

Editorial	Vollkasko in der Medizin? – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit	180
Berufspolitik	Heilberufe formulieren Wahlprüfsteine	181
	Leserbefragung 2014	183
	Förderung des Wahlfaches Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr	183
	Freundschaftsvertrag mit Österreich	184
	„Ärzte für Sachsen“ auf der DocSteps in Berlin	184
	Mitgliederversammlungen der Kreisärztekammern Nordsachsen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	185
	Tagungsordnung des 24. Sächsischen Ärztetages	186
Gesundheitspolitik	Patienteninformation Antibiotikatherapie	187
	Fehlermeldesysteme gesetzlich vorgeschrieben	188
	Krankenversicherungschipkarten für Asylsuchende	191
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Seniorentreffen der KÄK Dresden	192
	Konzerte und Ausstellungen	192
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	192
Originalie	Mengenentwicklung orthopädischer Eingriffe in Deutschland	194
Leserbrief	Dr. med. Horst Schyra	199
Verschiedenes	Neue Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung ab 1. Mai 2014	199
	Transition aus der Pädiatrie	200
	Aktion Lesestart für Kinder ab 3 Jahre	201
	Ball der Heilberufe	201
	Arthur-Schlossmann-Preis an Priv.-Doz. Dr. med. Susann Blüher	202
Buchbesprechung	Gewalt und Psyche	203
Personalia	Abschied nach 23 Jahren Ethikkommission	204
	Abgeschlossene Habilitationen	205
	Jubilare im Juni 2014	206
Medizingeschichte	100 Jahre Klinik Bad Gottleuba	208
	Mediziner auf deutschen Gedenkmünzen	211
Kunst und Kultur	Ausstellung: Kunsttherapie – ein Bild gebendes Verfahren	212
	Leserbefragung 2014 zum „Ärzteblatt Sachsen“	213
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juli 2014	



Freundschaftsvertrag mit Österreich
Seite 184



Arthur-Schlossmann-Preis für
Priv.-Doz. Dr. med. Susann Blüher
Seite 202



100 Jahre Klinik Bad Gottleuba
Seite 208



Ausstellung Kunsttherapie
Seite 212

Titelbild: Münze von Prof. Dr. Max v. Pettenkofer
© Leo de Reus

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

Vollkasko in der Medizin?

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit



© SLÄK

Erinnerungen an eigene Studienzeiten und Erwartungen an den Beruf werden wach, wenn ich Studenten unterrichten darf. Auch die heutigen Studenten möchten vor allem eines: die Kunst des Heilens erlernen. Die Erkenntnis, dass dies in den unterschiedlichsten Facetten geschieht und dass oft mehrere Wege zur Genesung des Patienten führen können, reift dabei früh. Dies ist wichtig, richtig und gut. Natürlich besteht bereits frühzeitig der Wunsch, auch die Patienten- und Alltagswirklichkeit kennenzulernen. Aber genau da beginnt es kompliziert zu werden. Denn unterhalte ich mich mit Kollegen, bestätigen diese die Schwierigkeit, die illusionären Vorstellungen der Studenten über den ärztlichen Beruf mit der notwendigen tiefen ethischen, aber auch ökonomischen Verantwortung zu verbinden. Warum ist das so?

Nach meiner Meinung ergibt sich die größte Ernüchterung dadurch, dass wir bereits frühzeitig im Berufsleben feststellen müssen, dass unsere Tätigkeit Grenzen hat. Grenzen dahingehend, dass wir uns einer deutlich veränderten Erkrankungswelt gegenübersehen, die von der Medizin und vor allem aber von der Gesellschaft wohl noch nicht ausreichend beachtet wird, obwohl diese sich bereits

seit Jahren zeigt. Ich meine damit die Längerlebigkeit, die damit einhergehenden chronischen Erkrankungen ebenso wie die der Karzinomerkrankungen sowie die damit verbundenen Probleme des Gesundheitssystems.

Nun, ganz hilflos ist die heutige Medizin natürlich nicht. Wir können viel tun. Aber können wir im besten Sinne heilen – eine „Restitutio ad integrum“ in jedem Falle erreichen? Dies doch wohl eher nicht, auch wenn es oft anders suggeriert wird. Es bleibt immer ein Rest Erkrankung übrig. Gesundheit bedeutet heutzutage eben nicht mehr:

„Ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO)

Sondern vielmehr:

„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“ (Klaus Hurrelmann)

oder

„Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“ (Friedrich Nietzsche)

Zweifellos die einfachere Definition ist die von Friedrich Nietzsche, lässt sie Wertvorstellungen eines Menschen scheinbar außer Acht. Hurrelmann hingegen ordnet den Menschen ein. Er spricht von Möglichkeiten und Zielvorstellungen. Das bedeutet, der Einzelne muss sich auch aktiv an seiner Genesung beteiligen, er muss seine Ziele bei Eintritt einer Erkrankung neu justieren, das bedeutet Mitarbeit und Eigenbeteiligung in Prävention und Genesung. Hierin liegt für mich der empfundene Konflikt: Vollkasko und vollständige Ge-

nesung oder eine dem Alter und den Umständen entsprechende Gesundheit.

Die derzeitige öffentliche gesellschaftspolitische Diskussion zum Krankenkassenbeitrag impliziert Gesundheit im Sinne der WHO-Definition. Selten wird dabei durch die Politiker und die Verantwortlichen dargestellt, dass im SGB V seit Jahren eine Grund- und eben keine Luxusversorgung festgeschrieben ist. Im Gegenteil, die „Alles ist möglich“ Vollkasko-Mentalität wird schon aus wahltaktischen Gründen befördert. Eine Eigenbeteiligung wird nur fiskalisch und am Rande betrachtet.

Mich veranlasst die Frustration darüber, zuweilen gegenüber meinen Patienten folgendes festzustellen: „Die Existenz des CSE-Hemmers rechtfertigt nicht die Bockwurst und die des Insulins schon gleich gar nicht die Schwarzwälder-Kirschtorte“. Meist ernte ich dafür ein ungläubiges oder verständnisloses Lächeln, genau wissend, dass alle Empowermentversuche bei meinen „mündigen“ Patienten leider nur Schall und Rauch sind.

Der Begriff der „Eigenbeteiligung“ bedeutet aber auch Verantwortung für die eigene Gesundheit und für die Gesellschaft zu übernehmen. Doch wird er zu oft mit einer weiteren finanziellen Beteiligung neben dem Krankenkassenbeitrag verbunden. Wie eine Studie der TU Dresden beweist, stellt die Einführung von Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis im Sinne von einer angemessenen Vergütung durch den Patienten an den Arzt einen negativen Erfolgsfaktor bei der Übernahme einer Arztpraxis dar. Patienten möchten nicht, dass ihr Arzt auch Unternehmer ist.

Seelsorgerischer Einsatz und Rundumversorgung werden von uns Ärzten eingefordert. Diesem Anspruch kommen wir gern nach, nur unterscheiden sich offenbar die Blickwinkel. Allzu oft fehlt uns in Klinik und Praxis die Zeit für die Patienten, welche aus Krankheitsgründen unsere volle Aufmerksamkeit bedürfen, weil notwendige subsidiäre Strukturen

fehlen oder unnötige Arztbesuche uns in Anspruch nehmen, wie die Konsultationszahlen in unseren Krankenhausnotaufnahmen an Wochenenden und Feiertagen zeigen. Das notwendige Maß an Selbstdisziplin scheint in unserer Gesellschaft ab-

handen gekommen zu sein. Der Slogan lautet „Es kostet doch nichts“. Doch es kostet – es kostet ärztliche Zeit und Arbeitskraft. Und es kostet das Geld der Solidargemeinschaft. Würde so mancher unserer Patienten nur ein bisschen mehr eigene Ver-

antwortung übernehmen, dann glaube ich, fiel es uns Ärzten auch leichter, den Patienten auch in Zukunft im Mittelpunkt unseres Interesses zu behalten.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Heilberufe formulieren Wahlprüfsteine

Die bevorstehenden Landtagswahlen in Sachsen waren für die sächsischen Heilberufekammern der Anlass, gemeinsame gesundheitspolitische Positionen zu formulieren, die auch als Wahlprüfsteine genutzt werden sollen. Diese Positionen lauten wie folgt:

Freiberuflichkeit erhalten

Die Freiberuflichkeit der Heilberufe garantiert eine eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von hochqualifizierten Leistungen im Interesse der Allgemeinheit. Sie ist damit ein Garant für eine optimale Versorgung der Patienten im Freistaat Sachsen. Die sächsischen Parteien sollten sich aktiv dazu bekennen.

Selbstverwaltung stärken

Als Garant für Freiberuflichkeit sind die demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen zu erhalten und auszubauen. Berufspflichten und ethische Normen müssen von den Berufen selbst definiert werden. Politische und rechtliche Selbstverwaltung und die Freiheit der Berufsausübung bedingen einander. Mit der Beschränkung der Einflussnahme des Staates können die Selbstverwaltungen ihre Erfahrung effektiv einsetzen. Deregulierungsbestrebungen aus Europa ist daher das Gemeinwohl entgegenzusetzen.

Duales Krankenversicherungssystem fortentwickeln

Die sächsischen Heilberufe plädieren für den Erhalt und die Fortentwicklung der Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und

privater Krankenversicherung (PKV). Der Wettbewerb zwischen diesen beiden Systemen garantiert einen umfangreichen Katalog an Leistungen, von denen letztlich alle Patienten profitieren.

Um den Wettbewerb innerhalb der GKV zu stärken, ist es notwendig, den derzeitigen Versichertenanteil zu einem einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterzuentwickeln. Ein Sozialausgleich schützt Geringverdiener vor finanzieller Überforderung.

Für jedes in Deutschland geborene Kind sollte ein Gesundheitssparkonto eingerichtet werden, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der demografischen Entwicklung abfedert.

Bei der privaten Krankenversicherung muss die Transparenz der Tarife deutlich verbessert werden, ein Leistungskatalog für die Mindestversorgung privat versicherter Patienten verbindlich gemacht und die Portabilität der Altersrückstellungen im Fall

eines Versicherungsverwechslers erleichtert werden.

Prävention fördern

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an deren Erfüllung in Kooperation mit allen Heilberufen unterschiedliche staatliche Ebenen, das Bildungswesen, betriebliche Gesundheitsförderung, der Öffentliche Gesundheitsdienst und andere gesellschaftliche Einrichtungen mitwirken müssen.

Nicht zuletzt ist es eine Aufgabe der Krankenkassen, Prävention zu einem Instrument intelligenter und differenzierter Gesundheitsvorsorge zu machen, indem sie sich dazu evaluierter und in der Wirksamkeit belegter Interventionsmöglichkeiten bedienen.

Kammertätigkeit entbürokratisieren

Die Sächsische Staatsregierung wird aufgefordert, endlich von der Genehmigungspflicht der Wirtschaftspläne, der Festsetzung der Kammerbeiträge und der Entlastung der

Vorstände der Heilberufekammern Abstand zu nehmen und entsprechende gesetzliche Maßnahmen im Sinne des Bürokratieabbaus, des Abbaus der Regelungsdichte, zur Verwaltungsvereinfachung und zur Stärkung der Finanzautonomie der Kammern einzuleiten.

Abwanderung junger Fachkräfte verhindern

Zur Sicherung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung muss die Abwanderung junger Fachkräfte verhindert werden. Der zunehmende Altersdurchschnitt der Bevölkerung fordert eine intensive und langfristige Betreuung älterer Patienten. Den persönlichen Dialog vor Ort sehen wir als alternativlos an.

Ärztlichen Nachwuchs fördern

Die sächsische Ärzteschaft fordert die Staatsregierung dazu auf, stärker Verantwortung für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu übernehmen. Der Freistaat muss eine ausreichende Zahl an Medizinstudienplätzen schaffen, damit die ambulante und stationäre Versorgung auch künftig auf dem jetzigen hohen Qualitätsniveau erhalten werden kann.

Auch die Zugangskriterien für die Studienplatzvergabe in der Medizin sind zu ändern. Die Staatsregierung soll auf bundesweit einheitliche Kriterien hinwirken, nach denen besonders diejenigen Universitäten mit finanziellen Mitteln der Länder gefördert werden, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen.

Pharmazeutischen Nachwuchs sichern

Für die Sicherung des pharmazeutischen Nachwuchses ist eine schnelle Entscheidung für den Erhalt und Ausbau des Studiengangs Pharmazie an der Universität Leipzig dringend notwendig. Darüber hinaus müssen die vorhandenen Kapazitäten ausgeschöpft werden. Es sollten mindestens 60 Studenten zum Wintersemester 2014/2015 immatrikuliert werden, um dem steigenden Bedarf an Fachkräften nachzukommen.

Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen für Deutschland

Millionen Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen dauerhaft fünf oder mehr Arzneimittel ein. Dadurch, wie auch aufgrund fehlender Therapietreue, steigt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse, die Grund für viele Krankenhausaufnahmen sind. Gemeinsam mit den Ärzten und der AOK Plus führen die sächsischen Apotheker die Umsetzung eines gesetzlich verankerten, bundesweiten Modellversuches durch, die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN). Die Betreuung multimorbider, zum großen Teil geriatrischer Patienten soll zukünftig intensiviert werden. Langfristig könnte so bundesweit eine Kostendämpfung bei den gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden.

Approbierte Pharmazeuten zur Betreuung multimorbider Patienten

Die Bewertung der Analyse und die Beratung im Rahmen eines Medikationsmanagements muss – gesetzlich vorgeschrieben – durch einen Apotheker erfolgen. Die sächsischen Apotheker appellieren daher mit Nachdruck an die verantwortlichen Politiker, alle notwendigen Weichen für die Ausbildung pharmazeutischer Fachkräfte in Sachsen zu stellen.

Zahnarztausbildung modernisieren

Die Approbationsordnung für Zahnärzte aus dem Jahr 1955 muss modernisiert werden. Analog der akademischen Lehrpraxen in der Medizin wird eine praxisnahe Ausbildung bei niedergelassenen Zahnärzten gefordert, um die Medizinerorientierung stärker im Ausbildungskonzept zu verankern.

Gefährhundegesetz zu einem sächsischen Hundehaltungsgesetz weiterentwickeln

Aus Sorge um den präventiven Schutz der Bürger in Sachsen setzt sich die Sächsische Landestierärztekammer nachdrücklich für ein modernes Hundehaltungsgesetz ein. Dabei sollen die wichtigen Forderungen

nach einem verpflichtenden Sachkundenachweis für Hundehalter, der Kennzeichnungspflicht und der Registrierung aller gekennzeichneten Hunde in einer zentralen Datenbank eingebunden werden. Eine Gesetzesvorlage der Sächsischen Landestierärztekammer liegt der Regierung und den Parteien seit drei Jahren vor. Wir fordern die Weiterentwicklung des Gefährhundegesetzes zu einem modernen sächsischen Hundehaltungsgesetz. Wir müssen dem weiteren Ansteigen der Beißvorfälle mit verletzten Menschen im Freistaat Sachsen entgegenwirken.

Schaffung effizienter und permanenter Instrumente der staatlichen Tierseuchenbekämpfung

Hochkontagiöse Tierseuchen (wie zum Beispiel die Afrikanische Schweinepest) stellen eine akute Bedrohung für die heimische Landwirtschaft dar. Die sächsischen Tierärzte sind jederzeit bereit, krisenhafte Seuchengeschehen zu bekämpfen. Überregionale Tierseuchenübungen haben jedoch gezeigt, dass mangels eines funktionsfähigen Landestierseuchenkrisenplans und wegen fehlender Bekämpfungsstrukturen erhebliche Defizite bei der Führung der Bekämpfungsmaßnahmen bestehen.

Deshalb fordern die sächsischen Tierärzte die Inkraftsetzung des im Entwurf vorliegenden Landestierseuchenkrisenplans einschließlich der darin vorgesehenen Regelungen zu einem Landestierseuchenkrisenzentrum. Die im Entwurf eines Sächsischen Ausführungsgesetzes zum Tiergesundheitsgesetz vorgesehene Task Force Tierseuchenbekämpfung ist mit mindestens drei in der Tierseuchenbekämpfung erfahrenen Tierärzten zu besetzen. Die Zusammenwirkung der Bekämpfungsstrukturen ist regelmäßig in überregionalen Übungen zu trainieren.

Leserbefragung

Sehr verehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das „Ärzteblatt Sachsen“ ist das Publikationsorgan der Sächsischen Landesärztekammer.

Das heutige Anliegen des Redaktionskollegiums ist es, zu erfahren, wie unsere Leser das „Ärzteblatt Sachsen“ und seinen Informationsgehalt bewerten. Diese vierte Akzeptanzanalyse nach der Leserumfrage 1994, 2001 und 2009 dient der Inhaltsverbesserung dieser Zeitschrift.

Bitte nutzen Sie den Fragebogen auf Seite 213 in diesem Heft für Anregungen und Kritik und senden Sie uns den Fragebogen per Fax unter 0351 8267162 zurück.

Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ bedankt sich im Voraus für Ihre aktive Mitarbeit.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder
Vorsitzender des Redaktionskollegiums des
„Ärzteblatt Sachsen“



Sächsische
Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

„Ärzteblatt Sachsen“ - Leserbefragung 2014

Das Redaktionskollegium möchte von Ihnen wissen, wie Sie das „Ärzteblatt Sachsen“, dessen Inhalte und Themen beurteilen. Dazu bitten wir Sie, diesen anonymisierten Fragebogen auszufüllen.
Bitte senden Sie den Fragebogen bis spätestens **20. Juni 2014** zurück. FAX 0351-8267-162

Wie oft lesen Sie das „Ärzteblatt Sachsen“?

Ich lese jede Ausgabe. Ich lese das „Ärzteblatt Sachsen“ nie.
 Ich lese fast jede Ausgabe. Ich lese das „Ärzteblatt Sachsen“ nur online.
 Ich schaue gelegentlich mal rein.

Welche Rubriken lesen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/> Berufspolitik	<input type="radio"/> Medizingeschichte	<input type="radio"/> informativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gesundheitspolitik	<input type="radio"/> Personalia	<input type="radio"/> aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Fachartikel	<input type="radio"/> Kunst und Kultur	<input type="radio"/> praxisrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Medizinrecht	<input type="radio"/> Buchbesprechung	<input type="radio"/> kompetent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie beurteilen Sie die Texte?

Schulnote	1	2	3	4	5
strukturiert	<input type="radio"/>				
verständlich	<input type="radio"/>				
gut lesbar	<input type="radio"/>				

Wie bewerten Sie die Inhalte?

Schulnote	1	2	3	4	5
informativ	<input type="radio"/>				
aktuell	<input type="radio"/>				
praxisrelevant	<input type="radio"/>				
kompetent	<input type="radio"/>				

Wie gefällt Ihnen die Gestaltung?

sehr gut
 gut
 mittelmäßig
 gar nicht

Welche Inhalte / Themen sollten verstärkt oder zusätzlich aufgenommen werden?

Was sollte Ihrer Ansicht nach verbessert werden?

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

sehr oft oft manchmal selten gar nicht

Statistische Daten

Geschlecht weiblich männlich

Alter bis 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61 - 70 über 70

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe! 0835186180

Förderung des Wahlfaches Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ)

Seit dem Studienjahr 2008/2009 fördert die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Medizinstudierende mit einer Studienbeihilfe, wenn sie sich für die Allgemeinmedizin verpflichten. Diese Nachwuchsförderung wurde ab 2013 um das Projekt „Studieren in Europa“, die „Ausbildungsbeihilfe“ des Sächsischen Sozialministeriums und die „Förderung des PJ-Wahlteriales Allgemeinmedizin“ erweitert.

Die Förderung des PJ-Wahlteriales Allgemeinmedizin soll akkreditierte akademische Lehrpraxen sowie deren Studierende unterstützen. Die Lehrpraxis erhält einmalig 800 Euro für ihre Lehrleistung pro Studierenden nach erfolgreich absolviertem Wahlterial.

Die Höhe der Förderung für Studierende ist abhängig von der Lage der Lehrpraxis.

Liegt diese in Chemnitz, Dresden, Leipzig oder Radebeul erhält der Studierende einmalig 400 Euro, außerhalb der oben genannten Städte beträgt die Fördersumme 800 Euro. Dieser Anreiz soll vor allem Landarztpraxen attraktiv machen.

Finanziert wird diese Unterstützung aus dem Strukturfonds zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (nach § 105 Absatz 1a SGB V).

Ziel des 16-wöchigen Arbeitens in einer Lehrpraxis ist es, das breite Spektrum der hausärztlichen Tätigkeit, die hohe Verantwortung des Hausarztes und auch das spezielle Vorgehen im Fach Allgemeinmedizin kennenzulernen. Hierfür haben die Studierenden das PJ-Logbuch Allgemeinmedizin als „roten Faden“ und die 4-wöchigen Begleitseminare unterstützend zur Seite. Um Kontakt zu anderen allgemeinmedizin-interessierten Studierenden und Weiterbildungsassistenten/Fachärzten zu knüpfen, erfolgt eine Anbindung an Fortbildungsveranstaltungen der Jungen Allgemeinmedizin Sachsen (JASa), die durch die Sächsische Gesellschaft

für Allgemeinmedizin e.V. (SGAM) gefördert wird.

Rückblickend bestätigen die hervorragenden Evaluationen, dass das PJ-Wahlterial sehr gut angenommen und der Berufswunsch Hausarzt bestärkt wird.

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
Vorsitzende des Ausschusses
„Ärztliche Ausbildung“

Freundschaft mit Österreich bekräftigt

In Wien wurde am 4. April 2014 eine Zusatzvereinbarung zum Freundschaftsvertrag zwischen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, der Österreichischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer unterzeichnet. Die Zusatzvereinbarung ergänzt einen Vertrag aus dem Jahre 2007. Mit der Zusatzvereinbarung soll die bisherige sehr gute Zusammenarbeit zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer erweitert und intensiviert werden.

In dem Vertrag aus dem Jahr 2007 bekennen sich die Parteien dazu, die Migration von Ärzten zwischen Österreich und Sachsen durch eine aktive Informations- und Vermittlungstätigkeit zu unterstützen und zu fördern. An der Umsetzung dieser Vereinbarung war die Sächsische Landesärztekammer aktiv beteiligt. Durch diesen Vertrag konnten in der Vergangenheit bereits junge österreichische Ärzte ihre Weiterbildung in sächsischen Kliniken antreten oder sich in Sachsen niederlassen. Die Bilanz des Vertrages aus dem Jahre



Dr. med. Artur Wechselberger, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Frau Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer bei der Unterzeichnung des Vertrages (v.l.)

© ÖÄK/Bernhard Noll

2007 ist positiv. Insgesamt konnten ca. 80 Mediziner für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen gewonnen werden. Davon absolvieren ca. 30 Mediziner im Freistaat derzeit ihre Weiterbildung zum Facharzt. Bereits heute besteht in beiden Ländern ein erhöhter Ärztebedarf. Damit eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung auch künftig gewährleistet wird, wurde der Schwerpunkt der Zusatzvereinbarung auf dieses Thema gelegt. So sollen beispielsweise

Strategien für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erarbeitet und sich über sektorenübergreifende Versorgungsfragen sowie Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die medizinische Versorgung ausgetauscht werden. Zur fachlichen Unterstützung wird zukünftig ein regelmäßiger Austausch zwischen den Vertragspartnern stattfinden.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Besucher auf der DocSteps in Berlin

© SLÄK

„Ärzte für Sachsen“ auf der DocSteps 2014

Die Sächsische Landesärztekammer und das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ nahmen am 5. April 2014 zum ersten Mal an der Karrieremesse des Marburger Bundes, der DocSteps 2014, in Berlin teil. Neben einem breiten Vortrags- und Workshop-Programm zu allen Fragen der beruflichen Orientierung bot die Messe im Ausstellerbereich vielfältige Möglichkeiten, mit potenziellen Arbeitgebern und Experten aus dem Gesundheitswesen ins Gespräch zu kommen.

„Ärzte für Sachsen“ stellte in diesem Rahmen die sächsischen Unterstützungsmöglichkeiten für Studium, Berufseinstieg, Weiterbildung sowie der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und in der eigenen Niederlassung vor. Die Medizinstudierenden und jungen Ärzte interessierten sich außerdem für die Weiterbildungschancen im Freistaat, für gesuchte Facharzttrichtungen, familienfreundliche Angebote sächsischer Krankenhäuser und ganz allgemein für die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Freistaat.

Martin Kandzia M.A.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kreisärztekammer Nordsachsen

Der Vorstand der Kreisärztekammer Nordsachsen lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Mittwoch, dem 21. Mai 2014,
18.00 Uhr,
in die Kulturscheune im
Schloss Taucha,
Haugwitzwinkel 1, 04425 Taucha,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nach-

dem sich die Kreisärztekammern Delitzsch und Torgau-Oschatz im Jahr 2009 zur Kreisärztekammer Nordsachsen zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht die Geschäftsordnung der Kreisärztekammer geändert und ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode bis 2019 gewählt werden. Überdies steht ein Vortrag zur Altersvorsorge durch unser Versorgungswerk auf der Tagesordnung.

Wenn auch Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, möchten wir Sie auch auf diesem Weg noch einmal zur Kandidatur ermuntern.

Gern können Sie mit mir unter Telefon-Nr. 034202 60137, E-Mail: nordsachsen@slaek.de, Kontakt aufnehmen.

Dipl.-Med. Andreas Koch
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Nordsachsen

Kreisärztekammer Sächsische Schweiz- Osterzgebirge

Der Vorstand der Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Mittwoch, dem 21. Mai 2014,
19.00 Uhr,
in die Klinik Bavaria Kreischa,
An der Wolfsschlucht 1 – 2,
01731 Kreischa**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nachdem sich die Kreisärztekammern Sächsische Schweiz und Weißeritzkreis im Jahr 2009 zur Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht die Geschäftsordnung geändert und ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode bis 2019 gewählt werden.

Wenn auch Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, möchten wir Sie auch auf diesem Weg noch einmal zur Kandidatur ermuntern.

Gern können Sie mit mir unter Telefon-Nr. 03501 71185605, E-Mail s.schweiz-osterzgebirge@slaek.de Kontakt aufnehmen.

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

24. Sächsischer Ärztetag

Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

24. Sächsischer Ärztetag

Freitag, 13. Juni 2014,

Beginn: 14.00 Uhr

1. Eröffnung des 24. Sächsischen Ärztetages
 - Feststellung der Beschlussfähigkeit
 - Protokollbestätigung
 - Beschlusskontrolle
 Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

 Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
 - dem Bericht des Präsidenten und
 - dem Tätigkeitsbericht 2013 der Sächsischen Landesärztekammer.
3. Finanzen
 - 3.1. Sachstand zum Bau eines Parkhauses auf dem Parkplatz Hellerschance
 - 3.2. Jahresabschluss 2013
 - 3.3. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2013
 - 3.4. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2014

Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

 Dipl.-oec. Cornelia Auxel, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner
4. Nachwahl eines Mitglieds des Ausschusses Senioren

Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

5. Zeitplan für die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 bis 2019

Bericht: Ass. jur. Annette Burkhardt, Landeswahlleiterin

Abendveranstaltung

Freitag, 13. Juni 2014,

Beginn: 18.30 Uhr

Begrüßung
 Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
 Totenehrung
 Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2014 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft
 Festvortrag: Individualisierte Medizin in der Onkologie
 Referent: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen.

Fortsetzung der 50. Tagung der

Kammerversammlung

Sonnabend, 14. Juni 2014,

Beginn: 9.00 Uhr

6. Begrüßung
 Feststellung der Beschlussfähigkeit
 Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
7. Gesundheitspolitische Vorhaben der Großen Koalition in der laufenden Legislaturperiode – Bewertung aus Kammer­sicht
 Referent: Dr. med. Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Mitglied des Deutschen Bundestages, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes
8. Satzungen
 - 8.1. Änderung von Satzungen in Bezug auf die Zusammensetzung des Vorstandes
 - 8.1.1. Änderung der Hauptsatzung
 - 8.1.2. Änderung der Geschäftsordnung
 - 8.1.3. Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche

Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern
 Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

- 8.2. Änderung der Gebührenordnung
 Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
- 8.3. Änderung der Weiterbildungsordnung
 Bericht: Prof. Dr. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
- 8.4. Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer
 Bericht: Dr. Hans-Jürgen Held, Vorsitzender Kommission Maßnahmen KÜB
9. Bekanntgabe von Terminen
10. Verschiedenes

27. Tagung der Erweiterten

Kammerversammlung

Sonnabend, 14. Juni 2014,

Beginn: 12.30 Uhr

(Organ der Sächsischen Ärzteversorgung; um 10 Mandatsträger der Sächsischen Landestierärztekammer erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)

1. Eröffnung der 27. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung
 Feststellung der Beschlussfähigkeit
 Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. Tätigkeitsbericht 2013 der Sächsischen Ärzteversorgung
 - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
 Bericht: Dr. Steffen Liebscher
 - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
 Bericht: Dr. med. vet. Jens Achterberg
 - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2013 und Diskussion
 Bericht: Dipl.-Ök. Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer, Baker Tilly Roelfs AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

- 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2015
Bericht: Dipl.-Math. Mark Wald-dörfer, Mitglied des Verwaltungsausschusses
- 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärztesversorgung für das Jahr 2013
3. Satzungsänderungen 2014
Bericht: RA Dr. Jochim Thietz-Bartram, Mitglied des Verwaltungsausschusses
4. Bekanntgabe des Termins der 28. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung
5. Verschiedenes

Patienteninformation Antibiotikatherapie

Die zunehmenden Antibiotikaresistenzen sind ein schwerwiegendes Problem in der Patientenversorgung. Seit dem Jahr 2010 arbeitet im Freistaat Sachsen unter Leitung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) ein landesweites Netzwerk gegen multiresistente Krankheitserreger, das MRE-Netzwerk Sachsen. Für die Arbeit wurde jetzt unter www.mre-netzwerk.sachsen.de eine Internetseite freigeschaltet, auf der eine Vielzahl von Informationen für Patienten und Angehörige zu finden sind.

Nachdem im letzten Jahr die Sächsische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Facharbeitsgruppe Surveillance/Antibiotikastrategie des MRE-Netzwerkes Sachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen eine sehr gut besuchte Fortbildung zur rationalen Antibiotikatherapie durchgeführt hat, steht nun auch speziell für die Patienten ein Flyer zum Thema „Therapie mit Antibiotika und was Sie darüber wissen sollten“ des SMS zur Verfügung.

Patienten fragen in der Praxis immer wieder, auch bei eindeutig viralen Infekten, nach Antibiotika. Im Flyer wird sehr einfach und nachdrücklich erklärt, wann Antibiotika wirken und wann nicht. Die Gefahren bei unnötigem Antibiotikaeinsatz werden erklärt, ohne sie unnötig zu dramatisieren. Allerdings wird auch deutlich darauf aufmerksam gemacht, was der Patient berücksichtigen muss, wenn er ein Antibiotikum verordnet bekommt und wie wichtig eine Ein-

nahme streng nach den Anordnungen des Arztes ist. Darüber hinaus findet der Patient Verhaltensregeln bei Infekten, die nicht oft genug wiederholt werden können. Ärzte, die den Flyer in ihrem Wartezimmer auslegen wollen, können diesen in der gewünschten Stückzahl über die E-Mail publikationen@sachsen.de bestellen.

Die Leistungen zur Untersuchung und Behandlung von MRSA-Patienten im niedergelassenen Bereich sind zum 1. April 2014 Teil des EBM geworden. Dazu wurde im EBM ein neuer Abschnitt 30.12 geschaffen, relevante Informationen hat die KBV auf der Seite www.mrsa-ebm.de bereitgestellt. Hier finden Sie auch eine zertifizierte online-Fortbildung, die zur Abrechnung der entsprechenden Ziffern berechtigt, wenn das Zertifikat bei der KV-Sachsen eingereicht wird.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ

Freistaat
SACHSEN

Therapie mit Antibiotika –
und was Sie darüber wissen sollten

MRE
Netzwerk Sachsen

Fehlermeldesysteme gesetzlich vorgeschrieben

Regelmäßige Beispiele im „Ärzteblatt Sachsen“

Schon Ende der 90er-Jahre gab es in einigen Fachgruppen, insbesondere in der Anästhesie, Bestrebungen, zu einer offenen und flexiblen Fehlerkultur auch im Gesundheitswesen überzugehen. Da große Schwierigkeiten befürchtet wurden im Rahmen von haftungsrechtlichen Konsequenzen und da in der Luftfahrt diesbezüglich mit anonymen und sanktionsfreien Meldungen gute Erfahrungen vorlagen, wurde ein auf den Gesundheitsbereich adaptiertes webbasiertes „Critical Incident Reporting System“ entwickelt. Schon seit 2005 gibt es eine offizielle von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer bereitgestellte und vom Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung begleitete Internetplattform CIRSMEDICAL, auf der zunehmend medizinisches Personal berufsgruppenübergreifend aus allen Sektoren des deutschen Gesundheitswesens Fehler oder Beinahefehler veröffentlicht und zur Diskussion stellt. Die Fallbeschreibungen werden anschließend von Experten diskutiert und kommentiert und rechtliche und organisatorische Konsequenzen dargestellt. Es entstand ein ständig wachsender Fundus an Fehlervermeidungsstrategien, von denen jeder im Gesundheitswesen Tätige profitieren kann. Viele Krankenhausabteilungen sind inzwischen dazu übergegangen, CIRS als Lernplattform im Rahmen der abteilungsinternen Fortbildungen zu nutzen.

Da im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes § 137 SGB V geändert wurde, ist die Implementierung eines Risikomanagement- und Fehlermeldesystems für Krankenhäuser Pflicht, seit Februar 2014 liegen die Anforderungen dazu vom G-BA vor (www.g-ba.de). Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler, aber das bekannte QM-Motto: „Jeder Fehler

ist ein Schatz“ ist für die Lernplattform CIRSMEDICAL wörtlich zu verstehen. Kritisch ist, aus Fehlern nicht zu lernen und sie zu wiederholen, dies zu vermeiden hilft CIRS.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ wird monatlich ein Fallbeispiel veröffentlichten, wobei versucht wird, insbesondere Fälle herauszufiltern, die für möglichst viele Kollegen von Interesse sind. Für das Maiheft 2014 des „Ärzteblatt Sachsen“ wurde ein im ambulanten und stationären Bereich häufig vorkommender Fall genutzt.

Patient wird nach Endoskopie unter Propofolsedierung reanimationspflichtig

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus – Funktions/Diagnostikraum

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag

Versorgungsart? Routinebetrieb
Patientenzustand:

Der Patient wurde endoskopiert, es erfolgte eine Sedierung mit Propofol.

Fallbeschreibung:

Nach einer endoskopischen Untersuchung mit Propofolsedierung fiel den Mitarbeitern der Endoskopie bei der Kontrolle im Aufwachraum sowohl der schlechte Allgemeinzustand, als auch die niedrige O₂-Sättigung eines zuvor endoskopierten Patienten auf. Im weiteren Verlauf setzte die Atmung aus und es waren keine Vitalparameter mehr messbar. Das neue Überwachungsgerät (Pulsoxymeter) meldete keine bzw. nicht ausreichende Signale. Es wurden sofort Reanimationsmaßnahmen durch das Personal eingeleitet und der Arzt alarmiert. Es erfolgte eine Verlegung auf die Intensivstation.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Massage)?

Da die Situation eindeutig durch das technische Defizit des Pulsoxymeters eingetreten ist (die Alarm-Lautstärke war nicht ausreichend), wurde der Aufwachraum sofort mit einer Pflegekraft besetzt. Ein Monitoring wird in absehbarer Zukunft eingesetzt.

Häufigkeit des Ereignisses? nur dieses Mal

Wer berichtet? Pflegekraft

Berufserfahrung: über 5 Jahre.

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In der vorliegenden Meldung wird von einem schwerwiegenden Zwischenfall berichtet, welcher sich nach einer Sedierung für einen diagnostischen Eingriff mit Propofol ereignet: Im Aufwachraum der meldenden Klinik/Abteilung fällt den Mitarbeitern der schlechte Allgemeinzustand des Patienten auf. Dieser wird in Verbindung mit niedrigen SpO₂-Werten gebracht, welche auf eine Hypoventilation/Apnoe/Atemwegsverlegung des Patienten hinweisen. Der Patient wird als reanimationspflichtig erkannt und es werden umgehend Reanimationsmaßnahmen eingeleitet. Die Tatsache, dass der Patient im Anschluss auf die Intensivstation verbracht wird, wird dahingehend interpretiert, dass die Wiederbelebungsmaßnahmen zu einem ROSC geführt haben. Über das weitere Outcome steht keine Information zur Verfügung. Ebenso fehlen Angaben über die räumlich-apparativen Voraussetzungen, die Personalstruktur der endoskopierenden Abteilung sowie über die kumulative Propofoldosis und eventuell analgetische Zusatzmedikation (zum Beispiel Priritramid). Insofern kann sich eine Kurzanalyse nur auf die wenigen Informationen beziehen, welche der Text explizit nennt.

Hier fällt jedoch sofort die Bemerkung des Melders auf, dass der Aufwachraum nach dem Vorfall mit einer Pflegekraft besetzt wurde, was (möglicherweise fälschlich) so gelesen werden kann, als ob dies bis zu dem Ereignis nicht der Fall gewesen sei. Dieser Verdacht wird durch den Umstand erhärtet, dass eine Fehlfunktion des Pulsoxymeters erst beim Hinzutreten des Endoskopiepersonals detektiert wird und nicht schon, wie es bei Anwesenheit einer Pflegekraft zu erwarten gewesen wäre, in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang auffällt. Es ist also durchaus möglich, dass der Patient bereits im Bereich von einigen Minuten an

einer nicht detektierten Bradyпноe oder mechanischen Atemwegsverletzung litt.

Sollte dies der Fall sein, so kann der meldenden Klinik nur dringend ans Herz gelegt werden, ihre eigenen Struktur- und Prozessvoraussetzungen mit den in den S3-Leitlinien des AWMF und den Leitlinien zur „Analgesedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen am Erwachsenen“ (welche die Leitlinie von 2002 zur Sedierung und Analgesie durch Nicht-Anästhesisten ersetzt) enthaltenen Anforderungen kritisch abzugleichen.

So lauten beispielsweise die Minimalanforderungen für die personelle Besetzung:

„Da der untersuchende Arzt während der diagnostischen Maßnahme nicht in der Lage ist, die Vitalfunktionen des Patienten in ausreichendem Maße zu überwachen, ist bei allen Analgesedierungen eine weitere entsprechend qualifizierte, nicht in die Durchführung der Untersuchung involvierte Person erforderlich, deren einzige Aufgabe die Durchführung und Überwachung des Analgesedierungsverfahrens ist.“

Und weiter:

„Der die diagnostische Maßnahme durchführende Arzt verantwortet dann nicht nur den Eingriff, sondern auch die Analgesedierung einschließlich deren Überwachung und gegebenenfalls die Wiederherstellung vitaler Funktionen.“

Die ständige Anwesenheit einer zweiten Person ist deswegen erforderlich, weil es zu den wesentlichen Aufgaben dieser Person gehört, „die ständige Überwachung der Sedierungstiefe durch ständige Überprüfung der Patientenreaktion auf verbale, taktile und gegebenenfalls Schmerzreize, die Kontrolle der Atmung durch kontinuierliche visuelle oder auskultatorische Kontrolle von Atemtiefe und -frequenz“ sicherzustellen.

Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass im vorliegenden Fall das Narkosemedikament Propofol zum Einsatz kam und in Abweichung zur oben genannten

„geeigneten Person“ die Pharmahersteller von Propofol in ihren Anwendungsbeschränkungen ausnahmslos einen zweiten Arzt verlangen, ohne zwischen Sedierung und Narkose zu unterscheiden:

■ „Propofol darf nur in Krankenhäusern oder in adäquat ausgerüsteten anderen Einrichtungen von anästhesiologisch bzw. intensivmedizinisch ausgebildeten Ärzten verabreicht werden.“

■ „Die Sedierung mit Propofol und die Durchführung der diagnostischen oder chirurgischen Maßnahme dürfen nicht von derselben Person erfolgen“ (Produktinformation der Firma Ratiopharm, gleichlautend bei den Firmen Fresenius und Braun, Ausdruck vom 11.4.2012 und zitiert nach Neelmeier & Schulte Sasse 2013).

Diese Sicherstellung endet dabei keinesfalls mit der Untersuchung, sondern schließt den darauf folgenden Zeitraum bis zur vollständigen Erholung der Vitalfunktionen ein. So heißt es in der S3-Leitlinie, „die lückenlose Überwachung der Patienten durch qualifiziertes Personal unabhängig von der verwendeten Substanz, gegebenenfalls unter Verwendung eines Pulsoxymeters fortzusetzen, bis sich der Patient vollständig erholt hat.“ (...)„Die entsprechende Person muss ständig im Aufwachbereich sein bzw. die Überwachungseinheit im Blickkontakt haben.“

Im Beschluss von BDA und DGAI zur „Analgesedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen (Anästh Intensivmed 51 (2010) S. 598 bis S. 620) heißt es

zum „Vorgehen nach Beendigung der Analgesedierung“:

„Überwachung

Nach Beendigung der Analgesedierung kann der Patient durch die Restwirkung der verabreichten Pharmaka auf die vitalen Funktionen und/oder durch die vorgenommene Maßnahme selbst noch für einige Zeit akut gefährdet sein (Sturzgefahr). Solange mit einer derartigen Gefährdung zu rechnen ist, bedarf es einer kompetenten Überwachung.

Die Dauer der Überwachung sollte in der Regel mindestens 30 min. nach Beendigung des Eingriffs betragen. Dies gilt insbesondere für schmerzhafte Eingriffe, bei denen sich die zentrale Atemdepression nach Wegfall des Schmerzreizes verstärken könnte. ...Mit der Überwachung ist entsprechend qualifiziertes Personal zu betrauen. Es darf den Patienten während dieser gefahrträchtigen Phase nicht allein lassen. Dabei ist insbesondere auf die Atmung (zum Beispiel Bewegungen des Brustkorbes, Atemgeräusche), die O₂-Sättigung des Blutes (Farbe der Lippen, Pulsoxymetrie), die Herzfrequenz (EKG oder Pulsoxymetrie), den Blutdruck und die Vigilanz zu achten.

Am Ort der Überwachung sind Geräte, Medikamente und Materialien sowohl für eine angemessene Überwachung als auch zur Behandlung von Komplikationen bereitzuhalten ... Es darf keine Überwachungslücke zwischen dem Ort der Maßnahme und dem Erholungsraum geben...“

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Die Missachtung der fachlichen Vorgaben, insbesondere auch der Anwendungshinweise der Hersteller

kann, wenn dadurch Patienten zu Schaden kommen, erhebliche medikolegale Konsequenzen (zivilrechtlicher Haftungsprozess, Strafverfahren) zur Folge haben. So wurde ein Münchener Gynäkologe 2006 zu einer Freiheitsstrafe von 1 Jahr und 8 Monaten, zunächst in erster Instanz ohne Bewährung, in zweiter Instanz auf Bewährung verurteilt, nachdem er eine ambulante Gebärmutterabschabung unter Propofol-Sedierung, aber ohne die geforderte Assistenz und ohne die geforderte apparative Ausstattung vorgenommen hatte. Während der Behandlung erlitt die Patientin eine Apnoe (Atemstillstand). Diese war, wie das Strafgericht feststellte, durch den Gynäkologen „aufgrund der mangelhaften apparativen Ausstattung während des Eingriffs und aufgrund der Tatsache, dass er als einziger Arzt bei der Behandlung die Vitalparameter der Patientin nicht hinreichend überwachen konnte, nicht bemerkt worden“. Die Patientin verstarb aufgrund einer hypoxischen Hirnschädigung. Das Strafgericht stellt fest: „Der eingetretene Atemstillstand als Auslöser und Ursache der Gehirnschädigung und des Todes der Patientin wäre für den Angeklagten erkennbar und vermeidbar gewesen, wenn zum einen ein weiterer, entsprechend ausgebildeter Arzt an der Operation teilgenommen hätte, der die Vitalparameter der Geschädigten überwacht hätte und wenn die Praxis des Angeklagten hierfür entsprechend ausgerüstet gewesen wäre,

insbesondere wenn ein Pulsoxymeter vorhanden gewesen wäre.“

Da es aber keine „Überwachungslücke“ zwischen dem Eingriff selbst und der anschließenden (postoperativen) Überwachung geben darf, muss auch die postoperative Überwachung personell und räumlich apparativ so gestaltet sein, dass Probleme rechtzeitig erkannt werden können.

Der geschilderte Fall gibt Anlass, auf die besonderen Sorgfaltsanforderungen bei der Anwendung von Propofol sowohl während des Eingriffs wie während der anschließenden Überwachung des Patienten hinzuweisen. Der Münchener Gynäkologe hatte insoweit noch „Glück“, als das Gericht sein Verhalten fahrlässig und nicht als (bedingt) vorsätzlich wertete. Denn der Bundesgerichtshof führte in einem Fall, in dem Propofol wissentlich sorgfaltswidrig verwendet wurde, aus, dass die Missachtung der Leistungs- und Sorgfaltsstandards und insbesondere die der Herstellerhinweise nicht nur als fahrlässiges, sondern als „von den jeweiligen Einwilligungen“ nicht gedecktes, vorsätzliches Handeln zu werten ist (BGH 2007).

Take-Home-Message

- Sedierungen unter Propofol verlangen strikte Einhaltung der Leistungs- und Sorgfaltsstandards einschließlich der Herstellerhinweise.
- Nach dem Eingriff muss eine kompetente Überwachung sichergestellt

sein einschließlich der dazu erforderlichen Geräte, Medikamente und Materialien.

- Es darf keine Überwachungslücke zwischen dem Eingriffsort und dem Erholungs-/Aufwachraum entstehen.

Weiterführende Literatur

- Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen beim Erwachsenen. *Anästh Intensivmed* 51 (2010) S. 598-S602
- BGH, Beschluss vom 20.12.2007, Az.: 1 StR 576/07, S. 3
- Neelmeier T, Schulte-Sasse U (2013) Sedierung auf Sicherheitsniveau der Narkose. Herstellerangaben und S3-Leitlinien verlangen zweiten Arzt. *GesR* 2/2013, 78-82
- Schüttler J/Biermann, E/Breuer, G/St.Pierre, M: Der Narkosezwischenfall – Management kritischer Ereignisse und rechtliche Aspekte, 2. Auflage 2010, S. 197 ff. zu Landgericht München I., Urteil vom 26.07.2006
- S3-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 021/014), *Z Gastroenterol* 2008, 1298 (1321 f.).

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. M. St.Pierre, Anästhesiologische
Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher
Anästhesisten, Nürnberg
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband
Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Rhaïem, Berufsverband
Deutscher Anästhesisten, Nürnberg



**Sächsische
Landesärztekammer**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Besuchen Sie uns auch im Internet
unter www.slaek.de.

Dort finden Sie vielfältige
Informationen zur Weiter- und
Fortbildung, zum Berufsrecht sowie
zur An- und Ummeldung oder dem
neuen Arztausweis.

Krankenversicherungschipkarten für Asylsuchende

Mitte April 2014 starb in Hannover ein Kleinkind einer Asylsuchenden, weil ein Krankenhaus eine Aufnahme ohne Krankenschein verweigerte (Flüchtlingsrat Niedersachsen vom 15.4.2014). Die Aufnahme wäre höchstwahrscheinlich ohne Probleme erfolgt, wären Mutter und Kind in einer regulären gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen oder wenn eine Krankenversicherungschipkarte vorhanden gewesen wäre.

Die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist im Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. Nach §§ 4/6 AsylbLG dürfen Asylsuchende nur bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“ behandelt werden. Diese Patientengruppe ist noch aus einem weiteren Grund beim Zugang zu medizinischen Leistungen benachteiligt: Asylsuchende mit Anspruch auf Leistungen nach §§ 4/6 AsylbLG erhalten bisher keine Krankenversicherungschipkarte, sondern müssen vor jedem Arztbesuch das zuständige Sozialamt kontaktieren. Dabei prüfen medizinisch sachunkundige Mitarbeiter des Sozialamtes, ob eine Behandlung nötig ist und stellt dann gegebenenfalls einen Krankenschein aus, der auch beim Umfang der ärztlichen Versorgung Einschränkungen vorsieht. Dies gilt auch jeweils für etwaige Weiterbehandlungen durch Fachärzte. Eine weitere Hürde sind häufig sprachliche Barrieren.

Durch das Fehlen einer Krankenversicherungskarte kann es bei dieser Personengruppe zu Behandlungsverzögerungen und einer Chronifizierung von Erkrankungen kommen. Die aus der Behandlungsverzögerung resultierende Inanspruchnahme medizinischer Notfalldienste bringt dann jedoch zusätzliche Kosten mit sich. Insbesondere Asylsuchende, die in Gemeinschaftsunterkünften sowie in ländlichen Gegenden untergebracht sind, leiden unter einer erschwerten medizinischen Versorgung.

Es kommt vor, dass den Betroffenen die Nutzung medizinischer Notfalldienste durch sachunkundige Heimmitarbeiter vorenthalten wird, wie auch ein Fall eines verstorbenen Asylsuchenden in Plauen (Freie Presse vom 20.2.2014) zeigt.

Die Einführung einer Krankenversicherungschipkarte erscheint schon deshalb aus humanitären Gründen mehr als angezeigt. Zudem funktioniert die Abrechnung von Leistungen durch Ärzte mittlerweile elektronisch. Somit könnte die Einführung von Krankenversicherungschipkarten für alle Asylsuchenden nach §§ 4/6 AsylbLG auch eine wesentliche Verringerung des bürokratischen Aufwandes für die sächsischen Mediziner bedeuten. Die Entscheidung darüber, ob ein Asylsuchender medizinisch behandlungsbedürftig ist oder nicht, obliegt allein der auf medizinischer Fachkompetenz basierenden ärztlichen Entscheidung und nicht den Mitarbeitern der Sozialämter

oder Heimmitarbeitern. Darauf hat bereits 2013 die Bundesärztekammer hingewiesen. Damit Ärzte die im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden teilweise verloren gegangene Entscheidungsautonomie wieder zurückgewinnen, wäre die Einführung der Krankenversicherungschipkarten notwendig. Durch eine Einführung in Sachsen käme es zu einem Rückgewinn an ärztlicher Entscheidungsbefugnis und damit auch zu einer Stärkung der „compliance“. Bei einer Einführung von Krankenversicherungschipkarten für die Asylsuchenden könnten die sächsischen Kommunen auf Erfahrungen in anderen Bundesländern zurückgreifen. Seit 2005 erhalten Asylsuchende mit Anspruch auf Leistungen nach §§ 4/6 AsylbLG in Bremen eine Krankenversicherungschipkarte. Dabei handelt es sich um einen zentralen Bestandteil des sogenannten „Bremer Modells der Gesundheitsversor-

gung von Asylsuchenden“. Diesem Beispiel folgten bereits Hamburg und Rostock. In weiteren Bundesländern wird darüber diskutiert. Es geht dabei nicht um eine Ausdehnung des Leistungsspektrums, sondern ausschließlich um die Vereinfachung des Zugangs zu den Leistungen, die den Asylsuchenden laut §§ 4/6 AsylbLG zustehen. Grundlage dafür wäre ein Vertrag zwischen der Kommune und den Krankenkassen, insbesondere der AOK (nach § 264 Abs. 1 SGB V). Auch in sächsischen Kommunen wäre die Einführung der Chipkarten sinnvoll. Zusätzlich zu den oben genannten Gründen könn-

ten damit die Kosten und der Verwaltungsaufwand für Sozialbehörden erheblich gesenkt werden. Dies ist angesichts steigender Asylsuchendenzahlen ein wichtiges Argument. Wesentlich unterstützt wird dieses humanitäre Anliegen unter anderem vom Netzwerk Asyl Migration Flucht Dresden (NAMF). Es hat im Jahr 2013 zum Thema der Krankenversicherungschipkarten und weiteren Aspekten der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Migranten bereits ein Positionspapier entwickelt und wiederholt Gespräche mit Ärzten und Asylsuchenden geführt. Auch steht das Netzwerk in

Kontakt mit den entsprechenden Akteuren in der Stadtverwaltung Dresden.

Das Netzwerk benötigt für die Umsetzung dieses Anliegens auch die Unterstützung von Ärzten, die die Einführung der Krankenversicherungschipkarte in den einzelnen sächsischen Kommunen jeweils mit anregen könnten. Interessierte können sich gern an das Netzwerk Asyl Migration Flucht Dresden wenden: namf@notraces.net.

Katja Lindner
katjalindner@yahoo.de
Netzwerk Asyl Migration Flucht Dresden

Einladung zum Seniorentreffen der KÄK Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ein zur Seniorenveranstaltung am **Dienstag, dem 3. Juni 2014, um 15.00 Uhr,**

in den Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer. Referentin: Dr. med. Barbara Schubert, Chefärztin der Fachabteilung Onkologie, Geriatrie und Palliativmedizin des St. Joseph-Stifts Dresden. Im Anschluss freuen wir uns, Sie zur vorpfeingstlichen Kaffeetafel in kollegialer Runde begrüßen zu dürfen.

Seien Sie herzlich willkommen!

Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Dresden-Stadt

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzert

Festsaal

Sonntag, 1. Juni 2014

11.00 Uhr – Junge Matinee

Virtuos in den Sommer – Violinmusik
verschiedener Epochen

Studierende der Klasse Prof. Annette
Unger stellen sich vor.

Hochschule für Musik Carl Maria von
Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Frank Voigt

Collagen + Montagen

bis 18. Mai 2014

Kunsttherapie – ein Bild gebendes
Verfahren. 20 Jahre Aufbaustudiengang –
250 Jahre Hochschule für Bildende
Künste Dresden

22. Mai bis 20. Juli 2014

Vernissage:

Donnerstag, 22. Mai 2014, 19.30 Uhr

Einführung: Matthias Flüge, Rektor der
Hochschule für Bildende Künste Dresden

Bezirksstelle Leipzig der Sächsi- schen Landesärztekammer

Malereien von Beat Toniolo

11. Juni 2014 bis 10. Juni 2015

Vernissage: Mittwoch, 11. Juni 2014,

18.00 Uhr, Bezirksstelle Leipzig,
Braunstraße 16, 04347 Leipzig

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.kv-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/C028	Frauenheilkunde- und Geburtshilfe	Stollberg	11.06.2014
14/C029	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) ZB: Allergologie	Chemnitzer Land	11.06.2014
14/C030	Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Mittweida	11.06.2014
14/C031	Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Zwickau	26.05.2014
14/C032	Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Zwickau	11.06.2014
14/C033	Psychologische Psychotherapie / Tiefenpsychologie	Zwickau	11.06.2014
14/C034	Chirurgie / H-Arzt	Mittweida	11.06.2014

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
Hausärztliche Versorgung			
14/D010	Allgemeinmedizin*)	Meißen	11.06.2014
14/D011	Allgemeinmedizin*)	Meißen	11.06.2014
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/D012	Kinder- und Jugendmedizin	Weißeritzkreis	26.05.2014
14/D013	Psychiatrie und Psychotherapie	Meißen	11.06.2014

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/L011	Allgemeinmedizin*)	Schkeuditz	11.06.2014
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/L012	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig-Stadt	11.06.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

**Abgabe von
Vertragsarztsitzen**

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	Mitte 2015

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

Mengenentwicklung orthopädischer Eingriffe in Deutschland

Versorgungsatlas muskuloskeletaler Erkrankungen

K.-P. Günther, T. Schäfer, F. Niethard

In den vergangenen Jahren ist von Kostenträgern, Gesundheitspolitik und Medien mit zunehmender Schärfe immer wieder auf angeblich stark steigende und im Vergleich zu anderen Ländern unangemessen hohe Operationszahlen bei elektiven Eingriffen am Bewegungsapparat hingewiesen worden. Insbesondere die Hüft- und Knie-Endoprothetik steht im Zentrum teilweise polemischer Vorwürfe, aber auch die arthroskopische Gelenkchirurgie sowie die Wirbelsäulenchirurgie sind davon betroffen.

Weil in einer alternden Gesellschaft die Häufigkeit degenerativer Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen zunimmt, sind ein effizienter Ressourceneinsatz und insbesondere die angemessene Versorgung mit operativen Maßnahmen aus sowohl sozialmedizinischer als auch volkswirtschaftlicher Sicht von enormer Bedeutung. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) einen „Versorgungsatlas“

implementiert, der unter dem Aspekt der Qualitätssicherung versucht, eine belastbare Datenbasis zur zeitlichen und regionalen Entwicklung der wichtigsten orthopädisch-chirurgischen Eingriffe in Deutschland zu schaffen. Aktuelle Ergebnisse sind unter anderem in den „Krankenhausreport 2012“ (Entwicklung bei Hüft- und Knie-Endoprothesen) (13) sowie in den „Krankenhausreport 2013“ (Wirbelsäuleneingriffe) (14) und den jüngst veröffentlichten „Themenreport Knie“ der Bertelsmann-Stiftung (9) eingegangen. Damit konnte zu einer deutlichen Versachlichung der Diskussion beigetragen werden und darüber hinaus sind anstelle einer wenig differenzierten Zahlenpolemik bemerkenswerte Fakten zum zeitlichen Verlauf sowie zur regionalen Verteilung unterschiedlicher Eingriffe in den Vordergrund gerückt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse für unterschiedliche Eingriffe zusammengefasst und etwas ausführlicher die Situation in der Endoprothetik beschrieben werden.

Methodik des Versorgungsatlas

Ausgangsdaten für die Berechnung wurden vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) gemäß § 301 SGB zur Verfügung gestellt und repräsentieren alle AOK-Versicherten in Deutschland der Jahre 2005 – 2011. Für die Falldefinition wurden aus den bundesweiten Abrechnungsdaten die stationär behandelten

AOK-Patienten und die belegärztlichen Leistungen betrachtet. Die Fallgruppen wurden anhand der 5-stelligen OPS-Kodierung (Operationen- und Prozedurenschlüssel) definiert. Damit ließen sich entsprechende Obergruppen für die Hüft- bzw. Knie-Endoprothetik (Primäreingriff sowie Wechseloperationen), für unterschiedliche Wirbelsäuleneingriffe und die im Krankenhaus durchgeführten Arthroskopien an verschiedenen Gelenken (ohne ambulant vorgenommene Eingriffe) bilden. Die rund 25 Mio. Versicherten der AOK repräsentieren ein knappes Drittel der deutschen Bevölkerung, weshalb die Daten als aussagekräftig für die gesetzlich Versicherten in Deutschland und insbesondere auch als geeignet für die geografischen Analysen eingeschätzt werden können. Zwar sind privatversicherte Patienten nicht eingeschlossen, doch dürfte sich daraus kein substanzieller Bias für die Interpretation der Gesamtergebnisse ergeben.

Für die Analyse und Darstellung regionaler Verteilungen (16 Bundesländer, 412 Kreise und kreisfreie Städte) wurde das Programm InstantAtlasTM (Version 6.4.0, Designer, Publisher, Style Editor) der Firma GeoWise Ltd., Edinburgh, Scotland verwendet. Die Berechnung erfolgte anhand altersstandardisierter Raten pro 100.000 Versicherte unter Verwendung des alten Europastandards in 10 Jahreshauptgruppen, um damit die größte Vergleichbarkeit zu international publizierten Daten zu erreichen. Die regionalen Unterschiede in den Operationsraten wurden grafisch durch entsprechende Farbgebung für die jeweils automatisch berechneten Quintile dargestellt. Genaue Details zur Methodik sind in den Krankenhausreports 2012 (13) bzw. 2013 (14) einsehbar.

Hüft- und Knie-Endoprothetik

Zeitliche Entwicklung der Operationszahlen

In der Hüft-Endoprothetik sind die Versorgungsdaten in der untersuchten Population zwischen 2005 und 2011 gleichgeblieben. Zwischenzeitlich war zwar ein Anstieg zu beobachten, aber seit 2009 besteht ein

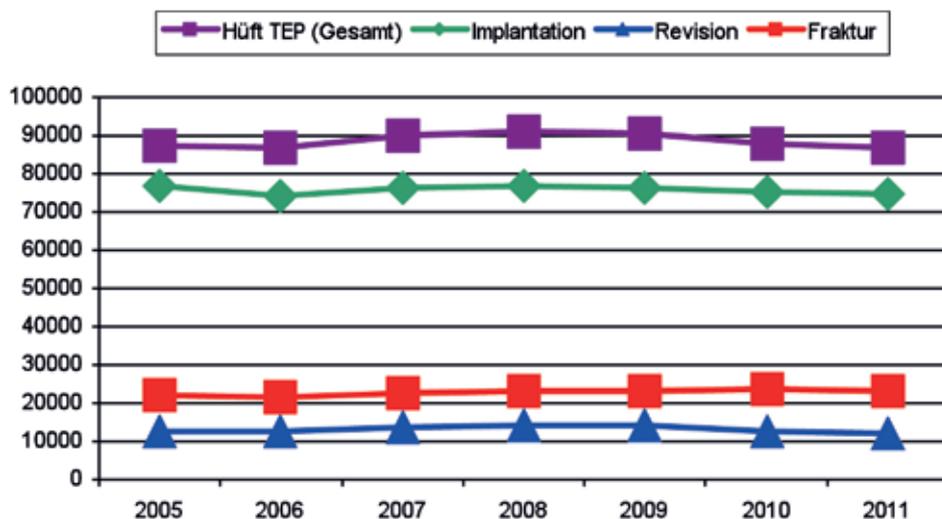


Abb. 1: Eingriffe in der Hüft-Endoprothetik (Fallzahlen nach Jahren)

Rückgang, was auf eine tendenziell abnehmende Versorgungshäufigkeit im Bereich des Arthrose-bedingten Gelenkersatzes hinweist (Abb. 1).

Etwas anders ist die Situation im Bereich der Knie-Endoprothetik: Hier kam es zwischen 2005 und 2011 zu einer mäßiggradigen Steigerung von 12 %, aber ebenfalls besteht ein leichter Rückgang seit 2008 (Abb. 2). Auffällig ist hier jedoch die deutliche Zunahme der Revisionen um insgesamt 43 % im beobachteten Zeitraum. Diese Daten sind weitgehend identisch mit denen der externen stationären Qualitätssicherung, die alle im Krankenhaus erbrachten Leistungen aus der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung erfasst. Auch hier wird seit 2009 ein Rückgang der Fallzahlen in der primären Hüft- und Knie-Endoprothetik bei tendenziellem Steigen der Revisions-eingriffe beobachtet.

Regionale Verteilung der Operationshäufigkeiten innerhalb Deutschlands

Die vorliegenden Daten machen eine vergleichende Analyse der Operationszahlen in den einzelnen Bundesländern bis hinunter auf Kreisebene möglich. Wichtig dafür ist jedoch eine Bereinigung der absoluten Zahlen nach dem Alter der Bevölkerung, denn mit steigendem Lebensalter nimmt die Häufigkeit von Arthrosen und damit auch des Kunstgelenkersatzes weltweit zu. Bezieht man das meist höhere Durchschnittsalter in den neuen Bundesländern mit in die Berechnung von Operationsraten ein, zeigt sich für Deutschland ein interessantes Bild: Die meisten künstlichen Hüft- und Kniegelenke werden in Bayern und Niedersachsen eingesetzt, diese beiden Länder befinden sich zusammen mit Schleswig-Holstein, Hessen und Thüringen in einer „mitteldeutschen Schiene“ höherer Operationsfrequenzen. Die wenigsten Operationen finden dagegen in Berlin, Bremen und Hamburg statt (Abb. 3). Sachsen liegt mit 149 Hüft-Prothesen und 124 Knie-Prothesen pro 100.000 Versicherten im Durchschnittsbereich aller Bundesländer.

Die konkret für den aktuellen Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung aufbereiteten Daten

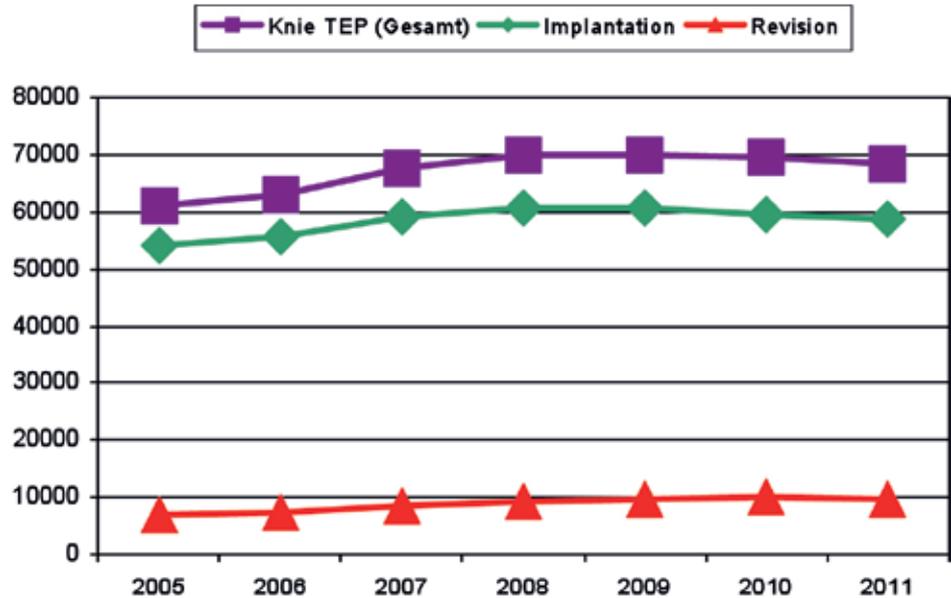
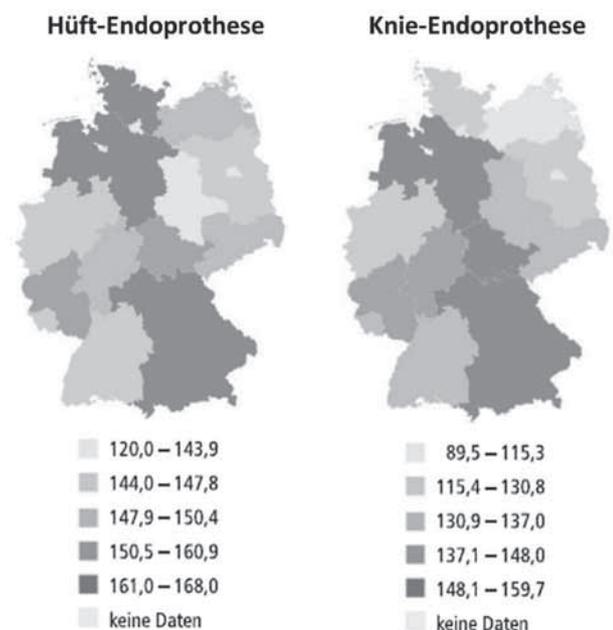


Abb. 2: Eingriffe in der Knie-Endoprothetik (Fallzahlen nach Jahren)

Sachsens im Kniegelenkbereich (9) belegen zwar, dass hier insgesamt etwas weniger künstliche Kniegelenke als im Bundesdurchschnitt operiert werden, aber in einigen Kreisen und Städten erhalten Patienten häufiger ein Implantat als in anderen. Die niedrigsten Operationsraten in Sachsen haben die Städte Chemnitz (96 OP pro 100.000 Einwohner), Leipzig (102) und Dresden (106), am oberen Ende rangiert der Vogtlandkreis (144) (Tab. 1, Seite 196). Im Vergleich dazu erhalten in Berlin von 100.000 Einwohnern lediglich 87 Patienten pro Jahr ein neues Kniegelenk und in Bayern 161 Patienten.

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für die relativ großen Unterschiede in der regionalen Verteilung (3, 4, 10, 12). So zeigt sich beispielsweise, dass sich die Operationsrate umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden – und damit möglicherweise zum konservativen Therapieangebot – verhält. Dies gilt vor allem für Großstädte und Ballungsgebiete mit einer höheren Zahl an Niedergelassenen, wo die Operationsrate sogar unter dem Durchschnitt liegt. Auch besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Operationszahlen und der sozialen Deprivation, denn in Regionen mit größerer sozialer Deprivation (zum Beispiel neue Bundesländer) besteht eine niedrigere Operati-

onsfrequenz als in anderen Regionen. Die Datenbasis zur regionalen Verteilung des Schweregrades an degenerativen Gelenkerkrankungen in Deutschland ist dagegen zu ungenau, um weitergehende Schlussfolgerungen zuzulassen. Auch zu anderen Fragestellungen (unter anderem Einfluss von stationären und ambulanten Leistungsangeboten, bestehenden Vergütungsstrukturen, Informationsstand von Patienten und behandelnden Ärzten etc.) sind noch weitergehende Untersuchungen erforderlich.



Quelle: © Copyright DGOOC/WIdO

Abb. 3: Regionale Unterschiede in der Endoprothetik nach Bundesländern im Jahr 2009

Tab. 1: Häufigkeit von Kniegelenk-Ersatzoperation in sächsischen Städten und Landkreisen

	Operationen pro 100.000 Einwohnern
Stadt Chemnitz	96,0
Stadt Leipzig	102,35
Stadt Dresden	106,03
Erzgebirgskreis	120,22
Kreis Nordsachsen	122,08
Kreis Görlitz	123,52
Kreis Mittelsachsen	127,83
Kreis Bautzen	128,72
Kreis Leipzig	131,69
Kreis Zwickau	131,93
Kreis Meißen	132,63
Kreis Sächsische Schweiz Osterzgebirge	133,28
Kreis Vogtlandkreis	143,90
Landesdurchschnitt Sachsen	124,20
Bundesdurchschnitt	129,50

Vergleich mit internationalen Versorgungsdaten

Im Rahmen begleitender Untersuchungen wurde geprüft, welche Versorgungszahlen zur Hüft- und Knie-Endoprothetik in Industrienationen vorliegen und ob sich die Angaben aus wissenschaftlichen Publikationen, öffentlich zugänglichen nationalen Datenbanken sowie Endoprothesenregistern vergleichen lassen. Dazu erfolgte eine Recherche in medizinischen Datenbanken (PubMed, EMBASE) zu Publikationen über die Endoprothesenhäufigkeit zwischen 2006 – 2011 (1, 2, 5, 6, 7, 8, 15), die Auswertung von Krankenhaus-Statistiken der OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (11), sowie ein Abgleich mit internationalen Endoprothesenregistern (u.a. Australien, GB, Kanada, Skandinavien).

Vergleicht man die Angaben aus den unterschiedlichen Quellen, fällt vor allem eine große Heterogenität in den berichteten Fallzahlen auf (Tab. 2). Teilweise sind in den Daten Angaben zu Primär- und Revisionsendoprothetik enthalten, ohne dass eine Differenzierung möglich ist. Nur in einem Teil der Publikationen bzw. der Datenbanken ist eine Alters-Adjustierung der Angaben vorgenommen. Auch fehlen in den allermeisten Fäl-

len Angaben dazu, auf welche Population (Gesamtbevölkerung oder nur stationär behandelte Patientenkollektive bzw. mit/ohne Einschluss privater Kostenträger) sich die Fallzahlen beziehen. Damit ist ein direkter Vergleich der internationalen Versorgungszahlen außerordentlich schwierig. Eine Untersuchung erlaubt zumindest die vergleichende Einschätzung zwischen Deutschland und der Schweiz (5) aufgrund der Nutzung weitgehend identischer Datenbanken der nationalen Statistikämter auf der Basis von Entlassdaten in beiden Ländern. Demnach sind in Deutschland im Jahr 2008 insgesamt 254,7 und in der Schweiz 262,7 primäre Hüftendoprothesen pro 100.000 Einwohner implantiert worden. Damit liegt die Rate an Primäreingriffen in Deutschland unter der Schweizer Rate. Nimmt man jedoch die Revisionseingriffe (45,2 bzw. 30,8 Revisionen pro 100.000 Einwohnern hinzu), liegt die Gesamthäufigkeit endoprothetischer Eingriffe in Deutschland höher. Auch in der Knie-Endoprothetik ist die eigentlich bemerkenswerte Tatsache ein höherer Revisionsanteil bei den deutschen Patienten.

Zusammenfassend liegen die Versorgungszahlen von Deutschland und der Schweiz sowohl für Hüft- als auch Knie-Endoprothetik im interna-

tionalen Vergleich zwischen Industriestaaten im oberen Drittel. Die Schwierigkeiten in der Zuordnung von Eingriffsart (Primärendoprothetik vs. Revision), unterschiedliche Kodierverfahren, eine in den meisten Fällen fehlende Altersstandardisierung sowie überwiegend fehlende Angaben zu den Einschlusskriterien für die Versorgungsanalysen lassen kaum genauere Aussagen zu. Damit lässt sich auch die polemisch formulierte Behauptung, dass Deutschland „Weltmeister“ in den endoprothetischen Versorgungszahlen sei, nicht so halten. Außerdem ist es in den vergangenen Jahren in vielen anderen Ländern außerhalb Deutschlands zu einer wesentlichen Steigerung der endoprothetischen Versorgungsdaten gekommen (7, 8), die im Gegensatz zur aktuellen Entwicklung bei uns steht.

Wirbelsäuleneingriffe

Bei den Wirbelsäulenerkrankungen haben sich in den letzten Jahren wesentliche Veränderungen sowohl in diagnostischer Qualität und Quantität (Schnittbilddiagnostik, insbesondere MRT-Diagnostik) als auch in der Therapie und hier insbesondere bei der operativen Behandlung ergeben. Eine Vielzahl neuer OP-Verfahren ist eingeführt worden und hier ist die Analyse der Fallzahlentwicklung deshalb besonders interessant.

Die Auswertung im Rahmen des Versorgungsatlas zeigt eine deutliche Zunahme der Wirbelsäuleneingriffe insgesamt über die vergangenen Jahre. 2011 wurden rund 229.000 Operationen bei AOK-Versicherten an der Wirbelsäule durchgeführt. Mit einer Steigerungsrate von 136 % hat sich die Anzahl damit seit 2005 mehr als verdoppelt (Abb. 4 s.S.198). Besonders eindrücklich ist die Zunahme bei den Bandscheibeneingriffen (+58 %) und den Repositions-Spondylodesen (+238 %) (Abb. 5a). Andere Eingriffe wie z.B. die Implantation von Spreizern oder Bandscheibenprothesen fallen durch einen abrupten Anstieg auf, der dann in ein Plateau oder sogar einen rasch folgenden Abwärtstrend übergeht (Abb. 5b s.S.198). Wie auch in der Endoprothetik zeigt sich bei Wirbel-

Tab. 2: Internationale Versorgungsraten für Hüft- und Knie-Endoprothesen
(ausgewählte Daten; a=erfolgte Alters-Adjustierung, kursiv=kalkulierte Daten)

Land	Jahr	Datenquelle	Hüftendoprothese		Knieendoprothese	
			Gesamt-Fälle	Rate	Gesamt-Fälle	Rate
Australien	2006/07	Dixon (2010)	20354	92.5 ^a	28157	128.0 ^a
	2007	OECD (2011)	32741	155.8	33324	158.6
	2010	Register (2011)	35996	151,2	44490	186,9
Österreich	2005	De Pina (2011)	-	266.2 ^a	-	183.6 ^a
	2009	OECD (2011)	19889	237.8	15677	187.5
	2007	Stat. Bundesamt	15694	183,6	14701	172
Kanada	2006	dePina. (2011)	-	126.5 ^a	-	144.3 ^a
	2008	OECD (2011)	40548	122.5	47426	143.3
	2006/07	Nat. Register	24253	81.2	37943	129.4
Frankreich	2007	dePina (2011)	-	214.8 ^a	-	108.0 ^a
	2009	OECD (2011)	144029	223.8	76440	118.8
Deutschland	2007	dePina (2011)	-	240.9 ^a	-	165.5 ^a
	2007	OECD (2011)	230494	280.2	159603	194
	2009	OECD (2011)	242213	295.7	174041	212.5
	2007	Stat. Bundesamt	209487	252,9	146562	176,9
Norwegen	2007	dePina (2011)	-	204.1 ^a	-	86.2 ^a
	2008	OECD (2011)	11061	232	3580	75.1
	2009	Nat. Register	7029	142,8	4449	90,3
Spanien	2007	dePina (2011)	-	96.1 ^a	-	101.3 ^a
	2007	OECD (2011)	41818	93.2	44518	99.2
	2009	OECD (2011)	42518	92.6	47007	102.3
Schweden	2007	dePina (2011)	-	191.1 ^a	-	101.1 ^a
	2007	OECD (2011)	18183	198.8	10084	110.2
	2007	Nat. Register	11860	125,3	10380	109,6
Schweiz	2007	dePina (2011)	-	225.8 ^a	-	173.6 ^a
	2009	OECD (2011)	22200	286.7	15486	200
GB	2007	dePina (2011)	-	184.8 ^a	-	137.1 ^a
	2009	OECD (2011)	117937	193.6	85861	140.9
	2009	Register UK/W	65229	100,7	72980	112,6
USA	2006	dePina (2011)	-	192.0 ^a	-	221.5 ^a
	2008	OECD (2011)	559353	183.9	646294	212.5

säuleneingriffen ein deutlicher Unterschied der Versorgungszahlen im regionalen Vergleich: Die Rate der Wirbelsäuleneingriffe schwankt innerhalb der Bundesländer zwischen 254 in Sachsen und 533 in Schleswig-Holstein, insgesamt also um das 2,1-fache. Die Flächenländer mit den höchsten OP-Raten sind Schleswig-Holstein, Bayern und Hessen, während Sachsen und das Saarland vergleichsweise niedrige Raten aufweisen.

Während für die Steigerungsraten insgesamt möglicherweise die demografische Entwicklung und der technologische Fortschritt verantwortlich gemacht werden können, fällt die Erklärung für große regionale Unterschiede schwerer (14). Altersbedingte Einflüsse sind auszuschließen, da die Analyse altersstandardisiert erfolgte. Inwieweit regionale Unterschiede in der Morbidität an Wirbelsäulenerkrankungen eine Rolle spielen, bedarf weiterer Unter-

suchungen, denn Daten zur regionalen Verteilung von Wirbelsäulenerkrankungen gibt es kaum. Es wird immer wieder eine angebotsinduzierte Nachfrage („supply induced demand“) für eine Überversorgung verantwortlich gemacht, doch diese Fragestellung ist in Deutschland wegen der sektoralen Trennung schwierig zu beantworten. Ein Bezug zur Arztdichte ist bei Wirbelsäuleneingriffen schwierig herzustellen, doch scheint zumindest die Bünde-

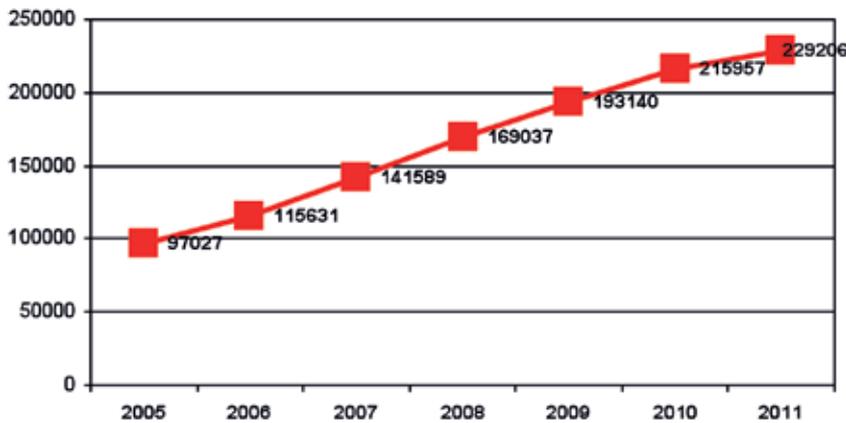


Abb. 4: Wirbelsäuleneingriffe insgesamt (Fallzahlen nach Jahren)

lung und Zunahme sogenannter „Wirbelsäulenzentren“ sich auf Versorgungszahlen auszuwirken, wie gerade die hohe Eingriffsrate in Bayern nahelegt. Eine genaue Aufschlüsselung der in Deutschland vorhandenen Versorgungseinrichtungen bedarf aber einer weitergehenden Analyse. Zusammenfassend hat in Deutschland die Zahl der Wirbelsäuleneingriffe seit 2005 markant zugenommen. Innerhalb des Beobachtungszeitraums sind am stärksten knöcherner Dekompressionen, Repositionseingriffe und Bandscheibenexzisionen angestiegen. Die Entwicklung ist nur in geringem Umfang durch demografische Veränderungen zu erklären. Vielmehr legt die Analyse der regionalen Verteilungsunter-

chiede nahe, dass auch systemimmanente Faktoren und Versorgungsstrukturen eine Rolle spielen können.

Zusammenfassung

Die Analyse der Versorgungszahlen auf der Basis von vollstationärer Behandlung AOK-Versicherter in Deutschland sowie detaillierte Vergleiche mit anderen Ländern lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

- Die Versorgungsrate der Endoprothetik liegt im internationalen Vergleich im vorderen Drittel, aber eine genaue Einschätzung wird durch Defizite in unterschiedlichen Datenbanken sehr erschwert.
- Ein Anstieg der Hüft- und Knie-TEP-Versorgungsraten findet aktuell in Deutschland nicht mehr statt, vielmehr ist ein Rückgang zu beobachten.
- In Deutschland werden im Vergleich zu anderen Ländern mehr endoprothetische Revisionseingriffe durchgeführt.
- Es gibt sehr große Unterschiede in den endoprothetischen Versorgungsraten innerhalb Deutschlands.
- Besonders auffällige Anstiege der Versorgungsraten werden aktuell bei Wirbelsäuleneingriffen beobachtet.
- Die Kombination aus gesamthaft rasanter Steigerung und gleichzeitig großer regionaler Varianz der Wirbelsäuleneingriffe lässt vermuten, dass systembedingte Faktoren eine Rolle spielen
- Im Rahmen der von Fachgesellschaften eingeleiteten Qualitätssicherungsinitiativen (zertifizierte Endoprothetikzentren, Deutsches Endoprothesenregister, etc.) sind geeignete Maßnahmen zu etablieren, um weitere Versorgungsdaten zur Beantwortung noch offener Fragen zu erhalten.

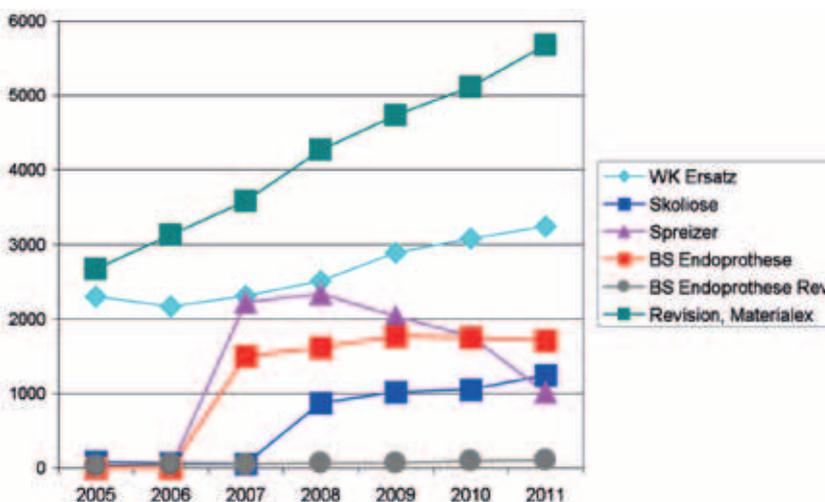
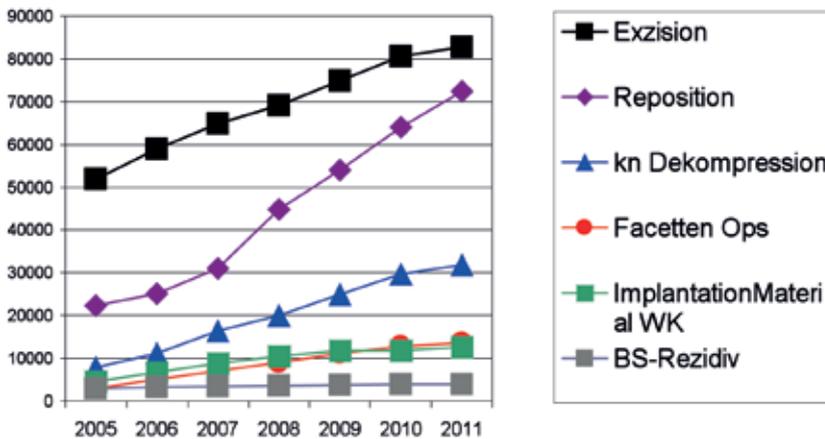


Abb. 5a und b: Verschiedene Wirbelsäuleneingriffe (Fallzahlen nach Jahren)

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther
 UniversitätsCentrum für
 Orthopädie und Unfallchirurgie
 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel.: 0351 458-3137, Fax: 0351 458-4376
 Klaus-Peter.Guenther@uniklinikum-dresden.de

Krankenhausland- schaft in Sachsen – quo vadis?

**Editorial „Ärzteblatt Sachsen“ –
Heft 2/2014**

Krankenhauslandschaft in Sachsen – quo vadis? So fragt sich der Autor des Artikels. Wohin führt der Weg? Nicht nur in der Krankenhauslandschaft, sondern in der Medizin und dem Gesundheitswesen generell? Die Richtung der sich abzeichnenden Entwicklung erfahren wir schon in den ersten Sätzen des Beitrags: „Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken betrachtet Kliniken offensichtlich als Fabriken, deren Produkt bestimmte medizinische Prozeduren sind.“

Kliniken als Fabriken, die Produkte herstellen! Nun könnte man man solche Feststellungen leicht als Übertreibung oder Entgleisung eines übereifrigen Klinik-Managers ansehen – und darüber hinweggehen. Doch der Versuch der Einbeziehung der Medizin in einen „Gesundheits-

markt“ ist durchaus nichts Neues. Diese Versuche sind längst zur Routine geworden. Und sie erschrecken uns kaum noch.

Schon wenige Seiten weiter (S. 57) reden die Sächsischen Volkshochschulen in ihrem Beitrag „Gesundheitsförderung und Kompetenzentwicklung“ bereits Klartext: „Das Gesundheitswesen ist in Deutschland zu einem Wirtschaftsfaktor ersten Ranges geworden, das ... ökonomisch als „Megamarkt“ bezeichnet wird.“ Der irritierte Leser mag sich fragen, ob unser Wertesystem hier wesentliche Veränderung erfahren hat: Lassen sich Gesundheit und Leben doch in einem Geldwert ausdrücken? Die Verunsicherung wird größer: Erkennen wir im Krankenhaus nur noch ein Wirtschaftsunternehmen – mit hoher Rentabilität? Oder bleibt es für den Kranken der Ort der Heilung, Pflege und helfenden Zuwendung? Worin besteht für die Aktionäre einer Klinikette heute die Priorität? In einer hohen Gewinnausschüttung – oder im Wohl des Kranken! Längst ist diese Problematik der fortschreitenden Ökonomisie-

rung des Gesundheitswesens zur Systemfrage geworden. Welche Hilfe und Unterstützung dürfen wir aber von unserem System der Sozialen Marktwirtschaft heute erwarten?

Die Fragen werden bleiben. Auch wenn der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, den 554 in den Arztberuf startenden Medizinstudenten bei ihrer feierlichen Exmatrikulation fast beschwörend verdeutlicht: „Der Arztberuf ist ein Freier Beruf. Ärzte sind in einer Selbstverwaltung organisiert, die eine Freiheit garantiert, die andere Professionen nicht haben.“ Doch ist nicht auch diese Freiheit unseres Berufes – besonders die Therapiefreiheit – bereits bedroht?

Die Antwort auf die Frage nach dem Weg unseres Gesundheitswesens ist eindeutig: Der Weg führt weg vom Patienten – und hin zum System des Marktes und der Ökonomie. Doch der Arzt benötigt heute „eine klare Position im Aktionsfeld zwischen Ökonomie und Patientenwohl“ (Deutsches Ärzteblatt – Heft 8, S. 249).

Dr. med. Horst Schyra, Dresden

Neue Begutach- tungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung wurden dem Stand der Wissenschaft entsprechend überarbeitet. Neu bzw. komplett überarbeitet sind die einleitenden Kapitel sowie die Kapitel Diabetes, Hörvermögen, Störungen des Gleichgewichtssinnes und Tagesschläfrigkeit. Durch die Verankerung der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV, Anlage 4a) und durch die Veröffentlichung im Verkehrsblatt vom

Februar 2014 erhalten die Leitlinien normativen Charakter. Der Bundesrat hat am 11.4.2014 der entsprechenden Änderung der FeV zugestimmt, damit treten die neuen Begutachtungsleitlinien zum 1. Mai 2014 in Kraft.

Die Leitlinien sind somit seit dem 1. Mai 2014 verbindlich anzuwenden, die alte Version des jeweiligen Kapitels verliert mit gleichem Datum ihre Gültigkeit. Die Begutachtungsleitlinien stellen den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik dar. Werden sie angewandt, bedarf es keiner expliziten Begründung. Wird von den Leitlinien abgewichen, zum Bei-

spiel, weil Untersuchungen zu Zeiten der vorherigen Begutachtungsleitlinien begonnen haben und nach diesen fortgesetzt werden sollen oder ein Einzelfall fachlich anders zu würdigen ist, ist dies möglich, bedarf aber in der Regel einer detaillierten Begründung.

Die Leitlinien werden weiterhin als kostenfreier Download auf der BAST-Homepage (www.bast.de) erhältlich sein. Eine neue Printversion ist geplant und wird 2014 erscheinen.

Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST)
Referat U 3 – Verkehrspsychologie,
Verkehrsmedizin
Brüderstraße 53, 51427 Bergisch Gladbach

Transition aus der Pädiatrie

Die Transition aus der pädiatrischen Betreuung in die Betreuung durch einen Erwachsenenmediziner erfolgt meist in der späten Adoleszenz, das heißt in einem Zeitraum mit hoher Vulnerabilität. Wird diese Transition nicht gut vorbereitet und begleitet, kommt es oft zu Behandlungsabbrüchen oder -unterbrechungen mit zum Teil negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und damit auch zu sozioökonomischen Konsequenzen. Bereits 2009 wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase als mangelhaft bewertet und Empfehlungen ausgegeben. Von Seiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt aber bislang eine flächendeckende Anerkennung dieser besonderen Betreuungssituation. Es existieren zwar einzelne regionale fachspezifische Einzellösungen, jedoch fehlt eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess der Transition nicht nur absichert, sondern auch die dafür notwendigen Maßnahmen vergütet.

Zur Lösung dieser Problematik wurde im Jahr 2012 die Arbeitsgruppe Transition gegründet. Im gleichen Jahr hat sich die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. gegründet, die mit der AG Transition im engen Austausch steht. Diese Gesellschaft versteht sich als Interessenvertretung des interdisziplinären Teams, welches zur Betreuung und Begleitung der Betroffenen notwendig ist. Grundsätzlich gibt es verschiedene Patientengruppen, die in die Erwachsenenmedizin transitieren:

- Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, die in der Erwachsenenmedizin bekannt sind (zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Epilepsie, von Hypothalamus und Hypophyse ausgehende Hormonstörungen),

- Patienten mit in der Erwachsenenmedizin weitgehend unbekanntem Erkrankungen (zum Beispiel zystische Fibrose, seltene Stoffwechselerkrankungen),
- Patienten mit psychomotorischen Retardierungen, die auch im Erwachsenenalter keine Autonomie gewinnen können.

Ein Berliner Transitionsprogramm (BTP), das von den DRK-Kliniken Berlin im Rahmen einer Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung zunächst für die Erkrankungen Epilepsie und Diabetes Typ 1 für die Region Berlin/Brandenburg erarbeitet wurde, eignet sich von der Grundstruktur für einen fach- und indikationsübergreifenden und zudem überregionalen Einsatz.

Innerhalb dieses Modellprogramms wurden Strukturelemente wie Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunden, Fallkonferenzen und ein sektorübergreifendes Fallmanagement etabliert, seit Mitte 2009 erprobt und fachübergreifende und krankheitsspezifische Materialien (Transitions-Heft, Epikrise, Fragebögen, Infobroschüre) erarbeitet.

Die Vergütung des Programms wird aktuell von Kostenträgern im Rahmen von Selektivverträgen oder als Einzelfallentscheidung übernommen. Das Modellprogramm wird auf andere Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis, aus dem Formenkreis chronisch entzündliche Darmerkrankungen, aus dem Bereich der Nephrologie und seltene Muskelkrankungen ausgedehnt. Zusätzlich erfolgt eine überregionale Ausweitung auf andere Bundesländer.

Die Arbeitsgruppe ist mit verschiedenen Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik (Gemeinsamer Bundesausschuss, Ärztekammern, Krankenkassen etc.) in einen Dialog eingetreten, um die Struktur und die Finanzierungsmöglichkeiten eines einheitlichen Transitionskonzeptes ausgehend vom Berliner Transitionsprogramm zu klären. Für die Finanzierung ist eine Verankerung einer

definierten Transitionsleistung im § 43 SGB V geplant. Hinsichtlich der Anbindung des Transitionsmanagements an eine bundesweit operierende Organisationseinheit steht die AG Transition in einem Dialog mit dem Bundesverband „Bunter Kreis“. Die AG Transition der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) sieht sich als Vertreter für alle Disziplinen, die sich mit dem Thema Transition befassen.

Informationen im Internet:
www.transitionsmedizin.de

Korrespondenzadresse
 Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Rodeck
 Christliches Kinderhospital Osnabrück GmbH
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Johannisfreiheit 1, 49074 Osnabrück
 E-Mail: b.rodeck@ckos.de

Gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Termin: **Samstag, 5. Juli 2014**
 Tagungsort: Hotel Meerane,
 Hohe Straße 3, 08303 Meerane
 Beginn: 9.00 Uhr
 Ansprechpartner:
 Prof. Dr. med. Günter Schmoz
 über Frau Biermann-Walther
 Heinrich-Braun-Klinikum
 gGmbH
 Standort Kirchberg
 Chirurgische Klinik
 Schneeberger Straße 36
 08107 Kirchberg
 Tel.: 037602 81311
 Fax: 037602 81314

Aktion Lesestart für Kinder ab 3 Jahre

Seit 2006 gibt es das bundesweite frühkindliche Leseförderprogramm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“. Mit dem Lesestart-Set sollen Eltern zum Vorlesen motiviert und auf diese Weise mehr Kinder zum Lesen gebracht werden. Dazu werden zwischen Ende 2011 und 2018 bundesweit insgesamt 4,5 Millionen Lesestart-Sets in drei Phasen in Kinderarztpraxen, Bibliotheken und Grundschulen an Eltern und Kinder überreicht. Im November 2013 startete die zweite Lesestart-Phase, in der Familien und ihre dann dreijährigen Kinder ein Lesestart-Folge-Set in der örtlichen Bibliothek erhalten. Das dritte Lesestart-Set soll ab 2016 unmittelbar nach dem Schuleintritt ausgegeben werden.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz stellt 10.000 zusätzliche Lesestart-Sets zur Verfügung. Die Sets werden im Rahmen des Leseförderprogramms, das vom Bundesministerium für Bildung

und Forschung finanziert und von der Stiftung Lesen durchgeführt wird, bei der U6-Untersuchung von Kinderärzten an Eltern mit einjährigen Kindern übergeben. Ein Set enthält ein altersgerechtes Buch sowie umfangreiche Informationen und Tipps für Eltern rund ums Vorlesen und Erzählen. Durch die Bereitstellung von Landesgeldern gibt es im Freistaat Lesestart-Sets für rund 90 Prozent der Familien. Eltern und Familien erhalten ihr Lesestart-Set bei den rund 280 teilnehmenden Kinderarztpraxen.

Der Freistaat Sachsen war das erste Bundesland, in dem Lesestart als dreijähriges Modellprojekt gestartet ist. Bereits zu dieser Zeit beteiligten sich zahlreiche Kinderärzte und Bibliotheken und bewiesen, wie frühkindliche Leseförderung im gemeinschaftlichen Partnernetzwerk zwischen dem Land und kommunalen Stellen vor Ort realisiert werden kann. Das medienpädagogische Institut der Universität Leipzig liefert mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung der Initiative zudem einen Beleg für die positiven Auswirkungen



gen von Lesestart auf das Vorleseverhalten und die Vorlesehäufigkeit in der Familie.

Der Fokus der Lesestart-Initiative liegt auf Kindern, die in einem bildungsbenachteiligten Umfeld aufwachsen oder denen wenig vorgelesen wird. Zu den Netzwerkpartnern von Lesestart zählen neben dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) viele soziale und kommunale Einrichtungen sowie die Bibliotheksverbände mit ihren zahlreichen Bibliotheken.

Informationen im Internet:
www.lesestart.de
www.facebook.com/lesestart

Knut Köhler M.A.
 Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ball der Heilberufe

BALL - KULINARIK - BAR

FREITAG, 20. JUNI 2014

EMPFANG AB 18.30 UHR

GÄSTEHAUS WOLFSBRUNN

Stein 8, 08118 Hartenstein



Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da die Plätze begrenzt sind und die Anmeldung in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Der Preis für die Ballkarte inklusive Tischreservierung beträgt 45 EUR. Ihre Anmeldung richten Sie bitte an die Kreisärztekammer Erzgebirge, Telefon: 03771/32161. Bitte überweisen Sie die Rechnung innerhalb von 10 Tagen nach Anmeldung, sonst erlischt Ihre Reservierung.

Arthur-Schlossmann-Preis an Priv.-Doz. Dr. med. Susann Blüher



Der Vorsitzende der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ludwig Patzer überreicht Frau Priv.-Doz. Dr. med. Susann Blüher den Arthur-Schlossmann-Preis © STGKJ

Starkes Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sollten Eltern ernst nehmen. Denn die damit verbundenen Gesundheitsrisiken sind größer als bisher angenommen, wie Dr. Susann Blüher wiederholt durch ihre Forschung zeigen konnte. Für ihre herausragende wissenschaftliche Arbeit erhielt sie am 4. April den Arthur-Schlossmann-Preis der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie (STGKJM).

Die Kinderärztin und Leiterin der Arbeitsgruppe „Präventive Medizin“ am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen in Leipzig konnte zeigen, dass die Aktivität des auto-

nomen Nervensystems, das unter anderem Organe, Kreislauf und Stoffwechsel reguliert, bei stark übergewichtigen (adipösen) 7- bis 18-Jährigen verringert ist. Privatdozentin Dr. Blüher warnt, dass „die Schädigung des autonomen Nervensystems bei adipösen Kindern schleichend beginnt, noch bevor der Zuckerstoffwechsel beeinträchtigt ist oder weitere Komplikationen auftreten.“ Diese Kinder sind somit kränker, als wir bisher angenommen haben. Besorgnis erregend ist dabei insbesondere, dass bereits mehrere Organsysteme involviert sind sowie das sympathische und das parasympathische Nervensystem betroffen ist. Ob sich die Funktionsbeeinträchtigungen des autonomen Nervensystems durch Gewichtsreduktion wieder verbessern lassen, wird derzeit untersucht.

Dass bei adipösen 7- bis 18-Jährigen außerdem verschiedene Blutwerte bedenklich verändert sind, weist die jüngste Studie nach. Gemessen wurden u.a. erhöhte Entzündungsmarker im Blut, was auf einen „schwelenden“, subklinischen Entzündungsprozess hinweist. Erhöhte Entzündungsmarker gelten bei adipösen Erwachsenen als chronische Gesundheitsbelastung, die mit Gefäßerkrankungen, Typ-2-Diabetes, Krebs und weiteren Erkrankungen in Verbindung gebracht wird. Die erhöhten Entzündungswerte bei den jungen Studienteilnehmern (die sich zwar noch im Norm- aber bereits im oberen Referenzbereich befanden) ließen sich durch das Adipositas-Therapieprogramm KLAKS (Konzept Leipzig: Adipositas-Therapie für Kinder im Schulalter: www.klaks.de), das in Kooperation mit dem Leipziger Gesundheitssportverein durchgeführt wird, deutlich senken. Dank mehr Bewegung und Ernährungsumstellung

reduzierten sich bei den Kindern und Jugendlichen außerdem der Body-Mass-Index, der Taillenumfang, der Körperfettgehalt, die erhöhten Werte des Fettgewebshormons Leptin sowie die besagten Entzündungsmarker. Ein weiterer positiver Aspekt war der signifikante Anstieg von Irisin, einem erst 2012 entdeckten Botenstoff aus den Muskelzellen, der den Energieverbrauch ankurbelt und scheinbar günstige Effekte auf den Stoffwechsel hat. Blüher und ihre Kollegen konnten erstmals nachweisen, dass Irisin bereits bei adipösen Kindern eine Rolle spielt.

„Bedenklich ist, dass bereits bei Kindern und Jugendlichen die schädlichen Auswirkungen der Adipositas so klar ersichtlich sind. Positiv stimmen uns aber die Ergebnisse, die zeigen, dass gezielte Veränderungen des Lebensstils bereits in diesem jungen Alter diese Auswirkungen wieder verbessern oder gar normalisieren können“, so die Arthur-Schlossmann-Preisträgerin.

„Der Preis ist eine sehr schöne Anerkennung unserer Arbeit der letzten Jahre. Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinem Team, den Kollegen vom Klinikum und vom IFB, den Kooperationspartnern sowie den niedergelassenen Kinderärzten aus und um Leipzig für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung, die diese Arbeiten möglich gemacht haben sowie der STGKJM für die Verleihung des Schlossmann-Preises.“

Blühers Forschung liefert gute Argumente, mehr der dringend benötigten Adipositas-Therapieprogramme anzubieten, die auf Kinder und Jugendliche abgestimmt sind und die Eltern miteinbeziehen.

Doris Gabel
 Presseabteilung der Sächsisch-Thüringischen
 Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
 und Kinderchirurgie

Gewalt und Psyche. Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand

Herausgegeben von Dr. iur. Tanja Henking, LL.M. und Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann
2014, 236 S., brosch., 52,- Euro,
ISBN 978-3-8487-0281-7,
Nomos Verlagsgesellschaft

In der Regel bedarf eine medizinische Behandlung nach entsprechender Aufklärung der Einwilligung des Patienten. In besonderen Situationen scheint jedoch auch eine Behandlung ohne Einwilligung oder gar gegen den Willen des Patienten erforderlich.

Die Rechtfertigung für ein solches Handeln wurde in den letzten Jahren öffentlich diskutiert und infrage gestellt. So fordert Juan E. Mendéz als UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe in seinem Bericht vom 1. Februar 2013 unter anderem ein Verbot für alle ohne Einwilligung und unter Zwang erfolgenden medizinischen Eingriffe an Menschen mit Behinderung. Zu diesen Maßnahmen zählt er auch die Verabreichung bewusstseinsverändernder Arzneimittel wie etwa Neuroleptika sowie die lang- und kurzfristige Fixierung und die Isolierung. Ganz in diesem Sinne sind auch aktuelle Entscheidungen höchster deutscher Gerichte zu werten. Das Urteil des BGH vom 20.06.2012 (XII ZB 99/12) attestierte im Betreuungsrecht fehlende Grundlagen für betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung. Darauf reagierte der Gesetzgeber umgehend mit der Änderung des § 1906 BGB, welche am 18. Feb-

ruar 2013 in Kraft trat. Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) und vom 12.10.2011 (2 BvR 663/11) gestatten eine Zwangsbehandlung ausnahmslos (das heißt auch im Maßregelvollzug) auf gesetzlicher Grundlage. Diese Grundlage wurde aber bisher nicht in ausreichendem Umfang geschaffen. Das hat erhebliche Auswirkungen auf die Praxis insbesondere in der stationären Psychiatrie.

Genau dieses Spannungsfeld wurde im Januar 2013 auf der Tagung des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum unter dem Titel „Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand“ thematisiert. Im Sammelband dieser Tagung werden durch namhafte Autoren differenzierte juristische (Tanja Hänking, Volker Lipp, Matthias Mittag, Hellmut Pollähne) und psychiatrische (Jakob Gather und Georg Juckel, Thomas W. Kallert, Thomas Pollmächer, Tilman Steinert) Positionen dargestellt und im ethischen Kontext (Sigrid Graumann und Jochen Vollmann) beleuchtet. Während im Betreuungsrecht der Schutz des Patienten vor Selbstgefährdung fokussiert wird, geht es bei den in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder formulierten Regeln sowohl um die Abwehr von Gefahren für den Betroffenen selbst, als auch von gefährdeten Dritten. Der Tagungsband macht deutlich, dass es stärker darum gehen muss, vorliegende Ablehnungen zu respektieren und sie auch bei psychisch kranken Menschen nicht leichtfertig als unwirksam abzutun. Dabei sind das Selbstbestimmungsprinzip des Menschen und die Fürsorgeverpflichtung des Arztes für den Patienten, aber auch

Tanja Henking/Jochen Vollmann (Hrsg.)

Gewalt und Psyche

Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand



Nomos

© Nomos Verlagsgesellschaft

Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit angemessen abzuwägen. Damit im Interesse aller Beteiligten Rechtsicherheit geschaffen wird, muss diese Abwägung schnellstmöglich erfolgen und in entsprechende Rechtsnormen gegossen werden.

Alle Beiträge sind gut lesbar und auch für den Arzt als juristischem Laien verständlich. Der Rezensent empfiehlt dieses Buch allen Lesern, welche am oben beschriebenen Themenfeld im Speziellen und an Fragen der Rechtfertigung ärztlichen Tuns im Allgemeinen interessiert sind.

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Kreischa

Abschied nach 23 Jahren Ethikkommission

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt

Am 25. Januar 1991 wurde in einer Zusammenkunft im Pathologischen Institut des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer gegründet. Diese bestand aus Ärzten, die sich spontan für eine solche Arbeit interessiert und gemeldet hatten und sich für die ethischen Beratungen bei Arzneimittelprüfungen und beim Nachdenken und Diskutieren zu allgemeinen ethischen Fragen als interessierte Partner einbringen wollten. Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt wurde damals zum Vorsitzenden der Ethikkommission gewählt.

In der 6. Legislaturperiode dieser Ethikkommission hat Prof. Dr. Haupt nun den Vorsitz an Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag aus Dresden übergeben. Aus diesem Anlass wurde Prof. Dr. Haupt am 3. April 2014 gewürdigt und von seinem wichtigen Amt verabschiedet. Besonders hervorgehoben wurde, dass der langjährige Vorsitzende ein durch seine ethischen Normen geprägter Gestalter sei, der die zahlreichen Sitzungen mit profunder Sachkenntnis leitete. Dieses ist umso bewunderns-



Der Präsident bedankt sich bei Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt (r.)

© SLÄK

wert, als in den vergangenen Jahren durch immer umfangreicher werdende internationale Anforderungen an die Studienunterlagen der notwendige Aufwand immens zugenommen hat. Prof. Dr. Haupt hat sich trotz aller formalen und juristisch geprägten Vorgaben den gesunden Menschenverstand bewahrt, der auch von juristisch geprägten Spitzfindigkeiten nicht zu beeinflussen war.

Nach 23 Jahren Vorsitz der Ethikkommission beendet Herr Prof. Dr. Haupt dieses für die Forschung wichtige Ehrenamt. Wir bedanken uns bei ihm für sein Engagement im Interesse der sächsischen Ärzteschaft,

aber insbesondere zum Wohl der Patienten. Wir wünschen ihm Gesundheit, Zufriedenheit und weitere Verbundenheit mit der Sächsischen Landesärztekammer. Prof. Dr. Haupt war langjähriges Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer und Delegierter zu den Deutschen Ärztetagen. Bis 2011 war er auch Moderator des Gesprächskreises „Ethik in der Medizin“, dem er als aktives Mitglied noch immer angehört.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag,
Vorsitzender der Ethikkommission

WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

*Das Netzwerk für [künftige] Medizinstudenten,
Weiterbildungsassistenten und Ärzte in Sachsen*



Abgeschlossene Habilitationen

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2014

Priv.-Doz. Dr. Sebastian Ulbert,
Fraunhofer Institut für Zelltherapie
und Immunologie, habilitierte sich
und es wurde ihm die Lehrbefugnis
für das Fach Experimentelle Virologie
zuerkannt.

Thema: Entwicklung von Methoden
zur Bekämpfung und zum Nachweis
von Virus-Infektionen am Beispiel
des West-Nil Virus

Verleihungsbeschluss: 21.01.2014

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Tobias Luck,
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsme-
dizin und Public Health (ISAP), habili-
tierte sich und es wurde ihm die
Lehrbefugnis für das Fach Epidemio-
logie und Public Health zuerkannt.

Thema: Mild Cognitive Impairment –
Inzidenz, Risikofaktoren und Verlauf
leichter kognitiver Beeinträchtigun-
gen in der deutschen Altenbevölkerung

Verleihungsbeschluss: 21.01.2014

**Priv.-Doz. Dr. med.
Sascha Stephan Rolf,**

Abteilung für Rhythmologie, Herz-
zentrum Leipzig GmbH – Universi-
tätsklinik, habilitierte sich und es
wurde ihm die Lehrbefugnis für das
Fach Innere Medizin/Kardiologie zu-
erkannt.

Thema: Katheterablation von Vorhof-
flimmern: Technologische und ver-
fahrenstechnische Entwicklungen zur
Steigerung von Effektivität und
Sicherheit

Verleihungsbeschluss: 18.02.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Charlotte Eitel,
Abteilung für Rhythmologie, Herz-
zentrum Leipzig GmbH – Universi-
tätsklinik, habilitierte sich und es
wurde ihr die Lehrbefugnis für das
Fach Innere Medizin/Kardiologie zu-
erkannt.

Thema: Innovative Technologien zur
Behandlung von Vorhofflimmern
und Herzinsuffizienz

Verleihungsbeschluss: 18.02.2014

Dr. med. Astrid Bertsche,

Klinik und Poliklinik für Kinder und
Jugendliche des Universitätsklini-
kums Leipzig AÖR, habilitierte sich
und es wurde ihr die Lehrbefugnis
für das Fach Kinder- und Jugendme-
dizin zuerkannt.

Thema: Verbesserung des Entwick-
lungspotentials bei Kindern durch
Neuroprotektion am unreifen Gehirn
und Prävention von Krampfanfällen

Verleihungsbeschluss: 18.03.2014

Dr. med. Torsten Prietzel,

Orthopädische Klinik und Poliklinik
des Universitätsklinikums Leipzig AÖR,
habilitierte sich und es wurde ihm
die Lehrbefugnis für das Fach Ortho-
pädie zuerkannt.

Thema: Die hüftstabilisierende Wir-
kung des atmosphärischen Druckes
und resultierende Konsequenzen für
die Luxationsprophylaxe nach Hüf-
tendoprothetik – Experimentelle und
klinische Untersuchungen

Verleihungsbeschluss: 18.03.2014

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden – I. Quartal 2014

**Priv.-Doz. Dr. med.
Christian Hedrich,**

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin am Universitätsklini-
kum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihm die Lehrbe-
fugnis für das Fach „Pädiatrie“ er-
teilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Mole-
kulare Mechanismen der Zytokinre-
gulation und deren Einfluss auf die
Entstehung von Autoimmunerkrankun-
gen“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2014

**Priv.-Doz. Dr. med.
Immanuel Dzialowski,**

Klinik für Neurologie am Elblandklini-
kum Meißen.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihm die Lehrbe-
fugnis für das Fach „Neurologie“
erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Die
Bedeutung der Computertomogra-
phie für die Detektion des Hirnin-
farktes vor rekanalisierender Thera-

pie bei akuter zerebraler Ischämie“
Verleihungsbeschluss: 29.01.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Dirk Koschel,
Abt. Innere Medizin / Pneumologie
am FKH Coswig.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihm die Lehrbe-
fugnis für das Fach „Innere Medizin“
erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Kli-
nische Bilder der exogen-allergischen
Alveolitis“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Halank,
Medizinischen Klinik und Poliklinik I
am Universitätsklinikum der TU Dres-
den.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihm die Lehrbe-
fugnis für das Fach „Innere Medizin“
erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Häu-
figkeit und nicht-chirurgische Thera-
pieoptionen der portopulmonalen
Hypertonie“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Martin Kolditz,
Medizinischen Klinik und Poliklinik I
am Universitätsklinikum der TU Dres-
den.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihm die Lehrbe-
fugnis für das Fach „Innere Medizin“
erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Bio-
marker zur Optimierung des Mana-
gements der ambulant erworbenen
Pneumonie“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2014

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat.
Stephanie Hehlhans,**

Abt. Molekulare Strahlenbiologie an
der Klinik für Strahlentherapie und
Onkologie, Universitätsklinikum
Frankfurt/M.

Nach erfolgreichem Abschluss der
Habilitation wurde ihr die Lehrbefu-
gnis für das Fach „Strahlenbiologie“
erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Mole-
kulare Mechanismen der Strahlenre-
sistenz von Tumorzellen und die
Rolle Integrin-assoziiierter Signalpro-
teine“

Verleihungsbeschluss: 19.03.2014

Unsere Jubilare im Juni 2014 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.06. Dr. med. Dittrich, Gerold
01844 Neustadt/Sa.
- 05.06. Dipl.-Med. Böttcher, Ellen
01737 Tharandt
- 06.06. Dr. med. Lenk, Claus
08141 Reinsdorf
- 07.06. Dr. med. Förster, Sylvia
04849 Bad Düben
- 08.06. Dr. med. Dietrich, Birgit
08427 Fraureuth
- 09.06. Dr. med. Kusche, Elisabeth
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 09.06. Dr. med. Schöne, Wilfried
01833 Stolpen
- 10.06. Dr. med. Ehrich, Angela
04229 Leipzig
- 11.06. Dr. med. Sareyka, Andreas
01737 Oberhermsdorf
- 11.06. Dr. med. Wenzel, Olaf
09387 Jahnsdorf
- 11.06. Dr. med. Weser, Klaus-Uwe
04178 Leipzig
- 12.06. Dipl.-Med. Melchior, Monika
02906 Niesky
- 12.06. Dr. med.
Schmeißer, Christian
07937 Zeulenroda
- 13.06. Dipl.-Med.
Rappolt, Hildegard
04886 Beilrode
- 14.06. Dr. med.
Brand, Hans-Christoph
09496 Marienberg
- 14.06. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Rühlmann, Christof
04178 Leipzig
- 15.06. Dipl.-Med. Oswald, Franz
08412 Werdau
- 16.06. Dr. med. Ziesch, Christoph
02829 Königshain
- 17.06. Dipl.-Med. Eilers, Gabriele
08280 Aue
- 18.06. Dipl.-Med. Röth, Burglind
09385 Lugau
- 19.06. Dipl.-Med. Braun, Sabine
09306 Rochlitz
- 19.06. Dr. med. Junge, Marie-Luise
01324 Dresden
- 20.06. Dipl.-Med. Melde, Angelika
01277 Dresden
- 21.06. Prof. Dr. med. habil.
Busse, Martin Wolfgang
31139 Hildesheim
- 21.06. Dipl.-Med.
Patsch, Ljudmilla
04178 Leipzig
- 23.06. Dr. med. Hosang, Ute
09669 Frankenberg

- 23.06. Dr. med. Pester, Andreas
09212 Limbach-Oberfrohna
- 23.06. Dipl.-Med.
Schaufuß, Heidrun
01705 Pesterwitz
- 23.06. Dipl.-Med. Tänzer, Heike
04463 Großpösna
- 24.06. Dr. med. Claus, Helmar
09356 St. Egidien
- 24.06. Dr. med. Rogner, Matthias
01328 Dresden
- 27.06. Dr. med. Barth, Christiane
01705 Pesterwitz
- 30.06. Dr. med. Merkel, Ute
01665 Klipphausen

65 Jahre

- 01.06. Dr. med. Rentsch, Johannes
02827 Görlitz
- 01.06. Dr. med. Weber, Marcela
04420 Markkranstädt
- 04.06. Hofmann, Monika
09618 Brand-Erbisdorf
- 06.06. Müller, Karl-Heinz
04159 Leipzig
- 06.06. Schoppel, Monika
09439 Amtsberg
- 10.06. Dipl.-Med.
Kuttner, Dietmar
02763 Zittau
- 10.06. Dr. med. Neumann, Thomas
04229 Leipzig
- 11.06. MUDr. Drahozal, Lubomir
08060 Zwickau
- 12.06. Dr. med. Martin, Dietrich
08058 Zwickau
- 13.06. Dipl.-Med.
Kampczyk, Monika
08280 Aue
- 19.06. Dr. med. Ernst, Hans Ulrich
04849 Laußig
- 20.06. Dr. med.
Arab, Mohamed Taysir
04177 Leipzig
- 21.06. Hübschmann, Helmi
08297 Zwönitz
- 21.06. Dipl.-Med. Kästner, Monika
08209 Rebesgrün
- 22.06. Dr. med. Mehlhorn, Ulrich
01109 Dresden
- 23.06. Dr. med. Schindler, Christa
04207 Leipzig
- 26.06. Dr. med. Scharfe, Vera
01471 Berbisdorf
- 27.06. Dr. med.
Berbalk, Anneliese
04229 Leipzig
- 28.06. Prof. (Univ. Riga) Dr. med.
habil. Döring, Karli
09126 Chemnitz
- 29.06. Dr. med. habil. Beer, Lothar
01309 Dresden
- 30.06. Forster, Tetyana
08359 Breitenbrunn

70 Jahre

- 01.06. Börner, Detlef
04509 Löbnitz
- 01.06. Dr. med. Zich, Paul
09130 Chemnitz
- 02.06. Dr. med. Pröhl, Ingrid
08209 Vogelsgrün
- 03.06. Dr. med. Bisanz, Helmtrud
09600 Oberschöna
- 03.06. Dr. med. Geipel, Manfred
08066 Zwickau
- 03.06. König, Susanne
08393 Meerane
- 04.06. Dr. med. Seifert, Dietmar
04509 Delitzsch
- 06.06. Dr. med. Ermer, Thomas
04838 Eilenburg
- 06.06. Dr. med. Nachtigal, Beate
04279 Leipzig
- 09.06. Dipl.-Med. Evers, Margit
04416 Markkleeberg
- 09.06. Dr. med. Götz, Ute
04451 Zweenfurth
- 10.06. Dr. med. Großlaub, Dirk
01465 Langebrück
- 11.06. Dr. med. Antoni, Christine
01257 Dresden
- 12.06. Dr. med. Ernst, Annerose
04159 Leipzig
- 16.06. Förster, Jürgen
09648 Mittweida
- 18.06. Michel, Heike
04827 Machern
- 19.06. Heilmann, Peter
08468 Reichenbach
- 19.06. Dr. med. habil. Kittel, Jens
08228 Rodewisch
- 21.06. Hoffmann, Gisela
09380 Thalheim
- 22.06. Dr. med. Wachter, Lutz
01259 Dresden
- 23.06. Dr. med.
Claußnitzer, Dietmar
09496 Marienberg
- 25.06. Dipl.-Med.
Uhlemann, Dietmar
09217 Burgstädt
- 26.06. Dr. med.
Schröder, Hartmut
08349 Erlabrunn
- 26.06. Uhlmann, Bärbel
09113 Chemnitz
- 28.06. Dipl.-Med. Heß, Gerlinde
04509 Delitzsch
- 28.06. Dr. med. Sage, Siegfried
01445 Radebeul
- 29.06. Dr. med. Oesen, Ute
09114 Chemnitz

75 Jahre

- 01.06. Dr. med. Berger, Peter
04289 Leipzig
- 02.06. Dr. med. Furkert, Bodo
04539 Groitzsch

- 04.06. Dr. med. habil. Sandig, Klaus-Rainer
04107 Leipzig
- 06.06. Helbig, Regine
08312 Lauter
- 08.06. Dipl.-Med. Kaplonek, Werner
01069 Dresden
- 08.06. Schäker, Annerose
04105 Leipzig
- 09.06. Haas, Rosemarie
01445 Radebeul
- 09.06. Dr. med. List, Bärbel
01587 Riesa
- 10.06. Dr. med. Herrfurth, Reinhold
02708 Löbau
- 10.06. Kretschmar, Dietmar
09128 Euba
- 11.06. Dr. med. Banse, Gudrun
01705 Pesterwitz
- 11.06. Dr. med. Varga, Julika
01896 Pulsnitz
- 13.06. Dr. med. Christoph, Dieter
02763 Zittau
- 14.06. Dr. med. Fischer, Ursula
09557 Flöha
- 14.06. Dr. med. Schlosser, Armin
04109 Leipzig
- 16.06. Sachsenröder, Karla
04838 Eilenburg
- 17.06. Dr. med. Dieck, Helga
04316 Leipzig
- 17.06. Dr. med. Witt, Ute
01307 Dresden
- 18.06. Dr. med. Jäger, Bärbel
01689 Weinböhla
- 18.06. Kleefeldt, Jürgen
01936 Königsbrück
- 20.06. Weber, Hiltrud
04838 Eilenburg
- 21.06. Dr. med. Winkler, Barbara
02708 Löbau
- 22.06. Dr. med. Thiele, Heide
01809 Heidenau
- 23.06. Dr. med. Drubig, Rosemarie
01662 Meißen
- 23.06. Dr. med. Riemer, Karin
09600 Oberschöna
- 23.06. Dr. med. Seifert, Gerald
09577 Niederwiesa
- 30.06. Dr. med. Gocht, Wolfgang
02779 Hainewalde
- 80 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Heinrich, Roland
09212 Limbach-Oberfrohna
- 05.06. Dr. med. Vietor, Friedhelm
01109 Dresden
- 06.06. Dr. med. Müller, Hildegard
01067 Dresden
- 06.06. Dr. med. Schmoranzner-Schwenke, Hermine
04157 Leipzig
- 08.06. Dr. med. Leutert, Hannelore
01744 Dippoldiswalde
- 11.06. Dr. med. Kandler, Gisela
01109 Dresden
- 12.06. Dr. med. Zschornack, Martin
01920 Räckelwitz
- 15.06. Prof. Dr. med. habil. Tauchnitz, Christian
04299 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Gabel, Hanna
09350 Lichtenstein
- 17.06. Dreilich, Siegfried
04463 Großpösna
- 21.06. Dr. med. Winkler, Manfred
01796 Pirna
- 22.06. Dr. med. Sarch, Brigitte
08523 Plauen
- 23.06. Prof. Dr. med. habil. Justus, Jakob
01326 Dresden
- 23.06. Dr. med. Oesen, Luise-Maria
09380 Thalheim
- 24.06. Prof. Dr. med. habil. Schubert, Wolfgang
01324 Dresden
- 29.06. Dr. med. Günther, Ursula
01737 Tharandt
- 81 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Mehlhorn-Cimutta, Bertl
09114 Chemnitz
- 09.06. Dr. med. Schyra, Horst
01109 Dresden
- 14.06. Dr. med. Lewek, Angela
04103 Leipzig
- 21.06. Dr. med. Glöckner, Eva
09618 Brand-Erbisdorf
- 26.06. Dr. med. Reinhardt, Christa
04315 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Guhr, Paul
01217 Dresden
- 82 Jahre**
- 28.06. Dr. med. Ranke, Christian
08228 Rodewisch
- 83 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Hendel, Georg
08289 Schneeberg
- 02.06. Jendryke, Erika
02977 Hoyerswerda
- 07.06. Prof. Dr. med. habil. Hunger, Horst
04299 Leipzig
- 08.06. Dr. med. Barth, Teo
04463 Großpösna
- 11.06. Dr. med. Bormann, Christiane
08371 Glauchau
- 18.06. Dr. med. Dr. med. dent. Mahn, Siegmah
01734 Rabenau
- 18.06. Dr. med. Wegner, Dieter
01900 Großröhrsdorf
- 28.06. Dr. med. Haas, Ruth
01097 Dresden
- 30.06. Dr. med. Richter, Elisabeth
09569 Oederan
- 84 Jahre**
- 13.06. Dr. med. Schäfer, Eva
04109 Leipzig
- 18.06. Dr. med. Krämer, Christa
04229 Leipzig
- 21.06. Antonow, Emanuil
09618 Langenau
- 25.06. Dr. med. Güttler, Manfred
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.06. Dr. med. Rehnig, Rosemarie
04275 Leipzig
- 28.06. Prof. Dr. sc. med. Schmidt, Paul-Karl-Heinz
01187 Dresden
- 85 Jahre**
- 07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst
01309 Dresden
- 22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes
09127 Chemnitz
- 87 Jahre**
- 08.06. Dr. med. Spindler, Eva-Maria
01762 Hartmannsdorf
- 23.06. Dr. med. Töppich, Eckart
01454 Ullersdorf
- 25.06. Dr. med. habil. Wilde, Johannes
04357 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Lotze, Horst
01217 Dresden
- 28.06. Dr. med. Preibisch-Effenberger, Rosemarie
01309 Dresden
- 89 Jahre**
- 17.06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01069 Dresden
- 90 Jahre**
- 08.06. Dr. med. Mederacke, Frank-Dietmar
01662 Meißen
- 25.06. Dr. med. Kirsch, Marija
09526 Olbernhau
- 25.06. Dr. med. Meyer-Nitschke, Rosemarie
04552 Borna
- 92 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Berge, Helga
04105 Leipzig
- 96 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna
- 29.06. Dr. med. Sobtzyk, Ernst
08060 Zwickau

100 Jahre Klinik Bad Gottleuba

Von der Heilstätte der Landesversicherungsanstalt des Königreichs Sachsen zum Gesundheitspark Bad Gottleuba

Heilstätte

Nach der Jahrhundertwende wuchs der Bedarf an Heilkuren für die arbeitende Bevölkerung stark an. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt des Königreichs Sachsen, unter ihrem Vorsitzenden Geheimrat Weger, entschied sich nach den guten Erfolgen mit Heilkuren im Genesungsheim Gottleuba für den Bau einer großen Heilstätte an diesem Standort.

Entwurf und Bauleitung lagen bei den renommierten Dresdner Architekten Schilling und Graebner. Der Bau begann 1909 und dauerte fünf Jahre, das letzte Gebäude stellte man erst 1916 fertig. Auf einem 28 Hektar umfassenden Areal entstanden 14 Unterkunftshäuser im Pavillonsystem mit durchschnittlich 50 Betten, man verfügte damit insgesamt über ca. 700 Betten. Dazu kamen 13 Wirtschafts- und Verwaltungsgebäude, darunter Zentralküche, Wäschereigebäude, Heizhaus, Maschinenhaus und das Vortragsaalgebäude. Den Mittelpunkt der Anlage bildete das schlossartige, zentral gelegene Kurmittelhaus, in dem sämtliche Untersuchungen und Behandlungen vorgenommen wurden. Der Chefarzt Dr. Friedrich Bartels (1863 – 1928), der 1885 approbiert und Facharzt für Nervenkrankheiten war, hatte bereits seit 1909 den Aufbau der Klinik fachlich begleitet. Ihm standen zwei Oberärzte, vier Ärzte und drei Hilfsärzte zur Seite, insgesamt bestand das Personal 1914 bereits aus circa 200 Beschäftigten.

Auf Grundlage einer vertraglichen Regelung übernahmen Dresdner Diakonissen die Krankenpflege und wirtschaftliche Aufgaben. Zum Behandlungspersonal gehörten insgesamt fünf Bademeister und sieben Badegehilfen.



Dr. Friedrich Bartels, der erste Klinikdirektor

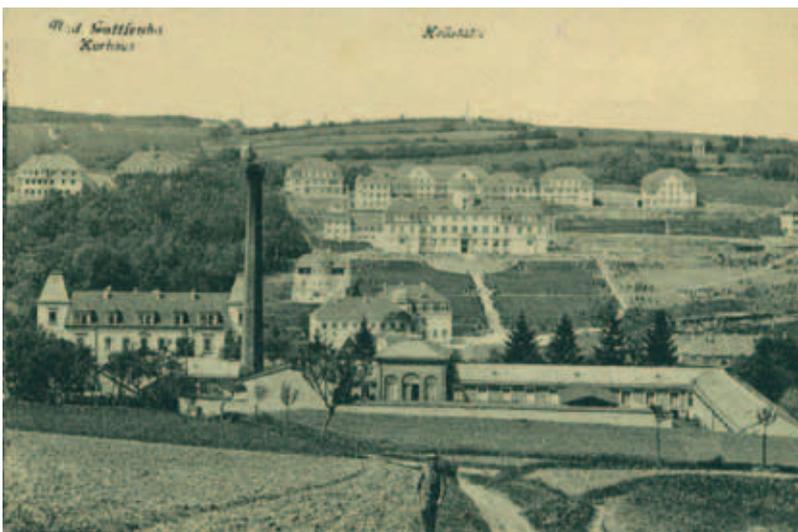
© Archiv Medizinhistorische Sammlungen Bad Gottleuba

Am 20. Mai 1913 begann offiziell der Kurbetrieb, vier Monate später konnte bereits der tausendste Patient aufgenommen werden. Arbeiter stellten die größte Patientengruppe. Im Durchschnitt waren fünf bis sechs Patienten in einem Zimmer untergebracht, es herrschte eine strenge Hausordnung. Zum vielseitigen Behandlungsspektrum gehörten Nervenleiden, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Herzleiden, Magen- und Darmkrankheiten, Entkräftung und Blutarmut, Stoffwechselstörungen, Folgen mechanischer Verletzungen und chronische Vergiftungen. Von besonderer Bedeutung war der

Bäderbetrieb, zu den Kurmitteln zählten aber auch die Inhalation von heilsam wirkenden Stoffen und die Diathermie.

Der Erste Weltkrieg führte zu einem ersten tiefen Einschnitt in der jungen Entwicklung der Heilstätte. Ein Teil der Gebäude wurde in der gesamten Kriegszeit als Lazarett genutzt, in dem insgesamt 4.400 Kriegsbeschädigte therapiert wurden. Dennoch fanden in den Kriegsjahren etwa im gleichen Umfang auch Patienten der Landesversicherungsanstalt Aufnahme.

Nach dem Kriegsende lief der Kurbetrieb nur schleppend weiter, es mangelte an Kohle und Lebensmitteln. Die Folgen der Hyperinflation hätten der Heilstätte nach zehn Jahren sogar fast das Ende gebracht. Sie blieb nahezu sieben Monate geschlossen, das Personal war bis auf die Beamten entlassen worden. Nach der Wiedereröffnung 1924 waren dagegen bedeutende medizinische und medizintechnische Fortschritte zu verzeichnen. Diagnostik- und Therapieangebote konnten erweitert werden, so wurde eine moderne Röntgenabteilung eingerichtet. Gottleuba gehörte 1927 zu den ersten Heilstätten, die Diabetiker behandelten. Im folgenden Jahr, die Klinikleitung hatte mittlerweile der Facharzt für Innere Medizin, Dr. Philipp Eckhardt (1884 – 1946) übernommen,



Gesamtansicht der Heilstätte Gottleuba, Postkarte 1913

© Archiv Medizinhistorische Sammlungen Bad Gottleuba



Diätküche, um 1930

© Archiv Medizinhistorische Sammlungen Bad Gottleuba

konnte das erste Kinderhaus mit zunächst 76 Betten eröffnet werden. Die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise führten Anfang der 1930er-Jahre zu einem erheblichen Rückgang der bewilligten Kuranträge.

Die Nationalsozialisten widmeten im Zuge der wirtschaftlichen Kriegsvorbereitungen der Erhaltung der Arbeitskraft insbesondere ab 1936 größere Aufmerksamkeit. So wurde das Leistungsangebot deutlich verbreitert.

Im Jubiläumsjahr 1938, ein Jahr nachdem Gottleuba den Status eines Kurbades erhalten hatte, waren in der Heilstätte über 200 Mitarbeiter in großer personeller Kontinuität beschäftigt. Bis dahin hatten trotz der Einschränkungen infolge von Krieg und Inflation etwa 100.000 Menschen Heilung oder Linderung ihres Leidens gefunden.

Wie ein viertel Jahrhundert zuvor der Erste Weltkrieg führte auch der Zweite Weltkrieg zu einer erheblichen Einschränkung des zivilen Betriebs, der dennoch in der gesamten Kriegszeit fortgeführt wurde. Das Lazarett bestand von Kriegsbeginn 1939 bis zum Kriegsende 1945, es wurde vom langjährigen Chefarzt Dr. Eckhardt geleitet. Oberste Priorität hatte die schnellstmögliche Wiederherstellung der Kriegsverwendungsfähigkeit der zeitweise bis zu 1.700 gleichzeitig hier behandelten

verletzten Soldaten, weshalb man auch Notbetten aufstellen und Baracken errichten musste. Das Personal wurde immer wieder bis zur Erschöpfung gefordert. Nach den verheerenden Bombenangriffen auf Dresden wurden zahlreiche Verletzte versorgt. Am 8. Mai 1945 übergab Dr. Eckhardt das wenige Tage zuvor geräumte Lazarett an den sowjetischen Ortskommandanten.

Kliniksankatorium

Noch bis 1947 wurden Kriegsverletzte betreut. Bereits ein Jahr zuvor war der Kurbetrieb unter schwierigsten Bedingungen wieder aufgenommen worden. Bis 1949 behinderten der Lebensmittelmangel und die Kohleknappheit die Patientenversorgung und den Badebetrieb. Unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen wurden zur Betreuung der Patienten nur noch staatlich geprüfte Krankenschwestern eingestellt. Bald nach Gründung der DDR, die Heilstätte hatte bereits die Anerkennung als Sankatorium erhalten, unterstellte man diese 1951 der Zentralverwaltung der Sozialversicherung der DDR. Nunmehr kamen Heilung Suchende nicht nur aus Sachsen, sondern aus der gesamten DDR nach Bad Gottleuba und machten diese Einrichtung noch bekannter. Zeitweilig behandelte man bis zu 650 Patienten, darunter 50 Kinder, gleichzeitig. Eine Kur, die für die Versicherten kostenlos war, dauerte in

der Regel vier Wochen, war aber flexibel auf bis zu sechs Wochen ausdehnbar.

Nach mehreren Wechseln des Chefarztpostens in der Nachkriegszeit übernahm 1951 die Fachärztin für Innere Medizin Dr. Wally Güth (1915 – 1978) die Leitung, die sie über 25 Jahre erfolgreich ausüben konnte. Sie reorganisierte den Kurbetrieb durch den Aufbau einer modernen Krankengymnastik mit individueller Behandlung der Patienten, die Erweiterung der Diätküche und Neuerungen in der Wasserbehandlung sowie Elektrotherapie. So wurde 1954 das erste Reizstromgerät (RS2) und 1957 das erste Ultraschallgerät angeschafft. Zudem erfolgte eine konsequente Umgestaltung der Unterkunftshäuser, die bisher ein unspezifisches Behandlungsprofil besaßen und nur nach Frauen, Männern und Kindern unterschieden waren, zu Fachabteilungen mit Fachärzten und qualifiziertem Pflegepersonal sowie spezieller Diagnostik und Therapie. Großer Wert wurde auf die Qualifizierung und Fortbildung des Personals gelegt, so fanden eine Reihe Hilfsschwestern- und Stationschwesternlehrgänge statt. Der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) als Träger seit 1955 investierte umfangreich in die im Jahr zuvor als Kliniksankatorium anerkannte Einrichtung. So erfolgte von 1960 bis 1963 eine weitgehende Überholung der Unterkunftshäuser und des Kurmittelhauses. Angesichts der vielen schweren körperlichen Arbeit und der relativ geringen Entlohnung blieb die Stellenbesetzung ein großes Problem. 1962 unterstellte man das Sankatorium dem Ministerium für Gesundheitswesen der DDR. Mit seinen 14 Fachstationen galt es zu diesem Zeitpunkt als größtes Rehabilitationszentrum der DDR auf dem Gebiet der Physiotherapie.

Der Personalbestand wuchs rasch an und betrug im April 1963 bereits 384 Mitarbeiter, darunter 12 Ärzte, 93 Schwestern, 15 Bademeister und Masseur sowie 15 Krankengymnasten. Ärzte, Bademeister und Masseur bildete man regelmäßig in neuen hydrotherapeutischen Behandlungsmethoden weiter. Jährlich



Visite, 1957

© Archiv Medizinhistorische Sammlungen Bad Gottleuba

wurden über 3.800 Heilkuren für Erwachsene und über 1.500 Heilkuren für Kinder durchgeführt.

Der Kardiologe, Prof. Dr. med. habil. Dieter Reinhold (Jg. 1932), trat 1978 das Amt des Ärztlichen Direktors an, das er bis 1997 ausübte. Er konnte zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse, besonders im Bereich der Herz-Kreislauf-Medizin, in die tägliche Arbeit einfließen lassen. Er vertrat ein ganzheitliches Therapiekonzept, das nicht nur die Behandlung einer Organkrankheit zum Ziel haben sollte. Er setzte sich für eine moderne Kurorttherapie als präventive und rehabilitative Maßnahme ein, die eine aktivere Einbeziehung des Patienten verlangte. Er musste sich aber auch mit dem wachsenden baulichen Verfall des Gebäudekomplexes, der den Kurbetrieb beeinträchtigte, auseinandersetzen. Zwar war eine schrittweise Rekonstruktion des Kliniksankatoriums schon seit den 1970er-Jahren geplant, in diesem und im folgenden Jahrzehnt konnten insbesondere wegen fehlender Mittel und Baukapazitäten aber nur die nötigsten Instandsetzungsarbeiten und Reparaturen durchgeführt werden.

Gesundheitspark

Nach der friedlichen Revolution wurde 1990 als ein Zeichen neuer Offenheit das bisher immer verschlossene Tor im Eingangsbereich geöffnet. Nach der Wiedervereinigung entstand erneut die Landesversicherungsanstalt Sachsen. Sie erhielt das Kliniksankatorium zurück, überführte es jedoch am 1. Juli 1991 in eine private Trägerschaft. In Umset-

zung des vom Geschäftsführer Karl Heinrich Rehfeld erarbeiteten Konzeptes eines Gesundheitsparkes konnten die Klinik als Rehabilitationseinrichtung erhalten und die Arbeitsplätze gesichert werden. Nach der Umstrukturierung wurden die Behandlungen weitgehend dezentral in den einzelnen Klinikabteilungen vorgenommen, weshalb das Kurmittelhaus 1996 geschlossen wurde.

Das trotz der langjährigen Vernachlässigung immer noch imposante Bauensemble der Reformarchitektur, das nach der Wende den Denkmalschutzstatus erhielt, wurde erhalten und die Parkanlage aufgewertet. Bis 1996 konnten die technischen Rahmenbedingungen (unter anderem ein neues Heizhaus und eine neue Telefonanlage) sowie die Unterbringungs- und Therapiemöglichkeiten modernisiert und teilweise erneuert werden. Dadurch entstanden in den Patientenhäusern ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer mit jeweils eigener Nasszelle. Weiterhin konnte das Angebot an kardiologischer Funktionsdiagnostik für alle Patienten erheblich verbessert werden. 1995 eröffnete im Haus 12 die Herz-Kreislaufklinik „Helleberg“ mit 153 Betten. Nach dem Abriss des baulich schon stark verfallenen Zentralküchengebäudes entstand an dieser Stelle von 1994 bis 1996 die „Giesensteinklinik“ als orthopädische Klinik mit 197 Betten.

Die im September 1996 vom Deutschen Bundestag beschlossene „Gesundheitsreform“ führte zu einer kritischen Situation für den Standort. Aufgrund des starken Rückgangs der

Rehabilitationszuweisungen waren im Januar 1997 nur die Hälfte der 585 Betten belegt und von den 340 Mitarbeitern 50 Prozent auf Kurarbeit gesetzt. Mit deutlichen Einschränkungen beim Personal, äußerster Sparsamkeit und der Schließung einiger Häuser, aber auch mit neuen medizinischen Konzepten und der Gewinnung von Privatpatienten wurde von der Klinikleitung gesteuert. Erst nach dem Jahr 2000 konnte eine Stabilisierung der Bettenauslastung erreicht werden.

Der Gesundheitspark vereint heute sechs Fachkliniken: Klinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Klinik für Orthopädie/Traumatologie und Osteologie, Klinik für Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, Klinik für Psychosomatik, Klinik für Kinder und Jugendliche und die Familienklinik. Im Gesundheitspark wurden 2012 etwa 400 Mitarbeiter beschäftigt, darunter 29 Ärzte, 59 Krankenschwestern, 32 Physiotherapeuten, neun Bademeister, 26 Erzieher, 26 Psychologen, neun Ergotherapeuten und vier Diabetesberater. Die Einrichtung, in der in 100 Jahren etwa eine halbe Million Patienten betreut wurden, stellt heute eine Stätte moderner Rehabilitation dar und ist zugleich ein einzigartiges Zeugnis der Entwicklung der Balneologie und Kurorttherapie.

Eine aktuelle Sonderausstellung im ehemaligen Maschinenhaus, in dem seit 2001 ein Deutsch-Tschechisches Bildungs- und Informationszentrum für Rehabilitation und Balneologie sowie die Medizinhistorischen Sammlungen untergebracht sind, stellt spannend die 100-jährige wechselvolle Geschichte der Klinik dar.

Sonderausstellung „KUHZEIT – 100 Jahre Klinik Bad Gottleuba“, bis Ende Dezember 2014 in den Historischen Sammlungen im Gesundheitspark Bad Gottleuba, geöffnet Di., Mi., Do., Sa. 13.00 Uhr bis 17.00 Uhr, So. 10.00 Uhr bis 17.00 Uhr.

Sonderführungen sind nach Voranmeldung möglich,

www.medizinhistorische-ausstellung-bad-gottleuba.de

Mediziner auf deutschen Gedenkmünzen – eine Rarität

Die Geschichte der Münzen beginnt vor unserer Zeitrechnung. Erinnert sei an die Tetradrachme von 330 v. Chr. mit der Darstellung Alexander d. Großen (356 – 323 v. Chr.). Diese Münze würde wissenschaftlich in den Bereich der antiken Münzkunde (Numismatik) gehören. Aus dem Gebiet der modernen Münzkunde soll hier ermittelt werden, welche Persönlichkeiten auf deutschen Gedenkmünzen seit 1871 zur Darstellung kamen und welchen Anteil Mediziner dabei haben. Die Persönlichkeit muss als Kopfporträt oder in Gestalt einwandfrei zu erkennen sein.

Münzen, auch Gedenkmünzen, werden in Münzstätten, die ein konstantes Kennzeichen besitzen, geprägt. Im deutschen Kaiserreich gab es deren elf, in der BRD sind es fünf. Unter Münzhoheit versteht man das Recht, über Art und Umfang der Münzprägungen zu bestimmen und den Münzumsatz auf dem Geldmarkt zu regulieren. Die Münzhoheit besitzt immer der Staat. Ab 1871 besaßen der deutsche Kaiser und die jeweiligen Landesherren die Münzhoheit. Jeder Fürst und jeder deutsche Kleinstaat hatte seine eigene Münze. Diese Münzen, insbesondere die Gedenkmünzen, illustrieren als historische Zeitzeugen unsere Geschichte. Von 1871 bis 1918 kamen etwa 40 verschiedene Kopfporträts von Herrscherpersönlichkeiten auf über 250 Münzprägungen zur Darstellung. Kaiser Wilhelm II. war in Silber oder Gold 18 mal dargestellt, König Albert von Sachsen 13 mal und Fürst Heinrich XXII. Reuß ältere Linie 4 mal.

Berühmte Männer der deutschen Geschichte wie Martin Luther, Johannes Gutenberg, Johann Sebastian Bach, Johann Wolfgang von Goethe oder der Baumeister der deutschen Einheit von 1871, Fürst Otto v. Bismarck, spielten für die Münzprägungen dieser Zeit keine Rolle.

Nach 1918 änderte sich die Münzhoheit und in der Weimarer Republik wurde auf sieben Gedenkmünzen auch Persönlichkeiten wie Dürers und Lessings gedacht.

Der erste Mediziner, der auf einer deutschen Gedenkmünze verewigt wurde, war 1934 kurioserweise Friedrich von Schiller (1759 – 1805)! Er hatte Medizin studieren müssen und diente um 1781 als Regimentsmedikus, ehe er 1782 per Fahnenflucht seine schriftstellerische Freiheit fand. Auch weitere drei Schiller-Gedenkmünzen (1955, 1972 und 2005) sind mit Sicherheit seinem literarischen Schaffen zuzuordnen. So beginnt erst 1968 die Würdigung von Ärzten für ihr Lebenswerk.

Die BRD erinnerte auf einer Gedenkmünze 1968 an den Begründer der naturwissenschaftlichen und experimentellen Hygiene und unerschrockenen Forscher (Cholera-Selbstversuch), „Exzellenz“ Prof. Dr. med. Max von Pettenkofer (1818 – 1901). Im gleichen Jahr ehrte die DDR den Entdecker des Tuberkulose- und des Choleraerregers sowie Begründer der modernen Bakteriologie, Prof. Dr. med. Robert Koch (1843 – 1910), der 1905 den Nobelpreis erhalten hatte und 1993 noch einmal auf einer Gedenkmünze erschien.

Die dritte Arztpersönlichkeit ist Albert Schweitzer (1875 – 1965), der die Doktorhüte der Philosophie, der Theologie und der Medizin trug. Sein humanistisches Schaffen war 1952 mit dem Friedensnobelpreis gewürdigt worden und 1975 erinnerten die BRD und die DDR mit einer Gedenkmünze an den Urwald doktor von Lambarene.

Die Recherche ergab, dass im Zeitraum von 1871 bis 2012 117 deutsche Gedenkmünzen zu Persönlichkeiten geprägt wurden, wobei fünf Gedenkmünzen auf drei Ärzte entfallen. Ein „Medizineranteil“ von 4,3 Prozent an personenbezogenen deutschen Gedenkmünzen über einen Zeitraum der letzten 140 Jahre deutscher Geschichte ist eher ein sehr bescheidenes Ergebnis, zumal die Münzhoheit beim Staat lag.

Dabei ist die deutsche Medizingeschichte reich an Beispielen hervorragender Leistungen von Medizinern.



Prof. Dr. Robert Koch, DDR-Münze 1968
© Leo de Reus



Dr. Albert Schweitzer, BRD-Münze 1975
© Leo de Reus



Dr. Albert Schweitzer, DDR-Münze 1975
© Leo de Reus



Prof. Dr. Robert Koch, BRD-Münze 1993
© Leo de Reus

Erinnert sei deshalb an folgende, teils weltweit anerkannte Ärzte:

Ernst Ludwig Heim (1747 – 1834); Berliner Praktiker.

Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836); Praktiker und Kliniker in Berlin.

Carl Gustav Carus (1789 – 1869); Arzt, Philosoph und Maler in Dresden.

Rudolf Virchow (1821 – 1902); Pathologe und Sozialhygieniker in Berlin.

Albrecht v. Graefe (1828 – 1870); Augenarzt in Berlin.

Adolf Kussmaul (1822 – 1902); Internist (Magensonde).

Paul Ehrlich (1854 – 1915); Entdecker von Salvarsan, 1908 Nobelpreis. Emil v. Behring (1854 – 1917); Bakteriologe; 1901 Nobelpreis.

Karl Koller (1857 – 1922); Kokain zur örtlichen Betäubung eingeführt. Richard v. Volkmann (1830 – 1889); Chirurg und Märchenschriftsteller.

August Bier (1861 – 1949); Chirurg, führte Lumbalanästhesie ein.

Ferdinand Sauerbruch (1875 – 1951); Chirurg, Begründer der Thoraxchirurgie.

Theodor Brugsch (1878 – 1963); Internist in Berlin.

Max Bürger (1885 – 1966); Internist in Leipzig (Geriatric).

Georg Benjamin (1895 – 1942); Sozialhygieniker, wurde im KZ ermordet.

Wenn gegenwärtig in verschiedenen Ländern Serien von Gedenkmünzen erscheinen, so in Finnland zu europäischen Schriftstellern, in Frankreich zu europäischen Künstlern, in Österreich zu europäischen Schriftstellern, in Russland zu herausragenden Persönlichkeiten und in den USA über US-Präsidenten, dann könnte Deutschland eine Serie „Berühmte Ärzte“ auflegen, genügend Kandidaten dafür wären vorhanden.

Leo de Reus

Kunsttherapie – ein Bild gebendes Verfahren

20 Jahre Aufbaustudiengang – 250 Jahre Hochschule für Bildende Künste Dresden.



Mark Lubins: „Kriegerisches Volk vom Planet der Ratten“, 2013, Tempera auf Papier, 42 x 60 cm

Die Hochschule für Bildende Künste Dresden begeht 2014 ihr 250. Jubiläum mit einem umfangreichen Programm. Gefeiert wird ebenso das 20-jährige Bestehen des Aufbaustudiengangs KunstTherapie, der seit gut zehn Jahren von Professor Doris Titze (Jg. 1953) geleitet wird. Die Jubiläen sind Anlass, in der Sächsischen Landesärztekammer die Ausstellung „Kunsttherapie – ein Bild gebendes Verfahren“ zu zeigen, die auf anschauliche Weise Arbeitsergebnisse aus 20 Jahren vorstellt.

Es handelt sich hier nicht um die ersten Berührungspunkte mit dem Thema. Es ist erst einige Jahre her, dass im Gebäude auf der Schützenhöhe bildnerische Zeugnisse der kunsttherapeutischen Arbeit mit Patienten des St. Marien-Krankenhauses Dresden und des Sächsischen Krankenhauses Arnsdorf ausgestellt wurden. Besagte Ausstellung führte auf ihre Art vor Augen, was Doris Titze in einem ihrer Texte zur Bedeutung von KunstTherapie erläutert: „Bilder sind ein Medium der Kommunikation mit anderen und mit sich selbst“.

Weiter heißt es: „In der Kunsttherapie begegnet künstlerische Erfahrung psychodynamischer Beziehungsgestaltung ... Die eigene künstlerische Kompetenz stützt den therapeutischen

Prozess und ermöglicht es, Patienten über künstlerische Medien anzusprechen und zu begleiten.“ Hinzugefügt sei, dass kunsttherapeutische Arbeit zunehmend auch im Justizvollzug und in sozialen Zusammenhängen wirksam wird. So begleitete der Aufbaustudiengang KunstTherapie etwa die Kreuzschüler, als sie zeitweise wegen Bauarbeiten in eine Prohliser Schule ausweichen mussten.

Ein besonderes Feld ist die Kunst – oft unter dem Begriff „art brut“ zusammengefasst – von Menschen, die wie etwa die aus dem österreichischen Gugging bekannten Maler ihren Alltag nicht ohne Unterstützung meistern können. Ebenso galt das wohl für die Schöpfer der Werke der Prinzhorn-Sammlung. Die Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer bezieht ebenfalls Werkbeispiele zweier Künstler ein: Johann Schrott und Mark Lubins.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der vierten Etage vom 22. Mai bis 20. Juli 2014, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 22. Mai 2014, 19.30 Uhr.

"Ärzteblatt Sachsen" - Leserbefragung 2014

Das Redaktionskollegium möchte von Ihnen wissen, wie Sie das "Ärzteblatt Sachsen", dessen Inhalte und Themen beurteilen. Dazu bitten wir Sie, diesen anonymisierten Fragebogen auszufüllen.

Bitte senden Sie den Fragebogen bis spätestens **20. Juni 2014 zurück. FAX 0351-8267-162**

Wie oft lesen Sie das "Ärzteblatt Sachsen"?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ich lese jede Ausgabe.
<input type="radio"/> Ich lese fast jede Ausgabe.
<input type="radio"/> Ich schaue gelegentlich mal rein. | <input type="radio"/> Ich lese das "Ärzteblatt Sachsen" nie.
<input type="radio"/> Ich lese das "Ärzteblatt Sachsen" nur online. |
|--|---|

Welche Rubriken lesen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Berufspolitik
<input type="radio"/> Gesundheitspolitik
<input type="radio"/> Fachartikel
<input type="radio"/> Medizinrecht | <input type="radio"/> Medizingeschichte
<input type="radio"/> Personalia
<input type="radio"/> Kunst und Kultur
<input type="radio"/> Buchbesprechung |
|--|--|

Wie bewerten Sie die Inhalte?

Schulnote	1	2	3	4	5
informativ	<input type="radio"/>				
aktuell	<input type="radio"/>				
praxisrelevant	<input type="radio"/>				
kompetent	<input type="radio"/>				

Wie beurteilen Sie die Texte?

Schulnote	1	2	3	4	5
strukturiert	<input type="radio"/>				
verständlich	<input type="radio"/>				
gut lesbar	<input type="radio"/>				

Wie gefällt Ihnen die Gestaltung?

- sehr gut
 gut
 mittelmäßig
 gar nicht

Welche Inhalte / Themen sollten verstärkt oder zusätzlich aufgenommen werden?

Was sollte Ihrer Ansicht nach verbessert werden?

Wie nutzen Sie die Fortbildungsbeilage (Grüne Seiten) im "Ärzteblatt Sachsen" für Ihre persönliche Fortbildungsplanung?

- sehr oft
 oft
 manchmal
 selten
 gar nicht

Statistische Daten

Geschlecht weiblich männlich

Alter bis 30
 31 - 40
 41 - 50
 51 - 60
 61 - 70
 über 70

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

0835186180