

Editorial	Krankt unser Gesundheitssystem?	444
Berufspolitik	5 Jahre „Netzwerk für Sachsen“	445
	Informationsveranstaltung für Ärzte in Weiterbildung	446
	Fortbildung oder Kultur der KÄK Chemnitz	447
	Seniorentreffen der KÄK Dresden (Stadt)	447
	Alumni-Tag in Dresden	448
Gesundheitspolitik	Sächsische Impfkommision/ Ständige Impfkommision	449
	10 Jahre multimodale Schmerztherapie am UniversitätsSchmerz-Centrum in Dresden	458
	Steigender Crystal-Konsum in Sachsen	461
	Ebola in Deutschland und Freistaat Sachsen	462
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitgliederportal der Sächsischen Landesärztekammer online	464
	Hygienebeauftragter Arzt	465
	6. Deutsch-Polnisches Symposium 2015	466
	Wahl der Kammerversammlung 2015 – 2019	467/468
	Formular für Wahlvorschläge	467/468
	Konzerte und Ausstellungen	470
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	469
Originalien	Gewalt an der Seele	471
Tagungsbericht	Verstehen wir uns richtig	479
Personalia	Bundesverdienstkreuz für Frau Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck	478
	Nachruf für Doz. Dr. med. habil. Ilse Trautmann	481
	Abgeschlossene Habilitationen	481
	Jubilare im Dezember 2014	482
Kunst und Kultur	Ausstellung: Frank Hoffmann	480
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2015	



SIKO – STIKO
Seite 449

© SLÄK



Ebola in Deutschland und
Freistaat Sachsen © Dr. Grunewald
Seite 462



6. Deutsch-Polnisches
Symposium 2015 © Sabine Wenzel
Seite 466

Titelbild: © SLÄK

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

Krankt unser Gesundheitssystem?



© SLÄK

Deutschland hat ohne jeden Zweifel eines der besten Gesundheitssysteme dieser Welt. Denken insbesondere wir älteren Ärzte an die Zeit vor der Wende, dann ist der Fortschritt, den wir bei der Versorgung unserer Patienten erleben dürfen, unbeschreiblich groß.

Dennoch sind die Klagen über dieses Gesundheitssystem ebenfalls so groß, wie wir sie zu keiner Zeit erlebt haben. Es melden sich dabei bei weitem nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und das Pflegepersonal zu Wort. Klagen kommen aus Krankenhäusern und Praxen, ebenso wie aus der „normalen Bevölkerung“.

Was ist es, dass dieses System so sehr in Unruhe bringt?

Zum einen, wie sollte es anders sein, natürlich das liebe Geld. Nur etwa die Hälfte der Krankenhäuser schreibt „schwarze Zahlen“. Das System verlangt zwingend einen zumindest ausgeglichenen Haushalt. Damit ist es nur allzu verständlich, dass Kliniken nach mehr Leistung und Leistungserweiterung streben, um am „Gesundheitsmarkt“ bleiben zu können. Man muss sich natürlich die Frage stellen, ob ein Krankenhaus als reines Wirtschaftsunternehmen geführt werden darf. Muss das Krankenhaus Gewinne einfahren, um zu

existieren? Wie weit muss die Fürsorgepflicht des Staates gehen?

Zum zweiten hat man den Eindruck, dass die Bevölkerung systematisch in nie dagewesener Art und Weise in Unruhe versetzt wird. Nahezu täglich hören, sehen oder lesen wir Schreckensmeldungen, wie viele Patienten durch mangelhafte Hygiene oder andere Sorgfaltspflichtverletzungen in medizinischen Einrichtungen einen Schaden erleiden oder gar versterben. Wir erfahren, wie viele ärztliche Behandlungsfehler (Kunstfehler) zu beklagen sind. Wir erleben, wie Massenmedien dem Patienten Handlungsanweisungen geben, auf welchem Weg der Arzt am erfolgreichsten zu verklagen ist.

Natürlich soll und muss der ärztliche Diagnostik- und Therapiefehler kritisch analysiert werden. Aber ist nicht auch der Fachanwalt für Medizinrecht aus existenziellen Gründen daran interessiert, dass der Patient seinen Behandler verklagt?

Ein Mangel an Krankenhaushygiene wird immer wieder kritisiert. Die Krankenhaushygiene ist ein essenzieller Bestandteil unseres Tuns. Über viele Jahre wurde versäumt, ihr den Stellenwert zu geben, der ihr zustehen muss.

Leider erkennen wir bei uns Ärzten durchaus Tendenzen, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in ein kritisches Licht stellen und in manchen Fällen zerstören. Viele Ärzte in ganz unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen beklagen eine ungerechtfertigte oder übertriebene Inanspruchnahme des Systems. Notärzte berichten über einen sehr hohen Prozentsatz an Fehleinsätzen, die das Budget des Gesundheitswesens unverhältnismäßig belasten. Niedergelassene Facharztpraxen sind teilweise hoffnungslos überlaufen. Wartezeiten auf Konsultationstermine sind unakzeptabel lang und Lösungswege aus diesem Dilemma nicht in Sicht.

Werden in Deutschland Ärzte zu häufig konsultiert? Die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland pro Kopf ist im internationalen Ver-

gleich relativ hoch. So hat Deutschland auf 100.000 Einwohner etwa 830, die Niederlande 460 und Schweden gar nur 280 Krankenhausbetten.

Der niedergelassene Arzt hat ein festes Arzneimittelbudget und kann nur eine begrenzte Arzneimittelmenge rezeptieren. Überschreitet der Kollege dieses Budget, wird er durch Regress bestraft. Der Ärztemangel insbesondere im hausärztlichen Bereich auf dem Land ist eklatant. Der doch so aufgeklärte Patient fordert selbstverständlich sein Recht ein, jederzeit einen Termin beim Fach- oder Hausarzt zu bekommen.

Die Zahl der in Niederlassung tätigen Fachärzte ist bis jetzt keinesfalls gesunken! Allerdings wollen sich junge Kolleginnen und Kollegen zunehmend nicht mehr frei niederlassen, sondern streben Anstellungsverhältnisse, zum Beispiel im MVZ, an. Wird so der freie Arztberuf systematisch zerstört?

Kann ein Steuerungselement, wie dies mit der Priorisierung angedacht ist, das Gesamtsystem regulieren? Sind falsche Anreize im System dafür verantwortlich, dass immer mehr Leistungen von Krankenhäusern oder Praxen erbracht werden, um – aus welchen Beweggründen auch immer – immer mehr Geld zu verdienen?

Die Arzt-Patient-Beziehung, die in ihrem Wesen eine einmalige und ganz besondere Einheit darstellt, darf durch all das eben Aufgezeigte nicht noch mehr, als dies schon der Fall ist, ge- oder zerstört werden. Der Patient muss sich weiterhin hilfesuchend und vertrauensvoll an seinen Arzt wenden können. Dieser muss den Patienten als Patienten und nicht als Kunden, der ihm etwas (ein) bringt, betrachten können. Nur dann wird das deutsche Gesundheitssystem das bleiben können, was es immer war: ein System, in dem der Patient im Mittelpunkt des ärztlichen Tuns steht.

5 Jahre Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Über 100 Netzwerkpartner und interessierte Gäste nahmen am 29. September 2014 am 6. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“ im St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig teil. Anlässlich des 5-jährigen Bestehens von „Ärzte für Sachsen“ wurde eine Zwischenbilanz der Netzwerkarbeit gezogen und künftige Trends der Gesundheitsversorgung beleuchtet.

Das Netzwerk wurde 2009 mit dem Ziel gegründet, langfristig Ärzte für Sachsen zu gewinnen und neue Konzepte gegen den Ärztemangel zu entwickeln. Dazu bündelt es die sächsischen Akteure und Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und stellt konkrete Unterstützungsangebote auf der Netzwerkseite unter www.aerzte-fuer-sachsen.de vor.

In der Einführung zur Veranstaltung durch Andrea Keßler vom Sächsischen Sozialministerium wurde auf die Vorreiterrolle Sachsens hingewiesen, das mit der Etablierung des Netzwerks frühzeitig auf den steigenden Ärztebedarf reagierte. Diesen Ball nahm der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, in seinem Vortrag zum Projektstand von „Ärzte für Sachsen“ auf und berichtete über Ausrichtung, Ziele und Arbeitsweise des Netzwerks. Neben einer Bilanz der bisher durchgeführten Veranstaltungen und Projekte konnte er auch auf erste Erfolge bei der Gewinnung von Ärzten wie den signifikanten Anstieg bei jungen Ärzten im Freistaat verweisen. Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen), sprach im Anschluss über die Förderprogramme für sächsische Hausärzte vom Stipendium im Medizinstudium bis zur Förderung der Niederlassung in versorgungsschwachen Regionen. Er machte aber auch deutlich, dass es den Hausarzt in allen ländlichen Regionen künftig wohl nicht mehr geben wird. Die interessante Auswertung einer Langzeitbefragung sächsischer Medizinstudenten im 5. Studienjahr durch Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud run-



Im Konferenzsaal des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig berichtete Erik Bodendieck über die Netzwerkarbeit von „Ärzte für Sachsen“.
© SLÄK

dete den ersten Themenblock des Tages ab. Die dabei vorgestellten Erwartungen der künftigen Ärzte an den Beruf zeigen unter anderem, dass über 90 Prozent von ihnen als Ärzte und nicht in alternativen Berufsfeldern arbeiten möchten und ein Großteil von Ihnen auch in Sachsen bleiben will.

Im zweiten Teil der Veranstaltung ging es um die Zukunft der medizinischen Versorgung in Sachsen. Frau Dr. Katrin B. Möller, Geschäftsführerin des Klinikums Pirna, bewies am Beispiel ihres Hauses, wie bereits heute Sektorengrenzen überwunden werden. So können etwa Klinikfachärzte durch ein Job-Sharing-Modell zugleich im MVZ und in der Klinik arbeiten und so die stationären Erfahrungen durch solche der ambulanten Versorgung erweitern.

Anhand zweier Modellprojekte wurden dann Perspektiven der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen vorgestellt. Dr. Gunnar Dittrich von der KV Sachsen präsentierte dabei erstmals mit der Satellitenpraxis ein neues Versorgungsmodell, welches aktuell unter dem Dach von „Ärzte für Sachsen“ entwickelt wurde. Um die ärztliche Versorgung in besonders betroffenen Regionen zu ermöglichen, ist angedacht, verschiedene Ärzte in einer Praxis zusammenzuführen, die hier tageweise ihre Sprechstunden abhalten. Ein zweites Modell – die kommunale Poliklinik – stellte der Bürgermeister von Grünhain-Beierfeld, Joachim Rudler, vor. Nach dem Vorbild der medizinischen Versorgung in Finnland sieht er die Kommunen für die Daseinsfürsorge der Bewohner in



Gelegenheit zum Netzwerken gab's zwischen den Vorträgen.
© SLÄK

der Pflicht. Mithilfe eines Betreibers, wie etwa dem DRK, möchte er die Trägerschaft für eine Gemeinschaftspraxis in seiner Kommune übernehmen und so die medizinische Versorgung der Bürger sicherstellen.

Dem Thema soziale Medien und Netzwerke widmete sich Anja Bittner von der Befundübersetzungsplattform „Was hab' ich?“. Dort arbeiten Medizinstudenten und Ärzte aus ganz Deutschland virtuell zusammen, um für Patienten deren Befunde in laienverständliche Sprache zu übersetzen. Ein so ausgerichtetes Online-Netzwerk lebt von der aktiven Teilnahme vieler Mediziner. Dieses Engagement wird vor allem durch die per-

Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung

Unter diesem Titel findet zum nunmehr siebten Mal die Informationsveranstaltung für Ärzte in Weiterbildung statt. Hierzu laden die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen sowie die Apo-Bank alle Ärzte in Weiterbildung sowie interessierte Kollegen

am 7. Februar 2015

von 10.00 Uhr bis 15.30 Uhr

in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer ein.

sönliche Einbindung der Mitstreiter auf verschiedenen Chatebenen und ein an Onlinespielen orientiertes Belohnungssystem erzeugt.

Den Abschluss der Veranstaltung bildete die Auswertung einer aktuellen Netzwerk-Umfrage unter 3.000 Ärzten, die sich in den letzten drei Jahren neu bei der Sächsischen Landesärztekammer angemeldet haben. Erik Bodendieck konnte anhand der Ergebnisse nachweisen, dass Sachsen besonders auch vom ärztlichen Nachwuchs als attraktiver Studien-, Arbeits- und Lebensort empfunden wird. Erfreulich sei auch die hohe Quote von Ärzten, die zu immerhin 35 Prozent aus anderen Bundesländern in den Freistaat zogen. Hierbei kann sicher als ein Grund das nachweislich starke Interesse an den sächsischen Unterstützungsangeboten gelten, wie sie „Ärzte für Sachsen“ bündelt und vorstellt. Die Umfrage hat auch gezeigt, dass das Informationsangebot von „Ärzte für Sachsen“ 150 dieser „neuen“ Ärzte bei der Entscheidung für eine ärztliche Tätigkeit in Sachsen geholfen hat.

Bereits eine Woche nach dem diesjährigen Netzwerktreffen war „Ärzte für Sachsen“ wieder bei seiner

Im Vordergrund stehen die individuelle Beratung und der Erfahrungsaustausch zur ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen. Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser informieren und beraten Sie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im ambulanten Bereich, im stationären Bereich und im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Auch im Jahr 2015 bieten wir Ihnen darüber hinaus eine Podiumsdiskussion zur „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ sowie Workshops zu medizinisch-fachlichen Themen (zum Beispiel Stressmanagement, Verhalten im OP, Ärztliche Gesprächsführung) und zu Fragen der ärztlichen



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud stellte Erwartungen künftiger Ärzte in Sachsen an den Beruf vor.
© SLÄK

Hauptzielgruppe vor Ort unterwegs. Anlässlich der Dresdener Studenterrallye, bei der die neuen Medizinstudenten quer durch die Stadt die für ihr Studium wichtigen Orte und Plätze entdecken, nahm das Netzwerk am 7. Oktober 2014 mit einem Informationsstand an der Abschlussveranstaltung zur Rallye teil. Eine gute Gelegenheit, die künftigen Mediziner ganz am Anfang des Studiums kennenzulernen und mit ihnen über die vielfältigen Berufsperspektiven und Unterstützungsangebote im Freistaat zu sprechen.

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Berufsausübung (Verschiedene Niederlassungsmöglichkeiten, Finanzierung einer Praxis, Steuerfragen und vieles andere mehr) an.

Bitte merken Sie sich diesen Termin vor. Die Einladung und das Programm stehen ab Ende November 2014 zum Download unter www.slaek.de unter dem Menüpunkt „Weiterbildung“ zur Verfügung.

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen bereits jetzt unter arzt-in-sachsen@slaek.de.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin
aegf@slaek.de

Fortbildung oder Kultur

Ärzte bilden sich fachlich fort. Ärzte sind auch sehr an Kultur interessiert. Ärzte haben wenig Zeit. Was liegt also näher, als dies zu verbinden. Die Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) bietet für ihre Mitglieder ganzjährig Fortbildungen an. Doch im Dezember, in der Adventszeit, erwartet die Gäste dann immer etwas Besonderes. Dann rücken die geistigen Genüsse wieder mehr in den Vordergrund. Zu diesen Terminen wird seit einiger Zeit eine kulturell geprägte Fortbildung angeboten. Der Vorstand achtet darauf, dass das gewählte Thema sich auf regionale oder zumindest sächsische Geschichte(n) konzentriert, ab und an kommt auch die Medizin ins Spiel – Kunst und Heilkunst liegen nun mal eng beieinander.

Was liegt da näher, als die kulturellen Angebote der Stadt Chemnitz zu nutzen. So gingen wir im Dezember 2013 erstmals „außer Haus“. Der Gastgeber war das Schloßbergmuseum Chemnitz. Eine interessante Führung brachte den teilnehmenden Ärzten Chemnitzer Geschichte auf lebendige Art nahe und gab einen Ausblick auf die in diesem Jahr durchgeführte Ausstellung, in der die länger zurückreichenden For-

schungen zu Person und Werk des kursächsischen Leibarztes Johannes Neefe (1499 – 1574) vorgestellt werden. Der 500. Geburtstag seines jüngeren Bruders, des Medizinprofessors Caspar Neefe (1514 – 1579) im Jahr 2014 empfahl sich als Termin für eine opulente Sonderschau im Schlossbergmuseum, das bereits seine acht Medaillonbildnisse von Mitgliedern der bedeutenden Familie Neefe dauerhaft präsentiert. Vielleicht eine Anregung – nicht nur für Chemnitzer – sich einmal einen Schlossbesuch zu gönnen. Und wenn Sie vorher schon mal schauen mögen: www.schlossbergmuseum.de.

Auch in diesem Jahr nutzen wir wieder eine bekannte Chemnitzer Einrichtung für unsere besondere Fortbildung: die Jugendstil-Villa Esche. Sie möchten gern genaueres über die Villa wissen? Auf der Internetseite www.villaesche.de erhalten Sie schon mal einen kleinen Vorgeschmack. Die Rückmeldungen auf unsere Einladung sprechen von dem regen Interesse der Chemnitzer Ärzte an diesem Angebot.

Und für die langfristige Planung: Im nächsten Jahr am 8. Dezember gibt es wieder Kultur – mal ganz anders.

Dr. med. Andreas Bartusch
Kreisärztekammer Chemnitz

Wahl der Kammer- versammlung – Wahlperiode 2015 – 2019

Bewerben Sie sich jetzt!

Wie im letzten „Ärztblatt Sachsen“ angekündigt, finden Sie in diesem Heft auf Seite 467/468 das Formular für Ihren Wahlvorschlag. Ihre Bewerbung übermitteln Sie bitte bis spätestens 6. Februar 2015 an den Kreiswahlleiter Ihres Wahlkreises (Posteingang beim Kreiswahlleiter).

Ass. jur. Annette Burkhardt
Landeswahlleiterin
Tel. 0351 8267 414, Fax 0351 8267 412
E-Mail: kammerwahl2015@slaek.de

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Am Dienstag, dem **2.12.2014**, lädt die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) sehr herzlich ein zum weihnachtlichen Seniorentreffen. Unser Gastreferent Prof. Dirk Syndram wird in seinem Vortrag „Luther und die Fürsten“ ein facettenreiches Kapitel der Reformation in Sachsen beleuchten.

Seien Sie herzlich willkommen!

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

Alumni-Tag in Dresden

Carus Campus ist neue Anlaufstelle für Alumni der Hochschulmedizin Dresden



Prof. Dr. med. habil. Dietmar Roesner

„Manchmal war ich so fertig, dass ich ein, zwei Stunden auf dem OP-Tisch geschlafen habe, und dann habe ich morgens weitergemacht.“ Dietmar Roesner liebte seinen Beruf, manchmal vielleicht etwas mehr, als seiner Familie recht war. Wenn er heute über die 44 Jahre nachdenkt, die er im Dresdner Uniklinikum gearbeitet, gelebt und mitgestaltet hat, dann kommt er nicht unbedingt ins Schwärmen, sondern zieht eine bemerkenswerte Bilanz. Im November 1967 hat er auf dem Dresdner Campus als Assistenzarzt begonnen, hat sich und später seine Klinik für Kinderchirurgie durch Mangel- und

Planwirtschaft manövriert und war bis 2007 hautnah dabei, wie sich ein modernes Universitätsklinikum in der Region und im Bundesgebiet etabliert hat. „Wenn ich heute manchmal über das Gelände laufe, werfe ich ganz gern einen Blick in den Chirurgie Hörsaal. Da habe ich erst Vorlesungen gehört und später stand ich dort vor Studenten, oder wenn ich am Mitarbeiterrestaurant vorbeigehe, da denk ich so – ob jemand noch weiß, dass das mal der alte Pferdestall war?“ Egal wo ein Grundstein gelegt wird, welches Institut sich gründet und wo in der Patientenversorgung neue Wege besritten werden, Dietmar Roesner ist gern dabei, „das kann man nicht einfach so wegdrücken, das Uniklinikum ist ein Teil meines Lebens gewesen, und das bleibt so“. Selbst heute, mit knapp über 70, wehrt er sich gegen das Gefühl, „nur Zaungast“ zu sein. Ein Emeritus-Zimmer in der Klinik ist es gar nicht, was er anstrebt, da will er neuen Ideen gar nicht im Wege stehen, er vermisst vielmehr die regelmäßigen, fachlichen und herzlichen Kontakte. „Es ist schon schade“, sagt Dietmar Roesner und er holt noch einmal tief Luft, „dass man sich nur sporadisch mit den Menschen von damals trifft“. Mit viel Spannung verfolgt er deshalb, wie gerade die Alumni neu entdeckt werden.

Unter dem Dach von Carus Campus ist auf dem Gelände der Dresdner Universitätsklinik nicht nur das erste

Studierendenhaus entstanden, hier finden auch alle eine direkte Anlaufstelle, die sich noch immer für die Wissenschaft, für die Kollegen und für den Austausch interessieren. Auf jeden Fall könnte das auch ein Anlass sein, die eigene Mentorentätigkeit noch einmal zu aktivieren. „Ich habe das immer gern gemacht“, resümiert er mit einem kleinen Lächeln im Gesicht. „In der kleinen Gruppe sind wir manchmal Essen gegangen und ich habe erzählt, wie sich die Zeiten verändert haben, wie die Dienste damals aussahen, welche Probleme wir hatten, und ich habe mich auch noch entsinnen können, wie meine Prüfungen aussahen“.

Eine Chance auf ein neues Miteinander gibt es zum Alumni-Tag am 20. Dezember 2014. Um 12.30 Uhr ist dazu der Treffpunkt im „Caruso“, dem Mitarbeiter- und Besucherrestaurant. Von da aus geht es auf zu ganz unterschiedlichen Programmpunkten, unter anderem steht die Besichtigung des neu eingeweihten Protonentherapiezentrum auf dem Plan. Und der Alumni-Tag kann gern feierlich ausklingen mit der Gala der Hochschulmedizin, die dann ab 19.00 Uhr im Ostra-Park stattfindet. www.caruscampus.de

Stephan Wiegand
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden

SIKO – STIKO

Warum gibt es eine „Sächsische Impfkommision“ (SIKO) und eine „Ständige Impfkommision“ (STIKO) am Robert Koch-Institut und was sind die aktuellen Unterschiede in den Impfeempfehlungen (Stand September 2014)

S. Bigl, D. Beier

Einleitung

Aus gegebenem Anlass (Anfragen jüngerer Ärzte, nichtmedizinischer betriebswirtschaftlicher Angestellter und Manager von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Versicherungen und Parlaments-, Partei- oder Regierungspolitiker, aus wirtschaftlichen Interessen und/oder wegen Fehlen detaillierter Kenntnisse in der neueren Entwicklung der modernen Prophylaxe und Behandlung von Infektionskrankheiten) wird nochmals im Überblick dargestellt, warum und seit wann es eine Sächsische Impfkommision gibt. Details sind in den früheren Publikationen „Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ (ÄBS 5/2005, S. 219 – 222) und „Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen seit 1990“ (ÄBS 5/2010, S. 241 – 244) nachzulesen.

Ausführlich werden die aktuellen Unterschiede in den SIKO-STIKO-Empfehlungen mit Stand September 2014 beschrieben.

1. Warum gibt es eine SIKO?

Öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen



Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
© SLÄK

der spezifischen Prophylaxe konnte und kann nach den Gesetzen der föderativen Bundesrepublik nur das jeweilige Bundesland, nicht der Bund aussprechen (BSeuchG § 14 (3), seit 2001 IfSG § 20 (3)).

Bis zum Tag der Wiedervereinigung am 3. Oktober 1990 galt in den damaligen drei sächsischen Bezirken (die Ländergliederung war in der DDR abgeschafft worden) DDR-Recht: Pflichtimpfungen nach den gesetzlichen Vorgaben wie zum Beispiel der „Anordnung über Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter vom 3. August 1984“ (Gesetzblatt DDR Teil I, Nr. 25 vom 18.9.1984) und der „Anweisung über Maßnahmen des Gesundheitsschutzes für die in tropische und subtropische Länder reisenden Bürger der DDR vom 1.3.1988“ (Verfügungen und Mitteilungen des MfGe vom 6.4.1988, Nr. 2, Seite 15 – 17).



Dr. med. Dietmar Beier
© privat

Dem zuständigen Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (MfGe) wurden die Impfeempfehlungen wissenschaftlich begründet und zugearbeitet von der ministeriell berufenen „Beraterkommission für Impffragen“. Dies waren zehn B-promovierte Ärzte der Fachrichtungen Mikrobiologie, Pädiatrie, Infektiologie und Hygiene. Der Autor vertrat darin die drei sächsischen Bezirke. Die letzte Impfeempfehlung dieser Kommission an das damalige MfGe stammte vom Juni 1989.

In der BRD (alt) galt 1990 die „Impfeempfehlung der Ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes (STIKO)“ (Bundesgesundheitsblatt 2/1990, S. 74 – 78). Die STIKO war aus dem Komitee zur Bekämpfung der Poliomyelitis 1972 hervorgegangen und am Bundesgesundheitsamt (BGA), später dem Robert Koch-Institut (RKI), angegliedert worden.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands am 3.10.1990 galt laut Einigungsvertrag Kapitel IV, 3.b DDR-Recht als Länderrecht automatisch fort, wenn es nicht dem vorrangigen Bundesrecht und dem Recht der Europäischen Gemeinschaft widersprach. Auf dieser Rechtsgrundlage haben verantwortliche Mediziner des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (in der DDR „Hygieneinspektion“) in Sachsen und einigen neuen Bundesländern das in vielerlei Hinsicht bessere Management der Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich Impfwesen der DDR 1990 zu erhalten versucht. Das Bestreben vieler fachkundiger Leihbeamter aus den alten Bundesländern während der Wendezeit 1990 – also vor Gründung des Freistaates Sachsen – in Form der Forderung an die „Resortleiter Gesundheit und Soziales der Bezirksverwaltungsbehörden in Sachsen“ (der Autor war in dieser Funktion im Bezirk Chemnitz von Juli 1990 bis März 1991 auf Abordnungsbasis tätig) der sofortigen Einführung westdeutscher Verhältnisse wurde nach Beratung und Einverständnis des Leipziger und Information des Dresdner Ressortleiters nicht entsprochen, sondern DDR-Impfrecht/Empfehlungen als jetzt freiwillige Impfung fortgeführt. Anderenfalls wäre es zur Abschaffung der Pertussisimpfung und des Masernbekämpfungsprogrammes (zweimalige Impfung), zu Unsicherheiten bei der Tetanus- und Diphtherie-Impfung unter anderem gekommen.

Auf Bitten und Drängen dieser Mediziner nach der Wiedergründung des Freistaates Sachsen (persönliche Unterredung und Brief des Autors als damaliger Leiter des Ressorts Gesundheit und Soziales der Bezirksverwaltungsbehörde Karl-Marx-Stadt/Chemnitz an den ersten Staatsminister für Soziales, Gesundheit und Familie im Freistaat Sachsen, Dr. rer. nat. Hans Geisler, vom 28. Januar 1991 betreffs „Dringlichkeit einer eigenen Empfehlung für staatlich empfohlene Impfungen für den Freistaat Sachsen“) hat der erste Sächsische Staatsminister für Gesundheit, Soziales und Familie nach erbetener Empfehlung am 31. Juli 1991 eine

eigene Sächsische Impfkommision berufen. Die konstituierende Sitzung der „Sächsischen Impfkommision“ (SIKO) fand unter Leitung des Vertreters des Sächsischen Staatsministeriums für Gesundheit, Soziales und Familie, Dipl.-Med. Albrecht Einbock, am 12. November 1991 in Dresden statt.

Wichtige weitere Unterschiede, die noch heute bestehen, sind aus den unterschiedlichen Geschäftsordnungen ersichtlich. Die STIKO am BGA und später am RKI hat erst seit dem 20. Oktober 1998 eine Geschäftsordnung, in der als Hauptaufgabe die Erarbeitung von Impfempfehlungen und anderen Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe von übertragbaren Krankheiten fixiert ist (seit 2001 im IfSG § 20 (2) erstmals gesetzlich fixiert). Die SIKO hat eine Geschäftsordnung bereits seit 13. Mai 1993, in der neben den genannten Empfehlungen zu Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe von übertragbaren Krankheiten, insbesondere die Mitwirkung bei den Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen der Ärzte und des gesamten medizinischen Personals sowie interessierter Laien von großer praktischer Bedeutung ist. Die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten bedarf in der Praxis eben einer komplexen staatlich organisierten, koordinierten und kontrollierten Vorgehensweise durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst; Schutzimpfungen sind nur ein wichtiger Bestandteil in diesem System. Die Rechtsgrundlagen dazu sind in der BRD im Wesentlichen vorhanden, sie bedürfen aber einer ständigen Novellierung und insbesondere einer konsequenten praktischen Umsetzung. Die SIKO hat sich diesbezüglich in Sachsen um alle Probleme sehr bemüht: unverzügliche jährliche Aktualisierung der Impfempfehlungen entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und internationalen Umsetzungen in vergleichbaren Ländern wie USA, Österreich, Schweiz und anderen; Organisation und sachsenweite Aus-, Weiter- und Fortbildungen zur Umsetzung in die Routinepraxis, Impfpublikationen und Promotionen,

unverzügliche Beantwortung von individuellen Impffragen durch alle SIKO-Mitglieder telefonisch oder per E-Mail und anderes. Die SIKO hat sich deshalb eine gewisse Vorreiterrolle in Deutschland wegen der Praxisnähe und Aktualität der Impfempfehlungen erarbeitet. Dies war und ist andererseits auch Anlass zur Kritik insbesondere wegen der seit 2007 erfolgten Bürokratisierung der Bezahlung (G-BA mit Schutzimpfungsrichtlinie, SI-RL) und der Impfstoffausschreibungen durch die Krankenkassen in den letzten Jahren.

Es besteht aber seit 2007 der offene Widerspruch zwischen der öffentlichen Impfempfehlung durch das jeweilige Bundesland nach § 20 (3) IfSG und der Vorgabe durch den Bund (G-BA durch SI-RL), was durch die gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden muss. Darüber hinausgehende zusätzliche landesspezifisch empfohlene Impfungen werden verschieden bezahlt: durch die jeweilige Krankenkasse auf Vertragsbasis (Satzungsleistungen) oder individuell. Die Bezahlung der Schutzimpfungen erfolgt zurzeit nach der „Gesamtübersicht Schutzimpfungen – Stand 1. August 2014“ der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KVS) (Lit. 4).

2. Unterschiede in den SIKO-STIKO-Empfehlungen (Stand August 2014)

Die Unterschiede zwischen den SIKO-Empfehlungen (= gültig für den Freistaat Sachsen, Stand 1.1.2014 – Lit. 1) und den „Empfehlungen der STIKO am RKI“ nach § 20 (2) IfSG (Stand 25. August 2014 – Lit. 2) werden nachfolgend im Detail beschrieben.

2.1. Allgemeine Unterschiede SIKO-SIKO:

SIKO:

1. Die Gliederung und Darstellungen in den Impfempfehlungen der SIKO sind zur schnellen Orientierung der inhaltlichen Neuerungen seit 1993 konstant geblieben: Die Synopsis der zwei Impfkalender, die Tabellen 1 bis 3 sind redaktionell unverändert geblieben. Die Zeitangaben lauten in Sachsen „im... Monat/Lbj.“; die Legende ist seit Jahrzehnten unverändert.

2. Die SIKO-Impfempfehlungen zu einzelnen Sachfragen werden wegen der Übersicht und Lesbarkeit getrennt und detailliert abgehandelt und veröffentlicht (Impfempfehlungen E1-E12 – siehe Anhang 4.1). Sie bleiben in Kraft bis zu einer Novellierung wie zum Beispiel „E2 – Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen vom 02.09.1993, Stand: 01.12.2003“.

3. Die SIKO hat in die E1 „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen“ eine „Synopsis der erforderlichen (Impf-) Immunität bei Erwachsenen – Impfkalender für Erwachsene im Freistaat Sachsen“ seit 01.01.2008 aufgenommen.

4. Die Unterschiede in den Geschäftsordnungen (SIKO: 13.5.1993, novelliert 24.10.2005; STIKO: 20.10.1998, geändert 16.10.2008 und 20.6.2014) bedingen die unterschiedlichen Aufgaben der Mitglieder (z.B. in Sachsen Aus-, Weiter- und Fortbildung und Impfberatung), Arbeitsweisen und Formulierungen der Empfehlungen.

STIKO:

1. Oft redaktionelle Änderungen der Impfempfehlungen: 2011 – Neudarstellung der Tabelle 1 – Impfkalender, aktuell „Redaktionelle Änderungen der STIKO-Impf-Empfehlungen 34/2014“: Reihenfolge der Kapitel geändert, in Tabelle 2 sind die „Standardimpfempfehlungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen“ aufgeführt, Kinder-Standardimpfungen aber fehlen.

Hinweise zu postexpositionellen Impfungen in einer neuen Tabelle 3 und anderes (Lit. 2). Diese häufigen Änderungen sind zur schnellen Orientierung erfahrener Impfpärzte hinderlich.

Bei der STIKO sind die Altersangaben in vollendeten Monaten/Jahren angegeben, ohne es zu nennen.

2. In den STIKO-Impfempfehlungen wird alles jährlich neu gedruckt, die Vorjahrsempfehlungen werden außer Kraft gesetzt (Bekanntgabe in der Regel im Epidemiologischen Bulletin Nr. 30-34, Ende August).

3. Die STIKO hat für Erwachsene seit 2012 in Tabelle 3 „Empfohlene

Nachholeimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit fehlender Grundimmunisierung“ dargestellt, aber lediglich für Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Röteln und (seit 2013) Varizellen. Hepatitis A und B, Mumps, Herpes zoster und HPV fehlen (Stand: 25.8.2014) noch immer.

2.2. Inhaltliche Unterschiede – nach Impfung geordnet, alphabetisch:

1. Choleraimpfung:

Die SIKO hat die Kategorie „B“ (Impfung von Laborpersonal und im Katastrophenfall) aufgenommen; fehlt bei der STIKO.

2. Diphtherieimpfung:

Die SIKO hat die Kategorien „B“ (Laborpersonal), „I/B“ (Aussiedler, Flüchtlinge, Asylbewerber aus Diphtherie-Risikogebieten) und „R“ (Reisende in Gebiete mit Diphtherie-Risiko) aufgenommen.

3. Diphtherie-, Tetanus-, Poliomyelitis-Impfung:

Die SIKO hat eine Indikationserweiterung bei diesen Impfungen vorgenommen: „Personen vor und/oder nach Organtransplantationen“.

4. Hib-Impfung:

Die SIKO hat die Indikationsliste erweitert um: „Risikopatienten nach dem 6. Lebensjahr“, „vor Cochlea-Implantation“ und „angeborene oder erworbene Immundefekte...“

5. Hepatitis A-Impfung:

Die SIKO hat auch die Hepatitis A-Impfung als Standardimpfung für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr und für alle seronegativen Erwachsenen (= Personen jeden Alters) seit 1998 empfohlen. Sachsen ist einziges Bundesland in der BRD mit Hepatitis-A-Standardimpfung als Prophylaxe im Rahmen der Globalisierung! Die STIKO hat auch noch 2014 nur Indikationsimpfungen, keine Standardimpfung empfohlen. Die SIKO hat in die Indikationsliste der Hepatitis A-Impfung seit 1996 aufgenommen: „Personal, das tätig ist beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen von Lebensmitteln – einschließlich in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung.“ Die STIKO hat Indikations-

impfungen nur für Personen, für die Hepatitis A eine besondere Gefahr darstellt, zum Beispiel: Hämophile, Bewohner psychiatrischer Anstalten, besonderes Sexualverhalten, chronische HBV- und HCV-Infizierte; Küchenpersonal, aber nicht allgemein Personal im Lebensmittelverkehr wie zum Beispiel in Fleischerieen.

Die „Empfehlung zur Verhütung und Bekämpfung der Virushepatitis A im Freistaat Sachsen vom September 1995, Stand Oktober 2005“ regelt verbindlich die Riegelungsimpfungen, unter anderem auch die Simultanimpfung bei Kontakt: „Liegt die frühestmögliche Exposition länger als 72 Stunden zurück, so ist die gleichzeitige Gabe von Gammaglobulin mit deklariertem Antikörpergehalt angezeigt.“

STIKO 2014, Tabelle 3: Keine klare generelle Regelung der simultanen (aktiv und passiv) postexpositionellen Impfungen: „Nach einer Exposition von Personen, für die eine Hepatitis A eine besonders große Gefahr darstellt (zum Beispiel chronisch HBV- oder HCV-Infizierte), sollte simultan mit der 1. Impfung ein Immunglobulin-Präparat gegeben werden“.

6. Hepatitis-B-Impfung:

SIKO und STIKO: seit Oktober 1995 Standardimpfempfehlung für alle Säuglinge, später Nachholimpfungen bis < 18 Jahre.

SIKO: seit 1998 Standardimpfempfehlung aller seronegativen Personen jeden Alters (= auch Erwachsene) (seit 1.1.2006 Übernahme der Impfkosten durch fast alle GKK in Sachsen). STIKO: auch 2014 keine Standardimpfempfehlung für >18-Jährige; nur I, B, R, P.

7. Humane Papilloma-Virus-Impfung (HPV):

SIKO:

2007: April Standardimpfempfehlung für 12 – 18-jährige Mädchen
2011: 01.01. Standardimpfempfehlung für 12 – 26-jährige Mädchen/Frauen
2013: 01.01. „Impfung von Jungen und Männern mit tetravalentem Impfstoff ist entsprechend der europäischen Zulassung möglich“

2015: 01.01. entsprechend der neuen 2-Dosen-Zulassung der HPV-

Impfstoffe Übernahme der Empfehlungen der STIKO vom 25.8.2014 (Impfempfehlung ab dem Alter von 9 Jahren) vorgesehen.

STIKO:

2007: April Standardimpfung für 12 – 18-jährige Mädchen/Frauen

2014: 25.8. „Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9 – 13 bzw. 9 – 14 (je nach verwendetem Impfstoff) mit 2 Dosen im Abstand von sechs Monaten, bei Nachholimpfung und Vervollständigung der Impfserie im Alter von >13 bzw. >14 Jahren oder bei einem Impfabstand von <6 Monaten zwischen der 1. und der 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten)“.

8. Influenzaimpfung:

SIKO:

■ Standardimpfung ab dem 50. Lebensjahr seit 1.1.2006,

■ seit 1.1.2010: jährliche Standardimpfempfehlung für alle Personen ab dem 7. Lebensmonat,

■ seit 2014: „mit tri- oder tetravalentem Impfstoff“ und

■ im Alter von 2 bis einschließlich 17 Jahren sollte attenuierter Lebendimpfstoff (LAIV) bevorzugt angewendet werden.

STIKO:

■ auch noch 2014: nur Standardimpfung ab dem 60. Lebensjahr.

■ nur unter Indikationsimpfung: „Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens...“,

■ im Alter von 2 bis 17 Jahren kann, im Alter von „2 bis einschließlich 6 Jahren sollte LAIV bevorzugt angewendet werden“.

9. Masernimpfung:

SIKO Standardimpfung:

■ Kinder und Jugendliche Impfung einmal seit 1970; zweimal seit 1986 beibehalten; 1996 Definition „empfindlich“ bzw. „immun“ für Masern vorgenommen und eine zweimalige MMR-Standardimpfung auch für alle Empfänglichen im Erwachsenenalter empfohlen*.

■ Der Regeltermin der 2. MMR-Impfung verbleibt auch nach 2001 als Standardimpfung wie seit Einführung 1986 im 6. Lebensjahr (= ab 5. Geburtstag)

und wird nicht vorverlegt auf 4 – 6 Wochen nach der 1. Impfung.

■ Eine „Empfehlung zur Verhütung und Bekämpfung von Masern im Freistaat Sachsen vom Oktober 1995, Stand Oktober 2005“ regelt Impfungen bei Kontakt.

(*Masernimmunitäts/empfindlichkeits-Definition in Sachsen seit 1996:

Als immun gelten:

1. alle Personen, die 1958 und zuvor geboren sind,
2. Säuglinge von immunen Müttern bis 4. (6.) Lebensmonat,
3. Säuglinge ab 6. Lebensmonat, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nach überstandener klinischer Erkrankung oder mit Erstimpfung und positivem Immunitätsnachweis (IgG-Ak) oder zweimaliger MMR-Impfung nach dem 1. Geburtstag.

Als empfänglich werden alle Personen definiert, die nicht als immun gelten. Ausnahmen: Personen, für die die Biostoffverordnung gilt.)

STIKO Standardimpfung:

- einmalig seit 1974, zweimalig nur für Kinder und Jugendliche und nur bis zum 18. Lebensjahr. – 2. Masernimpfung seit 1991 im 4. – 6. Lebensjahr: seit 2001 bereits vier Wochen nach der 1. Impfung
- Erwachsene: einmalige Standardimpfempfehlung für empfindliche nach 1970 geborene Erwachsene* erst seit 2010 und noch 2014.

(* Definition: => 18 Jahre „mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder nur mit einer Impfung in der Kindheit...“ in Tabelle 2 unter „B“ und „I“; also nicht generell zwei Impfungen bei Erwachsenen).

Meningokokken B – Impfung:

SIKO:

■ Seit dem 1.1.2014 von der SIKO als Standardimpfung vom 3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr empfohlen.

■ Die Meningokokken-B-Impfung sollte aus epidemiologischen Gründen in Sachsen/Deutschland prioritär vor der Men. C- oder Men. ACW135Y-Impfung appliziert werden.

STIKO:

- bisher keine Impfpfempfehlung der STIKO. 2014: „Die STIKO kommt gegenwärtig zu dem Schluss, dass die bisher vorliegenden Studienergebnisse und die daraus resultierende Evidenz für eine abschließende Entscheidung über eine generelle Impfentscheidung noch nicht ausreichen.
- Zur postexpositionellen Prophylaxe bei Kontakt zu Erkrankungen möglich.
- Da der Impfstoff „Bexsero“ seit Dezember 2013 in Europa zugelassen und im Handel ist, bedarf es zurzeit der individuellen Impfentscheidung des Impfarztes.

10.1 Meningokokken C – Impfung:**SIKO:**

- Seit 1.7.2003 von SIKO vom 3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr als Standardimpfung für alle – nach britischem Vorbild – empfohlen.
- Seit 2013 Boosterung als Standardimpfung im 2. Lebensjahr mit konjugiertem 4-valentem Impfstoff (A, C, W135, Y) empfohlen (gilt auch für Erstimpfung ab 2. Lebensjahr).
- Zusätze bei der Indikationsimpfung „gesundheitlich Gefähr-

dete...“, zum Beispiel „vor Cochlea-Implantation“.

STIKO:

- 1.7.2006 Standardimpfung ab 2. Lebensjahr.
- 2014: Anwendung des konjugierten 4-valenten Impfstoffs (A, C, W135, Y)

nur bei Indikation (z.B. gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten...), zum Beispiel: Gefährdetes Laborpersonal und R: Pilgerreise nach Mekka und Schüler/Studenten bei Langzeitaufenthalt in Ländern mit allgemein empfohlener Impfung.

11. Mumpsimpfung:

Die SIKO hat 1998 eine Definition für alle mumpfempfindlichen Personen vorgenommen und eine zweimalige Standardimpfung aller Kinder, Jugendlichen und empfänglichen Erwachsenen empfohlen; seit 2007 präzisiert auf Personen jünger als Geburtsjahrgang 1970.

Die STIKO (noch 2014): keine Definition für „mumpfempfindlich“, zweimalige Standardimpfung aller Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lbj.; keine Standardimpfpfempfehlung für > 18-jährige Erwachsene, lediglich seit 2012 Ausweitung der Indikati-

onsimpfung „B“ – „Nach 1970 geborene Erwachsene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, die in Gesundheitsberufen in der unmittelbaren Patientenversorgung, in Gemeinschaftseinrichtungen oder Ausbildungseinrichtungen für junge Erwachsene tätig sind“ (Lit. 2).

12. Pertussisimpfung:**SIKO und STIKO:**

- Standardimpfung: alle Säuglinge und Kleinstkinder (ab vollendetem 2. Lebensmonat nach dem Schema 3+1).
- Die Wiederholungsimpfungen zur Einschulung im 6. Lbj. und im 11. Lbj. sind seit 2006 einheitlich (SIKO-Empfehlung der 5. Pertussisimpfung zur Einschulung seit 1998!).

Unterschiede:

SIKO: empfiehlt seit 1.1.2007: Wiederholungsimpfung alle 10 Jahre als Standardimpfung für alle Erwachsenen mit Tdpa oder Tdpa-IPV.

STIKO:

Eine diesbezügliche STIKO-Empfehlung war 2007 bereits beschlossen worden – Verkündung erst Juli 2009 aber nur: „die nächst-fällige Td-Impfung einmalig als Tdap bzw. Tdap-IPV“;

Impfung alle 10 Jahre nur:

- „I“ Frauen in gebärfähigem Alter und Haushaltkontaktpersonen

- „B“ Personal im Gesundheitsdienst und Gemeinschaftseinrichtungen

Maßnahmen bei Pertussiskontakt:

SIKO: Impfungen und Chemoprophylaxe regelt in Sachsen im Detail die „Empfehlung zur Verhütung und Bekämpfung von Pertussis im Freistaat Sachsen“ vom Juli 1994, Stand Juni 2013.

STIKO: nur Chemoprophylaxe, keine postexpositionelle Impfung (RKI-Ratgeber, Stand 21.7.2014 (Lit. 3) und *STIKO*-Empfehlung 25.8.2014)

- Schwangerschaft und Pertussisimpfung:

SIKO: 2010 Zusatz: „Schwangerschaft ist keine Kontraindikation für eine Pertussisimpfung“, das heißt bei dringender Indikation möglich, ab 2015 (beschlossen): Impfpflicht für alle Schwangeren zwischen der 27. und der 36. SSW in jeder Schwangerschaft, unabhängig vom Abstand zur letzten Pertussis-Impfung. *STIKO*: „erfolgte die Impfung nicht vor der Konzeption, sollte die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes geimpft werden“ (*STIKO*-Empfehlung vom 25.8.2014). In dem „Pertussis-Ratgeber für Ärzte des RKI vom 21.7.2014“ (Lit. 3) wird lediglich darauf hingewiesen, dass einige Länder (England, USA) die Impfung in der Schwangerschaft empfehlen.

13. Poliomyelitisimpfung:

SIKO und STIKO:

Standardimpfung: Grundimmunisierung für alle mit IPV ab vollendetem 2. Lebensmonat (Schema 3+1 bei Kombi-Impfstoffen 5- oder 6-fach) eine Boosterimpfung im 9. – 17. Lebensjahr

SIKO:

Weitere Poliomyelitis-Booster-Impfungen als Standardimpfung alle 10 Jahre bis zur weltweiten Eradikation der Poliomyelitis empfohlen.

STIKO 2014:

„Alle Personen ohne einmalige Auffrischung“

„Darüber hinaus wird eine routinemäßige Auffrischung für Erwachsene nicht empfohlen“

(Trotz zahlreicher Migranten aus Syrien in Deutschland seit 2013 und

Nachweis „gesunder“ IPV-geimpfter Polioausscheider in Israel, Ägypten und anderen Ländern ist dies 2014 nicht geändert worden, lediglich postexpositionelle Impfungen wurden empfohlen).

14. Pneumokokkenimpfung:

SIKO und STIKO Standardimpfung:

1998 allgemeine Impfpflicht (= Standardimpfpflicht) mit 23-valentem Polysaccharidimpfstoff für alle ab 60. Lebensjahr, Wiederholungsimpfung alle 5 – 6 Jahre

2006 (1.1. Sachsen, 1.7. *STIKO*) Standardimpfpflicht für alle Säuglinge/Kinder bis zum vollendeten 2. Lbj. mit konjugiertem Impfstoff

Unterschiede

2009-27.7.:

STIKO: keine generelle Wiederholungsimpfung nach 5-6 Jahren mit 23-valentem Polysaccharidimpfstoff nach Standardimpfung bei >60-Jährigen; nur noch bei 2 Indikationen: angeborener Immundefekt, chronische Nierenkrankheiten und nephrotisches Syndrom.

SIKO: Wiederholungsimpfung mit 23-valentem Polysaccharidimpfstoff bleibt, weil Effekt positiv, eingeschränkte Indikationen nicht nachvollziehbar sind und Zulassung von konjugiertem Impfstoff zu erwarten ist (seit Juli 2013 ist Prevenar 13 für alle Personen jeden Alters zugelassen). 2012-1.1.

SIKO empfiehlt Erstimpfung von >60-Jährigen mit konjugiertem Impfstoff (Prevenar 13) als Standardimpfung; bei Indikation zusätzlich Pneumovax 23. Bei schon mit 23-valentem Polysaccharid-Impfstoff Geimpften: Nachimpfung mit Konjugat-Impfstoff.

2012 bis 25.8.2014 (Tabelle 1)

STIKO-Empfehlung für > 60-Jährige: „einmalige Standardimpfung mit Polysaccharidimpfstoff“; keine Standardimpfung bei > 60-Jährigen mit Prevenar 13

2013: Bundesanzeiger vom 13.3.2013, SI-RL des G-BA: die Impfstoffbezeichnung „Polysaccharidimpfstoff“ ist weggefallen; auch Impfung > 60-Jähriger mit konjugiertem Impfstoff (=Prevenar 13) auf Kosten der GKK ist möglich

15. Rotavirusimpfung:

Die *SIKO* hat die Rotavirusimpfung als Standardimpfung für alle Säuglinge im Alter ab 7. Lebenswoche bis 6. Lebensmonat seit dem 1.1.2008 empfohlen (sehr gute Erfahrungen und Impfeffektivität bis heute – siehe Tabelle „Erfolge der Rotavirusimpfung am Rückgang der Hospitalisierungszahlen der <5-Jährigen im Freistaat Sachsen“ – Anhang 4.2.

STIKO:

- bis Juli 2013: noch keine Empfehlung, Begründung nicht nachvollziehbar;
- 2013 – August: als Standardimpfung für alle Säuglinge im Alter ab 7. Lebenswoche bis 6. Lebensmonat empfohlen.

16. Rötelnimpfung:

SIKO:

- Die *SIKO* hat eine zweimalige Standard-Impfung aller Kinder (im 2. und 6. Lebensjahr),
- sowie eine zweimalige Impfung für alle empfänglichen (=nicht immunen)* Personen (weiblich und männlich) jeden Alters seit 1998 empfohlen.

*Immunität ist für alle, besonders für Frauen im gebärfähigen Alter notwendig. Eine positive Erkrankungsanamnese oder eine einmalige Impfung gilt nur mit positivem mikrobiologischen Immunitätsnachweis.

STIKO:

- Die *STIKO* hat ebenfalls eine zweimalige Standard-Impfung



Röteln

© Centers for Disease Control and Prevention

aller Kinder (im 11. – 14. und 15. – 23. Lebensmonat) und Nachholimpfungen bis zum 17. Lebensjahr empfohlen.

- Für alle Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr nur Indikationsimpfungen. Die Indikationen (I und B) lauten noch 2014: „ungeimpfte Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigem Alter... zweimalige Impfung“ und „ungeimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus in Einrichtungen der Pädiatrie, der Geburtshilfe und der Schwangerenberatung oder in Gemeinschaftseinrichtungen... einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff“.

17. Tetanusimpfung:

SIKO:

- Nach den Empfehlungen der SIKO vom September 1993 ist keine Unterscheidung zwischen „sauberen, geringfügigen Wunden und alle anderen Wunden“ angezeigt.
- Im Verletzungsfall erfolgt bei vorliegender dokumentierter Grundimmunisierung die Boosterung in der Regel nach 10 und nicht nach 5 Jahren in Tradierung der sinnvollen ehemaligen DDR-Regelungen – auch weil es trotz bundesweiter Anregung „t“-Impfstoff (=>1 IE/Dosis Tetanustoxoid) zur Boosterung nicht mehr gibt. Alle Tetanusimpfstoffe (zur Grundimmunisierung und Boosterung) enthalten =>20 bzw. 40 IE Tetanustoxoid pro Dosis;
- bei unbekanntem Impfstatus oder nur 1 oder 2 Impfungen Gabe von Tetanusimmunglobulin (TIG).

STIKO noch 2014:

- Unterscheidung zwischen „sauberen, geringfügigen Wunden“ und „anderen Wunden“;
- nur bei „sauberen, geringfügigen Wunden“ Boosterung nach 10 Jahren
- und auch bei unbekanntem Impfstatus oder nur 1 oder 2 Impfungen keine Gabe von Tetanusimmunglobulin (TIG),
- bei allen „anderen Wunden“ Boosterung bereits nach 5 Jahren.

(Die grundsätzliche Impfung mit

Tdpa oder Tdpa-IPV auch in Notfallambulanzen wird bundesweit meist aus Kostengründen nicht durchgeführt und nicht administrativ durchgesetzt.)

18. Tuberkulose (BCG-Impfung):

SIKO:

Impfung von Langzeitreisenden in beruflicher Angelegenheit in Länder mit hoher TBC-Durchseuchung und Risikopersonen laut Biostoffverordnung und Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen (nur Tuberkulin- oder/und Gamma-Interferon-Test negative) ist in Sachsen nach sorgfältiger Einzelfallentscheidung empfohlen. („BCG-Vaccine SSI“ aus Dänemark erhältlich)

STIKO: 2014: „Die Impfung mit dem derzeit verfügbaren BCG- Impfstoff wird nicht empfohlen“.

19. Typhusimpfung:

SIKO:

Indikationsimpfungen:

- „R“: Vor Reisen in Endemiegebiete

- „B“: Bei beruflicher Exposition laut Biostoffverordnung (bakteriologische Laboratorien, Infektionsabteilungen und anderes)

STIKO:

- nur „R“: Bei Reisen in Endemiegebiete

20. Varizellenimpfung:

SIKO:

- seit dem 1.1.2008 ist eine zweimalige Standardimpfung aller Kinder und empfänglicher (= Definition 2008) Erwachsener (Frauen und Männer) empfohlen.
- Als nichtimmun = empfänglich gelten alle Personen mit negativer Varizellenanamnese (oder negativem mikrobiologischem Immunitätsnachweis) oder fehlender oder nicht dokumentierter 2-maliger Varizellenimpfung. Die Standardimpfung erfolgt (in Anlehnung an die USA) im Kindesalter im 2. und 6. Lebensjahr (Beschluss: ab 2015 Zweitimpfung ab 2. Lebensjahr empfohlen).

Bei älteren und noch empfänglichen Personen werden Nachholimpfungen mit Schema 1 + 1 im Abstand von mindestens sechs Wochen empfohlen.

STIKO:

- seit 10.10.2008 zweimalige Standardimpfung nur für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lbj. empfohlen, zunächst ohne Zeitangabe; seit Juli 2009: Zweitimpfung im 15. – 23. Lebensmonat.
 - auch noch August 2014: keine Standardimpfung für Erwachsene: nur „I“ für seronegative Frauen mit Kinderwunsch, seronegative Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation und empfängliche Patienten mit schwerer Neurodermitis sowie Kontaktpersonen zu den Genannten.
- „B“ für „Personal im Gesundheitsdienst... Neueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter“

21. Zoster (*Herpes zoster*):

SIKO: Einmalige Herpes zoster-Impfung für alle Erwachsenen über 50 Jahre als Standardimpfung seit 1.1.2010 empfohlen (Zulassung in den USA und Europa 2006 als „Zostavax“)

STIKO: auch 2014 keine Impfempfehlung

3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Berufung einer eigenen Impfkommision in Sachsen (SIKO) 1991 und die Arbeit dieser SIKO seit 1991 bis jetzt werden als sehr erfolgreich eingeschätzt. Dank der Annahme der Beraterfunktion der SIKO für das SMS in allen Fragen der Infektionsbekämpfung wurden die vorstehend im Detail aufgeführten Ergebnisse in 23 Jahren komplexer medizinischer und sozialpolitischer Arbeit in Sachsen realisiert. Es sind dies im Überblick:

- Alle Impfeempfehlungen sind durch adäquate epidemiologische Begleitung und Herdbekämpfungsprogramme frühzeitig (1995) kontrollier- und optimierbar gemacht worden durch die Einführung der Meldepflicht aller impfpräventablen Erkrankungen. In Deutschland gesamt sind

Masern erst seit 2001 und Pertussis, Mumps, Röteln und Varizellen erst seit März 2013 und Tetanus bis heute nicht meldepflichtig. Deshalb waren Analysen für Handlungsempfehlungen, diese Infektionskrankheiten betreffend, nicht oder nur unzureichend möglich.

- Die Durchimpfungsraten zum Schuleingang sind in Sachsen und den anderen ostdeutschen Bundesländern im Durchschnitt 1 – 2 % höher als in den alten Bundesländern. Ein Vergleich der Impfraten bei Erwachsenen ist wegen des Mangels an Daten nicht möglich.
- Sachsen hat die Zurückdrängung der Masern auf < 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr nach den WHO-Vorgaben 1998 in den letzten 10 Jahren 7 mal realisiert (nicht 2005, 2011 und 2013); in der BRD gesamt ist dies noch niemals gelungen.
- Sachsen hat wegen Einführung der Hepatitis-A-Standardimpfung als einziges Bundesland die geringste Erkrankungsrate an Hepatitis A aller Bundesländer: Inzidenz in Sachsen 2012/2013 0,4 / 0,5 pro 100.000, in der BRD 2012/2013 1,0 pro 100.000
- Es gibt in Sachsen exakte Zahlen für die Effektivität der Pertussisimpfung bei Kindern und Jugendlichen bei vollständiger altersgerechter Impfung: Vakzineeffizienz ca. 85 %. Solche Ermittlungen waren bisher bundesweit nicht möglich.
- Sachsen hatte die WHO-Vorgaben der Influenzaimpfraten der > 60 Jährigen (vormals 66,7%, jetzt 75%) 2009 mit 61,0 % fast erreicht. Die Rate ist 2013 leider auf 56,6 % gefallen. Deutschlandweit ist dies trotzdem noch vorbildlich.
- Die Erfolge der in Sachsen 2008 eingeführten Standardimpfung gegen Rotaviruserkrankungen werden in der Senkung der Hospitalisierungszahlen deutlich und sind von großer gesellschaftspolitischer Bedeutung: Senkung der Krankenhausbehandlungen von 2008 bis 2013 gegenüber der

Rate von vor der Impfeinführung 2007 in Sachsen bei Säuglingen um 2.611 Einweisungen, bei 1 bis < 5-jährigen Kindern um 2.168 Krankenhausbehandlungen. Bundesweit ist die Rotavirus-Standardimpfung erst 2013 empfohlen und 2014 in die SI-RL aufgenommen worden.

(siehe Tabelle im Anhang 4.2)

- Die SIKO ist bei vielen Empfehlungen der STIKO seit Jahren voraus, zum Beispiel Standardimpfung für > 18-Jährige gegen Hepatitis B (nicht nur I und B), Pertussis- und Polio-Auffrischimpfung alle zehn Jahre, Röteln- und Varizellenimpfung erwachsener Männer, Pneumokokken-Erstimpfung immer mit konjugiertem Impfstoff, Herpes zosterimpfung, Meningokokken-B-Impfung und andere
- Alle Bürger, insbesondere die Kinder im Freistaat Sachsen, sind hinsichtlich Infektionskrankheiten so gesund wie noch nie zuvor. Dies muss auch in Zukunft aufrechterhalten werden. Die derzeitigen kontraproduktiven Sparmaßnahmen und Personalreduzierungen im ÖGD und der LUA (Abbau der Beschäftigten allein in der LUA von 1.434 (1989) auf 438 (2012); „Ein weiterer Stellenabbau bis zum Jahr 2020 wurde bereits ausgebracht“) sollten daher unverzüglich eingestellt und rückgängig gemacht werden.

4 Anhang:

4.1 Gültige Impfeempfehlungen

- E 1 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen
Vom 02.09.1993; Stand: 01.01.2014 (Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/2010, 1/2014)
- E 2 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision
Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen
Vom 02.09.1993; Stand: 01.11.2003 (Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 12/2003)
- E 4 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Tetanusprophylaxe
Vom 02.09.1993; Stand: 01.01.2010 (Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/2010)

- E 5 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Impfabständen
Vom 08.11.1994
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/1995)
- E 6 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen
Vom 08.11.1994
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/1995)
- E 7 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu hygienischen Grundbedingungen bei der Durchführung von Schutzimpfungen
Vom 08.11.1994, Stand: 01.01.2006
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/2006)
- E 8 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Aufklärungspflicht bei Schutzimpfungen
Vom 13.05.1996; Stand 01.01.2003
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 2/2003)
- E 9 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Organisation der Dokumentation von Schutzimpfungen
Vom 15.05.1998; Stand: 01.01.2004
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 12/2003)
- E 10 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission beim Auftreten von atypischen Impfverläufen im Freistaat Sachsen
Vom 15.05.1998; Stand: 01.12.2003
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 12/2003)
- E 11 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Immunisierung gegen Kinderlähmung und zur Realisierung des nationalen Eradikationsprogrammes im Freistaat Sachsen (Poliomyelitis-Schutzimpfung und -Eradikation)
Vom 05.03.1998, Stand 01.01.2000
(Beilage „Ärzteblatt Sachsen“ 1/2000)

Aktuelle Literaturswahl:

1. E 1 - Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen/
Stand: 01.01.2014 –
(Beilage Ärzteblatt Sachsen 1/2014)
2. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/
Stand: August 2014
(Epid. Bull. Nr. 34, vom 25. August 2014)
3. Ratgeber für Ärzte-Pertussis (Keuchhusten),
Epid. Bull. des Robert Koch-Instituts Nr. 29
vom 21. Juli 2014
4. Gesamtübersicht Schutzimpfungen Stand
1. August 2014 der KVS
(www.kvsachsen.de / Mitglieder / Impfen und
Prävention)

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz

4.2 Erfolge der Rotavirusimpfung am Rückgang der Hospitalisierungszahlen der < 5-Jährigen im Freistaat Sachsen

Jahr	Rota-Hospitalisierungen der <1 Jährigen	Rota- Hospitalisierungen der 1 bis < 5-Jährigen
2007	739 x 6 = 4434	1056 x 6 = 6336
2008	483	936
2009	362	737
2010	302	591
2011	330	1052
2012	177	401
2013	169	451
Gesamt 2008 - 2013	1823 Diff. zu 4434 = 2611	4168 Diff. zu 6336 = 2168

4.3 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission im Internet

<http://www.slaek.de>

Sächsische
Landesärztekammer

⇒ Ärzte
⇒ Informationen / Leitlinien ⇒ Impfen

<http://www.ghuss.de>

Gesellschaft für Hygiene,
Umweltmedizin und
Schutzimpfungen in Sachsen

⇒ Impfen

<http://www.lua.sachsen.de>

Landesuntersuchungs-
anstalt Sachsen

⇒ Humanmedizin ⇒ Impfeempfehlungen

Praxistipp:

SIKO (Sächsische Impfkommission) – STIKO (Ständige Impfkommission) – SIRL (Schutzimpfungsrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses) – Satzungsleistungen (einzelner Krankenkassen)

Die Vorreiterrolle der Sächsischen Impfkommission gegenüber der Ständigen Impfkommission steht außer Frage und ist der Grund für viele für die Gesundheit der Bevölkerung wesentlichen Fortschritte, die ohne die SIKO nicht zustande gekommen wären oder zu mindestens wesentlich später eingeführt worden wären.

In der Praxis ist es oft ausgesprochen ärgerlich, dass trotzdem die Impfungen nach den Vorgaben der SIKO nicht zwangsläufig auch Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen sind.

Erst die Übernahme der SIKO-Impfeempfehlung zunächst in die Empfehlungen der STIKO und anschließend in die Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichten die gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenübernahme.

Die meisten der sächsischen Krankenkassen jedoch übernehmen im Rahmen von freiwilligen Satzungsleistungen die Impfungen nach den Empfehlungen der SIKO. Eine praktische und regelmäßig aktualisierte Übersicht der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit Informationen, welche Impfungen als Pflichtleistungen von den Krankenkassen nach Schutzimpfungsrichtlinie übernommen werden und welche Sonderregeln es in Sachsen zum Beispiel über Satzungsleistungen gibt, finden Sie auf der Seite der KV-Sachsen im Mitgliederbereich unter

http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Impfen_und_Praevention/140822_Gesamtuebersicht-Schutzimpfungen.pdf

Hier sind auch die jeweiligen Abrechnungsziffern aufgeführt.

Bei Patienten, die bei anderen Krankenversicherungen versichert sind, sollte immer vor der Impfung die jeweilige Kasse kontaktiert werden.

Dr. med. Patricia Klein, Ärztliche Geschäftsführerin

10 Jahre multimodale Schmerztherapie am UniversitätsSchmerz-Centrum in Dresden

Schütze, A.; Scharnagel, R.; Sabatowski, R. für das Team des UniversitätsSchmerz-Centrums

Zusammenfassung

Vor zehn Jahren wurde am Universitätsklinikum Dresden eine Einrichtung zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten – das Universitäts-Schmerz-Centrum (USC) – eröffnet. Innerhalb dieses Zentrums etablierte sich die Schmerztagesklinik mit einem multimodalen, interdisziplinären Behandlungskonzept. Zentrale Behandlungsziele bestehen in der Verbesserung der Lebensqualität und einer Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit der Patienten („functional restoration“) mit Wiedererlangung und Steigerung der Eigenkompetenzen der Patienten. Vor zwei Jahren gelang zudem die Einführung einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie. Beide Therapieformen erwiesen sich hinsichtlich verschiedener Parameter (zum Beispiel Schmerzstärke, Katastrophisierung, schmerzbedingter Beeinträchtigung und körperlicher Lebensqualität) sowohl kurzfristig wie auch langfristig als wirksam.

Einleitung

Laut einer im Oktober 2003 durchgeführten europäischen Schmerzstudie soll etwa jeder dritte deutsche Erwachsene unter chronischen Schmerzen leiden (Breivik, H.; Collett, B.; Ventafridda, V.; et al., 2006). Aktuelle Schätzungen für Deutschland gehen davon aus, dass ca. fünf Prozent – also etwa vier bis fünf

Millionen Menschen – dabei auch unter erheblichen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen leiden (Klinkhammer, G.; Rieser, S., 2014). Bezogen auf den Freistaat Sachsen ist von einer Prävalenz von ca. 240.000 chronischer Schmerzpatienten auszugehen, davon 24.000 mit einem hohen Chronifizierungsgrad (Michel, S.; Günther, K.P.; Joraschky, P.; et al., 2005).

Die Folgen solcher schweren chronischen Schmerzzustände sind sowohl für den Patienten als auch für die Allgemeinheit beträchtlich. Sowohl die wirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitszeitausfälle und durch Frühberentung verursacht werden, wie auch die Kosten des Gesundheitssystems, die durch ausführliche Diagnostik, großen therapeutischen Aufwand sowie durch den nicht selten auftretenden Medikamentenmissbrauch entstehen, sind enorm (Raspe, H., 2012). Chronische Schmerzleiden stellen also sowohl für den Betroffenen, seine Angehörigen wie auch für die Gesellschaft ein gravierendes Problem dar.

Unimodale Behandlungsmethoden (medikamentös, physiotherapeutisch, psychologisch) führen jedoch nicht zu befriedigenden Ergebnissen in der Therapie chronischer Schmerzerkrankungen (Guzman, J.; Esmail, R.; Karjalainen, K.; et al., 2001). Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte sich die interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie, die sowohl somatische als auch psychologische Verfahren einbezieht. Multimodale Schmerztherapie ist eine inhaltlich abgestimmte und integrative Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in Form von Gruppen- und Einzeltherapien (Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2009). Die Therapieinhalte setzen sich aus ärztlich-medizinischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen sowie ergotherapeutischen Komponenten zusammen, die eng miteinander abgestimmt und sich inhaltlich ergänzend sind. Die Notwendigkeit einer gleichzeitigen Anwendung verschiedener Verfahren ergibt sich aus einem erweiterten

Verständnis der möglichen Schmerzursachen und der sich daraus ergebenden komplexen Bedürfnisse der Patienten („bio-psycho-soziales Schmerzmodell“) heraus.

So etablierten sich im Laufe der letzten Jahre in Deutschland zahlreiche Einrichtungen, die sich dieser Therapieform zuwandten. Viele dieser Einrichtungen vertreten bestimmte Konzepte und unterscheiden sich in der Anwendung verschiedener Programme, allen gemeinsam jedoch ist die Interdisziplinarität (Nagel, B.; Pfingsten, M.; Brinkschmidt, T.; et al., 2012).

2004 wurde in Dresden Sachsens erste universitäre Einrichtung zur Versorgung chronischer Schmerzpatienten nach den Prinzipien der multimodalen Schmerztherapie gegründet. Das UniversitätsSchmerz-Centrum (USC) wurde als gemeinsames Projekt von vier Fachkliniken (Anästhesiologie und Intensivtherapie, Neurologie, Orthopädie sowie Psychotherapie und Psychosomatik) gegründet und vereint sowohl ambulante, teilstationäre sowie stationäre Versorgungsangebote (Abb. 1).

Multimodale Schmerztherapie – Schmerztagesklinik

Herzstück des USC ist die Schmerztagesklinik. Diese teilstationäre Versorgungsform basiert auf einem multimodalen, diagnoseunabhängigen Behandlungskonzept. Die grundlegende Idee des tagesklinischen Behandlungskonzeptes ist eine befund- und ressourcenorientierte Therapie. Primäres Therapieziel ist deswegen nicht die Schmerzlinderung, sondern vielmehr eine Sensibilisierung des Patienten für eine bio-psycho-soziale Sichtweise seiner Krankheit. Durch Aufklärung, Information, körperliche Aktivierung und eine individuelle psychologische, physiotherapeutische und ärztliche Betreuung soll der Patient zu einer aktiven und langfristigen Veränderung seiner Schmerz- und Lebenssituation motiviert werden. Von 2004 bis 2014 bestanden Behandlungsmöglichkeiten für jeweils eine Gruppe, ab September 2014 werden jeweils zwei Gruppen á 8 Patienten parallel behandelt.

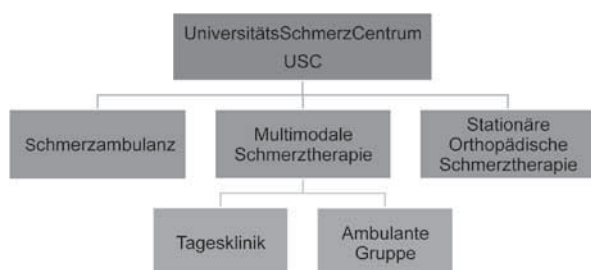


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Struktur des USC

Nach einer umfangreichen Prädiagnostik (multimodales Assessment) durch alle an der Therapie mitwirkenden Disziplinen wird gemeinsam entschieden, ob der Patient für die tagesklinische Therapie geeignet ist (Casser, H.R.; Arnold, B.; Gralow, I.; et al., 2013). In die tagesklinische Therapie eingeschlossen werden Patienten, die unter einem chronischen Schmerzsyndrom leiden, welches ihre körperliche und psychische Leistungsfähigkeit im Alltag einschränkt und die ausreichend motiviert und belastbar sind (Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2009). Bei Einschluss beginnt für den Patienten die eigentliche vierwöchige Behandlungsphase. Die Therapie erfolgt teilstationär. Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass die in der Tagesklinik vermittelten Informationen und Übungen recht schnell in den Alltag integriert werden können. Zehn Wochen nach der Hauptbehandlung erfolgt eine Wiederholungswoche (Boosterwoche). Diese fünf Tage dienen der Auffrischung der in den ersten vier Therapiewochen vermittelten Inhalte. Hier haben die Patienten die Möglichkeit, Erfahrungen und Probleme, die im Alltag mit der Umsetzung der erlernten Verhaltensweisen entstanden sind, zu berichten, zu diskutieren und sich bei Schwierigkeiten therapeutischen Rat einzuholen. Insgesamt kommen so 128 Therapiestunden pro Patient zusammen. Dies entspricht einer sehr intensiven multimodalen Schmerztherapie, wie sie von Guzman et al. definiert wurde (Guzman, J.; Esmail, R.; Karjalainen, K.; et al., 2001).

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Schmerztherapie am USC. In Tabelle 1 ist beispielhaft ein Wochenplan dargestellt, wie er für die zweite Therapiewoche typisch ist. Die Wochenpläne der anderen vier Therapiewochen unterscheiden sich im Aufbau nur wenig von dem abgebildeten Plan. Tab. 2 beinhaltet eine Übersicht über die angebotenen Therapiebausteine und deren Inhalte. In der Regel erfolgt die Behandlung in gemischten Gruppen, das heißt es werden Patienten mit unterschiedlichen Schmerzlokalisationen gleich-

Tab. 1: Wochenplan Schmerztagesklinik / Beispiel Woche 2

Anmerkungen: Basisgruppe = Psychologische Gruppentherapie zur Vermittlung von Basiswissen / Psychoedukation; Bewältigungsgruppe = Psychologische Gruppentherapie zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn
8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport
9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück
9.30 – 10.00: Patienten-/Therapeuten- gespräch	9.30 – 11.00 Basis- gruppe	9.30 – 11.00 Bewältigungs- gruppe	9.30 – 11.00 Basis- gruppe	9.30 – 11.00 Bewältigungs- gruppe
10.00 – 11.00 Basisgruppe				11.15 – 12.00 Atemtherapie
11.45 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	12.15 – 12.45 Physiotherapie
13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause
13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 14.30 Infoveranstaltung	13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 14.30 Entspannung
15.00 – 16.15 Kreativtherapie	15.15 – 16.15 Atemtherapie	14.45 – 16.15 Entspannung	15.00 – 16.15 Kreativtherapie	14.45 Uhr Therapieende

Tab. 2: Therapiebausteine der Schmerztagesklinik (nach Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2014)

Therapiebaustein	Inhalt (beispielhaft)
Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Schmerzbewältigung, Entspannung, Körperwahrnehmung, Belastungsgestaltung, Biofeedback, Vermittlung sozialer Kompetenzen, Information, Einzelgespräche
Physiotherapie / Sporttherapie	Ausdauertraining, gerätegestütztes Krafttraining, segmentale Stabilisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), arbeitsplatzbezogenes Training, Schulung der Sensomotorik, Entspannungstraining, Einzelbehandlung
Spezielle Schmerztherapie	Information, Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie, Akupunktur, ggf. weitere individuell abgestimmte ärztlich medizinische Verfahren
Kreativtherapie	Plastisches Arbeiten mit Stein, Ton, Gips, Pappmaché, Holz; bildnerisches Gestalten mit Farben, Kreide, Tinte, Bleistift; ausdruckszentriertes Arbeiten
Sozialtherapie	Allgemeine Informationsveranstaltung, bedarfsadaptierte, individuelle sozialmedizinische Beratung

zeitig behandelt. Darüber hinaus werden für Patienten mit Kopfschmerzen bzw. Senioren spezielle Gruppentermine angeboten. Die Programminhalte entsprechen im Wesentlichen den oben genannten Punkten. Bei den Kopfschmerzpatienten wird die Behandlung jedoch um spezifische, für Kopfschmerzpatienten konzipierte Behandlungsangebote modifiziert. Für die Senioren wird die Behandlung den geänderten Bedürfnissen und Leistungsfähigkeiten älterer Menschen angepasst. Verschiedene Untersuchungen konnten belegen, dass eine an die Bedürf-

nisse älterer Menschen angepasste multimodale Schmerztherapie sich als effektiv erweist (Mattenklodt, P.; Ingenhorst, A.; Wille, C.; et al., 2008).

Ergebnisse

Neben dem vordergründigen Behandlungsaspekt erfolgt in der Tagesklinik auch eine konsequente wissenschaftliche Begleitung in Form einer Fragebogenerhebung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung. Die Evaluation erfolgt mit Hilfe standardisierter Fragebögen (zum Beispiel ADS, SF-36, PDI, NRS) und der

Erfassung soziodemographischer Variablen (Michel, S.; Günther, K.P.; Joraschky, P.; et al., 2005).

In bisherigen Untersuchungen hat sich das multimodale Behandlungsprogramm sowohl kurz- als auch langfristig als effektiv erwiesen (Schütze, A.; Kaiser, U.; Ettrich, U.; et al., 2009; Kaiser, U.; Schütze, A.; Balck, F.; et al., 2012; Kaiser, U., 2013; Schütze, A., Kaiser, U.; Gärtner, A., et al., 2013). Im Folgenden sollen beispielhaft die Ergebnisse zur langfristigen Wirksamkeit der multimodalen Schmerztherapie am USC Dresden dargestellt werden. In die Auswertung einbezogen wurden 136 Patienten (Durchschnittsalter 51 Jahre, Geschlecht 80% weiblich). Alle untersuchten Parameter zeigten statistisch signifikante Verbesserungen nach einem und zwei Jahren im Vergleich zu den Eingangsdaten zu Therapiebeginn. Die größten Veränderungen fanden sich dabei im Bereich der durchschnittlichen Schmerzstärke (NRS). Ebenso reduzierten sich langfristig katastrophisierende Gedanken und Kognitionen (CSQ) sowie die schmerzbedingte Beeinträchtigung. Ängste und depressive Verstimmungen (HADS-D) verringerten sich. Die körperliche Lebensqualität war nach einem halben bzw. einem Jahr im Vergleich zu Therapiebeginn höher; jeweils mit mittlerem Effekt.

Die Ergebnisse belegen einen langfristigen Therapieeffekt der multimodalen Schmerztherapie am USC. Therapieeffekte, die nach einem Jahr zu beobachten sind, bleiben auch über einen Zeitraum von zwei Jahren stabil (Schütze, A.; Kaiser, U.; Schiller, M. et al., 2010). Damit bestätigen die eigenen Resultate auch andere Untersuchungen zur Wirksamkeit multimodaler Schmerztherapie (Hildebrandt, J.; Pflingsten, M.; Franz, C.; et al., 1996; Mesrian, A.; Neubauer, E.; Schiltenswolf, M., 2007; Pöhlmann, K.; Tonhauser, T.; Joraschky, P.; et al., 2009).

Multimodale Schmerztherapie – Ambulante Gruppe

Neben der seit zehn Jahren bestehenden teilstationären Schmerztherapie wurde in Kooperation mit der AOK Plus eine neue, ambulante Therapieform etabliert. Dieses Setting wurde für Patienten entwickelt, die sich im beginnenden Chronifizierungsprozess befinden, um einer fortschreitenden Schmerzchronifizierung präventiv entgegenzuwirken. Zudem ist das Konzept insbesondere für Patienten geeignet, denen es – zum Beispiel aus beruflichen oder familiären Gründen – nicht möglich ist, an einer vierwöchigen teilstationären Therapie teilzunehmen. Es handelt sich dabei um eine multimodale, gruppenbasierte Therapieform

in Kleingruppen (sechs bis max. acht Patienten), die über einen Zeitraum von einem halben Jahr einmal wöchentlich über drei Stunden hinweg durchgeführt wird (Gesamtdauer: 72 h). Auch hier wird der eigentlichen Behandlung ein multimodales Assessment vorgeschaltet, bei dem neben den medizinisch-psychologisch-physiotherapeutischen Befunden vor allem auch die Eignung für eine Teilnahme an dem Programm überprüft wird. Die eigentliche Behandlung gliedert sich in ärztliche, psychologische und physiotherapeutische Anteile, die inhaltlich an das Konzept der tagesklinischen Therapie angelehnt sind.

Ergebnisse

Bisherige Untersuchungen in Form einer explorativen Datenanalyse liefern erste Ergebnisse zu diesem neuen Behandlungskonzept. Insgesamt wurden bisher 20 Datensätze von Patienten ausgewertet, für die ein vollständiger Datensatz vorliegt. Dabei waren die Patienten im Durchschnitt etwas jünger (mittleres Alter 48 Jahre) als die Teilnehmer der teilstationären Behandlung. Die Geschlechterverteilung lag bei 70 % weiblichen und 30 % männlichen Patienten. Es konnten drei Messzeitpunkte (Therapiebeginn, Therapieende, Halbjahreskatamnese) ausgewertet werden. Bei vier von fünf untersuchten Parametern zeigten sich – trotz der geringen Stichprobengröße – signifikante Verbesserungen nach sechs Monaten im Vergleich zu den Eingangsdaten. Die größten Veränderungen fanden sich dabei im Bereich Katastrophisierung (PCS). Ebenso reduzierten sich die durchschnittliche Schmerzstärke von 5,4 zu Therapiebeginn auf 4,4 nach vier Wochen und 3,9 nach einem halben Jahr und die schmerzbedingte Beeinträchtigung signifikant, die Effektstärken lagen nach einem halben Jahr im mittleren Bereich. Zudem konnte eine signifikante Verbesserung der körperlichen Lebensqualität (SF-36) nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse sind auf Grund der geringen Stichprobengröße vorsichtig zu interpretieren. Dennoch zei-

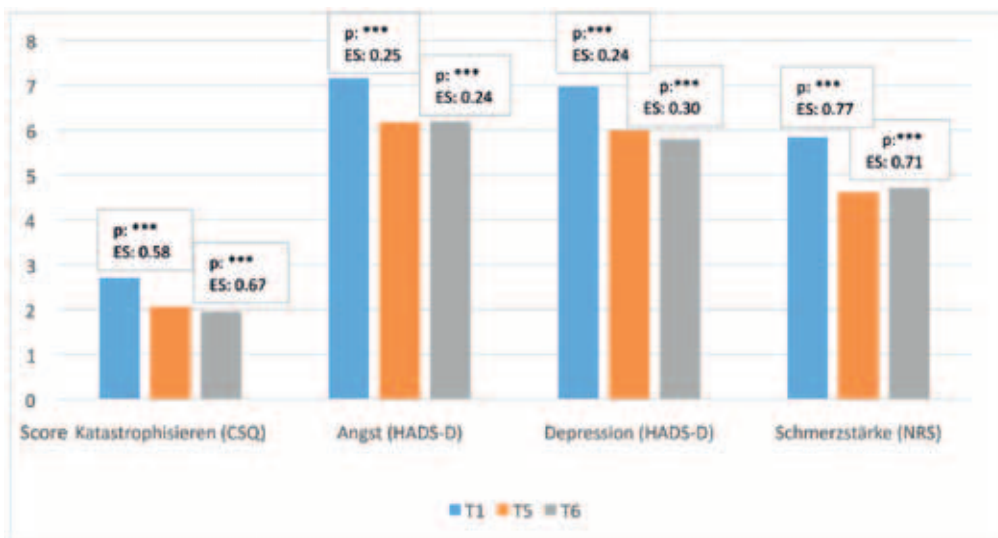


Abb. 2: Ergebnisse zur Ein- und Zweijahreskatamnese (tagesklinische Behandlung)

Anmerkungen: CSQ=Coping Strategies Questionnaire, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version, NRS=Numerische Ratingskala, p=Signifikanz ($p \leq 0.001$ hoch signifikant), ES=Effektstärke (<0.5 kleiner Effekt, <0.5-0.8 mittlerer Effekt, >0.8 großer Effekt), T1=Therapiebeginn, T5=Jahreskatamnese, T6=Zweijahreskatamnese

gen sich trendanalytisch Verbesserungen in fast allen untersuchten Parametern. Dies widerlegt die Ergebnisse einer Studie aus München, die zu dem Ergebnis kam, dass eine ambulante individuelle Therapie nicht zu durchgreifenden Verbesserungen hinsichtlich Schmerz und gesundheitsbezogener Lebensqualität führt. Im Unterschied zu der Münchner Therapie erfolgt die ambulante Therapie im selben Team, damit sind die Voraussetzungen der multimodalen Therapie einer teamorientierten und aufeinander abgestimmten Behandlung in Dresden umgesetzt (Huge, V.; Müller, E.; Beyer, A.; et al., 2010). Genauere Untersuchungen zu diesem Behandlungskonzept am USC sind Ziel zukünftiger Forschungsarbeiten (Schütze, A.; Kaiser, U.; Gärtner, A.; et al., 2013).

Schlussfolgerung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die multimodale Schmerztherapie am UniversitätsSchmerzCentrum in Dresden sowohl für die ambulante als auch für die teilstationäre Therapie als kurz- und langfristig wirksam einzuschätzen ist. Es können stabile Behandlungseffekte erzielt werden.

Steigender Crystal-Konsum in Sachsen

Risiken für das ungeborene Kind

Unter dem Titel „Crystal ist keine Partydroge mehr“ skizziert Herr Kollege Sven Kaanen in der Augustausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“ die aktuelle Situation in Sachsen und weist auf die zunehmende Verbreitung von Methamphetamin hin, welches in Sachsen zur „Alltagsdroge“ geworden ist. Das hohe Potenzial einer Abhängigkeit hat nicht nur gesundheitliche Konsequenzen für die Betroffenen, sondern auch ökonomische Auswirkungen für die gesamte Gesellschaft. Der „10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums“ der Sächsischen Landesregierung ist ein erster wichtiger Schritt zur Lösung des Problems. Weitere Maßnahmen im Bereich der

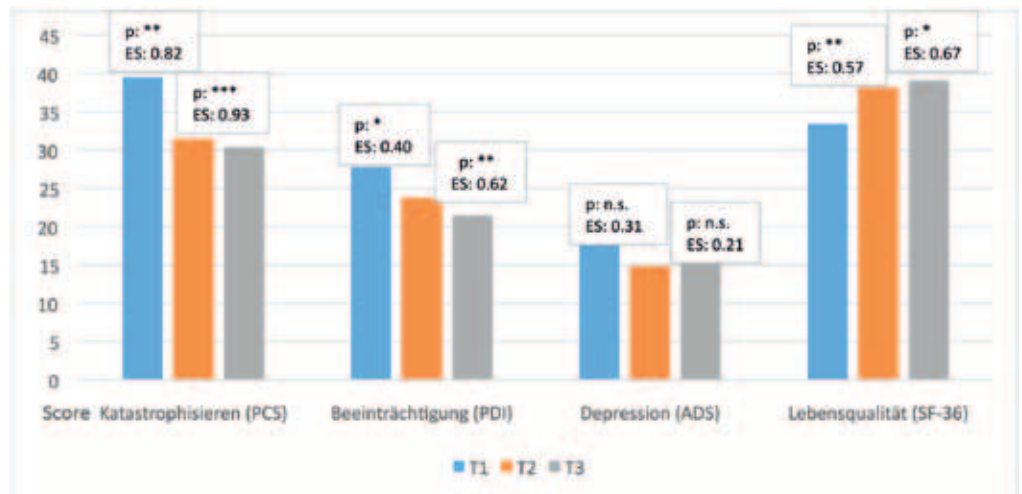


Abb. 3: Ergebnisse zum Therapieende und zur Halbjahreskatamnese (ambulante Behandlung)
Anmerkungen: PCS=Pain Catastrophizing Scale, PDI=Pain Disability Index, ADS=Allgemeine Depressionskala, SF-36=Fragebogen zum Gesundheitszustand, p=Signifikanz ($p \leq 0.05$ * signifikant, $p \leq 0.01$ ** sehr signifikant, $p \leq 0.001$ *** hoch signifikant, n.s. nicht signifikant), ES=Effektstärke (< 0.5 kleiner Effekt, $< 0.5-0.8$ mittlerer Effekt, > 0.8 großer Effekt), T1=Therapiebeginn, T2=Therapieende, T3=Halbjahreskatamnese

Dabei kommt es zu einer Verringerung der durchschnittlichen Schmerzstärke und zu einer Verminderung des Beeinträchtigungserlebens. Katastrophisierende Gedanken können reduziert werden, die körperliche Lebensqualität steigt an.

Danksagung:

Die Autoren möchten sich bei dem gesamten Team des USC, das an der Umsetzung des multimodalen Programms beteiligt ist, bedanken: Fr. H. Bergner, Fr. J. Böhm,

Dr. U. Ettrich, Dipl.-Psych. A. Gärtner, Fr. K. Gasch, PD Dr. G. Goßrau, Dr. Dipl.-Psych. U. Kaiser, Dr. A. Preissler, Dr. U. Reuter, Sr. B. Rust, Fr. M. Schiller, Dipl.-Psych. B. Schönbach, Sr. S. Seifert, Sr. J. Seip, Hr. Sommerfeld, Hr. Sterzer, Fr. M. Thielemann

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. Rainer Sabatowski

UniversitätsSchmerzCentrum

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Technische Universität Dresden

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

rainer.sabatowski@uniklinikum-dresden.de

Prävention sind aber erforderlich, um die Betroffenen adäquat behandeln zu können – und hier ist insbesondere medizinische Expertise gefordert, welche sowohl auf Erfahrungen mit anderen Drogen zurückgreifen und gleichzeitig die spezifischen Besonderheiten dieser neuen Droge berücksichtigen sollten. Während umfangreiche Daten zum aktiven Konsumverhalten Jugendlicher und Erwachsener vorliegen und eine nahezu exponentielle Zunahme des Crystalkonsums belegen, ist die Datenlage für die Gruppe der ungeborenen Kinder derzeit noch spärlich – entsprechend Zahlen fehlen zum Beispiel im Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Bereits seit mehreren Jahren bereitet den Geburtshelfern und Neonatologen in Sachsen die stetige Zunahme von Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft illegale Drogen

konsumieren, Sorgen. Während vor zehn Jahren das Augenmerk noch auf den Opiatmissbrauch gerichtet war, spiegelt sich heute das geänderte Konsumverhalten der Gesellschaft auch bei den Schwangeren wider.

Parallel zum wachsenden Konsum von Stimulanzien mit jährlichen Steigerungsraten zwischen 22 – 47 % (2. Sächsischer Drogenbericht) ist vor allem in den Ballungsgebieten in Sachsen ein beängstigender Anstieg von Neugeborenen zu verzeichnen, welche intrauterin der Droge Crystal-Meth ausgesetzt waren.

Allein im Jahr 2013 wurden im Rahmen der Datenerfassung der Sächsischen Neonatalerhebung 116 Früh- und kranke Neugeborene registriert, die wegen einer intrauterinen Crystal Meth-Exposition nach der Geburt stationär behandelt werden mussten; 146 Neugeborene zeigten Entzugs-

symptome nach Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Drogen durch die Mutter während der Schwangerschaft.

Für das Jahr 2014 ist eine weitere Zunahme dieser Patientengruppe zu befürchten. Die Zahl der prognostizierten Kinder mit intrauteriner Crystalexposition wird mit 160 – 200 Neugeborenen ähnlich hoch sein wie die Anzahl der extrem unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g. Da eine hohe Dunkelziffer auch den Crystalkonsum in der Schwangerschaft betrifft und die Neugeborenen nach der Geburt klinisch oft unauffällig sind – im Gegensatz zu Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft Opiate zu sich genommen haben – ist davon auszugehen, dass die reale Zahl vorgeburtlich exponierter Kinder noch höher liegt.

Eine wichtige Voraussetzung, diesen Kindern helfen zu können, ist das entsprechende Problembewusstsein bei den mit dieser Problematik konfrontierten Berufsgruppen. Aus diesem Grunde wurde während der vergangenen Jahre von der Arbeitsgruppe Neonatologie/Perinatologie

der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung sowohl im Rahmen des jährlichen Klinikärzttreffens als auch der gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen der Projektgeschäftsstelle mit dem Sächsischen Hebammenverband die Problematik Schwangerschaft und Drogen wiederholt thematisiert.

Ferner etablieren sich in den Großstädten Netzwerke, welche medizinische, sozialmedizinische, sozialpädagogische und suchtttherapeutische Expertise einbringen, um den Familien tragfähige und gangbare Hilfen anbieten zu können. Vor dem Hintergrund der raschen Zunahme der betroffenen Familien erscheinen nicht nur die derzeitigen Ressourcen, sondern auch die medizinischen Kenntnisse zu den Folgen und Auswegen aus der Sucht noch unzureichend. Mit dem aktuellen 10-Punkte-Programm der Landesregierung Sachsen sind wichtige politische Impulse gesetzt; jetzt sind die Akteure des Gesundheitssystems gefordert, diese Forderungen in die Praxis umzusetzen und so neben einer effektiven Prävention den betroffenen Neugeborenen und deren Familien mit

einem effektiven Hilfsnetz therapeutische Angebote zu unterbreiten.

Dabei kann auf bewährte Erfahrungen zurückgegriffen, muss aber auch aus Fehlern der Vergangenheit gelernt werden. Der amerikanische Kinderarzt David Lewis fasste es in seinem Artikel „We were wrong about ‚Crack Babies‘: Are we repeating our mistake with ‚Meth Babies‘?“ wie folgt zusammen: „... If we want to address the problems associated with the use of methamphetamines, we have to focus on prevention and treatment for mothers, children, and families and avoid the stigmatizing labels that lead to punitive policies“.

Deshalb möchten wir auf die Fortbildungsveranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer am 26.11.2014 zum Thema „Crystall und Co. in der Schwangerschaft – Konsequenzen für das Kindeswohl“ hinweisen.

Im Namen der Arbeitsgruppe Externe
Qualitätssicherung in der Perinatologie/
Neonatologie und der Kommission Häusliche
Gewalt/Gewalt in der Familie der Sächsischen
Landesärztekammer

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger
Prof. Dr. med. habil. Christine Erfurt
Dipl.-Med. Annette Kaiser

Ebola in Deutschland und im Freistaat Sachsen

Epidemiologie und aktuelle Situation

Der Ebola-Ausbruch durch das Zaire-Ebolavirus in Westafrika zeigt, dass Gefahren durch lebensbedrohliche Infektionskrankheiten noch längst nicht der Vergangenheit angehören, sondern eine reelle Bedrohung darstellen.

Dieser Ausbruch ist jedoch in Verlauf und Dimension einmalig: von einem einzigen Eintrag in die humane Population ausgehend (Dezember 2013) kam es Länder- und nunmehr auch Kontinent-übergreifend zum größten jemals dokumentierten Ausbruch (> 10000 Erkrankte mit einer Letalität von nahezu 70%) mit autochthonen Erkrankungen in Guinea, Sierra Leone, Liberia und Nigeria (ausgehend von einem importierten Erkrankungsfall), zu elektiven (Re-

und Expatriierungen) Erkrankungsimporten nach Europa (Spanien, Deutschland, Frankreich, Norwegen), in den Senegal und nach Mali (akzidentell, jeweils ein Fall) und in die USA (2 x akzidentell, 4 x repatriiert) sowie zu nosokomialen Infektionen in Nigeria, Spanien und den USA. Diese Epidemiologie (Stand: 24.10.2014) unterstreicht die Bedeutung globaler Strategien zur Eindämmung dieser Epidemie.

Klinik

Das Krankheitsbild der aktuellen Ebolavirus-Erkrankungsfälle (EVD) unterscheidet sich partiell von den klassischen Verläufen des Ebolavirus hämorrhagischen Fiebers (Ebola-HF): Blutungskomplikationen, die eine schlechte Prognose anzeigen, treten bei < 5% der Erkrankten auf. Dagegen stehen gastrointestinale Symptome wie profuse, eruptiv auftretende wässrige Diarrhoe begleitet von abdominellen Krämpfen mit distendiertem Abdomen sowie Übelkeit und Erbrechen im Vordergrund. Insbesondere durch Kontakt mit sol-

chen Ausscheidungen kommt es im aktuellen Ausbruch zur Übertragung auf weitere Personen. Die initiale Symptomatik ist unspezifisch: nach einer 2 – 21-tägigen Inkubationszeit (11 – 12 Tage im Median) können subfebrile bis febrile Temperaturen auftreten. Daneben bestehen ein allgemeines Krankheitsgefühl, mit Schwäche sowie Kopf-, Glieder- und Gelenkschmerzen. Weitere Symptome sind Brustschmerzen, subjektives Atemnotgefühl, trockener Husten und Schluckstörungen bei bis zu einem Drittel der Erkrankten.

Bei günstigen Verläufen kommt es zu einer zögerlichen Rückbildung der genannten Symptome. Die Rekonvaleszenz kann sich über Monate hinziehen. Bei den schweren fatalen Erkrankungen kommt es zur Ausbildung eines Multi-Organ-Versagens und zum Tode.

Management in Deutschland / in Sachsen

Es ist evident, dass die klinische Medizin in Deutschland auf Patienten mit EVD vorbereitet sein muss.

Ein nationales Konzept zum Management und zur Kontrolle dieser hochkontagiösen lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten wird von den im Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen (STAKOB) am RKI zusammengeschlossenen Zentren ständig aktualisiert und erweitert. Patienten mit EVD sollten in den entsprechend dafür ausgerichteten und von den jeweiligen Behörden der zuständigen Bundesländer benannten Behandlungszentren der STAKOB-Mitglieder versorgt werden. Für solche Erkrankungen schreibt das Infektionsschutzgesetz eine gesicherte Unterbringung der Erkrankten und Krankheitsverdächtigen in einer geeigneten (klinischen) Einrichtung vor, die amtsärztlich festzulegen ist (gemäß § 30,1 IfSG).

Behandlungs- und Kompetenzzentren

Für die Versorgung von Patienten mit EVD halten die Behandlungszentren als integraler Bestandteil des jeweiligen Kompetenzzentrums geschultes Personal mit der entsprechenden Fachkenntnis vor. Das für Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zuständige Behandlungszentrum ist das Klinikum St. Georg, Zentrum für Innere Medizin, Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin und Nephrologie, Dienstarzt Infektions-/Tropenmedizin: Tel. 0341 9094005
Rufbereitschaft Quarantäneteam: Tel. 0170 7618244.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Geeignet für die Versorgung von EVD-Patienten, insbesondere unter intensivmedizinischen Bedingungen, ist eine entsprechend zertifizierte PSA. Die Betreuung von Patienten mit EVD erfolgt ausschließlich durch freiwilliges Personal, welches entsprechend geschult und dokumentiert unterwiesen ist.

Klinisch-epidemiologische Szenarien

Für das Auftreten eines einzelnen Patienten sei folgendes Szenarium exemplarisch dargestellt: Der Erkrankte sucht einen niedergelassenen Arzt oder eine Klinik (nicht Behandlungszentrum) in Wohnortnähe auf. Sobald es zu einer Verdachtsdiagnose EVD kommt, ist unverzüglich der zuständige Amts-

Informationsveranstaltungen in Sachsen:

Freitag, den 21. November 2014, 15 – 18 Uhr, Leipzig

Mittwoch, den 26. November 2014, 15 – 18 Uhr, Chemnitz

Freitag, den 28. November 2014, 15 – 18 Uhr, Dresden

Die genauen Angaben zu den Veranstaltungsorten entnehmen Sie bitte dem grünen Mittelhefter – Fortbildungen in Sachsen – in diesem Heft.

arzt zu informieren (§6 IfSG), der nach Sichtung des Patienten den Verdachtsfall bestätigt oder diese Diagnose verwirft. Im ersteren Fall steht nunmehr die Alarmierungskette an: der Kontakt zum zuständigen Kompetenz- und Behandlungszentrum wird durch den Amtsarzt hergestellt, hier wird das weitere Vorgehen abgestimmt.

Der Patient verbleibt am Auffindeort (!) und wird dort isoliert, von den Kontaktpersonen separiert und unter Nutzung einer provisorischen PSA, dem sog. Infektionsschutzset (Tabelle) grundlegend medizinisch versorgt. Materialien für Laboruntersuchungen sollten, so sie denn schon veranlasst sind, unter Nutzung der PSA in entsprechend gesicherten Transportbehältnissen zurückgeholt werden und zunächst am Patienten verbleiben. Eine Kontamination der Praxisräume oder der Krankenhausumgebung durch infektiöses Material ist auf jeden Fall zu vermeiden! Kontaktpersonen werden erfasst und ebenfalls zunächst getrennt von dem Krankheitsverdächtigen separiert. Eine definitive Krankheitsdiagnose wird natürlich auf der Grundlage der mikrobiologischen Befunde gestellt. Dennoch ist es unabdingbar, eine ausführliche epidemiologische und Reiseanamnese zu erheben. Die

regelmäßig aktualisierte Falldefinition des RKI (zuletzt am 20.10.2014) ist ein guter Leitfaden für die Evaluation verdächtiger Erkrankter.

Krankentransport

Für den Krankentransport von EVD steht für das Kompetenzzentrum Leipzig beim Brandschutzamt Leipzig ein sog. Infektions-RTW (I-RTW) zur Verfügung, der einen sicheren Transport des Erkrankten ermöglicht.

Zusammenfassung

Das in der Bundesrepublik seit 2000 bestehende Konzept einer dezentralen Patientenversorgung hat sich bewährt und ist in wesentlichen Punkten von einer Vielzahl europäischer Einrichtungen übernommen worden. Im Freistaat Sachsen stehen ausreichende Strukturen zur Versorgung von Patienten mit EVD zur Verfügung. Die dort tätigen Ärzte stellen zudem ihre fachliche Expertise in dedizierten Beratungs-, Aus- und Weiterbildungsangeboten zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Thomas Grünewald

Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin und

Nephrologie, Zentrum für Innere Medizin,

Klinikum St. Georg Leipzig

Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Mail: gruenewald@sanktgeorg.de

Tel.: 0341 9094005

Tabelle: Empfehlung zur Zusammensetzung eines Infektionsschutzsets für die Nutzung als PSA bei provisorischer Isolierung.

Artikel	Beschreibung	Stückzahl
Schutzanzug	Einmal-Overall mit angearbeiteter Kapuze und integrierten Füßlingen/Socken, flüssigkeitsabweisend (CE Kategorie III Typ 3B).	1 Stck.
Atemschutz	Partikelfiltrierende Halbmaske Schutzklasse FFP3 (EN 149) mit Ausatemventil	1 Stck.
Einmal-Schutzbrille	beschlagfrei, unbelüftet mit UV-Schutz (CE KAT III, EN 166 inkl. Kennzeichnung N mit mindestens 30 Sekunden, EN 170)	1 Stck.
Schutzhandschuhe	Nitril oder Butyl, wenn möglich mit extralanger Stulpe (CE KAT III, EN 374-3, EN 388, EN 420, EN 455 mit AQL < 1,5)	2 Paar
Klebeband	Panzertape oder Teppichklebeband o.ä.	1 Stck.
Überziehschuhe	über dem Füßling, Antirutsch beachten.	1 Paar
Entsorgungsbehälter	Beutel/Plastiksäcke (Abfallschlüssel 18103), flüssigkeitsdicht durchstichsichere Behältnisse nach AS18103	1 Stck.
Kabelbinder	Kabelbinder zum Verschließen von Plastiksäcken	1 Stck.
Verpackung	Folienschutzbeutel mit Wiederverschluss	1 Stck.

Mitgliederportal der Sächsischen Landesärztekammer jetzt freigeschaltet

Mehr Service für Sie und effektivere Prozesse bei uns

Seit dem 10. November 2014 ist das Mitgliederportal der Sächsischen Landesärztekammer online. Dieses wurde im Rahmen einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts gemeinsam mit den Landesärztekammern Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen entwickelt. Dadurch konnten neben den Synergieeffekten durch eine breitere Test- und Wissensbasis auch beträchtliche finanzielle Einsparungen realisiert werden.

Das Portal soll zu einer schnelleren und effektiveren Kommunikation mit den Kammermitgliedern bei Verwaltungsprozessen beitragen und Medienbrüche vermeiden. Daneben wird es die Gremienarbeit erleichtern und damit zu zeitlichen und organisatorischen Erleichterungen für unsere Ehrenamtler führen.

Wir beginnen mit Modulen, auf die sich die vier beteiligten Kammern zunächst verständigt hatten. Das sind Änderungsmeldungen beim Berufsregister, das Online-Fortbildungspunktekonto, verschiedene Antragsformulare und das Versenden von Mitteilungen zu bestimmten Sachverhalten an die Sächsische Landesärztekammer.

Der weitere Ausbau des Portals läuft parallel weiter, so dass wir Ihnen sukzessive neue Module zur Verfügung stellen werden.

Sie gelangen auf das Mitgliederportal über unsere Homepage www.slaek.de. Dort finden Sie, unabhängig davon, auf welcher Seite unserer Homepage Sie sich befinden, oben rechts einen Button „Meine SLÄK“. Außerdem finden Sie einen Link unter „Ärzte“ und bei verschiedenen Anwendungen, die sich bereits auf der Homepage befanden und nun in das Portal integriert wurden.

Der Portalzugang ist über „Nutzername“ und „Passwort“ gesichert. Für den Zugriff auf besonders schützenswerte Informationen wurde eine zusätzliche Sicherheitsebene über ein Token-Verfahren implementiert.

Neue Mitglieder erhalten ihre Zugangsdaten nach Ankreuzen auf dem Meldebogen automatisch durch unser Berufsregister per Post zugesandt.

Über 13.000 Kammermitglieder haben bereits einen Zugang für das Online-Fortbildungspunktekonto. Wir haben das Online-Fortbildungspunktekonto in das neue Mitgliederportal überführt. Wenn Sie dieses bisher bereits genutzt haben, brauchen Sie für das Mitgliederportal keine neuen Zugangsdaten beantragen. Sie können Ihre bisherigen Anmeldedaten nutzen, um die Freischaltung für das Portal zu generieren. Allerdings ist es notwendig, dass Sie Ihr Passwort nach dem ersten Login ändern und eine persönliche E-Mail-Adresse für die Portalnutzung angeben.

Alle Kammermitglieder, die zukünftig das Portal nutzen möchten, aber noch keine Zugangsdaten haben, können diese über die Registrierungsfunktion im Portal beantragen. Sie erhalten die Zugangsdaten dann per Post von uns zugesandt.

Eine ausführliche „Anleitung zur Anmeldung“ finden Sie online auf der Portal-Anmeldeseite als PDF-Datei.

Änderungsmeldungen beim Berufsregister

Vorteil des Portals gegenüber der bisherigen Verfahrensweise ist die Darstellung der im Register von Ihnen gespeicherten Meldedaten, so dass Sie diese auf ihre Aktualität überprüfen können. Änderungen werden geschützt an uns übertragen und in unsere Systeme integriert. Bitte haben Sie Verständnis, dass die Änderungen von uns geprüft werden müssen und erst danach für Sie sichtbar erscheinen werden.

Antragstellung

Über das Portal können Sie derzeit folgende Anträge stellen:

- Arztausweis Classic (im Scheckkartenformat, kostenfrei)
- Hier wird das Hochladen Ihres Fotos (auch zuschneidbar) ermöglicht.

The screenshot shows the website of the Sächsische Landesärztekammer. The main content area is titled 'Über die SLÄK' and contains sections for 'Aufgaben', 'Organisation', 'Geschichte', 'Wahlen', 'Publikationen', 'Stellenausschreibung', and 'Statistik'. The sidebar on the right features a 'MEINE SLÄK' section with a search bar and a 'Sicherheitslevel: Thema wählen' dropdown. Below this are several news items under the heading 'AKTUELLE MELDUNGEN', including dates and titles like 'Einkaufsdruck in Westafrika' and 'Arztliche Peer Review-Interaktion'.

- Elektronischer Heilberufsausweis (kostenpflichtig beim Trustcenter)
- Dabei erfolgt ein Abgleich Ihrer bei uns gemeldeten Daten zur Sicherung einer ordnungsgemäßen Vorbefüllung des Antrages beim Trustcenter
- Fortbildungszertifikat
- Anforderung von Barcode-Etiketten

Online-Fortbildungspunktekonto

Dieses wird bereits von vielen Mitgliedern genutzt und wurde in das Portal integriert. Änderungen in der Darstellung ergeben sich aus der Vereinheitlichung über die vier Landesärztekammern.

Mitteilungen

Sie können uns datenschutzgerecht Mitteilungen an das Berufsregister übersenden. Weitere Referate des Hauses werden perspektivisch integriert.

Bitte denken Sie daran, sich nach Nutzung des Portals abzumelden, insbesondere, wenn Sie Endgeräte nicht privater Natur (zum Beispiel Dienstcomputer) nutzen.

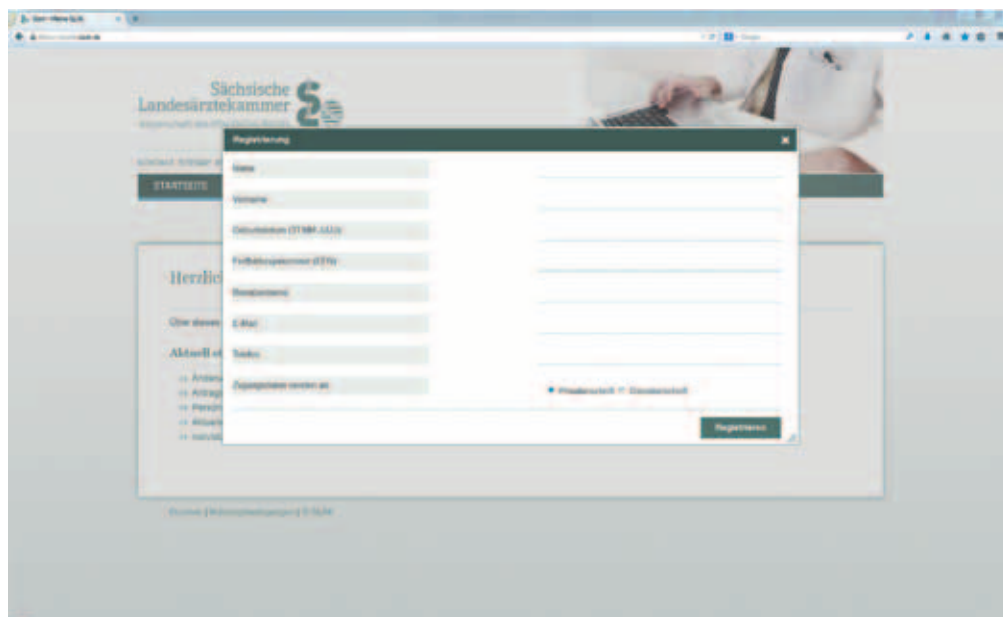
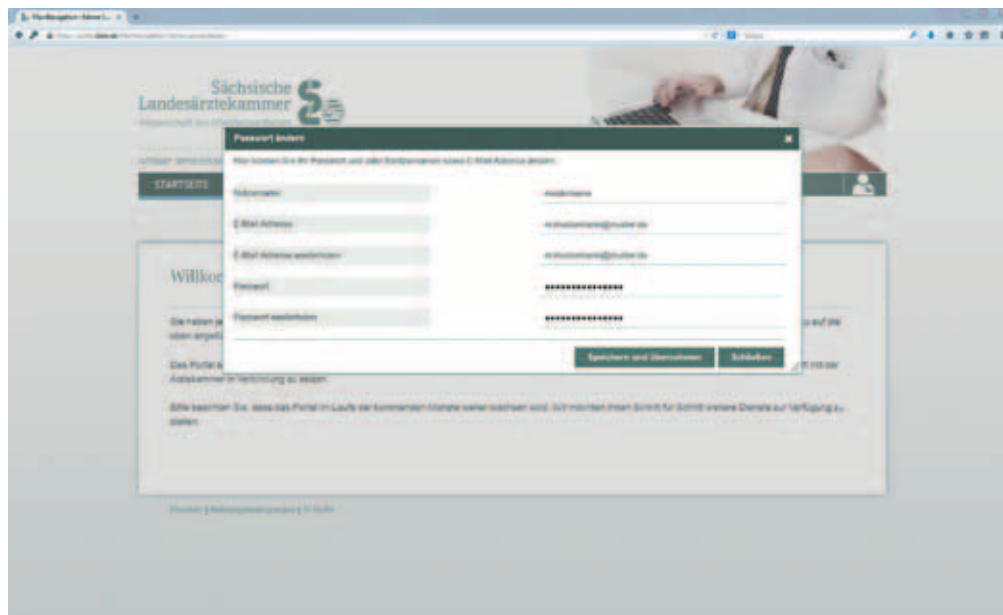
Bei der Konzipierung und Umsetzung des Portals wurden der Datenschutzbeauftragte der Sächsischen Landesärztekammer Herr Kratz und die AG Multimedia und Gesundheitstelematik einbezogen.

Um das Portal weiter zu optimieren und Ihren Bedürfnissen besser anpassen zu können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte senden Sie uns Ihre Anregungen, Hinweise und Fragen an portal@slaek.de.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Hygienebeauftragter Arzt auch im ambulanten Bereich vorgeschrieben

Durch Änderungen im Infektionsschutzgesetz 2011 traten neue Anforderungen an die Qualifikation von medizinischem Personal in Kraft.



Vom Vorstand der Bundesarztekammer wurde daher 2011 eine strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ verabschiedet, die eine befristete Übergangslösung darstellt, um den durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zusätzlich entstandenen Bedarf an (Krankenhaus-) Hygienikern fristgerecht decken zu können. Diese Übergangsfrist endet Ende 2016.

In Sachsen werden die Details in der Sächsischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Sächs-MedHygVO vom 12.06.2012) geregelt. Hier wird der „Hygienebeauftragte Arzt“ sowohl für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine vergleichbare medizinische Versor-

gung erfolgt, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken gefordert. Die Sächsische Landesärztekammer bietet daher erstmals einen Fortbildungskurs „Hygienebeauftragter Arzt“ (40 Stunden) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, speziell abgestimmt auf die Belange des niedergelassenen Bereichs an. Dieser Kurs richtet sich an:

- Praxen, die eine Genehmigung zum ambulanten Operieren haben
- Dialysepraxen
- Praxen, die als Praxisklinik bzw. Tagesklinik ausgewiesen sind

Der Kurs vermittelt Kenntnisse zu Themen wie Hygienemanagement,

nosokomiale Infektionen, Grundlagen der rationalen Antibiotikatherapie, Resistenztestung, Hygienemaßnahmen beim Umgang mit infektiösen Patienten, Händehygiene, Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptik, Aufbereitung von Medizinprodukten, Desinfektion, Sterilisation, Anforderung an die Entsorgung von Abfällen und vielen weiteren Inhalten. Voraussetzung für die Teilnahme ist die Approbation, eine Facharztanerkennung ist nicht erforderlich.

Der Kurs findet in den Seminarräumen der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099

Dresden ganztägig zu folgenden Terminen statt:

28.01.2015, 04.02.2015, 25.02.2015, 04.03.2015 und 25.03.2015. Die Kursgebühr beträgt 360,00 EUR, der Kurs ist insgesamt mit 40 Fortbildungspunkten bewertet.

Auskunft/Anmeldung:

Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung
Frau Marika Wodarz
Tel.: 0351 8267 -327
E-Mail: fortbildungskurse@slaek.de

Dipl.-Bibl. Astrid Böhm
Sächsische Landesärztekammer
Leiterin Referat Fortbildung

Treffen der deutsch-polnischen Ärzteschaft

6. Deutsch-Polnisches Symposium 2015

Vom 23. bis 25. April 2015 laden die Sächsische Landesärztekammer und die Niederschlesische Ärztekammer ihre Mitglieder sowie alle interessierte Ärzte zum 6. Deutsch-Polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ nach Görlitz ein. Das Symposium widmet sich den aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Deutschland und Polen. Auch die europäischen Einflüsse auf die nationale

Gesundheitspolitik aus Sicht der Ärzte werden angesprochen. In weiteren Fachvorträgen geht es um demografische Entwicklung und ärztliche Versorgung sowie um ärztliche Behandlungsfehler. Auch der Hygiene im Krankenhaus (MRSA) sowie Impfungen widmet sich ein Vortragsteil. Zu den namhaften Referenten gehören Prof. Jerzy Buzek, ehemaliger Ministerpräsident Polens, Stanislaw Tillich, Ministerpräsident des Freistaates Sachsen, der Marschall von Niederschlesien sowie Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, und Dr. Konstanty Radziwiłł, Vizepräsident der Polnischen Ärztekammer.

Eröffnet wird das Symposium am 23. April 2015 im Dom Kultury in Zgorzelec. Ulf Grossmann von der Kulturstiftung des Freistaates Sachsen spricht zu „Görlitz – über die Via Regia nach Görlitz“. Die Fachtagung findet am 24. April 2015 in der Landskron Kulturbrauerei Görlitz statt. Ein internationaler Festabend für alle Teilnehmer wird anschließend im schönsten Jugendstil-Kaufhaus in Görlitz ausgerichtet. Den Abschluss des Treffens bildet am 25. April 2015 ein ökumenischer Gottesdienst in der Pfarrkirche St. Peter und Paul.

Teilnehmergebühr

120 EUR für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer
170 EUR für Nichtmitglieder
(Die Teilnehmergebühr beinhaltet den Bustransfer ab Dresden, 2 Übernachtungen und VP, Festabend sowie das Rahmenprogramm.)

Anmeldung

Anmeldungen bis spätestens 30. Januar 2015 per E-Mail symposium2015@slaek.de oder per Fax an 0351 8267 412. Hinweis: Ihre Anmeldung ist nur verbindlich in Verbindung mit der Zahlung der Teilnahmegebühr. Eine eigene Anreise oder eine verkürzte Teilnahme kann nicht verrechnet werden.

Information

Das vorläufige Programm sowie ein Anmeldeformular finden Sie im Internet unter www.slaek.de → Ärzte → Fortbildung. Organisatorische Rückfragen können Sie gern an Frau Weitzmann per Telefon 0351 8267 401 oder per E-Mail symposium2015@slaek.de richten.

Es werden 4 Fortbildungspunkte vergeben.



Görlitz, Marienplatz

© Sabine Wenzel

**6. Deutsch-Polnisches Symposium
„Vergangenheit verstehen –
Zukunft gestalten“
23. – 25. April 2015
Landskron Kulturbrauerei Görlitz**

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



E-Mail: Kammerwahl2015@slaek.de
 Info: www.slaek.de/kammerwahl2015



Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 - 2019

Wahlvorschlag

Wahlkreis _____

(bitte bis spätestens 6. Februar 2015 beim Kreiswahlleiter einreichen!)

Familiename, Vorname	Geburtsdatum/-ort	Passfoto beifügen
Straße	PLZ/Ort	
Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse	
Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...)		
Art und Ort der Berufsausübung		

Bitte Rückseite beachten!

Die folgenden Wahlberechtigten* unterstützen den Wahlvorschlag:

* Die Unterstützer des Wahlvorschlages müssen im gleichen Wahlkreis wie der Kandidat wahlberechtigt sein, d. h. im Wahlkreis ihre berufliche Tätigkeit ausüben oder - wenn keine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird - ihren Hauptwohnsitz haben.

Mindestens 5 Wahlberechtigte (einschließlich des Kandidaten selbst) müssen den Wahlvorschlag unterstützen.

	Name, Vorname	(Privat-)Anschrift / Telefon	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

b.w.



E-Mail: Kammerwahl2015@slaek.de
 Info: www.slaek.de/kammerwahl2015



Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 - 2019

**Zustimmungserklärung des Wahlbewerbers
 gemäß § 11 Abs. 4 der Wahlordnung**

Ich bin mit meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden. Die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung nehme ich an.

Mir ist bewusst, dass diese Zustimmung unwiderruflich ist.

 Ort/ Datum

 Stempel / Unterschrift des Wahlbewerbers

**Fragebogen zur Vorstellung der Kandidaten
 (zwecks Veröffentlichung im Ärzteblatt Sachsen, der Homepage, den Wahlunterlagen)**

Persönliche Angaben	Familienname, Vorname:
	Geburtsjahr:
	Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für...):
	Art und Ort der Berufsausübung:
Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten für den Berufsstand haben Sie bisher ausgeübt?	
Welche berufspolitischen Ziele und Aufgaben streben Sie als Mitglied der Kammerversammlung an?	

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.kvsachsen.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/C052	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Zwickau	11.12.2014
14/C053	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Zwickau	11.12.2014

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/D029	Augenheilkunde	Dresden, Stadt	24.11.2014
14/D030	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dresden, Stadt	24.11.2014
14/D031	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dresden, Stadt	11.12.2014
14/D032	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dresden, Stadt	11.12.2014
14/D033	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Dresden, Stadt	24.11.2014
14/D034	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau	24.11.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/L029	Frauenheilkunde und Geburtshilfe/Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.11.2014
14/L030	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Leipziger Land	11.12.2014

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 Ver-

tragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe: 31.03.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Niesky	geplante Abgabe: 01.12.2015

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

FREITAG 14.11.2014

TIMES SQUARE ab 20 Uhr

4. Dresdner ASSISTENTENPARTY

After Work Party Musik Lounge Bar Tanz

Einladung an alle derzeitigen, zukünftigen und ehemaligen Dresdner Assistenzärztinnen und Assistenzärzte.

WANN Freitag, 14.11.2014 ab 20 Uhr bis in den frühen Morgen

WO **TIMES SQUARE DRESDEN** am Albertplatz
Königsbrücker Straße 13, 01099 Dresden

Specials Eintritt, Welcome Drink und Fingerfood ** FREI **

Zur Veranstaltungsplanung bitten wir um **kurze Rückmeldung** per E-Mail unter info@kreisaeztekammer-dresden.de oder Telefon 0351 8267134 • Fax 8267132.
Weitere Infos unter: www.kreisaeztekammer-dresden.de

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Programmvorschau

Konzert

Festsaal

Sonntag, 7. Dezember 2014

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Jauchzet, frohlocket –
Erschallet Trompeten“

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

Lunchbuffet „Adventstimmung im
Haus“

Um Reservierung wird gebeten.

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Waltraut Geisler

Annäherung – Malerei und Grafik

bis 23. November 2014

Frank Hoffmann – Malerei

Vernissage: Donnerstag,

27. November 2014, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer

Braunstraße 16, 04347 Leipzig

Malereien von Beat Toniolo

bis 10. Juni 2015

Gewalt an der Seele

V. Rößner, S. Mogwitz

Warum Kinder- und Jugendpsychiatrie immer häufiger gebraucht wird

Immer wieder erfährt die Öffentlichkeit von Fällen schwerer Vernachlässigung von Kindern bzw. Misshandlung Schutzbefohlener mit massiven körperlichen und seelischen Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Auch aus diesem Grund forderte ein Berliner CDU-Politiker kürzlich einmal mehr die Einführung eines „Elternführerscheins“ mit der Begründung, dass Kindesmisshandlungen in aller Regel nicht aus sadistischen Neigungen heraus, sondern eher als Folge einer Überforderung der Eltern stattfinden. Mithilfe verpflichtender Erziehungskurse könne man Eltern möglicherweise besser auf die neuen Aufgaben des Elternseins vorbereiten. In Zusammenhang dieser und ähnlicher Diskussionen werden eine Reihe von Begriffen innerhalb des Umfelds von Familiengerichten, Jugendämtern und Einrichtungen der Jugendhilfe, aber auch innerhalb des Umfelds von Kinderärzten, Hausärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Beratungsstellen etc. gebraucht wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung, Kindeswohl, Erziehungsfähigkeit usw. Dies führt allgemein wie auch im Einzelfall nicht unbedingt zur Klarheit der öffentlichen Debatte (einige Anhalte zur Definition und Trennung der Begriffe, siehe Tabelle 4).

Der Begriff Kindeswohl findet sich prominent in der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK): „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ (Art. 3 Abs. 1 UN-KRK). Aber nicht nur institutionell, sondern vor allem privat wird dem Wohl des Kindes eine außerordentliche Rolle zuge-

schrieben. Laut §1626 BGB sind hauptsächlich die Eltern (oder Vormünder) für das Kindeswohl im Rahmen der elterlichen Sorge verantwortlich und sollen hierbei das Kind in einer der kindlichen Entwicklung entsprechenden Weise unterstützen. Sie sollen „bei der Pflege und Erziehung die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem, verantwortungsbewusstem Handeln berücksichtigen“ und „mit dem Kind, soweit es dessen Entwicklungsstand ermöglicht, Fragen ihrer elterlichen Sorge besprechen und Einvernehmen anstreben. Zum Wohl des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen. Gleiches gilt für den Umgang mit anderen Personen, zu denen das Kind Bindungen besitzt, wenn ihre Aufrechterhaltung für seine Entwicklung förderlich ist.“ (§1626 BGB).

Hier wird bereits deutlich, dass Begriffe wie elterliche Sorge und Kindeswohl eng verknüpft sind. In diesem Zusammenhang spricht Artikel 6 des Grundgesetzes von „Pflege und Erziehung der Kinder“. Dies ist nicht nur „das natürliche Recht der Eltern“, sondern auch „die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“. Es versteht sich als ein Kindergrundrecht, dass Eltern die primäre Verantwortung für die Erziehung, für den Schutz des Kindes vor Gefahren und für sein Wohl haben (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG).

In deutschen Rechtsnormen sind die Begriffe „Kindeswohl“ und „Kindeswohlgefährdung“ (KWG) allerdings bis heute nicht eindeutig definiert. Juristen sprechen hier von einem unbestimmten Rechtsbegriff. So existieren bis heute verschiedenste Definitionen von Autoren mit unter-

schiedlichem fachlichen Hintergrund. Beispielsweise definieren Jarass et al. „Kindeswohl“ als eine „längerfristige Periode des Wohlergehens, in der eine volle und harmonische Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes und die Vorbereitung auf ein individuelles Leben in der Gesellschaft im Geiste des Friedens, der Würde, der Toleranz, der Freiheit, der Gleichheit und Solidarität gewährleistet ist“ (Jarass 2013, Einl. Rn 9). Zudem besteht die Auffassung, dass Kindeswohl mit „sämtlichen sich aus der UN-KRK ergebenden Rechten und Verpflichtungen in Einklang steht und ihre Realisierung fördert“ (Alston 1994, S. 15 f.). Die UN-KRK ist weltweiter Richtwert für die Herstellung und Sicherung kindgerechter Lebensverhältnisse und die Einhaltung der Rechte aller Kinder und regelt beispielsweise im Artikel 19 (von insgesamt 54) den Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung und Verwahrlosung. Körperliche Bestrafungen von Kindern sind auch nach deutschem Recht (§ 1631 BGB) untersagt (vgl. hierzu auch das „Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung“). Gewalt im häuslichen Umfeld kann unter anderem zu Schlafstörungen, Schulschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Aggressivität, Ängstlichkeit und überangepasstem Verhalten führen. Brazelton und Greenspan formulieren neben dem Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit folgende weitere Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit dem Begriff „Kindeswohl“ (siehe Tab. 1).

Wird das Kindeswohl gefährdet, endet dort das Erziehungsprimat der Eltern (nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG) (Schmid/Meysen, Allgemeiner Sozialer Dienst und Kindeswohlgefähr-

Tab. 1: Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit dem Begriff „Kindeswohl“ nach Brazelton und Greenspan.

1	Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen
2	Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
3	Bedürfnis nach individuellen Erfahrungen
4	Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen
5	Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
6	Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und kultureller Kontinuität
7	Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft



Grafik 1: Formen der Kindeswohlgefährdung

dung nach § 1666 BGB, 2006, Kap. 2). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1956 liegt bei „einer gegenwärtigen, in einem solchen Maße vorhandenen Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt“ eine Kindeswohlgefährdung vor (BGH FamRZ 1956, S. 350).

Wie Kindeswohlgefährdung ist auch Erziehungsfähigkeit ein zentraler, jedoch unbestimmter Rechtsbegriff und ein Entscheidungsmaßstab im Rahmen des Familienrechts. Beide müssen ausgehend vom Einzelfall stets konkretisiert werden. „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage,

die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind“ (§ 1666 BGB). Familiengerichte können als Strukturgeber im Elternkonflikt notwendig werden und die Eltern bei der Suche nach einer Entscheidung, die zum Wohl des Kindes erforderlich ist, unterstützen. Sie werden aber meist erst dann hinzugezogen, wenn zum Beispiel bereits erhebliche Konflikte zwischen den Eltern für eine lange Dauer bestehen, das Kind der Belastung damit bereits seit einem langen Zeitraum ausgesetzt ist und einige Auffälligkeiten psychischer, physischer oder sozialer Art zeigt. Zudem wird nirgends im rechtlichen Regelwerk definiert, was unter Kindeswohl und vor allem dessen Gefährdung genau zu verstehen ist, obwohl der Begriff als „Orientierungs- und Entscheidungsmaßstab familiengerichtlichen bzw. kindschaftsrechtlichen Handelns“ stets genutzt wird.

Im Fall von schwerer Vernachlässigung oder Missbrauch sind Gesetzeslage und Vorgehensweise bezüglich einer Kindeswohlgefährdung meist eindeutig. Oft werden mehr oder weniger umgehend Polizei und/oder Jugendamt involviert und Maßnahmen zum zukünftigen Schutz des Kindes in Form einer Inobhutnahme, einer Klärung der Notwendigkeit eines Sorgerechtsentzugs im Falle der Eltern als Täter oder strafrechtliche Maßnahmen gegen die Täter eingeleitet. Wann, und/oder wie umgehend, welcher Schritt der Infor-

mation bzw. Intervention unternommen wird, ist allerdings bis heute sehr vom Einzelfall und den beteiligten Personen abhängig. Eine Erklärung dafür ist zum Beispiel im Zusammenhang mit einer Herausnahme des Kindes aus der Familie die Maßgabe des § 1666a Abs. 1 Satz 1 BGB, dass „Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist,“ jedoch nur dann zulässig sind, „wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen begegnet werden kann.“

Die Kernbotschaft dieser Formulierung hat sicher ihre Berechtigung. Denn entwicklungspsychologisch ist die Herausnahme eines Kindes aus einem gefährdenden familiären Umfeld für das Erleben eines Kindes oder Jugendlichen und seine Entwicklung mit dem Begriff „Rettung“ aus entwicklungspsychologischer Sicht in der Regel unzutreffend umschrieben (Bowlby/Ainsworth, Frühe Bindung und kindliche Entwicklung, 5. Aufl. 2005). In jedem Fall stellt eine Herausnahme aus der bisherigen Familie eine erhebliche Belastung für den weiteren Lebensweg von Kindern und Jugendlichen dar. Auch gibt es leider keine wissenschaftlichen Daten, die befriedigende Antworten auf die Frage ermöglichen, wann eine Herausnahme aus der bisherigen Familie sinnvoll ist und wann (noch) nicht. Dies liegt sicher an der Komplexität der Einzelfälle, aber auch an fehlender Finanzierung solcher Forschungsvorhaben, was sich zum Beispiel in den völlig unzureichenden Methoden der Studien zur Beantwortung solch komplexer Fragen widerspiegelt. Ungeachtet dessen steigt die Anzahl der „Problemfamilien“, was sich zum Beispiel anhand der Inobhutnahmen in Deutschland pro Jahr ablesen lässt. Alle in diesem Bereich Tätigen sind sich einig, dass es besser wäre, so früh einzugreifen und die Eltern ausreichend quantitativ und qualitativ zu unterstützen, dass eine Inobhutnahme und damit Trennung von den Eltern verhindert werden kann. Dies ist aktuell jedoch aus unserer Sicht zu selten möglich und keinesfalls gängige Praxis. Ein häufiges Argu-



Grafik 2: Anzahl der Inobhutnahmen: Quelle: Statistisches Bundesamt

ment gegen früheres Eingreifen lautet, dass es dann ja zu einem Zeitpunkt erfolgen müsste, wenn noch keine akute bzw. ausreichend massive Kindeswohlgefährdung vorliegt. Die klare begriffliche Trennung zwischen latenter, bereits bestehender, akuter, massiver und zahlreichen anderen, meist subjektiven Beschreibungen einer Kindeswohlgefährdung ist bis heute nicht gegeben und erschwert neben einem einheitlicheren Vorgehen in der Praxis auch die Erstellung von Handlungsanweisungen, Entscheidungsbäumen, Kriterienkatalogen etc. Damit hängt es leider bis heute stark von den Bewertungen und Handlungen der am Einzelfall beteiligten Personen ab, wie und wann im Einzelfall vorgegangen und entschieden wird.

Da bei akuter Kindeswohlgefährdung noch der größte Konsens zu erzielen ist, wurden hier die meisten und erfolgreichsten Anstrengungen einer Objektivierung der Einschätzung des Gefährdungsrisikos unternommen. So kann beispielsweise das Instrument „Ampelbogen“ angewendet werden, welches für die gemeinsame Arbeit im Netzwerk Kinderschutz Dresden im Zusammenwirken verschiedener Fachkräfte entwickelt wurde. Es nimmt, verfügbar für verschiedene Altersgruppen (0 – 2 Jahre, 3 – 5 Jahre, 6 – 11 Jahre, 12 – 18 Jahre), eine Bewertung im Sinne einer Ampel vor, die übersichtlich und leicht verständlich ist. Mit dem Ampelbogen werden zuerst persönliche Daten zum Kind und ampelunabhängige, isoliert zu betrachtende Faktoren einer akuten Kindeswohlgefährdung erfasst.

Bereits das Vorliegen eines isolierten Faktors (getrennt und unabhängig vom eigentlichen Ampelsystem zu betrachten) reicht aus, um den dringenden Verdacht auf das Vorliegen einer akuten Kindeswohlgefährdung zu hegen (siehe dazu Tabelle 2), das heißt es müssen sofort Maßnahmen zur Abwendung einer akuten Gefährdung ergriffen werden. Denn dann besteht eine hohe Gefahr für Leib und Leben bzw. Gefahr für eine massive Schädigung des Kindes. In diesem Fall ist, wenn die Gefährdung mit eigenen Mitteln nicht umgehend

abgewendet werden kann, das Jugendamt (gegebenenfalls Polizei und/oder Notarzt bei Gefahr für Leib und Leben) zu informieren.

Faktoren einer akuten Kindeswohlgefährdung

Zusätzlich erfasst der Ampelbogen Risikofaktoren einer möglichen Kindeswohlgefährdung sowie weitere allgemeine Risikofaktoren und Ressourcen der Personensorgeberechtigten sowie des Kindes. Liegen im Rahmen der sich anschließenden Einschätzung der Risikofaktoren (mithilfe des eigentlichen Ampelsystems) für eine mögliche Kindeswohlgefährdung mehrere Faktoren in der Ampelfarbe Rot vor, kann die Summe und Intensität der Faktoren ebenfalls dem konkreten Verdacht auf eine akute Kindeswohlgefährdung entsprechen und eine Meldung an das Jugendamt erforderlich machen. Die Hinzuziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft wird dringend empfohlen und geeignete Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung sollten eingeleitet werden. Beide Komplexe (die vom Ampelsystem unabhängigen Risikofaktoren aus Tab. 2 und/oder mehrere rote Ampelfaktoren) resultieren also in deutlichen Hinweisen auf eine akute Kindeswohlgefährdung und damit in sofortigem Handlungsbedarf. Begrifflich ist „akut“ daher am ehesten gleichzusetzen mit sofortigem externen Handlungsbedarf. „Latent“ meint am ehesten „kann jederzeit akut werden“ bzw. „drohend“. Aus unserer Sicht sollte die Formulierung „latente Kindeswohlgefährdung“ eher vermieden werden, da sie verwirrend ist. Denn es liegt bereits eine Kindeswohlgefährdung vor, die jederzeit akut werden kann und damit schon jetzt Handlungsbedarf besteht.

Bei Vorliegen eines roten plus mehrerer gelber Faktoren besteht eine Kindeswohlgefährdung, die jederzeit akut werden kann. In diesem Fall sollte gemeinsam mit den Beteiligten nach Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten gesucht werden, um dies zu verhindern.

In beiden Fällen sollte nach einem fest vereinbarten Zeitraum die Ge-

Tab. 2: Faktoren einer akuten Kindeswohlgefährdung (Quelle: Kinderschutzordner Dresden/Ampelbogen)

Lebensnotwendige medizinische Versorgung wird/ist nicht gewährleistet
Augenscheinliche Verletzungen, die auf Misshandlung oder Missbrauch hindeuten
Das Kind möchte/kann nicht mehr nach Hause und bittet um Hilfe
Das Kind kündigt Suizid an
Existenzielle Grundsicherung wird/ist nicht gewährleistet

fährdung erneut eingeschätzt werden. Möglicherweise hat sich eine Gefährdungssituation zugespitzt. Die Einschätzung der Ressourcen, wie die Kooperationsfähigkeit der Sorgeberechtigten, soziale und individuelle Ressourcen sind wichtiger Bestandteil der weiteren Fallarbeit und kann laut der AG Kinderschutz wesentlich zum Gelingen eines Elterngesprächs beitragen.

Bei beginnendem oder „weicherem“, aber auch chronischem, allerdings nicht sofort offensichtlichen Fehlverhalten der Eltern oder Dritter in Bezug auf das Kind ist die Erkennung einer Kindeswohlgefährdung (Definition siehe Tab. 4) und des daraus resultierenden Handlungsbedarfs allerdings schwierig, aber möglicherweise ebenfalls mithilfe eines Instruments, wie zum Beispiel dem Ampelbogen, abschätzbar. Diese kann zum Beispiel bei körperlicher Vernachlässigung, wie Unter-/Über-/Fehlernährung oder mangelnder Hygiene oder bei seelischer Vernachlässigung wie mangelhafter Zuwendung oder nicht altersgemäßer Förderung der individuellen Entwicklung sowie Erziehungsmaßnahmen bestehen. Denn auch in diesen Fällen ist mit einer emotionalen und psychosozialen Gefährdung zu rechnen. Auch im Rahmen einer Angst- oder Zwangserkrankung oder bei einer Medienabhängigkeit kann es im Verlauf zu erheblichen sozialen, teilweise irreversiblen Beeinträchtigungen kommen. Bei einer Essstörung, zum Beispiel Anorexie oder Bulimie, bei Übergewicht mit Fehlernährung und/oder Essattacken, kann es ebenfalls

neben den möglichen schweren körperlichen Folgen ebenfalls relativ früh zu Veränderungen im Verhalten bei den Betroffenen, wie sozialem Rückzug oder Vernachlässigung von anderen, für die individuelle Entwicklung wichtigen, alterstypischen Aktivitäten kommen.

Aus unserer Sicht ist zum heutigen Zeitpunkt eine ausreichend klare Vorgehensweise bei Fällen von „nicht-akuter“ Kindeswohlgefährdung keinesfalls erreicht.

Aber gerade aufgrund der steigenden Häufigkeit von Fällen dieser „weichen“, „nicht-akuten“ Kindeswohlgefährdung werden langfristig auch die Grundlagen unseres sozialen Miteinanders bedroht. Bei immer mehr Kindern ist aus unserer Erfahrung ein grundlegender Mangel an emotionaler und sozialer Intelligenz zu bemerken. Für das Einhalten gesellschaftlicher Vereinbarungen, Empfinden von Mitgefühl und Verantwortung ist eine emotional intakte Psyche jedoch Voraussetzung. Kinder in solchen Problemlagen können nicht nur zu späteren „Tyranen“ werden, ihnen wird auch von Eltern sowie professionellen Erziehern eine ausgewogene emotionale Entwicklung verwehrt. Dabei greifen falsche Strukturen und Bildungskonzepte in Familie, pädagogischem System und Politik gefährlich ineinander (Vortragsreihe der Kinderhilfe 2014, Deutsches Hygiene-Museum Dresden). Und nicht selten können daraus resultierende, in der Regel behandelbare psychische Auffälligkeiten langfristig mit einer Gefährdung des Kindeswohls, insbesondere einer gesunden psychosozialen Entwicklung der Heranwachsenden einhergehen.

Die Folgeerscheinungen einer Vernachlässigung werden in der Regel spät von den Eltern, dem Umfeld oder den Betroffenen als bedrohlich wahrgenommen. Meistens dann, wenn sprichwörtlich „gar nichts mehr geht...“.

Schwierig ist auch, wenn nicht die Eltern oder Kinder die Ratsuchenden sind, sondern wenn Personen im Umkreis das Kindeswohl gefährdet sehen bzw. die Eltern selbst psychisch erkrankt sind. Dadurch kann es ihnen unmöglich sein, für eine

gesunde Entwicklung des Kindes zu sorgen bzw. die Einsicht zu erlangen, dass hier ein Unvermögen besteht. Suchtkranke, wie auch Alkoholabhängige sind selbst in einer Weise in die Probleme ihrer Person verstrickt, dass sie für eine Sorge um andere Menschen, insbesondere Kinder in der Primärsozialisation, geradezu ausfallen müssen (OLG Frankfurt, FamRZ 1983 530). Der Prozentsatz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem erkrankten Elternteil ist hoch (siehe Tab. 3).

Kinder haben bei Erkrankung eines Elternteils auch selbst ein höheres Risiko, später an einer psychischen Erkrankung zu leiden.

Dennoch vergeht, selbst nach dem Erkennen der Problematik durch Eltern oder Außenstehende nicht selten wertvolle Zeit durch beobachten, hoffen auf spontane Besserung oder ein „sich drehen im Karussell der Zuständigkeiten“. Erst wenn deutlich sichtbare körperliche Einschränkungen auftreten, die Kinder länger in der Schule fehlen, straffällig oder aggressiv werden bzw. wenn die Eltern, Kinder oder andere Bezugspersonen schlichtweg gar nicht mehr „klarkommen“, erfolgt ein Hilferuf nach außen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder eine engere Vernetzung und Zusammenarbeit von Eltern, Jugendämtern, Sozialarbeitern, Kinderärzten, Kitas, Schulen, Medizinerinnen und Polizei untereinander gefordert.

Genau hier kann das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten. Für dieses 1968 eingeführte ärztliche Fachgebiet bestehen sowohl Chancen als auch Probleme beim Umgang mit gefährdeten Kindern. Das Aufgabengebiet der KJP umfasst laut Definition der Bundesärztekammer die Erkennung, konservative Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer, ent-

wicklungsbedingter und neurologischer Erkrankungen, Störungen oder psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Es bietet letztendlich in den genannten Bereichen ein sehr hohes Maß an Qualifikation u. a. durch den Standard einer Facharzt-ausbildung inklusive Psychotherapie-ausbildung. Des Weiteren besteht ein ausgezeichnetes Kontakt- und Vermittlungsvermögen i. d. R. eines multiprofessionellen Teams aus Fachärzten mit Psychotherapieausbildung, Psychologen, Spezialtherapeuten aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Kunst- und Körpertherapie oft mit Zusatzqualifikationen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Sozialarbeitern und Pflegeteam mit spezieller Ausbildung. Die KJP kann sowohl organisatorisch, räumlich als auch inhaltlich-therapeutisch als solider Brückenbauer zwischen den einzelnen Zuständigkeitsbereichen für das Kind, Eltern, Betreuer, Erzieher, Schule, Jugendamt, Familiengericht fungieren. Es besteht durch dieses Kerntätigkeitsfeld Fachwissen auf psychologischer, finanzieller, ärztlicher und sozialpädagogischer Ebene. Die Therapeuten in der KJP können folglich Weichensteller sein und zugleich ein breites integratives medizinisches, psycho- und sozialtherapeutisches sowie pädagogisches Behandlungsangebot bieten.

In manchen Fällen kann zudem erstmalig eine eingehendere Diagnostik der vorliegenden Problemstellung erfolgen. Dabei sind die Symptome kinderpsychiatrischer Erkrankungen schwerer diagnostizierbar und klassifizierbar als bei Erwachsenen, da das Verhältnis objektiver zu subjektiver Angaben viel geringer ist als zum Beispiel bei einer Appendizitis. Erschwerend existieren bei Kindern auch mehr ich-syntone (d. h. als zum Ich zugehörig wahrgenommene) Störungen ohne Leidensdruck. Die Symptome und Erkrankungen sind

Tab. 3: psychische Erkrankungen eines Elternteils (hier Mutter)

Alkoholismus	unspezifisch 40 – 60%, spezifisch 15 – 25%,
Heroinabhängigkeit	unspezifisch 50 – 60% (bei i. d. R. substituierten Stichproben)
Schizophrenie	unspezifisch 60%, spezifisch 8-20%
Depression	unspezifisch 40 – 60%, spezifisch 20-40%.

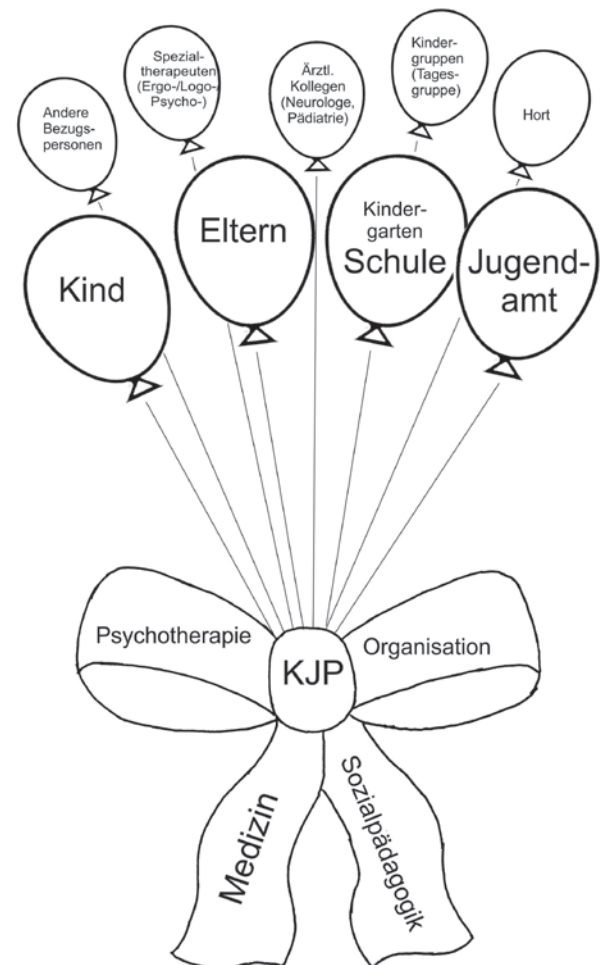
außerdem stark kulturabhängig und werden im Verlauf durch viele Einflussfaktoren und Reize verändert. Auch wenn psychische Beeinträchtigungen Probleme in der Lebensführung bereiten und mit Funktionseinschränkungen einhergehen, sind den Betroffenen die kausalen Zusammenhänge nicht selten zu wenig klar. Bereits in diesem Diagnostikprozess ist ein intensiver Austausch zwischen den Personen aus den unterschiedlichsten Lebensbereichen der Familie essenziell. Zugleich können auch hier schon mögliche Ressourcen (Großeltern, Freunde, Lehrer, unterstützende Bezugspersonen, persönliche Stärken) identifiziert werden. Stets ist ein erhebliches Maß an Einfühlungsvermögen und Organisationsaufwand notwendig. Unzählige individuelle Aspekte und Einflussfaktoren, die in individuelle Veränderungen im Entwicklungsverlauf (Resilienz usw.) und die eigene, subjektive Sicht (Selbst und Fremd) als auch die subjektive Sicht des Bezugssystems und Therapeutenteams, die im „Endprodukt Verhalten“ resultieren, müssen analysiert und beachtet werden. Zusätzlich kann eine engmaschige Kooperation zwischen Schule, Jugendämtern, sozialen Einrichtungen und externen Therapeuten mit gemeinsamen Konferenzen unter Einbezug der Familien mit Integration medizinisch-psychologischer Aspekte etabliert werden. Für Extremsituationen stehen weiterhin eine Akutstation zur kurzfristigen Krisenintervention oder ein spezialisiertes Therapie- regime, beispielsweise im Umgang mit Schulverweigerung zur Verfügung. Letztendlich ergeben sich durch dieses aufwendige Prozedere besondere Chancen für Bezugspersonen, Kontaktpersonen, Therapeuten und natürlich die Familien. Da meist von einer längerfristigen Betreuung der Betroffenen auszugehen ist, ist es wichtig, die Familie an einer zentralen Vermittlerstelle angebunden zu wissen. Dies trägt gleichzeitig zur Stabilisierung des Systems durch kontinuierliche Bindungen, Vertrauen und Gewissheit unter anderem durch Vermeiden endloser Diagnostik- und Therapieschleifen bei. Oft können so Zweifel und die Skepsis

eine „Behörde“ einzuschalten im Laufe des Behandlungsprozesses durch den offensichtlichen Gewinn in Form eines vorwurfsfreien Hilfsangebotes für das System abgebaut werden. Die Familie kann sich neu für Familienhilfen etc. öffnen und lernen, Hilfe anzunehmen, ohne sie gleichzeitig als Bedrohung anzusehen. Nicht selten kann dadurch eine Motivation zur Veränderung geweckt werden, die die Familie dann im geschützten Rahmen über einen langen Zeitraum ausprobieren kann. Helfersysteme werden darüber hinaus optimal gefördert, gefordert und im individuellen Systemnetz integriert. Langfristige psychosoziale Folgen und das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung sind hierdurch minimiert, bestmöglich verhindert und eine zerstörte Eltern-Kind-Bindung und die daraus oft resultierende „Heimkarriere“ kann abgewendet werden.

Hauptproblem ist allerdings – wie oben bereits angedeutet –, dass oft erst spät an die KJP als Anlaufstelle in Krisen gedacht und sie bislang, nicht immer ganz freiwillig lediglich als „letzter Rettungsanker“ in Betracht gezogen wird. Dies kann im Einzelfall verschiedene Gründe haben. Einerseits kann es daran liegen, dass besonders in ländlicheren Regionen keine Anlaufstelle verfügbar ist oder in der Stadt Wartezeiten sehr lang scheinen oder gar die KJP den Betroffenen unbekannt ist. Andererseits ist die Hemmschwelle, eine Psychiatrie aufzusuchen, bei allen Beteiligten noch immer sehr hoch. Folglich wird zu lange abgewartet und zum Teil zu lange gehofft, dass doch noch von selbst bzw. eigentlich weniger geeignete Maßnahmen eine Normalisierung eintritt. Wünschenswert wäre, die Schwelle zur „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ soweit zu senken, dass sich Betroffene und Involvierte trauen, früher als heute um Hilfe zu bitten. Dazu muss die Kooperation zwischen KJP, Jugendamt, Schule und anderen Bezugspersonen weiter verbessert werden. Dies kann zum Beispiel durch den Ausbau von Beratungsangeboten und Informationsveranstaltungen oder Schulungsangeboten für

verschiedene Berufs- oder Interessengruppen sowie Betroffene in Kliniken und anderen öffentlichen Einrichtungen (Schulen, Jugendämter) gelingen. Regelmäßige Kooperations-treffen in den Städten zwischen den verschiedenen am Hilfesystem Beteiligten sollten zum Standard und finanziert werden. Fallgebundene, nicht nur in schweren Krisen stattfindende Helfer- oder Systemkonferenzen, in welchen die aktuelle Entwicklung des Familiensystems kontinuierlich besprochen wird, wären wünschenswert.

Beratungsangebote und auch Gruppen für Betroffene, im Rahmen von Selbsthilfegruppen bzw. therapeutisch geführten Elterngruppen oder Angeboten der Mehrfamilien-therapie ergänzend zu individuellen familientherapeutischen Optionen können ebenfalls zur Verwirklichung des langfristigen großen Ziels einer verbesserten Prävention statt eines „Reparaturbetriebs KJP“ in Krisen beitragen. Vorurteile und Scham wür-



Grafik 3: „KJP verbindet“

Tab. 4: Anhalte zur Differenzierung einiger häufig verwendeter Begriffe

Anhalte zur Differenzierung einiger häufig verwendeter Begriffe

Kindeswohl	<ul style="list-style-type: none"> · Rechtsgut aus dem <u>deutschen Familienrecht</u> · umfasst das gesamte <u>Wohlergehen</u> eines Kindes oder Jugendlichen inklusive seiner gesunden Entwicklung · trotz seiner Unbestimmtheit hat der Begriff Kindeswohl zwei wichtige Aufgaben: <ol style="list-style-type: none"> 1. Legitimationsgrundlage für staatliche Eingriffe 2. sachlicher Maßstab in gerichtlichen Verfahren, an dem sich die Notwendigkeit gerichtlicher Maßnahmen festmachen lässt (Schone 2008) · „längerfristige Periode des Wohlergehens, in der eine volle und harmonische Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes und der Vorbereitung auf ein individuelles Leben in der Gesellschaft im Geiste des Friedens, der Würde, der Toleranz, der Freiheit, der Gleichheit und Solidarität gewährleistet ist“ (Jarass 2013, Einl. Rn 9)
Vernachlässigung eines Kindes	<p>Andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns (bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln) durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/ oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet (IzKK am Deutschen Jugendinstitut).</p> <p>(Beispiel: unzureichende Ernährung, Pflege, Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsfürsorge, Betreuung, Zuwendung, Anregung und Förderung, Liebe und Akzeptanz sowie unzureichender Schutz vor Gefahren)</p>
Kindesmisshandlung	<p>Physisch: alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen (Kindler 2006)</p> <p>Psychisch: wiederholte Verhaltensmuster der Betreuungsperson oder Muster extremer Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen (American Professional Society on Abuse of Children/APSAC 1995)</p>
Kindeswohlgefährdung	<p>liegt dann vor, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine gegenwärtig in einem solchen Maß vorhandene Gefahr besteht, dass sich bei seiner weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt (Palandt/Götz, BGB, 73. Auflage 2014, § 1666 Rn. 8), - problematische Aspekte oder Ereignisse von hoher Intensität die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährden, - die schädigenden Bedingungen nicht nur einmalig oder selten auftreten, sondern ein Strukturmuster dahintersteht, - aufgrund der problematischen Bedingungen eine Schädigung des Kindes in seiner Entwicklung absehbar oder bereits eingetreten ist (Kinderschutzordner Dresden). Sie wird in diesem Fall als „akut“ bezeichnet (Abschätzung z. B. mittels zweier Instrumente im Kinderschutzordner). Allerdings sollten die Begriffe latent und akut möglichst vermieden und allgemein von einer Kindeswohlgefährdung gesprochen werden. Falls doch verwendet ist „latent“ am ehesten gleichzusetzen mit „drohend akut zu werden“ und „akut“ gleichzusetzen mit sofortigem Handlungsbedarf Dritter (abzuschätzen mittels Ampelbogen und immer natürlich durch individuelle Einschätzung eines Experten). <p>Begriff entstammt dem Kindschaftsrecht des BGB und findet sich dort in verschiedenen Regelungen wieder (z.B. §1631, §1666 und §1666a)</p>
Erziehungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> · Begriff aus dem Familienrecht, besonders häufig im Gebrauch bei Umgangsregelung nach Trennung · wird mithilfe von Gutachten beurteilt · Inobhutnahme möglich bei durch ein Gericht abgesprochener/als eingeschränkt beurteilter Erziehungsfähigkeit eines oder beider Elternteile · Fehlende objektive Messbarkeit und wissenschaftliche Grundlage · Begriff hat daher außerhalb des Familienrechts wenig Bedeutung

Eingriff in die Personensorge/Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts/Inobhutnahme

Ein **Eingriff in die Personensorge** setzt nach §§ 1666, 1666 a BGB das Vorliegen einer erwiesenen Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Kindeswohls und den Umstand, dass die Sorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, diese Gefahr von dem Kind abzuwenden, voraus.

Diese vorläufige Maßnahme kann nur dann erwogen werden, wenn sie zum Wohle der Kinder unumgänglich und die Sache so eilbedürftig ist, dass sie bereits im Wege einer vorläufigen Anordnung getroffen werden muss (vgl. OLG Jena FamRZ 2006, 280).

Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts im Wege der einstweiligen Anordnung kommt nur bei akuten und unmittelbar bestehenden bzw. bevorstehenden erheblichen Gefährdungen des Kindeswohls in Betracht, bei denen ein Hauptsacheverfahren nicht abgewartet werden kann (vgl. BVerfG ZKJ 2011, 133; EGMR FamRZ 2005, 585).

Folge des Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts kann dann z. B. eine vorläufige Aufnahme und Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen in Notsituation durch das Jugendamt (§ 42 SGB VIII) (= **Inobhutnahme**) sein.

den auf allen Seiten weiter abgebaut, um letztendlich das Potential der KJP als Brückendisziplin und Motor im Dschungel der Zuständigkeiten, Expertisen und Finanzierungsgrundlagen nutzbar zu machen.

Fallbeispiel

Fall: Der 14-jährige Paul ist seit ca. drei Jahren von Zwängen betroffen. Der Beginn war schleichend. Erst haben sein besonderer Hang zur Reinheit und gelegentlich seine Vorliebe für Zahlenfolgen nur wenig gestört. Manchmal hat es sogar Spaß gemacht. Seit einigen Monaten geht jedoch gar nichts mehr. An besonders schlimmen Tagen geht er nicht mehr in die Schule, ja sogar nicht mehr aus dem Haus, weil er befürchtet, sich anzustecken. Fehltag häufen sich. Freunde hat Paul kaum noch. Die Angst vor Verunreinigung außerhalb des Hauses und durch seine „unsauberen“ Mitmenschen hat ihn sozial nahezu komplett isoliert. Zusätzlich ist er mittlerweile fast ständig damit beschäftigt, Zahlenfolgen in Gedanken zu vervollständigen. Seine Eltern sind hilflos, entschuldigen ihn in der Schule und versuchen, so gut es geht, seinen Sauberkeitsansprüchen zu genügen. Erläuterungen: Mittel- und langfristig droht bei Paul eine Gefährdung seiner altersgerechten Entwicklung bedingt durch den sozialen Rückzug und seine eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten. Ursache sind die Übermacht seiner Zwangsgedanken und -handlungen sowie körperliche Schäden aufgrund des Waschzwanges. Im Rahmen einer Konsultation eines Kinder- und Jugendpsychiaters

kann eine eingehende Diagnostik erfolgen, welche das gesamte Ausmaß der Zwangserkrankung und auch die bereits betroffenen Lebensbereiche des Jungen erfassen. Dabei ist eine enge Kooperation mit der Schule, den Eltern, eventuell dem Jugendamt und Personen aus sonstigen Lebensbereichen notwendig. Nach erfolgter Diagnostik können im Rahmen eines Auswertungsgesprächs Ergebnisse und Therapiemöglichkeiten (ambulante/stationäre Therapieformen, soziale Unterstützungen, Selbsthilfe-Elternguppen, Freizeitgestaltung, medizinische Aspekte, evtl. Medikation) besprochen werden. Im Rahmen einer Jugendhilfemaßnahme kann im Extremfall für einen begrenzten Zeitraum eine Familienhilfe (Unterstützung der Behandlung der Zwangser-

krankung durch Unterstützung der Exposition und Konfrontation im häuslichen Umfeld und Unterstützung der Eltern beim Aufbrechen krankheitserhaltender Verhaltensweisen wie bisheriges Mittragen des Waschzwanges) oder zeitweise ein Schulbegleiter eingesetzt werden. Auch in diesem Fall wäre eine frühzeitigere Konsultation sinnvoll gewesen, da Zwangserkrankungen stark zur Chronifizierung neigen. Hier gilt: Eine kognitive Verhaltenstherapie hat hier umso mehr Erfolgsaussichten, je früher im Krankheitsverlauf mit ihr begonnen wird.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Veit Rößner, Direktor
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Einladung
Tanz
in den Spätherbst

Die Kreisärztekammer Leipzig (Land) lädt ein!

22. November 2014, 19.00 Uhr, 'Gewölbensaal' Hotel Kloster Nimbschen

Kartentelefon 03437 919370 | Anmeldung bis 18. November 2014

Preis inkl. Showprogramm, Musik und Buffet 65,- € (40,- € für Assistenzärzte).

Bundesverdienstkreuz für Frau Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck

Frau Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck wurde am 6. Oktober 2014 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse von Herrn Bundespräsidenten Joachim Gauck für ihr Wirken als Ärztin, für ihren unermüdlichen Einsatz für Kranke und Sterbende und als Wegbereiterin der Hospizbewegung im Freistaat Sachsen verliehen.

Wirken als Ärztin

Frau Prof. Dr. Schwenke-Speck war seit 1965 als Fachärztin für Innere Medizin tätig. Als Oberärztin der Abteilung Hämatologie/Onkologie erwarb sie sich bleibende Verdienste im Fachgebiet der Knochenmarkstransplantation. Ihr Einsatz in der „Arbeitsgruppe immunologische Diagnostik“ in der „Gesellschaft für Klinische und Experimentelle Immunologie in der DDR“ führte zur Errichtung immunologischer Institute an allen Universitäten der DDR. Als Vorlauf für die Einrichtung der klinischen Knochenmarkstransplantation etablierte sie die Methode der Lymphozytenmischkultur für die Spender-Empfänger-Auswahl. Erst nach der politischen Wende wurde sie 1990 zur Hochschuldozentin für Innere Medizin ernannt und schließlich 1994 zur außerplanmäßigen Professorin der Universität Leipzig berufen.

Ehrenamt Hospizbewegung

40 Jahre ambulante und stationäre Tätigkeit als Ärztin bewogen sie zur Errichtung eines ambulanten Hospizdienstes zur Behandlung und Begleitung von Sterbenden. 1993 gründete sie den Hospiz Verein Leipzig e.V. Als Vorsitzende und langjähriges Vorstandsmitglied baute sie ehrenamtlich den ambulanten Hospizdienst zusammen mit Ärzten, Pflegefachkräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern und anderen auf. Entstanden ist ein leistungsfähiger ambulan-



Bundespräsident Joachim Gauck überreicht den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland an Frau Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck
Foto: Bundesregierung, Sebastian Bolesch

ter Hospizdienst, der mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern, vier hauptamtlichen Mitarbeitern Sterbende psychosozial betreut, palliativmedizinisch berät und in allen Lebenslagen hilfreich zur Seite steht. Der Verein hat heute 270 Mitglieder mit 70 ehrenamtlich tätigen Hospizbegleitern und ca. 180 Sterbebegleitungen pro Jahr. Sie ist weiterhin Mitbegründerin der Landearbeitsgemeinschaft Hospiz (heute Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V.) und ehrenamtlich deren langjähriges Vorstandsmitglied. Sie organisierte und leitete mehrere Hospiztage im Freistaat Sachsen, die sich thematisch mit der Qualitätssicherung der Hospizarbeit befassten. Der ambulante Hospizdienst konnte 2002 durch eine stationäre Einrichtung, die Hospiz Villa Auguste Leipzig, ergänzt werden. Frau Prof. Dr. Schwenke-Speck war maßgebliche Vordenkerin der spezialisierten-ambulanten Palliativversorgung, einer Versorgungsform für schwerstkranke Sterbende zu Hause mit einem hohen Betreuungsaufwand. Diese Versorgungsform ist jetzt in Deutschland etabliert und hat seit kurzem eine gesetzliche Grundlage im Sozialgesetzbuch V. 2001

wurde sie in den Beirat „Stiftungsunternehmen Hospiz“ der Krupp-von-Bohlen und Halbach-Stiftung berufen.

Verbandliches Wirken

Im November 1989 gründete sie den „Freien Verband der Ärzte und Zahnärzte und Naturwissenschaftler in der Medizin“, der in die Gründung des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, mündete, zu dessen erster stellvertretenden Vorsitzenden und späteren Vorsitzenden im Regierungsbezirk Leipzig sie gewählt wurde. Von 1990 bis 1999 war Frau Prof. Dr. Schwenke-Speck Mandatsträgerin in der Kammerversammlung und regte 1991 die Errichtung eines Landesausschusses Senioren an, dessen Vorsitz sie übernahm und dessen Arbeit sie bis 2003 maßgeblich prägte.

Der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gratulieren Frau Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck ganz herzlich zu dieser verdienten Auszeichnung und wünschen ihr noch viel Kraft für ihr weiteres Engagement.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Verstehen wir uns richtig?

Ausländische Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung

Am 8. Oktober 2014 luden die Sächsische Landesärztekammer, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, das Traumanetz Seelische Gesundheit und das Deutsche Hygiene-Museum zur Tagung zum Thema „Verstehen wir uns richtig? Ausländische Patienten und Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung“ ein. Ziel der Tagung mit fast 100 Teilnehmern war es, diese für die unterschiedlichen kulturellen und religiösen Vorstellungen zu sensibilisieren, die in der Begegnung zwischen Ärzten, Patienten und Pflegekräften sowie Therapeuten bedeutsam sind.

Dr. Claudia Martini vom Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, stellte die Situation der gesundheitlichen Versorgung im Einwanderungsland Deutschland dar. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung sei stark vom Bildungsstand der Migranten abhängig, so Dr. Martini. Ein Drehtüreffekt bei Arztbesuchen, ein fehlender Versicherungsstatus und die häufige Inanspruchnahme der Notärzte entstünden vor allem durch die Sprachbarrieren. Allerdings sei der Krankenstand bei den unter 65-jährigen Migranten geringer als bei Menschen ohne

Migrationshintergrund. Für die Bundesbeauftragte ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens ein Schwerpunkt. Frau Dr. Martini forderte die Bundesländer auf, Krankenversicherungschipkarten, wie in Hamburg oder Bremen, für Asylbewerber einzuführen, um deren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die interkulturellen Herausforderungen im Gesundheitssystem stellte Ramazan Salman, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V., Dipl.-Sozialwissenschaftler und Medizinsoziologe, dar. Er erläuterte, dass Migranten in Deutschland ein großes Potential für die Zukunft Deutschlands bieten. Migranten sind keine Lückenfüller beim Fachkräftemangel, betonte er. In einigen Städten wird durch den demografischen Wandel die Mehrheit der Berufstätigen demnächst aus Migranten bestehen. Eine Integration von Zuwanderern sei aus seiner Sicht am besten über die Gesundheitsversorgung möglich, da es dort vor allem um Geborgenheit und Verständnis gehe. Migranten erhalten jedoch kaum Informationen über den Aufbau des Gesundheitssystems in Deutschland. Nabil Al Nawa vom Klinikum Obergöltzsch, Rodewisch, sprach über seine Erfahrungen als ausländischer Arzt in Sachsen. Er nannte den sehr guten Ruf für Studium und Facharztweiterbildung, die niedrigen Studiengebühren sowie der weltweit anerkannte Abschluss als Zuwanderungsgründe. Manchen fremdspra-



Nabil Al Nawa vom Klinikum Obergöltzsch in Rodewisch © SLÄK

chigen Ärzten fällt es trotz des Sprachtestes B2 schwer, mit Patienten oder Kollegen zu kommunizieren. Grund dafür sind die verschiedenen Dialekte in Deutschland. Dagegen vermisst er manchmal die ausgeprägten sozialen Aufgaben des Arztes für die Familien, wie es in Syrien der Fall sei. Und dass die Patienten allein und nicht mit Vater, Mutter oder Onkel zur Behandlung kommen, daran musste er sich erst gewöhnen. Die Gemeindedolmetscherin Nguyen Thi Bach Sa des Dresdner Vereins für soziale Integration von Ausländern und Aussiedlern e.V. erläuterte die Fehler, die durch fehlende Sprachkenntnisse ausländischer Patienten entstehen können. Der Einsatz von vereidigten Dolmetschern ist nicht immer gegeben, da deren Kostenabrechnung für ausländische Patienten nicht in jedem Fall geklärt sei. Eine Verbesserung durch das neue Patientenrechtegesetz ist in dieser Frage leider nicht erfolgt. Für Dolmetscher problematisch ist die ärztliche Fachsprache, die selbst für deutsche Patienten schwierig zu verstehen ist. Durch eine Übersetzung entstünden hier zusätzliche Informationslücken. Das hat laut einer Befragung unter 77 Ärzten in der Vergangenheit bei Migranten zu Problemen bei der Erstdiagnose (68 %), Fehlern bei der Medikamenteneinnahme (50 %) und häufigem Arztwechsel (41 %) geführt. Frau Bach Sa stellte dazu anschauliche Beispiele, wie Harn- statt Darmprobleme, ziehen eines falschen Zahns, Antibiotika während der Stillzeit oder die falsche Einnahme der



Veranstaltungsteilnehmer

© SLÄK

Anti-Baby-Pille, vor. Ein überlanger und damit teurer Behandlungszeitraum sind die Folgen.

Workshops im zweiten Teil der Tagung widmeten sich den Themen:

- Stolpersteine dolmetscherge-
stützter Behandlung,
- Medizinische Versorgung illegali-
sierter Migranten,
- Traumatisierung oder Integrati-
onsstörung?,
- Kulturelle Prägung und kommuni-
kative Codes entschlüsseln
sowie
- Medizinerlatein für Patienten –
wie schaffen wir den Spagat in
der Kommunikation?

Zu den Wünschen in der Abschluss-
präsentation der einzelnen Work-



Prof. Dr. Martin Gillo

© SLÄK

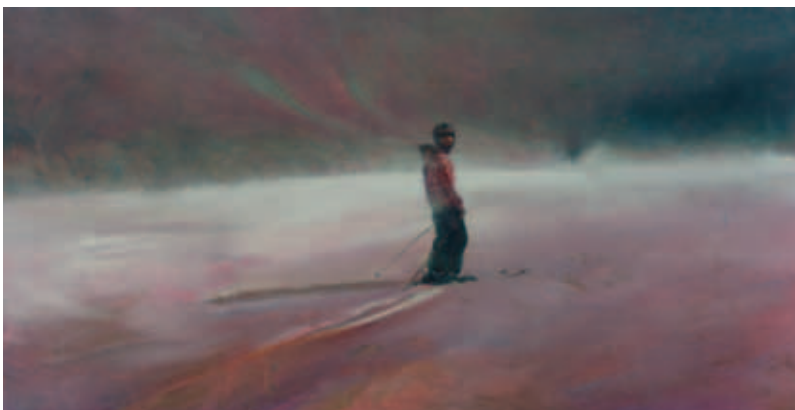
shops gehörten insbesondere mehr
Verständnis für Zuwanderer in Sach-
sen, die stärkere Beachtung der Mi-

granten in politischen Entscheidungs-
prozessen sowie auch eine bessere
Integrationsbereitschaft der Migran-
ten selbst. Einen abschließenden
Ausblick gab Prof. Dr. Martin Gillo,
Ausländerbeauftragter des Sächsi-
schen Landtages. Er bezeichnete die
Tagung als wichtigen Schritt für ein
besseres Miteinander nicht nur im
Gesundheitsbereich und nannte die
Organisatoren und Teilnehmer Pioni-
ere im positiven Sinne. Denn nach
seiner Meinung wurden auf der Ver-
anstaltung Themen gesetzt, die in
einigen Jahren erst ihre volle Bedeu-
tung für die Gesellschaft entfalten
werden.

Sandra Gläser B.Sc.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Frank Hoffmann MALEREI

Sujets aus Außen- und Innenräumen,
erkennbar, aber voller Unschärfe, an
Film-Stills erinnernd und oft in Serien
gemalt – dies ist typisch für Frank
Hoffmanns Malerei. Seine Bilder zei-
gen sich uneindeutig und vielgestal-
tig wie die Wirklichkeit. Die Motive
dafür findet er überall – zu Hause,
unterwegs, auf Reisen – und hält sie
mit dem Fotoapparat fest. Die Auf-
nahmen haben für den Künstler den
Charakter von Skizzen, die unmittel-
bar zum Ausgangspunkt von Bildmo-
tiven werden können, mitunter aber
auch im Computer noch bearbeitet,
teils montiert, teils auch fragmentiert
werden. Seine Serien tragen Titel
wie „ganz nah“ (2011), „paradise
lost“ (2008/10), „nacht“ (2006/08)
oder jüngst „saison“ (2013). Die
Werke Frank Hoffmanns bewirken
oft absurde Eindrücke: Das Nahe, ja
die nahesten Menschen, wirken in
seiner Malerei fern, ja fremd. Und
die Titelbehauptung „Du bist nicht
allein“ ist genau gegenteilig zum
Sichtbaren. Das verheißene „Para-
dies“ wiederum erscheint total
künstlich, während die Schneelands-
chaft der „saison“ den einzelnen
Schifahrer absolut verloren wirken
lässt und eine Atmosphäre des



„saison 5“: Öl auf Leinwand, 220 x 112 cm, 2013

Bedrohlichen entsteht. Nachts dann
entdeckt der Künstler den „Jahr-
markt der Eitelkeiten“ und auf der
New Yorker „Armory Show“ das Jet
Set, das sich mit Kunst vergnügt. Die
perfekt wirkende Malerei des Künst-
lers legt die Subtexte des oberfläch-
lich Sichtbaren offen und impliziert
durchaus einen kritischen Blick auf
Gegebenheiten unserer Zeit.

Frank Hoffmann wurde 1972 in Gör-
litz geboren. Er absolvierte zwischen
1991 und 1997 ein Studium der
Kunst und Germanistik in Dresden,
während dem er sich außer der
Malerei und Grafik auch dem Anima-
tionsfilm widmete. Ein Jahr seines
Studiums konnte er dank eines Eras-
musstipendiums in Kopenhagen ver-
bringen. Seit 2000 wandte er sich

verstärkt der Malerei zu. Mittlerweile
hat er sich im Kunstbetrieb etabliert.
Hilfreich, weil die Existenz sichernd,
mag ein Lehrauftrag zwischen 1999
und 2009 am Institut für Kunst- und
Musikwissenschaft der TU Dresden
gewesen sein. Seit etwa 2000 waren
seine Werke wiederholt in Dresden,
Berlin, Frankfurt/Main und Hannover,
ebenso in Kopenhagen und Wien,
zu sehen und fanden Eingang in
öffentliche und private Sammlungen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Erdgeschoss und
im Foyer der vierten Etage vom
27. November 2014 bis 18. Januar
2015, Montag bis Freitag 9.00 bis
18.00 Uhr, Vernissage 27. Novem-
ber 2014, 19.30 Uhr**

Nachruf für Doz. Dr. med. habil. Ilse Trautmann

* 22.10.1922 † 04.06.2014

Am 4. Juni 2014 verstarb Frau Doz. Dr. Ilse Trautmann, langjährige erste Oberärztin der Leipziger Universitätsaugenklinik. Ilse Trautmann wurde am 22. Oktober 1922 in Leipzig geboren. Hier legte sie 1941 an der Max-Klinger-Schule das Abitur ab, um ebenfalls in Leipzig ein Studium der Medizin aufzunehmen. Wie das gesamte öffentliche Leben wurde der Studienbetrieb im Krieg durch Luftangriffe, in der unmittelbaren Nachkriegszeit durch die vorübergehende Aussetzung der akademischen Funktionen, später durch die Knappheit an Lebensmitteln und Heizmaterial



© privat

gestört. Besondere Einschränkungen ergaben sich aus dem Fehlen modernen Lehrmaterials. Nach dem Staatsexamen entschied sich Ilse Trautmann für die Augenheilkunde und für eine Weiterbildung an der von Prof. Velhagen geleiteten Universi-

tätsaugenklinik in der Liebigstraße, die sie 1955 abschloss. Im November 1969 erwarb sie den damaligen neuen Regeln entsprechend den Dr. sc. med., die inzwischen verlassene DDR-Variante des Dr. med. habil., und im Juni 1970 wurde sie zur Dozentin für das Fach Augenheilkunde ernannt. Ihr wissenschaftliches Interesse galt der ophthalmologischen Altersforschung, besonders „augenfällige“ Verdienste erwarb sie sich aber bei der Ausbildung praktisch aller an der Klinik tätigen Assistenten, die sie beharrlich und konsequent an die konservativen und operativen Aspekte unseres Fachs heranführte. Dafür gebührt ihr unser tief empfundener Dank.

Dr. med. Christa Matzen
Dr. med. Adelheid Lößner

Abgeschlossene Habilitationen III. Quartal 2014

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Dr. med. univ. et scient. med. Martin Werner

Klinik für Innere Medizin am Hanusch-Krankenhaus, Wien, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Angiologie zuerkannt. Thema: Interventionelle Techniken zur Steigerung der Effizienz endovaskulärer Verfahren in der Behandlung arteriosklerotischer Obstruktionen. Verleihungsbeschluss: 22.07.2014

Dr. med. Michael Bernhard

Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anästhesiologie und Intensivtherapie zuerkannt.

Thema: Optimierte Patientenversorgung durch Ausbildungs- und Versorgungskonzepte in der Notfallmedizin

Verleihungsbeschluss: 23.09.2014

Dr. rer. nat. Uta Reibetanz

Institut für Medizinische Physik und Biophysik der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Medizinische Physik/Biophysik zuerkannt.

Thema: Layer-by-Layer funktionalisierte Microcarrier: Design und biomedizinische Anwendung

Verleihungsbeschluss: 23.09.2014

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Jutta Markwardt

Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefug-

nis für das Fach „Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Individuelle gecusste Titanimplantate zur Versorgung von Unterkieferdefekten mit Kontinuitätstrennung“

Verleihungsbeschluss: 27.08.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Marius Distler

Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Aktuelle Entwicklungen in der Pankreaschirurgie zur Verbesserung von postoperativen Ergebnissen und Prognose“.

Verleihungsbeschluss: 17.09.2014

Unsere Jubilare im Dezember 2014 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.12. Dipl.-Med. Soukup, Kerstin
01259 Dresden
- 04.12. Dipl.-Med. Glanz, Claudia
09326 Geringswalde
- 05.12. Dr. med. Lange, Peter
02625 Bautzen
- 05.12. Dr. med. Raßler, Jörg
04288 Leipzig
- 06.12. Dr. med.
Kottwitz, Bernhard
06237 Leuna
- 08.12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Alheit, Horst
01809 Heidenau
- 08.12. Dipl.-Med.
Neumann, Gunter
01904 Neukirch
- 08.12. Dr. med. Wehr, Matthias
04288 Leipzig
- 08.12. Dipl.-Med. Weiß, Matthias
09385 Erlbach-Kirchberg
- 09.12. Freudenthal, Barbara
04299 Leipzig
- 09.12. Dr. med. Reich, Sylvia
08280 Aue
- 10.12. Dipl.-Med.
Leonhardt, Eve-Maria
01796 Pirna
- 11.12. Dipl.-Med. Wilhelm, Luise
08209 Auerbach
- 12.12. Dipl.-Med.
Löschner, Christine
09380 Thalheim
- 13.12. Dipl.-Med. Schulz, Martina
04643 Geithain
- 15.12. Dr. med. Hennig, Rudolf
01445 Radebeul
- 15.12. Dr. med. Lenk, Petra
09228 Wittgensdorf
- 15.12. Dr. med. Pönisch, Wolfram
04103 Leipzig
- 16.12. Dr. med. Jermolow, Nikolai
01454 Ullersdorf
- 19.12. Dr. med. Zabel, Birgit
09599 Freiberg
- 20.12. Dr.(R) Lalee, Rasoul
01219 Dresden
- 20.12. Dr. med. Opitz, Cornelia
01279 Dresden
- 22.12. Dr. med. Müller, Christine
04668 Grimma
- 22.12. Dr. med. Müller, Stephan
01471 Radeburg
- 23.12. Dr. med. Frost, Gabriele
08112 Wilkau-Haßlau
- 23.12. Dr. med. habil.
Heidel, Caris-Petra
01328 Dresden

- 23.12. Dr. med. Steinert, Frank
04155 Leipzig
- 24.12. Dr. med.
Grosseheweg, Margot
01454 Radeberg
- 26.12. MUDr. Zigo, Pavel
01844 Neustadt
- 31.12. Dipl.-Med. Georgi, Kristiane
04720 Döbeln

65 Jahre

- 03.12. Dr. med. Hanzl, Gottfried
02791 Oderwitz
- 03.12. Dr. med. Kästner, Isolde
01728 Bannewitz
- 07.12. Dr. med. Kurzweg, Sabine
08301 Schlema
- 07.12. Dipl.-Med.
Reißig, Klaus-Dieter
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.12. Dr. med. Richter, Renate
04105 Leipzig
- 09.12. Dipl.-Med. Merkel, Elisabeth
08412 Werdau
- 13.12. Dipl.-Med.
Schwalbe, Joachim
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 14.12. Prof. Dr. med. habil.
Albrecht, Detlev Michael
01324 Dresden
- 14.12. Schwarz, Marianne
04808 Thallwitz
- 15.12. Dr. med. Schilling, Rainer
08541 Großfriesen
- 21.12. Böhnisch, Gisela
04451 Borsdorf
- 21.12. Dr. med. Damme, Monika
01326 Dresden
- 22.12. Dr. med. Lauterbach, Michael
01324 Dresden
- 22.12. Dipl.-Med. Stein, Christel
09117 Chemnitz
- 23.12. Dr. med. Krause, Thomas
04299 Leipzig
- 25.12. Dipl.-Med. Hinz, Barbara
04838 Eilenburg
- 25.12. Dr. med. Schulze, Arndt
01689 Weinböhla
- 28.12. Dipl.-Med.
Goeldner, Angelika
02943 Weißwasser
- 29.12. Dr. med. Hohrein, Ditmar
09217 Burgstädt/Herrenhaide
- 30.12. Dr. med. Reinhardt, Ilona
01067 Dresden

70 Jahre

- 03.12. Dr. med. Burger, Lutz
04159 Leipzig
- 05.12. Dipl.-Med. Rustler, Dorothea
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.12. Dr. med.
Strohbach, Wolfgang
04860 Torgau

- 07.12. Dr. med.
Muchamedjarow, Felix
01239 Dresden
- 09.12. Dr. med. Heinzl, Volkhart
02747 Herrnhut
- 11.12. Dr. med. Bodendieck, Peter
04808 Wurzen
- 11.12. Dr. med. Kießling, Hartmut
01189 Dresden
- 11.12. Dr. med. Steinert, Gerd
01454 Wachau
- 14.12. Dr. med. habil.
Bergert, Klaus-Dietmar
08132 Mülsen
- 17.12. Dr. med.
Schmidt, Hans-Thomas
04828 Altenbach
- 18.12. Rosemann, Elke
02827 Görnitz
- 22.12. Schubert, Ulrike
04741 Roßwein
- 25.12. Dr. med. Hackert, Ingrid
01187 Dresden
- 26.12. Dipl.-Med. Wischer, Maria
04229 Leipzig
- 29.12. Dr. med. Hentschel, Elke
04316 Leipzig

75 Jahre

- 01.12. Prof. Dr. med. habil.
Gruber, Gunter
04425 Taucha
- 01.12. Dr. med. Kloß, Peter
01279 Dresden
- 01.12. Dr. med. Piehler, Christine
08428 Langenbernsdorf
- 02.12. Dr. med. Effmert, Klaus
01773 Altenberg
- 03.12. Dr. med. Zeug, Karin
09217 Burgstädt
- 04.12. Dr. med. Kleint, Volkmar
02797 Kurort Oybin
- 04.12. Krug, Rolf
04328 Leipzig
- 05.12. Dr. med. Sommer, Gerlinde
04157 Leipzig
- 09.12. Dr. med. Haag, Elfriede
04416 Markkleeberg
- 10.12. Dr. med. Schulze, Christel
08060 Zwickau
- 12.12. Dr. med. Lohse, Hannelore
01239 Dresden
- 12.12. Dr. med. Schnaack, Sabine
01796 Pirna
- 17.12. Dr. med. Peschel, Lothar
01855 Sebnitz
- 18.12. Dr. med. Jacob, Inge
04463 Großpösna
- 18.12. Dr. med. Johannsen, Christa
04229 Leipzig
- 18.12. Dr. med. Teubner, Joachim
08209 Auerbach
- 19.12. Dr. med. Caffier, Paul
04103 Leipzig

- 20.12. Dr. med. Schilling, Dieter
01705 Freital
- 20.12. Dr. med. Voß, Johannes
01217 Dresden
- 21.12. Dr. med. Huck, Ursula
01909 Großharthau
- 22.12. Dr. med. Preuße, Rainer
08289 Schneeberg
- 23.12. Dittrich, Klaus
08352 Raschau
- 23.12. Dr. med. Müller, Roland
01809 Dohna
- 25.12. Dr. med. Dämmrich, Klaus
02829 Markersdorf
- 26.12. Dr. med. Reichel, Helmut
02796 Jonsdorf
- 27.12. MUDr. Hasek, Ursula
09116 Chemnitz
- 27.12. Dr. med.
Knebel-Schubert, Bärbel
02633 Göda
- 30.12. Mellin, Hans-Jürgen
04109 Leipzig

80 Jahre

- 04.12. Dr. med. Wessig, Heinrich
02827 Görlitz
- 05.12. Hemke-Paschold, Brunhilde
04451 Borsdorf-Panitzsch
- 06.12. Dr. med. Thiel, Ute
04109 Leipzig
- 07.12. Prof. Dr. med. habil.
Wildführ, Wolfgang
04288 Leipzig
- 08.12. Prof. Dr. med. habil. Dr. med.
dent. Langanke, Barbara
04416 Markkleeberg
- 10.12. Dr. med.
Rudolph, Siegfried
01307 Dresden
- 13.12. Dr. med. Rank, Ruth
08547 Jöbnitz
- 14.12. Dr. med. Mierisch, Klaus
01662 Meißen
- 15.12. Schmidt-Brücken, Irmtraud
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.12. Dr. med. Beck, Ingrid
01324 Dresden
- 20.12. Prof. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Peter
04299 Leipzig
- 20.12. Dr. med.
Otto, Hedda-Maria
04288 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Pietzsch, Ursula
04179 Leipzig
- 25.12. Dr. med. Müller, Jürgen
01109 Dresden
- 28.12. Dr. med.
Richter, Götz-Michael
01471 Radeburg
- 30.12. Dr. med.
Voigt, Annegret
08209 Auerbach/V.

81 Jahre

- 02.12. Dr. med. Drechsel, Christel
09390 Gornsdorf
- 03.12. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Joachim
01324 Dresden
- 11.12. Leja, Rita
01705 Freital
- 12.12. Dr. med. Zielinski, Christa
01257 Dresden
- 14.12. Dr. med. habil. Voigt, Werner
09114 Chemnitz
- 22.12. Prof. Dr. med. habil.
Schwenke-Speck, Helga
04316 Leipzig
- 25.12. Prof. Dr. med. habil.
Henßge, Rolf
01239 Dresden
- 25.12. Masmann, Edith
08280 Aue
- 26.12. Dr. med. Hempel, Eberhard
09235 Burkhardtsdorf
- 30.12. Dr. med. Schreitter, Joachim
08359 Breitenbrunn

82 Jahre

- 04.12. Dr. med. Genau, Fred
09119 Chemnitz
- 05.12. Dr. med. Krämer, Karl-Heinz
04229 Leipzig
- 07.12. Dr. med. Wichan, Irene
01326 Dresden
- 08.12. Doz. Dr. med. habil.
Döring, Dieter
04703 Leisnig
- 08.12. Sachse, Liane
01129 Dresden
- 12.12. Dr. med. Kötz, Manfred
09119 Chemnitz
- 19.12. Dr. med. Flämig, Christel
01309 Dresden
- 24.12. Dr. med. Lehnert, Rolf
02681 Crostau
- 27.12. Dr. med. Holfert, Hans-Peter
02827 Görlitz

83 Jahre

- 01.12. Dr. med. Gamnitzer, Christa
04279 Leipzig
- 02.12. Dr. med. Krondorf, Christine
09599 Freiberg
- 03.12. Dr. med. Heinzig, Barbara
04177 Leipzig
- 23.12. Dr. med. Krumbiegel, Reiner
09366 Stollberg
- 30.12. Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Ernst
09125 Chemnitz
- 31.12. Dr. med. Zahrend, Rolf
04758 Oschatz

84 Jahre

- 10.12. Satzger, Jelena
08056 Zwickau

- 30.12. Nowak, Margot
01217 Dresden

86 Jahre

- 02.12. Dr. med.
Winde, Eva-Brigitte
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12. Rother, Grete
01307 Dresden
- 14.12. Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden
- 21.12. Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden
- 30.12. Dr. med. Seim, Günter
09111 Chemnitz

87 Jahre

- 06.12. Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04279 Leipzig
- 09.12. Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig
- 13.12. Prof. Dr. med. habil.
Geiler, Gottfried
04277 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Simon, Joachim
08060 Zwickau

88 Jahre

- 02.12. Dr. med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch
- 19.12. Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden

89 Jahre

- 19.12. Dr. med. Müller, Lenore
09603 Großschirma
- 30.12. Prof. Dr. sc. med.
Hajduk, Frantisek
09114 Chemnitz

90 Jahre

- 27.12. Dr. med. Staude, Sigrud
04416 Markkleeberg
- 31.12. Dr. sc. med.
Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen

92 Jahre

- 29.12. Dr. med. Günther, Waltraute
04420 Markranstädt

94 Jahre

- 01.12. Dr. med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg
- 17.12. Prof. Dr. med. habil.
Haller, Hans
01069 Dresden