

<b>Editorial</b>	Krankenhaus in Not	<b>408</b>
<b>Berufspolitik</b>	25 Jahre Heilberufekammern	<b>409</b>
	Zertifizierungsregeln in der Ethikberatung	<b>412</b>
	Fachsprachenprüfer gesucht	<b>414</b>
	Freie Berufe sind Triebfeder für Innovation	<b>414</b>
	Tag des Ehrenamtes	<b>415</b>
	7. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	<b>416</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Medizinische Versorgung von Asylbewerbern	<b>417</b>
	Ärzte zur Betreuung von Herzsportgruppen gesucht	<b>419</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Aufbewahrung von Patientenunterlagen	<b>420</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Konzerte und Ausstellungen	<b>421</b>
	53. Tagung der Kammerversammlung	<b>422</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>423</b>
	Existenzgründer- und Praxisabgebtag	<b>425</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Saskia Arens „... und ihre Asche gehört seinem Sohn“	<b>425</b>
<b>Originalie</b>	Erkennung und Behandlung von Nierenerkrankungen	<b>426</b>
<b>Leserbrief</b>	Dr. med. Norbert Heide	<b>429</b>
<b>Verschiedenes</b>	Die Nächte auf ihrer Seite – Lesung	<b>429</b>
	Ärztliche Osteopathie	<b>430</b>
	Stiftung „Hilfen für Familie, Mutter und Kind“	<b>430</b>
	Kaiserin-Friedrich-Stiftung	<b>431</b>
	Filmtipp: „Am Ende ein Fest“	<b>431</b>
	Weltsportspiele der Mediziner	<b>432</b>
	12. Sommernachtsball der niedergelassenen Ärzte	<b>432</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Horst Todt zum 80. Geburtstag	<b>433</b>
	Jubilare im November 2015	<b>434</b>
	Nachruf für Dr. med. Clemens Weiss	<b>436</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Geschichte der Leipziger Universitätsorthopädie	<b>437</b>
	Dorothea Christiane Erleben	<b>441</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2015	



7. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“  
Seite 416



Filmtipp: „Am Ende ein Fest“  
Seite 431



Dorothea Christiane Erleben  
Seite 441

Titelbild: © SLÄK/Fotografisch

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de),  
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Krankenhaus in Not



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLÄK

Nach dem heißen Sommer steht uns aller Voraussicht nach ein gesundheitspolitisch heißer Herbst bevor! Oberstes Reizthema ist die sich im parlamentarischen Verfahren befindliche und ab Januar 2016 geplante Krankenhausreform – das Krankenhausstrukturgesetz.

Politik, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft bewerten das Reformvorhaben völlig unterschiedlich. Das überrascht nicht – neu ist die Intensität der außerparlamentarischen Kontroverse.

Worum geht es dabei? Unstrittig leiden bundesweit viele Krankenhäuser unter wirtschaftlicher Not. Die Bundesländer haben sich seit Jahren weitgehend aus der Investitionsförderung zurückgezogen, sodass die Mittel dafür aus den Betriebsausgaben der Häuser entnommen werden. Investitionen waren und sind nur durch deutliche Personalreduzierungen vor allem im Pflegebereich und damit zu Lasten der Patientenversorgung möglich. Dieses entscheidende Problem der Krankenhausfinanzierung wird mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben nicht gelöst. Hoffnungen der Mitarbeiter und Träger auf eine nachhaltige Finanzierung ihrer Leistungen, unter anderem der ausufernden Notfallversorgung, und einen Bürokratieabbau dürften enttäuscht werden. Die Zielsetzung der Politik besteht im Abbau von Betten und regionalen Überkapazitäten. Im Kern geht es um eine Beförderung des von der Politik und den Krankenkassen angestrebten Strukturwandels.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat dies in einem 14-seitigen Rundbrief für die Abgeordneten des Bundestages klar formuliert. Die vorgesehene marginale Investitionsförderung und ein Pflegestellenförderprogramm werden durch eine Summe von Kürzungsregularien in Form von Mehrleistungs- und Qualitätsabschlägen konterkariert. Das Reformvorhaben droht wieder einmal zu Lasten der Mitarbeiter in den Krankenhäusern zu gehen.

Wenngleich der Investitionsstau in Sachsen wegen der Förderprogramme der Vergangenheit im Vergleich zu anderen Bundesländern eher gering erscheint, Strukturen und Kapazitäten längst dem Bedarf angepasst wurden, ist das Gesetzesvorhaben auch eine Gefährdung der Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser. Insbesondere die mit der Reform beabsichtigte „Qualitätsoffensive“ erscheint ein Instrument für weitere Mittelkürzungen. Geplant ist eine stärkere Kontrolle von Krankenhäusern, vor allem wenn Qualitätsstandards nicht eingehalten werden, drohen Vergütungsabschläge. Ein Qualitätsinstitut wird gegründet und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll geeignete Qualitätsparameter definieren. Die teure Qualitätsbürokratie soll also weiter ausgebaut werden – fast unvorstellbar wenn man bedenkt, dass Ärzte und Schwestern heute bereits ca. 40 Prozent ihrer Arbeitszeit am Computer und nicht am Patienten verbringen. Selbst der Vorsitzende des GBA, Prof. Josef Hecken, hat Zweifel wegen des Fehlens geeigneter Qualitätsparameter. Er sagte selbst auf einem Symposium im Frühjahr „Pay for performance funktioniert nicht“.

So einfach wie sich einige Gesundheitsbürokraten das vorstellen, ist Medizin eben nicht!

Dass die Qualität eines Krankenhauses nur sehr schwer und allenfalls in Teilbereichen zu erfassen ist, zeigt eine aktuelle Studie aus den Vereinigten Staaten (JAMA 2015).

Von 3.300 untersuchten Krankenhäusern erfüllten über 20 Prozent die dort vorgegebenen Qualitätskriterien nicht. Das waren vor allem Kliniken, die häufiger Patienten mit schwer-

wiegenden oder komplexen Erkrankungen behandelten, Häuser mit Spezialabteilungen und Ausbildungs-krankenhäuser. Die Studie ergab zudem, dass in den vermeintlich besseren Kliniken nicht ausreichend und/oder schlecht dokumentiert wurde, das heißt eine sorgfältige Datenerfassung überhaupt nicht erfolgte.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen verdeutlichen eindrucksvoll, wie unzulänglich die bisherigen Instrumente zur Qualitätserfassung und auch -bewertung sind. Das entspricht voll und ganz meinen Erfahrungen. Völlig unberücksichtigt bleiben zudem die Sicht und die Individualität der Patienten. Kriterien wie Empathie, Zuwendung, Kommunikationsfähigkeit und ärztliche Expertise als wesentliche Merkmale eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses und häufig ebenso wichtig wie eine gelungene Operation, finden ebenfalls keinerlei Berücksichtigung.

Bei den Diskussionen wird völlig verkannt, dass eine sorgfältige, wissenschaftlich begründete Diagnostik und Therapie dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht, das heißt originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsethik sind und es keiner Kontrollgremien bedarf. Es gibt überhaupt keine Rationale für eine zunehmende Kultur des Misstrauens. Eine gute und praxisorientierte Aus- und Weiterbildung am Krankenbett und nicht am Computer sind die entscheidenden Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Hier sollte in Zukunft wieder der Schwerpunkt liegen.

Die absurde und inakzeptable Bürokratisierung des Klinikalltags raubt uns hierfür nur wertvolle Zeit!

Bei der im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen „Qualitätsoffensive“ dürfte es sich um einen Irrweg handeln. Es besteht dringend Nachbesserungsbedarf, sonst droht eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in unseren Krankenhäusern. Das Lachen und die Freude am Beruf sind vielen schon jetzt abhanden gekommen. Daran kann nun wirklich keinem gelegen sein!

Ihr Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
Vorstandsmitglied

## 25 Jahre Heilberufekammern

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, konnte 120 geladene Gäste anlässlich der Festveranstaltung „25 Jahre sächsische Heilberufekammern“ begrüßen. Er hieß besonders herzlich den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen, Herrn Stanislaw Tillich, willkommen. Unter den Gästen waren auch die Abgeordneten des Sächsischen Landtags, Christine Clauß (CDU), Dagmar Neukirch (SPD), Susanne Schaper (Linke) und Alexander Krauß (CDU). Ein ganz herzliches Willkommen galt insbesondere den ehemaligen Präsidenten und Vorstandsmitgliedern der sächsischen Heilberufekammern, sozusagen den Frauen und Männern der ersten Stunde. Die fünf Heilberufekammern vertreten heute rund 34.000 Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte und Psychotherapeuten.

An die Anfänge vor 25 Jahren erinnerte der Präsident der Landesapothekerkammer, Friedemann Schmidt: „Nach sechs Jahrzehnten der Gleichschaltung, Zwangsverwaltung und Fremdbestimmung nahmen 1989 die Heilberufler in den Bezirken der ehemaligen DDR ihr Schicksal erstmals wieder in die eigenen Hände. In allen Berufen entstanden Aktionsgruppen, die zu Veranstaltungen einluden, auf denen erste Verbandsstrukturen begründet wurden. Dies ging natürlich nicht ohne Verwerfungen.“ Verantwortungsträger aus der alten Zeit standen Kollegen gegenüber, die in der oppositionellen Demokratiebewegung aktiv waren, Denkmodelle für einen wie auch immer gearteten „dritten Weg“ bei der Konstruktion des neuen Gesundheitswesens wurden erwogen und verworfen, Sehnsucht nach einer besseren Zukunft traf auf Existenzangst einer älteren Generation, die in den bestehenden Verhältnissen tief verwurzelt war. Und natürlich war diese innerprofessionelle Debatte ja nur ein Teil der gewaltigen Veränderungen jener Tage, die wir heute als friedliche Revolution bezeichnen.



Dr. med. vet. Hans-Georg Möckel, Sächsische Landestierärztekammer; Erik Bodendieck, Sächsische Landesärztekammer; Ministerpräsident Stanislaw Tillich; Friedemann Schmidt, Sächsische Landesapothekerkammer; M.A., M.S. Andrea Mrazek, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer; Dr. Mathias Wunsch, Landes Zahnärztekammer Sachsen (v.l.)

© SLÄK

Die Entscheidung der Heilberufe für Freiheit und Einigkeit, Recht, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fiel im Frühjahr/Sommer 1990. In den sächsischen Bezirken wurden die Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte gegründet. „Dass dies gelang, ist das Verdienst von Menschen, die in dieser spannenden aber auch schwierigen Zeit bereit waren, Verantwortung zu übernehmen.“

Die Kammern seien Ausdruck aktiv gelebter Freiberuflichkeit im sächsischen Gesundheitswesen. Die persönliche Verantwortung jedes einzelnen freien Heilberuflers gegenüber seinem Patienten, die aus diesem

großartigen Prinzip resultiert, garantiere diesem eine unabhängig von fremden Interessen geleistete Gesundheitsversorgung auf höchstem professionellen Niveau und ohne jede Diskriminierung hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozialem Status, Herkunft oder Hautfarbe. „Dafür stehen die freien Heilberufler in unserem Land ein, wo auch immer sie tätig sind, das wollen wir gerade heute deutlich bekräftigen“, betonte Friedemann Schmidt. Dies alles sei keinesfalls selbstverständlich und müsse immer wieder neu begründet und verteidigt werden.

In einem kritischen Blick nach Berlin und Brüssel wünschte er sich einmal



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK



Ministerpräsident Stanislaw Tillich

© SLÄK

mehr ein unmissverständliches Bekenntnis der deutschen Bundespolitik zum System der Selbstverwaltung in den freien Berufen nicht nur im Gesundheitswesen. Dieses klare Bekenntnis fehle umso mehr angesichts der ungebrochenen Angriffsbemühungen der Europäischen Kommission, die sich immer wieder als Sachwalter von Kapitalinteressen und eben nicht als Interessenvertreter einer europäischen Bürgergesellschaft versteht. Selbst Bundeskanzlerin Angela Merkel weiß, welche wichtige Rolle die Angehörigen der Freien Berufe in der Bürgergesellschaft übernehmen, indem sie das Konzept der Kopplung von individueller Freiheit und persönlicher Verantwortung unmittelbar vorleben. „Und sie kennt eine Gesellschaft, in der dieses

Prinzip von Freiheit und Verantwortung missachtet wurde, aus eigener Erfahrung genauso wie die meisten der heute hier Anwesenden.“ Die Freiberufler in Deutschland erwarten eine entschiedene Verteidigung des deutschen Systems gegen Angriffe, egal ob sie von der EU-Kommission oder von den Protagonisten der diversen Freihandelsabkommen geführt werden.

Die Heilberufler sollten sich immer wieder auf ihre Stärken besinnen und ihre Dinge zuallererst einmal selbst regeln. Der Ruf nach dem ordnenden Staat sei nur dann angezeigt, wenn die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nur mit seiner Hilfe gestaltet werden könnten, etwa bei der Sicherung der akademischen Ausbildung oder bei

der Bewältigung der demografischen Herausforderung. Der Staat seinerseits sollte sich auf die Verteidigung und Anpassung dieser Rahmenbedingungen beschränken, damit den Handlungsspielraum der Heilberufler sichern und erweitern.

Ministerpräsident Stanislaw Tillich dankte in seinem Grußwort zunächst allen haupt- und ehrenamtlichen Helfern bei der Bewältigung der aktuell größten Herausforderung im Freistaat: Der Versorgung der großen Zahl an Flüchtlingen. Ohne die Unterstützung von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern oder Psychotherapeuten wäre eine Grundversorgung dieser Menschen kaum ohne Probleme möglich. Er machte aber auch deutlich, dass Sachsen und Deutschland nicht alle Flüchtlinge aufnehmen könne. „Jedes europäische Land muss seinen Beitrag bei der Bewältigung leisten“, so der Ministerpräsident.

Er unterstrich aber auch die Bedeutung der Heilberufekammern im politischen System. Sie seien wichtige Berater und Mahner für eine patientenorientierte Versorgung. Zugleich sichern sie die Qualität der Versorgung und beteiligen sich bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte, wie zum Beispiel gegen den Ärztemangel.

### Politik von unten

Carlos A. Gebauer hielt auf Einladung der Heilberufekammern ein Plädoyer für eine Politik von unten.



Rund 120 Gäste waren der Einladung gefolgt.

© SLÄK



Carlos A. Gebauer

© SLÄK



Jazz der besonderen Art bot Pascal von Wroblewsky (m.)

© SLÄK

Für die Europäische Union, die immer stärker den Spagat zwischen Politikgestaltung und Politikvermittlung bewältigen müsse, sei die größte Herausforderung die stetig wachsende personelle und strukturelle Dimension. Die Komplexität der europäischen Prozesse sei vergleichbar mit einem Dirigenten vor einem großen Orchester. Im Ursprung bestanden Orchester aus fünf bis zehn Musikern. Der Dirigent konnte auf jeden einzelnen Musiker einwirken. Bis heute stieg die Anzahl dann erheblich an. Es gibt Open-Air-Veranstaltungen mit 1.000 Musikern und Sängern. Mit einer solchen Anzahl lassen sich jedoch nur ganz einfache Musikstücke umsetzen. Der Dirigent wäre sonst hoffnungslos überfordert. Wendet man dieses Bild analog auf die Europäische Union an, so sei klar, dass eine solches Gebilde nur schwer zu steuern ist.

Aber selbst in Deutschland hat sich der Staat in ein immer komplexeres System verwandelt. Nach dem Ersten Weltkrieg hätten rund zwei Prozent der Bevölkerung in staatlichen Einrichtungen wie Ministerien und Behörden gearbeitet, heute sind es dagegen 25 Prozent. Dieses große Orchester und die Fülle an staatlichen Aufgaben drohen an der unmöglichen Dirigierbarkeit zu scheitern. Politiker entschieden daher immer öfter pragmatisch, also „heute so und morgen so“. „Wo bleiben dann aber die Prinzipien staatlichen Handelns? Ein Ministerpräsi-



Die Gäste folgen der Brass-Band zum Zahnärztehaus.

© SLÄK

dent muss anhand staatlicher Maximen doch auch mal sagen: Bis hierher und nicht weiter! Diese Grundprinzipien dienen doch auch als Richtschnur für alle kommenden Entscheidungen, sie sind ein Korridor, eine Leitlinie.“

An politischen Leitlinien mangelt es jedoch. Umso wichtiger sei die Beratung der Politik durch Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen und Professionen. Hier wird die Bedeutung der Kammern, insbesondere der Heilberufekammern, deutlich. Kammern besitzen die Expertise und die Legitimation für eine optimale Politikberatung und Interessenvertretung. Sie organisieren sich selbst, sie gestalten Aus-, Weiter- und Fortbildungsinhalte selbst. Und das ohne Steuergelder. Kammern seien daher das beste Beispiel für eine „Politik von unten“. Eine verpflichtende Mitgliedschaft wäre nach Ansicht von Herrn Gebauer gar nicht notwendig, da bei einer freiwilligen Mitgliedschaft diejenigen, die sich nicht in einer Kammer organisieren, recht bald merken würden, dass es ohne eine Kammer als Berufsvertretung



Meilensteine der fünf Heilberufekammern markierten den Weg ins Zahnärztheaus.

© SLÄK

nicht geht. Um als Kammer Bestand zu haben, müsse sie transparent, flexibel, authentisch und wahrhaftig sein, schloss Carlos A. Gebauer seinen Vortrag ab.

Die Überleitung vom offiziellen zum entspannten Teil des Abends hatte die legendäre Jazzsängerin Pascal von Wroblewski übernommen. Mit einer umwerfenden „Bachialroman-

tik“ und einer enormen Stimmkraft intonierte sie zusammen mit dem Posaunisten Michel Winkler und dem Pianisten verschiedene klassische Werke, wie Orffs „Fortuna“ aus dessen Carmina Burana, jazzig neu. Im Anschluss folgten die Gäste der Brass-Band zum Zahnärztheaus auf der Schützenhöhe.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Zertifizierungsregeln in der Ethikberatung

Auf der 4. Tagung der Ethikberatung in Sachsen stellte Dr. med. Stefan Dinges vom Institut Recht und Ethik in der Medizin, Wien, Zertifizierungsregeln in der Ethikberatung vor. Diese hat die Akademie für Ethik in der Medizin entwickelt. Danach sollten Ethik und Kommunikation zentrale Qualitätsbausteine an Kranken-

häusern sein. Ethikberatung meint dabei nicht den Einzelfall, sondern setzt diesen in einen Kontext zu den zentralen Organisationszwecken und -zielen. „Ethikberatung balanciert zwischen Humanität und Professionalität, zwischen Ethik und Ökonomie sowie zwischen Person und Organisation.“, betonte Dr. Stefan Dinges. Die ethischen Positionen einer Organisation müssten mit dem Arbeitsalltag verknüpft werden, um die Qualität der Patientenversorgung

gerade bei Schwerstkranken oder Sterbenden zu gewährleisten. Zu den Standards einer Ethikberatung gehören der Zugang zur Beratung, die Fort- und Weiterbildung der Beteiligten, der Ablauf von Beratungsprozessen sowie Dokumentation und Evaluation.

Krankenhäuser müssten aber zunächst einmal den Bedarf an Ethikberatung wahrnehmen, ein Budget dafür zur Verfügung stellen und für eine transparente Kommunikation und Information im Haus sorgen. Dies kann durch Mitarbeiter angestoßen werden oder auf Leitungsebene erfolgen (top-down&bottom-up). Dr. Stefan Dinges: „Ethikberatung kann niemand nebenbei erledigen, dafür benötigt man Zeit und Personal. Mindestens eine Vollzeitstelle wäre notwendig, um alle Pro-

zesse im Rahmen der Ethikberatung steuern und sie implementieren zu können.“ Zugleich müssten alle Beteiligten adäquat fortgebildet werden. Dazu gibt es drei Stufen der Zertifizierung: Stufe 1 mit 30 Lerneinheiten (LE) wäre der Ethikberater, Stufe 2 (Stufe 1 + 30 LE) der Koordinator und Stufe 3 (Stufe 1 und 2 + 65 LE) der Trainer für Ethikberatung. In vielen Bereichen reiche jedoch die Stufe 1 aus, so Dr. Dinges, um eine Qualitätssicherung/-verbesserung, die Gewährleistung der Patientenrechte, eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und die Entwicklung von Organisationethik zu erreichen. Dazu gehöre auch die Erarbeitung einer Fehlerkultur. Die negativen Folgen einer mangelhaften Ethikberatung lägen im Verlust der Pflegequalität, der Steigerung von nicht gewünschten Behandlungen und der Entmutigung engagierter Mitarbeiter.



Dr. med. Stefan Dinges

© SLÄK

Anschließend wurde anhand von zwei Falldarstellungen über Behandlungsmaßnahmen/-abbruch, mögliche Fehler und Schlussfolgerungen diskutiert. In beiden vorgestellten Fällen ging es im Kern um den (mutmaßlichen) Patientenwillen, das Verhalten der Angehörigen und die Verbindlichkeit medizinischer Entscheidungen. Deutlich wurde, dass bei jeder medizinischen Entscheidung immer wieder die Frage nach der Indikation gestellt werden muss. Läge diese nicht mehr vor, so Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Vorsitzender des Arbeitskreises Ethik in der



Dr. med. Kathleen Schubert, Dr. med. Markus Zachäus und Prof. Dr. med. Frank Oehmichen (v.l.)

© SLÄK

Medizin, so ist von der Maßnahme abzusehen. Die Entscheidung müsse dann auch so dokumentiert und kommuniziert werden, dass sie über einen Schichtwechsel hinaus Bestand habe. Rücksicht auf Angehörige, die der Situation nicht gewachsen sind, und noch ein Wochenende oder eine Woche abwarten wollen, sei fehl am Platz. Selbst aus juristischer Sicht ist die medizinische Indikation neben dem Patientenwillen das härteste Kriterium für jegliche Entscheidung, betonten die Juristen unter den Gästen. Allerdings müsse es auch Führungskräfte geben, die solche schwierigen Entscheidungen mit tra-

gen, durchsetzen und vertreten. Dr. Dinges empfahl abschließend, dass bei schwierigen Verläufen alle am Behandlungs- und Entscheidungsprozess Beteiligten im Nachhinein den Einzelfall noch einmal besprechen sollten, auch dann, wenn der Patient bereits verstorben sei.

Informationen zur Zertifizierung in der Ethikberatung finden Sie hier: [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de).

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Fachsprachenprüfer gesucht

Gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 Bundesärzteordnung ist dem Arzt eine Approbation unter anderem nur dann zu erteilen, wenn er über die zur Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Es ist beabsichtigt, die Sächsische Landesärztekammer mit der Realisierung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte zu beauftragen. Dafür

werden Prüferinnen und Prüfer gesucht, die ein- bis zweimal im Monat bereit sind, montags in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Prüfungen durchzuführen. Die einstündigen Einzelprüfungen beinhalten mündliche und schriftliche Teile und dienen der Überprüfung des Hörverstehens sowie der mündlichen und schriftlichen Ausdrucksfähigkeit. Das Fachwissen der Antragstellenden wird in diesem Zusammenhang nicht überprüft. Die Prüferinnen und Prüfer sollen Deutsch als Mutterspra-

che beherrschen sowie über eine in Deutschland erteilte Approbation und mehrjährige Berufserfahrung in Deutschland verfügen.

Sie erhalten eine Schulung und Einweisung in den Prüfungsablauf sowie Aufwandsentschädigung und Sitzungsgeld. Bei Interesse melden Sie sich bitte per E-Mail bei Frau Dr. med. Birgit Gäbler unter [weiterbildung@slaek.de](mailto:weiterbildung@slaek.de).

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Freie Berufe sind Triebfeder für Innovation

Im Rahmen eines Treffens von Vertretern des Landesverbandes der Freien Berufe Sachsen e. V. (LFB) und dem sächsischen Wirtschaftsminister Martin Dulig unterstrich dieser die Bedeutung der Freien Berufe und der freiberuflichen Selbstverwaltung.

Mit Blick auf die Übernahme der vielfältigen Aufgaben durch Freie Berufe und damit der Entlastung des Staates sagte der Minister: „Das System der berufsständischen Selbstverwaltung ist durch die Wahl der Kammervorstände demokratisch legitimiert und hat sich als äußerst effizient erwiesen. Es entlastet die staatliche Bürokratie und den Steuerzahler. Freie Berufe stehen für hohe Professionalität, Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl, strenge Selbstkontrolle, Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit. Unsere Gesellschaft ist angewiesen auf die durch eine hohe Qualität geprägten Vertrauensdienstleistungen von Freiberuflern. Die Freien Berufe sind eine der wichtigsten Triebfedern für Innovation in unserer modernen, wissensbasierten Dienstleistungsgesellschaft.“



Dr. Thomas Breyer; Hans-Joachim Kraatz (LFB Sachsen); Martin Dulig (SPD); Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer (v.l.)

Angesprochen wurden bei dem Treffen außerdem der Fachkräftemangel, das Freihandelsabkommen TTIP, die digitale Infrastruktur sowie die Qualität der Hochschulausbildung. Diskutiert wurde auch über die Gebühren- und Honorarordnungen der Freien Berufe. LFB-Vizepräsident Erik Bodendieck betonte die Notwendigkeit der Honorarordnungen, die der Qualitätssicherung und dem Ver-

braucherschutz dienen, weil sie Dumpingpreise in der Daseinsvorsorge verhinderten. Die Freiberuflichkeit als solche, aber auch die Konstruktion der freiberuflichen Selbstverwaltung sowie die berufsständischen Versorgungswerke müssten erhalten und gestärkt werden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Tag des Ehrenamtes

Am 23. September 2015 waren zahlreiche sächsische Ärzte, die aus Gremien der Sächsischen Landesärztekammer ausgeschieden waren, zum Tag des Ehrenamtes geladen. In seiner Würdigung betonte der Präsident Erik Bodendieck, dass die Übernahme eines Ehrenamtes in der Gesellschaft und auch im ärztlichen Berufsstand nicht immer selbstverständlich sei. Über 30 Ärzte waren der Einladung gefolgt. Für ihr Engagement in den Ausschüssen, Kreisärztekammern oder in der Kammerversammlung erhielten sie vom Präsidenten eine Ehrenurkunde der Sächsischen Landesärztekammer.

Vor 25 Jahren wurde die ärztliche Selbstverwaltung (wieder) aus der Taufe gehoben. Einige von den „Ehrenamtlern“ engagierten sich von Beginn an in der ärztlichen Selbstverwaltung. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung wäre die Aufgabenbewältigung nicht möglich gewesen. Sie haben sich für alle Ärzte in Sachsen eingesetzt und sich um die Fortbildung, um die Weiterbildung oder um Fragen des Berufsrechts gekümmert, waren Mandatsträger oder Vertreter in den Vorständen der Kreisärztekammern. Sie haben wichtige Bereiche der ärztlichen Selbstverwaltung mit Leben erfüllt. Nur so könne sich eine ärztliche Selbstverwaltung weiterentwickeln, betonte der Präsident.



Über 30 Ärzte kamen zum Tag des Ehrenamtes. Sie erhielten eine Ehrenurkunde für ihr Engagement. © SLÄK

Das Ehrenamt besitze eine lange abendländische Tradition. Aus Sicht der klassischen Antike oder der des Christentums gehöre der individuelle Beitrag zum allgemeinen Wohl unverzichtbar zu einem sinnerfüllten Leben. Eine andere Wurzel des sozialen Engagements findet sich in der christlichen Tradition: Im Liebesgebot der Bibel.

Das Ehrenamt, dieses freiwillige Engagement, sei eine Chance für jeden Einzelnen sich einzumischen und mitzugestalten. Freiwilliges Engagement sei nicht nur Hilfe für andere, sondern bedeute auch persönliche Weiterentwicklung. Viele

Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens würden ohne Ehrenamtliche kaum mehr existieren. Aktuell sei dies bei der medizinischen Versorgung der großen Zahl an Flüchtlingen sichtbar. Mit diesen Worten gab Erik Bodendieck auch ein Zeichen an die jungen Ärzte, sich in einem Ehrenamt, vorzugsweise in der Sächsischen Landesärztekammer, zu engagieren.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## 7. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“: Strategien für die Region

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ lud am 21. September 2015 seine Netzwerkpartner und interessierte Gäste zum 7. Netzwerktreffen erstmals in die Oberlausitzer Region nach Cunewalde ein. Die Referenten diskutierten mit den über 80 Teilnehmern regionale Strategien zur Sicherung der Versorgung in den ländlichen Gebieten Sachsens.

In seinem Grußwort freute sich der Bürgermeister von Cunewalde, Thomas Martolock, über die Ausrichtung des Treffens in seiner Gemeinde, die wirtschaftlich wie touristisch als Leuchtturm in der Region gelten kann. Die Amtsärztin des Landkreises Bautzen, Dr. med. Ilona Walter, stellte die medizinische Versorgung im Landkreis Bautzen vor, bevor dann der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, in seinem Jahresbericht über die geleistete Netzwerkarbeit und die aktuellen Projekte von „Ärzte für Sachsen“ berichtete.

In seiner Analyse der Lösungsansätze für den steigenden regionalen Arztbedarf setzt er auf eine bessere sektorenübergreifende Versorgung und auf den Mut zu neuen Wegen. „In Sachsen sind wir relativ schnell in der Reaktion auf Veränderungen. Wir brauchen neue Versorgungsstrukturen. Ein Beispiel dafür ist die vom Netzwerk initiierte Satellitenpraxis, die Anfang des nächsten Jahres ans Netz gehen soll.“

Der Hauptteil der Veranstaltung widmete sich den verschiedenen „Strategien für die Regionen“. Jun.-Prof. Dr. Birgit Glorius vom Institut für Europäische Studien der TU Chemnitz präsentierte dazu eingangs Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur „Migration von Ärzten im sächsisch-böhmischen Grenzraum“. Sie stellte fest, dass Migrationsprozesse nicht aufzuhalten sind, aber



Jun.-Prof. Dr. Birgit Glorius berichtete über Erfahrungen ausländischer Ärzte in Sachsen. © SLÄK

mittelfristig immer auch Chancen für Nachrücker erzeugen und einen Gewinn durch das erhöhte Wissens- und Wirtschaftslevel der Rückkehrer generieren.

Alexander Krauß vom jungblick consulting e.V. der TU Chemnitz knüpfte in seinem Vortrag zur „Personalstrategie für Krankenhäuser einer Region“ an den Wanderungsgedanken an. Für ihn ist ein Schlüssel zur Bindung von neuen Ärzten die Integration der Lebenspartner schon ab dem Vorstellungsgespräch. Viel beachtet war auch das „Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung“, bei dem die gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen mit den Kliniken in Zwickau und Glauchau ein regionales Psychiatriebudget als Pilotprojekt realisieren. Maryan Schemken von der AOK PLUS machte noch einmal die Patientenorientierung deutlich. Bei dem sektorenübergreifenden Behandlungsansatz „ambulant vor stationär“ sei die Unabhängigkeit von der Vergütungsform von enormer Bedeutung. Dipl.-Med. Cornelia Stefan berichtete von der Umsetzung am Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau und wie Casemanager die sonst üblichen Übergabeverluste an den Sektorengrenzen minimieren.

Im Vortragsblock zu den neuen LEADER-Förderungen für den ländlichen Raum wurde deutlich, wie dezentral



Landrat Rolf Keil will Vogtland zur Impulsregion machen. © SLÄK

das neue Förderinstrument ist. Die 30 LEADER Regionen definieren die Maßnahmen ganz individuell und finanzieren beispielsweise die Ausstattung von Praxen und Umbaumaßnahmen zum eigengenutzten Wohnen in ganz unterschiedlicher Weise. Ansprechpartner hierfür sind zunächst immer die jeweiligen Regionalmanager.

Von regionaler Ausrichtung konnte man auch im abschließenden Vortrag zur „Impulsregion Vogtland 2020“ sprechen. Der neue Landrat des Vogtlandkreises, Rolf Keil, setzt sich für die regionale Sicherung der Gesundheitsversorgung in seinem Landkreis ein. Sein Ziel ist die bessere Vernetzung der lokalen Gesundheits- und Pflegeanbieter über die Grenzen stationärer und ambulanter Versorgung hinaus.

Die Teilnehmer der Veranstaltung gaben im Nachgang dem Netzwerktreffen eine gute Beurteilung (Schulnote 1,7), auch wenn die Zeitplanung aufgrund der Fülle an Vortragsthemen angemahnt wurde. Für das Treffen im nächsten Jahr sollen die Themen deshalb konzentriert werden. Geplant ist die Durchführung des 8. Netzwerktreffens für September 2016 in Chemnitz.

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Medizinische Versorgung von Asylbewerbern

Immer mehr Flüchtlinge erreichen Sachsen. Alle diese Flüchtlinge erhalten eine Erstuntersuchung. Daneben besteht ein hoher Bedarf an einer medizinischen Regelversorgung. Trotz der hohen Zahl an Flüchtlingen und des Personalmangels konnte diese medizinische Versorgung durch haupt- und ehrenamtliche Helfer abgesichert werden. Grundsätzlich gilt, eine ärztliche Versorgung eines akut erkrankten Menschen muss aus ethischen und moralischen Gründen immer und überall ohne Ansehen der Person, seiner Religion, seiner Herkunft, seiner Sprache oder seines Aufenthaltsstatus erfolgen.

Was es bedeutet, jährlich bis zu 40.000 Menschen in Sachsen zusätzlich medizinisch zu versorgen, ist einigen staatlichen Stellen erst sehr spät bewusst geworden. In der Bedarfsplanung gibt der GBA allein für den niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bedarf je 1.671 Einwohner einen Kassenarztsitz vor. Das wären alleine für Dresden mit derzeit 5.000 Flüchtlingen drei zusätzliche Allgemeinmediziner. Die ärztliche Versorgung gerade der Flüchtlinge ist daher nicht trivial und auf Dauer kann das Ehrenamt nicht die Aufgaben des Staates übernehmen.

In Dresden wurde von der KV Sachsen deshalb im Rahmen der Amtshilfe eine spezielle Ambulanz für Asylbewerber eröffnet. Weitere sind für Leipzig und Chemnitz geplant. Dort sollen Flüchtlinge, egal in welchem Status sie sich befinden, versorgt und gegebenenfalls zur weiteren fachärztlichen Versorgung weitervermittelt werden. Eine solche zentrale Anlaufstelle hat viele Vorteile: Dolmetscher vor Ort sind wesentlich ressourcenschonender einzusetzen, Rückfragen bei der Landesdirektion und beim Sozialamt einfach zu klären, die regulären Praxen in der Umgebung werden entlastet und die Kooperation mit dem Gesundheitsamt leichter zu organisieren. Diese Flüchtlingsambulanz wird als Modellprojekt zu den ent-

stehenden Kosten evaluiert und könnte als Modell dann für weitere Ambulanzen in Sachsen dienen.

Perspektivisch werden die Asylbewerber von den Erstaufnahmeeinrichtungen in Wohnheime und Wohnungen in ganz Sachsen, dann natürlich auch in Arztpraxen und Krankenhäuser in den ländlichen Regionen kommen. Die Sächsische Landesärztekammer hat deshalb die häufigsten Fragen und Antworten rund um die medizinische Versorgung von Asylbewerbern zusammengefasst.

### Wer macht die Erstuntersuchung bei Asylbewerbern?

Die Erstuntersuchung wird durch das Gesundheitsamt durchgeführt. Ärzte, die im Hauptamt oder als Honorarkräfte unterstützen möchten, werden gebeten, sich bei der Sächsischen Landesärztekammer zu melden ([kooperation@slaek.de](mailto:kooperation@slaek.de)). Wir geben die Kontaktdaten an die Gesundheitsämter in Dresden, Chemnitz und Leipzig weiter.

### Was wird bei der Erstuntersuchung durchgeführt?

Inhalt der Erstuntersuchung ist eine Anamneseerhebung und eine allgemeine ärztliche Untersuchung zum Nachweis oder Ausschluss des Vorliegens von übertragbaren Krankheiten sowie von Ausscheidertum. Dazu gehören eine Röntgen-Untersuchung der Lunge ab dem 16. Lebensjahr, ein Tuberkulintest bei Kindern und Schwangeren (den das Gesundheitsamt abliest) und serologische Untersuchungen ab 14. Lebensjahr auf Impfschutz, bei Kindern gegebenenfalls aus Kapillarblut.

Bei entsprechender Anamnese oder Symptomatik sowie epidemiologi-

schen Anhaltspunkten werden Stuhluntersuchungen oder weitere serologische Untersuchungen durchgeführt. Bisher können die weiterbehandelnden Ärzte nicht routinemäßig die Befunde der Erstuntersuchung einsehen. Wenn es pathologische Befunde gibt, die eine Weiterbehandlung erfordern oder infektiologisch relevant sind, benachrichtigt das Gesundheitsamt die Wohneinrichtung und der Patient erhält einen Befund zur Übermittlung an die weiterbehandelnden Ärzte.

### Wie ist ein Asylsuchender krankenversichert?

Ein Asylsuchender ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, daher hat er auch keine Versicherungskarte. Die Kosten für eine notwendige Behandlung übernimmt entweder die Landesdirektion Chemnitz (bei Asylsuchenden, die noch im Aufnahmeverfahren sind und noch keinem Landkreis zugewiesen sind) oder das Sozialamt des Landkreises, dem der Asylsuchende zugewiesen wurde.

Daneben gibt es auch Menschen ohne Papiere in Deutschland. Fragen zu Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis beantwortet ein Flyer der Bundesärztekammer. Dieser ist unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de), Publikationen, zu finden.

### Welche Leistungen übernimmt der Kostenträger nach Asylbewerberleistungsgesetz?

**§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz**  
(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich

der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. (2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

### § 6 Asylbewerberleistungsgesetz

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Ärzte können danach alle wirklich wichtigen Untersuchungen und Behandlungen durchführen. Ausgeschlossen sind zum Beispiel Hörgerä-

teverordnung bei Altersschwerhörigkeit, normale Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen, elektive Operationen wie Gelenkersatz oder Gallenblasenentfernungen ohne akute Entzündungen, Gebissanierungen ohne akute Schmerzen oder Entzündungen. So lange keine Broschüre vorliegt, die den Ärzten hier eindeutige Regeln an die Hand gibt, ist jeder Arzt angehalten, nach folgenden Kriterien zu entscheiden:

- Die Behandlung ist unbedingt notwendig und unaufschiebbar.
- Weiter darf nur überwiesen werden, wenn der Kostenträger (also die Landesdirektion oder das Sozialamt) schriftlich zugestimmt hat.
- Notfalleinweisungen ins Krankenhaus sind ohne Genehmigung möglich.
- Sonstige Einweisungen sind ebenfalls vorher vom Kostenträger schriftlich zu genehmigen.

Es bleiben Fragen zu bestimmten Graubereichen, zum Beispiel chronische Erkrankungen, die bei nicht regelmäßiger ärztlicher Kontrolle dekompensieren und so zum Notfall werden können. Dazu gehört der Diabetes, die Hypertonie, psychiatrische Erkrankungen und vieles mehr. Hier gilt: der Arzt entscheidet ex ante und holt eine Genehmigung des Kostenträgers nur in den Fällen ein, in denen er es nach der Formulierung aus §§ 4 und 6 AsylBLGes für notwendig erachtet.

Die erheblichen Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern durch das AsylBLGes kann nur durch eine Änderung des Gesetzes geändert werden.

### Wie können Ärzte die Behandlung abrechnen?

Abgerechnet wird im ambulanten Bereich mit dem für ein Quartal gültigen Behandlungsschein über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Abrechnungsscheine müssen von der Landesdirektion oder vom Sozialamt unterschrieben sein. Überweisungen sind nur mit Unterschrift des Kostenträgers (also Landesdirektion bzw. zuständiges Sozialamt) abrechenbar.

In der Praxis in Dresden wird diese Unterschriftspflicht für die Zeit des Modellprojektes ausgesetzt. Die Ergebnisse der Evaluation werden abgewartet und dann wird das weitere Verfahren entschieden.

### Wie erfolgt die Abrechnung im akuten Notfall ohne Behandlungsschein?

Im KV-Bereitschaftsdienst und in der Krankenhausambulanz kann es immer wieder dazu kommen, dass keine unterschriebenen Behandlungsscheine vorliegen. Hier ist immer zu prüfen, ob es sich tatsächlich um einen unaufschiebbaren Notfall handelt. Ist dies zweifelsfrei der Fall, werden die Daten des Patienten erfasst (Name, Geburtsdatum, ZAB-Nr., derzeitiger Wohnort) und der Patient wird behandelt. Die Einschränkungen durch das AsylBLGes sind dabei zu beachten (siehe dort).

### Wo finde ich Anamnesebögen in anderen Sprachen?

Anamnesebögen in 24 Sprachen gibt es bei tipdoc ([www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de)) und in 14 Sprachen bei „Armut und Gesundheit e.V.“ ([www.armut-gesundheit.de](http://www.armut-gesundheit.de)).

### Welche akuten Erkrankungen sind häufig?

Viele Flüchtlinge leiden unter Erkältungserkrankungen, Gelenkschmerzen und Gastroenteritiden, Zahnschmerzen und Verletzungen. Entgleiste chronische Erkrankungen wie Hypertonie und Diabetes sind häufig, ebenso Hautinfektionen und chronische Wunden. Aber auch Folgen von Folterungen sowohl körperlich (Patient wurde zum Beispiel stundenlang an den Füßen aufgehängt) als auch seelisch erfordern nicht nur professionelle medizinische sondern auch psychische Hilfe. Nicht nur die Belastungen der Umstände, die zur Flucht geführt haben, sondern auch die extremen Belastungen bei der Flucht, wie beispielsweise kilometerlange Fußmärsche ohne entsprechendes Schuhwerk und ausreichend Nahrung, zollen ihren Tribut. Die Behandlung ist für alle ehren- und hauptamtlich Tätigen eine ganz besondere Herausforderung.

### Wo finde ich einen Dolmetscher und wer trägt die Kosten?

Dolmetscher vermittelt zum Beispiel der Gemeindedolmetscherdienst Dresden.

Die Kosten für einen Dolmetscher übernimmt nach Asylbewerberleistungsgesetz bei Vorliegen eines gültigen Behandlungsscheins die Landesdirektion oder das zuständige Sozialamt.

## Ärzte zur Betreuung von Herzsportgruppen gesucht

Der Dresdner Sportclub 1898 e.V., Abteilung Gesundheitssport, Magdeburger Straße 12, 01067 Dresden, sucht dringend Ärztinnen oder Ärzte aus dem Seniorenkreis zur Betreuung von Herzsportgruppen im Rehabilitationsbereich.

Ansprechpartnerin Angela Geisler  
Tel.: 0351 4382274 oder  
Funk: 01525 4618509

In den Herzsportgruppen trainieren Teilnehmer nach Herzinfarkt, bei koronarer Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz, mit Kardiomyopathien, mit Herzklappenfehlern oder auch nach Herz- oder Gefäßoperationen. Die 60-minütige Herzsportstunde umfasst Gymnastik, Koordinations- und Bewegungsspiele und Ausdauertraining (Walking/Ergometertraining). Entsprechend der individuellen Belastbarkeit trainieren die Teil-

### Wie kann ich als Arzt helfen?

Ärzte, die im Hauptamt oder als Honorarkräfte unterstützen möchten, werden gebeten, sich bei der Sächsischen Landesärztekammer zu melden (assaegf@slaek.de; Telefon 0351 8267 311). Wir geben die Kontaktdaten an die Gesundheitsämter in Dresden, Chemnitz und Leipzig und an die KV Sachsen weiter.

nehmer in Übungs- oder Trainingsgruppen. Ziel ist eine Verbesserung der Herz-Kreislauffunktion und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfcharakter der Leistung zu stärken.

Ziel ist es auch, den von der Krankheit betroffenen Menschen wieder ins Arbeitsleben zu integrieren oder auch die Möglichkeit zu geben, weiter oder wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und den Alltag besser bewältigen zu können. Beim Herzsport ist laut Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1.1.2011 die ständige persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Aufgabe des Arztes/der Ärztin ist es, unter anderem zu Beginn jeder

Die Fragen und Antworten, auch zu Medikamenten, Schwangerschaft und Sucht, finden Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de). Dort werden sie regelmäßig aktualisiert und ergänzt.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



© Blend 3/Frank Grätz

Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und in der Trainingsgestaltung zu berücksichtigen.

Wir suchen Ärztinnen/Ärzte die aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden sind und noch nach einer verantwortungsvollen Aufgabe suchen. Für die Tätigkeit ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen.

Dr. med. Christel Kieß  
Emil-Schüler-Straße 23, 01445 Radebeul  
Tel. 0351 4540828, Fax 0351 6587647  
E-Mail: [christel-kiess@t-online.de](mailto:christel-kiess@t-online.de)

## Aufbewahrung von Patientenunterlagen

Sehr häufig betreffen die Anfragen unserer Mitglieder die zeitlichen Vorgaben der Aufbewahrung von Patientenunterlagen und die Verfahrensweise nach Aufgabe der Praxis.

Ärztliche Aufzeichnungen sind gemäß § 17 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes in Verbindung mit § 10 Abs. 3 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer **mindestens für die Dauer von zehn Jahren** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten (§ 10 Abs. 5 der Berufsordnung). Bitte beachten Sie hierzu die „Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Heft 21, 23. Mai 2014, Seite A 963.

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) hat die gesetzliche Verankerung des Behandlungsvertrages und der sich hieraus für das Arzt-Patienten-Verhältnis ergebenden Rechte und Pflichten im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zum Gegenstand gehabt. Hierzu zählt auch die zivilrechtliche Verpflichtung des behandelnden Arztes zu einer beweissicheren Patientendokumentation (gemäß § 630f Abs. 1 BGB). Diese Anforderungen gelten nach der neuen Regelung im BGB für jegliche Art der Dokumentation, das heißt für die Papierakte genauso wie für die elektronische Patientenakte. Bei Verstößen gegen diese vertraglichen Pflichten (bei der Patientendokumentation) droht der Verlust des Beweiswertes der Eintragungen mit denen damit verbundenen beweiss-

rechtlichen Nachteilen bei einer zivilgerichtlichen Auseinandersetzung, zum Beispiel im Behandlungsfehlerfall. Des Weiteren regelt § 630h Abs. 3 BGB u. a. auch, dass der Arzt, sofern er die Behandlungsdokumentation vor Ende der Aufbewahrungsfristen vernichtet hat bzw. nicht in erforderlichem Umfang dokumentiert hat, im Schadensfall beweisschuldig so gestellt wird, als ob die Maßnahme nicht durchgeführt worden ist. Der Arzt muss dann das Gegenteil (zum Beispiel die Erhebung eines bestimmten Befundes) beweisen. Auch nach § 630f Abs. 3 BGB ist die **Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind gemäß § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung dreißig Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Demgegenüber sind Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen sowie Röntgenbilder zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren.

Einzelne vertragsärztliche Formulare fallen nicht unter die zehnjährige Aufbewahrungsfrist. Die Durchschriften von **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind nur zwölf Monate**, gerechnet vom Tag der Ausstellung an, aufzuheben. Bei **Früherkennungsuntersuchungen** beträgt die Aufbewahrungsfrist für **zytologische Befunde sowie Objektträger zehn Jahre** und für die **Durchschriften der Berichtsvordrucke fünf Jahre**. Erfolgt die **vertragsärztliche Abrechnung mittels EDV, ist die Sicherungskopie der Abrechnungsdatei des Arztes mindestens 16 Quartale** aufzubewahren (Punkt 1.8 der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Erstellung der Abrechnung).

Führt ein Arzt spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen im

Sinne der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift – Arbeitsmedizinische Vorsorge A4 (BGV A4) – durch, so ergeben sich abweichende Aufbewahrungsfristen für Krankenunterlagen. Werden Ärzte von der Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde zu einer Vorsorgeuntersuchung im Sinne des § 2 Abs. 1 BGV A4 ermächtigt, so hat der Arzt darüber eine Gesundheitsakte zu führen. Diese hat der Arzt gemäß § 14 Abs. 2 BGV A4

1. bis zum Ablauf des Jahres aufzubewahren, in welchem der Versicherte 75 Jahre alt geworden ist oder geworden wäre, oder
2. der Berufsgenossenschaft zu übergeben, wenn er sie nicht selbst aufbewahren kann.

Nummer 2 gilt auch, wenn der Versicherte bei seinem Ausscheiden aus dem Unternehmen die Aufbewahrung der Gesundheitsakte bei der Berufsgenossenschaft ausdrücklich wünscht.

Entsprechend den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren in der Fassung vom 01.01.2011 verpflichtet sich der Durchgangsarzt gemäß Punkt 5.6., ärztliche Unterlagen einschließlich Krankenblätter und Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren.

Gemäß Punkt 3.6.8. der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) vom 01.01.2013 sind ärztliche Unterlagen und Röntgenaufnahmen über Unfallverletzte ebenfalls mindestens 15 Jahre aufzubewahren.

Die bereits erläuterten Aufbewahrungsfristen sowie weitere spezialgesetzliche Regelungen zur Aufbewahrung von Patientenunterlagen entnehmen Sie bitte der unten stehenden Tabelle.

### Aufbewahrung nach Aufgabe der Praxis

Nach Aufgabe seiner Praxis hat der Arzt gemäß § 10 Abs. 4 der Berufsordnung seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde selbst aufzubewahren oder dafür

Rechtsgrundlage	Aufbewahrungsfrist(en)
§ 10 Abs. 3 BO	10 Jahre
§ 28 Abs. 3 RöV	30 Jahre (Behandlung) / 10 Jahre (Untersuchung)
§ 85 Abs. 3 StrlSchV	30 Jahre (Behandlung) / 10 Jahre (Untersuchung)
Anlage 2 des BMV-Ä (AU-Bescheinigungen)	1 Jahr
§ 14 Abs. 2 BGV A4 (Arbeitsmed. Vorsorge)	bis zum Ablauf des 75. Lebensjahres des Versicherten
Durchgangsarzt- und Verletzungsartenverfahren	15 Jahre
§ 11 Abs. 1 und § 14 Abs. 3 TFG	15 Jahre / 20 Jahre / 30 Jahre
§ 13 Abs. 3 BtMVV	3 Jahre

Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt kann der Aufbewahrungspflicht grundsätzlich durch folgende Maßnahmen nachkommen:

- Aufbewahrung in den eigenen Räumen,
- Aufbewahrung in angemieteten Räumen (nur dann unproblematisch, wenn dem Arzt im Mietvertrag ein alleiniges Zugriffsrecht eingeräumt wird und dies durch organisatorische Maßnahmen abgesichert ist),
- Übergabe der Aufzeichnungen an einen Praxisnachfolger bzw. einen anderen Praxisinhaber, wobei der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten muss und sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben darf (Stichwort: Zweischrankmodell),
- ausnahmsweise Übergabe der Unterlagen an ein privates Archiv-

unternehmen, wenn dessen Mitarbeiter vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und die Auskunftserteilung aus den Arztaufzeichnungen einem Arzt vorbehalten ist; dies ist jedoch dann unzulässig, solange dem Arzt selbst die Aufbewahrung zumutbar ist oder eine Übergabe an einen Praxisnachfolger möglich ist.

Im Einzelfall ist auch die Herausgabe der Unterlagen an den jeweiligen Patienten möglich. Doch ist hierbei darauf zu achten, dass dies nur gegen Erteilung eines Empfangsbescheinigung, welches sorgfältig dokumentiert wird, erfolgen sollte. Das Risiko, sich im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung nicht mehr mit den Unterlagen gegen unberechtigte Ansprüche wehren zu können, mit der Folge, dass das als zugestanden gilt, was der Patient behauptet, steigt natürlich. So mag dieses Prozedere berufsrechtlich zu vertreten sein, zivilrechtlich gesehen, können wir es nicht empfehlen.

## Vernichtung von Patientenunterlagen

Die Vernichtung von Patientenunterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist muss datenschutzgerecht erfolgen. Gemäß § 35 Abs. 2 Nr. 3 Bundesdatenschutzgesetz und § 20 Abs. 1 Nr. 2 Sächsisches Datenschutzgesetz sind personenbezogene Daten zu vernichten, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung des Arztes nicht mehr erforderlich ist. Die Vernichtung kann deshalb erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungsfristen erfolgen. Patientenunterlagen werden dann datenschutzgerecht entsorgt, wenn alle Unterlagen mit Patientenbezug erfasst sind und gewährleistet wird, dass bei Vernichtung durch den Arzt selbst oder durch Einschaltung von Entsorgungsunternehmen das Patientengeheimnis nicht verletzt wird. Die Kontrolle obliegt dem Arzt.

Die Bundesgesetze können Sie unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) tagesaktuell einsehen. Die Landesgesetze finden Sie unter [www.revosax.sachsen.de](http://www.revosax.sachsen.de). Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de). Die Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis mit den aktuellen technischen Rahmenbedingungen digitaler Archivierung finden Sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de), dort unter dem Reiter Recht/Publikationen.

In der nächsten Folge wird der Umgang mit Patientenakten bei Übergabe einer Arztpraxis detaillierter beschrieben.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Programmorschau

#### Konzert – Festsaal

Sonntag, 8. November 2015  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
„Klarinettenkaleidoskop“

Studierende der Klarinettenklassen der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich vor  
Am Flügel: Prof. Sonja Gimaltdinow  
Lunchbuffet „Herbstlich – Wild(e) Köstlichkeiten“  
Um Reservierung wird gebeten.

Sonntag, 6. Dezember 2015  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
„Adventsmusik“

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

Leitung: Andrea Deutschmann  
Lunchbuffet „Adventsstimmung im Haus“  
Um Reservierung wird gebeten.

#### Ausstellung

Wolfgang Kühne – Malerei, Grafik  
bis 22. November 2015

## 53. Tagung der Kammerversammlung

Die 53. Tagung der Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem 14. November 2015, in der Zeit von 9.00 bis ca. 15.00 Uhr im

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

statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arztbescheides als Zuhörer teilnehmen.

### Tagesordnung

#### 1. Eröffnung der 53. Tagung der Kammerversammlung

- Feststellung der Beschlussfähigkeit
  - Protokollbestätigung
  - Beschlusskontrolle
- Erik Bodendieck, Präsident

#### 2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

#### 3. Aktuelle Gesetze bzw. Gesetzesvorhaben der Bundesregierung mit gesundheitspolitischer Relevanz

Bericht: Maria Michalk, Bundestagsabgeordnete, Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion

#### 4. Ausführlicher Meinungsaustausch zu TOP 2

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- und einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin oder des/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

### III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

#### 5. Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen für die Wahlperiode 2015 – 2019

Wahlleitung: Präsident

#### 6. Satzung zur Änderung der Berufsordnung

Bericht: Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender Ausschuss Berufsrecht

#### 7. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung

Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

#### 8. Finanzen

Wirtschaftsplan 2016

Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

#### 9. Bekanntgabe von Terminen

#### 10. Verschiedenes

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)) spätestens bis zum 6. November 2015 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267-170/171/173 zur Verfügung.

## Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am Montag, dem 11. Januar 2016, 9.00 – 15.00 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von Ende Januar 2016 bis Mitte Februar 2016.

### I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 11. Januar 2016 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2016 endet, zugelassen werden.

### II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei einer Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

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

**sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kv.sachsen.de](http://www.kv.sachsen.de)) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.** Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
15/C044	Urologie	Aue-Schwarzenberg	26.10.2015
15/C045	Psychologische Psychotherapie/ Verhaltenstherapie	Annaberg	11.11.2015
15/C046	Psychologische Psychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Mittweida	11.11.2015
15/C047	Psychologische Psychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Stollberg	26.10.2015

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
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
15/D044	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häufiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	26.10.2015
15/D045	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	26.10.2015
15/D046	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dresden, Stadt	11.11.2015
15/D047	Ärztliche Psychotherapie (häufiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	26.10.2015
15/D048	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.11.2015
15/D049	Psychologische Psychotherapie/ Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.11.2015
15/D050	Ärztliche Psychotherapie	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	26.10.2015
15/D051	Augenheilkunde	Löbau-Zittau	11.11.2015
<b>Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>			
15/D052	Kinder- und Jugendmedizin	Sächsische Schweiz	26.10.2015
15/D053	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Sachsen	26.10.2015

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
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
15/L044	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.11.2015
15/L045	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.11.2015
15/L046	Allgemeinmedizin*)	Schkeuditz	11.11.2015
15/L047	Allgemeinmedizin*)	Schkeuditz	26.10.2015
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
15/L048	Augenheilkunde	Leipzig, Stadt	11.11.2015
15/L049	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Leipzig, Stadt	26.10.2015
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
15/L050	Innere Medizin/Nephrologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig	26.10.2015

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
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeuten-sitz)	Freiberg	geplante Abgabe: 01.01.2016

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
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Niesky (in Kodersdorf)	Abgabe: ab 01.02.2016

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

## Existenzgründer- und Praxisabgebtag

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein, gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben. Die Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und die Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer laden gemeinsam ein zu einem Existenzgründer- und Praxisabgebtag am Samstag, dem **21. November 2015**, 09.30 – 15.00 Uhr.

### Teil I (für Existenzgründer)

#### „Der Weg in die niedergelassene Praxis“

Planung – Zulassungsrecht – Investitionen – Kooperationsmöglichkeiten

#### Juristische Aspekte, u.a.

- Voraussetzungen der Niederlassung/der Anstellung
- Praxisübernahme und Praxisneugründung: was ist sinnvoller?
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit

## Rezension

Saskia Arens

### „... und ihre Asche gehört seinem Sohn“

Recht in Deutschland.

Ein Erlebnisbericht“

Verlag Neue Literatur, Jena 2015

186 Seiten, Klappenbroschur

ISBN 978-3-940085-91-7

Preis: 11,90 Euro

Die Autorin erzählt ergreifend ihr persönliches Schicksal, welches vielleicht kein Einzelfall sein mag. Sie ist selbst examinierte Altenpflegerin und durchaus engagiert für ihre Familie und ihre alternde, von der Alzheimer Krankheit betroffene Mutter.

Eben diese war eine fleißige Frau, die bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig war. Sie heiratete erst spät ihren Ehemann, der allerdings nicht der leibliche Vater der Autorin war. Das Verhältnis zwischen der Autorin, ihrer Mutter, deren Ehe-

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt, IWP

#### Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte, u.a.

- Vor- und Nachteile einzelner Finanzierungsformen
- Betriebswirtschaftliche Kennziffern
- Die richtigen Abschreibungs- und Investitionsstrategien

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater, IWP

### Teil II (für Praxisabgeber)

#### „Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft – Vermögen

#### Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte, u.a.

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes
- Der materielle und ideelle Praxiswert

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski

#### Juristische Aspekte, u.a.

- Ablauf einer Praxisübertragung
- Gestaltung: Kaufvertrag, Arbeitsverträge, Mietvertrag

■ Schweigepflicht und Patientenkartei

Referent: Theo Sander

### Teil III (für Existenzgründer und Praxisabgeber)

gemeinsames Diskussionsforum: Referenten und Fachleute sowie junge Existenzgründer stehen Rede und Antwort.

#### Veranstaltungsort:

Hörsaal der Landes Zahnärztekammer Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden

Das Seminar ist kostenlos.

Teilnahmemeldungen mit dem Hinweis, ob der/die Teilnehmer Praxisabgeber oder Existenzgründer ist/sind, sind bis zum 30. Oktober 2015 zu richten an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle Dresden  
Abteilung Sicherstellung  
Postfach 10 06 41, 01076 Dresden  
Fax-Nr. 0351 8828-199  
E-Mail: sicherstellung.dresden@kvsachsen.de



mann und seinen Kindern beschreibt sie anfänglich als harmonisch. Erst als ihre Mutter erkrankte und ihr Ehemann zwar zum Betreuer bestellt wird, aber die Amtsgeschäfte dessen Sohn Ottfried übernimmt, weil sein

Vater diese gesundheitshalber selbst nicht ausreichend wahrnehmen kann, kommt es zum nicht mehr zu reparierenden Riss in der Familie. Nun überschlagen sich die Ereignisse. Die Mutter der Autorin wollte nie in ein Pflegeheim. Da sie aber krankheitsbedingt nicht mehr ihre eigenen Bedürfnisse regeln kann, wird sie gegen den Willen der leiblichen Tochter dort abgestellt. Der aussichtslose Kampf gegen die Behörden und die Rechtsprechung wird von der Autorin mit Dokumenten belegt. Es ist ein verlorener Kampf. Die Mutter stirbt und kann nicht einmal wunschgemäß von der Tochter im Familiengrab zur letzten Ruhe gebettet werden. Der wahren Tatsachen entsprechende Bericht gibt sehr zu denken.

Es lohnt sich, dieses Buch zu lesen und vielleicht auch Vorsorge für eigene Belange zu treffen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Kohren-Sahlis

# Erkennung und Behandlung von Nierenerkrankungen – eine sektorenübergreifende Aufgabe

T. Siepmann<sup>1</sup>, J. Beige<sup>2</sup>, S. Hans<sup>3</sup>,  
Ch. Hugo<sup>4</sup>, H. Martin<sup>5</sup>

## Zusammenfassung:

Die Niereninsuffizienz gewinnt eine zunehmende Bedeutung in der ambulanten und stationären Patientenbetreuung. Prinzipiell wird zwischen einem akuten und chronischen Nierenversagen unterschieden. Beide Verlaufsformen der Niereninsuffizienz weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Vergleich zu Patienten ohne Nierenerkrankungen auf. Die Arbeit gibt einen Überblick über die aktuell gültigen, 2012 und 2013 aktualisierten Definitionen sowohl des akuten und chronischen Nierenversagens. Weiterhin wird auf die primäre Diagnostik sowie die häufigsten Gründe von Nierenerkrankungen einschließlich reversibler Ursachen eingegangen. Nur eine Früherkennung sowie eine enge Kooperation zwischen Nephrologen und allen anderen Fachrichtungen erlauben eine adäquate Versorgung von Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion.

## Einleitung

Die Niereninsuffizienz gewinnt eine zunehmende Bedeutung für die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung. Immer mehr Menschen erreichen, unter anderem dank der modernen Medizin, ein hohes Alter. Dies ist verbunden mit dem Überleben von früher noch häufig tödlich verlaufenden Volkskrankheiten, zum Beispiel den Komplikationen von Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, aber

Tab. 1: Schätzung der GFR mittels MDRD- und EPI-CKD-Formel

MDRD-Formel (Levey A. S.; Coresh J.; Greene T.; Stevens L. A.; et al., 2006):  
eGFR =  $175 * \text{Scr}^{-1.154} * \text{Alter}^{-0.203} * 0,742$  [für Frauen] \* 1,212 [bei schwarzer Hautfarbe]

EPI-CKD (Levey, A. S.; Stevens, L. A.; Schmid, C.H.; Caira M. V.; et al., 2009):  
eGFR =  $141 * \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^{\alpha} * \max(\text{Scr}/\kappa, 1)^{-1.209} * 0,993^{\text{Alter}} * 1,018$  [für Frauen] \* 1,159 [bei schwarzer Hautfarbe]

eGFR: geschätzte glomeruläre Filtrationsrate in ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

SCr: Kreatinin im Serum in mg/dl

Alter in Jahre

$\kappa$  ist 0,7 für Frauen und 0,9 für Männer

$\alpha$  ist -0,329 für Frauen und -0,411 für Männer,

min: wenn  $\text{Scr} / \kappa \leq 1$  dann  $\text{Scr} / \kappa$  sonst 1

max: wenn  $\text{Scr} / \kappa > 1$  dann  $\text{Scr} / \kappa$  sonst 1

auch von Tumoren. Diese Erkrankungen stellen heutzutage, neben den erworbenen und angeborenen Nierenerkrankungen im engeren Sinn, die Hauptursache für das Nierenversagen in Deutschland dar. Die Anzahl der dialysepflichtigen Patienten stieg im letzten Jahrzehnt in Deutschland von zirka 60.000 auf gegenwärtig etwa 70.000 an. Die Inzidenz und Prävalenz der terminalen Niereninsuffizienz nimmt ab dem siebenten Dezennium bei beiden Geschlechtern deutlich zu (Potthoff, F.; Münzsch, Ch.; Berendes, A.; et al., 2014).

Die exkretorische Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate – GFR) wird in der täglichen Praxis durch die Bestimmung des Kreatinins im Serum abgeschätzt. Ein Anstieg des Serumkreatinins über den Normalwert bedeutet schon eine Verminderung der Nierenfunktion um ca. 50 Prozent. Aus Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und dem Kreatininwert im Serum lässt sich die glomeruläre Filtrationsrate mittels der MDRD-Formel, beziehungsweise genauer mittels der EPI-CKD-Formel abschätzen (Tabelle 1). In vielen Laborsystemen wird die geschätzte GFR (eGFR) berechnet und ausgewiesen. Die normale GFR bei jungen, gesunden Erwachsenen beträgt zirka 125 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Etwa ab dem 30. – 40. Lebensjahr vermindert sich die GFR physiologisch um etwa 0,6 – 0,8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> pro Jahr (Rowe, J. W.; Andres, R.; Tobin, J. D.; et al., 1976; Rule, A.D.; Amer, H.; Cornell, L.D.; et al., 2010).

Prinzipiell kann eine akute von einer chronischen Verlaufsform des Nierenversagens unterschieden werden.

## Akutes Nierenversagen

2012 wurde die gegenwärtig verbindliche Definition und Stadieneinteilung des akuten Nierenversagens veröffentlicht (KDIGO – Acute Kidney Injury Work Group, 2012). Im englischen Sprachraum hat sich die Bezeichnung Acute Kidney Injury (AKI) für den Symptomenkomplex des akuten Nierenversagens durchgesetzt. Die Definition fand Eingang in die aktuelle deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM 2015).

Ein akutes Nierenversagen liegt demnach bei einem

- Anstieg des Serumkreatinins über einen gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3 mg/dl (26,5 µmol/l) innerhalb von 48 Stunden oder
- Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert des Patienten um mindestens 50 Prozent innerhalb der vorangehenden 7 Tage oder
- Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5 ml/kg/h über mindestens sechs Stunden vor.

Die Stadieneinteilung ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

Das akute Nierenversagen stellt noch heute eine lebensbedrohliche Erkrankung dar. Abhängig von Stadium und Grundkrankheit ist im Vergleich zu Patienten ohne akutes Nierenversagen mit einer bis 10-fach höheren Letalität zu rechnen (Wang, H. E.; Muntner, P.; Chertow, G. M.; et al., 2012).

Langzeitstudien belegen, dass Patienten nach überstandenen akuten Nierenversagen unter anderem ein erhöhtes Risiko für chronische Nie-

<sup>1</sup> Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Innere Medizin V;

<sup>2</sup> Klinikum St. Georg Leipzig, Abteilung für Nephrologie;

<sup>3</sup> Nieren-, Hochdruck- und Rheuma-Zentrum Dresden;

<sup>4</sup> Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Medizinische Klinik III, Bereich Nephrologie;

<sup>5</sup> Dialysezentrum Zwickau

Tab. 2: Stadien des akuten Nierenversagens (KDIGO – Acute Kidney Injury Work Group, 2012)

Stadium	Kreatinin im Serum	Urinmenge
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anstieg um <math>\geq 1,5</math>fache bis <math>&lt; 2,0</math>fache vom Ausgangswert in 7 Tagen oder</li> <li>Anstieg um <math>\geq 0,3</math> mg/dl (26,5 <math>\mu</math>mol/l) in 48 Stunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>&lt; 0,5</math> ml/h über 6 – 12 h</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anstieg um <math>\geq 2</math>fache bis <math>&lt; 3,0</math>fache vom Ausgangswert in 7 Tagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>&lt; 0,5</math> ml/h über <math>\geq 12</math> h</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anstieg um <math>&gt; 3</math>fache vom Ausgangswert in 7 Tagen oder</li> <li>Anstieg auf <math>\geq 4,0</math> mg/dl (353,6 <math>\mu</math>mol/l) oder</li> <li>Beginn mit Nierenersatztherapie</li> <li>GFR <math>&lt; 35</math> ml/min/1,73m<sup>2</sup> bei Patienten bis zum 18. Lebensjahr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>&lt; 0,3</math> ml/h über <math>\geq 24</math> h oder</li> <li>Anurie über <math>\geq 12</math> h</li> </ul>

reninsuffizienz, Dialysepflichtigkeit und Mortalität aufweisen (Fuchs, L.; Lee, J.; Novack, V.; et al., 2013; Coca, S.G.; Singanamala, S.; Parikh, C. R., 2012; Coca, S.G.; Yusuf, B.; Shlipak, M. G.; et al., 2009).

Beim akuten Nierenversagen können drei Ursachengruppen unterschieden werden:

1. Prärenale Ursachen: zum Beispiel Flüssigkeitsverluste, Herzinsuffizienz, Paraproteine, Infektionen, Schock,
2. Intrarenale Ursachen: zum Beispiel Glomerulonephritiden, Vaskulitiden, Interstitielle Nephritis, Arzneimittel,
3. Postrenale Ursachen: Obstruktion zum Beispiel Tumore, Steine, Entzündungen.

### Chronische Nierenerkrankung

Eine chronische Nierenerkrankung ist durch Abnormitäten der Nierenstruktur oder der Nierenfunktion, die länger als drei Monate bestehen und Auswirkungen auf die Gesundheit haben, gekennzeichnet (KDIGO CKD Work Group, 2013). Einer der folgenden Befunde, länger als ein viertel Jahr bestehend, erlaubt die Diagnose: Albuminurie ( $> 30$  mg/d,  $> 30$  mg/g Kreatinin), pathologisches Urnsediment, Elektrolytveränderungen durch tubuläre Nierenschäden, histopathologische Nierenbefunde, durch bildgebende Verfahren nachgewiesene Veränderungen an den Nieren, Zustand nach Nierentransplantation oder eine GFR unter 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Die Bedeutung der Grenzwerte für die GFR und Albuminurie ergeben sich aus der Tatsache, dass die kardiovaskuläre Mortalität als auch die

Tab. 3a: Stadieneinteilung der chronischen Nierenerkrankungen nach der Nierenfunktion (adaptiert aus KDIGO CKD Work Group, 2013)

GFR-Stadium	ICD 10	GFR (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	Nierenfunktion
G1	N18.1	$\geq 90$	normal
G2	N18.2	60 – 89	leicht vermindert
G3a	N18.3	45 – 59	leicht bis mäßig vermindert
G3b	N18.3	30 – 44	mäßig bis stark vermindert
G4	N18.4	15 – 29	stark vermindert
G5	N18.5	$< 15$	terminales Nierenversagen

Tab. 3b: Stadieneinteilung der chronischen Nierenerkrankungen nach Albumin- oder Proteinurie (adaptiert aus KDIGO CKD Work Group, 2013)

Messwert	normal – gering erhöht (A1)	mäßig erhöht (A2)	stark erhöht (A3)
Albuminurie (mg/d) oder (mg/g Kreatinin)	$< 30$	30 – 300	$> 300$
Proteinurie (mg/d) oder (mg/g Kreatinin)	$< 150$	150 – 500	$> 500$
Teststreifen	negativ bis Spur	Spur bis +	+ ... +++

Sterblichkeit aus jeglichem Grund unterhalb einer GFR von 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sowie einer Albuminurie von mindestens 30 mg/g Kreatinin signifikant ansteigen im Vergleich zu höheren GFR-Werten und niedrigerer Albuminurie (Levey, A. S.; de Jong, P. E.; Coresh, J.; et al., 2011).

Die weitere Stadieneinteilung ist abhängig von der GFR (G1 bis G5) und dem Ausmaß der Albuminurie (A1 bis A3), siehe Tabellen 3a und 3b. Niedrigere GFR und höhere Albuminurie führen zu progredienter Mortalität, weiterer Verschlechterung der Nierenfunktion bis zum terminalen Nierenversagen sowie zu einem erhöhten Risiko für ein akutes Nierenversagen (Levey, A. S.; de Jong, P. E.; Coresh, J.; et al., 2011).

Die häufigsten Ursachen eines chronischen Nierenversagens in Deutsch-

land sind die Spätfolgen des Diabetes mellitus, chronisch vaskuläre, glomeruläre, interstitielle und hereditäre Nierenerkrankungen, systemische Vaskulitiden, Tumoren sowie in steigender Anzahl Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz (kardionales Syndrom).

Die Progression der chronischen Niereninsuffizienz verläuft individuell variabel und ist von mehreren Faktoren abhängig: Grund- und Begleiterkrankungen, aktuelle Nierenfunktion, Ausmaß der Proteinurie, Blutdruck- und Blutzuckereinstellung, Nikotinabusus, Exposition durch Nephrotoxine (zum Beispiel NSAR, Kontrastmittel).

Patienten mit chronischen Nierenfunktionsstörungen zeigen in den Anfangsstadien kaum klinische Symp-

Tab. 4: Potentiell reversible Ursachen einer Nierenfunktionsverschlechterung

1. Hypovolämie
  - Erbrechen, Durchfall, Fieber
  - Diuretika (Dosiserhöhung?)
2. Hypotonie ohne Hypovolämie
  - Herzinsuffizienz
  - Hepatogene, nephrogene Ödeme
3. Arzneimittelnebenwirkung und Nephrotoxine
  - nicht steroidale Antirheumatika
  - Kontrastmittel
  - Antibiotika
  - neu eingesetzte ACE-, AT1-, Renin-Hemmer
4. Postrenale Obstruktion
5. Infektionen
6. Hypoxämie

Tab. 5: Empfehlungen zur Konsiliarvorstellung (Anhang 9.1.6 zur Anlage 9.1 BMV-Ä)

1. Arterielle Hypertonie
2. Diabetes mellitus Typ I und Typ II,
3. positive Familienanamnese für erbliche Nierenerkrankungen,
4. angeborene Nierenerkrankung,
5. Einnierigkeit,
6. dauerhafte Einnahme nephrotoxischer Arzneimittel,
7. Autoimmunerkrankungen,
8. rezidivierende Harnsteinleiden,
9. therapieresistente Harnwegsinfekte,
10. chronische Infektionen
11. Zustand nach akutem Nierenversagen

wenn die GFR nach MDRD  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  beträgt

oder einer der nachfolgenden Befunde vorliegt

1. Proteinurie, Mikroalbuminurie
2. Erythrozyturie
3. unkontrollierter Bluthochdruck (RR  $> 150/90 \text{ mmHg}$  unter 3-fach antihypertensiver Therapie)
4. Abfall der GFR um  $5 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{Jahr}$
5. Morphologische Nierenveränderungen
6. sonstige Laborwerte (nierenspezifische Komorbiditäten) bei eingeschränkter Nierenfunktion

tome. Lediglich ein Bluthochdruck tritt häufig, jedoch unbemerkt, auf. Jeder neu entdeckte Hypertoniker sollte primär auf das Vorliegen einer Nierenerkrankung untersucht werden.

Zum Ausschluss einer schwerwiegenden Nierenkrankheit werden zunächst neben einer klinischen Untersuchung, eine Urinuntersuchung (Proteinurie, Hämaturie, Leukozyturie, Glukosurie, ggf. Mikroalbuminurie), eine Bestimmung von Kreatinin,

Elektrolyten ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ) und Blutzucker im Serum sowie eine Sonografie empfohlen. Cystatin C im Serum steigt ab einem GFR-Abfall unter 70 bis 80  $\text{ml/min/1,73 m}^2$  über den oberen Referenzbereich an und eignet sich neben der klassischen Bestimmung der Kreatininclearance zur Abschätzung der Nierenfunktion im sogenannten „kreatininblinden“ Bereich (CKD Stadium G1 und G2) (Newman, D.J.; Thakkar, H.; Edwards, R. G.; et al., 1995; Shlipak, M. G.; Mattes, M. D., Peralta, C. A., 2013). Zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs sind wiederholte Kontrollen des Serumkreatinins notwendig. Geringe Veränderungen der GFR treten häufig auf und müssen nicht unbedingt einem Progress entsprechen. Ein signifikantes Fortschreiten der Niereninsuffizienz ist gekennzeichnet durch eine Verschlechterung des GFR-Stadiums, verbunden mit einem Abfall der GFR um mehr als 25 Prozent vom Ausgangswert. Bei einem kontinuierlichen, anhaltenden Verlust der GFR um mehr als  $5 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{Jahr}$  muss von einem rasch progredienten Verlauf ausgegangen werden (KDIGO CKD Work Group, 2013).

Reversible Ursachen eines Nierenfunktionsverlustes müssen zeitnah diagnostiziert und behandelt werden (Tabelle 4). Eine kurzfristige Kontrolle der Laborparameter sowie eine Sonografie der Nieren und harnableitenden Wege sind angezeigt.

Eine Einschränkung der Nierenfunktion hat Auswirkung auf die Prognose, die Behandlungsoptionen (zum Beispiel Dosisanpassung von Arzneimitteln) und die Überwachung von begleitenden Erkrankungen.

Patienten mit akutem und chronischem Nierenfunktionsverlust können in allen Fachbereichen und Versorgungsebenen vorkommen. Deshalb sollte gezielt nach Hinweisen für eine mögliche Nierenerkrankung gesucht werden. Die inhaltliche Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten ist im Anhang 9.1.6 zur Anlage 9.1. Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) von 2002 geregelt. Tabelle 5 gibt einen Über-

blick, wann eine nephrologische Konsiliarvorstellung erfolgen sollte. Wichtig für die Beurteilung der Akuität und Prognose sind neben Angaben zu Vor- und Begleiterkrankungen sowie einer aktuellen Arzneimittelübersicht, alle, auch Jahre zurückliegende Kreatinin- und Urinwerte. In der Regel schreiten Nierenerkrankungen, selbst unter einer adäquaten supportiven Therapie, mit einem jährlichen GFR-Verlust um  $1,5 - 4 \text{ ml/min/1,73 m}^2/\text{Jahr}$  voran. Die Früherkennung von Nierenerkrankungen, möglichst im Stadium 1 und 2, spätestens aber im Stadium 3 muss vordringliches Ziel ärztlicher Bemühungen sein.

Die Therapie von Nierenerkrankungen hat das primäre Ziel das Fortschreiten der Niereninsuffizienz zu stoppen bzw. zu verzögern sowie die Sekundärerkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, metabolische Azidose, renale Anämie, Hyperphosphatämie, renaler Hyperparathyreoidismus) zu behandeln. Hyperkaliämie und akute Hypervolämie stellen akut lebensbedrohliche Komplikationen eines Nierenversagens dar. Ab einem Abfall der GFR auf zirka  $10 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  muss mit Dialysepflichtigkeit gerechnet werden. Die Indikation zur Einleitung einer Nierenersatztherapie erfolgt individuell, im Wesentlichen nach klinischen Kriterien. Rechtzeitig ist mit dem Patienten die Wahl des Nierenersatzverfahrens (Hämodialyse, Peritonealdialyse, präemptive Nierentransplantation) zu besprechen.

Eine Liste ambulanter und stationärer nephrologischer Einrichtungen in Sachsen findet sich unter <http://www.nephro-leipzig.de/verband.html>. Nur eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung von niereninsuffizienten Patienten beteiligten Fachdisziplinen gestattet eine optimale Betreuung und verbessert die Lebensqualität und Mortalität bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz.

Korrespondierender Autor im Auftrag des Verbandes sächsischer Nephrologen e.V.:  
Prof. Dr. med. Torsten Siepmann  
Klinikum Chemnitz gGmbH,  
Klinik für Innere Medizin V  
Bürgerstraße 2  
09113 Chemnitz

## Meine Tochter wird Ärztin!

**Lesermeinung zum Editorial  
„Ärzteblatt Sachsen“,  
Heft 8/2015,  
Dr. med. Steffen Liebscher**

Sehr geehrte Redaktion, ich erlaube mir, zum oben angegebenen Beitrag eine kurze Meinungsäußerung abzugeben:

Um es vorwegzunehmen – ein sehr gelungener Beitrag, ohne Polemik, aber doch prägnant, und der die Probleme die, wie ich denke, die meisten unserer Berufskollegen brennend interessieren, beim Namen nennt!!

Ich selbst habe mein Medizinstudium 1980 erfolgreich beendet und bin seither einen konsequenten Weg gegangen. Bis 1985 Weiterbildung zum Facharzt Anästhesiologie, seit 1995 Chefarzt für Anästhesiologie und Leitender Chefarzt der Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH. Ich war acht Jahre lang Landesvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten in Sachsen, und bin in der dritten Periode auch als Prüfer der Facharztkandidaten bei der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden tätig.

## Die Nächte auf ihrer Seite

In der Reihe „Diagnosen – Literatur und Medizin“ findet eine Lesung und Diskussion mit der Autorin Annika Reich im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden statt. Annika Reich beschreibt in ihrem Buch „Die Nächte auf ihrer Seite“ Paare und Beziehungen, wobei sie die Paartherapie leitmotivisch in den Text einbindet. Der Roman ist deshalb interessant, weil er scharf pointierte Konfliktszenen einer modernen Patchwork-Beziehung jenseits ehelicher Schwüre porträtiert und weil er die Langeweile des Alltags als Herausforderung für alle Liebenden der gut genährten Gesellschaftsschichten herausschält. Er zeigt auch, wie sich

Ich habe, vielleicht noch eindrucksvoller als der Autor, den Werdegang des Gesundheitswesens in der ehemaligen DDR und im vereinigten Deutschland unter unbestritten sehr unterschiedlichen Prämissen erfahren, miterleben und mitgestalten dürfen.

Ich bin bis zum heutigen Tag für diesen Werdegang dankbar und würde mich auch wieder für den Beruf des Arztes entscheiden!

Doch es ist, wie ich finde, auch an der Zeit, den tatsächlichen „Berufsethos“, oder sollte man besser sagen, die „Berufung“ zu diesem Dienst an der Menschheit wieder ins Gedächtnis zu rufen!!

Zu sehr sind wir Ärzte von einer Kommerzialisierung des Gesundheitssystems vereinnahmt; zu sehr spielen Überlegungen, die letztlich Entscheidungen beeinflussen (müssen) eine Rolle, an die wir zu früheren Zeiten nicht einmal im Traum gedacht hätten.

Dies bringt der Autor sehr gut und für jeden verständlich zur Sprache und, was am wichtigsten ist, auf „den Punkt“.

Ich hoffe, dass möglichst viele, die sich mit dem Gedanken tragen, einmal den Arztberuf ergreifen zu wol-

len, diese oder ähnliche Gedanken, die der Autor hier äußert, hören, nachempfinden und verinnerlichen. Ich hoffe aber besonders, dass diejenigen, die das Gesundheitssystem in Deutschland immer mehr zu einem „gewinnbringenden Geschäft“ degradieren wollen, endlich davon ablassen und sich der eigentlichen, auch heute noch würdevollen Aufgabensstellung des tatsächlichen Dienstes am hilfsbedürftigen, kranken Menschen zuwenden. Dies kann und wird nicht immer mit einer positiven, wirtschaftlichen Bilanz zu erbringen sein!! Hier sollten auch die „Kostenträger“ auf unserer Seite sein und hier sollten Anreize zum unlauteren Handeln, die zwangsläufig mit „Gewinnerwirtschaftung“ einhergehen (müssen) einfach „absterben“. Ich bin durchaus für Kontrollmechanismen, aber bitteschön für solche, die mehr zum Wohle unserer Patienten eingesetzt werden und die weniger den Beruf des Arztes in Misskredit bringen!

Dazu müssen vor allem wir Ärzte in unserem täglichen Tun und Handeln mit beitragen!!!

Dr. med. Norbert Heide  
Chefarzt



Annika Reich  
© Peter-Andreas Hassiepen

Paare entfremden, wiederfinden und trennen. Annika Reich konfrontiert ihre Leser mit offenen Fragen, die stellenweise richtig wehtun: Worauf

kommt es an, im Leben, in der Liebe, aber auch im gesellschaftlichen Miteinander?

Die fachliche Sicht für den Bereich Paartherapie übernimmt Dr. phil. Matthias Stiehler. Moderiert wird die Diskussion von der Dresdner Autorin und Literaturkritikerin Undine Materni.

**17. November 2015, 20.00 Uhr  
Deutsches Hygiene-Museum  
Dresden  
Lingnerplatz 1, 01069 Dresden**

Die Reihe „Diagnosen – Literatur und Medizin“ ist ein Kooperationsprojekt von Sächsischer Landesärztekammer und Deutschem Hygiene-Museum Dresden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Ärztliche Osteopathie

### Zertifizierte strukturierte curriculäre Fortbildung

Die Sächsische Landesärztekammer bietet in Kooperation mit der Ärztevereinigung für Manuelle Medizin (ÄMM-DGMM) eine Fortbildung für Ärzte in „Ärztlicher Osteopathie“ an. Die Bundesärztekammer (BÄK) empfiehlt eine zertifizierte curriculäre Fortbildung mit einem Umfang von 160 UE für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“. Diese curriculäre Fortbildung wurde von der BÄK gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) in sechs Modulen strukturiert.

Ärzte benötigen das Fortbildungsangebot, um selbst osteopathisch zu diagnostizieren und zu therapieren.

In den letzten Jahren wird von verschiedenen Krankenkassen die Vergütung sogenannter „osteopathischer Leistungen“ oder „Osteopathie“ für ihre Versicherten übernommen, sodass bei den Patienten eine Nachfrage nach „osteopathischen

Behandlungen“ stimuliert wurde, welche meistens in der Forderung des Patienten nach Überweisung zu einem „Osteopathen“ mündet. „Osteopath“ ist weder ein geschützter Begriff noch Bezeichnung eines anerkannten Berufes, sodass er von Heilpraktikern, Ärzten, Physiotherapeuten und sogar von nicht aus Heilberufen stammenden Personen in Anspruch genommen wird.

Die Einführung des Begriffes „Osteopathie“, der aus den USA stammt, ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass das Buch des amerikanischen Autors Ph. E. Greenman „Principles of Manual Medicine“ bei der Übersetzung ins Deutsche den Titel „Lehrbuch der Osteopathischen Medizin“ erhielt.

Die wissenschaftliche Bewertung durch die BÄK führt aus: „Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“, „osteopathische Behandlung“ fehlt eine klare, weltweit akzeptierte Definition. Vielmehr werden sie von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in der Behandlung“.

Die DGMM betrachtet die ärztliche Osteopathie als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin, da sie bei vielen von Schmerzen begleiteten Funktionsstörungen und Erkrankungen insbesondere am Bewegungsorgan eine wirksame Alternative bzw. Ergänzung zu medikamentöser Behandlung oder zu operativen Eingriffen ist. Es werden zusätzlich zu Funktionspathologien der Gelenke und Muskeln auch Pathologien aus der Aufhängung innerer Organe, des Gefäßsystems und bindegewebiger Trennschichten untersucht und therapiert. Spannungserhöhungen und Restriktionen werden diagnostiziert, Indikationen zur Therapie gestellt und Kontraindikationen beurteilt. Dies sind auch die wesentlichen Inhalte der 160-stündigen Fortbildung in osteopathischen Verfahren als „Ärztliche Osteopathie“.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.dgmm-aemm.de](http://www.dgmm-aemm.de)

Ärztevereinigung für Manuelle Medizin,  
Ärztseminar Berlin ÄMM e.V.  
Köpenicker Straße 48/49, 10179 Berlin  
Telefon: 030 52279440



**Anliegen und erklärtes Ziel unserer Stiftungsarbeit ist es, zusammen mit der notwendigen Beratung und einem Angebot weitergehender Hilfeleistungen sächsische Familien in schwierigen Lebenssituationen zu unterstützen.**

Die Stiftung „Hilfe für Familien, Mutter und Kind“ des Freistaates Sachsen, 2010 weiterentwickelt als Marke der Stiftung unter dem Titel „FAMILIENSTÄRKEN“, hat dabei im Rahmen des Stiftungszweckes – Schwangerenhilfe – für schwangere Frauen und Mädchen, die sich in wirtschaftlich und sozial ungünsti-

gen und somit in schwierigen Lebenssituationen befinden, umfangreiche Hilfsmöglichkeiten.

Die Besonderheit der Stiftung zeigt sich vor allem an der Hilfestellung je nach den individuellen Erfordernissen der jeweiligen Familiensituation.

Ein im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2007, veröffentlichter Artikel informierte darüber.

Jährlich erhalten durchschnittlich ein Viertel der schwangeren Frauen im Freistaat Sachsen diese Stiftungshilfen, die vorwiegend aus Mitteln der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ finanziert werden.

Umfangreiche Informationen zum Hilfeangebot sowie über das breite Beratungsspektrum im Rahmen der bundesweiten Stiftungsarbeit bieten nunmehr auch die Info-Magazine vom Zeitbild Verlag für die Fachärzteschaft und Patientinnen.

Beide Magazine sind auf der Homepage der Bundesstiftung unter <http://www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de/informationen.html> eingestellt.

Barbara Klepsch  
Stiftungsvorstand und Staatsministerin  
für Soziales und Verbraucherschutz

## Auf leichten Sohlen zur Sterbehilfe

**Der israelische Erfolgsfilm „Am Ende ein Fest“ läuft in deutschen Kinos an. Er wird vom Arbeitskreis Ethik in der Medizin empfohlen.**

Eines ist der Film „Am Ende ein Fest“ sicherlich nicht: Eine wunderbar schelmische Komödie, wie vom Verleih angekündigt. Natürlich arbeitet der Film auch mit dem großartigen jüdischen Witz. Natürlich nimmt die Handlung alle möglichen Wendungen, oft genug skurril, – so wie das Leben eben spielt. Natürlich erinnert die Story der Senioren, die ihr Schicksal und das anderer gewieft und manchmal blauäugig in die Hand nehmen, an große Komödien wie Best Exotic Marigold Hotel.

Doch der Film des israelischen Regisseur-Teams Sharon Maymon (geb. 1973) und Tal Granit (geb. 1969) löst Emotionen aus, die sich nicht so einfach weglachen lassen. Tatsächlich beginnt die Geschichte mit einem Witz. Yehezkel, die Hauptfigur, ein erfinderischer und umtriebiger 72-Jähriger, erlaubt sich einen Scherz. Er ruft seine Freundin Zelda an und spielt Gott. Es sei kein Platz im Himmel für sie frei, teilt er der lebensmüden Schwerverkrankten mit. Doch dann macht er einen kleinen Fehler: Er erwähnt Zeldas verstorbenen Mann, doch die war nie verheiratet. „Keine Verbindung mehr“, ruft er schnell ins Telefon und legt auf. Zelda, nicht blöd, ruft zurück und fragt nach Gott. Der sei „auf Toilette“, wird sie da kurz angebunden von Yehezkel's Frau Levana abgewimmelt.

Das ist meisterlich arrangiert: die dunklen Räume, darin die feinen weißen Gesichter. Das alberne Kichern von Yehezkel und Levana, als der Patzer auffliegt. Die zerbrechliche und doch geistesgegenwärtige Zelda. Die Szene setzt den Maßstab für den ganzen Film, in dem „Gott spielen“ ungeahnte Folgen hat. Max liegt sterbenskrank und wund im Bett und spricht seine Verfügung in die Kamera: „Wenn ich das tue, sterbe ich, wenn ich das nicht tue, leide ich und sterbe dann.“ Also baut Yehezkel, der Erfinder, auf Biten von Max' Frau Jana eine Todesmaschine, die der Kranke selbst mit einem Knopfdruck auslösen kann. Als Max technisch reibungslos stirbt und das hilfsbereite Amateur-Trio nicht auffliegt, scheint der Höhepunkt erreicht. Doch nun geht es eigentlich erst los. Der assistierte Suizid zieht die Beteiligten in einen Strudel unvorhergesehener Ereignisse. Denn die Erfindung spricht sich blitzschnell im Heim herum. Schon bei Max' Beerdigung tritt der nächste Interessent auf den Plan. Die Protagonisten sind erschütterter als sie glaubten und Erpressungsversuchen ausgesetzt. Die Maschine zeigt Anzeichen technischer Ermüdung. Zelda, ebenfalls entschlossen, sich per Knopfdruck in den Himmel zu befördern, überlegt es sich nach zwei Sicherungsspannen anders. Schließlich äußert Levana – an Alzheimer erkrankt – den Wunsch zu sterben, und Yehezkel sieht sich plötzlich in einem schrecklichen Dilemma.

Der Film berührt, gerade weil er in der aufgeheizten Debatte um assistierten Suizid und Sterbehilfe ganz



Filmtipp des AK Ethik in der Medizin

auf der menschlichen, emotional zugänglichen Seite bleibt. Zu Recht haben die Regisseure Preise abgeräumt, unter anderem den Best Pitch Award der Berlinale. „Am Ende ein Fest“ ist eine deutsch-israelische Koproduktion, die von der Mitteldeutschen Medienförderung unterstützt wurde.

„Am Ende ein Fest“ läuft im Passage Kino Leipzig, im Clubkino in Chemnitz sowie im Programmkino Ost und in der Schauburg in Dresden. Israel/Deutschland 2014, 93 Minuten.

Stephanie von Aretin, Leipzig

## Kaiserin-Friedrich-Stiftung

**Veranstaltungen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen**

**25. – 28. 11. 2015**

Neues für die Hausärztin / den Hausarzt

111. Klinische Fortbildung für Allge-

meinmediziner und hausärztliche Internisten

**11. – 22. 1. 2016**

19. Wiedereinstiegskurs

für Ärztinnen und Ärzte nach berufs-freiem Intervall

**19. – 20. 2. 2016**

45. Symposium für Juristen und Ärzte: Die Rechte des Arztes in Klinik und Praxis

**16. – 17. 6. 2016**

Das deutsche Gesundheitssystem

Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

Christine Schroeter

Robert-Koch-Platz 7,

10115 Berlin (Mitte)

Tel.: 030 30888920

Telefax: 030 30888926

E-Mail: c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de

## Weltsportspiele der Mediziner

### Deutsche Teilnehmer sehr erfolgreich bei den Weltsportspielen der Medizin-Berufler in Limerick

Mitte Juli dieses Jahres fanden in Limerick/Irland die 36. Weltsportspiele der Medizin- und Gesundheitsberufe statt. Knapp 1.000 Teilnehmer aus mehr als 25 Ländern kämpften in 25 Sportarten um Medaillen und Plazierungen. Teilnehmerstärkste Länder waren ähnlich wie in den Vorjahren Algerien, Deutschland, Polen und Rumänien.

Die diesjährigen Medigames wurden von der westirischen Stadt Limerick und der dortigen Universität ausgerichtet, die mit ihrem Sport-Center für die Athleten ausgezeichnete Bedingungen schufen.

Trotz nicht geringer Werbung über Landesärzteblätter, Deutschem Ärzteblatt, regionalen und überregionalen Sportverbänden war die deutsche Mannschaft zahlenmäßig überschaubar. Einige langjährige Leistungsträ-

ger fehlten unter anderem wegen Verletzungen.

Dennoch ist die Liste der Erfolge lang. Besonders die breiter aufgestellten Leichtathleten glänzten mit guten Ergebnissen.

Die erfolgreichste Teilnehmerin der Spiele war jedoch eine Schwimmerin. Ulrike Bohring, Motopädin aus Chemnitz, war in fast allen Schwimmdisziplinen am Start und dominierte ihre Altersgruppe eindrucksvoll. Zusammen mit ihren Starts in der Leichtathletik kam sie auf 13 Gold-, eine Silber- und eine Bronzemedaille.

Die ca. zehn Teilnehmer aus Sachsen waren durchweg erfolgreich, so unter anderem Dr. med. Matthias Czech (Gold 200 m Sprint, Bronze 100 m), Johanna Czech (Bronze Hochsprung und Speer), Andreas Krimmenau (2 x Gold Badminton, Bronze Kugel).

Die traditionellen Höhepunkte der Woche, die 100-m-Staffeln der Männer und Frauen, wurden auch in diesem Jahr von den deutschen Teilnehmern gewonnen, die Damen hatten dabei freundliche Unterstützung aus Österreich.



Gewinner des 100-m-Laufes der Altersgruppe A (v.l.): Katharina Teepe, Yvonne Pratsch (beide D) und Gundula Povysil (A) © Krimmenau, Radebeul

Die Medigames stehen allen sportinteressierten Medizinberuflern offen und sind nicht an ein bestimmtes Leistungsniveau gebunden. Die Bewertung erfolgt in Altersgruppen; internationales Flair, Fairness und gute Stimmung sind ein Jahreshöhepunkt vieler Teilnehmer. 2016 ist Maribor in Slowenien der Austragungsort (28. Mai bis 4. Juni 2016).

Weitere Informationen zum Beispiel unter [www.medigames.com](http://www.medigames.com) oder über die Verfasser (Dr. M. Hautmann aus Regensburg und Andreas Krimmenau, Dresden).

Dipl.-Med. Andreas Krimmenau, Radebeul

## 12. Sommernachtsball der niedergelassenen Ärzte

Es ist mir eine große Freude, Ihnen ankündigen zu können, dass die Bezirksgeschäftsstelle Dresden der KVS zusammen mit dem Verein „Ärzte-Solidarität e. V.“ den

**12. Sommernachtsball am 4. Juni 2016 im „The Westin Bellevue Dresden“** ausrichtet.



Ich lade Sie und Ihre Begleitung sehr herzlich ein, zusammen mit Freunden und Kollegen diesen Abend zu genießen.

Der Eintrittspreis beträgt pro Person 110,00 € und beinhaltet ein reichhaltiges Buffet sowie ein unterhaltsames Programm.

Haben Sie Fragen oder wünschen Sie weitere Informationen? Rufen Sie uns einfach an:

Herr Diesel, Tel. 0351 8828-123,  
Herr Alex, Tel. 0351 8828-116.

Dr. med. Johannes Baumann  
Bezirksgeschäftsstellenleiter

Anzeige

Der neue Informationsfilm von  **ÄRZTE IN SACHSEN**

**ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST IN SACHSEN**

**DIE DRITTE SÄULE IM**

 

## Prof. Dr. med. habil. Horst Todt zum 80. Geburtstag

Es ist kaum zu glauben, dass nun schon 15 Jahre vergangen sind, als Freunde, Mitarbeiter und viele ehemalige Schüler von Prof. Dr. med. habil. Horst Todt seinen 65. Geburtstag und die kurz darauf erfolgte Emeritierung in Dresden mit einem wissenschaftlich hochkarätigen Symposium feiern konnten.

So ist es umso mehr seinen ehemaligen Kollegen und Schülern eine große Freude, dass wir nun ihm zu seinem 80. Geburtstag am 30. September 2015 herzlich gratulieren durften.

Eng verbunden blieb Prof. Todt bis heute seiner Heimat, dem Vogtland, das er immer wieder gern besucht und erwandert, wo er seine Kindheit und Schulzeit verbrachte, bevor er in Leipzig und an der damaligen Medizinischen Akademie in Dresden sein Medizinstudium absolvierte, das er 1962 mit dem Staatsexamen und gleichzeitig der Promotion abschließen konnte. Die Facharzt Ausbildung zum Kinderarzt an der Dresdner Kinderklinik unter Prof. Harnapp war für ihn, wie er immer wieder in Gesprächen betont, eine prägende Zeit, war es ihm doch wichtig, über das gesamte Fachgebiet der Kinderheilkunde Wissen und Praxiserfahrung zu erlangen, obwohl schon zeitig sein besonderes Interesse der Kinderneurologie und hier besonders der Epileptologie galt. So ist es nur folgerichtig, dass er 1968 die Ausbildung in der Klinischen Enzephalographie abschloss, um dann eine EEG-Abteilung mit einer sehr großen epileptologischen Sprechstunde aufzubauen, aus deren praktischem Erfahrungsschatz Prof. Todt noch heute viele Fallbeispiele in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen „parat hat“, um nachfolgenden Generationen wichtige Impulse für Diagnostik und medikamentöse Therapie von Epilepsien zu geben.

Während seiner gesamten Berufstätigkeit galt das wissenschaftliche Interesse dem Gebiet der Kinderepileptologie, in dessen Ergebnis noch



Prof. Dr. med. habil. Horst Todt

heute seine Beiträge in Büchern, Zeitschriften und auch als Vorträge auf Tagungen als Meilensteine der Kinderepileptologie zitiert werden. 1980 habilitierte Prof. Todt zum Thema „Spätprognose kindlicher Epilepsien – Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie“. Gerade diese Arbeit ist noch heute bei Neuropädiatern und Kinderepileptologen hoch angesehen, weil Prof. Todt auf eine langjährige, akribisch gesammelte Fallzahl damit verweisen konnte, eine Arbeit die er auch später noch fortsetzen konnte und die ihn aktuell noch auf Tagungen als Referenten auftreten lässt.

Die politischen Umstände ermöglichten jedoch nicht die nötige Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen, sodass erst 1992 die Berufung zum a.p. Professor und 1994 seine Berufung zum Professor für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie erfolgen konnte.

Eine wohl der schönsten Anerkennungen für seine neuropädiatrische und epileptologische Tätigkeit war die Möglichkeit, die Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie der Länder Deutschland, Österreich und Schweiz im Jahr 1993 in Dresden ausrichten zu können. Ihm war eine Tagung gelungen, an die sich noch heute viele damalige Kongressbesucher nicht nur wegen ihres hohen wissenschaftlichen Niveaus, sondern vor allem auch wegen der stark durch Prof. Todt persönlich geprägten Atmosphäre erinnern. Umso mehr freute ihn die Ernennung

zum Ehrenmitglied der Gesellschaft vor drei Jahren.

Doch auch nach seiner vor 15 Jahren erfolgten Emeritierung blieb Prof. Todt „seiner Epileptologie, seinem EEG“ treu und versuchte, trotz nicht unerheblicher gesundheitlicher Einschränkungen, die nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Hochschuldienst entstandene Lücke durch Vertretungen zu schließen. Und so ist er bis zum heutigen Tag oft in „seiner EEG-Abteilung“ zu treffen, wo er neben dem ganz „alltäglichen EEG“ gern bei kniffligen Auswertungsfragen von Spitzen, Wellen oder Herden mit seinen Erfahrungen hilft.

Initiiert von einigen seiner ehemaligen Schüler, die inzwischen in verschiedenen Orten Mitteldeutschlands in Sozialpädiatrischen Zentren, neuropädiatrischen Ambulanzen oder Kliniken tätig sind, entwickelte sich aus dem Geburtstagssymposium für Prof. Todt vor 15 Jahren der schöne Brauch, einmal im Jahr, am Wochenende nach Pfingsten in Meerane ein Neuropädiatrisches Symposium für Mitteldeutschland zu veranstalten, was inzwischen zu einem über die Grenzen der drei mitteldeutschen Bundesländer hinaus angesehenen Treffen von Neuropädiatern, die den Austausch über praxisrelevante Themen suchen, geworden ist. Höhepunkt dieser Treffen sind natürlich die Vorträge von Prof. Todt, der pointiert, mit dem ihm eigenen Witz, den nun auch inzwischen älter gewordenen Schülern immer noch neue Anregungen und Tipps aus seinem reichen neuropädiatrischen/epileptologischen Erfahrungsschatz geben kann.

Wir wünschen Prof. Todt von ganzem Herzen alles Gute, weiterhin stabile Gesundheit und die Bewahrung seiner Weisheit gepaart mit Vitalität und Witz. Die Neuropädiater brauchen Sie noch lange und nicht nur für das nächste Treffen 2016 in Meerane.

Wir freuen uns mit Ihnen auf das Symposium aus Anlass Ihres 80. Geburtstages am 21. November 2015 im Dresdner Universitätsklinikum.

Dres. Ute und Dirk Heinicke, Kreischa –  
im Namen aller ehemaligen Schüler

## Unsere Jubilare im November 2015 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med.  
Krischker, Gabriele  
09394 Hohndorf
- 01.11. Dr. med. Woischnik, Maria  
04509 Delitzsch
- 03.11. Dr. med. Wandt, Birgid  
09474 Walthersdorf
- 04.11. Dipl.-Med. Stark, Birgit  
08289 Schneeberg
- 05.11. Dipl.-Med. Scharf, Martina  
08321 Zschorlau
- 09.11. Dipl.-Med. Kamper, Jutta  
02625 Bautzen
- 09.11. Dr. med. Seelig, Carola  
04463 Großpösna
- 10.11. Al-Shobash, Mohammed  
08412 Werdau
- 10.11. Dr. med. Brückner, Matthias  
01257 Dresden
- 10.11. Dr. med. Goerlich, Barbara  
04275 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Bauer, Wolfgang  
08289 Schneeberg
- 11.11. Tamke, Eugen  
08523 Plauen
- 12.11. Dipl.-Med. Kutscher, Rita  
04107 Leipzig
- 13.11. Dipl.-Med. Stöckel, Christine  
09439 Amtsberg/  
OT Weißbach
- 15.11. Dr. med. Forker, Evelyn  
01833 Dittersbach
- 15.11. Gontcharova, Tatjana  
01127 Dresden
- 15.11. Dipl.-Med.  
Kurenz, Annemarie  
09623 Frauenstein
- 15.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Rothe, Ulrike  
01237 Dresden
- 16.11. Dr. med. Rietzsch, Hannes  
01189 Dresden
- 16.11. Dipl.-Med. Seifert, Bettina  
08280 Aue
- 17.11. Dr. med. Böhme, Gunther  
01689 Weinböhla
- 18.11. Dr. med. Burkhardt, Volker  
04416 Markkleeberg
- 19.11. Dr. med. Glowa-Titze, Carla  
09247 Röhrsdorf
- 21.11. Dr. med. Taupitz, Frank  
04886 Kreischa
- 24.11. Dr. med. Hiekisch, Sabine  
02736 Beiersdorf
- 24.11. Dipl.-Med. Slama, Christa  
02977 Hoyerswerda

- 24.11. vrac/Staatliche Medizin-  
akademie Semipalatinsk  
Weber, Robert  
08412 Werdau
- 25.11. Dipl.-Med.  
Beckel-Reimann, Martina  
04683 Naunhof
- 25.11. Dr. med. Beister, Roland  
08297 Zwönitz
- 27.11. Dr. med. Otto, Steffi  
04416 Markkleeberg
- 28.11. Dipl.-Med. von  
Nyssen-Naumann, Astrid  
04416 Markkleeberg
- 29.11. Dr. med. Henke, Gabriele  
01309 Dresden
- 30.11. Dr. med. Wagner, Christine  
08294 Löbnitz

### 65 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Schraft, Christine  
04107 Leipzig
- 03.11. Dr. med.  
Sämann, Rosemarie  
09405 Gornau
- 10.11. Dipl.-Med. Berger, Dieter  
04567 Kitzscher
- 10.11. Dr. med. Brech, Matthias  
04416 Markkleeberg
- 14.11. Dr. med. Pretzsch, Gabriele  
04105 Leipzig
- 15.11. Dr. med. Jänicke, Ulrike  
04105 Leipzig
- 16.11. Dr. med. Ladstätter, Sabine  
01259 Dresden
- 16.11. Mereines, Inna  
04347 Leipzig
- 17.11. Dipl.-Med. Büttner, Kristina  
01589 Riesa
- 17.11. Dipl.-Med. Enigk, Andrea  
04838 Eilenburg
- 17.11. Prof. Dr. med. habil.  
Mössner, Joachim  
04155 Leipzig
- 18.11. Dipl.-Med. Eibisch, Reiner  
08645 Bad Elster
- 18.11. Dr. med. Heinig, Gunther  
01187 Dresden
- 22.11. Dipl.-Med. Rentsch, Brigitte  
02692 Doberschau
- 23.11. Dipl.-Med. Bartsch, Ingrid  
04316 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Hartung, Gunnar  
09131 Chemnitz
- 29.11. Dipl.-Med. Müller, Annerose  
08233 Treuen-Schreiersgrün
- 30.11. Dipl.-Med. Walther, Christa  
09600 Weißenborn
- 70 Jahre**
- 07.11. Dipl.-Med. Hösel, Sieghard  
01705 Freital

- 12.11. Dr. med. Laqua, Ruth  
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 12.11. Dr. med.  
Scheffel, Ralf-Achim  
08645 Bad Elster
- 15.11. Dipl.-Med. Hahn, Herbert  
02827 Görlitz
- 26.11. Dr. med. Staemmler, Ulrich  
01156 Dresden
- 29.11. Dipl.-Med. Trieglaff, Ursula  
04651 Bad Lausick
- 30.11. Dr. med. Fischer, Rainer  
01477 Arnsdorf

### 75 Jahre

- 01.11. Dr. med.  
Sierpinski, Lieselotte  
04435 Schkeuditz
- 01.11. Dr. med. Staudte, Helga  
09244 Lichtenau
- 02.11. Neubert, Ingrid  
04207 Leipzig
- 02.11. Schug, Helga  
08112 Wilkau-Haßlau
- 03.11. Thunig, Uta  
01855 Sebnitz
- 04.11. Dr. med.  
Schweitzer, Hannelore  
01796 Pirna
- 04.11. Dr. med. Tandler, Gisela  
04509 Delitzsch
- 05.11. Menzel, Gert  
01129 Dresden
- 05.11. Dr. med. Pilz, Dieter  
01259 Dresden
- 07.11. Dr. med. Bochmann, Peter  
08209 Reumtengrün
- 08.11. Dr. med. Hennig, Maria  
04103 Leipzig
- 10.11. Leimert, Christine  
09112 Chemnitz
- 10.11. Tietze, Norbert  
04420 Markranstädt
- 11.11. Dr. med. Laves, Gisela  
04275 Leipzig
- 12.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kunzelmann, Fred  
09114 Chemnitz
- 13.11. Neumann, Karin  
02899 Ostritz
- 15.11. Freund, Jürgen  
01737 Pohrsdorf
- 15.11. Dr. med. Geiger, Sieglinde  
01326 Dresden
- 15.11. Richter, Gabriele  
01904 Neukirch
- 17.11. Dr. med. Unger, Götz  
08262 Muldenhammer
- 18.11. Dr. med. Drochner, Armin  
01683 Nossen
- 20.11. Dr. jur. Peter, Siegfried  
04347 Leipzig

- 21.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Fritzschn, Christian  
04317 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Pfb, Eveline  
08349 Johanngeorgenstadt
- 23.11. Dr. med. Tilch, Anita  
08228 Rodewisch
- 26.11. Dietz, Reiner  
09114 Chemnitz
- 26.11. Dr. med. Jank, Hans-Jürgen  
04808 Wurzen
- 27.11. Dr. med. Lötsch, Christel  
08112 Wilkau-Haßlau
- 27.11. Dr. med. Schettler, Reinhard  
09366 Stollberg
- 28.11. Dr. med. habil. Neumann-Oellerking, Dorothea  
01277 Dresden
- 28.11. Dr. med. Weißbach, Rainer  
09123 Chemnitz
- 29.11. Dr. med.  
Deger-Voigtländer, Ingrid  
01728 Possendorf
- 29.11. Kirsch, Brigitte  
02943 Weißwasser
- 80 Jahre
- 02.11. Dr. med.  
Endesfelder, Roland  
09114 Chemnitz
- 03.11. Dr. med. Böttger, Gerhard  
09217 Burgstädt
- 03.11. Dr. med. Gundlach, Helga  
01445 Radebeul
- 05.11. Dr. med. Dreffke, Fritz  
08280 Aue
- 06.11. Dr. med. Standau, Helga  
04299 Leipzig
- 07.11. Dr. med. Beckert, Annerose  
01279 Dresden
- 10.11. Pechau, Ingrid  
02826 Görlitz
- 16.11. Dr. med.  
Gerschner, Eva-Maria  
01809 Heidenau
- 16.11. Dr. med. Richter, Dieter  
08280 Aue
- 20.11. Dr. med. Friedrich, Ruthild  
08371 Glauchau
- 25.11. Dr. med. Haas, Sigrid  
01097 Dresden
- 26.11. Lange-Rennau, Hannelore  
09117 Chemnitz
- 30.11. Dr. med. Keil, Reinhard  
04651 Bad Lausick
- 81Jahre**
- 01.11. Prof. Dr. med. habil.  
Behrendt, Wolfram  
04299 Leipzig
- 04.11. Dr. med. Dörre, Christa  
08294 Löbnitz
- 05.11. Dr. med.  
Ackermann, Bernhard  
08058 Zwickau
- 09.11. Dr. med. Künzel, Gunther  
01877 Bischofswerda
- 09.11. Schnabel, Irene  
09405 Zschopau
- 11.11. Prof. Dr. med. habil.  
Müller, Martin  
01324 Dresden
- 12.11. Dr. med. Pfeffer, Klaus  
01129 Dresden
- 13.11. Prof. Dr. med. habil.  
Müller, Jutta  
01705 Freital-Wurgwitz
- 14.11. Dr. med. Streidt, Irmgard  
01259 Dresden
- 16.11. Dr. med. Bulang, Eva  
02625 Bautzen
- 17.11. Dr. med. Conrad, Renate  
01277 Dresden
- 22.11. Dr. med. Hessel, Anni  
04155 Leipzig
- 27.11. Dr. med. Reinhold, Ursula  
01217 Dresden
- 28.11. Prof. Dr. med. habil.  
Staib, Horst  
01069 Dresden
- 29.11. Dr. med.  
Zimmermann, Betty  
04229 Leipzig
- 82 Jahre**
- 15.11. Dr. med. Hoffmann, Günter  
04779 Wermisdorf
- 15.11. Dr. med. Neubert, Ruth  
01705 Freital
- 16.11. Dr. med. Matthes, Fredo  
04720 Döbeln
- 21.11. Dr. med. Otto, Hans-Joachim  
09573 Augustusburg
- 24.11. Külper, Dieter  
01069 Dresden
- 83 Jahre**
- 04.11. Dr. med.  
Straube, Karl-Heinz  
08060 Zwickau
- 20.11. Dr. med. Pfeifer, Christine  
04316 Leipzig
- 84 Jahre**
- 08.11. Dr. med. Augustin, Brigitte  
01326 Dresden
- 09.11. Dr. med. Horn, Ingrid  
08289 Schneeberg
- 13.11. Dr. med. Schmidt, Jutta  
01307 Dresden
- 16.11. Dr. med. Falk, Hildegard  
01189 Dresden
- 20.11. Dr. med. Boudriot, Guido  
01069 Dresden
- 29.11. Dr. med.  
Thalheim, Wolfgang  
04720 Döbeln
- 85 Jahre**
- 18.11. Dr. med. Gehrke, Günther  
04157 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Naumann, Gisela  
01069 Dresden
- 30.11. Dr. sc. med. Röhlig, Werner  
08297 Zwönitz
- 86 Jahre**
- 07.11. Dr. med. Holm, Udo  
04229 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Eder, Gerhard  
04808 Kühren
- 27.11. Dr. med. Berdau, Wolfgang  
04319 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Dippmann, Ruth  
01309 Dresden
- 87 Jahre**
- 09.11. Böhm, Marga  
09126 Chemnitz
- 10.11. Dr. med. Eckelmann, Ursula  
04229 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Teller, Edith  
04720 Döbeln
- 29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte  
09114 Chemnitz
- 88 Jahre**
- 01.11. Dr. med.  
Siegmond, Rosmarie  
01844 Neustadt
- 89 Jahre**
- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent.  
Luczak, Johannes  
04179 Leipzig
- 22.11. Dr. med. Weiß, Herbert  
01445 Radebeul
- 90 Jahre**
- 17.11. Dr. med. Thomä, Brigitte  
04105 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Nebel, Ruth  
09114 Chemnitz
- 91Jahre**
- 01.11. Dr. med.  
Krause, Karl-Dieter  
01445 Radebeul
- 25.11. Dr. med.  
Kleinschmidt, Gotthard  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 92 Jahre**
- 15.11. Dr. med.  
Kahleyss, Wolf-Dietrich  
01662 Meißen

## Nachruf für Dr. med. Clemens Weiss

\* 18. 8. 1935 † 26. 8. 2015

Am 26. August 2015 verstarb Dr. med. Clemens Weiss nach unheilbarer Krankheit im Beisein seiner Familie wenige Tage nach seinem 80. Geburtstag. Er wurde am 18. August 1935 in Berlin als drittes Kind eines Kernphysikers geboren und wuchs in einer kompromisslos antinationalsozialistischen, christlich-humanistisch geprägten Familie auf. Er besuchte die Schule von 1941 bis 1943 in Berlin. Bereits dort fasste der damals sechsjährige Junge nach einem Krankenhausaufenthalt den Entschluss, später Medizin zu studieren.

Nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialistischen Regimes siedelte die Familie 1945 nach Rittersgrün/Erzgebirge über. Dort erlebte Clemens Weiss von April bis Juni 1945 den kuriosen Irrtum „Republik Schwarzenberg“. 1946 zog die Familie nach Ronneburg/Thüringen um. Sein Vater wurde durch die Russische Kommandantur in Dresden inhaftiert und samt Familie am 28.08.1946 bis zum 24.03.1955 nach Obninskoje und Suchumi (Sowjetunion) interniert. Das gewünschte Medizinstudium war aufgrund der vollständigen Isolation dort nicht möglich, sodass Clemens Weiss sich zu einem Studium im Fach Klavier entschloss. 1955 kehrte die Familie über Frankfurt/Oder und Leipzig nach Deutschland zurück. Clemens Weiss: „Wir galten als Russen und bekamen die Wucht der Antipathie der DDR-Deutschen zu spüren.“ Es folgte dann das ersehnte Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig, welches er 1960 mit Staatsexamen und Promotion zum Doktor med. abschloss. Seine Musikalität bewies er wiederum als Mitglied des Universitätschors unter Leitung von Professor Rabenschlag.

Es folgten Pflichtassistenz, Poliklinisches Jahr und Facharztweiterbildung zum Facharzt für Chirurgie bis 1966 unter Professor Dr. G. Rothe am Bezirkskrankenhaus St. Georg in



Leipzig und die Erlangung des Facharztes für Urologie am selben Haus 1971. Neben Prof. Rothe war auch der damals leitende Oberarzt Horst Neumann sein großes Vorbild. Ab 1972 bis 1989 arbeitete Herr Dr. Weiss als Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Bezirkskrankenhauses St. Georg in Leipzig.

Bereits damals nahm die studentische wie auch die Ausbildung junger Fachärzte einen großen Raum seiner Tätigkeit ein, welche er als „seine Kinder“ bezeichnete und die er vorbildhaft durch seine humanistische Denkweise prägte. Clemens Weiss setzte sich mit großer Hingabe auch für die chirurgische Ausbildung junger Ärzte aus Zypern, Kamerun, Irak, Syrien, Sudan, Palästina, Senegal, Tansania, Kambodscha und dem Libanon ein. Es bildeten sich Freundschaften in nahezu familiärer Verbundenheit mit Dr. E. Salim aus Tansania, Dr. Chan Ried aus Kambodscha und Dr. Ahmad aus Beirut.

1989 erfolgt der Wechsel als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung an das Kreiskrankenhaus Wurzen, wo er bis zu seinem Eintritt in das Rentenalter wirkte. Dort prägte er, nicht zuletzt der politischen Wende 1989 geschuldet, die Chirurgie und das Krankenhaus Wurzen als Leitender Chefarzt. Er scheute dabei keine unangenehme Auseinandersetzung mit Entscheidungsträgern in Politik und Gesellschaft. Besonderes Augenmerk galt der Schilddrüsenchirurgie, der Colonchirurgie und der minimal-invasiven Chirurgie, welche im Kreiskrankenhaus Wurzen, als einem der ersten Häuser im Regierungsbezirk Leipzig, als Routineeingriff ausgeführt wurde und wird.

Reich an negativen Erfahrungen durch die Jahre der Internierung in Russland und das Arbeiten im Sozialismus engagierte er sich 1989 bei der Gründung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen. Von 1991 bis 2003 war er Mandatsträger und von 1999 bis 2003 Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer. Bis zum Jahre 2000 war er auch Vorsitzender der Kreisärztekammer Wurzen und später des Muldentalkreises. Von 2000 bis 2007 war er Menschenrechtsbeauftragter und arbeitete im Ausschuss Krankenhaus mit.

Neben seiner aufopferungsvollen Arbeit als Chirurg und klinischer Lehrer, wie auch Berufspolitiker, blieb er Zeit seines Lebens seiner christlichen Erziehung treu. Dies führte dazu, dass er auch wegen seiner Kenntnisse über Land und Menschen humanitäre Hilfe für Osteuropa, insbesondere 16 Mal in der Ukraine und sechs Mal in Weißrussland, leistete. Er begleitete die Hilfs Transporte mit der Diakonie Annaberg als Dolmetscher und Lastkraftwagenfahrer. Im Herbst 2004 forderte ein schwerer Verkehrsunfall eine Unterbrechung seiner Tätigkeit. Im Januar 2004 wurde Herrn Dr. Clemens Weiss für seine Verdienste der Verdienstorden am Bande der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland durch den Bundespräsidenten Dr. Johannes Rau verliehen. Die Sächsische Landesärztekammer ehrte ihn 2005 mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ wegen seiner außerordentlichen Verdienste um die Selbstverwaltung und die sächsische Ärzteschaft.

Mit Dr. med. Clemens Weiss haben wir einen engagierten Kollegen, die Patienten einen hervorragenden Arzt wie emphatischen Fürsprecher und die Gesellschaft einen Humanisten verloren. Er verkörperte Toleranz für andere Kulturen und gab Bedürftigen Hilfestellungen. Sein ereignis- und entbehrungsreiches Leben wird uns noch lange in Erinnerung bleiben.

Erik Bodendieck, Präsident  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,  
Ehrenpräsident  
OA Dr. med. Franz-Georg Smiszek  
Greifswald

## Aus der Geschichte der Leipziger Universitätsorthopädie

### Zum 600-jährigen Jubiläum der Universitätsmedizin Leipzig

Als im Jahre 1409 knapp 1.000 Wissenschaftler und Studenten den Weg aus der Kaiserstadt Prag in das Messe- und Handelszentrum Leipzig antraten, begann mit den sieben mitgereisten Ärzten auch die lange Geschichte der Leipziger Universitätsmedizin. Gut fünf Jahre später organisierten sich die Mediziner in einer eigenen Fakultät, welche mit der bis heute erhaltenen Gründungs-urkunde vom 10. Juli 1415 den weiteren Weg der zweitältesten, durchgehend lehrenden Medizinerfakultät Deutschlands ebnete [8.] In dieser Geschichte nimmt die Orthopädie eine zentrale Rolle ein, die mit der am 29. April 1876 durch Carl Hermann Schildbach eröffneten Orthopädischen Universitätspoliklinik über die älteste Orthopädische Universitätsklinik Deutschlands verfügt [9, 13].

### Von den Wurzeln bis zur Gründung der ersten Orthopädischen Universitätsklinik

Die ersten 400 Jahre in der Geschichte der Leipziger Universitätsmedizin verliefen ohne eine autarke orthopädische Abteilung, nicht zuletzt weil die medizinische Subspezialisierung Orthopädie noch nicht eingetreten war. Die klassischen orthopädischen Tätigkeiten wie Schienungen und selbst kleine chirurgische Eingriffe erfolgten durch Bader oder Barbieri. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die ersten orthopädischen Behandlungen in der jungen Leipziger Universitätsmedizin durch einen Frauenarzt und Geburtshelfer erfolgten. So finden sich die eigentlichen Wurzeln der Leipziger Orthopädie bereits etwa 60 Jahre vor der Gründung der Universitätsorthopädie und sind fest mit dem Namen Johann Christian Gottfried Jörg (1779 – 1856) verbunden (Abb.1) [6]. Jörg veröffentlichte als Professor für Geburtshilfe in Leipzig im Jahre 1806

mit seinem Hebammenlehrbuch „Weiber- und Kinderkrankheiten“ das erste Werk, welches sich auch mit Fußfehlstellungen bei Kindern und insbesondere dem Klumpfuß befasste [2]. Im Jahre 1810 veröffentlichte er schließlich als Resultat seiner umfangreichen Forschungen zum Bewegungsapparat das erste wissenschaftliche Lehrbuch in deutscher Sprache, welches man als orthopädisches Lehrbuch bezeichnen könnte, unter dem Titel „Ueber die Verkrümmungen des menschlichen Körpers und eine rationelle und sichere Heilart derselben“. [3] Der geistige Nachfolger Jörgs ist der Chirurg Ernst August Carus (1797 – 1854) (Abb. 1) [2]. Dieser gründete als Professor für Chirurgie im Jahre 1831 in seinem Privathaus in der Schlossgasse 2 die erste „Heilanstalt für Verkrümmte“ und somit die erste orthopädische Bettenstation in Leipzig [12]. Nach seiner Berufung zum ordentlichen Professor für Chirurgie nach Dorpat im Jahre 1844 wurde die Heilanstalt durch Daniel Gottlob Moritz Schreiber (1808 – 1861) weitergeführt (Abb. 1). Unter Schreiber erfolgte der Neubau der „Orthopädisch-gymnastischen Heilanstalt“, welche im Jahre 1847 vor dem „Zeit-zer Thore“ (heutiges LVB- Gebäude, Karl-Liebke-Necht-Straße Ecke Hohe Straße) eröffnet wurde. Schreiber hat sich durch seine umfangreichen Bemühungen zur Körpererüttung mit seinem wissenschaftlichen Hauptwerk „Von der ärztlichen Zimmergymnastik“ nicht nur für die Leipziger Orthopädie verdient gemacht. Nach einem Leitersturz im Jahre 1852 konnte Schreiber seine Tätigkeiten nicht mehr in vollem Umfang wahrnehmen, was am 1. Mai 1859 im Verkauf der Heilanstalt an Carl Hermann Schildbach (1828 – 1888) gipfelte (Abb. 1) [4,12].

### Die Orthopädie im Schoß der Alma Mater Lipsiensis

Das Bild der orthopädischen Versorgung war bis dato wesentlich durch private Praxen und Heilanstalten wie die von Schreiber und Schildbach geprägt. Der Zugang zu diesen Einrichtungen und den orthopädischen Behandlungen war den wohlhaben-

den Bürgern vorbehalten. Insbesondere in Leipzig als reicher Handelsstadt gab es eine große Anzahl von betuchten Bürgern, die gern und häufig diese Behandlungen in Anspruch nahmen. Ein Zugang zur orthopädischen Versorgung in diesen Praxen war somit nicht nur finanziell, sondern auch aus Kapazitätsgründen für die einfache Bevölkerung nicht möglich, weshalb sich insbesondere Schildbach für eine Alternative zugunsten der breiten Masse stark machte. Eine universitäre Anbindung hatte neben der Möglichkeit der Versorgung von ärmeren Schichten auch die Ausbildung von Nachwuchsärzten im orthopädischen Fachgebiet und somit eine breitere Versorgungsstruktur zum Ziel.

Es ist Schildbachs Bemühungen zu verdanken, dass am 29. April 1876 in einem kleinen Parterre-Raum des Anatomischen Institutes die Orthopädische Universitätspoliklinik eröffnet wurde [1]. Mit der Neueröffnung verknüpfte Schildbach seinen Namen nicht nur mit der Leipziger-, sondern auch mit der deutschen Orthopädiegeschichte, da hiermit die erste universitäre Einrichtung in diesem Fache auf deutschem Boden begründet wurde. Schildbach habilitierte sich als erster in Deutschland im Fach Orthopädie mit seinen umfangreichen Arbeiten zu Fehlbildungen der Wirbelsäule und wurde somit zum ersten Lehrstuhlinhaber für Orthopädie in Deutschland [1]. In dieser bescheidenen Einrichtung war es nun möglich, sowohl ärmere Menschen zu behandeln als auch Studenten im jungen Fach der Orthopädie zu unterweisen. Da es sich bei Schildbachs Tätigkeit als Professor der neu gegründeten Universitätsklinik um ein reines Ehrenamt handelte, war er wesentlich auf die Einkünfte aus seiner weiterhin bestehenden Heilanstalt angewiesen, die er parallel zur Universitätspoliklinik weiterführte. Im ersten Jahr ihres Bestehens verzeichnete die neue orthopädische Poliklinik 122 Patienten. Sowohl in der Universitätsklinik als auch in der privaten Heilanstalt Schildbachs kamen nur konservative



Johann Christian Gottfried Jörg  
(1779-1856)

**1831**

Eröffnung  
„Heilanstalt für Verkrümmte“



Daniel Gottlob Moritz Schreiber  
(1808-1861)

**1876**

Eröffnung der orthopädischen  
Universitätspoliklinik am  
29. April 1876



Theodor Koelliker  
(1852-1937)

**1930**

29.04.1930 Neueröffnung in der  
Philipp-Rosenthal-Straße.



Hans Rimann (1877 -1954)

**1806**

Erste orthopädische  
Behandlungen in Leipzig



Ernst August Carus  
(1797-1854)

**1847**

Neubau der „Orthopädisch-  
gymnastischen Heilanstalt“  
Buch „Von der ärztlichen  
Zimmergymnastik“



Carl Hermann Schildbach  
(1828-1888)

**ab 1885**

Einführung operativer  
Verfahren

**1908**

Umzug in die Nürnberger Straße



Franz Ludwig Schede  
(1882-1976)

**1939-1945**

Lazarett und Zerstörung durch  
Bombenangriffen

**1947-1949**

kommissarische Leitung durch  
Hans Rimann

Verfahren wie redressierende Maßnahmen und gymnastische Übungen zum Einsatz. Die operativen Eingriffe waren allein den Chirurgen der Universität vorbehalten. Im Jahre 1885 bat Schildbach um die Entlassung aus dem Dienste der Universität, um sich bis zu seinem Tode im Jahr 1888 ganz seiner Heilanstalt widmen zu können. Diese von Carus begründete Heilanstalt wurde im Anschluss durch verschiedene Ärzte im Schreberschen Gebäude weitergeführt, bis diese schließlich 1915 an die Stadt verkauft und danach für einen Neubau abgerissen wurde.

Die Historie der orthopädischen Privatanstalt von Carus über Schreiber und Schildbach ist somit eng mit der Orthopädiegeschichte Leipzigs verknüpft und nicht umsonst bezeichnete der spätere Ordinarius Harro Seyfarth die Heilanstalt als Keimzelle für die heutige Universitätsklinik [13].

### Die Orthopädie um die Jahrhundertwende

Im Jahre 1885 trat Theodor Koelliker (1852 – 1937) die Nachfolge Schildbachs als Direktor der Poliklinik für Orthopädie an (Abb. 1). Er war der erste, der auch operative Verfahren im therapeutischen Spektrum der jungen Universitätsklinik etablierte. So führte er Operationen zur Therapie von rachitisch verformten Knochen, Klumpfüßen und Schiefhälsen ein. [13] In der Amtszeit Koellikers verzeichnete das Fachgebiet der Orthopädie einen immensen Wissenszuwachs, der maßgeblich durch die von Carus 1829 mitbegründete Leipziger Medizinische Gesellschaft geprägt und durch Persönlichkeiten wie Erwin Payr (1871 – 1946), Friedrich Trendelenburg (1844 – 1924) oder Carl Thiersch (1822 – 1895) getragen wurde [7]. Trotz dieser Entwicklungen war die finanzielle Unterstützung der Orthopädischen Poliklinik durch die Medizinische Fakultät sehr bescheiden. So erhielt Koelliker in den Jahren 1876 – 1900 trotz fester Anstellung als Arzt und Ernennung zum Professor für Orthopädie im Jahre 1892 kein Gehalt. Wie Schildbach führte auch Koelliker eine private Praxis, um damit seinen

Lebensunterhalt und teilweise auch die Orthopädische Universitätsklinik zu finanzieren. Aufgrund der begrenzten räumlichen Möglichkeiten war es Koelliker nicht möglich, seine operierten Patienten im Poliklinikum zu versorgen, weshalb es enge Kooperationen mit städtischen und privaten Einrichtungen, wie zum Beispiel dem Humanitas Heim für gebrechliche Kinder gab. Insbesondere durch die Freimaurerloge, welcher auch Koelliker angehörte, wurde die Finanzierung dieses Heimes ermöglicht. Diese Einrichtung gestattete es Koelliker, ohne finanzielle Unterstützungen durch die Universitätsmedizin auch einfache Bürger zu operieren und nachzubehandeln. Erst nach mehreren räumlichen Veränderungen war es schließlich 1908 möglich, die Universitätspoliklinik für Orthopädie mit ihrem Einzug in den ehemaligen Gasthof Lindenhof in der Nürnberger Straße auch lokal an die Medizinische Fakultät anzubinden. Nicht nur durch die lokale Anbindung an die Universitätsmedizin, sondern vor allem auch durch die Nähe zum Bayrischen Bahnhof stand die Klinik nun einem deutlich breiteren Patientenstamm offen [13].

### Erster Weltkrieg und Weimarer Republik als einschneidende Epochen für die Orthopädie

Auch die Wirren und Entbehrungen der Kriegsjahre 1914 – 1918 hinterließen ihre Spuren in der Orthopädiegeschichte Leipzigs. Insbesondere die Engpässe in der Versorgung mit Nahrungsmitteln und Verbandstoffen machten sich deutlich bemerkbar. Fast noch schwerer traf die Krankenversorgung jedoch der Ärztemangel durch die vermehrten Einberufungen zum Wehrdienst, wobei selbst vor dem mittlerweile über 60-jährigen Theodor Koelliker kein Halt gemacht wurde. In den ersten Nachkriegsjahren wurden die Orthopäden vor neue medizinische Herausforderungen gestellt. Durch die neuen Waffentechniken hatte auch die Zahl der Kriegsverletzten mit schweren Behinderungen deutlich zugenommen. So verfasste Koelliker 1925 seine Arbeit zu Amputationen

Abb. 1: Zeittafel der geschichtlichen Entwicklung der Orthopädischen Universitätsklinik Leipzig von 1806 bis 1949

und Exartikulationen aus seinen wissenschaftlichen Erkenntnissen während seiner Zeit als Generalarzt. [5] Zum Abschluss seiner 38-jährigen Tätigkeit als Arzt und Leiter der Orthopädischen Universitätspoliklinik wurde der 70-jährige Koelliker 1922 zum planmäßigen Ordinarius für Orthopädie an der Medizinischen Fakultät Leipzig berufen. Sein Nachfolger als Leiter der Klinik war der aus München berufene Franz Schede (1882 – 1976) (Abb. 1). Dieser hatte sich in der modernen Münchener Universitätsorthopädie insbesondere durch die Entwicklung von Prothesen für Kriegsversehrte einen Namen gemacht. So habilitierte Schede 1919 mit seiner Arbeit zum Bau von Kunstbeinen [10]. In Leipzig eingetroffen, fand er nach eigenen Worten außer einer ehrwürdigen Tradition eher bescheidene Verhältnisse vor. Innovative Neuerungen wie die ersten Röntgengeräte standen nicht in der Universitätsklinik, sondern in den modernen privaten Praxen der Stadt. So ist es Schedes energischem und hartnäckigem Einsatz zu verdanken, dass das Gebäude in der Nürnberger Straße um zwei Etagen und somit um eine Bettenstation und eine orthopädische Werkstatt erweitert wurde. Da auch diese bauliche Verbesserung nur kurzzeitig dem steigendem Ansturm an Patienten gewachsen war, ermöglichte Schede nach langem Ringen mit der Stadt Leipzig und durch die tatkräftige Unterstützung des Ordinarius für Chirurgie Erwin Payr den Neubau der Orthopädischen Universitätsklinik. Nach über 3-jähriger Bauzeit erfolgte am 29. April 1930 die feierliche Neueröffnung der Klinik in der Philipp-Rosenthal-Straße (Abb. 3). Neben einer Frauen- (40 Betten), Männer- (40 Betten), Kinder- (45 Betten) und Privatstation verfügte der neue Klinikkomplex über eigene Röntgen- und Operationsabteilungen sowie einen physikalischen Therapiebereich mit Turnhalle, über einen Hörsaal und eine orthopädietechnische Werkstatt. Mit dieser neuen Klinik und der zielstrebigem Leitung Schedes erlebte die Orthopädische Universitätsmedizin in Leipzig einen enormen wissenschaftlichen Auf-

schwung, der sie über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt machte [9].

**Zweiter Weltkrieg – Bomben statt Bildung**

Schede war es auch, der die Klinik durch die Kriegswirren des Zweiten Weltkriegs (1939 – 1945) führte und dabei fast die komplette Zerstörung seines Lebenswerkes miterleben musste. Mit Kriegsbeginn 1939 wurde in der Orthopädischen Klinik ein Lazarett mit über 100 Betten eingerichtet. Viele Mitarbeiter zogen in den Krieg und kehrten nicht zurück. Die allgemeine orthopädische Behandlung wurde weitestgehend durch die Kriegsverwundetenversorgung verdrängt. Das Klinikgelände wurde viermal bei Bombenangriffen getroffen (Oktober und Dezember 1943, Februar 1944 und April 1945). Insbesondere nach dem Angriff vom 4. Dezember 1943 war die Klinik durch die Zerstörung fast aller Dächer und Fenster für die Patientenversorgung unbrauchbar geworden. Als Ausweichkrankenhaus für die orthopädischen Patienten diente die Psychiatrische Klinik Hochweitzschen. Schede selbst und die verbliebenen Mitarbeiter der Klinik organisierten den Abtransport der Patienten durch die zerstörten und brennenden Straßen von Leipzig über den Bahnhof Paunsdorf nach Hochweitzschen [9]. Nach Kriegsende zeigte nicht nur das Gebäude der Orthopädie große Schäden. Auch die Mitarbeiter und Schede selbst hatten körperliche und seelische Blessuren davongetragen. Schede wurde seines Amtes als Ordinarius enthoben und durfte nur als Assistent weiter in der Klinik angestellt bleiben. Schede, der seit 1938 Mitglied der NSDAP war, fürchtete im Rahmen der Entnazifizierungsprozesse durch die sowjetische Besatzungsmacht nicht nur um sein Amt und floh daher im März 1947 nach Sanderbusch. Im Rahmen der späteren Prozesse wurde Schede entlastet, kehrte aber nicht nach Leipzig zurück. Im Jahre 1959 wurde Schede für seine Verdienste um die Orthopädische Universitätsmedizin in den Kriegsjahren mit der Ehrendoktorwürde geehrt [11].



Abb. 2: Zeittafel der geschichtlichen Entwicklung der Orthopädischen Universitätsklinik Leipzig von 1950 bis heute

### Die Orthopädische Klinik im Wiederaufbau

Nach Kriegsende folgte eine wechselhafte und ungewisse Zeit für die Orthopädische Klinik, in der das Fortbestehen mehrfach in Gefahr war. 1947 übernahm Hans Rimann (1877 – 1954), bis dahin Leiter der Chirurgischen Klinik im Markkleeberg, kommissarisch die Leitung der Klinik für zwei Jahre. Diese ersten Jahre der Ungewissheit waren eine Zeit des Stillstandes. Aufgrund der Reparationen und des allgemeinen Mangels kam die Wiederherstellung der Klinik nur wenig voran. Erst nach Amtsantritt von Friedrich Wilhelm Julius Mommsen (1885 – 1976) als Klinikdirektor kam der Wiederaufbau des Gebäudes in Gang (Abb. 2). Aufgrund der Mangelwirtschaft und der eingeschränkten Möglichkeiten war Mommsens Augenmerk auf den Ausbau der konservativen Therapien gerichtet. Nach Mommsens Ausscheiden 1952 folgte wiederum eine ungewisse Zeit, in der die kommissarische Leitung der Klinik für drei Jahre durch den Direktor der Orthopädischen Klinik der Charité in Berlin, Friedrich Loeffler (1885 – 1967), in Personalunion übernommen wurde (Abb. 2). Loeffler verhinderte in dieser Zeit die Eingliederung der Klinik in andere Fachdisziplinen der Medizinischen Fakultät der Karl-Marx-Universität Leipzig und etablierte wieder vermehrt operative Methoden [13]. Erst zehn Jahre nach Kriegsende kehrten mit der Berufung von Peter Friedrich Matzen (1909 – 1986) im November 1955 Stabilität und Aufschwung in die Leipziger Klinik zurück (Abb. 2). Unter Matzen konnten schließlich 1966 die letzten Reparaturmaßnahmen am Gebäudekomplex abgeschlossen werden. Mit der umfangreichen Modernisierung und Neustrukturierung der Klinik und der Etablierung eines umfangreichen operativen Spektrums, allem voran die endoprothetischen Eingriffe, war es Matzen möglich, die Orthopädische Klinik zur einem festen Bestandteil der Universitätsklinik zu formen und den wissenschaftlichen Ruf wieder erfolgreich aufzubauen. Nach dem Ausscheiden Matzens übernahm Harro Herwig



Abb. 3: Frontansicht der Orthopädischen Klinik in der Philipp-Rosenthal-Straße um 1930

Seyfarth (1921 – 2011) ein gut funktionierendes Haus und steigerte sowohl die Operationszahlen als auch die wissenschaftlichen Leistungen (Abb. 2). Auf seinen Nachfolger Wolf-Dietrich Arnold (geb. 1940), der 1986 als Ordinarius die Leitung der Klinik übernahm, kamen die Wendezeit und die Aufgabe der Eingliederung der Orthopädie in die neue wieder umbenannte Universität Leipzig zu (Abb. 2). Anfangs, während eines Auslandsaufenthaltes von Arnold, führte Horst Fleißner (1926 – 2015) die Klinik für ein Jahr kommissarisch. Durch eine gut aufgestellte Klinik war es Arnold möglich, schnell Anschluss an bundesdeutsche Standards zu finden [9]. Seinen Bemühungen ist es zu verdanken, dass sich das Spektrum der operativen Behandlungen deutlich erweitert hat. So konnte Arnold unter anderem der Wirbelsäulenchirurgie einen neuen Stellenwert verleihen.

### Die Orthopädische Klinik auf dem Weg ins 21. Jahrhundert und darüber hinaus

Nach Arnolds Weggang übernahm Peter Felix Matzen (geb. 1938), Sohn des vormaligen Ordinarius Peter Friedrich Matzen, für zwei Jahre (1993 – 1994) kommissarisch die Leitung der Klinik. Matzen leitete die ersten wesentlichen Modernisierungsmaßnahmen ein, die für den Betrieb einer Klinik nach heutigem Standard nötig waren [9]. Im Juni

1994 folgte der gebürtige Österreicher Georg Freiherr von Salis-Soglio (geb. 1948) dem Ruf nach Leipzig (Abb. 2). Von Salis-Soglio sollte die Geschicke der Orthopädie für fast 20 Jahre als Ordinarius leiten. Unter seiner Leitung erfolgte die umfangreiche Sanierung der Gebäude der Orthopädischen Klinik in der Philipp-Rosenthal-Straße, die im Jahre 2001 abgeschlossen wurde. Im Rahmen der Konzentrierung des Universitätsklinikums an einem Hauptstandort und im Zuge der geplanten Bündelung der operativen Kliniken in einem Klinikzentrum erfolgte ab 2005 der schrittweise Umzug der orthopädischen Kliniken in das neu geschaffene Operative Zentrum in die Liebigstraße (Abb. 4). Mit einem lachenden und einem weinenden Auge wurde nach 75 Jahren der ehrwürdige Standort in der Philipp-Rosenthal-Straße, der jetzt unter anderem als Zentrum für psychische Gesundheit genutzt wird, verlassen. Am neuen Standort in der Liebigstraße stehen neben den modernen Operationssälen alle diagnostischen Möglichkeiten von Radiologie über Nuklearmedizin zu Mikrobiologie und Labormedizin zur Verfügung. Auch über die interdisziplinären Kooperationen sowie eine umfangreiche intensivmedizinische Betreuung konnte die Qualität der Behandlung weiter gesteigert werden. Im September 2013 trat von Salis-Soglio in den Ruhestand und übergab die



Abb. 4: Straßenansicht des Operativen Zentrums der Universitätsklinik Leipzig in der Liebigstraße

kommissarische Leitung an Christoph-Eckhard Heyde. Unter seiner Leitung kam es im Juni 2014 als logische Folge der gemeinsamen Facharztstruktur von Orthopädie und Unfallchirurgie zum Zusammenschluss der Kliniken für Orthopädie und Unfallchirurgie zur neuen gemeinsamen Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und

Plastische Chirurgie unter dem Geschäftsführenden Direktor Christoph Josten (Abb. 2). Die neu entstandene Klinik mit ihren fünf hochspezialisierten Bereichen Unfallchirurgie unter Christoph Josten, Wirbelsäulenchirurgie unter Christoph-E. Heyde, Arthroskopische und Spezielle Gelenkchirurgie/ Sportverletzungen unter Pierre Hepp, Plastische

und Ästhetische Chirurgie sowie spezielle Handchirurgie unter Stefan Langer und Endoprothetik und Allgemeine Orthopädie unter Andreas Roth sowie den fachübergreifenden Schwerpunkten Kinderorthopädie, Rheumatologie, Tumorbehandlung und septische Chirurgie bietet in ihrer modernen Struktur das gesamte Spektrum der orthopädischen, traumatologischen und plastischen Versorgung an. Die Klinik mit ihren aktuell über 140 Betten und 56 ärztlichen Mitarbeitern knüpft somit in der Traditionen ihrer Gründerväter an die Erfolge vergangener Zeiten an und kann in eine erfolgsversprechende Zukunft blicken.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Christoph-Eckhard Heyde  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie,  
Unfallchirurgie und  
Plastische Chirurgie,  
Universitätsklinikum Leipzig  
Liebigstraße 20  
04103 Leipzig

## Dorothea Christiane von Erxleben (1715 – 1762) zum 300. Geburtstag

**Die erste Frau, die in Deutschland die Medizinische Doktorwürde erwarb – ein „Casus novissimus bey den teutschen Universitäten“**

„Die Verachtung der Gelehrsamkeit zeigt sich besonders darin, dass das weibliche Geschlecht vom Studieren abgehalten wird. Wenn etwas dem größten Teil der Menschheit vorenthalten wird, weil es nicht allen Menschen nötig und nützlich ist, sondern vielen zum Nachteil gereichen könnte, verdient es keine Wertschätzung, da es nicht von allgemeinem Nutzen sein kann. So führt der Ausschluss vieler von der Gelehrsamkeit zu ihrer Verachtung. Dieses Unrecht ist ebenso groß wie dasjenige, das



Abb. 1: Bildnis der Dorothea Christiane Erxleben, (Quelle Wikipedia)

den Frauen widerfährt, die dieses herrlichen und kostbaren Gegenstandes beraubt werden“ (Dorothea Christiane Erxleben, Gründliche Untersuchung der Ursachen, die das weibliche Geschlecht vom Studieren abhalten, 1740).



Abb. 2: Dorothea Christiane Erxleben, Briefmarke der Deutschen Bundespost Berlin 1988

Dorothea Christiane Leporin wurde am 13. November 1715 in Quedlinburg als Tochter des Arztes Christian Polykarb Leporin (1689 – 1747) geboren. Das kränkliche, aber ausgesprochen geistig rege Mädchen wuchs zunächst in Aschersleben, wo ihr Vater als Arzt tätig war, auf und

zog dann mit der Familie nach Quedlinburg. Ihrem Vater wurde dort eine Stelle als Stadtphysikus zugesprochen.

Latein lernte sie in Quedlinburg an der Ratsschule, Medizin und Naturwissenschaften brachten ihr der Vater und ihr älterer Bruder bei. „Dieser kränkliche Zustand machte mich so glücklich, daß ich von der zartesten Jugend an in allen Wissenschaften, dazu mein Alter fähig war, fleißig unterrichtet wurde... Ich war um so viel williger, derselben fleißigen und getreuen Unterricht anzunehmen und mir auf das beste zu Nutzen zu machen, je mehr ich glaubte, daß alle wohlgesittete junge Frauenspersonen in den Studiis eben so fleißig, als in Dingen, die Haushaltung betreffend, müßten unterwiesen werden...“, wird sie Jahre später in ihrem Lebenslauf berichten.

Sie vertrat ihn nicht selten in seiner Praxis und bei Krankenbesuchen und machte offenbar ihre Arbeit sehr gut. Je mehr ärztliche Erfahrungen sie an der Seite ihres Vaters sammelte, desto größer wurde ihr Wunsch, Medizin zu studieren.

Ihr Versuch, eine Zulassung an der Universität Halle für das Fach Medizin zu bekommen, wurde ihr versagt. Eine Frau, die Medizin studieren will, war damals nicht vorstellbar. Ihr Vater wandte sich darauf persönlich an den jungen König Friedrich II. Und dieser beschied 1741, dass der jungen begabten Frau die Promotion im Fach Medizin nicht zu verwehren sei.



Abb. 3: Wohn- und Arbeitsort der Dorothea Christiane Erxleben in Quedlinburg (Quelle: Wikipedia)

Unglaublich, aber wahr. Friedrich II., dem tiefverwurzelte und anhaltende Frauenfeindschaft nachgesagt wird, setzt sich dafür ein, dass in Deutschland erstmals eine Frau ein Medizinstudium absolvieren und promovieren kann. Mit Schreiben vom 24. April 1741 dokumentiert, geschehen in Preußen, wahrhaft eine Revolution im Zeichen der Aufklärung. Derartiges hatte es in Deutschland bis dato nicht gegeben.

Frauen waren zwar schon im 10. Jahrhundert an der ersten Hochschule des Abendlandes in Salerno auch zum Medizinstudium zugelassen, doch führte der Einfluss der Kirche im Mittelalter dazu, dass sie zunehmend von den Hochschulen verdrängt wurden. Sie durften zunächst zwar noch praktizieren, aber keine Hochschule besuchen. Gegen Ende des 15. Jahrhunderts wurden Frauen von allen ärztlichen Tätigkeiten weitgehend ausgeschlossen, zumeist mit der Begründung, sie hätten das dafür notwendige Hochschulstudium nicht absolviert.

Der neugegründeten Medizinischen Fakultät der Universität Halle, der nach Frankfurt/Oder und Königsberg dritten in Brandenburg-Preußen, stand als erster Dekan Friedrich Hoffmann (1660 – 1742) vor. Der war Friedrich II. kein Unbekannter. Er lernte ihn 1734 als Arzt seines Vaters und auch als seinen eigenen Doktor kennen. Friedrich, auch ein kränklicher Knabe, war damals noch weniger kritisch gegen Heilkundige aller Couleur als in späteren Jahren. Noch stand er am Anfang seiner Erfahrungen mit der ärztlichen Zunft.

Friedrich Hoffmann war als Mitglied namhafter medizinischer Akademien Europas wie Berlin, London und Petersburg damals ein bekannter Arzt und Gelehrter. Durch seine Anfang des 18. Jahrhunderts gemachte Erfindung, der nach ihm benannten Hoffmann's Tropfen, die er aus drei Teilen Ethanol und einem Teil Diethyläther mischte, ist er heute noch legendär. Die berühmten Tropfen – übrigens auch heute noch erhältlich – werden in einer Dosierung von 20 bis 40 Tropfen in ein Glas Wasser oder auf ein Stück Zucker geträufelt und dann einge-

nommen. Sie haben eine gering gefäßerweiternde und blutdrucksenkende Wirkung und werden gern als Mittel gegen Schwächeanfälle, drohende Ohnmacht und Übelkeit genommen.

Dorothea Christiane heiratete den verwitweten Diakon Johann Christian Erxleben (1697 – 1759), der fünf Kinder in die Ehe brachte und bekam mit ihm dann selbst noch vier weitere Kinder, sodass ihr Promotionsvorhaben zunächst um unbestimmte Zeit verschoben werden musste. Sie war mit der Erziehung ihrer Kinder, der Organisation des Haushalts und als Pfarrfrau mehr als ausgelastet. 1747 verstarb ihr Vater mit 58 Jahren. Sie übernahm die mit 70 Reichsthalern und noch einmal 38 Reichsthalern Zinsen verschuldete Praxis ihres Vaters und führte sie soweit es ihre Zeit zuließ weiter. Am 6. März gelang es ihr mithilfe ihres Mannes die Praxis schuldenfrei zu bekommen. Sie war sehr ehrgeizig und enorm fleißig. Der Makel, keine universitäre Ausbildung absolviert zu haben, haftete ihr jedoch an. Zudem hatte sie es ausgesprochen schwer, ihre ausschließlich männlichen ärztlichen Kollegen beobachteten ihr Tun argwöhnisch. Mit Eifer warteten sie darauf, ihr einen medizinischen Fehler anzulasten, letztlich mit dem Ziel, sie aus ihrer Praxis zu drängen. Insbesondere ihr Engagement für mittellose Patienten, die sie oft unentgeltlich behandelte, störte die Herren Kollegen. Nach dem Tod einer ihrer Patientinnen witterten die Herren eine Chance, sie von ihren Patienten zu trennen und eine lästige Konkurrentin loszuwerden. In einem Brief an Stiftpflichtmann von Schellersheim denunzierten die Quedlinburger Ärzte Herweg, Graßhoff und Zeit ihre Kollegin wegen „medizinischer Puscherey“:

„...in unterthänige respect hiermit eröffnen zu dürffen, was maaßen seit einigen Jahren hir praxis medica durch starcke Puscherey dermaßen totaliter ruiniert worde, daß kein rechtschaffender medicus hier mehr subsistiren kann, indem nicht nur die mehresten Feldscherer, sondern auch Baders und Barbirer, Hebammen und

nadere, wie auch in specie des Hrn. Diac. Erxlebens Ehelieste innerlich curiren wie die letztere mit einer unverschämten Verwegenheit in der medicinischen Pfuscherrey sich sonderlich signalisire, da Sie die Patienten öffentlich besuchet, und sich ohne Scheu Fr. Doctor heißen läßet, wie Sie solches gleich jetzo an der Wegneren im Neundorffe bewiesen, welche an Frieseln krank gelegen, und gestorben... So hat die Pfuscherrey dergestalt überhand genommen, daß wier fast keinen Patienten mehr in die Cur bekommen, bey dem nicht schon gefuschert wäre... Wir leyden darunter auf eine zwifache arth, denn einmal wird uns dasjenige genommen, was uns von Gott und rechtswegen gehöret, und hernach ist auch bey der Praxi keine Ehre mehr, denn da die Patienten, wenn Sie schon gestorben sind... zu lezt noch wohl einen Doctor holen laßen, so heißet es doch, wenn Er stirbet, der und der Doctor ist gebraucht, und muß also ein rechtschaffender medicus das Versehen des Pfuschers tragen...

Unser untterthäniges Bitten, derselben wollen... rechtlich verfügen; daß Sich obgedachte Personen alles innerlichen curirens bey Bürgers Leuten enthalten müßten... durch ein öffentliches affixum bekandt machen, und allen Bürgersleuten bey 10 rth. Straffe verbieten zu laßen, daß Sie von obgedachten Personen keinen gebrauchen, sondern die ordentlichen medicos adhibiren sollen..."

Der Stadthauptmann musste handeln und verfügte neun Tage später mit öffentlichem Aushang: „Nachdem bey Königl. Preuß. Stifts-Haubtmanney beschwerend angebracht worden, was gestalten Feldscheres, Baders, Barbirer, Hebammen und andere zeithirn sich der medicinischen Pfuscherrey vielfältig unternehmen, und sich innerlicher Curen unterfangen; solchen unerlaubten Pfuscherreyn, aber um so weniger noch zusehen, da das publicum dadurch sehr leidet, und vieler Menschen leben und gesundheit in gefahr gesetzt auch mancher Patient vor der Zeit zum Grabe befördert wird; Als wird allen hiesigen Baders,

The image shows a handwritten letter in German cursive script. The text is dense and written in dark ink on aged paper. The handwriting is characteristic of the 18th century. The letter is addressed to the Stifts-Hauptmann von Schellersheim and is dated 21. Februar 1753. The content of the letter, as transcribed in the caption, is a complaint about the medical practices of the time, specifically mentioning the use of quack medicine and the lack of proper medical training for practitioners.

Abb. 4: Brief der Dorothea Christiane Erxleben an den Stifts-Hauptmann von Schellersheim vom 21. Februar 1753

Barbirers, Hebammen etc. kraft dieses bey 10 rth Straffe untersaget, sich von nun an alles innerlichen cirens gäntzlich zu enthalten, anbey auch allen hiesigen Bürgersleuten bey gleichmäßiger Straffe anbefohlen, von obgedachten Persohnen führohin keinen weiter bey innerlichen Curen zu gebrauchen, sondern die ordentlichen medicos zu adhibiren. Wornach sich ein jeder zu achten und vor Schaden zu hüten. Signatum Quedlinb den 14 Februar 1753, Königl. Pr. Quedlinb. Stifts-Haubtmanney“.

Eine Woche später antwortete Dorothea Christiene Erxleben mit einem 16-seitigen Brief dem für das Medizinalwesen zuständigen Königlich Preussischen Hauptmann sachlich, aber auch nicht ohne Schärfe.

Sie ging auf die Vorwürfe der Herren Ärzte ein, erklärte ihren Ausbildungsweg und die Gründe, warum sie die vom König bewilligte Promotionserlaubnis noch nicht wahrgenommen hat. Sie bot sogar eine Prüfung ihres ärztlichen Wissensstandes in Anwesenheit der drei Denunzianten vor Ort an. Diese lehnten ihr Anerbieten mit unsachlichen Begründungen ab. Wohl wissend, dass Frau Erxleben hochschwanger ist, höhnten sie „... Es scheint, als wann Sie ihr einbildet, Sie könne die Verantwortung in und aus den Wochen Bette geben, denn sie provociret ja so offte darauf,

und bringt ein ordentliches paradoxon an den Tag, den aus dem Woche Bette unter dem Doctor Huth kriechen, ist ja wohl ein paradoxon...“

Stiftshauptmann von Schellersheim übersandte ihr das Schreiben der Herren Ärzte und verfügte schließlich, dass sie sich innerhalb dreier Monate an der Universität Halle zur Promotion melden solle. Am 14. April 1753 gebar Dorothea Erxleben nach nicht unproblematischem Schwangerschaftsverlauf ihr viertes Kind. Sie bat deshalb um Aufschub und übersandte schließlich am 6. Januar 1754 ihre Dissertation mit einem Gesuch an den preußischen König Friedrich II. Nun war die preussische Verwaltung am Zuge. Der Geheime Staatsminister Freiherr von Danckelmann, Chef des Geistlichen Departments verfügte, das dem Stiftshauptmann von Schellersheim mitgeteilt werden soll, dem Gesuch der Bittstellerin stattzugeben. Am 6. März gehen Briefe an die Medizinische Fakultät der Universität Halle und an von Schellersheim auf die Post, mit dem Erlass „wann Ihr nichts erhebliches einzuwenden habt...“, das Examen der Frau Erxleben zuzulassen. Am 6. Mai 1754 legte Dorothea Christiane Erxleben an der Medizinischen Fakultät in Halle ihr Examen ab. Gegen die Vorwürfe der ehrenwerten Herrn Ärzte aus Quedlinburg wehrte sie sich nicht zuletzt mit ihrer Promotion in lateinischer Sprache, die sie zuvor



Abb. 5: Titel der Promotionsschrift von Dorothea Christiane Erxleben, 1742

an der Universität Halle eingereicht hatte: „Quod nimis cita ac quounde curare saepius fiat causa minus tutae curationis (Akademische Abhandlung von der gar zu geschwinden und angenehmen, aber deswegen öfters unsicheren Heilung der Krankheiten)“.

Der Dekan der Medizinischen Fakultät, der dem Frauenstudium erfreulich aufgeschlossene Professor Johannes Juncker berichtet nicht wenig begeistert in den wöchentlich erscheinenden Hallischen Anzeigen: „...und hat die Frau Candidatin in einem zweistündigen examine alle questiones theoretica und practicas in lateinischer Sprache, mit einer solchen gründlichen Accuratesse und modesten Beredsamkeit beantwortet, das alle Anwesenden damit vollkommen vergnügt waren...“.

Der Bericht geht mit der Bemerkung „daß wol wenige Candidati mit derselben in Vergleich gesezet werden...“ am 11. Mai 1754 an den preussischen König. Eine Woche später, am 18. Mai 1754, geht von Fried-

rich II. ein Erlass an die Hallesche Medizinische Fakultät, der sie hiermit „...autorisiert, gedachter Erxleben gewöhnlicher maßen den Gradum... nach ihrem petito zu ertheilen, jedoch mit der Bedingung, daß wann Sie in Unsern Landen Praxin zu treiben entschloßen sey, Sie sich vorher denen solcherhalb vorhandenen Reglements unterwerffen müßte.“ Das galt laut preussischer Medizinalordnung für alle Ärzte.

Nun endlich, am 12. Juni 1754, gut ein Jahr nach der Geburt ihres vierten Kindes, konnte die feierliche Promotion erfolgen. In den Hallischen Anzeigen vom 8. Juli 1754 ist nachzulesen: „Es hat sich hierauf die Frau Candidatin wieder bey uns eingefunden... die Promotion zu vollziehen... in Gegenwart einer nicht geringen Anzahl, mehrentheils von selbst sich einfindender ansehnlicher Personen, beyderley Geschlechts...nach Inhalt der Kayserlichen und Königlichen Privilegien...mehrgedachter Frau Candidatin der Gradus Doctoris Medicinae und die Freyheit zu practiciren, von mir ertheilt, und der gewöhnliche Doctor-Eid aufgenommen worde...“

Dr. Dorothea Christiane Erxleben praktizierte nach bravourös abgelegtem Examen und erfolgreicher Verteidigung ihrer Promotionsarbeit an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle in Quedlinburg. In einer zeitgenössischen Chronik heißt es, das sie sich „mit besonderem Glücke“ um Frauen und Kinder bemühte, sowie auch als Leibärztin der Äbtissin des Quedlinburger Stifts tätig war. Frau Dr. Erxleben erkrankte an Brustkrebs, an dessen Folgen, einem Blutsturz, sie am 13. Juni 1762 starb.

Am 6. Juli 1762 erschien ein Nachruf in der „Berlinischen privilegierten Zeitung“ und in den „Berlinischen Nachrichten von Staats- und Gelehrten Sachen“:

„Diese Stad bedauert den Verlust einer Seltenheit des schönen Geschlechts, den sie durch den frühzeitigen Tod der Hochgelehrten und Hoherfahrenen Frau, Frau Dorothea Christiane Erxleben, geborene Leporin, der Arzeneygelahrtheit Doctor

erlitten. Diese sowohl durch ihren edlen Charakter und ungeheuchelten Gottesfurcht würdige, als durch schöne und gründliche Wissenschaften berühmte Frau, schrieb mit gleicher Leicht- und Gründlichkeit in Deutscher, Französischer und Lateinischer Sprache, sowohl in Prosa als ligata oratione, und erhielt den Doctorhut den 12. Jun. 1754 auf der Universität Halle. Unermüdet das Elend des armen Nächsten zu lindern, exercirte sie praxin medicam mit Ruhm, Glück und göttlichem Seegen. So wie diese außerordentliche Frau voller Muth bey allen Vorfällen des Lebens, so hat sie sich auch im Sterben erwiesen. Ohne Schrecken sah sie dem Tode entgegen, machte deßen Ankunft ihren Kindern kund, bestellte ihr Haus und starb sitzend sanft und seelig am 13. Jun. an einer Verblutung, so ein gefährlicher Schade an der Brust verursacht im 47. Jahre ihres rühmlichen Lebens; hätte es doch Gott gefallen diese Jahre zu verdoppeln!“ Es sollte noch mehr als 140 Jahre dauern, bis endlich am 20. April 1899 im Deutschen Reich Frauen an staatlichen Universitäten in den Fächern Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie offiziell zu Prüfungen zugelassen wurden. Zuvor war es für Frauen in der Schweiz ab 1840, dann ein paar Jahre später in Frankreich, den Niederlanden, Italien und sogar in der Türkei „amtlich“ erlaubt, Medizin zu studieren.

In Preußen übrigens, einem Land, das im frühen achtzehnten Jahrhundert mit König Friedrich II. (1712 – 1786) einen überzeugten Anhänger der Aufklärung hatte, durften Frauen erst ab dem Wintersemester 1908/09 Medizin studieren. Auch das fällt schwer zu glauben.

Gewidmet Frau Dr. med. Rosemarie Sämman, langjährige leitende Oberärztin der Urologischen Klinik der Zeisigwaldkliniken Chemnitz und Ärztliche Direktorin, mit den besten Wünschen zum 65. Geburtstag am 3. November 2015.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dirk Fahlenkamp  
Bethanien Krankenhaus Chemnitz gGmbH  
Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz