

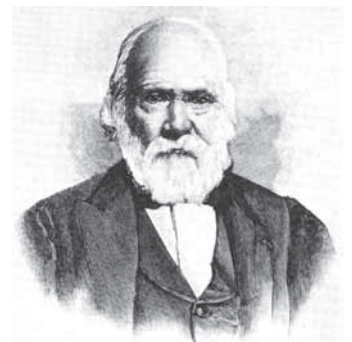
Editorial	Das „Sprechen“ in der Medizin	136
Berufspolitik	Organspendebeauftragter	137
	Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider	140
	Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte	140
	Mitgliederversammlung der KÄK Chemnitz	141
	Ehrenamtliche Richter für das Berufsgericht und Landesberufsgericht für Heilberufe gesucht	141
	Krebs in Sachsen – Landesbericht des GKR	156
	Uni Leipzig: Evaluation des Praktischen Jahres	156
Recht und Medizin	Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern in Sachsen	143
	Durchführung der ärztlichen Leichenschau	144
Medizinische Fachangestellte	Das Referat MFA-Fortbildung stellt sich vor	149
	Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?	149
	Feststellung der Gleichwertigkeit für MFA-Abschlüsse	150
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	151
Originalie	Update Hygienische Händedesinfektion	153
Tagungsbericht	44. Symposium für Juristen und Ärzte	157
Verschiedenes	Aufhebung der Rezeptpflicht für die „Pille danach“	158
Buchbesprechung	Die Beschneidung von Jungen: Ein trauriges Vermächtnis	159
	Akute Vergiftungen und Arzneimittelüberdorsierungen	159
Medizingeschichte	Charles Edouard Brown-Séquard	160
	Ein Grabmal in Pesterwitz – Abbild seiner Zeit	163
Personalia	Jubilare im Mai 2015	164
	Abgeschlossene Habilitationen	166
Ostern	Gedanken zum Osterfest 2015	167
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2015	



Hygienische Händedesinfektion
Seite 153



Durchführung der ärztlichen
Leichenschau
Seite 144



Charles Edouard Brown-Séquard
Seite 160

Titelbild: © Infografik BVMed

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

Das „Sprechen“ in der Medizin



© SLÄK

Der Begriff der „sprechenden Medizin“ ist ein Schlagwort in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik, welches den Anteil des Arzt-Patientengesprächs an der medizinischen Behandlung bezeichnet. Bereits Sokrates erkannte die therapeutische Wirkung der „heilenden Worte“. Auch neuere Studien belegen den hohen Stellenwert der persönlichen Arzt-Patienten-Interaktion für den Behandlungserfolg. Eine effektive Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflusst demzufolge sowohl den Outcome hinsichtlich krankheitsbezogener Beschwerden, als auch das emotionale Befinden des Patienten während des Krankheitsprozesses positiv (Stewart 1995). Das therapeutische Gespräch umfasst verschiedene Inhalte, welche in ihrer Gesamtheit „heilend“ wirken können. Zum einen werden Informationen zum Krankheitsbild, dessen Diagnostik und möglichen Therapieoptionen einschließlich Risiken und Prognose durch den Arzt vermittelt. Zum anderen können Fragen des Patienten geklärt werden. Ängste und Unsicherheitsgefühle des Patienten lassen sich so nachweislich deutlich reduzieren.

Unverzichtbar für ein positives emotionales Befinden des Patienten ist es auch, dass er sich im Behandlungsprozess mündig, in seiner Individualität angenommen und nicht „ausgeliefert“ fühlt. Hier kommt zusätzlich

zum Gespräch im engeren Sinne der sogenannten partizipativen Entscheidungsfindung, das heißt der Einbindung des Patienten in die Therapieplanung, eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Eine im Jahre 2008 zu dieser Thematik an der Universität Freiburg vorgelegte Studie konnte zeigen, dass Patientinnen mit Mammakarzinom, die in die Therapieentscheidungsfindung einbezogen waren, nach einem definierten Zeitraum ein insgesamt besseres Befinden aufwiesen als die nicht Einbezogenen. Das Ausmaß dieser partizipativen Entscheidungsfindung hatte dabei keinen Einfluss auf das Ergebnis und entsprach dem individuellen Wunsch der betreffenden Patientin. Als weiteres Resultat der zitierten Studie zeigte sich ein besserer Outcome bei den Patientinnen, die die Arzt-Patienten-Kommunikation bei Behandlungsbeginn positiv erlebten. Die anfänglichen („heilenden“) Worte im Behandlungszyklus stellen offenbar eine wesentliche Weiche für das spätere Befinden dar. Im Umkehrschluss sind also kommunikative Pannen beim Start der Arzt-Patienten-Beziehung im Verlauf eher schwer zu korrigieren.

Dabei halte ich einen weiteren Aspekt unersetzlich für ein positives emotionales Befinden im Krankheitsverlauf, nämlich das empathische Zuhören. Selbst der hervorragend informierte und in die Therapieplanung soweit gewünscht einbezogene Patient wird sich nur dann gut aufgehoben fühlen können, wenn er sich auch verstanden fühlt, Aufmerksamkeit und Zuwendung im therapeutischen Kontext erfährt.

Liebe Kollegen, diese Erkenntnisse sind nun wahrlich nicht brandneu und haben wie dargestellt eine lange Tradition in der ärztlichen Heilkunst. Ihre Umsetzung jedoch stellt insbesondere im Hinblick auf den Zeitfaktor in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit am Patienten immer wieder eine Herausforderung dar. Letztlich kommt es nicht darauf an, viel und lange zu sprechen, sondern in verständlicher Form so umfassend wie es bezogen auf die individuelle Gesamtsituation des Patienten erforderlich und sinnvoll ist. Die Zeit dafür

bleibt leider trotzdem zu knapp bemessen. Erst recht im Hinblick auf das empathische Zuhören.

Dessen Wertigkeit für den therapeutischen Prozess potenziert sich noch einmal, wenn man bedenkt, wie viele zusätzliche Informationen man auf der nonverbalen Kommunikationsebene gewinnt, wenn man Körpersprache, Mimik und Gestik des Patienten wahrnimmt.

Eine weitere Facette des „Sprechens“ in der Medizin fand in den bisherigen Ausführungen überhaupt noch keine Erwähnung. Gemeint ist das ärztliche Gespräch mit Angehörigen, welches sehr bedeutsam für das tägliche Leben des Patienten in seinem sozialen Umfeld sein kann und über eine Stärkung der positiven und eventuellen Minimierung der negativen Kontextfaktoren den Behandlungsprozess zielführend beeinflussen kann.

Ergänzend sei noch das Gespräch zwischen Arzt und Praxismitarbeitern oder Pflegepersonal, also die Teambesprechung aller in das Behandlungskonzept des betreffenden Patienten Involvierter angeführt. Öffnet diese Form des „Sprechens in der Medizin“ nicht oft genug neue oder modifizierte Blickwinkel auf Krankheitsverläufe, die selbige positiv beeinflussen können? Und sind diese gesprochenen Worte nicht ebenfalls als „heilende“ im übertragenen Sinne zu klassifizieren?

„Sprechen“ in der Medizin kostet Zeit, keine Frage. Effektive Arzt-Patienten-Gespräche sparen jedoch nach meiner Überzeugung sicher häufig therapeutische Ressourcen an anderer Stelle im Therapieverlauf. In Anbetracht der vielfältigen Chancen, Behandlungsverläufe durch ärztliche Gespräche auf den verschiedenen Kommunikationsebenen im Sinne unserer Patienten positiv zu beeinflussen, sollten wir Ärzte nicht aus Zeitmangel „schweigen“. Übrigens auch nicht gegenüber Politik und Kostenträgern, wenn es um die Wertigkeit und Wertschätzung der „sprechenden Medizin“ geht.

Organspende- beauftragter Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider

Der Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ist anerkannter Experte auf dem Gebiet der Hirntod-Bestimmung – jetzt hat die Sächsische Landesärztekammer ihn zum Organspende-Beauftragter berufen

Herr Prof. Dr. Schneider, der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat auf Vorschlag der Transplantationskommission das Jahr 2015 unter das Motto „Jahr der Organspende“ gestellt. Was soll damit erreicht werden?

Das primäre Ziel ist eine Steigerung der Anzahl von Spenderorganen. Denn jeden Tag sterben Menschen, die vergeblich auf ein rettendes Spenderorgan warten. Die sächsische Ärzteschaft soll intensiver über Organspende und Organtransplantation informiert und motiviert werden, um in ihrer sehr wichtigen Mittlerrolle zwischen Medien und Bevölkerung die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen. Als „Nebeneffekt“ kann dabei auch gleichzeitig das Wissen und die Einstellung der Ärzte zum Hirntod als Tod des Menschen verbessert werden.

Die Gründe für die geringe Spendebereitschaft sind ja weitgehend analysiert. Welche sehen Sie als gravierend an und wie kann die Ärzteschaft da eigentlich Einfluss nehmen?

Aktuelle Gründe waren die Verfehlungen von Ärzten in den Transplantationszentren, die falsche Angaben über die Dringlich- bzw. Bedürftigkeit ihrer Patienten auf der Warteliste machten, um die Organverteilung (Organallokation) durch die europäische Vermittlungsstelle (Eurotransplant mit Sitz in Leiden, Niederlande) zu ihren Gunsten zu manipulieren. Somit handelte es sich eigentlich um einen „Transplantationsskandal“ und keinen „Organspendeskandal“, wie es die Medien teilweise



© SLÄK

verbreitet haben. Zu dieser Verunsicherung der Bevölkerung im Sinne von „Organhandel“ (der übrigens nachweislich in keinem Fall vorlag) gesellte sich die erneute, nie verstummte Diskussion, ob mit dem Hirntod der Mensch tatsächlich tot ist. Das Unverständnis steigerte sich zusätzlich, nachdem in einer Statistik der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, www.dso.de) innerhalb von drei Jahren bei acht Organspendern die Diagnose Hirntod formal nicht richtig gestellt worden wäre. Dass der Fehler in allen Fällen bemerkt und korrigiert wurde, bevor es zur Organentnahme kam, wurde wie so oft in der Presse weniger kommuniziert.

Die Berichterstattung hat aber auch die Ärzteschaft und das Pflegepersonal sehr verunsichert. Es gilt jetzt, mit dieser Verunsicherung professionell umzugehen sowie dem Vertrau-

ensverlust in der Bevölkerung sensibel zu begegnen und nachhaltig deren Ursachen aufzuklären.

Denn die Hirntoddiagnostik ist eine der sichersten Diagnosen in der Medizin. Dass ein hirntoter Patient unter intensivmedizinischer Aufrechterhaltung von Atmung und Herzfunktion zu Zeichen von Extremitätenbewegung, Schwitzen, ja, wie bekannt wurde, fortgesetzter Schwangerschaft in der Lage ist, zeigt nur die weiterhin funktionierende Tätigkeit jenes Teils seines Nervensystems an, das sich außerhalb des Gehirns befindet (Rückenmark, vegetatives Nervensystem). Das ändert aber nichts daran, dass es sich im Fall einer richtlinienkonform durchgeführten Hirntoddiagnostik um einen Menschen mit einem toten Gehirn handelt. Tot heißt irreversibel, unwiederbringlich verloren. Juristisch eine Leiche, so schlimm das auch klingt. Dieser Zustand ist für die Angehörigen eine unglaubliche emotionale Belastung, weil die Diskrepanz zwischen dem, was das Ohr vom Arzt gehört hat und dem, was das Auge sieht, das Herz schier zerreißt. Hier gilt es, die Bevölkerung besser über die vielen verschiedenen Facetten aufzuklären, die dieser Extremsituation eigen sind.

Wie dramatisch war der Rückgang der Spender nach den so genannten Transplantationsskandalen in den Jahren 2010 bis 2012?

Es war und ist eine Katastrophe. Die Anzahl der Organspender in Deutsch-

land sank um 33 % von 1271 Organspender im Jahr 2010 auf 851 Organspender im Jahr 2014 (<http://statistics.eurotransplant.org>). Pro Spender werden durchschnittlich 3,4 Organe entnommen. 2014 waren auf der Warteliste für eine Organtransplantation 10.585 Patienten registriert, darunter 842 Patienten, die auf ein Herz warteten, davon 366 mit einer Wartezeit von mehr als zwei Jahren. 137 Patienten verstarben 2014 auf der Herz-Warteliste, das heißt jeder sechste Patient. Die meisten der 10.585 Patienten auf der Warteliste 2014 warteten auf eine Nierentransplantation, nämlich 7717, davon wurde fast jeder zweite (3306) schon länger als fünf Jahre dialysiert. 376 Patienten verstarben 2014 auf der Nieren-Warteliste. Pauschal gesagt sterben täglich drei bis vier Patienten auf der Warteliste. Ein unerträglicher Zustand für Deutschland im Gegensatz zu Spanien oder Norwegen. Die WELT berichtete 2012, dass von den Menschen, die im ersten Halbjahr 2012 in Norwegen einen Hirntod erlitten und als Spender infrage kamen, fast 90 Prozent zu Spendern wurden (Die Welt, 14.10.2012, <http://www.welt.de/109816798>). In Deutschland liegt die Quote zwischen 50 % und 60 %, in manchen Krankenhäusern sogar deutlich darunter.

Können Sie ausschließen, dass solch ein Transplantationsskandal sich wiederholt?

Ja. An den Transplantationszentren wurden konsequent Bedingungen geschaffen, die solche Richtlinienv Verstöße zukünftig verhindern. Konkret wurde beispielsweise in Leipzig das Transplantationsbüro direkt dem Vorstand unterstellt und ist nicht mehr wie zuvor ein Teil der Transplantationsklinik. Den interdisziplinären Transplantationskommissionen wurden zusätzlich Vertreter aus nicht direkt mit der Organtransplantation beteiligten Fachgebieten zugeordnet. Das geforderte 6-Augen-Prinzip wurde auf ein mindestens 8-Augen-Prinzip bei der Entscheidung über eine Listung erweitert. Die drei betroffenen leitenden Ärzte der Transplantationsklinik mussten das

Klinikum verlassen. Selbstverständlich wurden alle Prozesse und Verfahren im Transplantationszentrum überprüft, im Bedarfsfall überarbeitet und den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK, www.baek.de) angepasst. Seitens des Gesetzgebers wurde 2012 das Transplantationsgesetz (TPG) novelliert und europarechtskonforme Standards für Qualität und Sicherheit der Organtransplantation festgeschrieben („Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben [Transplantationsgesetz-TPG]“ vom 15.07.2013). Seitens der Bundesärztekammer ist im Frühjahr 2015 mit der Veröffentlichung der 4. Fortschreibung der „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Transplantationsgesetz für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S.1 Nr.2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr.2 TPG“ zu rechnen. Darüber hinaus werden derzeit alle Richtlinien der Bundesärztekammer zur Transplantation der verschiedenen Organe überarbeitet und an die Ergebnisse der Prüf- und Überwachungskommissionen angepasst.

Warum erfolgte eine 4. Fortschreibung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“? Haben sich denn die Kriterien des Hirntodes geändert?

Nein, die klinischen Kriterien des Hirntodes haben sich kein Jota geändert. Nach wie vor gilt es, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind (Diagnose und Ausschlusskriterien), die acht klinischen Symptome in ihrer Irreversibilität zweifelsfrei festzustellen: Bewusstlosigkeit (Koma), Hirnstamm-Areflexie, nämlich mittelweite oder weite Pupillen, Fehlen von Pupillenlichtreflex, okulozephalen/vestibulookulären Reflex (Puppenkopffänomen), Kornealreflex, Pharyngeal-/Trachealreflex (Hustenreflex), Trigeminus-Schmerzreaktion und Ausfall der Spontanatmung (Apnoe-Test). Angesichts der über 17 Jahre zurückliegenden Dritten Fort-

schreibung ist aber ein Aktualisierungs- bzw. Überarbeitungsbedarf entstanden, der u.a. Besonderheiten im Kindesalter betrifft, die Durchführung des Apnoetests, neue (auch veränderte) apparative Untersuchungsmethoden, verbesserte Protokollbögen und vor allem die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation: – mindestens einer der den Hirntod klinisch feststellenden Ärzte muss ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit mehrjähriger Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen sein. Der umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ soll durch die naturwissenschaftlich-medizinisch korrekte Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“ ersetzt werden – wie schon immer im Transplantationsgesetz angewandt.

Sehen Sie auch beratende Aufgaben für niedergelassene Ärzte bei der Entscheidung von Patienten für oder gegen die Organspende?

Ja, selbstverständlich. Niedergelassene Ärzte, vor allem die Hausärzte, sind für die Bevölkerung die natürlichen Vertrauenspersonen in allen Fragen, die Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod betreffen. Gegenwärtig warten 10.500 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan. Täglich sterben drei bis vier von ihnen. Jedes gespendete Organ bedeutet für diese schwerkranken Menschen die Chance auf ein neues Leben. Das ist zwar der Grundgedanke, aber dem Hausarzt stellen sowohl betroffene Kranke und deren Angehörige viele Fragen. Auch zu dem Problembereich der sicheren Todesfeststellung, dem Hirntod, der Organspende und Transplantation suchen Menschen Antworten. Dabei fällt es den meisten Menschen schwer, sich mit dem eigenem Tod zu beschäftigen, zunehmend jedoch berät auch der Hausarzt bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Jeder Mensch sollte sich eigentlich fragen, ob er für sich ausschließt, jemals ein Spenderorgan selbst zu benötigen, wenn es sein Leben retten könnte. Wenn wir es für unsere eigene Lebensrettung erwarten, soll-

ten wir uns auch mit dem Gedanken beschäftigen, ob wir im Falle unseres Todes anderen Menschen das Leben retten wollen.

Vor allem wird der Hausarzt dann gefordert sein, wenn verunsicherte Angehörige eines nicht mehr einwilligungsfähigen Intensivtherapiepatienten seinen Rat einholen wollen, weil sie von den behandelnden Krankenhausärzten nach dessen mutmaßlichen Willen zur Organspende befragt werden. Nicht zuletzt können Konflikte aus scheinbaren Widersprüchen zwischen Patientenverfügung und bejahter Organspende entstehen, weil die Organentnahme den eingetretenen Hirntod voraussetzt, dessen Entwicklung aber einen bestimmten Zeitablauf hat, während dem die Intensivtherapie fortgesetzt werden muss, obwohl sie den Versterbenden selbst nichts mehr nützt. In der Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in die Gemeinschaftsaufgabe Organspende liegt also noch viel Potential.

Wo steht Deutschland international bei der Möglichkeit, Schwerkranken mit Spenderorganen zu helfen?

Im Vergleich der Anzahl postmortaler Organspender (2014) pro 1 Million Einwohner belegt Deutschland unter den acht Eurotransplant-Ländern den vorletzten Platz. Nur Luxemburg ist schlechter (Kroatien 33,9; Belgien 25,2; Österreich 24,3; Slowenien 20,9; Ungarn 20,1; Niederlande 16,1; Deutschland 10,5; Luxemburg 7,3; aus: <http://statistics.eurotransplant.org>). Zwei- bis dreimal mehr Organspender als Deutschland haben beispielsweise auch Spanien 35,3; USA 26,0; Frankreich 25,0; Italien 21,8 (Council of Europe: International Figures on Donation and Transplantation, 2011, vol. 17, No. 1, 1, September 2012). Besonders bedrückend ist, dass 2014 wie auch die Jahre zuvor zwei Drittel der wartenden Organempfänger, die auf der Warteliste von Eurotransplant registriert waren (14928 Patienten), aus Deutschland kommen (10585 Patienten), dem Land, das am wenigsten spendet.

Was werden Sie persönlich als Organspende-Beauftragter unternehmen, um die Situation zu verbessern?

Alles, was mir inhaltlich, organisatorisch und politisch der eher plakative Status einer Gallionsfigur „Organspendebeauftragter“ ermöglicht. Dabei steht im Zentrum das sächsi-

sche Netzwerk Organspende (SNO). Alle Krankenhäuser werden hier vernetzt, damit man sich gegenseitig unterstützen kann, aber auch einheitliche Standards für Sachsen umgesetzt werden können. Die Aktionen reichen bis ins individuelle Krankenhaus, – in die ärztliche Niederlassung, – in die Schulen und in

die Medien (Presse, MDR). Wir haben uns sehr viel vorgenommen und sind dankbar, dass die Presse in Sachsen dieses wichtige Thema auf- und ernstnimmt.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder

STEX in der Tasche – wie weiter?

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu zwei

Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte

**am 4. Mai 2015 ab 11.00 Uhr
in das Studienzentrum
der Universität Leipzig,
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig**

sowie

**am 24. Juni 2015 ab 12.00 Uhr
in das Medizinisch-Theoretische
Zentrum der Technischen Universität
Dresden, Fiedlerstraße 42,
01307 Dresden.**

Im Hörsaal findet ein Einführungsvortrag zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung statt und anschließend eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, von Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung.

Vor, während und nach der Plenarveranstaltung informieren und beraten Sie an ihren Ständen im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Dabei stehen Themen im Mittelpunkt wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,

- Weiterbildung und Karrierechancen im Krankenhaus,
- Weiterbildung im ambulanten Bereich
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltungen ist gesorgt.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei. Für Ihre Fragen, auch gerne vorab für die Podiumsdiskussion, stehen wir Ihnen unter arzt-in-sachsen@slaek.de gerne zur Verfügung. Die Einladungsflyer können Sie sich von der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de herunterladen.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Nächste Mitgliederversammlung am 28. April 2015

Der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Dienstag, dem 28. April 2015,
19.00 Uhr,**

**in das Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen,
Carl-Hamel-Str. 3,
09116 Chemnitz,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode bis 2020 gewählt werden.

Wenn auch Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, möchten wir Sie auch auf diesem Weg noch einmal zur Kandidatur ermuntern. Gern können Sie mit mir unter Telefon-Nr. 0371/216514, E-Mail: chemnitzstadt@slaek.de, Kontakt aufnehmen.

Dr. med. Andreas Bartusch
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Chemnitz (Stadt)

Aufruf

Ehrenamtliche Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht für die Heilberufe in Sachsen für die nächste Amtsperiode 2015 – 2020 gesucht!

Im August 2015 endet die aktuelle Amtsperiode der ehrenamtlichen Richter am Berufsgericht und am Landesberufsgericht für die Heilberufe in Sachsen. Zum 1. September 2015 sind damit Neuberufungen von ehrenamtlichen Richtern erforderlich. Die ehrenamtlichen Richter werden nach Anhörung der jeweiligen Kammer vom Sächsischen Staatsministerium der Justiz für die Dauer von fünf Jahren bestellt. Mit Schreiben vom 25. Februar 2015 hat Selbiges die Sächsische Landesärztekammer um entsprechende Vorschläge für

beide Rechtszüge für die Amtsperiode 2015 – 2020 gebeten.

Das Berufsgericht für Heilberufe entscheidet in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzenden und zwei ehrenamtlichen Richtern. Das Landesberufsgericht wiederum entscheidet in der Besetzung von einem Berufsrichter als Vorsitzenden, einem weiteren Berufsrichter und drei ehrenamtlichen Richtern.

Zum ehrenamtlichen Richter können nach den Regelungen im Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) grundsätzlich alle Mitglieder der Kammer bestellt werden, die das 30. Lebensjahr vollendet haben. Ausschlussgründe finden sich in § 65 SächsHKaG und knüpfen etwa an die parallele Mitarbeit im Vorstand oder im Ausschuss Berufsrecht sowie an die Wählbarkeit in Organen der Kammer,

einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe, einem berufsgerichtlichen Verfahren oder das Ruhen der Approbation an.

Der mit der Tätigkeit als ehrenamtlicher Richter verbundene Aufwand ist überschaubar. In der laufenden Amtsperiode war deren Inanspruchnahme (glücklicherweise) noch gar nicht erforderlich. Der Aufwand für die Tätigkeit wird auf der Grundlage des Justizvergütungs- und entschädigungsgesetzes entschädigt.

Interessenten bitten wir, sich bis zum 30. April 2015 mit Frau Ass. jur. Annette Burkhardt unter der Telefonnummer 0351 8267414 oder per E-Mail unter a.burkhardt@slaek.de in Verbindung zu setzen.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Krebs in Sachsen – Landesbericht des GKR erschienen

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) ist das epidemiologische Krebsregister für die neuen Bundesländer und Berlin. Vor kurzem veröffentlichte das Gemeinsame Krebsregister einen Landesbericht zum aktuellen Krebsgeschehen in Sachsen.

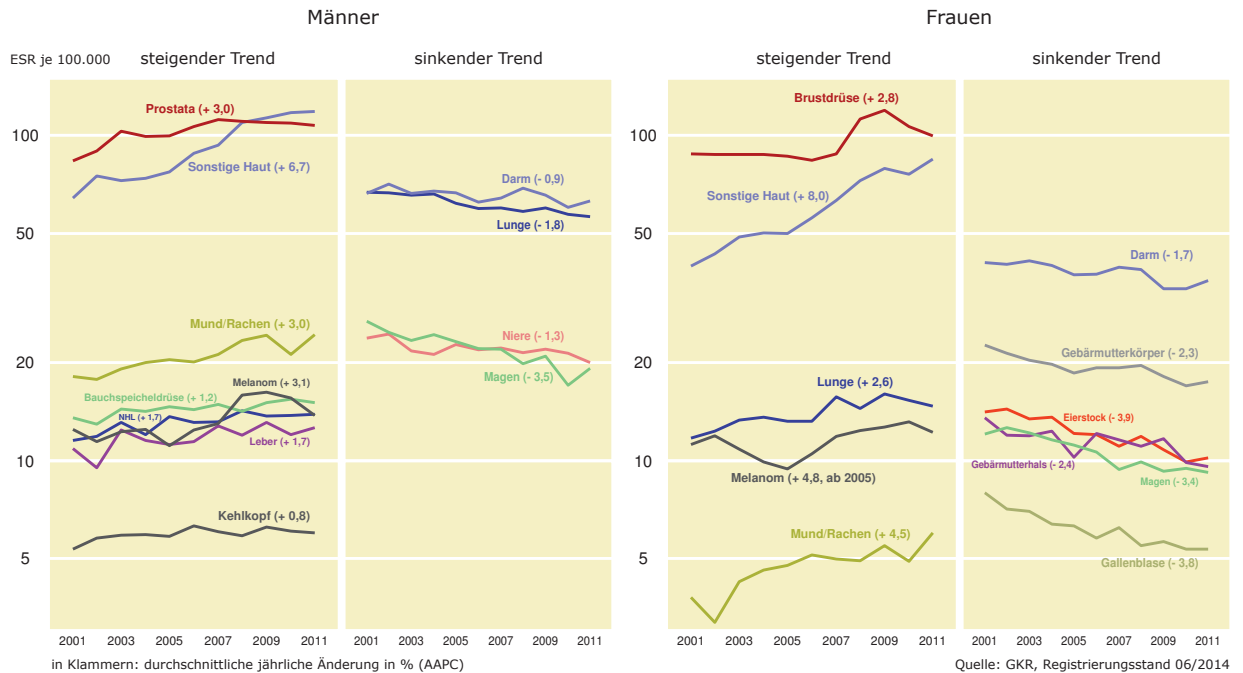
Darin werden ausführliche Daten nicht nur zur Krebsinzidenz und -mortalität in den Jahren 2010 – 2011 vorgelegt, sondern auch zur Präva-

lenz, zur Entwicklung der Überlebensraten und hinsichtlich der zukünftig zu erwartenden Fallzahlen im Freistaat Sachsen. Der Bericht enthält Auswertungen nach Kreisen, die als detaillierte Tabellen und für die wichtigsten Krebserkrankungen als Karten dargestellt werden.

In den Berichtsjahren 2010 – 2011 erkrankten in Sachsen jährlich durchschnittlich 15.123 Männer und 12.067 Frauen an einer bösartigen Neubildung ohne nicht-melanotische Hauttumoren (mit nicht-melanotischen Hauttumoren (ICD10 C44) sind es 19.201 Männer und 15.506

Frauen). Das entspricht einer jährlichen altersadjustierten Neuerkrankungsrate (nach Europastandardbevölkerung, ESR) von 470 pro 100.000 bei Männern und 316 pro 100.000 bei Frauen. Damit liegt die Neuerkrankungsrate in Sachsen bei Männern über und bei Frauen unter der Schätzung für Deutschland, die bei Männern 459 und bei Frauen 347 pro 100.000 beträgt (Quelle: GEKID). Innerhalb der Kreise schwankt die Neuerkrankungsrate bei Männern zwischen 512 im Vogtlandkreis und 442 pro 100.000 im Landkreis Bautzen und bei Frauen zwischen 349

Krebs-Inzidenzentwicklung in Sachsen



in der Stadt Chemnitz und 296 pro 100.000 im Kreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge. Für das Diagnosejahr 2014 erwartet das GKR nach eigener Schätzung bei Männern 16.427 und bei Frauen 12.558 neue Krebserkrankungen (ohne nicht-melanotische Hauttumoren). Während in Sachsen die Krebsinzidenz insgesamt in den letzten zehn Jahren stabil blieb, gibt es unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Lokalisationen. Bei Männern und Frauen sind die Neuerkrankungsraten für maligne Melanome der Haut, sonstige Hauttumoren und Mund-Rachen-Tumoren gestiegen. Bei Frauen stiegen zusätzlich die Brustkrebsinzidenz sowie die Inzidenz von Lungenkrebs und bei Männern die Inzidenz von Prostata- und Leberkrebs. Teilweise erklärt sich der Anstieg durch die Einführung von Screeningmaßnahmen. Andere Lokalisationen traten dagegen in den letzten Jahren immer seltener auf. Bei Männern waren das Lungen-, Darm-, Nieren- und Magenkrebs und bei Frauen unter anderem Darm-, Gebärmutterkörper-, Eierstock-, Gebärmutterhals- und Magenkrebs. Krebs kann in jedem Alter auftreten, am häufigsten jedoch im höheren Lebensalter. Knapp drei Viertel aller Krebserkrankungen in Sachsen

betreffen Menschen, die 60 Jahre und älter sind. Weniger als ein Prozent aller Krebserkrankungen betrifft Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) beträgt bei Männern 70 Jahre und bei Frauen 71 Jahre. Die meisten Neuerkrankungen treten in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen auf. Pro Jahr erhalten in Sachsen 3.169 Männer und 1.815 Frauen dieses Alters eine Krebsdiagnose. Das sind 2,4 Prozent bzw. 1,1 Prozent der Bevölkerung in dieser Altersgruppe. In Sachsen leben fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose im Schnitt noch 60 Prozent der Männer und 63 Prozent der Frauen. Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten haben sich damit in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. In den 1980er-Jahren lagen sie noch bei 27 Prozent bzw. 42 Prozent. Mit verbesserten Überlebensraten steigt auch die Prävalenz in der Bevölkerung. So lebten am 31.12.2011 in Sachsen 66.877 Männer und 62.155 Frauen mit einer in den letzten zehn Jahren diagnostizierten Krebserkrankung (ohne C44). Das entspricht 3,3 Prozent bzw. 2,9 Prozent der Gesamtbevölkerung Sachsens. Dabei entfallen auf die

häufigsten Krebserkrankungen – Prostatakrebs bei den Männern und Brustkrebs bei den Frauen – 24.859 bzw. 25.024 Fälle. Die für den Bericht ausgewerteten Daten stammen größtenteils von Meldungen der Tumorzentren in Sachsen. Hinzu kommen Meldungen von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie Leichenschau-scheine. Der Anteil an Krebsneuerkrankungen, die nur durch Leichenschau-scheine gemeldet wurden, liegt im Bericht bei 8,3 Prozent. Der Bericht kann über die Webseite des Gemeinsamen Krebsregisters (www.berlin.de/GKR) bestellt oder heruntergeladen werden. Dort stehen ebenfalls Landesberichte für Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen zur Verfügung, die zeitgleich veröffentlicht wurden, sowie die Kreisdatenblätter Sachsen 2012 mit den aktuellsten Auswertungen auf Kreisebene.

Ramona Scheufele
Wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Arbeitsgruppe Epidemiologie
Gemeinsames Krebsregister der Bundesländer
Berlin, Brandenburg,
Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt
und der Freistaaten Sachsen und Thüringen
Brodauer Straße 16-22, 12621 Berlin
Tel.: 030 56581 412, Fax: 030 56581 444
ramona.scheufele@gkr.berlin.de
www.krebsregister.berlin.de

Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern in Sachsen

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer hat Anfang März 2015 ihren aktuellen Jahresbericht vorgelegt. 2014 sind dort 359 Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingegangen (2013: 388). In 271 Fällen wurde auf Grund der eingereichten Unterlagen eine Begutachtung wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingeleitet (2013: 278).

Davon wurde in 61 Fällen ein Behandlungsfehler durch die Gutachter festgestellt (2013: 56). Rund 32 Millionen Mal pro Jahr werden Patienten in den ambulanten und stationären Einrichtungen in Sachsen behandelt.

„Jeder Behandlungsfehler ist ein Fehler zu viel, denn hinter jedem Fehler steht auch ein Schicksal.“, so Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Und auch wenn die absolute Zahl der tatsächlichen Behandlungsfehler nicht gestiegen ist, sei die insgesamt geringe Anzahl an Fehlern trotz der extremen Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern und Praxen sowie der zunehmenden Bürokratie im Gesundheitswesen ein Indiz für die verantwortungsvolle Tätigkeit der Ärzte, Schwestern und Pflegekräfte.

Der Vorsitzende der Gutachterstelle, Dr. med. Rainer Kluge, betont, „dass sich der steigende ökonomische Druck bisher nicht in den Zahlen der Gutachterstelle niedergeschlagen hat. Der Grund liegt neben der verantwortungsvollen Tätigkeit des gesamten medizinischen Personals auch am Fehlervermeidungsmanagement der Kliniken. Dennoch kann es zu Fehlern kommen, deren Ursachen man unbedingt auswerten und transparent machen muss, damit diese nicht mehr vorkommen.“

Von den 271 eingeleiteten Begutachtungen entfielen 189 auf den stationären Sektor, 20 auf Klinikambulanzen und 62 auf ambulante Praxen. 114 Anträge betrafen die Fachrichtung Chirurgie, 30 die Orthopädie, 32 die Innere Medizin, 18 die Fachrichtung Gynäkologie/Geburtshilfe, zwölf die Neurologie/Psychiatrie, elf Anträge bezogen sich auf die Allgemeinmedizin, vier auf die Radiologie und fünf auf die Urologie sowie acht Anträge auf das Fachgebiet HNO. Neun entfielen auf die Fachbereiche Anästhesiologie/Intensivmedizin und sechs auf die Augenheilkunde. Des Weiteren wurden zehn Fälle in der Neurochirurgie und ein Fall im Bereich Kinderheilkunde begutachtet. In der Rehabilitation gab es zwei Fälle, in der Pathologie und der Strahlentherapie je einen Fall.

Zu mehr als 60 % sind die Antragsteller anwaltlich vertreten. Die Anerkennungsrate liegt bei etwa 21 %. Mit einem Prozentsatz von 90 bis 95 % sind die Vorgänge mit der Beurteilung durch die Gutachterstelle abgeschlossen. Die Bereitschaft der Ärzte, sich an den Verfahren zu beteiligen und zur Aufklärung beizutragen, ist nach wie vor sehr hoch.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Programmvorschau

Konzert – Festsaal

Sonntag, 10. Mai 2015

11.00 Uhr – Junge Matinee

Musik für Holzblasinstrumente

Sächsisches Landesgymnasium für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 7. Juni 2015

11.00 Uhr – Junge Matinee

Violine plus – Klassisch und Virtuoso

von Beethoven bis Prokofjew

Studierende der Violin-Klasse von

Prof. Annette Unger stellen sich vor.

Hochschule für Musik Carl Maria von

Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Heidrun Rueda

Spannweiten – Malerei und Zeichnung

bis 24. Mai 2015

Jubiläumsausstellung

25 Jahre Sächsische Landesärztekammer

28. Mai bis 26. Juli 2015

Vernissage: Donnerstag,

28. Mai 2015, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,

Kulturjournalistin, Dresden

Bezirksstelle Leipzig der

Sächsischen Landesärztekammer

Braunstraße 16, 04347 Leipzig

Malereien von Beat Toniolo

bis 10. Juni 2015

Durchführung der ärztlichen Leichenschau

Ärztliche Honorarforderungen gemäß Amtlicher Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Aufgabe der Ärztekammer

Eine gesetzliche Aufgabe der Ärztekammern der Länder besteht darin, auf Antrag eines Beteiligten – beispielsweise eines Patienten bzw. dessen Vertreters – eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit einer privat zu begleichenden Honorarforderung gemäß GOÄ abzugeben [§ 12 Abs. 3 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung)].

Für die Prüfung bedarf es der Zustimmung des jeweiligen Zahlungspflichtigen, da eine unmittelbare Rechtsbeziehung zwischen dem Rechnunglegenden Arzt und dem Krankenversicherer oder der Beihilfestelle nicht besteht.

Von großer Bedeutung für die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) ist es, dass sie die eigene Standesvertretung bei Auseinandersetzungen in gebührenrechtlichen Fragen außergerichtlich in Anspruch nehmen können.

Allerdings wird durch die Erteilung einer gutachterlichen Bewertung durch die Ärztekammern der Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten nicht ausgeschlossen. Gutachterliche Beurteilungen der Ärztekammern haben auf Grund ihrer Sach- und Fachkompetenz aber in der Regel nicht nur bei außergerichtlichen, sondern auch bei gerichtlichen Entscheidungsfindungen einen hohen Stellenwert.

An dieser Stelle muss auch darauf verwiesen werden, dass sich eine bundesgesetzliche Gebührentaxe wie die GOÄ nicht ohne weiteres aushebeln lässt. Gerichtsurteile und Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer sollten stets angemessene Beachtung finden, um nicht Gefahr zu laufen, sich mit dem Vorwurf des Abrechnungsbetruges auseinander setzen zu müssen. Auch zu



© Ralf Roletschek / fahrradmonteur.de

Fortbildungsveranstaltungen und von Medien gegenüber der Ärzteschaft gegebene Empfehlungen einer möglichen „Umgehung“ der gesetzlichen Vorgaben hätten durch nicht GOÄ-konforme Rechnungsstellung nichtige Honorarforderungen – und damit unter Umständen finanziellen Verlust für den liquidierenden Arzt – zur Folge.

Abrechnung der Leistungen für die Durchführung der ärztlichen Leichenschau (im Folgenden kurz „Leichenschau“ genannt)

a) Die dringend erforderliche Novellierung der GOÄ mit dem derzeit immer noch geltenden Gebührenverzeichnis mit Stand vom 01.01.1996 wird besonders durch die völlig unterbewerteten und unangemessen vergüteten ärztlichen Leistungen im Rahmen der Leichenschau augenfällig.

Die Prüfung ärztlicher Liquidationen in diesem Bereich umfasst mindestens die Hälfte der jährlich eingehenden Anträge bei der SLÄK. Diese Rechnungsprüfungen gestalten sich auf Grund der bestehenden berufspolitischen Situation oft äußerst kompliziert. So ist die Tatsache extrem eingeschränkter, veralteter Abrechnungsmöglichkeiten der Ärzteschaft kaum noch vermittelbar. Hierin liegt vermutlich auch die hohe Fehlerquote der erstellten Rechnungen begründet.

Im Folgenden sollen daher wichtige Gesichtspunkte zur Rechnungslegung speziell dieser Leistungen gegeben werden.

Die SLÄK orientiert sich bei der Prüfung ärztlicher Liquidationen hauptsächlich an den Ausführungen des Kommentars zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), begründet von Dr. med. D. Brück, fortgeführt von Dr. med. Regina Klakow-Franck (Hrsg.), 3. Auflage, derzeit 28. Ergänzungslieferung, Stand 01.11.2014, Deutscher Ärzte-Verlag Köln.

b)

Im Freistaat Sachsen ist die ärztliche Leichenschaupflicht gemäß § 12 Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz – SächsBestG) geregelt. Nach § 12 Abs. 3 sind

- vorrangig der behandelnde Hausarzt oder aber
- jeder erreichbare ambulant tätige Arzt sowie
- Ärzte im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und
- Fachärzte für Rechtsmedizin verpflichtet. Ärzte, die sich im Rettungsdienst einsatz befinden, können sich auf die Feststellung des Todes und auf seine Dokumentation in einer amtlichen vorläufigen Todesbescheinigung beschränken. Zu einer umfassenden Leichenschau sind diese Ärzte nicht verpflichtet.

Liegt aktuell kein weiterer Rettungsdienst einsatz vor, soll der Arzt die vollständige Leichenschau durchfüh-

ren. Das Rettungsdienstprotokoll ist vom Leichenschauarzt zusammen mit dem Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung zu verschließen und verbleibt bei der Leiche. Beschränkt sich ein im Rettungsdienst einsatz befindlicher Arzt auf die vorläufige Todesbescheinigung und sorgt er nicht selbst dafür, dass ein anderer Arzt die vollständige Leichenschau durchführt, hat dies der nach § 11 Abs. 1 Satz 2 oder der nach § 10 Verantwortliche zu veranlassen. Im Weiteren wird auf den Wortlaut des SächsBestG verwiesen.

c)

Die Abrechnung der Leichenschau ist wie folgt durchzuführen [vgl. Rdnr. 4 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100, Kommentar zur GOÄ von BRÜCK]:

Wurden **vor Eintritt des Todes** andere berechnungsfähige Leistungen (zum Beispiel Hausbesuch, Wiederbelebungsversuch, Wegegeld) erbracht, **so können diese Leistungen bei zu Lebzeiten gesetzlich Krankenversicherten gegenüber der betreffenden Krankenkasse gemäß EBM (über die Kassenärztliche Vereinigung) abgerechnet werden.**

War der Patient bei Eintreffen des Arztes vor Ort noch nicht verstorben und somit noch gesetzlich krankenversichert, sind demnach die in diesem Zeitraum erbrachten ärztlichen Leistungen über die Gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen, nicht jedoch gemäß GOÄ.

War der Verstorbene zu Lebzeiten nicht gesetzlich krankenversichert, **so ist die Rechnung nach GOÄ zu erstellen und an die Erben zu richten.** Als Rechnungsempfänger ist auf der ärztlichen Liquidation stets der zahlungspflichtige erbberechtigte Hinterbliebene – nicht etwa die Anschrift des verstorbenen Patienten oder des Bestattungsunternehmens – anzugeben. Dies ist auch zivilrechtlich geboten, da der Verstorbene nicht mehr als Leistungsschuldner existent und das Bestattungsunternehmen nicht zahlungsverpflichtet ist.

In diesem Fall werden die private Krankenversicherung und/oder Beihilfestellen den Erben die Kosten erstatten.

Die Gebühr für die Leistung nach GOÄ-Nr. 100 – Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes **und** Ausstellung des Leichenschauscheines – steht grundsätzlich dem Arzt zu, der die Leichenschau ausgeführt hat.

Leistungsinhalt der Nr. 100 ist die sichere Feststellung des Todes mit anschließender Ausstellung des Amtlichen Leichenschauscheins. Die **vollständige** ärztliche Leichenschau kann – im Unterschied zur **vorläufigen** Leichenschau – nur bei Vorliegen eines der sicheren Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre oder Fäulnis) erfolgen.

d)

Die Voraussetzungen, wonach eine privatärztliche Rechnung zu erstellen ist und auch zur Zahlung fällig wird,

sind in § 12 GOÄ geregelt. Danach wird die Vergütung fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Bei ausstehenden Honorarforderungen bzw. säumiger Zahlung hat der Arzt die Möglichkeit, ein gerichtliches Mahn- bzw. Inkassoverfahren einzuleiten.

Gemäß § 12 Abs. 2 muss die Rechnung insbesondere

- a. das Datum der Erbringung der Leistung,
 - b. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 - c. bei Gebühren vor vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Mindestbetrag nach § 6 a,
 - d. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 - e. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 EUR, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen
- enthalten. Wird für erbrachte ärztliche Leistungen ein erhöhter Steigerungsfaktor entsprechend der in § 5 GOÄ definierten Gebührenrahmen gewählt, ist auf Folgendes hinzuweisen:

Gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.

Gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ sind die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen durch den Arzt zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.

In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Ferner ist § 12 Abs. 3 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung – zu beachten. Überschreitet danach eine berechnete Gebühr das 2,3-fache des Gebührensatzes, **ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen**; das Gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8-fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15-fache des Gebührensatzes überschritten wird. **Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.**

Sofern vom Arzt erhöhte Steigerungsfaktoren bei der Berechnung von Gebührenpositionen gewählt werden, ist danach **eine entsprechende Kurzbegründung in der ärztlichen Liquidation anzugeben**. Die zur Abrechnung kommenden Leistungen der Leichenschau unterliegen **nicht** der Umsatzsteuerpflicht.

e) Derzeit besteht gemäß den Regelungen der GOÄ für die Durchführung der **vollständigen** ärztlichen Leichenschau **nur die Möglichkeit**, dem Hinterbliebenen

- die GOÄ-Nr. 100, **gegebenenfalls** (in Ausnahmefällen) die GOÄ-Nr. 50,
- die GOÄ-Nrn. 102, 104, 105, 107 gemäß Abschnitt B VII. GOÄ Todesfeststellung,
- bei einer begründeten Berechnungsmöglichkeit zusätzlich die GOÄ-Nr. 50,
- Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62 (Abschnitt B V. GOÄ) und
- Wegegeld gemäß § 8, gegebenenfalls Reiseentschädigung gemäß § 9 GOÄ

in Rechnung zu stellen.

In Abgrenzung dazu kann gemäß Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer eine **vorläufige** Todesbescheinigung mit der GOÄ-Nr. 70 analog für die „Ausstellung eines vorläufigen Leichenscheins“ abgerechnet werden sowie die vorläufige Leichenschau nach GOÄ-Nr. 7 (vgl. Rdnr. 7 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100, Kommentar zur GOÄ von BRÜCK, sowie Deutsches Ärzteblatt (DÄB), Heft 25, 22.01.2001, S. A 1712).

f) Neben der GOÄ-Nr. 100 darf für die Untersuchung eines Toten auch keine andere Untersuchungsleistung des Gebührenverzeichnisses (zum Beispiel Nr. 7 oder 8) berechnet werden. Dies gilt entsprechend für Gesprächsleistungen mit Angehörigen des Verstorbenen oder mit Dritten (zum Beispiel Pflegepersonal). Eine Fremdanamnese nach GOÄ-Nr. 4 kann ebenfalls nicht berechnet werden, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Durchführung dieser „Fremdanamnese“ bereits verstorben war. Die Befragung der Angehörigen ist in diesem Fall Teil der Komplexleistung nach GOÄ-Nr. 100.

Davon zu unterscheiden sind jedoch Leistungen, die nach Zustandekommen eines eigenständigen Behandlungsvertrages bei Angehörigen

erbracht werden, welche im Zusammenhang mit dem Ableben ihres Angehörigen oder Bekannten selbst behandlungsbedürftig geworden sind. Abzurechnen sind diese Leistungen gegenüber dem Behandelten. g)

Nach wie vor gilt gemäß GOÄ, **dass die Berechnung der GOÄ-Nr. 50** – Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung – neben der GOÄ-Nr. 100 **nur unter bestimmten Voraussetzungen, das heißt in Ausnahmefällen, möglich ist.**

In einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (vgl. Deutsches Ärzteblatt (DÄB), 22. Juni 2001, S. A 1711) wird dazu ausgeführt:

„... dass der Besuch nach GOÄ-Nr. 50 immer dann berechnungsfähig ist, wenn es sich nicht oder noch nicht um einen Toten handelt, wenn der Arzt sich zum Beispiel zu der Behandlung eines Kranken außerhalb seiner Arbeitsstätte beziehungsweise Wohnung begibt und zum Zeitpunkt der Anforderung des „Besuches“ durch den Arzt (noch) nicht zweifelsfrei festzustellen war, ob der betreffende Patient bereits gestorben war oder nicht. Ob es sich um einen Kranken oder bereits um einen Verstorbenen handelt, bedarf im Regelfall sachverständiger Feststellung durch den Arzt. Dies gilt auch, wenn die Person bis zum Eintreffen des Arztes zwischenzeitlich gestorben ist und ärztliche Hilfe nicht mehr erforderlich war ...“

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Besuchsgebühr nach der GOÄ-Nr. 50 neben der GOÄ-Nr. 100 berechnungsfähig wäre, hat auch in den Ärztekammern der Länder immer wieder zu Diskussionen geführt. Der Vorstand der SLÄK hat nach eingehender Diskussion bereits in seiner Sitzung vom 06.06.2001 folgenden Beschluss gefasst, der nach wie vor Gültigkeit hat:

„Neben der GOÄ-Nummer 100 ist eine Besuchsgebühr, sei es zu Lasten der Krankenversicherung oder der Erben des Patienten, in all denjenigen Fällen berechnungsfähig, bei

denen der Tod **zum Zeitpunkt der Anmeldung des Besuches nicht eindeutig feststellbar ist** und der Arzt erst durch die Untersuchung den eingetretenen Tod feststellt.

In allen anderen Fällen, in denen der Tod **bei der Anmeldung des Besuches bereits eindeutig eingetreten ist** (unter anderem Mordopfer, Wasserleiche) ist die Besuchsg Gebühr nicht berechnungsfähig.“

Regelmäßig wird daher bei eingehenden Liquidationen **im jeweiligen Einzelfall** geprüft, ob die Möglichkeit der Berechnung der GOÄ-Nr. 50 neben der GOÄ-Nr. 100 gerechtfertigt gewesen ist. Dazu wird der Rechnung legende Arzt um seine Darlegungen zum Sachverhalt gebeten.

Kommt die Berechnung der GOÄ-Nr. 50 nicht in Betracht, besteht für den Arzt auch keine Möglichkeit, daneben Zuschlagleistungen gemäß Abschnitt B V. GOÄ (Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62) abzurechnen. Neben der GOÄ-Nr. 100 allein sind diese Zuschläge **nicht** berechnungsfähig.

Auch eine analoge Anwendung der GOÄ-Nr. 50 im Rahmen der Abrechnung der Leichenschau **ist ausgeschlossen**. Die Bildung einer Analogie bedarf des Fehlens einer eindeutigen gesetzlichen Regelung (sog. planwidrige Regelungslücke).

Eine solche liegt hier nicht vor, da in den beschriebenen Ausnahmefällen eine direkte Berechnung der GOÄ-Nr. 50 möglich ist. Eine „Aufwertung“ zum Regelfall durch eine Analogiebildung ist nicht zulässig.

Einen höheren Aufwand bzw. erschwerte Bedingungen bei der Durchführung der ärztlichen Leichenschau kann der Arzt – wie oben bereits erläutert – nur durch die Wahl eines erhöhten Steigerungsfaktors **mit entsprechender Begründung auf der ärztlichen Liquidation** geltend machen.

h) Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die GOÄ-Nr. 56 – Verweilen ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde – nach den Bestimmungen der GOÄ im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau gegenüber den Hinterbliebenen aus folgendem Grund nicht (auch nicht analog) berechnet werden darf:

Ist es im Zusammenhang mit der Durchführung der Leichenschau erforderlich, auf das Eintreffen der Kriminalpolizei zu warten, so ist die Möglichkeit zur Geltendmachung des Zeitaufwandes nur gegeben, wenn dieses Warten von der Kriminalpolizei selbst veranlasst wurde. **Die Berechnung der Verweilgebühr nach Nr. 56 scheidet aller-**

dings aus, da diese nur berechnungsfähig ist, wenn das Verweilen wegen der Erkrankung erforderlich war. Eine Entschädigung kann daher nur auf der Grundlage des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) gegenüber der Polizeibehörde erfolgen. Je nachdem, ob der Arzt als Zeuge oder als Sachverständiger herangezogen wird, ist die Zeit nach §§ 19 ff. JVEG oder §§ 8 ff. JVEG zu entschädigen (vgl. Rdnr. 6 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100).

i) Gemäß § 8 GOÄ kann der Arzt für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Ferner regeln die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B VII. GOÄ – Todesfeststellung, dass der Arzt für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 GOÄ berechnen kann, wenn er sich zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung begibt. Die verbindlichen Beträge für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes sind gemäß § 8 Abs. 1 Nrn. 1 bis 4 GOÄ ausgewiesen. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxis.

Entsprechend Rdnr. 1 zu § 8 GOÄ sind Wegegebühren festgesetzte Entschädigungen. Dabei ist zu unter-

scheiden zwischen einer auf den zurückgelegten Kilometer bezogenen Entschädigung (Kilometerpauschale) und einer auf einen bestimmten Umkreis um den Praxissitz unabhängigen von den zurückgelegten Kilometern bezogenen Pauschale (Wegepauschale).

Wegegeld ist nicht nur Ersatz für Auslagen (Kosten, Fuhrwerk), sondern gilt auch den Zeitaufwand ab, der mit dem Zurücklegen der Wegstrecke von der Arztpraxis zum Aufenthaltsort des Patienten verbunden ist.

Das Wegegeld nach § 8 GOÄ gilt auch etwaige Kosten für das eigene Kraftfahrzeug des Arztes und für andere Verkehrsmittel ab. **Bis 25 km kann auch bei höheren Kosten des Verkehrsmittels (z. B. Taxi) ein höherer Betrag nicht gefordert werden.**

Bei der Berechnung von Leistungen für die Durchführung der ärztlichen Leichenschau ist auch zu berücksichtigen, ob bereits gegebenenfalls innerhalb des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes Kosten für den Transport an den Arzt gezahlt werden. In diesem Fall kann ein Wegegeld nicht nochmals gegenüber dem Hinterbliebenen eingefordert werden.

j)

Bei der Berechnung von Auslagenersatz gemäß § 10 GOÄ für die Verwendung von Formularen für die Todesbescheinigung ist Folgendes zu beachten:

Die Todesbescheinigung muss auf einem amtlichen Leichenschauvordruck erfolgen, **dessen Ausstellung in der Regel mit der GOÄ-Nr. 100 abgegolten ist** (Rdnr. 2 der Kommentierung zur GOÄ-Nr. 100). Sofern es sich **im Einzelfall** um individuell abzurechnende Formularkosten für den Leichenschauschein handeln sollte, können diese entsprechend einer Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 09.03.2004 nicht dem allgemeinen praxisbezogenen Bürobedarf – der zu den Pra-

xiskosten nach § 4 Abs. 3 GOÄ zählt – zugeordnet werden, sondern erfüllen die Kriterien von Auslagen im Sinne von § 10 GOÄ. Falls das Formular nicht von Dritten unentgeltlich bezogen wird, wäre daher eine gesonderte Berechnung der Formularkosten als Auslagenersatz entsprechend § 10 Abs. 1 GOÄ gerechtfertigt.

Daneben wird darauf aufmerksam gemacht, dass für die Versendung der Arztrechnung Versand- und Portokosten nicht berechnet werden können (§ 10 Abs. 3 GOÄ).

k)

Im Rahmen der gebührenrechtlichen Sachverhaltsprüfung werden dem Rechnung legenden Arzt von Seiten der SLÄK stets die erforderlichen gebührenrechtlichen Abrechnungshinweise gemäß GOÄ übermittelt und zur besseren Information entsprechende Publikationen in Kopie übersandt. Verbunden wird dies mit der Bitte an den Arzt, den Sachverhalt im Rahmen der von ihm durchgeführten Leichenschau aus seiner Sicht zu schildern und – soweit erforderlich – eine korrigierte ärztliche Liquidation gemäß GOÄ auszustellen. Die Rechnungskorrektur wird bei Einverständnis des Arztes mit der schriftlichen gebührenrechtlichen Einschätzung der SLÄK direkt an den Hinterbliebenen weitergeleitet. Zumeist wird der Hinterbliebene gebeten, sich bezüglich eines entstandenen Guthabens mit der Arztpraxis zwecks Rückerstattung des Betrages in Verbindung zu setzen. Dies hat sich in den vergangenen Jahren in den überwiegenden Fällen als bewährte Praxis erwiesen.

Resümee

An dieser Stelle möchten wir darüber informieren, dass sowohl den Patienten/Hinterbliebenen als auch den erstattenden Stellen die veraltete GOÄ häufig Anlass zu Rückfragen und Reklamationen bietet. Die Zahlungspflichtigen sind gehalten, sich jede Rechnung genau anzusehen und falls notwendig Fragen zu stellen. Analoge Bewertungen oder die Berechnung von Individuellen Ge-

sundheitsleistungen (IGeL) beispielsweise erklären sich nicht immer von selbst. Schon aus diesen genannten Gründen ist es sinnvoll, bei der Erstellung der Rechnung auf die gemäß GOÄ vorgegebenen Formalitäten (insbesondere gemäß § 12 GOÄ) zu achten. Wann immer auch Fragen entstehen, ist eine moderate und verständliche Reaktion nicht nur im Hinblick auf das Fortbestehen eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses anzuraten. Die Patienten/Hinterbliebenen stehen oft zwischen Arzt und erstattender Stelle und wissen nicht, wer recht hat. Häufig richtet sich die grundsätzliche Zahlungsbereitschaft der Patienten/Hinterbliebenen nach dem, wie mit ihrer Anfrage umgegangen wird. Ein freundlicher Umgangston sowie eine klare und nach Möglichkeit verbindliche Auskunft haben schon kurzfristig und ohne großen Aufwand zur Befriedung der Situation beitragen können. Auch der Hinweis an Patienten/Hinterbliebene, den Vorgang von einer neutralen Stelle, wie beispielsweise der Ärztekammer, prüfen zu lassen, kann hilfreich sein (vgl. Zum Umgang mit Reklamationen, DÄB, Heft 24, 15.06.2012, S. A 1288).

Abschließend möchten wir zur Thematik der Abrechnung der ärztlichen Leichenschau gemäß GOÄ auf den mit gleichlautender Überschrift veröffentlichten sehr informativen Artikel unter der Rubrik „Arzt und Recht“ im „Ärzteblatt Thüringen“, Ausgabe 10/2013, S. 553/554, aufmerksam machen.

Die Ansprechpartner der SLÄK rund um Abrechnungsfragen der GOÄ sind in der Homepage der SLÄK (www.slaek.de, Suchpfad: Patienten, Patientenberatung und -rechte, Abrechnungsfragen) aufgeführt.

Literatur beim Verfasser

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent
Sächsische Landesärztekammer

Das Referat MFA-Fortbildung stellt sich vor

Nach der Ausbildung kommt die Fortbildung

Im Bereich Fortbildung des Referats Medizinische Fachangestellte wird ein vielfältiges Angebot an Fortbildungen für das Praxispersonal nach der Ausbildung angeboten. Im Hinblick auf den gestiegenen Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen, vor allem auch im hausärztlichen Versorgungsbereich, sind unsere Fortbildungsangebote praxisnah konzipiert. Die Veränderungen im Altersaufbau der Gesellschaft und der Krankheitsarten, aber auch die zunehmende Notwendigkeit der Prävention, machen neue Kursangebote notwendig, die auf der Grundlage von Curricula der Bundesärztekammer basieren. Derzeit werden unter anderem Kurse zur Abrechnung haus- und fachärztlicher Leistungen, zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis, zum Impfen, zu Injektionstechniken, zur Kommunikation und Gesprächsführung und zur allgemeinen Hygiene in der Arztpraxis angeboten. Ebenso finden Reanimations- und EKG-Kurse

sowie fachspezifische Fortbildungen im Wundmanagement und der Palliativmedizin statt.

Seit 2013 wird die Fortbildung „Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPA)“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V auf der Grundlage eines entsprechenden Fortbildungscurriculums der Sächsischen Landesärztekammer angeboten. Diese Qualifikation befähigt zur Durchführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen auch in Abwesenheit des Arztes. Zu dieser Fortbildung ist aufgrund der im vergangenen Jahr zwischen der Bundesärztekammer und dem Deutschen Hausärzteverband/Institut für ärztliche Fortbildung getroffenen Vereinbarung zur Anrechnung der Qualifikation der VERAH auf die NäPA („Memorandum of Understanding“) aktuell eine besonders rege Nachfrage zu verzeichnen.

Gleiches gilt für die Aufstiegsfortbildung zur „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“, die seit 2010 von der Sächsischen Landesärztekammer angeboten wird. Die Fachwirtin erwirbt die Kompetenz, Führungsfunktionen im Team des niedergelassenen Arztes oder anderer ambulanten Einrichtungen wahrzu-



Das Referat MFA-Fortbildung: Frau Eva Marx, Frau Anke Leuner, Frau Maren Schmitz (v.l.)

© SLÄK

nehmen. Derzeit findet bereits der 3. Kurs statt, ein nächster ist für das Jahr 2016 geplant.

Möchten Sie sich im Einzelnen über unsere Fortbildungsangebote informieren, können Sie sich gern an die Mitarbeiter im Referat wenden.

Med. Päd. Eva Marx
Sachbearbeiterin
Tel. 0351 8267 309

Anke Leuner
Sachbearbeiterin
Tel. 0351 8267 378

Maren Schmitz
Sachbearbeiterin
Tel. 0351 8267 376

Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?

Das sollten Sie wissen!

Im Ausbildungsvertrag von Medizinischen Fachangestellten wird eine Dauer der Ausbildung von drei Jahren vereinbart, aber dies bedeutet nicht in jedem Fall, dass das Ausbildungsverhältnis tatsächlich zu diesem Zeitpunkt endet.

1. Grundsätzlich gilt:

Das Berufsausbildungsverhältnis endet automatisch mit dem Ablauf der vertraglich vereinbarten Ausbildungszeit (§ 21 Abs. 1 BBiG). Dies gilt auch dann, wenn die Prüfung erst später abgelegt oder bestanden oder nicht bestanden wird.

2. Keine Regel ohne Ausnahmen:

2.1. Prüfung findet vor dem Ende der vereinbarten Ausbildungszeit statt:

a) Prüfling besteht

Bestehen Auszubildende vor Ablauf der Ausbildungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungsverhältnis mit offizieller Bekanntgabe des Ergebnisses durch

den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 BBiG). Absolviert der Auszubildende erfolgreich die Abschlussprüfung, hat er nachgewiesen, dass er alle für den Beruf erforderlichen Kompetenzen erworben hat.

Wird der Auszubildende nach Mitteilung des Bestehens der Prüfung mit Kenntnis des ausbildenden Arztes

weiterhin für diesen tätig, hat er zum einen Anspruch auf eine entsprechende Vergütung. Zum anderen entsteht ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde (§ 24 BBiG).

b) Prüfling besteht nicht

Bestehen Auszubildende die Abschlussprüfung nicht, so verlängert sich das Berufsausbildungsverhältnis auf ihr Verlangen bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens jedoch um ein Jahr (§ 21 Abs. 3 BBiG). Die nächstmögliche Wiederholungsprüfung ist die nächste auf die erfolglos verlaufene Abschlussprüfung folgende Prüfung. Für die Weiterbeschäftigung ist ausschließlich maßgeblich, dass der Auszubildende dies verlangt. Dies kann auch mündlich geschehen. Der ausbildende Arzt muss die Entscheidung des Auszubildenden akzeptieren, ihn weiter beschäftigen und natürlich auch die Ausbildungsvergütung bezahlen.

2.2. Prüfung findet nach dem Ende der vereinbarten Ausbildungszeit statt:

Der ausbildende Arzt ist grundsätzlich nicht zur Weiterbeschäftigung bis zum Prüfungstermin verpflichtet, da er seiner vertraglichen Pflicht vollumfänglich nachgekommen ist. Arbeitet der Auszubildende jedoch weiterhin für den Ausbilder, entsteht ein Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf die für die ausgeübte Tätigkeit übliche Vergütung.

Besteht der Auszubildende die Prüfung nicht und verlangt die Verlängerung, entsteht das bereits beendete Ausbildungsverhältnis ab dem Zeitpunkt des Verlangens von Neuem. Im Übrigen gilt Ziffer 2.1. b).

3. FAQ „Verlängerungsjahr“

Was passiert, ...

wenn der Auszubildende auch die Wiederholungsprüfung nicht besteht?

Die Verlängerung läuft bis zum Ablauf des Verlängerungsjahres wei-

ter, wenn der Auszubildende darauf besteht. Dies gilt selbst dann, wenn eine erneute Wiederholungsprüfung bis zum Abschluss des Verlängerungsjahres nicht möglich ist.

wenn der Auszubildende an der Wiederholungsprüfung nicht teilnimmt,

...obwohl er das könnte?

Das Ausbildungsverhältnis endet mit Beginn dieser Prüfung.

... ohne dass ihn ein Verschulden trifft (z. B. bei Krankheit)?

Das Ausbildungsverhältnis endet mit Ablauf des Verlängerungsjahres.

Welche Vergütung muss der Auszubildende zahlen?

Die Höhe der Vergütung entspricht der zuletzt gewährten (Ausbildungsvergütung 3. Lehrjahr).

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin MFA

Feststellung Gleichwertigkeit für MFA-Abschlüsse

Öffentlich-rechtlicher Vertrag zur Übertragung der Aufgabe der Feststellung der Gleichwertigkeit im Ausland erworbener Berufsqualifikationen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Ärztekammer Westfalen-Lippe abgeschlossen

Seit dem 1. April 2012 haben alle Personen mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss einen Anspruch auf Überprüfung der Gleichwertigkeit ihrer im Ausland

erworbenen Berufsqualifikationen mit einem deutschen Berufsabschluss.

Gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 6 Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) ist es Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer, diese Gleichwertigkeit in Bezug auf den Berufsabschluss der Medizinischen Fachangestellten bei einer geplanten Erwerbstätigkeit in Sachsen festzustellen.

Im Sinne einer einheitlichen Vorgehensweise im Bundesgebiet hat die Sächsische Landesärztekammer diese Aufgabe gemäß § 8 Abs. 5 BQFG mit öffentlich-rechtlichem Vertrag ab dem 1. Januar 2015 an die Ärztekammer Westfalen-Lippe übertragen.

Diese hat die entsprechende Aufgabe für aktuell 13 Landesärztekammern übernommen. Die Genehmigungen der Aufsichtsbehörden beider Bundesländer liegen vor.

Die Antragsteller können sich mit ihrem Anliegen zunächst an die Sächsische Landesärztekammer, Referat MFA, Frau Hartmann, Tel. 0351 8267 170, wenden. Sie erhalten dort weitere Informationen zu den Ansprechpartnern bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe und zum Verfahren der Antragstellung.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

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			
15/C021	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ZB Allergologie	Chemnitz, Stadt	24.04.2015
15/C022	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (hälfziger Versorgungsauftrag)	Chemnitz, Stadt	24.04.2015
15/C023	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/Tiefenpsychologie (hälfziger Versorgungsauftrag)	Döbeln	24.04.2015

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			
15/D008	Nervenheilkunde (hälfziger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.04.2015
15/D009	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Dresden, Stadt	24.04.2015
15/D010	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Dresden, Stadt	11.05.2015
15/D011	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (hälfziger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.04.2015
15/D012	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie (hälfziger Versorgungsauftrag)	Dresden, Stadt	24.04.2015
15/D013	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (hälfziger Versorgungsauftrag)	Görlitz, Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.04.2015
15/D014	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	11.05.2015
15/D015	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Löbau-Zittau	11.05.2015
15/D016	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Weißeritzkreis	24.04.2015

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
Hausärztliche Versorgung			
15/L013	Allgemeinmedizin*)	Borna	11.05.2015
15/L014	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	11.05.2015
15/L015	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.05.2015
15/L016	Praktischer Arzt*)	Markkleeberg	24.04.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/L017	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	11.05.2015
15/L018	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	11.05.2015
15/L019	Chirurgie	Leipziger Land	11.05.2015
15/L020	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	Leipzig, Stadt	11.05.2015

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz


Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Auerbach (in Auerbach)	geplante Abgabe: 3. Quartal 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*)	Dresden (in Dresden-Bühlau)	Abgabe: baldmöglichst
Innere Medizin*)	Löbau (in Bernstadt a.d.Eigen)	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky (in Kodersdorf)	Abgabe: 01.02.2016

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

 <p>Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts</p>	<p>Informationen Vorträge Konzerte Ausstellungen Besuchen Sie uns auf der Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Termine und Informationen unter www.slaek.de oder bei Facebook.</p>
---	--

Update Hygienische Händedesinfektion

L. Jatzwauk, Th. Knetschke

1. Einleitung

Händedesinfektion ist keine behördlich angeordnete Last, sondern gehört zur ärztlichen Sorgfaltspflicht. Untersuchungen der letzten 20 Jahre haben ergeben, dass eine ungenügende Händedesinfektion für einen großen (den überwiegenden) Teil der Krankenhausinfektionen verantwortlich ist. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Kampagne „Clean care is safer care“ die Händehygiene als eines von fünf vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. In Deutschland wird seit dem 1. Januar 2008 die „Aktion saubere Hände“ unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Ziel ist es, die Händedesinfektion als entscheidenden hygienischen Qualitätsparameter fest in den klinischen Alltag zu integrieren.

Grundlegende Elemente der „Aktion saubere Hände“ (www.aktion-sauberehaende.de) sind:

- klare und einfache Richtlinien zur Händedesinfektion
- Anwendungsschulungen
- Bereitstellung von Händedesinfektionsmöglichkeiten an jedem Patientenbett (an jedem ambulanten medizinischen Arbeitsplatz)
- Messung der Verbrauchsmengen an Händedesinfektionsmittel

- systematische Erfassung und Bewertung zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion

Bei der Arbeit am Patienten sind die Hände mitunter die wichtigsten Arbeitsinstrumente. Bei häufiger Kontaktaufnahme mit dem Patienten sind die Hände gleichzeitig auch die bedeutendsten Überträger von Infektionserregern (1). Hände sind ständig mit der individuellen physiologischen Hautflora besiedelt. Zusätzlich finden sich auf den Händen des medizinischen Personals vorübergehend auch (apathogene und pathogene) Mikroorganismen der Patienten, zum Beispiel Eitererreger, im Blut persistierende Viren oder Hefen aus dem Respirationstrakt. Viren wurden in zahlreichen Studien an den Händen medizinischen Personals nachgewiesen. Im akuten virämischen Stadium eines HBV-Carriers können pro Milliliter Blut etwa 5×10^8 infektiöse Einheiten enthalten sein (2). HCV-Virus ist im Blut eines infizierten Patienten immerhin noch in Konzentrationen von 10^4 bis 10^7 infektiösen Einheiten pro Milliliter nachweisbar (3). Trotz aseptischen Arbeitens und des Tragens von Schutzhandschuhen ist eine Kontamination der Hände oft unvermeidbar. So wurde in einer Dialyseeinheit an 24 % der Abstrichproben von den Händen der Mitarbeiter nach Behandlung eines HCV-positiven Patienten HCV-RNA nachgewiesen (4). Adenoviren hingegen konnten an den Händen medizinischen Personals während eines Ausbruchs von Keratokonjunktivitis epidemica isoliert werden (5), Rhinoviren bei

fast 65 % des Personals, welches angab, gerade erkältet zu sein (6). Es dürfte allgemein bekannt sein, dass eine bessere hygienische Händedesinfektion die Übertragung potenziell pathogener Erreger auf den Patienten und auf die Mitarbeiter verhindern kann und damit auch die Entstehung von Infektionen bei Patienten minimiert (Tab.1).

Bei der Durchführung der hygienischen Händedesinfektion haben sich in den letzten Jahren wesentliche Veränderungen durchgesetzt.

2. Weitestgehender Verzicht auf das Waschen der Hände während des unmittelbaren Patientenkontakts

Während noch vor 20 Jahren das Waschen der Hände im Sinne des langjährigen Dogmas: „Erst desinfizieren, dann Waschen“ als obligatorischer Bestandteil der hygienischen Händedesinfektion galt, sollte dies heute eine Ausnahme sein. Bei fehlender sichtbarer Kontamination genügt die Benutzung eines alkoholischen Händedesinfektionsmittels. Dazu hat vor allem auch das Tragen von Schutzhandschuhen beigetragen. Der Sinn des Händewaschens mit Wasser und Seife besteht nur noch darin, sichtbare Verschmutzungen (zum Beispiel nach Perforation des Schutzhandschuhs) zu entfernen. Die Indikationen zum Händewaschen sind daher deutlich seltener als im Allgemeinen angenommen wird.

Indikationen zum Waschen der Hände

- Vor dem Arbeitsbeginn

Tab. 1: Zusammenhang zwischen der Durchführung der Händedesinfektion und der Häufigkeit von Krankenhausinfektionen bzw. multiresistenter Erreger (8)

Autor	Bereich	Compliance der Händehygiene		NI*/MRE** -Rate pro 1000 Patiententage	
		vor Intervention	nach Intervention	vor Intervention	nach Intervention
Pessoa-Silva 2007	Intensivmedizin	42%	54%	11%	8%
Lam 2004	Intensivmedizin	40%	56%	11%	6%
Swoboda 2004	Wachstation	19%	24%	9%	6%
Won 2004	Intensivstation	43%	80%	15%	10%
Pittet 2000	gesamtes Krankenhaus	48%	66%	17%	10%

NI*.....Nosokomiale Infektionen (Krankenhausinfektionen)

MRE**... Multiresistente Erreger



Abb. 1: Händedesinfektionsmittelspender am Patientenbett
© Jatzwauk

- Zur Entfernung sichtbarer Verschmutzungen durch Exkrete oder Sekrete (zum Beispiel nach Perforation der Schutzhandschuhe)
- Zur Entfernung von Schweiß (zum Beispiel nach längerem Arbeiten mit Schutzhandschuhen)
- Nach der Toilettenbenutzung
- Vor Speiseneinnahme
- Nach Arbeitsende

Das Abwaschen sichtbarer Verschmutzungen der Hände durch potenziell infektiöse Materialien soll ausdrücklich vor und nicht nach der Händedesinfektion erfolgen (8,15). Für die Händereinigung sind fließendes Wasser, Flüssigseife und Handtücher zum Einmalgebrauch (Papier, Textil) notwendig. Frottierhandtücher

zum Mehrfachgebrauch gelten heute in der Medizin selbst bei personenbezogener Nutzung als obsolet. Antimikrobielle Seifen reinigen die Haut nicht besser als einfache Seifen (22).

Dem eingeschränkten Nutzen des Händewaschens stehen Risiken für irritative Hautveränderungen und Handekzeme gegenüber (8). Ursache ist der Verlust von Fetten sowie wasserbindenden Faktoren der Haut durch zu häufiges Händewaschen. Alkoholische Händedesinfektionsmittel verringern die Keimzahl von Mikroorganismen auf der Haut schneller und wirksamer als das Waschen mit Wasser und Seife (Tab. 2).

3. Indikationen zur Händedesinfektion

Die Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion wurden im Rahmen der „Aktion saubere Hände“ nochmals genau definiert. Die Desinfektion wird grundsätzlich auch ausgeführt, wenn für die Maßnahme (sterile oder unsterile) Einweg-Handschuhe getragen werden.

Indikationen zur Händedesinfektion

- vor jedem Patientenkontakt, insbesondere vor Kontakt mit Patienten, die im besonderen Maße vor Infektionen geschützt werden müssen
- vor jeder aseptischen Tätigkeit (Verbandwechsel, Kontakt mit

Eintrittsstellen von Kathetern oder Drainagen, invasive Eingriffe wie das Legen eines Venenkatheters, Blasenkateters, Durchführung einer Angiographie, Bronchoskopie, Endoskopie des Magen-Darmtraktes, Lumbalpunktion)

- nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material (Blut, Sekreten oder Exkreten), kontaminierten Flächen oder Gegenständen wie Beatmungszubehör, Steckbcken, Arbeitsflächen
- nach jedem Patientenkontakt (da eine Kolonisation beispielsweise mit multiresistenten Erregern bereits vorliegen kann)
- nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung

Diese Indikationen sollten im Hygieneplan des Krankenhauses oder der Praxis eindeutig definiert sein und in der täglichen Routine gelebt werden.

Compliance-fördernde Faktoren sind:

- die Produkt-Akzeptanz des Händedesinfektionsmittels (Hautverträglichkeit, Geruch, Rückstände)
- Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln „am Ort des Geschehens“
- Fortbildungen zur Händehygiene
- Vorbild von Vorgesetzten und Autoritäten
- eine ausgewogene Personal-Patienten-Relation (Personalschlüssel).

Tab. 2: Antimikrobielle Wirksamkeit von Händewaschen und Händedesinfektion (16, 17)

Maßnahme	Dauer	Mikroorganismus	Mittlere Reduktion um ca. log ₁₀ -Stufen (Zehnerpotenzen)
Waschen mit Wasser und Seife	3 Minuten	Residente Hautflora	0,4
Desinfektion	3 Minuten	Residente Hautflora	2,7
Waschen mit Wasser und Seife	30 Sekunden	Escherichia coli	2,6
		Staphylococcus aureus Bakteriensporen	2
Desinfektion	30 Sekunden	Escherichia coli	4,6
		Staphylococcus aureus	6,5
		Pseudomonas aeruginosa	6,7
		Enterococcus faecium	6,5



Abb. 2: Zwei Sichtbare Benetzungslücken (Uhr, Ringfinger unter UV-Licht bei Einsatz fluoreszierender Präparate)

© Jatzwauk

4. Wirksame und verträgliche Händedesinfektionsmittel

Zur hygienischen Händedesinfektion sind Präparate auf der Basis von kurzkettigen Alkoholen (zum Beispiel Ethanol, Propanol, Isopropanol), wegen ihrer guten Hautverträglichkeit und der schnell eintretenden (30 Sekunden) bakteriziden, fungiziden und (begrenzt) viruziden Wirksamkeit bislang ohne echte Alternative. Da alkoholische Desinfektionsmittel der Haut Fette und auch Wasser entziehen und dadurch gegebenenfalls bei häufiger Anwendung zu Hautschäden führen, enthalten kommerziell verfügbare Einreibepreparate rückfettende und hautpflegende Zusatzstoffe.

In Deutschland sind Händedesinfektionsmittel Arzneimittel. Sie werden vom „Verbund für Angewandte Hygiene (VAH)“ auf Wirksamkeit geprüft und sind in der sogenannten „VAH-Liste“ aufgeführt.

Nur ein sehr begrenztes Spektrum von Infektionserregern wird nicht von der Wirksamkeit üblicher Händedesinfektionsmittel abgedeckt. Dazu zählen unbehüllte hydrophile Viren wie zum Beispiel das Norovirus, das Hepatitis-A- und E-Virus sowie das Humane Papilloma-Virus. Zur schnellen Inaktivierung dieser Viren sind als „viruzid“ deklarierte Händedesinfektionsmittel notwendig. Die übrigen Händedesinfektionsmittel werden als „begrenzt viruzid“ deklariert und sind für die tägliche Anwendung ausreichend.

Bislang existiert kein gelistetes Händedesinfektionsmittel, das zu einer sicheren Abtötung von Endosporen von *Clostridium perfringens*, *Clostridium tetani* und *Clostridium difficile* führt.

5. Anwendungstechnik

Händedesinfektionsmittel sind aus geeigneten Spendern zu entnehmen. Möglichst patientennah angebrachte Spender für Händedesinfektionsmittel sind optimal (Abb.1).

Ob ein Umfüllen von Händedesinfektionsmitteln zur hygienischen Händedesinfektion aus Kanistern in Wandspender zulässig ist, ist umstritten. Zumindest wird diese Verfahrenspraxis von den Überwachungsbehörden in Sachsen regelmäßig beanstandet.

Bis auf eine Ausnahme haben alle Händedesinfektionsmittel seit kurzem wie andere Arzneimittel nach Anbruch eine Verwendbarkeitsfrist von sechs (teilweise 12) Monaten. Danach sollen die Mittel ausgetauscht werden. Daher ist jedes Händedesinfektionsmittel mit einem Anbruchsdatum zu versehen.

Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Händedesinfektion ist es, beide Hände vollständig zu benetzen. Für eine gute Benetzungsqualität sind sowohl eine ausreichende Menge Desinfektionsmittel als auch eine gute Einreibetechnik erforderlich. Im Hinblick auf die Technik der Händedesinfektion schnitt eine eigenverantwortliche Applikationstechnik am besten ab („Die Hände sind an jeder Stelle gründlich zu benetzen, gleich

wie und in welcher Reihenfolge“ 19). Zum Erlernen der Technik der Händedesinfektion sind die bekannten Schritte gemäß DIN EN 1500 (18) aber durchaus geeignet. Wichtig ist, soviel Desinfektionsmittel aus einem Spender zu entnehmen, dass die Hände über 30 Sekunden feucht gehalten werden und die individuelle Einreibemethode regelmäßig zu trainieren (Abb. 2).

Unter Fingerringen (auch Eheringen) ist die Koloniezahl transienter Bakterien erhöht (10,11). Nach Anlegen von Ringen aller Art ist die Händedesinfektion schlechter wirksam (12). Ringe mit Schliff oder Stein perforieren Schutzhandschuhe. Daher fordern das Robert-Koch-Institut, die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sowie die Berufsgenossenschaften in den jeweiligen Empfehlungen zur Handhygiene, dass bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden dürfen (9,13). Am Patienten tätige Mitarbeiter sollten auch keine künstlichen Fingernägel tragen, da diese mit Infektionen vor allem durch bakterielle Erreger assoziiert sind (14).

6. Hautpflege und Hautschutz

Im Gegensatz zur weit verbreiteten Meinung, dass alkoholische Händedesinfektionsmittel häufig Irritationen und allergische Kontaktekzeme der Haut hervorrufen, werden diese tatsächlich nur selten durch Hände-

desinfektionsmittel verursacht. Selbst bei intensiver und häufiger Händedesinfektion wird die Hautbarriere nur minimal beeinträchtigt und die Hautfeuchtigkeit nur geringfügig reduziert. Allergien gegenüber Inhaltsstoffen aus Händedesinfektionsmitteln sind selten (20). Es ist empfehlenswert, Händedesinfektionsmittel ohne Zusatz von Farbstoffen und Parfüm zu verwenden. Eine richtig praktizierte Hautpflege beim Umgang mit den potenziell irritativen Händedesinfektionsmitteln kann Hautschäden verhindern bzw. minimieren. Hautschutz- und Hautpflegepräparate sind vom Arbeitgeber

zur Verfügung zu stellen. Erstere sollten vor Arbeitsbeginn, nach Pausen, vor Feuchtarbeiten sowie vor längerem Handschuhtragen angewendet werden. Damit kann die Widerstandsfähigkeit der Haut gegen Aufquellen und Austrocknung sowie eine Barrierschädigung der Haut verringert werden. In Pausen und nach der Arbeit sollen Pflegecremes helfen, die Regeneration der Haut zu beschleunigen. Da manche Mittel durch ihre Inhaltsstoffe eine dermale Penetration von Irritantien unterstützen können, sollten diese Pflegecremes vorzugsweise nach der Arbeit aufgetragen werden. In jeder medizini-

schen Einrichtung ist dazu ein Hautschutzplan zu erarbeiten, der über verfügbare Produkte und ihre Anwendung informiert (21).

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil.
Lutz Jatzwauk
Dr. Thomas Knetschke
Bereich Krankenhaushygiene und
Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Uni Leipzig: Evaluation des Praktischen Jahres

Die Universität Leipzig führte 2013/2014 wieder eine Evaluation unter den Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ) durch. Von den 929 verschickten Fragebögen wurden 388 beantwortet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 41,8 %. Die beste Bewertung erhielt dabei das PJ im Bereich Allgemeinmedizin mit einer Note von 1,3. Es folgen das Klinikum Altenburger Land, die Medica-Klinik und das Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau, mit jeweils einer Gesamtnote von 1,7. Drei Einrichtungen erhielten die Note 1,8: das Klinikum Döbeln, das Herzzentrum Leipzig und das HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen.

Das Klinikum St. Georg wurde mit einer 1,9 bewertet. Vier Krankenhäuser erhielten eine 2,0: Zum einen das Erzgebirgsklinikum Annaberg, das Helios-Klinikum Borna, das Universitätsklinikum Leipzig (klinisch-theoretische Fachbereiche) und zuletzt die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz. Das Evangelische Diakonissenkrankenhaus Leipzig und das Universitätsklinikum Leipzig wurden mit einer 2,3 bewertet. Am besten schnitt im Universitätsklinikum Leipzig dabei die Psychiatrie/Psychotherapie mit einer 1,3 ab. Dicht darauf folgen die Nephrologie und die Radiologie, welche beide die Note 1,4 erhielten. Mit einer 1,5 wurden die Anästhesiologie, die HNO, MGK-Chirurgie und die Nuklearmedizin bewertet. Die Neurologie und Pädiatrie erhielten beide die Note 1,7. Die Pneumologie wurde mit einer 1,9

bewertet. Am schlechtesten im Universitätsklinikum Leipzig schnitten die Gastroenterologie mit einer Note von 3,6, die Unfallchirurgie, Note 4,1 und die Psychosomatik/Psychotherapie, Note 4,5, ab.

Mit einer Gesamtnote von 2,4 folgt das St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig. Dicht darauf das Klinikum Chemnitz, welches mit einer 2,5 bewertet wurde. Weit am schlechtesten in der Bewertung schnitt das Parkkrankenhaus Leipzig ab. Es erreichte in der Gesamtnote nur eine 3,1.

Die detaillierte Auswertung finden Sie hier: https://student.uniklinikum-leipzig.de/studium/files/pj_evaluation_2013_14.pdf.

Sophie Pieper
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



On Tour  **ÄRZTE SACHSEN**

9. Mai 2015: Vogtland

Medizinstudierende entdecken künftige Arbeitsbereiche außerhalb der universitären Zentren

Stationen:

- Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
- Mittagessen mit der Bürgermeisterin
- Besuch einer Hausarztpraxis im Höhenluftkurort Grünbach

Die Teilnahme ist für Medizinstudierende kostenlos.

Anmeldung und weitere Infos unter www.aerzte-fuer-sachsen.de

44. Symposium für Juristen und Ärzte

Am 20. und 21. Februar 2015 fand das 44. Symposium für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin statt.

Das Thema des auch in diesem Jahr wieder gut besuchten Symposiums lautete „Ausübung der Heilkunde – durch wen und wie? Delegation, Substitution, Assistenz ärztlicher Leistungen.“ Hinter diesen Schlagworten verbergen sich Themen, die aus den aktuellen politischen Diskussionen nicht mehr wegzudenken sind. Die Referenten haben Ziele und Folgen von Delegation/Substitution, rechtliche Implikationen, praktische Probleme und Abrechnungsfolgen thematisiert.

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichsten Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Das Berufsbild des Arztes wird hiervon wesentlich geprägt. Persönliche Leistungserbringung wird in nahezu allen Rechtsgebieten, die im Rahmen der Patientenbehandlung tangiert werden, geregelt. So ist das Berufs-, Sozial-, Straf- und Zivilrecht gleichermaßen Rechtsarena, wenn es zu Änderungen im Recht der persönlichen Leistungserbringung kommen soll. Persönliche Leistungserbringung bedeutet jedoch nicht, dass der Arzt sämtliche Leistungen höchstpersönlich erbringen muss. Erforderlich ist aber, dass er dann bei der Einbeziehung nichtärztlicher und ärztlicher Mitarbeiter jedoch leitend und eigenverantwortlich tätig ist. Ausgangspunkt der juristischen Herleitung bei der Diskussion um Delegation und Substitution ist stets der Definitionsversuch von Heilkunde und bei Feststellung einer solchen die Identifizierung sogenannter höchstpersönlicher Leistungen des Arztes. Das sind insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidung über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen

operativer Eingriffe. Kommt eine Delegation in Betracht, so ist, abhängig davon, auf wen delegiert wird, an die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht zu denken. Erbringen beispielsweise nichtärztliche Mitarbeiter delegierbare Leistungen, so ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Um aber den Anforderungen einer modernen Arbeitsteilung, auch unter Berücksichtigung zunehmenden Ärztemangels, demografischer Herausforderungen und zunehmender Spezialisierungen moderner Behandlungsverfahren (auch unter Zuhilfenahme telemedizinischer Möglichkeiten) zu genügen, werden Modelle diskutiert, die rechtssicher und justizabel sind. Die Referenten widmeten sich diesen Herausforderungen in ärztlicher, juristischer und berufspolitischer Sicht. Auch Patientenvertreter sowie Angehörige nichtärztlicher Fachberufe referierten zum Thema. Einen Schwerpunkt setzte das Symposium bei der Bewertung aktueller bundesgesetzlicher Bestrebungen. So wurde bewertet, ob insbesondere die Delegationsvereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV Spitzenverband nach Anlage 8 bzw. 24 des Bundesmantelvertrages Ärzte, die Herausforderungen der Zukunft meistern bzw. begleiten können. Festzustellen ist, dass bereits die berufs- und sozialrechtlichen Delegationsvoraussetzungen keine Lockerung des Arztvorbehalts in Diagnostik und Therapie vorsehen, was nach Ansicht der Verfasser der therapeutischen und diagnostischen Gesamtverantwortung des Arztes auch in haftungsrechtlicher Hinsicht gerecht wird.

In seinem Einführungsreferat „Was sind Heilkunde, Delegation, Substitution, Assistenz?“ wies Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz unter anderem darauf hin, dass mehr Klinik- und Vertragsärzte aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden als neue hinzukommen. Die Arbeitsverdichtung auf allen Ebenen nimmt zu. Dazu kommen die steigende Multimorbidität sowie der deutliche Anstieg älterer Patienten. Die Schere ist inzwischen so weit geöffnet, dass die Probleme kaum

noch zu lösen sind und in die Lücken die Akademisierung nichtärztlicher Gesundheitsberufe drängt.

Aus ärztlicher Sicht stellt sich die Frage, welche Vorteile oder Risiken dadurch für die sachgerechte Betreuung unserer Patienten entstehen.

Dass ärztliche Tätigkeit heute ohne Delegation bestimmter Leistungen praktisch nicht mehr möglich ist, darüber besteht weitestgehend Einigkeit.

Anders sieht es bei der Substitution ärztlicher Tätigkeiten aus. Diese wird zurzeit noch fachübergreifend abgelehnt.

Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen/Lippe, sieht in einer Einführung einer nichtärztlichen Versorgungsebene den Einstieg in eine Zweiklassen-Medizin. Die geplanten akademischen Pflegeberufe von zehn % würden das Gesundheitssystem zusätzlich verteuern. Aus pflegerischer Sicht warb Thomas Meißner, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Pflegerates, dafür, die Versorgung unserer Patienten mehr an den Erfordernissen und Bedürfnissen zu messen und nicht an überholten und starren Strukturen festzuhalten. Es müsse um Expertise und Kompetenz, nicht um Festhalten an Hierarchien gehen. Er fordert starke Netzwerke und mehr gegenseitig akzeptierte Multiprofessionalität ein. Zur Frage der Delegation und Substitution im ärztlichen Alltag waren mehrere Vorträge von Bedeutung.

So wies Dr. med. Klaus Strömer, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen, darauf hin, dass auf seinem Fachgebiet viele Tätigkeiten delegierbar seien, eine Umfrage unter den Dermatologen aber ergeben habe, dass ärztliche Tätigkeiten durchaus schon substituiert werden! Im Spannungsfeld zwischen Augenärzten und Augenoptikern besteht ein weiteres Konfliktfeld. Darauf ging Prof. Bernd Bertram, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e.V., ein. Seiner Meinung nach streben die Optometristen eine Verselbständigung ihrer Tätigkeit an, mit dem Ziel der Substitution von Augenärzten. Dafür rüsten sie, über die Industrie gesteuert, gerätetechnisch kostenin-

tensiv auf. Prof. Bertram stellte unmissverständlich klar, dass Optiker (Gesundheits)-Handwerker sind.

Die elementaren Grundsätze der Heilkunde verbieten eine Delegation oder Substitution einzelner Leistungen auf Optiker, insbesondere die Interpretation bildgebender Verfahren. Er hob völlig zurecht hervor, dass die schwierigste Diagnose „Normalbefund“ darstellt.

Ein drittes Spannungsfeld stellt die HNO-ärztliche Tätigkeit und das Verhältnis zu den Hörgeräteakustikern dar.

Während Dr. med. Jan Löher, Landesvorsitzender des Berufsverbandes HNO Schleswig-Holstein, darauf verwies, dass ohne Arztvorbehalt keine Diagnose, keine Kontrolle über Komplikationen durch Hörgeräte und zuständige Kostenträger sowie Qualitätssicherheit möglich ist, war Jakob Stephan Baschab, Hauptgeschäftsführer der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, der Meinung,

Aufhebung der Rezeptpflicht für die „Pille danach“

Seit dem 15. März 2015 dürfen vier Präparate mit den Wirkstoffen Uripristalacetat und Levonorgestrel rezeptfrei in der Apotheke abgegeben werden. Damit folgte der Bundesrat den Regelungen in praktisch allen anderen Ländern der EU gegen den Widerstand der Deutschen Verbände der Frauenärzte und Fort-

dass nach der Erstverordnung durch den HNO-Arzt, die Anpassung, Kontrolle, Abnahme und die Folgeverordnung eines Hörgerätes durch den Hörgeräteakustiker möglich ist.

Dr. Löher sprach davon, dass der Patient dann nur noch „Kunde“ ist. Er ist der Meinung, dass ärztliche Verantwortung unteilbar ist. Dem ist nichts mehr hinzuzufügen!

Der abschließende Veranstaltungsteil befasste sich mit der Fragestellung der Delegation ärztlicher Leistungen aus vergütungsrechtlicher Sicht.

Für das Vertragsarztrecht zeigt sich dies an der bereits erwähnten Anlage 24 des Bundesmantelvertrages Ärzte, die keine explizite Unterscheidung zwischen Arzt und nicht-ärztlichem Mitarbeiter trifft. Eine Delegation ärztlicher Leistungen ist insofern bereits „einkalkuliert“. Schließlich wird nach Aussage des Referenten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen zukünftig

pflanzungsmediziner. Ausgenommen von dieser Regelung sind Versandapotheken, um Missbrauch zu vermeiden. Umzusetzen ist diese Neuordnung in den Apotheken aus organisatorischen Gründen voraussichtlich erst ab dem 15. April 2015.

Die Apothekerkammer hat klare Vorgaben für die Abgabe gemacht, die sich an den Schweizer Vorgaben orientieren. Es bleibt abzuwarten, wie streng diese eingehalten werden. Unter anderem wird darin von einer Abgabe an Mädchen unter 14 Jahren

auch in die Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes berücksichtigt werden.

Im privatärztlichen Bereich erfordert § 4 Abs. 2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Beachtung. Danach kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für die Beurteilung eines Tätigwerdens im Wege der Delegation im privatärztlichen Bereich, stets unter ärztlicher Aufsicht und nach fachlicher Weisung, sind als klassifizierende Merkmale die Art der Leistung, die Schwere des Krankheitsfalls, die Qualifikation des Hilfspersonals sowie die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungsverantwortung als Maßstab heranzuziehen.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder
Dr. jur. Alexander Gruner
Ass. jur. Michael Kratz

abgeraten, hier wird ein Arztbesuch empfohlen. Inwieweit nachts in der Notfallapotheke eine ausreichende und fachgerechte Beratung möglich ist, ist sicher von den konkreten Umständen vor Ort abhängig.

Von den Krankenkassen übernommen wird die „Pille danach“ weiterhin nur bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr, bei denen eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Die Beschneidung von Jungen: Ein trauriges Vermächtnis

**Matthias Franz (Hg.)
Vandenhoeck und Ruprecht,
Göttingen 2014**

**Haut ab – Haltungen zur rituellen Beschneidung.
Felicitas Heimann-Jelinek, Cilly Kugelman (Hg.),
Wallstein Verlag, Göttingen 2014**

Der von Matthias Franz im Jahr 2014 herausgegebene Sammelband „Die Beschneidung von Jungen“ vereint auf 448 Seiten die Beiträge und die Informationen zu den Biografien von 14 Autorinnen und Autoren. Die Texte von Religionswissenschaftlern, Philosophen, Juristen und Parlamentarierinnen sowie von Medizinern und Betroffenen entstanden als

Reaktion auf ein Urteil des Landesgerichts Köln aus dem Jahr 2012, welches die religiös motivierte Beschneidung der Vorhaut eines männlichen Säuglings als Körperverletzung charakterisierte und auf den daraufhin ebenfalls 2012 neu eingeführten § 1631 d des BGB, welcher diese Beschneidung Ärzten und unter bestimmten Bedingungen auch Nichtärzten gestattet. In den Beiträgen werden Fragen der Geschichte der Beschneidung, der medizinischen Indikation dieses Eingriffs, mögliche Komplikationen, Folgen, Fragen des Kindwohls, der Religionsfreiheit, des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und des Minderheitenschutzes verhandelt. Von den Autoren wird das neue Gesetz überwiegend und in einigen Texten außerordentlich polemisch abgelehnt. Ärzten mag insbesondere die dargestellte Beeinflussbarkeit bei der Erstellung von Behandlungsempfehlungen und bei der Indikationsstellung Anlass zur Reflexion ihres Tuns

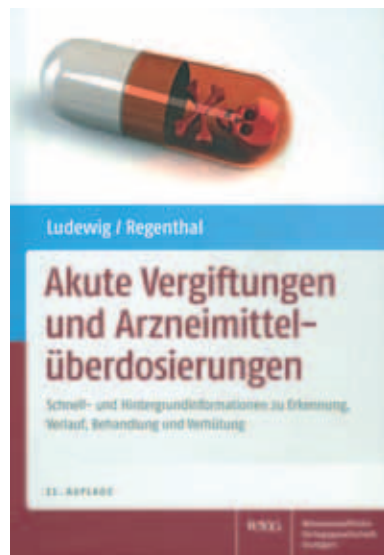
sein. Der Rezensent empfiehlt das Studium dieses Buches. Er empfiehlt aber als sinnvolle Ergänzung zur eigenen Meinungsbildung auch die Literatur des Katalogs der Ausstellung „Haut ab“ im Berliner Jüdischen Museum, welcher 2014 von Felicitas Heimann-Jelinek und Cilly Kugelman herausgegeben wurde, im Wallstein Verlag Göttingen erschien und auf 175 Seiten andere, ebenso bedenkenswerte Positionen vertritt. Übrigens hatte sich der Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer bereits 2006 ebenfalls mit dem Themenfeld der Beschneidung bei Jungen und Mädchen befasst. Damals wurde in einem Beitrag im „Ärztblatt Sachsen“ die Auffassung vertreten, dass die Beschneidung von Jungen möglicherweise von der Religionsausübung gedeckt sei, die Beschneidung von Mädchen hingegen keinesfalls.

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Radebeul

Akute Vergiftungen und Arzneimittelüberdosierungen

**Ludewig/Regenthal (Hrsg.)
11. völlig neu bearbeitete
Auflage 2015, mit 90 Abbildungen und 5 Tabellen
ISBN 978-3-8047-3211-7**

Bereits in der 11. Auflage ist von Ludewig/Regenthal (Hrsg.) das Buch „Akute Vergiftungen und Arzneimittelüberdosierungen“ erschienen. Es handelt sich um ein klinisch-toxikologisches Standardwerk, das unter Mitwirkung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, der Notärzte Deutschlands sowie einem großen Kollektiv von Koautoren völlig neu bearbeitet und auf den neusten Kenntnisstand gebracht wurde. Vor dem Hintergrund, dass es mehr als 20.000 verschreibungspflichtige und knapp 60.000 apothekenpflichtige Arzneimittel gibt (Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig) und die Polypharmazie immer größere Ausmaße annimmt, steigt die Gefahr gefährli-



cher Interaktionen dramatisch an. Die Größenordnung der alljährlichen Todesfälle durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen wird inzwischen mit 5 – 6-stelligen Werten angegeben. Problematisch ist aus Sicht des Rezensenten besonders auch die zunehmende Zahl fester Arzneimittelkombinationen, so dass bei unsachgemäßer Einnahme ernste Gefahren vorprogrammiert sind. Das hervorragend gegliederte Nachschla-

gewerk, das besonders im speziellen Teil eine rasche Orientierung nach den alphabetisch geordneten Substanzen erlaubt, ist dringlich allen Studierenden und Ärzten, aber auch unseren Gesundheitspolitikern (brauchen wir wirklich so viele Arzneimittel?), den Vertretern der Krankenkassen sowie den Verantwortlichen der Pharmaindustrie zu empfehlen, damit die derzeitige Situation korrigiert und weitere Fehlentwicklungen vermieden werden können.

Hervorzuheben ist auch der sehr gute Bild- und Drogen-Anhang, der eine rasche Orientierung erlaubt.

Die Tatsache, dass nach der 10. Auflage 2007 jetzt bereits die 11. Auflage vorliegt, spricht für die hohe Akzeptanz dieses unverzichtbaren Standardwerkes.

Herrn Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig, der trotz seines hohen Alters mit bewunderswertem Einsatz und geistiger Frische diese neue Auflage vorangetrieben hat, gilt mein besonderer Dank für diese hervorragende Monographie.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder

Charles Edouard Brown-Séquard

Die abenteuerliche Entwicklung der Androgentherapie

(Des effets produits chez l'homme par des injections souscutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien. Compt rend Soc de Biol 1889; 41: 415–422)

Paris am 1. Juni 1889. Ein schwülwarmer Tag geht zu Ende. Am Abend hält Charles Edouard Brown-Séquard in der Société de Biologie einen sensationellen Vortrag. Der berühmte Arzt und Wissenschaftler, einer der Mitbegründer der Société de Biologie, hat inzwischen das zweiundsiebzigste Jahr vollendet. Er berichtet von einem unglaublichen Selbstversuch. Mehrmals injizierte er sich püriertes Hodenextrakt junger Hunde und Meerschweinchen. Danach stellte er erfreut eine Verjüngung an sich fest.

Der Eindruck, den er mit dieser Ankündigung auf die auserlesene Hörerschaft machte, ausschließlich Herren Ärzte und Biologen, übertraf alle Erwartungen. Und das, obwohl man von Brown-Séquard einiges gewöhnt war. Nicht selten hatte er in der Vergangenheit mit ungewöhnlichen Experimenten Aufmerksam-

keit erregt. So ungläubig von der Mehrzahl der Zuhörer der Vortrag auch aufgenommen wurde, in der Öffentlichkeit wirkten die Verheißungen über „verjüngende“ Hodensäfte Wunder. Wie ein Lauffeuer breitete sich die Kunde von Paris aus in alle Welt. Endlich gab es ein Mittel gegen das Altern, ein Elixier zur Rückkehr verlorener jugendlicher Frische. Ein unendlich lang gehegter Menschheitswunsch schien sich endlich zu erfüllen.

Charles Edouard Brown-Séquard war 1889 mit zweiundsiebzig Jahren ein international bekannter Arzt und Forscher. Sein Ruhm hatte jedoch einen janusköpfigen Charakter. Nicht immer galten seine Untersuchungen als seriös. Sein Weg zum Arzt und Forscher verlief keineswegs gerade. Er war geradezu ungewöhnlich und spannend. Erst auf dem dritten Bildungsweg wurde Brown-Séquard Arzt. Den Beigeschmack eines Abenteurers wurde er dabei nie ganz los.

Charles Edouard Brown-Séquard wurde am 8. April 1817 in Port-Louis auf Mauritius, einer damals zum britischen Empire gehörenden Insel im indischen Ozean, geboren. Sein Vater war ein amerikanischer Seefahrer auf einem Handelsschiff, der vor seiner Geburt verstarb. Die Mutter war Französin, die mit Mühe den Unterhalt für sich und den Jungen als schlecht bezahlte Näherin aufbringen musste.

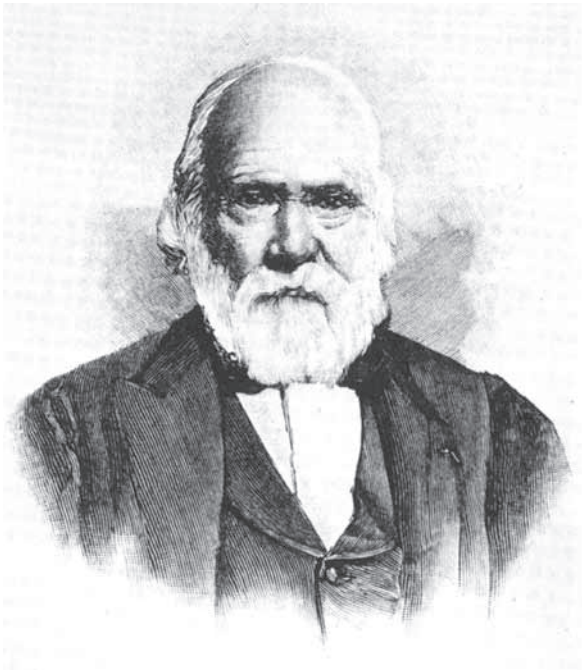
Als Fünfzehnjähriger ging er zunächst bei einem Krämer in die Lehre. Viel Freude scheint ihm das Kaufmännische nicht gemacht zu haben. Kurz nach Beendigung seiner Lehr- und Handlungsgehilfenzeit siedelte er 1838 zusammen mit seiner Mutter nach Paris über. Dort betätigte er sich, einer inneren Berufung folgend, als Schriftsteller. Von langer Dauer war auch diese Tätigkeit nicht. Sehr ungünstige Kritiken von Charles Nodier (1780 – 1844), dem Leiter der Bibliothèque de Arsenal, einem einflussreichen Treffpunkt romantisch fantastischer Dichter, mögen zum schnellen Abbruch seiner schriftstellerischen Arbeiten beigetragen haben. Er begann nun, unterbrochen von

Krankheiten und dem Tod der Mutter, Medizin zu studieren. 1846 promovierte er mit experimentellen Forschungen über die Physiologie des Rückenmarks. Dieses Organ sollte ihn neben seiner praktischen ärztlichen Tätigkeit in den nächsten Jahren weiter beschäftigen. Sein Name ist bis heute in der Medizingeschichte als Brown-Séquardscher Symptomenkomplex bei halbseitiger Schädigung des Rückenmarks verbucht.

Durch Protektion von Pierre Rayer bekam Brown-Séquard eine Stelle im Pariser Hôpital de la Charité. 1852, mit der Thronbesteigung Napoleons III. (1808 – 1873), der ein Jahr zuvor durch einen Staatsstreich den Parlamentarismus in Frankreich abschaffte, verließ Brown-Séquard Frankreich. Als britischer Staatsbürger zog er es vor, in die demokratischere „Neue Welt“, nach Amerika, zu gehen.

Es folgten mehrere Jahre rastloser Tätigkeits- und Ortswechsel: Privatarzt und Leiter eines biologischen Laboratoriums in Boston, Hochschul-lehrer für Physiologie und Pathologie in verschiedenen Städten der USA und Europa und schließlich Arzt am Londoner National Hospital. 1860 wurde er in die Londoner Royal Society of Medicine aufgenommen, eine schon damals ehrwürdige Institution. Daneben war er seit 1867 Mitglied der American Academy of Arts and Sciences sowie 1868 auch der National Academy of Sciences.

Es scheint auch heute noch unglaublich: Im Verlaufe von etwa 20 Jahren hat Brown-Séquard über sechzigmal den Ozean zwischen Amerika und Europas überquert. Zwar hatten Dampfschiffe weitgehend die Segelschiffe abgelöst, trotzdem dauerte eine Ozeanüberquerung noch immer etwa drei Wochen. Er war in dieser Zeit als Arzt und Wissenschaftler bekannt in England und in den Vereinigten Staaten und hielt Vorlesungen in Boston, Philadelphia und in New York. An der Harvard Medical School hingegen wurde er nicht ernst genommen. Insbesondere seine ungewöhnlichen Experimente, vor allem die während eines seiner Amerikaaufenthalte 1875 in Boston



Charles Edouard Brown-Séquard

durchgeführten „Rejuvenalisierungen“ alter Hunde, wurden von den meisten Schulmedizinern als Scharlatanerie verhöhnt. Er injizierte damals erstmals alten Hunden Hodenextrakte junger Meerschweinchen. Brown-Séquard war von diesen „Rejuvenalisierungsversuchen“ nahezu besessen. Sie sollten ihn auch später nicht loslassen.

1878 gab es für ihn einen folgenreichen Karriereschub: Der bis dahin wenig sesshafte Brown-Séquard wurde Nachfolger von Claude Bernard am Collège de France in Paris. Die Absetzung Napoleon III. 1870, der schließlich 1873 im englischen Exil an den Folgen einer unglücklichen Blasensteinoperation starb und in Farnborough, Hampshire, begraben wurde, sowie die Ausrufung der Dritten Republik erleichterte ihm diesen Schritt. Mit dieser Berufung zum Professor wurde er nun französischer Staatsbürger. Als Chef dieses renommierten Institutes, des zu seiner Zeit besten in der Welt, hatte er mit 61 Jahren offenbar seine wahre Profession gefunden.

An dieser Stelle müssen einige Sätze über seinen Vorgänger Claude Bernard, der von 1813 bis 1878 lebte, gesagt werden. Bernard war nicht nur als bedeutendster Experimentalphysiologe seiner Zeit bekannt und geschätzt. Mit seiner Publikation „Introduction à la médecine expérimentale“ (1865) veränderte er die Medizin der damaligen Zeit. Wenige Jahre nach Erscheinen galt diese Schrift als Bibel der experimentellen Medizin schlechthin. Die naturwissenschaftliche Medizin erhielt mit ihr einen gänzlich neuen, einen anderen konzeptionellen Rahmen.

Die zweite Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts war eine Zeit stürmischer Entwicklungen in Naturwissenschaft und Technik. Die Dampfmaschine setzte sich als Antrieb bei Schiffen, Eisenbahnen und in der Industrie durch. Entwicklungen wie Schreibmaschine, Fotografie, das erste Automobil, die Glühlampe und der Elektromotor fallen in diese Zeit. Die zweite Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts war auch der eigentliche Beginn der modernen Medizin.

Bedeutende Mediziner dieser Zeit sind unter anderen Louis Pasteur (1822 – 1895) und Claude Bernard in Frankreich, Robert Koch (1843 – 1910), Rudolf Virchow (1821 – 1902), Max von Pettenkofer (1818 – 1910) und Theodor Billroth (1829 – 1894) in Deutschland oder Joseph Lister (1827 – 1912) in England. Siebzehn bis dahin unbekannte bakterielle Erreger wurden allein zwischen 1868 und 1898 entdeckt, unter anderem die Erreger von Milzbrand, Pocken, Tetanus, Gonorrhö und Syphilis, was zur Entmythologisierung dieser zum Teil tödlichen Krankheiten beitrug und den Startschuss zur Entwicklung neuer Behandlungen gab.

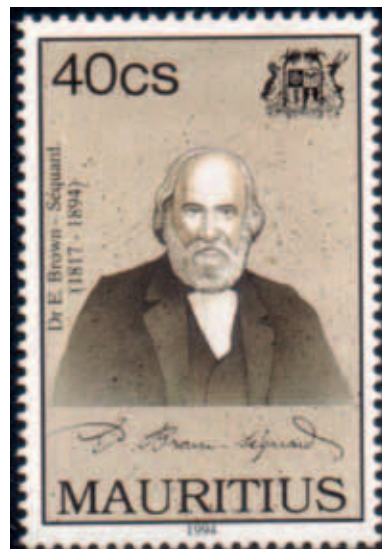
Kennzeichen dieser Entwicklung war die fortan bewusste Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden aus Physik und Chemie in der medizinischen Forschung. Den entscheidenden Anstoß dazu gaben nicht zuletzt Bernards wissenschaftstheoretische Arbeiten. Claude Bernard stellte das Postulat auf, dass Beobachtungen lediglich die Ausgangspunkte möglicher Zusammenhänge darstellen. Die auf Beobachtungen basierende Hypothese, und das ist das für die Medizin der damaligen Zeit Neue, ist auf ihre Richtigkeit durch geeignete Experimente entweder zu bestätigen oder auszuschließen. Das war nicht weniger als ein Quantensprung medizinischen Erkenntnisgewinns.

Neben dem Rückenmark galt Brown-Séquardss besonderes Interesse schon damals den noch gänzlich unbekanntem Hormonen. Mit so mutigen wie ungewöhnlichen Experimenten versuchte er diesen rätselhaften Botenstoffen auf die Spur zu kommen. Er wurde damit zu einem wichtigen Geburtshelfer der modernen Endokrinologie.

Ein Zusammenhang zwischen Hoden und Alterungsvorgängen hatten schon lange vor Brown-Séquard viele Heilkundige vermutet. Die Suche nach ewiger Jugend beflügelte die Fantasie. Dieser uralte Menschheits Traum ließ neben geheimnisvollen Elixieren und Weisheiten in vielen Kulturkreisen die Hoden starker Tiere wie Stiere, Hammel oder Tiger in



Die blaue Mauritius, eine der ersten und teuersten Briefmarken der Welt, Mauritius 1847 (bei einer Gesamtauflage von 500 Stück existieren heute noch acht gebrauchte und vier ungebrauchte Marken)



Briefmarke mit einem Bild von Charles Edouard Brown-Séquard, Mauritius 1994

den Mittelpunkt des Interesses rücken. Brown-Séquard war überzeugt, dass der alternde Mann einem Kastraten gleicht. Neben Beobachtungen junger Eunuchen wurde sein Glauben auch durch Beobachtungen Christoph Wilhelm Hufelands (1762 – 1836) gestärkt. Dieser postulierte in seiner 1796 erschienenen Schrift „Makrobiotik – Über die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“, dass in den männlichen Zeugungssäften solch eine vitale Kraft konzentriert sein muss, dass der kleinste Teil davon neues Leben schaffen kann. Hufeland schlussfolgerte: Was Leben spenden kann, muss auch Leben erhalten können.



Briefmarke mit einem Bild von Claude Bernard, Frankreich 1940

Eine zweite Entdeckung spielte noch eine wichtige Rolle: 1849 entdeckte der Göttinger Physiologe Arnold Adolph Berthold (1803 – 1861) in einer Reihe zunächst wenig beachteter Experimente die innere Sekretion. Er kastrierte junge Hähne und pflanzte einigen von ihnen an verschiedenen Stellen im Körper die zuvor entnommenen Hoden ein. Es müsse gleichgültig sein, so postulierte er, von wo aus die in den Hoden vermuteten Stoffe in die Blutbahn und zur Wirkung gelangten. Das Ergebnis seiner Experimente gab ihm Recht: Die transplantierten Vögel entwickelten sich zu normalen Hähnen, die kastrierten, nicht transplantierten jungen Hähne wurden Kapaune, also fette geschlechtslose Hühnervögel ohne Kamm, Lappen, Sporen und Krähvermögen.

Brown-Séquard experimentierte zunächst wie schon in Boston mit altersschwachen Hunden, die er in Paris von der Straße auffas. Mit Hodenextrakt junger Meerschweinchen versuchte er sie zu verjüngen. Bei einigen der so behandelten Hunde glaubte er nach den Injektionen Verjüngungseffekte zu beobachten. Ähnliche Experimente machte er nachfolgend auch mit alten Kaninchen.

Überzeugt, den Verjüngungsextrakt gefunden zu haben, entschloss er sich, Selbstversuche zu machen. Am 15. Mai 1889 begann er im Beisein zweier seiner Assistenten mit mehreren Selbstinjektionen. Er zerrieb Extrakt frisch gewonnener Hund- und Meerschweinchenhoden und vermengte sie mit etwas Wasser. Dazu gab er noch etwas Blut aus der

Vena spermatica und eine geringe Menge Samenflüssigkeit. Nach Filtration des Gemisches injizierte er sich diese Lösung unter die Haut des linken Armes und eines Oberschenkels. Zwischen 15. Mai und 4. Juni applizierte er es sich dieses Gemisch insgesamt neunmal. Schon am Tag nach der ersten Injektion, in verstärktem Maße jedoch während der darauf folgenden Tage, stellte er fest, dass eine vollständige Umwandlung mit ihm vorging, die er enthusiastisch wie folgt beschrieb:

„Ich erlangte Kräfte wieder, die ich vor Jahren besaß! Die Laboratoriumsarbeit ermüdet mich nicht mehr, ja, ich bin jetzt imstande, stundenlang im Stehen zu experimentieren, ohne das geringste Bedürfnis, mich zu setzen! An manchen Tagen fühle ich mich nach der anstrengenden Laborarbeit noch fähig, zu Fuß nach Hause zu gehen, die Treppen zu meiner Wohnung ungestüm wie einst empor zu eilen...“.

Brown-Séquard berichtete auch begeistert von der Rückkehr verlornener Muskelkräfte, „allein am Vorderarm um sechs bis sieben Kilo“ und die „Verbesserung der Verdauung und Abfallprodukte bei gleicher Menge und Zusammensetzung der täglichen Nahrung“.

Man mag dem damals 72-jährigen Brown-Séquard glauben oder nicht: Seiner temperamentvollen Schilderung nach zu urteilen, war er offenbar selbst von der verjüngenden Wirkung seiner Injektionskur überzeugt. Auch intime Schilderungen, vor der hochwürdigen Versammlung in angemessen vorsichtigen Formulierungen versteckt, gab er zum Besten, die in Frankreich eine besondere Aufmerksamkeit versprachen. Auch der Vorwurf einiger Zuhörer, er sei einer Autosuggestion erlegen, ließ seinen Glauben nicht erschüttern.

Charles Eduard Brown-Séquard sollte nach seinem Vortrag am 1. Juni 1889 im weitesten Sinne populär werden. Es dauerte nicht lange, und die ersten Nachahmer seiner Injektionstherapie berichteten über therapeutische Erfolge. Am 6. Juli 1889 (man beachte die schnelle Reaktion!) berichtete G. Variot, ein französi-

scher Arzt, im *British Medical Journal* die erfolgreiche Anwendung Brown-Séquards Methode bei drei Männern mit seniler Debilität.

Zwar nahm die Zahl seiner Kritiker mit den Jahren zu, zahllose Ärzte, im Gefolge dann vor allem aber auch Scharlatane und Kurpfuscher, nahmen sich seiner Idee an und injizierten oder transplantierten bis weit in das zwanzigste Jahrhundert hinein allen, die es haben wollten und bezahlen konnten, „Hodensaft“, ganze Hoden bzw. Teile davon. Als Organspender mussten diverse Vier- und auch Zweibeiner „unbefragt“ herhalten. So wurden in Amerika Häftlingen Hoden entnommen, um damit alternden Männern zu neuer Jugend zu verhelfen. Es war eine Zeit lang durchaus modern, sich pürierte Hoden injizieren zu lassen. Edouard Charles Brown-Séquard war ein beseelter Forscher, der sich nicht scheute, selbst ungewöhnliche Wege zu betreten. An Geld oder Gewinn war der gelernte Kaufmann Brown-Séquard offenbar wenig interessiert. Wiederholt lehnte er hochdotierte monetäre Angebote ab. Es klingt in unserer heutigen monetären Zeit fast pathetisch: Er lebte für seine Forschung.

Fünf Jahre nach seinem Vortrag in der Pariser Société de Biologie starb Eduard Charles Brown-Séquard in Paris. Er hinterließ mehrere hundert Veröffentlichungen, unter anderem im *Lancet*, und eine beeindruckende Reihe grundlegender Erkenntnisse zur Physiologie des Rückenmarks und der endokrinen Organe. Er gab auch den entscheidenden Startschuss zur Entwicklung der Endokrinologie. Mit seinen ungewöhnlichen Selbstversuchen wurde er zum Urheber der Hormontherapie. Mit der chemischen Analyse der Sexualhormone sollte sie im zwanzigsten Jahrhundert eine wissenschaftlich begründete Renaissance erleben.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Dirk Fahlenkamp
Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH
Zeisigwaldstraße 101
09130 Chemnitz

Ein Grabmal in Pesterwitz – Abbild seiner Zeit

Unweit Dresdens liegt auf der Höhe über Freital der Ort Pesterwitz. Gleich hinter der Kirche, noch im Bereich des mit historischen Grabmalen gesegneten Friedhofs trifft man auf ein Denkmal besonderer Bedeutung, dessen mittlerer Teil im Rokokostil gegen 1770 errichtet und sechs verstorbenen Kindern gewidmet wurde. Die beidseitig flankierenden Grabmale der Eltern sind im Louis-seize-Stil (Übergang vom Rokoko zum Klassizismus) gehalten. Sowohl die Schönheit des Mals, als auch der Anlass seiner Aufstellung lässt den Atem stocken. Insbesondere ist der Mediziner berührt und die Medizinhistorie von der Zeit weitgehender Machtlosigkeit zur modernen Leistungsfähigkeit wird vor Augen geführt. Das Denkmal kann über die Jahrhunderte hinweg vom tragisch-traurigen Schicksal einer Familie berichten, die innerhalb von zehn Jahren sechs von zehn ihrer Kinder auf ganz „natürliche“ Weise verloren hatte. Nur mühevoll sind die berührenden Texte zu lesen. Unter sechs zierlichen Engelsköpfen und oberhalb der sechs, im Profil dargestellten Kindersärge sind die Namen und Umstände des Todes als sechs-faches TRÄNENOPFER erkennbar:

- ANONYMUS KAM TOD ZUR WELT 3. MÄRZ 1759 (die Mutter befand sich zu dieser Zeit im 26. Lebensjahr).
- CHRISTIAN LOBEGOTT GEB D: 10. MAY 1755. FIEL D. 21. SEPT. 1760
NEBST SEINEN BEYDEN GESCHWISTERN IN EINE GEFÄHR- LICHE BLATTERN KRANCKHEIT UND MUSTE ALS DER MUN- TERSTE UND ROBUSTETSTE UNTER IHNEN DIE SCHULT DER NATUR VOR DER ZEIT ZAHLEN D: 27. SEPT. 1760 IM 6.TEN JAHRE.



Grabmal in Pesterwitz

© Bellée

- SOPHIA AMALIA WARD D. OKTOBER 1761 IN EINER STUNDE GETAUFT UND VOLLENDET.
- JOHANN ADOLPH DER LIEBLING: GEB: 12. JAN. 1766. SEINE ERZIEHUNG WAR VOM 2TEN JAHR AN MEHR ANGENEHM ALS BESCHWERLICH: DA ER FÄHIGKEITEN GENUG HATTE VERSCHIEDENE BIBLISCHE, GEOGRAPHISCHE FRAGEN UND LATEINISCHE WÖRTER ZU FASSEN. ER VERSPRACH ZUM ÖFTEREN MIT GOTTES HÜLFE EIN FROMMES KIND ZU WERDEN. SEIN TÄGLICHES GEBET WAR: GEDENKE MEINER MEIN GOTT IM BESTEN! UND ER HÖRTE. ER STARB 6 WOCH: VOR SEINEN ÄLTESTEN BRUDER D: 6. APRIL 1769 IM 4TEN JAHRE AN BLATTERN.
- GOTTHOLD THEODOR DER ERSTGEBORENE SOHN VOM HAUSE SPES LAETA PARENTUM TRAT IN DIE VERGÄNGLICHKEIT EIN AM 24. JAN: 1753. BEZOG DIE MEISNISCHE FÜRSTENSCHULE 1766. D: 24. OCT.: LIES BEY EINEM GUTEN GENIE. UND NACHDEM ER BEREITS 1768 UNTER DIE OBER LECTIONER ALS SECUNDANER WAR AUFGENOMMEN

WORDEN. ETWAS VON SICH HOFFEN. KAM AM 4. MAY 1769 ZU BESUCH NACH HAUSE UND STARB D. 23 EIJ: NACH EINER 4TÄGIGEN NIEDERLAGE AM HITZIGEN FIEBER IN DEN ARMEN UND UNTER TRÄNEN SEINER VORHIN SCHON TIEFGEBÄUGTEN ELTERN IM 17. JAHRE.

Der Vater der Kinder „FÜHRTE BEI HIESIGER KIRCHGEMEINDE DAS LEHRAMT WELCHES IHM GOTT. BEI H. VON NIMTSCH ANVERTRAUTE 38 JAHRE MIT VIEL ERFAHRUNG U. GEWISSENHAFTIGKEIT“.

Im Text zum Gedenken an die Mutter der toten Kinder war er als „TREU-VERDIENTER PASTOR ZU PESTERWITZ“ benannt.

Sie war die Tochter eines „BERÜHM- TEN CHIRURGO ZU FRANKFURT AN DER ODER“ und starb 1794 im 61. Lebensjahr, 25 Jahre nach dem Tod ihrer letztverstorbenen Söhne.

Nachdem das Grabmal 1983 zerlegt und eingelagert wurde, um es vor weiteren Umwelteinflüssen zu schützen, konnte es 2005 restauriert und um fehlende Teile ergänzt, wieder aufgestellt werden.

Dr. med. Heiner Bellée, Dresden

Unsere Jubilare im Mai 2015 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.05. Dipl.-Med. Fritz, Claudia
01219 Dresden
- 02.05. Dr. med. George, Johannes
01558 Großenhain
- 03.05. Dr. med. (Zürich) Dr. med.
(Bern) Belal, Mohamed Ashraf
08056 Zwickau
- 03.05. Dr. med. Meißner, Dietrich
09247 Röhrsdorf
- 05.05. Dipl.-Med. Lück, Valeria
01309 Dresden
- 06.05. Dr. med. Kästner, Regina
04157 Leipzig
- 06.05. Dipl.-Med. Köhler, Evelyne
09456 Geyersdorf
- 07.05. Dipl.-Med.
Zimmermann, Matthias
01612 Grödel
- 08.05. Dr. med. Wächter, Monika
04838 Eilenburg
- 10.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Domke, Norbert
01896 Pulsnitz
- 10.05. Dr. med. Franke, Gert
09471 Bärenstein
- 12.05. Dr. med. Hinkel, Matthias
09481 Elterlein
- 12.05. Dr. med. Riedel, Regina
04416 Markkleeberg
- 13.05. Dr. med. Stiebitz, Judith
01796 Pirna
- 14.05. Dipl.-Med. Heße, Siegfried
01445 Radebeul
- 15.05. Dipl.-Med. Trost, Maria
04416 Markkleeberg
- 16.05. Dipl.-Med.
Sennewald, Hans-Gunther
01445 Radebeul
- 16.05. Dr. med. Wießner, Detlef
04862 Mockrehna
- 19.05. Dr. med. Lange, Petra
08525 Plauen
- 20.05. Dr. med. Richter, Petra
04249 Leipzig
- 21.05. Dipl.-Med.
Bigalke, Mechthild
04277 Leipzig
- 21.05. Dr. med. Seidel, Gudrun
04178 Leipzig
- 22.05. Dr. med. Funke, Peter
09217 Burgstädt
- 25.05. Dipl.-Med.
Grumblat, Martina
01326 Dresden
- 25.05. Dr. med. Martin, Manfred
04463 Großpösna
- 26.05. Dipl.-Med. Haugk, Dieter
08223 Grünbach
- 26.05. Dr. med.
Neumann, Lutz-Peter
04277 Leipzig

- 26.05. Pauli, Galina
08523 Plauen
- 26.05. Zeisler, Nina
01705 Freital

65 Jahre

- 05.05. Dr. med. Haß, Stephanie
02763 Zittau
- 07.05. Graf, Emilia
01099 Dresden
- 09.05. Dr. med. Ermisch, Ute
08451 Crimmitschau
- 09.05. Dipl.-Med. Martin, Barbara
08064 Zwickau
- 11.05. Dr. med. Felgner, Sabine
01187 Dresden
- 13.05. Dr. med.
Frohberg, Margritta
09456 Annaberg-Buchholz
- 17.05. Lechtch, Lioudmila
04107 Leipzig
- 19.05. Dipl.-Med. Hein, Helga
09465 Sehma
- 20.05. Dr. med. Böhm, Gudrun
01187 Dresden
- 21.05. Dr. med. Liess, Joachim
08294 Löbnitz
- 22.05. Dipl.-Med.
zur Nieden, Ulrike
08523 Plauen
- 23.05. Dr. med. Glös, Jürgen
09224 Chemnitz
- 24.05. Dipl.-Med. Strauss, Thomas
09123 Chemnitz
- 27.05. Kandzia, Rosemarie
01558 Großenhain
- 29.05. Dipl.-Med. Bohlmann, Ulrich
08451 Crimmitschau
- 29.05. Dipl.-Med. Lies, Heidemarie
09125 Chemnitz
- 31.05. Dr. med. Exner, Reinhard
08237 Wernesgrün
- 31.05. Hermann, Walter
09123 Chemnitz

70 Jahre

- 03.05. Grumblat, Jürgen
01683 Deutschenbora
- 04.05. Dr. med. Wilker, Regine
04651 Bad Lausick
- 05.05. Prof. Dr. med. habil.
Rothe, Karl-Friedrich
01737 Oberhermsdorf
- 05.05. Scheffel, Gisela
01109 Dresden
- 06.05. Dr. med. Mehlhorn, Steffen
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 14.05. Dr. med.
Neubert, Frank-Peter
09514 Lengefeld
- 16.05. Hentschel, Helga
01705 Freital
- 16.05. Dr. med. Witt, Eleonore
04207 Leipzig
- 19.05. Doz. Dr. med. habil.
Blatz, Rosemarie
04109 Leipzig

- 20.05. Dr. med. Kopprasch, Karin
01187 Dresden
- 24.05. Dr. med. Kaller, Wolfgang
01917 Kamenz
- 25.05. Dr. med. Fritzsche, Ingeborg
04838 Sprotta Siedlung
- 27.05. Budig, Hannelore
04860 Torgau
- 27.05. Dr. med. Fickert, Ursula
08541 Theuma
- 29.05. Dr. med. Kelly, Lutz-Ulrich
01324 Dresden

75 Jahre

- 02.05. Dr. med. Beyer, Eckhard
08393 Meerane
- 02.05. Otto, Heidi
02929 Rothenburg
- 03.05. Dr. med. Arndt, Ingrid
04178 Leipzig
- 04.05. Dr. med.
Ebersbach, Günter
04720 Döbeln
- 05.05. Börner, Klaus
09496 Pobershau
- 05.05. Dr. med. Döbbelin, Jürgen
01067 Dresden
- 06.05. Dr. med. Beckert, Adelheid
02692 Obergurig
- 08.05. Dietel, Jochen
08301 Schlema
- 08.05. Dr. med. Simonis, Erich
02997 Wittichenau
- 08.05. Dr. med. Teichmann, Werner
04567 Kitzsch
- 11.05. Dr. med. Aehle, Charlotte
04107 Leipzig
- 11.05. Dr. med. Croy, Peter
04178 Leipzig
- 11.05. Dr. med. Helm, Christa
01156 Dresden
- 11.05. Dr. med. Hentschel, Helga
01277 Dresden
- 12.05. Dr. med. Sattler, Brunhilde
04105 Leipzig
- 13.05. Prof. Dr. med. habil.
Schröder, Hans-Egbert
01109 Dresden
- 14.05. Dr. med. Rieger, Edda
04103 Leipzig
- 15.05. Hofmann, Horst
08062 Zwickau
- 16.05. Dr. med. Scholz, Ingrid
01309 Dresden
- 17.05. Dr. med. habil.
Harzbecker, Klaus
09366 Stollberg
- 18.05. Dr. med. Bartsch, Peter
02763 Eckartsberg
- 20.05. Dr. med. Wiese, Helga
01217 Dresden
- 21.05. Dr. med. Zeißig, Helga
09120 Chemnitz
- 22.05. Usath, Hans-Dieter
09394 Hohndorf
- 24.05. Dr. med. Daßler, Gudrun
08527 Neundorf

24.05. Dr. med. Müller, Birgit
04435 Schkeuditz
26.05. Dr. med. Grund, Heinz
08289 Schneeberg
27.05. Dr. med. Heinrich, Lothar
01662 Meißen
28.05. Krabes, Heiderun
04316 Leipzig
28.05. Prof. Dr. med. habil.
Leupold, Wolfgang
01159 Dresden
29.05. Dr. med. Müller, Barbara
01728 Hänichen
31.05. Dr. med. Kern, Berthold
08541 Thoßfell

80 Jahre

02.05. Prof. Dr. sc. med.
Ulrich, Christa
04229 Leipzig
05.05. Dr. med. Kreutz, Wolfgang
09128 Chemnitz
05.05. Prof. Dr. med. habil.
Raue, Ingrid
04299 Leipzig
06.05. Dr. med. Lorenz, Manfred
01139 Dresden
07.05. Albersmeyer, Klaus
01099 Dresden
07.05. Dr. med. Petzholdt, Walter
01844 Neustadt
08.05. Dr. med. Kade, Renate
04275 Leipzig
08.05. Päßler, Sibylle
08132 Mülsen
09.05. Dr. med. Hettmer, Margrit
04860 Torgau
11.05. Prof. Dr. med. habil.
Hanitzsch, Renate
04277 Leipzig
12.05. Scott, Eberhard
01819 Kurort Berggießhübel
15.05. Dr. med.
Eißmann, Hans-Jörg
04107 Leipzig
16.05. Dr. med. Lonitz, Maria
08525 Plauen
16.05. Dr. med. Seidel, Ute
09113 Chemnitz
17.05. Dr. med. Bartel, Oskar
01445 Radebeul
21.05. Dr. med. Alber, Hans
04680 Colditz
21.05. Dr. med. Hillmann, Siegfried
04736 Waldheim
28.05. Dr. med. Engelmann, Vera
04103 Leipzig
30.05. Dr. med. Gessner, Günter
09212 Limbach-Oberfrohna
30.05. Dr. med. habil. Riedel, Horst
01640 Coswig
31.05. Dr. med. Kowalski, Stephan
04425 Taucha

81 Jahre

01.05. Dr. med. Ludwig, Martha
04109 Leipzig

03.05. Däumer, Doris
01326 Dresden
06.05. Dr. med. Passehr, Gisela
02906 Niesky
07.05. Dr. med. Goßrau, Gerhard
01239 Dresden
07.05. Dr. sc. med.
Kollande, Gerold
04159 Leipzig
10.05. Dr. med. Büchner, Helga
04317 Leipzig
12.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Matz, Martin
01277 Dresden
13.05. Dr. med.
Wolz-Unterdörfer, Ursula
01259 Dresden
14.05. Dr. med. Martsch, Maria
09212 Limbach-Oberfrohna
17.05. Dr. med. Trülzsch, Arnold
01309 Dresden
20.05. Dr. med. Rotermundt, Fredo
04107 Leipzig
23.05. Henkel, Renate
01217 Dresden
24.05. Dr. (YU) Darian, Tomo
04229 Leipzig
26.05. Dr. med. Frach, Gudrun
01324 Dresden
29.05. Prof. Dr. med. habil.
Krauß, Anneliese
04299 Leipzig
31.05. Dr. med. Oertel, Günter
08527 Plauen

82 Jahre

01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud
02827 Görlitz
04.05. Prof. Dr. med. habil.
Hörmann, Dieter
04103 Leipzig
04.05. Meichsner, Johanna
08060 Zwickau
06.05. Dr. med. Lohnke, Udo
02977 Hoyerswerda
08.05. Dr. med. Dorok, Hans
08141 Reinsdorf
09.05. Dr. med. Schneider, Günter
04289 Leipzig
11.05. Günnel, Wolfgang
08428 Langenbernsdorf
11.05. Dr. med. Kleine-Natrop, Erika
01326 Dresden
16.05. Dr. med. Zschornack, Peter
01920 Crostwitz
16.05. Dr. med.
Zwingenberger, Gerta
09496 Marienberg
20.05. Dr. med.
Mesewinkel, Wiltrud
02827 Görlitz
22.05. Dr. med. Holfert, Gisela
01705 Freital
24.05. Dr. med. Ziemer, Hanna
04177 Leipzig
31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula
04157 Leipzig

83 Jahre

06.05. Dr. med.
Hermann, Annemarie
08468 Reichenbach
09.05. Dr. med. Bloß, Helmut
01734 Rabenau
21.05. Dr. med. habil.
Görisch, Isolde
04103 Leipzig
21.05. Dr. med. Steingrüber, Günter
04103 Leipzig
23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte
04416 Markkleeberg
27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth
01454 Radeberg
30.05. Dr. med.
Strauzenberg, Gisela
01731 Kreischa OT Saida

84 Jahre

01.05. Dr. med. Kluttig, Günther
02779 Hainewalde
06.05. Stopat, Wilfried
09573 Leubsdorf
09.05. Dr. med. Stein, Ursula
01187 Dresden
25.05. Dr. med. Taraben, Abdunur
04317 Leipzig

85 Jahre

06.05. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
06.05. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
08.05. Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
10.05. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
16.05. Dr. med. Jehring, Renate
01326 Dresden
20.05. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
24.05. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
29.05. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen

86 Jahre

08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
08.05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Grimma
15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
16.05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
25.05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig

87 Jahre

30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt

31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden

88 Jahre

03.05. Dr. med.
Wiesner, Waltraut
01324 Dresden

12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden

12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau

19.05. Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital

02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig

21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig

90 Jahre

08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig

24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz

91 Jahre

30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz

93 Jahre

10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen

16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred
04420 Markranstädt

Abgeschlossene Habilitationen

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2015

Priv.-Doz. Dr. med. Niels Hammer, Institut für Anatomie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anatomie zuerkannt. Thema: Morphologische und mechanische Untersuchungen zur Funktion des Beckenrings
Verleihungsbeschluss: 27.01.2015

Priv.-Doz. Dr. med. Roman Wölfel, Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr, Med. Biologische Aufklärung & Verifikation, Gastwissenschaftler am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Mikro-

biologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zuerkannt. Thema: Molekularbiologische Untersuchungen zum Nachweis biologischer Kampfstoffe
Verleihungsbeschluss: 27.01.2015

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Josef Albert Spiegl, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie zuerkannt. Thema: Biomechanische und klinische Aspekte des regionalen Alignments inkompletter Berstungsfrakturen der thorakolumbalen Wirbelsäule
Verleihungsbeschluss: 24.02.2015

Priv.-Doz. Dr. med. Claudia Walther, Kerckhoff Klinik – Bad Nauheim, habilitierte sich und es wurde ihr die

Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin/Kardiologie zuerkannt. Thema: Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen durch täglichen Sportunterricht bei Schulkindern: Bewertung kardiovaskularer Parameter
Verleihungsbeschluss: 24.02.2015

Dr. med. Stephan Fricke, Translationszentrum für Regenerative Medizin der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Immunologie zuerkannt. Thema: Entwicklung präklinischer Transplantationsmodelle und innovativer immunologischer Therapien zur Prävention der Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung (GvHD) mit erhaltenem anti-Tumor-Effekt nach hämatopoetischen Stammzelltransplantationen
Verleihungsbeschluss: 24.03.2015

Dr. med. Christoph Lübbert, Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin zuerkannt. Thema: Epidemiologie, Klinik, Ausbruchs- und Therapiemanagement von Krankenhausinfektionen durch Carbapenemase bildende Klebsiella pneumoniae und Toxin produzierende Stämme von Clostridium difficile
Verleihungsbeschluss: 24.03.2015

Anzeige

Mit großer Betroffenheit müssen wir bekanntgeben, dass Herr

Dipl.-Med. Ulrich Junghans

am 14. März 2015 verstorben ist.

Ulrich Junghans war nach seinem Studium der Humanmedizin seit September 1985 im Bezirkskrankenhaus Karl-Marx-Stadt und dem Klinikum Chemnitz beschäftigt.
Mit seiner Arbeit und seinem Wissen konnte er die Entwicklung des Instituts für Pathologie über einen langen Zeitraum mitbestimmen. Sein Wirken, sein Wissen und sein besonderes Engagement waren und sind ein Maßstab.

Wir werden Ulrich Junghans ein ehrendes Angedenken bewahren.
Unsere Anteilnahme gilt seiner Familie, den Angehörigen und Freunden.

Klinikum Chemnitz gGmbH

Die Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Pathologie	Die Geschäftsführung	Der Betriebsrat
--	-----------------------------	------------------------

Die Urnenbeisetzung findet am 24. April 2015 um 14 Uhr auf dem Friedhof Schlosschemnitz in Chemnitz statt.

Gedanken zum Osterfest 2015

Das Osterfest 2015 fand vom 3. April – Karfreitag – bis zum 6. April 2015 – Ostermontag – statt. Wenn Sie, liebe Leserinnen und Leser unseres „Ärzteblatt Sachsen“ die Aprilausgabe 2015 unseres Standesblattes in der Hand haben, ist die Arbeitswoche nach den Festtagen schon wieder voll im Gange. Trotzdem soll mit diesem Beitrag dem Osterfest traditionsgemäß mit ein paar Gedanken Rechnung getragen werden.

Bekanntlich ist Ostern das älteste und wichtigste Fest im allgemeinen Jahreslauf und das Hauptfest des Kirchenjahres. Es ist hervorgegangen aus der christlichen Umdeutung des jüdischen Passahfestes und etwa seit der Mitte des 2. Jahrhunderts wird das Osterfest jährlich zum Gedächtnis des Todes und der Auferstehung Jesu Christi gefeiert.

Der Palmsonntag ist der letzte Sonntag vor Ostern, also der letzte Sonntag der Passions-Zeit. Er ist der Beginn der Karwoche und somit auch schon einmal ein Ausblick auf die Osterzeit. Der Palmsonntag erinnert an den feierlichen Einzug Jesu, einen Esel als Reittier nutzend, in Jerusalem. Aus der Überlieferung ist bekannt, dass vom begeisterten Volk grüne Palmenzweige beim Eintritt des Herrn Jesus Christus vor ihm ausgestreut wurden. Der Volksglaube schrieb den gesegneten Palmenzweigen eine schützende Wirkung zu. Sie sollten Schäden von Haus, Hof und seinen Bewohnern abwenden.

Der sich anschließende Gründonnerstag ist der fünfte Tag in der Karwoche und er erinnert an den Tag, an dem Jesus vor seinem Tod mit seinen zwölf Jüngern ein Abendmahl einnahm. Die Silbe „Kar“ stammt von dem alten sonst nicht mehr genutzten Wort „chara“ das Klagen ab. Heute wird noch immer am Gründonnerstag in der Abendandacht die Einsetzung des Abendmahls in den christlichen Kirchen

gefeiert. Das ist ein sehr feierliches und beeindruckendes Ereignis. Der Name Gründonnerstag hat nichts mit der Farbe grün zu tun, sondern er stammt von dem althochdeutschen Wort mit der Bedeutung greinen für klagen und weinen ab. Somit ist der Grein-Donnerstag eigentlich der Klage-Donnerstag.

Der Karfreitag ist der Höhepunkt der Karwoche. Die gläubigen Christen gedenken der Kreuzigung und des Todes Jesu Christi.

Jesus wird gefangen genommen, vor dem hohen Rat verhört, dem römischen Statthalter Pontius Pilatus überstellt, verspottet und zum Tode durch Kreuzigung verurteilt.

Hinsichtlich der Kirchengestaltung im Zeichen der Trauer ist die Farbe der Paramente schwarz. Auf Blumen und Kerzen als Schmuck auf dem Altar wird in der Regel verzichtet. Die Orgel und die Glocken schweigen in den Kirchen von Karfreitag bis zum Morgen des Ostersonntags. Der Karsamstag ist der Tag der Grabesruhe Christi. Auch deshalb steht schmucklos der Altar in der Kirche. Für die Christen ist Jesus von Nazareth Begründer und Mittelpunkt des Christentums und dem Glauben nach Gottes Sohn, der den Menschen durch seinen Opfertod am Kreuz Erlösung gebracht hat. Auch aus diesem Grunde ist das Osterfest das

älteste und höchste christliche Fest. Das Osterfest wird dann am Ostersonntag mit einem eher fröhlichen Gottesdienst in der Kirche begangen. In manchen Gemeinden findet am Ostersonntagmorgen gegen etwa 5.00 Uhr mit der aufsteigenden Dämmerung die Osterfeier auch auf dem Friedhof mit einem wärmenden Osterfeuer statt. Das Licht wird dann in die Kirche getragen. Es folgt der Gottesdienst. Eine gute Gelegenheit des sich christlichen Näherkommens ist ein sich an den Gottesdienst anschließendes Osterfrühstück im Gemeindehaus. Anschließend findet dann ein Ostereiersuchen für die Kinder im Gemeindehof statt. Weil Ostern – wie auch Weihnachten und das Pfingstfest zu den Hochfesten des Jahres gehört – ist ihm ein zweiter und in früheren Jahrhunderten sogar noch ein dritter Feiertag zugeordnet worden. Am Ostermontag wird als Lesung aus den Evangelien der Bericht über die Begegnung Jesu mit zwei Jüngern berichtet.

Der erste Sonntag nach Ostern trägt den lateinischen Namen Quasimodogeniti bedeutend in deutscher Sprache „wie die Neugeborenen“ der nicht den Psalmen entnommen ist, sondern ausnahmsweise aus den Briefen des neuen Testaments. Da mit Ostern also etwas völlig Neues begonnen hat, das neue Leben der



Auferstehung, von dem keiner von uns Menschen genau weiß, was und wie es sein wird, stehen wir alle in gleicher Weise wie neugeborene Kinder davor.

Nun hat sich im Laufe der Jahrhunderte ein gewisses Osterbrauchtum entwickelt. Ganz oben in der Liste des Brauchtums zum Osterfest steht das Osterei, gefolgt von der Osterkerze, vom Osterfeuer, dem Osterrad, dem Osterreiten, dem Schöpfen des Osterwassers, dem Eierschlagen, dem Eierrollen, dem Genuss des Osterlammes, des Backens des Osterbrottes und noch weiteren Formen.

Das Osterei geht zurück auf das mittelalterliche Zinsei und die Eierspende zu Ostern. Die Ostereier sind die in der Regel zum Osterfest verschenkten gekochten und gefärbten und mit verschiedenen Techniken verzierten Eier. Einen besonderen Sachverhalt bilden die ausgeblasenen Eier, die mittels Färbung und besonderer Kratztechniken sowie künstlerischer Bemalung und Gestal-

tung behandelten Eier, die eine fast uralte Tradition haben. Es handelt sich dabei um besondere Exponate der Volkskunst. Dabei sind insbesondere im slawischen Kulturraum und in unserer Nähe im Gebiet der Sorben und im Spreewald künstlerische Hochformen zu bewundern. Ostereier in ihrer einzigartigen Pracht sind beispielsweise im Ostereiermuseum in Sonnenbühl-Erpfingen auf der schwäbischen Alb und im Ostereiermuseum in Sabrodt in der Nähe von Hoyerswerda zu finden. Ostereier aus aller Welt kann man in Sabrodt, von den Mitgliedern des Heimatvereins seit 1971 zusammengetragen, bestaunen. Hier sind sorbische und andere Maltechniken dargestellt. Ein Besuch beider Museen lohnt sich auch außerhalb der Osterzeit.

Das Osterfest hat nicht nur religiöse Tradition, sondern ist auch bei den nicht religiös gebundenen Menschen ein Höhepunkt. Feiertage sind immer und bei allen Menschen willkommen, denn es ruht die mehr oder weniger anstrengende Arbeitstätigkeit. Insbe-

sondere die reisefreudigen Menschen nehmen das immer wieder zum Anlass, kleinere oder größere Reisen zu den Osterfeiertagen zu unternehmen. Auch aus diesem Grunde hat sich das Osterfest auch unter weltlichen Gesichtspunkten zu einem aus unserem Kulturkreis nicht mehr wegzudenkenden Ereignis entwickelt.

Das Schenken von Süßigkeiten und anderen nützlichen Sachen, insbesondere für Kinder, hat Tradition. Süßigkeiten wie Ostereier aus Schokolade oder Zuckermasse, Schokoladenosterhasen oder Konfekt bringen nicht nur für kleine oder größere Kinder, sondern auch für manchen Erwachsenen Glücksmomente mit sich.

In diesem Sinne hoffen der Autor und das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“, dass alle unsere geschätzten Leser und Kollegen angenehme und gesunde Osterfeiertag 2015 erleben konnten.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478
Offizielles Organ der
Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent:

Ingrid Hüfner
Grafisches Gestaltungskonzept:
Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag:

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5, Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig:

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigenendisposition: Livia Kummer
Telefon: 0341 710039-92, Telefax: 0341 710039-74
E-Mail: kummer@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2015, gültig ab 1.1.2015.

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheber-

rechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 122,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 122,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 11,70 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgebühren werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2015