Kongresses berücksichtigt sind. Satellitenveranstaltungen von Kongressen werden nach den entsprechenden Grundsätzen von Kategorien A, C, oder H zugeordnet und bewertet.

- 3.6. Für die Lernerfolgskontrolle nach Kategorie D, I und K ist pro Fortbildungseinheit (45 Minuten) ein Fragenkatalog von mindestens 10 (Multiple Choice-) Fragen erforderlich. Die Lernerfolgskontrolle gilt als bestanden, wenn 100 Prozent der Fragen richtig beantwortet wurden. Hierfür wird ein Fortbildungspunkt erteilt. In den Kategorien I und K wird ein weiterer Fortbildungspunkt bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer erteilt.
- 3.7. Für die Lernerfolgskontrolle nach Kategorie A und C ist ein Fragenkatalog von mindestens 10 (Multiple Choice-) Fragen erforderlich. Die Lernerfolgskontrolle gilt als bestanden, wenn mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet wurden. Hierfür wird ein Fortbildungspunkt gewährt. Pro Veranstaltungseinheit wird eine Lernerfolgskontrolle bewertet.

4. Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- 4.1. Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme erfordert folgende Voraussetzungen:
 - Unstrittig ist die Anerkennung von Methoden und Verfahren, die Bestandteil der Weiterbildungsordnung sind.
 - Ausgewählte Leistungen aus dem IGeL-Katalog (IGeL: Individuelle **G**esundheits-**L**eistungen) können anerkannt werden.
 - Offen ist die Einstufung von Methoden und Verfahren, die der TCM (TCM: Traditionelle Chinesische Medizin) zugeordnet werden.
 - Alle ärztlichen Fortbildungen müssen unter ärztlicher wissenschaftlicher Leitung konzipiert und durchgeführt werden.
 - Grundlegende betriebswirtschaftliche Kenntnisse, die der ärztlichen Berufsausübung dienen, wie z. B. EBM, wirtschaftliche Verordnung, DRG oder GOÄ, können nach Prüfung anerkannt werden. Nicht anerkannt werden z. B. Fragen der Besteuerung, Altersvorsorge, Liquidität und Werbung.
 - Offenlegung der Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten sowohl gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer als auch den Teilnehmern.
- 4.2. Grundsätzlich nicht anerkennungsfähig sind Veranstaltungen
 - die den medizinethischen Grundsätzen und berufsrechtlichen Regelungen in der Berufsordnung widersprechen.
 - die nicht den allgemein akzeptierten aktuellen medizinischen Wissensstand vermitteln sowie weitere außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden und Verfahren.
 - Methoden und Verfahren, bei denen ein wissenschaftlicher Nachweis noch aussteht.
 - bei denen die Firmen- und Produktneutralität nicht gewährleistet sind.
 - die nicht arztöffentlich sind.
 - die ohne einen verantwortlichen Arzt als wissenschaftlichen Leiter geplant sind und durchgeführt werden (mit Ausnahme der Kategorie E).
 - die darüber hinaus nicht nach den Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung geplant sind und durchgeführt werden.

- die von einer anderen Ärztekammer abgelehnt wurden.
 - die retrospektiv beantragt wurden.
- 4.3. Die Qualitätsanforderungen gemäß § 8 der Satzung Fortbildung sind einzuhalten.
- 4.4. Balintgruppen und Supervisionen stehen unter ärztlicher Leitung eines zugelassenen Balintgruppenleiters bzw. Supervisors (Deutsche Balintgesellschaft).
- 4.5. Bei gesponserten Veranstaltungen sind die Regelungen in der Berufsordnung, insbesondere die Regelungen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten, zu beachten. Die Empfehlungen der Bundesärztekammer für die Handhabung kommerzieller Unterstützung ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen sind einzuhalten.
- Gesponserte Fortbildungsmaßnahmen sind insbesondere Veranstaltungen:
- die von einem pharmazeutischen Unternehmen, Medizinproduktehersteller, kommerziellen Fortbildungsanbieter oder Dritten finanziell (auch anteilig in Form von Zuschüssen) unterstützt (Bezahlung bzw. anteilige Übernahme: z. B. der Reise- bzw. Fahrtkosten für die Referenten, Übernachtungskosten für Referenten, Referentenhonorare; weitere mit der Veranstaltung im Zusammenhang stehende Aktivitäten z. B. Mietkosten für Veranstaltungsräume, Druckkosten für Programm bzw. Einladungen) werden. Dies gilt auch für Veranstaltungen, die bei der Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung finanziell unterstützt (auch anteilmäßig) werden. Ein mit der Veranstaltung in direktem Zusammenhang stehendes Rahmenprogramm gilt ebenfalls als Sponsoring.
 - die von einem pharmazeutischen Unternehmen, Medizinproduktehersteller oder kommerziellen Fortbildungsanbieter ausgerichtet werden.
 - Fortbildungsmaßnahmen mit Industrieausstellungen.

5. Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- 5.1. Antragstellung
- 5.1.1. Für jede anzuerkennende ärztliche Fortbildungsveranstaltung in Sachsen ist bei der Sächsischen Landesärztekammer vor der Veranstaltung ein Antrag auf Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme zu stellen.
- 5.1.2. Der Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung ist spätestens sechs Wochen vor Veranstaltungsbeginn bei der Sächsischen Landesärztekammer zu stellen.
- 5.1.3. Die Antragstellung erfolgt grundsätzlich über das Online-Formular auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer. Dem vollständig ausgefüllten Antragsformular sind ein Originalprogramm und eine Einladung, ggf. ein inhaltlicher und zeitlicher Ablaufplan sowie eine Aufgliederung der übernommenen Kosten für Teilnehmer und Referenten beizufügen. In Ausnahmefällen ist eine schriftliche Antragstellung möglich.
- 5.1.4. Der Veranstalter und der als wissenschaftliche Leiter fungierende Arzt erklären die Einhaltung der „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung“ und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gemäß Berufsordnung sowie die Produkt- und Firmenneutralität.
- 5.1.5. Auf Anforderung sind der Sächsischen Landesärztekammer Erklärungen über die Firmen- und Produktneutralität aller Referenten und Moderatoren, die Offenlegung eventueller Interessenkonflikte, Zusammenfassungen der Vorträge und die Vortragsfolien sowie Lehrmaterialien und ggf. weitere

Unterlagen für die inhaltliche und formale Prüfung des Antrages auf Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme vorzulegen. Für die Prüfung des Antrags auf Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme in den Kategorien I und K ist der Sächsischen Landesärztekammer ein Online-Zugang freizuschalten.

- 5.1.6. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten der Lernerfolgskontrolle sind mit dem Antragsformular einzureichen. Eine nachträgliche Einreichung kann nicht berücksichtigt werden.
- 5.2. Prüfung des Antrages und Anerkennung
- 5.2.1. In der Sächsischen Landesärztekammer erfolgt nach Antragseingang einschließlich der dazugehörigen Unterlagen nach Ziffer 5, 5.1.3. die inhaltliche und formale Prüfung des Antrags, die Kategorisierung und Vergabe der Fortbildungspunkte nach den Bewertungskriterien oder die Ablehnung der Anerkennung.
- 5.2.2. Nach der Bearbeitung des Antrages wird der Veranstalter über die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme mit der Angabe der Kategorie und der Fortbildungspunkte informiert oder erhält eine Ablehnung sowie einen Gebührenbescheid, sofern der Gebührentatbestand erfüllt ist.
- 5.2.3. Alle durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannten Veranstaltungen werden veröffentlicht (Veranstaltungskalender auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer und/oder monatliche Fortbildungsbeilage im Ärzteblatt Sachsen, letzteres nach Entscheidung des Veranstalters und nach Maßgabe der dort vorhandenen Kapazitäten).
- 5.2.4. Die Sächsische Landesärztekammer ist berechtigt, bei nachträglicher Feststellung des Verstoßes des Veranstalters gegen die Verfahrensordnung geeignete Maßnahmen zu ergreifen, wie z. B. die nachträgliche Aberkennung einer Zertifizierung als ärztliche Fortbildung oder eine Reduzierung der zuerkannten Fortbildungspunkte.

6. Durchführung der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen

- 6.1. Anforderungen zur Durchführung und Auswertung der Veranstaltung
- 6.1.1. Für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen hinsichtlich Qualifikation der Teilnehmer, Form des Vortrages und der Diskussion, Aufnahmefähigkeit der Lernenden und Verwendung von Medien sind die „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung“ zu berücksichtigen.
- 6.1.2. Für jede anerkannte Fortbildungsmaßnahme ist vom Veranstalter eine Teilnehmerliste zu führen, die den Barcode der Teilnehmer sowie die eigenhändige Unterschrift beinhaltet, oder eine elektronische Teilnehmererfassung vor Ort durchzuführen und die Teilnehmerangaben spätestens zwei Wochen nach der Veranstaltung dem Elektronischen Informationsverteiler gemäß der dort gültigen Bedingungen (<http://www.eiv-fobi.de>) zu übermitteln; der Veranstalter haftet für die Richtigkeit der gemachten Angaben gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer.
- 6.1.3. Jeder ärztliche Teilnehmer erhält eine vom wissenschaftlichen Leiter der Fortbildung unterschriebene Bestätigung über die Teilnahme (Mustervorlage der Sächsischen Landesärztekammer unter Verwendung der Briefköpfe des Veranstalters). Eine personalisierte Teilnahmebescheinigung darf nur demjenigen erteilt werden, der regelmäßig und vollständig an der Veranstaltung teilgenommen hat.
- 6.1.4. Grundsätzlich sollen alle von der Sächsischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen evaluiert werden. Der Veranstalter kann hierzu einen Evaluationsbogen der Sächsi-

schen Landesärztekammer oder einen eigenen Evaluationsbogen (dieser ist dann als Muster dem Antrag beizufügen) verwenden. Die am Schluss einer Veranstaltung durchgeführte Evaluation und deren Ergebnis sind ein Jahr aufzubewahren und der Sächsischen Landesärztekammer auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

6.1.5. Die Sächsische Landesärztekammer behält sich eine stichprobenhafte Überprüfung der von ihr anerkannten Fortbildungen vor. Hierfür ist einem Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer jederzeit ein kostenfreier Zutritt zu der anerkannten Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen. Darüber hinaus behält sich die Sächsische Landesärztekammer eine stichprobenhafte retrospektive Evaluation der von ihr anerkannten Veranstaltungen vor.

6.2. Fristwahrungen
Im Fall der Nichteinhaltung der angegebenen Fristen auch zur Vorlage der Teilnehmerlisten (2 Wochen nach Abschluss der Veranstaltung), der Evaluationsbögen bzw. der Bezahlung der Bearbeitungsgebühren (1 Monat nach Zugang des Gebührenbescheides) ist die Sächsische Landesärztekammer berechtigt, die Bearbeitung der Anträge des Veranstalters aus diesen Gründen abzulehnen. Eine rückwirkende Beantragung von Fortbildungsveranstaltungen ist ausgeschlossen.

7. Bearbeitungsgebühren

7.1. Die Höhe der Bearbeitungsgebühren für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen ergibt sich aus der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

7.2. Für Veranstaltungen, die in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt werden oder bei denen die Sächsische Landesärztekammer als Mitverantwortlicher auftritt, müssen keine Bearbeitungsgebühren entrichtet werden.

7.3. Für das Verfahren zur Bewertung (Zertifizierung) von Fortbildungsveranstaltungen werden für jede beantragte Veranstaltung von nichtärztlichen Antragstellern oder bei gewerblichen Anbietern 150,00 EUR erhoben. Gebührenpflichtig sind Veranstaltungen, bei denen folgende Institutionen als Antragsteller, Veranstalter, Mitveranstalter oder Sponsoren auftreten: Versicherungen, Krankenkassen, professionelle Fortbildungsanbieter, Berufsverbände und Fachgesellschaften und weitere Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen, sofern sie Gebühren für die Teilnahme erheben. Ebenfalls gebührenpflichtig sind Unternehmen der Pharmaindustrie und deren Tochterunternehmen, Unternehmen der Medizinprodukteherstellung und deren Tochterunternehmen, nichtärztliche Veranstalter und weitere Drittanbieter.

8. Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern (Akkreditierung)

Die Satzung Fortbildung sieht in § 10 die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern vor. Für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern gelten nachfolgende Rahmenbedingungen:

8.1. Grundsätzlich können nur solche Veranstalter anerkannt werden, die gemäß Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer (Beschlussvorlage Nr. 2) vom 2. Februar 2005 nachfolgend als geeignet eingestuft worden und ihren Hauptsitz in Sachsen haben:

- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
- Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer
- Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften und ihre zugeordneten Fachfortbildungsakademien Deutschlands

d. ärztliche Berufsverbände

e. Krankenhäuser der Maximalversorgung und die beiden Universitätskliniken im Freistaat Sachsen.

8.2. Inhaltliche Voraussetzungen und Anforderungen an die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern:

Der anerkannte Fortbildungsveranstalter verfügt über einschlägige Erfahrungen bei der Konzeption, Organisation, Durchführung und Auswertung ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen und hat bereits am Zertifizierungsverfahren der Sächsischen Landesärztekammer teilgenommen. Alle von ihm bei der Sächsischen Landesärztekammer eingereichten Fortbildungsmaßnahmen wurden bisher anerkannt. Das Verfahren der internen Qualitätssicherung ist vom anerkannten Fortbildungsveranstalter auf Anforderung darzulegen. Die Fortbildungsbeauftragten bzw. für die Fortbildung beauftragten Personen und Gremien garantieren eine objektive und unabhängige Fortbildung.

8.3. Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen durch einen anerkannten Fortbildungsveranstalter:

Der anerkannte Fortbildungsveranstalter ist berechtigt, von ihm in eigener Verantwortung geplante und in Sachsen durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen der Kategorie A, B und C nach der Satzung Fortbildung zu bewerten. Der Erwerb von Fortbildungspunkten für die Teilnahme an der bewerteten Fortbildungsmaßnahme ist allen ärztlichen Teilnehmern garantiert. Die vom anerkannten Fortbildungsveranstalter bewerteten Fortbildungsmaßnahmen sind arztöffentlich und werden in geeigneter Form angekündigt. Die anerkannten Veranstaltungen müssen medizinisches Fachwissen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand vermitteln, den Zielen der Berufsordnung entsprechen, frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter sein und unter qualifizierter ärztlicher Leitung stehen. Die Sächsische Landesärztekammer ist berechtigt, stichprobenhaft die Zertifizierung der akkreditierten Veranstalter zu prüfen.

8.4. Organisatorisch-technische Anforderungen an anerkannte Fortbildungsveranstalter:

Der anerkannte Fortbildungsveranstalter übermittelt die Veranstaltungsdaten in einer von der Sächsischen Landesärztekammer vorgegebenen elektronischen Form. Er ist zur elektronischen Eingabe der Teilnehmerlisten an den elektronischen Informationsverteiler verpflichtet. Alle erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes sind einzuhalten und auf Anforderung der Sächsischen Landesärztekammer nachzuweisen.

8.5. Weitere Anforderungen an anerkannte Fortbildungsveranstalter:

Der anerkannte Fortbildungsveranstalter ist berechtigt, von den Teilnehmern an den von ihm angebotenen Fortbildungsmaßnahmen ein angemessenes Entgelt zu verlangen. Die Unterstützung von Dritten für die Veranstaltung (Sponsoring) erfolgt nach den Maßgaben der Berufsordnung, insbesondere den Regelungen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten. Benannte Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer sind jederzeit dazu berechtigt an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen unangekündigt und unentgeltlich teilzunehmen.

8.6. Die Sächsische Landesärztekammer schließt mit einem anerkannten Fortbildungsveranstalter über die Anerkennung nach § 10 der Satzung Fortbildung eine Vereinbarung, die grundsätzlich auf zwei Jahre befristet ist und auf Antrag verlängert werden kann.

9. Fortbildungszertifikat für Ärzte

- 9.1. Voraussetzungen
- 9.1.1. Das Fortbildungszertifikat wird Ärzten erteilt, die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Zertifikates (Ablauf des individuellen Zertifikatszeitraumes) Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind.
- 9.1.2. Fortbildungspunkte können nur für die Teilnahme an vorher von der für den Veranstaltungsort zuständigen Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben werden.
- 9.1.3. Bei der Auswahl der Fortbildungsveranstaltungen sollten sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre Themen berücksichtigt werden. Mindestens 50 % der nachzuweisenden Fortbildungen sollen zu fachspezifischen Themen absolviert werden. Wesentliche Anteile des eigenen Fachgebietes sollen abgedeckt werden.
- 9.2. Punktekonto
- 9.2.1. Für die Verwaltung von Fortbildungspunkten führt die Sächsische Landesärztekammer ein personenbezogenes Fortbildungskonto, auf das die erworbenen Fortbildungspunkte unter Verwendung der Einheitlichen Fortbildungsnummer (Barcode) übertragen werden können. Auf dem individuellen Punktekonto werden alle Fortbildungspunkte mit den entsprechenden Kategorien (Veranstaltungen nach dem 1. Januar 2006) kontinuierlich erfasst.
- 9.2.2. Das Punktekonto ist für jedes Kammermitglied individuell über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer einsehbar. Hierfür ist vom Kammermitglied eine Einverständniserklärung abzugeben. Mit Vorlage der Einverständniserklärung erhält das Kammermitglied eine Zugangskennung und in einem gesonderten Schreiben ein Passwort für den Online-Zugang.
- 9.3. Antragstellung
- 9.3.1. Das Fortbildungszertifikat wird vor Ablauf des individuellen Fünfjahreszeitraumes vom Kammermitglied bei der Sächsischen Landesärztekammer formlos beantragt. Bei Vorhandensein der technischen Voraussetzungen wird dem jeweiligen Mitglied nach Ablauf der persönlichen 5-jährigen Fortbildungszeit und Erreichen der notwendigen 250 Fortbildungspunkte das Fortbildungszertifikat automatisch zugeschickt. Alle Fortbildungszeiträume werden regelmäßig geprüft. Sollten 6 Monate vor Ablauf des persönlichen Fortbildungszeitraums weniger als 200 Punkte auf dem Konto des Arztes nachgewiesen werden, erhält der Arzt eine entsprechende Information durch die Sächsische Landesärztekammer.
- 9.3.2. Ein Nachweis für die Absolvierung des Selbststudiums (Kategorie E) ist nicht erforderlich. Die jährliche Gutschrift der Punkte für das Selbststudium (10 Punkte pro Jahr) erfolgt zum 1. Februar d.J. auf dem Punktekonto.
- 9.4. Anrechnung von Fortbildungspunkten
- 9.4.1. Veranstaltungen, die im Rahmen der Weiterbildung besucht werden und Veranstaltungen mit curricular vermittelten Inhalten (Kategorie H) bzw. Hospitationen (Kategorie G), sind bei Anerkennung durch eine Ärztekammer bzw. Vorlage einer Hospitationsbescheinigung (Muster der Sächsischen Landesärztekammer/Briefkopf der jeweiligen Einrichtung), die Art, Inhalt und Umfang der Hospitation enthält, mit maximal 150 Punkten in einem Fünfjahreszeitraum anrechenbar.
- 9.4.2. Referenten, wissenschaftliche Leiter und Qualitätszirkelmoderatoren erhalten einen Fortbildungspunkt pro Beitrag/Vortrag/Poster. Autoren erhalten 5 Fortbildungspunkte pro wissenschaftliche Veröffentlichung. Die Fortbildungspunkte für die Veranstaltung können für Referenten, wissenschaftliche Leiter und Qualitätszirkelmoderatoren nur gewährt werden, wenn diese für die Gesamtdauer der Veranstaltung anwe-

- send waren. In der Kategorie F werden maximal 50 Fortbildungspunkte in einem Fünfjahreszeitraum angerechnet.
- 9.4.3. Von einer anderen Heilberufekammer anerkannte Fortbildungsmaßnahmen können nach Einzelprüfung mit maximal 150 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat in einem Fünfjahreszeitraum berücksichtigt werden.
- 9.4.4. Für die Anrechnung von im Ausland absolvierten Fortbildungsmaßnahmen ist § 12 der Satzung Fortbildung maßgeblich. Danach werden im Ausland durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen anerkannt, wenn Sie den Voraussetzungen der Satzung Fortbildung entsprechen. Die Notwendigkeit einer vorherigen Anerkennung kann entfallen. Der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen der Satzung Fortbildung zu prüfen. Grundsätzlich muss für Veranstaltungen der Kategorie A bis D, G, H, I und K ein Arzt als wissenschaftlich Verantwortlicher bestellt sein.
- 9.5. Erteilung des Fortbildungszertifikats
- 9.5.1. Das Fortbildungszertifikat erhält jeder approbierte Arzt, wenn
- a. innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben und dokumentiert wurden.
 - b. das aktuelle Fortbildungszertifikat nicht mehr gültig ist.
 - c. er Mitglied der Sächsischen Landesärztekammer ist.
- 9.5.2. Die Sächsische Landesärztekammer prüft, ob alle Voraussetzungen für die Anrechnung der Punkte erfüllt sind und erteilt ein für fünf Jahre gültiges Fortbildungszertifikat.
- 9.5.3. Das Fortbildungszertifikat hat, beginnend mit dem Ausstellungsdatum, eine Gültigkeit von fünf Jahren. Das Punktekonto wird für den vergangenen Zertifizierungszeitraum geschlossen. Für den folgenden Zeitraum wird ein neues Punktekonto eröffnet. Eine Übernahme von Fortbildungspunkten ist ausgeschlossen.
- 9.5.4. Liegt bereits ein gültiges Fünfjahres-Fortbildungszertifikat vor, kann ein Folge-Fünfjahreszertifikat – bei Erfüllen der entsprechenden Voraussetzungen – erst nach Ablauf von fünf Jahren erteilt werden.
- 9.5.5. Das Fortbildungszertifikat ist gemäß § 27 Abs. 4 der Berufsordnung ankündigungsfähig. Es kann nach Maßgabe der Berufsordnung auf dem Praxisschild, in Praxis- und Diensträumen sowie im Internet angezeigt werden. Gemäß § 5 der Satzung Fortbildung wird mit dem Erwerb des Fortbildungszertifikats eine Plakette ausgegeben.
- 9.5.6. Gebühren für die Erteilung des Fortbildungszertifikates werden gemäß Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer erhoben.

10. Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen vom 3. Januar 2007 außer Kraft.

Dresden, 8. Januar 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Präsident Schriftführer

Die Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung) wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 9. Januar 2014

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

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. Ver-

sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kvs-sachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer 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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/C006	Kinder- und Jugendmedizin	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	11.03.2014
14/C007	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Stollberg	11.03.2014
14/C008	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	11.03.2014
14/C009	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)	Zwickau	11.03.2014
14/C010	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Zwickau	11.03.2014
14/C011	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Zwickau	11.03.2014
14/C012	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Zwickau	11.03.2014
14/C013	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Chemnitz, Stadt	24.02.2014
14/C014	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ Verhaltenstherapie	Chemnitz, Stadt	24.02.2014
14/C015	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ Verhaltenstherapie (Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)	Döbeln	24.02.2014
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
14/C016	Anästhesiologie (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Südsachsen	11.03.2014
14/C017	Radiologie (hälftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.02.2014
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
14/C018	Laboratoriumsmedizin (hälftiger Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	24.02.2014

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			
14/D003	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Hoyerswerda, Stadt/Landkreis Kamenz	24.02.2014
14/D004	Kinder- und Jugendmedizin	Meißen	24.02.2014

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.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
14/L006	Innere Medizin – hausärztlich*)	Leipzig	24.02.2014
14/L007	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.03.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	Praxisabgabe: ab 1/2015
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	Praxisabgabe: ab sofort

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