

Editorial	Neues Jahr – neue Aufgaben	4
Gesundheitspolitik	Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision Abforderung medizinischer Unterlagen für den MDK	5 9
Aus der Kreisärztekammer	Jahresversammlung der KÄK Dresden 2016	10
Mitteilungen der SÄV	Beitragswerte 2017	12
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Kammerbeitrag 2017 Konzert und Ausstellungen	13 16
Medizinische Fachangestellte	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ Warum soll die Praxis eine Medizinische Fachangestellte ausbilden?	14 15
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	17
Originalie	Telemedizin in Sachsen Telemedizin in Sachsen – Anmerkungen zur Studie	19 24
Berufspolitik	CIRS-Fall	24
Leserbrief	Liebesleben und HIV/STI-Prävention	25
Personalia	Verdienstkreuz am Bande für Antje Möbius Jubilare im Februar 2017 Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander zum 70. Geburtstag Verstorbene Kammermitglieder Abgeschlossene Habilitationen	27 28 31 32 33
Tagungsbericht	Symposium „Bedarfsorientierte Versorgungsplanung“	34
Medizingeschichte	Samariter an der Via Regia in Sachsen – Teil 2	35
Kunst und Kultur	Lutz Bleidorn WaldLandschaft – Malerei. Zeichnung	37
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – März 2017 Jahresinhaltsverzeichnis 2016	
Beilage	Impfempfehlung E1 – ab 1. Januar 2017	



Ausbildungsberuf
„Medizinische Fachangestellte“
Seite 15



Liebesleben und
HIV/STI-Prävention
Seite 25



Ausstellung Lutz Bleidorn
Seite 37

© XtravaganT – Fotolia

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

Neues Jahr – neue Aufgaben

„Die Zeit verrinnt, die Spinne spinnt in heimlichen Geweben. Wenn heute Nacht das Jahr beginnt, beginnt ein neues Leben.“

Joachim Ringelnatz

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ganz so einfach, wie es sich Ringelnatz mit seinem Aphorismus machte, ist es ja wohl nicht. Zu viel meinen wir, in das neue Jahr mit hinein tragen zu müssen.

Und dennoch, jedes neue Jahr, jeder neuer Tag, ja jeder neue Moment ist doch eine Chance, Belastungen neu zu bewerten aber auch Freude und Glück zu teilen und sich selbst und den Blick auf die Umgebung neu auszurichten. Ein anderer Sinnspruch dazu von Herrmann Hesse lautet: „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne“. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein gesundes und glückliches neues Jahr.

Das Jahr 2016, wie auch die Jahre vorher, schienen immer schneller und rastloser zu vergehen. Immer unschärfer werden die Grenzen zwischen unserer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit, der Hinwendung zum Patienten, und den administrativen oder ökonomischen Belastungen unseres Berufsstandes. Wir befinden uns in einer Lage, die aus meiner Sicht noch nicht ganz aussichtslos ist, die jedoch viel Kraft und Anstrengung benötigt. Als Ärzte sind wir zuerst unserer Profession verpflichtet. Wir sollten uns daher den bürokratischen wie ökonomischen Zwängen nicht kampflös beugen. Andererseits gehört zur Professionalität auch Selbstdisziplin. Damit meine ich den Umgang mit Ressourcen und der ärztlichen Orientierung an der Indikation.

An zwei Beispielen möchte ich den Spagat für Ärzte wie für die ärztliche

Selbstverwaltung deutlich machen. Die im vergangenen Jahr prominent veröffentlichten Schriften, in denen zum Beispiel die Leopoldina zu mehr Ethik denn Ökonomie im Krankenhaus mahnt und die innerärztlichen Auseinandersetzungen in der Kassenerztlichen Bundesvereinigung, welche auch die Öffentlichkeit in einer Art und Weise erreicht haben, die unseres Berufsstandes nicht würdig sind. Der Gesetzgeber reagiert und reguliert mit zentralistischer Machtausweitung. Es stellt sich die Frage: Ist unser Berufsstand noch in der Lage sich selbst zu verwalten, den komplexen Fragen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, der Ethik zu begegnen? Mithin, ich glaube schon. Es ist nicht einfach, aber lösbar.

Wir leben in einer komplexen Gesellschaft in einem freiheitlichen System. Die Freiheit der Gemeinschaft ist jedoch nur durch Regeln für den Einzelnen gewährleistet. Freiheit ist mithin mit Rechten aber auch Pflichten verbunden. Die Demokratie ist das derzeit einzige politische Modell, wo Menschenrechte beachtet werden und Wohlstand gesichert wird. Die wirtschaftliche Entwicklung und die gesundheitliche Versorgung unseres Landes belegt dies trotz aller Probleme eindrücklich. Selbst im Vergleich zu anderen Ländern der EU geht es uns, wenn wir ganz ehrlich sind, sehr gut.

Diese positive Entwicklung darf natürlich nicht darüber hinweg täuschen, dass es gesellschaftliche wie soziale Probleme in Deutschland gibt. Sie wird es immer geben. Diese Probleme müssen aber auf der Grundlage des Rechtsstaates einer politischen Lösung zugeführt werden. Populismus, von welcher Seite auch immer, ist fehl am Platz. Jeder unzufriedene Bürger hat die verbrieft Möglichkeit, sich politisch zu artikulieren und zu engagieren. Der Griff zum Pflasterstein oder Gewalt jegli-



Erik Bodendieck

© SLÄK

cher Art, wenn auch nur verbal, gegen Mitbürger dagegen ist unserer Zivilgesellschaft nicht würdig. Mit dieser Gewalt begibt man sich auf das Niveau von Diktaturen.

2017 ist das Jahr der Bundestagswahl. Schon dadurch wird es ein spannendes Jahr, denn die Wahlergebnisse anderer Staaten könnten auf überraschende Ergebnisse hindeuten. Gesundheitspolitisch bleibt es ebenfalls spannend, denn die demografische Entwicklung, die Steigerung bei ärztlichen Leistungen und die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden uns auch in Zukunft vermutlich so einige Gesundheitsreformen bescheren. Den Stein des Weisen wird dabei niemand finden. Für uns Ärzte und unsere ärztliche Selbstverwaltung wird dabei genügend Arbeit abfallen, um die Interessen der Ärzte zum Wohle der Patienten und zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung auch weiterhin zu vertreten. Dazu sind der Vorstand und alle Gremien mit rund 1.000 ehrenamtlich tätigen sächsischen Ärzten gern bereit.

Erik Bodendieck
Präsident

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO)

Aktualisierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfempfehlung E 1 – ab 1. Januar 2017: Aktualisierungen bei Masern-Mumps-Röteln (MMR), Influenza, Hepatitis B und HPV

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) beschloss auf ihrer 47. Sitzung am 1. April 2016 und ihrer 48. Sitzung am 4. November 2016 folgende Aktualisierungen:

1. Termin der 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung

Deutschland hat sich zu den Zielen der WHO bekannt, die Eliminierung von Masern und Röteln in der WHO-Region Europa anzustreben und danach fortzuschreiben.

So formuliert der Nationale Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland als oberstes strategisches Ziel, die Masern und Röteln in Deutschland zu eliminieren. Hierzu sollen die Bevölkerung zum Thema Masern und Masernimpfung aufgeklärt und die Impfquoten für die Masern-Röteln-Standardimpfungen bei Kindern und Erwachsenen erhöht werden. Eines der messbaren Ziele, um Fortschritte bei der Eliminierung beurteilen zu können, ist: (siehe Infobox 1)

Nationaler Aktionsplan 2015 – 2020

Das Erreichen und Aufrechterhalten einer **Impfquote für die 2. MMR-Impfung, die gemäß Infektionsschutzgesetz bei der Schulaufnahmeuntersuchung erhoben wird, von über 95 Prozent.**

Infobox 1

Hierzu ist ein umfassendes und effektives Routine-Impfprogramm auf nationaler, regionaler (Landkreise) sowie lokaler (kommunaler) Ebene unabdingbar.

Die Impfung ist eine sichere und hochwirksame Prävention gegen

Masern und Röteln. Durch Erreichen einer Masern-Röteln-Impfquote mit zwei Impfungen von mindestens 95 Prozent ist es laut WHO möglich, eine endemische Virusübertragung in einem bestimmten geografischen Gebiet zu unterbrechen (= Elimination).

Während in Sachsen in den Jahren 2013, 2014 und 2015 bis zur Schulaufnahmeuntersuchung für die erste MMR-Impfung eine Impfquote von mehr als 96 Prozent erreicht wurde, so lag diese für die zweite MMR-Impfung noch deutlich darunter.

Die zweite MMR-Impfung hat neben dem Erreichen primärer Impfversager auch die Boosterung (Auffrischung des Impfschutzes) im Auge. Der Boostereffekt tritt nur bei längerem Abstand (Monate bis Jahre) ein. Dies ist auch für die Röteln- (bei Mädchen) und Mumpsimmunisierung (bei Jungen) von großer Wichtigkeit. Der Abstand der zweiten Rötelnimpfung zu einer Schwangerschaft (die gegenwärtig tendenziell immer später eintritt) wird bei Vorverlegen der 2. MMR-Impfung unnötig ausgedehnt. Mit der Empfehlung der 2. MMR-Impfung erst nach dem 2. Lebensjahr geht die SIKO weiterhin konform mit mehr als 80 Prozent der EU-Staaten (Empfehlung überwiegend mit 4 bis 6 Jahren oder noch später) sowie auch mit beispielsweise auf dem Gebiet der Infektionsprävention so bedeutenden Ländern wie den USA und Kanada (beide empfehlen die 2. MMR-Impfung im Alter von 4 bis 6 Jahren). Die Nutzung des Boostereffektes für

einen lang anhaltenden Impfeffekt durch größeren Abstand ist damit gewährleistet.

Durch die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut erfolgte eine Vorverlegung der 2. Masernimpfung in das 2. Lebensjahr im Jahr 2001 ohne wissenschaftliche Begründung nur mit dem Argument, dass sich damit die Impfraten erhöhen würden, da die kinderärztliche Betreuung im 2. Lebensjahr noch besser sei als im 4. bis 6. Lebensjahr. Häufig wird übersehen, dass bei Indikation (hohe Erkrankungszahlen, Masernexposition) auch in Sachsen die Applikation der 2. Impfung vorzuziehen ist (Mindestabstand zur 1. Impfung: 3 Monate).

Zum Erreichen des Zieles, die Impfquote (synonym Durchimpfungsrate, Impfquote) für die 2. MMR-Impfung bis zur Schulaufnahmeuntersuchung auf über 95 Prozent zu heben, hält die SIKO es nach erneuter eingehender Beratung auch mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz für sinnvoll und angezeigt, diese Impfung mit der Vorsorgeuntersuchung U8 zu verbinden, die im Zeitraum vom 46. bis zum 48. Lebensmonat stattfindet, also bereits gegen Ende des 4. Lebensjahres. Der Kind-Arzt-Kontakt zur U8 ist eine sehr wichtige Möglichkeit, den Impfschutz zu überprüfen und fehlende bzw. zeitlich anstehende Impfungen zu verabreichen.

Die zum 1. Januar 2016 ausgesprochene Empfehlung einer Verbindung des Termins der 2. MMR-Impfung

mit der Vorsorgeuntersuchung U9 (60. bis 64. Lebensmonat) wird aus folgenden Gründen nicht länger aufrechterhalten: (siehe Infobox 2)

Verlegung der 2. MMR-Impfung von der U9 zur U8 – Gründe

- Der verbleibende Zeitraum von der U9 zu Anfang des 6. Lebensjahres bis zur Schulaufnahmeuntersuchung ist, wenn die 2. MMR-Impfung zur U9 zwar angesprochen und empfohlen, aber nicht sofort appliziert wird, erfahrungsgemäß oftmals zu kurz, um bis zur Schulaufnahmeuntersuchung noch die angestrebte Impfrate von mindestens 95 Prozent zu erreichen.
- Nach einer Erhebung wurde eine zu geringe Inanspruchnahme der U9 von nur etwa 87 Prozent festgestellt.
- Beide Tatsachen stehen einer Verbesserung der Impfraten entgegen.

Infobox 2

Deshalb lautet in den SIKO-Empfehlungen ab 1. Januar 2017 die Empfehlung zum Lebensalter für die 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung: (siehe Infobox 3)

SIKO-Empfehlung 2017: Termin der 2. MMR-Impfung Um den 4. Geburtstag, frühestens zur U8 (46. bis 48. Lebensmonat), bis spätestens / oder zur Schulaufnahmeuntersuchung Masern, Mumps-Röteln (Kombinationsimpfstoff) Zweitimpfung.

Die zusätzliche Formulierung „Bei Indikation (Masernexposition) ist die 2. Impfung vorzuziehen (Mindestabstand zur 1. Impfung: 3 Monate)“ bleibt davon unberührt und somit bestehen.

Infobox 3

Die 2. MMR-Impfung soll auch weiterhin prioritär von den niedergelassenen Kinderärzten vorgenommen werden. Die Hausärzte und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), letzterer insbesondere zur Schließung von bis zur Schulaufnahmeuntersuchung noch bestehenden Impflücken, sind einzubeziehen. Sehr wichtig erscheint der SIKO auch aus diesem Grunde eine Stärkung des ÖGD.



© CandyBox Images 2012/J. M. Guyon

2. Influenza-Impfung – Tetravalente Impfstoffe

Die Sächsische Impfkommision beschloss auf ihrer 47. Sitzung eine Ergänzung zur Influenzaimpfung. Ab sofort lautet die Empfehlung (Ergänzung fett gedruckt): (siehe Infobox 4)

SIKO-Empfehlung 2017: Influenza-Impfung mit tetravalenten Impfstoffen

Jährliche Impfung, vorzugsweise im Herbst mit einem Impfstoff aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.

Aufgrund der breiteren Stammabdeckung bei Influenza B sollten tetravalente Impfstoffe bevorzugt angewendet werden.

Für jede Zielgruppe sollte der am besten geeignete Impfstoff ausgewählt werden.

Infobox 4

Da diese Ergänzung bereits im April 2016 beschlossen und seitdem in Vorträgen und Fortbildungen publiziert wurde, ist ihre Gültigkeit auch schon in der gegenwärtigen Influenzasaison 2016/2017 als gegeben zu betrachten.

Begründung:

Während vor dem Jahr 2001 für jeweils eine Reihe von Jahren immer nur eine Influenza-B-Linie zirkulierte (B-Victoria oder B-Yamagata), ist seit der Influenzasaison 2001/2002 eine Kozirkulation beider Influenza-B-Linien festzustellen. Deshalb kann es, wenn die auf Laborsurveillance beruhenden epidemiologischen Voraussagen zur Zirkulation der Influenza-B-Linien, die in die WHO-Empfehlungen zur Zusammensetzung der Influenza-Impfstoffe für jeweils die nächste Saison eingehen, nicht exakt zutreffen, zu einer Nicht-Übereinstimmung (sogenannter Mismatch) zwischen dem zirkulierenden und dem im Impfstoff enthaltenen Influenza-

enza-B-Stamm kommen. Die seit einigen Jahrzehnten angewendeten trivalenten Influenza-Impfstoffe enthalten neben den Antigenen zweier Influenza-A-Subtypen (A/H1N1 und A/H3N2) die Antigene nur einer Influenza-B-Linie (B-Victoria oder B-Yamagata). Bei Mismatch zwischen den zirkulierenden B-Stämmen und denen, gegen die die Impfstoffe gerichtet sind, resultiert daraus offensichtlich eine verminderte Wirksamkeit der Impfung bezogen auf Influenza B, da der nicht im Impfstoff enthaltene Stamm nicht automatisch durch Kreuzprotektion abgedeckt wird. Deshalb empfiehlt die WHO bereits seit 2012 den gleichzeitigen Einsatz von zwei B-Stämmen und somit die Herstellung und Applikation von tetravalenten Impfstoffen (A/H1N1, A/H3N2, B-Victoria und B-Yamagata).

Die zurückliegende Influenzasaison 2015/2016 verzeichnete in Deutschland und somit auch in Sachsen einen hohen Anteil von Influenza B an allen labordiagnostisch nachgewiesenen Influenzaerkrankungen: Deutschland 55 Prozent, Sachsen 62 Prozent. Bei den Influenza-B-Nachweisen war wiederum die Victoria-Linie, die im trivalenten (Ausschreibungs-) Impfstoff nicht enthalten war, zu 96 bzw. 98 Prozent vertreten (siehe Infobox 5).

Die SIKO ist sich bewusst, dass der bevorzugten fachlich begründeten (s. o.) Empfehlung von tetravalenten

Wirksamkeit der Influenza-Impfung

In der Influenzasaison 2015/2016 waren in Deutschland mehr als die Hälfte aller Influenzaerkrankungen durch B-Victoria, einen nicht im trivalenten, wohl aber im tetravalenten Impfstoff enthaltenen Virusstamm, bedingt. Die beschriebene Diskrepanz ist als wesentliche Ursache für die relativ geringe Wirksamkeit der Influenzaimpfung (Vakzineeffizienz) in der vergangenen Saison anzusehen.

Infobox 5

Impfstoffen auch in der aktuellen Saison bei der praktischen Umsetzung die Ausschreibungssituation bei den Grippeimpfstoffen entgegensteht. Neben dem Deutschen Hausärzterverband (Delegiertenversammlung am 22./23. September 2016 in Potsdam) fordert auch die Sächsische Landesärztekammer (55. Tagung der Kammerversammlung am 15. November 2016 in Dresden) die Krankenkassen auf, aufgrund der sich ständig verändernden zirkulierenden Influenzaviren zukünftig allen Versicherten tetravalenten Impfstoff anzubieten und die Kosten dafür zu übernehmen.

Gegenwärtig sind in Deutschland und Europa zwei tetravalente Influenza-Impfstoffe verfügbar, ein inaktivierter Injektionsimpfstoff (ab dem Alter von 3 Jahren) und ein attenuierter nasaler Lebendimpfstoff (Altersgruppe von 2 bis 17 Jahren).

3. Influenza-Impfung – Nasal zu applizierender Lebendimpfstoff

Die Sächsische Impfkommision schließt sich der Stellungnahme der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut vom 22. September 2016 (Epid. Bull. 39/2016) zur Anwendung von Influenza-Lebendimpfstoffen bei Kindern in der Saison 2016/2017 an: (siehe Infobox 6)

SIKO-Empfehlung 2017: Influenza-Impfung bei Kindern

Die Influenza-Impfung in der Altersgruppe von 2 bis 17 Jahren kann in der Saison 2016/2017 sowohl mit einem inaktivierten Injektionsimpfstoff (inactivated influenza vaccine, IIV) als auch mit dem attenuierten (abgeschwächten) nasalen Lebendimpfstoff (live attenuated influenza vaccine, LAIV) vorgenommen werden.

Infobox 6

Die bevorzugte Empfehlung für die Verwendung von LAIV in der Altersgruppe 2 bis 17 Jahre wird für die kommende Saison ausgesetzt und die diesbezügliche Formulierung „Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis einschließlich 17 Jahren sollte LAIV bevorzugt angewendet werden.“ für die Saison 2016/2017 aus der Impfeempfehlung E 1 auf den Seiten 6 und 20 gestrichen.

Begründung:

Die bevorzugte Empfehlung von LAIV beruhte auf einer Analyse von

randomisierten Vergleichsstudien von LAIV und IIV, in denen sich eine signifikant bessere Wirksamkeit des damals trivalenten LAIV im Vergleich zum trivalenten IIV bei Kindern im Alter von 2 bis 17 Jahren gezeigt hatte. Allerdings wurden diese Studien alle vor der Influenza-Pandemie 2009 durchgeführt, und der damals zirkulierende Subtyp A/H1N1 entspricht nicht dem seit 2009 zirkulierenden pandemischen Influenzavirus A/H1N1pdm2009. Daten aus den letzten Influenzasaisons weisen darauf hin, dass LAIV gegen das derzeit zirkulierende A/H1N1pdm2009 eine geringe Wirksamkeit besitzt.

In England, Kanada und Finnland erhobene Daten zeigten in der letzten Saison keine eindeutigen Effektivitätsunterschiede zwischen LAIV und IIV. Daher wird LAIV in der nächsten Saison weiterhin empfohlen. Eine plausible wissenschaftliche Erklärung für die reduzierte Wirksamkeit von LAIV gegen A/H1N1pdm2009 bzw. für die widersprüchlichen Ergebnisse aus einzelnen Ländern gibt es derzeit nicht.

Hinsichtlich der Effektivität von LAIV gegen Influenza A/H3N2 und B fanden sich in verschiedenen Studien teilweise widersprüchliche Ergebnisse, so dass derzeit kaum einschätzbar ist, ob einer der beiden Impfstofftypen (LAIV bzw. IIV) einen Wirksamkeitsvorteil gegenüber dem jeweils anderen bietet. In Bezug auf den Schutz vor Influenza-B-Viren muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass in Deutschland LAIV als quadrivalente (also mit zwei Influenza-B-Stämmen) Formulierung vertrieben wird, hingegen im Rahmen von Ausschreibungen üblicherweise nur trivalente IIV (mit einem Influenza-B-Stamm) berücksichtigt werden.

Auf Basis der seit kurzem verfügbaren aktuellen Daten kommen STIKO und SIKO zu dem Schluss, dass bei Kindern im Alter von 2 bis 17 Jahren eine Überlegenheit von LAIV gegenüber IIV derzeit nicht belegt ist und IIV und LAIV gleichwertig angewendet werden können.

Bei Vorliegen neuer Daten kann die Empfehlung wieder modifiziert werden.

4. In welchen Fällen besteht die Notwendigkeit einer Boosterung nach erfolgter Hepatitis-B-Grundimmunisierung?

SIKO-Empfehlung 2017: Boosterung nach Hepatitis-B-Impfung Nach erfolgreicher Impfung, das heißt Anti-HBs \geq 100 IE/l (bestimmt 4 bis 8 Wochen nach Abschluss der Grundimmunisierung), sind im Allgemeinen keine weiteren Auffrischimpfungen erforderlich.

Ausnahme:

- Patienten mit humoraler und/oder zellulärer Immundefizienz: jährliche Anti-HBs-Kontrolle, Auffrischimpfung, wenn Anti-HBs $<$ 100 IE/l).

Infobox 7

Die bisher in den Empfehlungen enthaltene weitere Ausnahme

- gegebenenfalls Personen mit besonders hohem individuellem Expositionsrisiko, zum Beispiel Rettungsdienste, Reinigungspersonal in Krankenhäusern, enger Kontakt zu HBs-Ag-positiven Personen in Familie, Wohn- und Lebensgemeinschaft, Sexualpartner von HBs-Ag-Trägern, Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung (Aufzählung nicht vollständig, individuelle Beurteilung erforderlich): Auffrischimpfung nach 10 Jahren.

wird von den Seiten 10 und 18 der E 1 ersatzlos gestrichen.

Die Studienlage wird von internationalen Kommissionen und Expertengremien als ausreichend dafür angesehen, nach erfolgreicher Grundimmunisierung (ohne weitere Auffrischimpfungen) von einem langjährigen oder sogar lebenslangen Schutz gegen Hepatitis B auszugehen. Es besteht keine Notwendigkeit für Auffrischimpfungen bei immunkompetenten Personen, wenn eine erfolgreiche (siehe oben im Empfehlungstext) vollständige Impfserie bei Beachtung der empfohlenen Impfabstände appliziert wurde. Das gilt auch für das Personal im Gesundheitswesen.

Auf die schon länger bestehende SIKO-Empfehlung zur Kontrolle des Impferfolges nach Indikationsimp-

fungen prä- oder postexpositionell (unabhängig vom Alter), bei allen Immunsupprimierten (unabhängig vom Alter) und bei allen Personen über 18 Jahre (auch nach der Standardimpfung!) sei hier nochmals hingewiesen. Nur eine nachgewiesenermaßen erfolgreiche Impfung bietet Schutz gegen eine akute oder chronische Hepatitis-B-Erkrankung!

Bei gegen Hepatitis B geimpften Personen mit neu aufgetretenem Hepatitis-B-Risiko und unbekanntem Anti-HBs (insbesondere nach Impfung im Säuglings- oder Kleinkindesalter, die in der Regel ohne anschließende Titerkontrolle durchgeführt wird) sollte eine weitere Impfstoffdosis gegeben werden mit anschließender serologischer Kontrolle (siehe oben). Die Empfehlungen zur postexpositionellen Hepatitis-B-Prophylaxe (Punkt 6.3.3 der E 1) bleiben davon unberührt.

5. Neuer HPV-Impfstoff

Bereits seit dem 1. Januar 2013 empfiehlt die SIKO die Impfung gegen Infektionen durch Humane Papillomviren (HPV) auch für Jungen und Männer. Wegen der insbesondere für diese Personen sehr wichtigen Wirkung gegen Genitalwarzen (Condylomata acuminata), die zu über 90 Prozent durch Infektionen mit HPV der Typen 6 und 11 hervorgerufen werden, enthielt die Impfeempfehlung für Jungen und Männer vom 10. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr bisher den Zusatz „mit tetravalentem Impfstoff“, da nur dieser Impfstoff im Unterschied zum bivalenten Impfstoff auch gegen die Typen 6 und 11 wirksam ist. Zurzeit wird der tetravalente Impfstoff (Typen 6, 11, 16 und 18) durch einen 9-valenten ersetzt. Dieser enthält Antigene von weiteren 5 HPV-Typen: 31, 33, 45, 52 und 58. Damit ist eine breitere Wirksamkeit gegeben. Da der 4-valente Impfstoff nach einer Übergangszeit von einigen Monaten nicht mehr verfügbar sein wird, wird der bisherige Zusatz (s. o.) ersetzt durch die Empfehlung „bevorzugt mit 9-valentem Impfstoff“ (siehe Infobox 8).

SIKO-Empfehlung 2017: HPV-Impfung

- Alle Mädchen und Frauen ab 10. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.
- Alle Jungen und Männer ab 10. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr (**bevorzugt mit 9-valentem Impfstoff**).

Infobox 8

Die Impfschemata für Jungen und Männer sind die gleichen wie für Mädchen und Frauen:

- Personen 15 Jahre oder älter zum Zeitpunkt der ersten Injektion:
3-Dosen-Schema: 0 – 2 – 6 Monate
- Personen 9 bis einschließlich 14 Jahre zum Zeitpunkt der ersten Injektion:
2-Dosen-Schema: 0 – (5-¹⁾) 6 Monate

Mit 4-valentem Impfstoff begonnene Impfserien können zwar mit 9-valentem Impfstoff fortgesetzt und abgeschlossen werden, dabei ist aber zu beachten, dass bei einer unvollständigen Impfserie mit 9-valentem Impfstoff

¹⁾ Bei Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist auch hier eine 3. Dosis erforderlich.

Abforderung medizinischer Unterlagen für den MDK

Gesetzlicher Hintergrund und Rahmenbedingungen

Th. Petzold¹, S. Antonioli¹

Zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit oder des Umfangs von Leistungen der Gesundheitsversorgung kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die Krankenkassen nach § 275 SGB V beauftragt werden. Für die Begutachtung des MDK ist häufig die Abforderung medizinischer Behandlungsunterlagen bei

¹ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen

stoff nicht auch mit einem ausreichenden Schutz gegen die 5 neu hinzugekommenen HPV-Typen gerechnet werden kann.

Hingewiesen sei auf die Empfehlung 6 der S3-Leitlinie zur Impfprävention HPV-assoziiertes Neoplasien (Stand: 12/2013): „Alle Jungen sollen ab dem 9. Lebensjahr, möglichst frühzeitig gegen HPV geimpft werden.“ und auf gleichlautende Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (DGU) aus dem Jahr 2016.

Harald zur Hausen, Nobelpreisträger Medizin 2008, plädiert seit langem nachdrücklich dafür, dass auch Jungen geimpft werden sollten: „Wenn wir wirklich die Viren in einem vorhersehbaren Zeitraum drastisch reduzieren und ausrotten wollen, können wir das nur, wenn beide Geschlechter geimpft werden.“ (27. Internationale Papillomaviruskonferenz 2011 in Berlin)

Die novellierte Impfempfehlung E 1 liegt als Sonderdruck dieser Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2017 bei. Sie wird außerdem auf den Homepages

- der Sächsischen Landesärztekammer:

verschiedenen Leistungserbringern erforderlich, um eine aussagekräftige und nachvollziehbare Informationsgrundlage sicherzustellen. Im Umgang mit diesen medizinischen Unterlagen ergeben sich aufgrund gesetzlicher Anforderungen ab dem 1. Januar 2017 Änderungen, über die in diesem Beitrag informiert wird.

www.slaek.de → Ärzte → Informationen / Leitlinien → Impfen

- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen:

www.ghuss.de → Sächsische Impfkommision veröffentlicht.

Die Sächsische Impfkommision begrüßt und unterstützt nach wie vor ausdrücklich den Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dass „zur Begrenzung der Regelungsvielfalt alle Krankenkassen ihren sächsischen Versicherten die SIKO-Empfehlungen zugestehen sollten“ (Sächsischer Impfgipfel der KV Sachsen am 19. Oktober 2015 in Dresden).

Siehe dazu auch www.kvs-sachsen.de → Mitglieder → Impfen → Gesamtübersicht Schutzimpfungen (PDF).

Hinweis: Nicht alle Kosten für Schutzimpfungen werden von allen Kassen automatisch übernommen.

Literatur beim Verfasser

Verfasser und Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
Elisabeth-Reichelt-Weg 35, 09116 Chemnitz
siko.beier@t-online.de
dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) wurde der Versand medizinischer Unterlagen zwischen Leistungserbringern und dem MDK neu geregelt. Der Krankenkasse des Versicherten sowie dem MDK ist es nach § 276 SGB V gestattet, Unterlagen für die Überprüfung der medizi-

nischen Notwendigkeit oder des Umfangs von Leistungen der Gesundheitsversorgung bei den Leistungserbringern abzufordern. Dazu erhält der Leistungserbringer eine Übersicht der benötigten medizinischen Unterlagen, einen Freiumschlag sowie den sogenannten Weiterleitungsbogen. Der Weiterleitungsbogen dient als Antwortschreiben an den MDK und enthält die Daten des Versicherten, die Daten des Leistungserbringers für eine eindeutige Identifikation sowie ein Freitextfeld für zusätzliche Hinweise. Zusammen mit dem Weiterleitungsbogen sind ausschließlich Kopien der abgeforderten Befunde an den MDK zu senden, da die eingehenden Dokumente digitalisiert und anschließend vernichtet werden. Durch die Nutzung des Weiterleitungsbogens fallen für Leistungserbringer keine Gebühren oder weitere Aufwände an, da das Vorgehen „Porto zahlt Empfänger“ (MDK) genutzt wird. Mit dem KHSG wurde vereinbart, dass im Rahmen dieses Verfahrens abgeforderte medizinische Unterlagen ausschließlich an den MDK und

nicht an die Krankenkasse zu senden sind.

Diesen Veränderungen Rechnung tragend, wird es zukünftig eine zentrale Postadresse des MDK Sachsen zur Vereinheitlichung der postalischen Erreichbarkeit und zur Standardisierung interner Prozesse geben. Die Entgegennahme der gesamten Post des MDK Sachsen erfolgt ab 1. Januar 2017 unter folgender Adresse:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V.

Postfach 11 41, 09116 Chemnitz.

Ausgenommen davon sind medizinische Unterlagen, die die Begutachtung von stationären Krankenhausaufenthalten betreffen. Diese Unterlagen sind von den Krankenhäusern weiterhin an die bekannten Adressen der Beratungs- und Begutachtungszentren des MDK Sachsen zu senden.

Zudem gibt es eine Sonderregelung für die Begutachtungsanlässe „Zahnmedizin“, „Regressfragen im Zusam-

menhang mit Unfällen und Berufskrankheiten“ und „Verdacht auf Behandlungsfehler“. Hier erfolgt der Unterlagenversand unverändert weiterhin an:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V.

Beratungs- und Begutachtungszentrum Leipzig, Eilenburger Straße 4, 04317 Leipzig.

Über weitere Veränderungen, die das Management und die Verarbeitung der eingehenden Post, die daraus resultierenden praktischen Konsequenzen sowie die konkreten Inhalte des Weiterleitungsbogens betreffen, werden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2017 informiert.

Korrespondierender Autor:

Dr. rer. medic. Thomas Petzold

Referent der Leitenden Ärztin

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

im Freistaat Sachsen e.V.

Am Schießhaus 1, 01067 Dresden

Thomas.Petzold@mdk-sachsen.de

Telefon 0351 4985515, Fax 0351 4985157

Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2016

Der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden lud am 3. November 2016 zur alljährlichen Mitgliederversammlung traditionell in das Deutsche Hygiene-Museum Dresden ein.

Einen der langjährigen Schwerpunkte der Kreiskammertätigkeit bildete erneut die Seniorenarbeit. Die quartalsweisen Treffen und der Jahresausflug, der uns in diesem Jahr Halle entdecken ließ, erfreuten sich anhaltend regen Zuspruchs. Die Geburtstageeinladungen zu den Jungen Matineen wurden von den Jubilaren sehr gut angenommen und sorgten stets für einen gut gefüllten Plenarsaal.

Der früher zum Teil erhebliche Schlichtungs- und Vermittlungsbedarf zwischen Patienten und Ärzten

bewegte sich auf nur noch minimalem Niveau. Dafür mussten erstmals mehrere innerärztliche Konflikte bearbeitet werden. Wir hoffen, dass dies nicht einen Trend für die Zukunft einleitet.

Besonderes Anliegen des Vorstands war, vor allem den ärztlichen Nach-

wuchs zu fördern. Das gelang mit wechselhaftem Erfolg, da sich zum Beispiel die kontinuierliche Arbeit mit und für Assistenzärzte als nicht ganz einfach gestaltete, andererseits die Kontakte insbesondere zu Medizinstudenten und PJlern sich erfreulich intensivierten.



Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich eröffnete die Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

© SLÄK

Das im Zuge des Flüchtlingsansturms 2015 sehr schnell entstandene kollegiale Netzwerk innerhalb der Ärzte- und Medizinstudentenschaft erwies sich auch im vergangenen Jahr als ein halt- und tragbares. Zum Beispiel ist die von nicht wenigen KÄK-Mitgliedern unterstützte Flüchtlingsambulanz nicht nur eine stabile Anlaufstelle für Hilfsbedürftige, sondern dient auch der studentischen Ausbildung und ärztlichen Fortbildung. Nicht zuletzt engagieren sich viele Dresdner Ärzte und Studierende auch außerhalb ihres medizinischen Umfelds für ein weltoffenes, tolerantes Dresden, eine Haltung, die sowohl vom alten als auch neuen Vorstand klar eingenommen wird. Der elektronische Kommunikationsweg innerhalb der KÄK Dresden ist inzwischen der am häufigsten genutzte und auch für früher wenig netzaffine ältere Kollegen selbstverständlich. Termine, Kontakte und Informationen werden regelmäßig unter www.kreisaerztekammer-dresden.de angeboten. Inwiefern auch andere soziale Netzwerke in Zukunft genutzt werden, wird diskutiert und im Rahmen der Sächsischen Landesärztekammer geprüft.

2016 beging die Kreisärztekammer Dresden ihr 25-jähriges Gründungsjubiläum und feierte dies mit einer wunderbaren Ärztegala im Schloss Albrechtsberg. Erstmals gestalteten Ärzte und Medizinstudierende große Teile des Programms. So verschönten die „Triologinnen“ musikalisch den Empfang, Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud fasste in einem erheiternden Multi-Media-Vortrag die vergangenen 25 Jahre zusammen und die Medizinerformation „Big Band Therapy“ lockte nicht nur die Ballbesucher aufs Tanzparkett, sondern neues junges Publikum zum Fest. Eine mitternächtliche Auktion erbrachte eine erfreuliche Summe, die dem Erhalt der Schmorlschen Sammlungen des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt zugutekam. Nach diesem Erfolg ist am 29. April 2017 eine Fortsetzung geplant – erneut mit dem Konzept, das künstlerische Potenzial der Dresdner Mediziner zu entfalten.

Den wichtigsten Tagesordnungspunkt der diesjährigen Versammlung bildete die Wahl des neuen Kreiskammervorstands, die nach Tätigkeits- und Finanzbericht zügig durchgeführt wurde. Da mehrere Vorstandsmitglieder nicht erneut antraten, zeichnete sich in diesem Jahr eine Neuorientierung im Vorstand ab. Die bisherige Vorsitzende und ihr Stellvertreter wurden wie die „gestandenen“ Vorstandsmitglieder Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann und Prof. Dr. med. habil. Gunter Haroske mit großer Stimmenmehrheit in ihren Ämtern bestätigt. Neu in den Vorstand gewählt wurden Dr. med. Ute Lewitzka (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinikum), Dr. med. Maik Sauer (Arzt in Weiterbildung), der insbesondere die Belange der Dresdner Assistenzärzte vertreten wird und Frank Schmidt, FA für Allgemeinmedizin.

Während der Stimmauszählung lud das Deutsche Hygiene-Museum Dresden mit seiner abendlichen Sonderöffnung zum Besuch der überaus aktuellen Sonderausstellung „Sprache. Welt der Worte, Zeichen, Gesten“ ein.

Dem alten Vorstand sei hiermit für das Engagement in der vergangenen Wahlperiode ganz herzlich gedankt. Ursula Riedel, der verlässlichen langjährigen Organisatorin danken wir für die großartige Arbeit, ebenso Franziska Rasche, die seit März 2016 das KÄK-Sekretariat übernommen hat. Dem neuen Vorstand seien Kreativität, Durchsetzungsvermögen, Freude und die Fortsetzung der erfolgreichen Arbeit der vorhergehenden Jahre gewünscht!

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Beitragswerte 2017

SEPA-Lastschriftverfahren 2017

Für Mitglieder, die mit der Sächsischen Ärzteversorgung das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschritteinzug 2017 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde. Die SEPA-Lastschriften haben ein festes Fälligkeitsdatum, an dem die Kontobelastung erfolgt.

Monatlicher Lastschritteinzug

Januar	31.01.2017
Februar	28.02.2017
März	31.03.2017
April	28.04.2017
Mai	31.05.2017
Juni	30.06.2017
Juli	31.07.2017
August	31.08.2017
September	29.09.2017
Oktober	30.10.2017
November	30.11.2017
Dezember	29.12.2017

Quartalsweiser Lastschritteinzug

I. Quartal	31.03.2017
II. Quartal	30.06.2017
III. Quartal	29.09.2017
IV. Quartal	29.12.2017

Möchten Sie der Sächsischen Ärzteversorgung eine Einzugsermächtigung erteilen, verwenden Sie bitte das SEPA-Lastschriftformular, welches Sie unter www.saev.de (Bereich Download) finden.

Beim Lastschriftverfahren kennzeichnet die Gläubiger-Identifikationsnummer den Zahlungsempfänger und erscheint als Verwendungszweck auf Ihrem Kontoauszug. Die Gläubiger-ID der Sächsischen Ärzteversorgung lautet: **DE31ZZZ01000013830146**. Die Mandatsreferenz dient in Kombination mit der Gläubiger-ID der eindeutigen Identifizierung der zugrunde liegenden Einzugsermächtigung. Sie setzt sich zusammen aus der Mitgliedsnummer und einem Großbuchstaben, beginnend mit „A“.

Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, die **freiwillige Mehrzahlungen** leisten möchten und bereits das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart haben, informieren die Mitarbeiter der Mitgliederbetreuung bitte **rechtzeitig** schriftlich über die gewünschte Höhe der freiwilligen Mehrzahlungen, damit der Lastschritteinzug wunschgemäß erfolgen kann. Die Zahlung muss bis zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres auf dem Beitragskonto eingegangen sein.

Zahlung von Versorgungsleistungen 2017

Die Zahlung der Versorgungsleistungen erfolgt ausschließlich bargeldlos durch Überweisung auf das Konto des Ruhegeldempfängers und wird immer zum Monatsanfang für den

laufenden Monat angewiesen. Der tatsächliche Zahlungseingang auf dem Konto des Leistungsempfängers variiert auf Grund unterschiedlicher Verrechnungswege der einzelnen Kreditinstitute.

Rentenzahltermine 2017

I. Quartal	2. Januar, 1. Februar, 1. März
II. Quartal	3. April, 2. Mai, 1. Juni
III. Quartal	3. Juli, 1. August, 1. September
IV. Quartal	2. Oktober, 1. November, 1. Dezember

Der Nachweis über die im Jahr 2016 gezahlten Versorgungsleistungen wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2017 zugesandt.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Beitragsätze und Bemessungsgrenzen 2017

I. Rentenversicherung

Beitragsatz für alle

Bundesländer ab 01.01.2017: 18,70 %

Arbeitgeberanteil: 9,35 %

Arbeitnehmeranteil: 9,35 %

Beitragsbemessungsgrenze:	neue Bundesländer	alte Bundesländer
gültig ab 01.01.2017	5.700,00 EUR/Monat	6.350,00 EUR/Monat
	68.400,00 EUR/Jahr	76.200,00 EUR/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Regelbeitrag	1.065,90 EUR/Monat	1.187,45 EUR/Monat
	3.197,70 EUR/Quartal	3.562,35 EUR/Quartal
2) Mindestbeitrag	106,59 EUR/Monat	118,75 EUR/Monat
	319,77 EUR/Quartal	356,25 EUR/Quartal
3) halber Mindestbeitrag	53,30 EUR/Monat	59,38 EUR/Monat
4) Einzahlungshöchstgrenze*	31.977,00 EUR/Jahr	35.623,50 EUR/Jahr

*Für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 21 SSÄV)

Der Nachweis über die im Jahr 2016 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2017 zugesandt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

alle Bundesländer

1) Beitragssatz ab 01.01.2017

14,60 %

2) Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

1,10 %*

3) Beitragsbemessungsgrenze

4.350,00 EUR/Monat

* Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine Richtgröße für die Krankenkassen bei der Festlegung ihrer individuellen Zusatzbeitragsätze.

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz ab 01.01.2017

2,55 %

2) Beitragssatz für Kinderlose

2,80 %

3) Beitragsbemessungsgrenze

4.350,00 EUR/Monat

Kammerbeitrag 2017

Selbsteinstufung über das Mitgliederportal der Sächsischen Landesärztekammer und Geld sparen!

Zeitsparend – Kostengünstig – Unbürokratisch

Die für das Beitragsjahr 2017 geltenden Neuregelungen der Beitragsordnung sehen eine finanzielle Entlastung der Kammermitglieder und Vereinfachungen bei der Veranlagung vor. Näheres können Sie dem Bericht über die Kammerversammlung im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 12/2016 entnehmen.

Folgende Änderungen gelten ab dem Beitragsjahr 2017:

- Senkung des Kammerbeitragsatzes von 0,50 Prozent auf 0,48 Prozent,
- Einführung neuer Befreiungstatbestände für
 - BU-/EU-Rentner (bisher Mindestbeitrag)
 - Berufsanfänger und Ärzte aus dem Ausland, die erstmalig in Deutschland tätig werden, im ersten Beitragsjahr,
- Abrundung bei prozentualer oder anteiliger Berechnung auf den vollen Eurobetrag,
- Erhöhung des Höchstbeitrages von 2.500 Euro auf 3.500 Euro,
- eine 3-prozentige Ermäßigung bei rechtzeitiger Einstufung über das Mitgliederportal mit Hochladen der vollständigen Nachweise und vorliegendem gültigen SEPA-Lastschriftmandat.

Insgesamt erfolgt eine finanzielle Entlastung der Kammermitglieder um jährlich ca. 400.000 Euro.

Ab dem Beitragsjahr 2017 wird die eAkte im Referat Beitragswesen eingeführt und damit auf eine komplett digitale Bearbeitung umgestellt. Das erfordert, sämtliche von Ihnen übersandte Papierdokumente zu scannen. Um Ihnen und uns die Arbeit zu erleichtern, bieten wir einerseits die Möglichkeit, die Dokumente per E-Mail auf beitragswesen@slaek.de zu übersenden.

Andererseits, und das ist für alle die weitaus attraktivere Möglichkeit, wird das Mitgliederportal der Sächsischen Landesärztekammer ab 2017 um das Modul Beitragsveranlagung ergänzt.

Sie erhalten auf das Mitgliederportal Zugriff über <https://portal.slaek.de> oder klicken auf der Website der Kammer auf den Button „Meine SLÄK“.

Folgende Sachverhalte können Sie dort rechtssicher und geschützt online erledigen:

1. Beitragsveranlagung
Hier können sich alle beitragspflichtigen Mitglieder zum Kammerbeitrag einstufen, vergleichbar mit dem Ausfüllen des farbigen Selbsteinstufungsbogens. **Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass sich bei einer rechtzeitigen Selbsteinstufung über das Mitgliederportal bis 1. März des Beitragsjahres mit allen notwendigen Nachweisen sowie einem der Kammer vorliegenden gültigen SEPA-Lastschriftmandat der Kammerbeitrag um 3 Prozent verringert.**
2. Antrag auf Fristverlängerung
3. Bankverbindung ändern/SEPA-Lastschriftmandat erteilen
Ein SEPA-Lastschriftmandat bis auf Widerruf können Sie uns jederzeit erteilen, unabhängig von einer Selbsteinstufung und dem Beitragsjahr. Möchten Sie die 3-prozentige Ermäßigung in Anspruch nehmen, muss uns das unterschriebene und per Post übersandte Mandat rechtzeitig vorliegen.
4. Postfach
5. Beitragskonto
6. Nachweise hochladen

7. Veranlagung durch Steuerberater
Sollten Sie eine Bestätigung des Steuerberaters über Ihre Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit benötigen, können Sie das hinterlegte Formular nutzen, an den Steuerberater per E-Mail oder Post senden und dann ausgefüllt im Portal hochladen.
8. Beitragsordnung/FAQ
9. Einverständniserklärung
Hier können Sie entscheiden, ob wir Ihnen im nächsten Jahr die kompletten Beitragsunterlagen zusenden sollen oder ein Anschreiben ausreichend ist, in welchem wir an die Beitragsveranlagung erinnern.
10. Ansprechpartner Beitragswesen.

Wenn Sie dem Referat Beitragswesen zusätzliche Informationen übermitteln wollen oder spezielle Fragen haben, können Sie diese rechtssicher und geschützt über den Button „Mitteilungen“ übersenden.

Mit den Beitragsunterlagen 2017 erhalten Sie zusätzlich sehr ausführliche Hinweise zur Nutzung des Mitgliederportals für die Veranlagung zum Kammerbeitrag.

Sobald Sie die Funktionalität Beitragsveranlagung nutzen, wird die für Sie zuständige Ansprechpartnerin im Beitragswesen mit Telefonnummer eingeblendet und Ihnen bei Fragen gern weiterhelfen. Bitte haben Sie Verständnis, dass es in den ersten Monaten des Jahres auch zu Wartezeiten kommen kann, da für ca. 19.000 beitragspflichtige Kammermitglieder vier Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen.

Dankbar sind wir für alle Hinweise zur Verbesserung des Mitgliederportals.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Mittwoch, dem 12. April 2017, 9.00 – 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch. Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von ca. Anfang Mai bis Mitte Juni 2017.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 12. April 2017 können regulär Auszubildende und Umschüler, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2017 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler (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).

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 Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin oder der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag der Auszubildenden und des Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2017,

- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

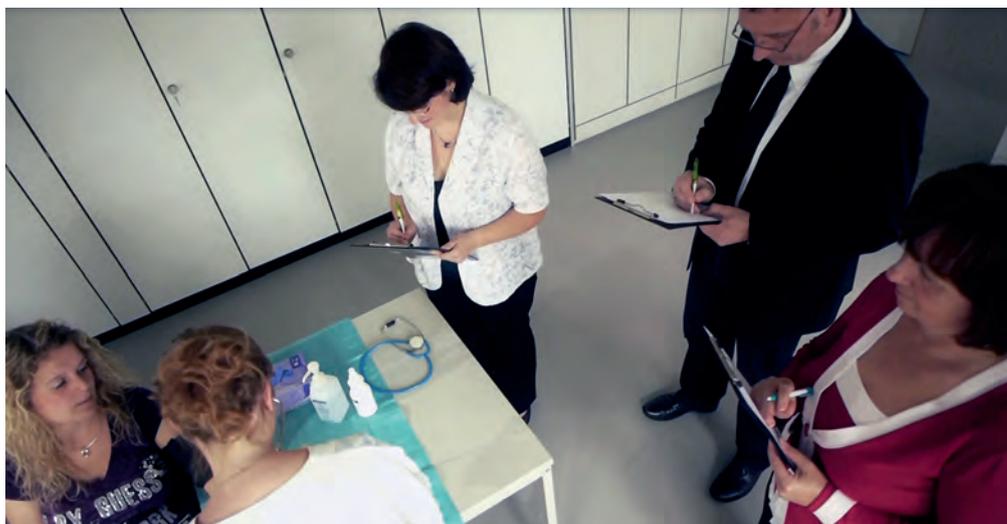
IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldeunterlagen zur Abschlussprüfung gehen den auszubildenden Ärzten oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) den Prüflingen von der Sächsischen Landesärztekammer rechtzeitig zu.

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 24. Februar 2017** 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 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 8267170/171/173/169 zur Verfügung.



MFA-Prüfungssituation

© SLÄK

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Warum soll die Praxis eine Medizinische Fachangestellte ausbilden?

Schon heute sind qualifizierte Fachkräfte schwer zu bekommen. Wer ausbildet, bereitet Nachwuchs gezielt auf die Aufgaben im Unternehmen vor. Ausbildung ist ein wichtiger Weg, die qualifizierten Mitarbeiter von morgen schon heute an das Unternehmen zu binden.

Manchmal ist es schwierig, passendes Personal zu finden. Bereits heute kommt es zu Fachkräftengapsen in einigen Regionen. Diese Situation dürfte sich weiter verschärfen.

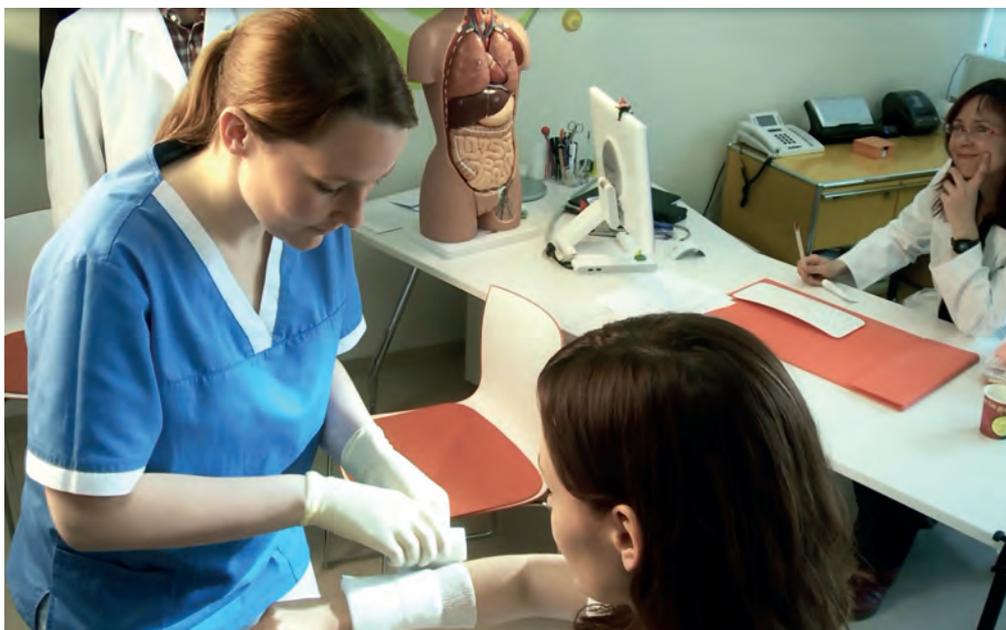
Die zukünftige Versorgungsproblematik schafft auch eine Konkurrenzsituation zu anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen, wie Pflegepersonal etc. – ein Wettbewerb um die Fachkräfte mit den besten Voraussetzungen.

Der Mangel an Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist auch darauf zurückzuführen, dass nur ca. 500 sächsische Arztpraxen ausbilden. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, müssen mehr Arztpraxen Medizinische Fachangestellte ausbilden. Nur so kann der medizinische Nachwuchs langfristig gesichert werden.

Indem Sie selbst ausbilden, sind Sie weniger auf den externen Arbeitsmarkt angewiesen. So können Sie mittelfristig trotz zunehmender Auswirkungen des demografischen Wandels Ihren Fachkräftebedarf decken.

Was bringt eine duale Berufsausbildung? Die Vorteile auf einen Blick:

- **Nachwuchs nach Maß für den eigenen Bedarf**
Lernen am Arbeitsplatz wird immer wichtiger, nicht nur für Auszubildende. Die Chance, gut ausgebildete Fachkräfte am Markt zu finden, die genau auf die Bedingungen in der Praxis vorbereitet sind, wird immer geringer. Nur die Ausbildung in der Praxis erlaubt bei vertretbaren Kosten die gezielte Vorbereitung auf den eigenen Bedarf.
- **Produktivität von Auszubildenden nutzen**
Sie können die Talente von Auszubildenden nicht erst nach, sondern schon während der Ausbildung nutzen. In vielen Fällen erwirtschaften Auszubildende mehr Erträge, als sie Kosten verursachen.
- **Zugriff auf qualifizierte Fachkräfte sicherstellen**
Schon heute sind qualifizierte Fachkräfte schwer zu bekommen. Wer ausbildet, bereitet Nachwuchs sehr gezielt auf die Aufgaben im Unternehmen vor. Gerade in Krisenzeiten ist verstärkte Ausbildung ein wichtiger Weg, die qualifizierten Mitarbeiter von morgen schon heute bei geringen Kosten an das Unternehmen zu binden.
- **Weniger Kosten für Integration von Fachkräften**
Fertig ausgebildete Fachkräfte zu suchen, einzuarbeiten und zu qualifizieren ist teuer und aufwändig. Wer selbst ausbildet, spart sich diese Kosten. Die Rekrutierung einer geeigneten Auszubildenden ist deutlich günstiger.
- **Weniger Fehlbesetzungen**
Sie lernen die Auszubildende während der dreijährigen Ausbildung genau kennen: Zeit genug, Motivation und Eignung zu überprüfen. Teure Fehlbesetzungen sind deutlich seltener als bei Einstellung externer Fachkräfte.
- **Kostenvorteile durch höhere Mitarbeiterbindung**
Gute Betreuung während der Ausbildung erzeugt Identifikation. Der Nutzen für die Praxis ist eine geringere Fluktuation.
- **Imagevorteile**
Der Ruf als Ausbildungspraxis verbessert Ihr Image. Diese Imagekomponente wird künftig immer wichtiger, denn die Zahl der geeigneten Bewerber wird sich weiter verringern.
- **Ausbildungsplatzabgabe vermeiden helfen**
Für das gemeinsame Ziel, neue Ausbildungsplätze zu schaffen, übernehmen alle Vertragspartner die Verantwortung. Damit Jugendliche eine Chance für den Einstieg in die berufliche Ausbildung bekommen, ist Engagement der Unternehmen vor Ort nötig. Unternehmen, die jetzt neue Lehrstellen und Einstiegsqualifizierungen anbieten, helfen, teure bildungspolitische Experimente zu verhindern.



Praktische Ausbildung einer Medizinischen Fachangestellten

© SLÄK

Was sollten Sie sicherstellen?

Die rechtliche Grundlage für die Ausbildung MFA bildet das Berufsbildungsgesetz (BBiG). Bevor Sie die Ausbildungstätigkeit beginnen, müssen verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen erfüllt und sichergestellt werden.

Wer als Arzt approbiert ist, darf im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte ausbilden. Die im Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene persönliche und fachliche Eignung der Auszubildenden wird dem Arzt grundsätzlich zugesprochen.

Die Ausbildungsstätte muss nach Art und Einrichtung für die Ausbildung geeignet sein. Eine Ausbildungsstätte, in der die erforderlichen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten nach der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten nicht in vollem Umfang vermittelt werden können, gilt als geeignet, wenn diese durch Ausbildungsinhalte außerhalb der Ausbildungsstätte vermittelt werden. So können Lücken in der Ausbildung, die sich durch die Spezifik der Fachrichtung (zum Beispiel in der Augenheilkunde oder Gynäkologie) ergeben, durch Praktika in anderen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie) geschlossen werden.

Die Zahl der Auszubildenden muss in einem angemessenen Verhältnis zur

Zahl der beschäftigten Fachkräfte stehen (ein Arzt, eine Fachkraft – jeweils in Vollzeit beschäftigt, eine Auszubildende). Als Fachkräfte werden Personen mit dem Berufsabschluss Medizinische Fachangestellte (Arzthelferin) oder Gesundheits- und Krankenpflegerin (Krankenschwester) angesehen.

Wann beginnt die Ausbildung?

Stichtag für den Ausbildungsbeginn ist der 1. August eines jeden Jahres. Ein Ausbildungsbeginn nach dem 1. September kann eine Prüfungsverzögerung von einem halben Jahr zur Folge haben.

Wie hoch ist die Ausbildungsvergütung?

Die Ausbildungsvergütung beträgt

- 1. Ausbildungsjahr (brutto) 730,00 Euro
- 2. Ausbildungsjahr (brutto) 770,00 Euro
- 3. Ausbildungsjahr (brutto) 820,00 Euro

Welcher Schulabschluss ist für die Berufsausbildung Voraussetzung?

Für den Start in eine Berufsausbildung ist grundsätzlich kein formaler Bildungsabschluss erforderlich. Sie sind also bei der Auswahl Ihrer zukünftigen Auszubildenden nicht auf Jugendliche mit bestimmten Schulabschlüssen beschränkt.

Allerdings sind gerade in der letzten Zeit der Anspruch und das Niveau an diese Berufsgruppe deutlich gestiegen. Arzterleichternde und arztunterstützende Leistungen setzen ein hohes Maß an Wissen voraus.

Demgegenüber ist die Zahl der Bewerber um einen Ausbildungsplatz in den letzten Jahren deutlich gesunken. Dies erschwert die Suche nach einer geeigneten Auszubildenden. Viele Bewerber scheitern an Mängeln in ihrem Auftreten, der Rechtschreibung, dem Allgemeinwissen und falschen Vorstellungen vom Berufsbild einer Medizinischen Fachangestellten.

Beginnen Sie deshalb mit der Suche nach einer Auszubildenden frühzeitig, möglichst schon jetzt. So verbleibt ausreichend Zeit für eine sorgsame Prüfung bis zur Einstellung.

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie weiterführende Informationen? Wir stehen Ihnen gern unter Tel.: 0351 8267170 /171 /173 /169 zur Verfügung.

Marina Hartmann

Leitende Sachbearbeiterin

Referat Medizinische Fachangestellte

Konzert und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Tina Wohlfarth
Antlitz – Grafische Arbeiten
bis 22. Januar 2017

Lutz Bleidorn
WaldLandschaft – Malerei, Zeichnung
26. Januar bis 23. April 2017
Vernissage: Donnerstag,
26. Januar 2017, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,
freie Kulturjournalistin, Dresden

Programmorschau

2. April 2017, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Die französische Natur“
Studierende der Liedklasse der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden entführen die Konzertbesucher mit Liedern über Schmetterlinge, Bestien und seltsame Vögel, u. a. von Gabriel Fauré, Claude Debussy, Maurice Ravel, Francis Poulanc, in eine fantastische Welt der Natur.
Künstlerische Leitung: Vincent Borrits

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. Versorgungsebenen sind der Inter-

netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:

www.kvsachsen.de → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/C001	Augenheilkunde (häftiger Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	24.01.2017
17/C002	Neurologie und Psychiatrie	Chemnitz, Stadt	24.01.2017
17/C003	Urologie / ZB: Medikamentöse Tumorthherapie	Stollberg	24.01.2017
17/C004	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Aue-Schwarzenberg	24.01.2017
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
17/C005	Anästhesiologie / ZB: Notfallmedizin	Südsachsen	24.01.2017
17/C006	Innere Medizin	Chemnitz, Stadt	24.01.2017
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
17/C007	Pathologie (häftiger Vertragsarztsitz innerhalb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	24.01.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/D001	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.01.2017
17/D002	Kinder- und Jugendmedizin	Löbau-Zittau	24.01.2017
17/D003	Neurologie und Psychiatrie	Sächsische Schweiz	24.01.2017
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
17/D004	Innere Medizin / Kardiologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz	24.01.2017
17/D005	Innere Medizin / Kardiologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz	24.01.2017
17/D006	Anästhesiologie	Oberes Elbtal/ Osterzgebirge	24.01.2017
17/D007	Anästhesiologie	Oberlausitz- Niederschlesien	24.01.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/L001	Neurologie und Psychiatrie	Muldentalkreis	24.01.2017

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 Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Pirna	Abgabe: 01.03.2017
Allgemeinmedizin*)	Pirna Ort: Kurort Gohrisch	Abgabe: ab II/2017
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Innere Medizin*) Diabetologische Schwerpunktpraxis	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Hirschfelde	Abgabe: ab Juli 2017
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2017/2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018

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

Anzeige

SÄCHSISCHE FÖRDERMÖGLICHKEITEN

FÜR MEDIZINSTUDIERENDE ← → FÜR ÄRZTE

WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

Telemedizin in Sachsen

Eine Bestandsaufnahme zu Einsatz, Bedarfen und Barrieren aus der Sicht von Ärzten und Klinikleitungen

M. Scheibe^{1,2,*}, K. Arnold^{1,2,*}, S. RöBing², J. Schmitt¹

Zusammenfassung

Die medizinische Versorgung wird zunehmend durch telemedizinische Anwendungen ergänzt. Für Sachsen existiert bisher keine landesweite Erhebung zur Nutzung und dem Bedarf an Telemedizin. Daher wurde 2015 erstmalig eine Inanspruchnahme- und Bedarfsanalyse unter sächsischen Ärzten, Klinikleitungen und Krankenkassenvertretern durchgeführt.

Die vorliegende Erhebung bietet eine differenzierte Bestandsaufnahme der Telemedizin-Landschaft in Sachsen aus dem Blickwinkel der Leistungserbringer und Kostenträger (letztere Perspektive separat berichtet, verfügbar auf Nachfrage bei den Autoren). Mit der Abbildung dieser Nachfrager-Perspektive bildet sie ein wichtiges Gegengewicht zur „Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementation“ von Telemedizin-Anwendungen, die durch die Bundesärztekammer bemängelt wird, und liefert damit wichtige Ergebnisse für eine bedarfs- und nutzerorientierte Weiterentwicklung der sächsischen Telemedizin-Landschaft.

Hintergrund

Telemedizinische Anwendungen sind in Deutschland aktuell in sehr unterschiedlichem Maße etabliert. In einigen Teilbereichen, wie beispielsweise der Radiologie, sind sie bereits weit

verbreitet, in anderen Bereichen hingegen befinden sie sich noch in der Modellphase [8, 6, 5]. An überblicksartigen Erhebungen zur Inanspruchnahme und zum Bedarf an Telemedizin (TM) sowie zu den Nutzungsmotiven und -barrieren mangelt es aktuell. Insbesondere für den Freistaat Sachsen hat eine solche Bestandsaufnahme bisher nicht stattgefunden.

Zwischen März 2014 und Juni 2015 wurde das Telemedizin-Projekt „CCS Telehealth Ostsachsen“ aus dem Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) der Europäischen Union sowie aus Landesmitteln des Freistaates Sachsen gefördert und von Carus Consilium Sachsen und T-Systems International durchgeführt. Im Rahmen der medizinischen Qualitätssicherung / Evaluation des Projektes wurde eine Bedarfs- und Inanspruchnahmeanalyse zu telemedizinischen Versorgungsangeboten in Sachsen durchgeführt. Unter Telemedizin wurde sowohl der gegenseitige Austausch medizinischer Daten zwischen medizinischem Fachpersonal untereinander (vereinfachend bezeichnet als „Arzt-zu-Arzt“) als auch zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten (vereinfachend bezeichnet als „Arzt-zu-Patient“) unter Überbrückung einer zeitlichen bzw. räumlichen Distanz mit Hilfe moderner Telekommunikation verstanden. Ziel war es, aus der Perspektive der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens (ambulant und stationär praktizierende Ärzte, ärztliche und kaufmännische Klinikleitungen, Krankenkassenvertreter) folgende Themen zu untersuchen:

- aktueller und geplanter Einsatz von Telemedizin-Anwendungen
- ungedeckter Bedarf an Telemedizin-Anwendungen
- einsatzfördernde und -hemmende Faktoren.

Der vorliegende Artikel fokussiert auf die Darstellung der quantitativen Erhebung unter sächsischen Ärzten und Klinikleitungen. Die Methodik und Ergebnisse der qualitativen Erhebung unter Krankenkassenvertretern können im Abschlussbericht zum Projekt CCS Telehealth Ostsachsen, verfügbar auf Nachfrage bei den Autoren, eingesehen werden.

Methodik

Ärzte

Es wurde mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer eine für Sachsen repräsentative Stichprobe von 700 Ärzten ausgewählt und mit einem teilstandardisierten Fragebogen angeschrieben (siehe S. 23).

Klinikleitungsebene

Aufgrund der überschaubaren Klinikanzahl (N = 85) wurde diese Befragung als Vollerhebung konzipiert. Ziel war, pro sächsischem Krankenhaus einen Vertreter der ärztlichen sowie einen Vertreter der kaufmännischen Leitung zu befragen (N = 170).

Die erste Befragungswelle von Ärzten und Klinikleitungen fand zeitgleich im März 2015 statt, Mitte April 2015 wurde eine Nachfassaktion durchgeführt. Der Fragebogen für die Klinikleitungen adressierte die gleichen Themen wie der Ärztefragebogen.

Ergebnisse

Aufgrund des Umfangs und der Komplexität der Ergebnisse werden im Folgenden nur die wesentlichsten Resultate präsentiert. Weitere Ergebnisse sind auf Nachfrage bei den Autoren erhältlich.

Rücklauf und Soziodemografie

Ärzte

Es wurde eine Rücklaufquote von 26,0 Prozent erzielt. Die Verteilung der Befragungsteilnehmer auf die einzelnen Landkreise entsprach in hohem Maße der Verteilung in der Grundgesamtheit.

An der Befragung haben sich zu 53,6 Prozent Frauen und zu 46,4 Prozent Männer beteiligt. 45,1 Prozent der befragten Ärzte waren ambulant tätig, 54,9 Prozent stationär. Hiervon arbeitete die Mehrheit (52,0 Prozent) in einem Krankenhaus der Regelversorgung. Hausärzte waren mit einem Anteil von 21,6 Prozent vertreten. Am häufigsten stammten die Befragten aus den Fachbereichen Innere Medizin (16,8 Prozent), Allgemeinmedizin und Chirurgie/Orthopädie (jeweils 16,2 Prozent).

¹ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² Carus Consilium Sachsen GmbH (CCS), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

* Geteilte Erstautorenschaft

Tab. 1: Aktueller Einsatz telemedizinischer Anwendungen differenziert nach Fachgebieten (Ärzte und Leitungsebene) (Mehrfachnennungen möglich)

Ärzte		Leitungsebene	
Fachgebiet	Anteil in % (n) n = 139	Fachgebiet	Anteil in % (n) n = 121
Radiologie	19,5 (27)	Radiologie	24,0 (29)
Neurologie	13,7 (19)	Neurologie	21,5 (26)
Chirurgie/Orthopädie	13,7 (19)	Chirurgie/Orthopädie	9,9 (12)
Kardiologie	11,5 (16)	Onkologie	9,9 (12)
Sonstiges	8,6 (12)	Kardiologie	9,1 (11)
Onkologie	5,8 (8)	Fachübergreifend	9,1 (11)
Fachübergreifend	5,0 (7)	Sonstiges	6,4 (8)
Pathologie	4,3 (6)	Allgemeinmedizin	2,5 (3)
Gynäkologie	3,6 (5)	Gynäkologie	2,5 (3)
Pneumologie/Pulmologie	3,6 (5)	Pathologie	1,7 (2)
Allgemeinmedizin	2,9 (4)	Psychiatrie/Psychotherapie	1,7 (2)
Ophthalmologie	2,2 (3)	Pädiatrie	0,8 (1)
Diabetologie	1,4 (2)	Pneumologie/Pulmologie	0,8 (1)
Geriatrie	1,4 (2)		
Psychiatrie/Psychotherapie	1,4 (2)		
Dermatologie	0,7 (1)		
Nephrologie	0,7 (1)		

Klinikleitungsebene

Es wurde eine Rücklaufquote von 42,4 Prozent erzielt. Mit anteilig 92,4 Prozent waren Männer unter den Antwortenden deutlich stärker vertreten. Zu 62,5 Prozent hatten sich ärztliche Klinikleitungen an der Befragung beteiligt, zu 37,5 Prozent kaufmännische Leitungen. Die Kliniken in der Stichprobe waren zu 42,6 Prozent in öffentlicher Trägerschaft, zu 32,8 Prozent privat geführt und zu 24,6 Prozent freigemeinnützig. Der größte Anteil der Einrichtungen (41,0 Prozent) lag in Gemeinden mit

5.000 bis unter 20.000 Einwohnern. Am stärksten vertreten waren Kliniken der Landkreise Bautzen (13,1 Prozent) und Nordsachsen (11,5 Prozent). Die Verteilung der Kliniken auf die Landkreise entsprach weitgehend der Verteilung in der Grundgesamtheit.

**Aktueller Einsatz an telemedizinischen Anwendungen
Ärzte**

Von den befragten Ärzten setzten zum Erhebungszeitpunkt 43,1 Prozent telemedizinische Anwendungen

ein. Der stationäre Bereich dominierte den Telemedizin-Einsatz mit anteilig 78,2 Prozent (ambulanter Bereich: 21,8 Prozent). 7,8 Prozent der Nutzer waren hausärztlich tätig. Hinsichtlich der Fachgebiete, in denen Telemedizin eingesetzt wurde, dominierte die Radiologie mit 19,5 Prozent, gefolgt von der Neurologie und Chirurgie/Orthopädie mit jeweils 13,7 Prozent. Eine Übersicht aller Fachgebiete zeigt Tab. 1. Bei 83,7 Prozent der genannten Anwendungen handelte es sich um Arzt-zu-Arzt-Anwendungen, bei 6,7 Prozent kam eine Arzt-zu-Patient-Anwendung zum Einsatz, bei 9,6 Prozent wurden beide Anwendungstypen genutzt. Die deutliche Mehrheit der Anwendungen hatte bereits den Status „Regelversorgung“ (93,1 Prozent) erreicht.

Auf die offene Frage hin, was ihrer Meinung nach die für die Patientenversorgung wichtigste Anwendung in ihrer Praxis/Ihrem Fachbereich sei, nannten 85,5 Prozent eine Anwendung zur (Zweit-)Befundung.¹ Anwendungen zum Monitoring von Patienten (6,4 Prozent) bzw. Anwendungen zum gemeinsamen elektronischen Zugriff auf Patienten- oder Fallakten (3,8 Prozent) spielten hingegen eine geringere Rolle. Die genannte wichtigste Anwendung wurde zu 38,5 Prozent in der Neurologie eingesetzt, zu 33,3 Prozent in der Radiologie und zu 15,4 Prozent in der Chirurgie/Orthopädie. Als bedeutsamste Indikationen, die unter Einsatz von Telemedizin behandelt wurden, ergaben sich der Schlaganfall (48,1 Prozent), Erkrankungen aus dem Bereich Intensivmedizin/Notfälle (14,8 Prozent), Herzrhythmusstörungen sowie Verletzungen des Kopfes (jeweils 11,1 Prozent).

Gefragt nach den Vorteilen der genannten TM-Anwendung im Vergleich zu herkömmlichen Versorgungsansätzen nannten 30,3 Prozent der befragten Ärzte die hiermit erzielte Zeitersparnis, gefolgt von der

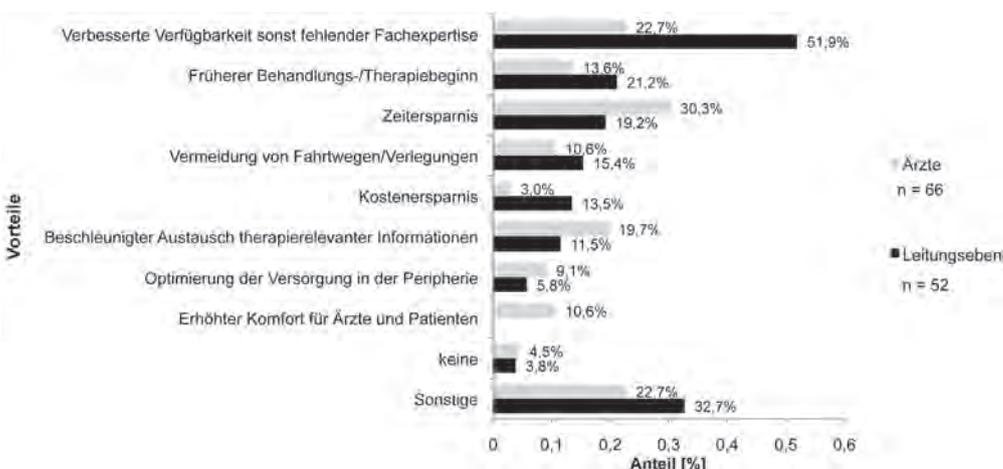


Abb. 1: Vorteile der wichtigsten aktuell genutzten Anwendung (Ärzte und Leitung) (Mehrfachantworten möglich)

¹ Dies beinhaltet Anwendungen zur Bild- und/oder Videoübermittlung mit dem Ziel der Befundung und/oder Zweitmeinungseinholung.

verbesserten Verfügbarkeit sonst fehlender Fachexpertise (22,7 Prozent). Weitere angegebene Vorteile zeigt Abb. 1.

Klinikleitungsebene

Zum Erhebungszeitpunkt setzten 83,6 Prozent der sächsischen Kliniken Telemedizin ein. Alle teilnehmenden Kliniken in öffentlicher Trägerschaft nutzten Telemedizin, 75,0 Prozent der privaten Häuser und 66,7 Prozent der freigemeinnützigen. Hinsichtlich der Fachgebiete, in denen TM-Anwendungen eingesetzt wurden, dominierte die Radiologie mit anteiligen 24,0 Prozent, gefolgt von der Neurologie (21,5 Prozent). Eine Übersicht aller Fachgebiete zeigt Tab. 1.

Bei 87,3 Prozent des TM-Einsatzes handelte es sich um Arzt-zu-Arzt-Anwendungen, bei 2,7 Prozent um eine Arzt-zu-Patient-Anwendung. 85,7 Prozent der Anwendungen hatten den Status „Regelversorgung“ erreicht, im Rahmen eines Modellprojektes wurden 12,2 Prozent angeboten.

Als wichtigste TM-Anwendung in ihrer Klinik nannten 96,2 Prozent der befragten Leitungen eine Anwendung zur (Zweit-)Befundung. Mit einem verhältnismäßig geringen Anteil von jeweils 5,3 Prozent wurden Anwendungen zum Monitoring und sonstige Arten von Anwendungen genannt. Bei 65,4 Prozent wurde die subjektiv wichtigste Anwendung im Fachgebiet Radiologie eingesetzt, gefolgt von der Neurologie (28,8 Prozent) und der Kardiologie (13,5 Prozent). Als bedeutendste Indikationen, zu deren Behandlung Telemedizin eingesetzt wurde, zeigten sich der Schlaganfall (57,1 Prozent), Tumorerkrankungen (17,9 Prozent) sowie kardiologische Erkrankungen² und Erkrankungen aus dem Bereich Intensivmedizin/Notfälle (jeweils 14,3 Prozent).

² Zuordnung, wenn durch die Befragten nur die Erkrankungsgruppe oder spezifische kardiologische Erkrankungen außer Herzrhythmusstörung (eigene Antwortkategorie) genannt wurden.

Befragt nach Vorteilen der genannten wichtigsten TM-Anwendung im Vergleich zu herkömmlichen Versorgungsansätzen nannte über die Hälfte der befragten Klinikleitungen (51,9 Prozent) eine verbesserte Verfügbarkeit sonst fehlender Fachexpertise (Abb. 1). Zudem wurde der durch den Telemedizineinsatz ermöglichte frühere Behandlungs-/ Therapiebeginn und die erzielte Zeiterparnis von ca. einem Fünftel positiv hervorgehoben.

Geplanter Einsatz an telemedizinischen Anwendungen Ärzte

Insgesamt planen 10,2 Prozent der befragten sächsischen Ärzte die Implementierung einer (weiteren) telemedizinischen Anwendung. Davon waren 23,5 Prozent ambulant tätig. Die deutliche Mehrheit (89,8 Prozent) hat keine Aktivitäten dahingehend vorgesehen. Es dominiert der geplante Einsatz von Arzt-zu-Arzt-Anwendungen (62,5 Prozent) im Vergleich zu Arzt-zu-Patient-Anwendungen (12,5 Prozent). Ein Drittel der geplanten TM-Anwendungen soll im Fachgebiet Chirurgie/Orthopädie eingesetzt werden.

Klinikleitungsebene

Von den befragten sächsischen Kliniken planen 29,5 Prozent die Implementierung (weiterer) telemedizinischer Anwendungen. 30,4 Prozent der Kliniken, die bereits Telemedizin nutzen, möchten weitere TM-Lösungen umsetzen. Vorrangig sollen Arzt-zu-Arzt-Anwendungen (65,2 Prozent) zum Einsatz kommen. Arzt-zu-Patient-Anwendungen (4,3 Prozent) und Anwendungen für beide Austauschmodi (30,4 Prozent) nahmen eine geringere Bedeutung ein. Als Fachgebiete für einen zukünftigen TM-Einsatz wurden insbesondere die Chirurgie/Orthopädie (20,8 Prozent) angegeben.

Ungedeckter Bedarf an telemedizinischen Anwendungen Ärzte

Die befragten Ärzte sehen aktuell einen ungedeckten Bedarf an TM-Anwendungen vor allem in den Fachgebieten Kardiologie (30,2 Pro-

zent), Chirurgie/Orthopädie (23,3 Prozent) sowie der Neurologie und Onkologie (jeweils 16,3 Prozent). Hinsichtlich der Indikationen, deren Behandlung von einem Telemedizin-Einsatz profitieren könnte, wurden am häufigsten Diabetes mellitus, seltene Erkrankungen und kardiologische Erkrankungen² (jeweils 18,5 Prozent) genannt.

Klinikleitungsebene

Aus Sicht sächsischer Klinikleitungen gibt es aktuell den größten ungedeckten Bedarf an TM-Anwendungen in der Neurologie (52,4 Prozent), Onkologie (28,6 Prozent), Kardiologie und Radiologie (jeweils 19,0 Prozent). Als Indikationen mit dem Bedarf an einer TM-Unterstützung wurden vorrangig der Schlaganfall (50,0 Prozent) sowie Tumor- und kardiologische Erkrankungen (jeweils 18,8 Prozent) angegeben.

Barrieren für die (weiterführende) Implementierung telemedizinischer Anwendungen und Maßnahmen zu deren Überwindung Ärzte

Die Vergütung von TM-Leistungen stellte aus Sicht der befragten Ärzte die größte Barriere dar, gefolgt vom Zeit- und Kostenaufwand bei der Implementierung und Nutzung von TM und den Aspekten fehlende Organisations- und Koordinationsstruktur, Datenschutz, und Haftungsfragen/Fernbehandlungsverbot. Die Akzeptanz von Telemedizin seitens der Patienten und des medizinischen Personals sowie mangelnde Aussagen zu Wirtschaftlichkeit und medizinischer Evidenz wurden hingegen als deutlich weniger bedeutsam eingeschätzt.

Klinikleitungsebene

Aus Sicht der Klinikleitungen stellte der Datenschutz die größte Barriere für eine (weiterführende) Implementierung telemedizinischer Anwendungen dar, gefolgt von den assoziierten Investitions-/Betriebskosten, der Vergütung von TM-Leistungen sowie ungeklärten Haftungsfragen/Fernbehandlungsverbot. Die Akzeptanz von Telemedizin seitens der Patienten und des medizinischen

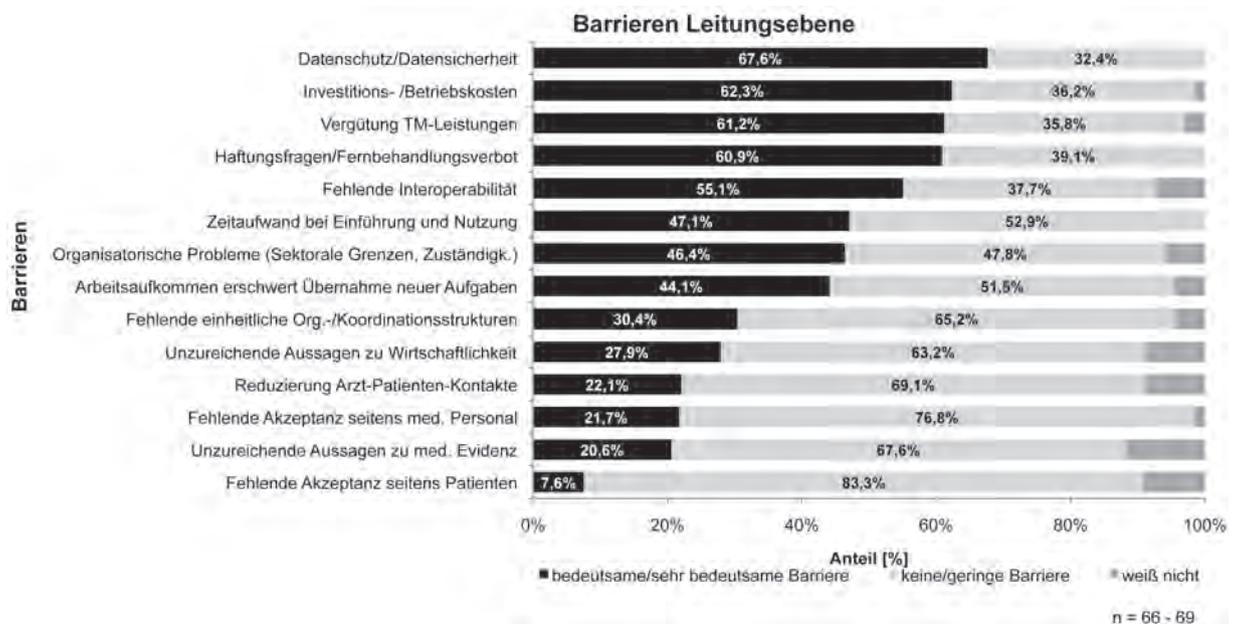


Abb. 2: Barrieren für die Implementierung von Telemedizin-Anwendungen (Leitungsebene) (Mehrfachantworten möglich)

Personals sowie unzureichende Aussagen zur medizinischen Evidenz und Wirtschaftlichkeit wurden auch hier als weniger bedeutsame Barrieren eingeschätzt (Abb. 2).

Diskussion

Über 83 Prozent der Kliniken und 43 Prozent der Ärzte in Sachsen nutzten zum Erhebungszeitpunkt Telemedizin. Auf Klinik- und Ärzte-Ebene dominierte eindeutig der stationäre Einsatz. Mit deutlicher Mehrheit wurden Arzt-zu-Arzt-Anwendungen eingesetzt, vorrangig in den Bereichen Radiologie und der Akut-Versorgung von Schlaganfall-Patienten. Damit hat die Tele-Neurologie in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen [8, 12]. Überraschend war die vergleichsweise geringe Bedeutung von Arzt-zu-Patient-Anwendungen wie etwa Tele-Monitoring. Über 85 Prozent der durch Ärzte und Klinikleitungen genutzten Anwendungen wurden im Rahmen der Regelversorgung angeboten. Dies steht entgegen der verbreiteten Wahrnehmung, dass TM-Projekte mehrheitlich im Modellprojekt-Status betrieben werden [15, 2, 10, 4, 3]. Eine mögliche Erklärung liegt im hohen Anteil teleradiologischer und teleneurologischer Anwendungen, für welche sich bereits im Jahr 2015

regelhafte Finanzierungs- und Vergütungsmöglichkeiten etabliert hatten [6, 5].

Lediglich 10,2 Prozent der Ärzte und 29,5 Prozent der Kliniken in Sachsen planen die Implementierung von (weiteren) TM-Anwendungen. Gleichzeitig sind der aktuelle und geplante Einsatz im ambulanten Bereich – und hier insbesondere in der hausärztlichen Versorgung – sehr gering ausgeprägt, was auf eine hohe Relevanz existierender Barrieren schließen lässt.

Hinsichtlich der Fachgebiete, in denen zukünftig Telemedizin eingesetzt werden soll, zeichnete sich bei Ärzten und Klinikleitungen gleichermaßen ein Trend hin zu Anwendungen in der Chirurgie/Orthopädie ab. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Frage zum ungedeckten Bedarf. Neben der Chirurgie/Orthopädie wurden hier vorrangig TM-Anwendungen für die Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Radiologie genannt.

Aus Sicht beider Akteursgruppen waren die mit einer TM-Implementierung verbundenen Investitions-/Betriebskosten eine wesentliche Barriere. Zudem wurden die derzeitige Vergütung für die Erbringung telemedizinischer Leistungen, Haftungs-

fragen bzw. das Fernbehandlungsverbot und der mit einer Einführung und Nutzung verbundene Zeitaufwand als bedeutende Hemmnisse betrachtet.

Den Datenschutz empfanden sowohl Ärzte als auch Klinikleitungen als noch nicht ausreichend. Die befragten Klinikleitungen beurteilten dies als die bedeutsamste Barriere für einen TM-Einsatz.

Die genannten Barrieren spiegeln in hohem Maße die Ergebnisse bisheriger Studien und aktueller Diskussionen zu diesem Thema wieder. Es zeigt sich, dass die wesentlichen Barrieren über die Jahre trotz der stetigen Weiterentwicklung nicht an Relevanz verloren haben [12, 1, 9, 13, 11, 7, 14]. Jedoch weisen die Befragungsergebnisse auf eine bemerkenswert breite Akzeptanz von Telemedizin durch Patienten und medizinisches Personal hin. Zudem mangelte es der Mehrheit der sächsischen Leistungserbringer nicht an Nachweisen zur Wirtschaftlichkeit und medizinischen Evidenz.

Die durchgeführte Erhebung bietet erstmalig eine aktuelle und umfassende Bestandsaufnahme der Telemedizin-Landschaft in Sachsen aus der Perspektive der Leistungserbringer und Kostenträger (letztere sepa-

rat berichtet im Abschlussbericht zum Projekt CCS Telehealth Ostsachsen, verfügbar auf Nachfrage bei den Autoren). Mit der Abbildung der Nachfrager-Perspektive bildet sie ein wichtiges Gegengewicht zur „Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementation“ von Telemedizin-Anwendungen, die die Bundesärztekammer in einem Positionspapier bemängelt [8], und liefert damit wichtige Ergebnisse für eine bedarfs- und nutzerorientierte Weiterentwicklung der Telemedizin-Landschaft in Sachsen.

Limitationen

Als mögliche Limitation können die Rücklaufquoten der Ärzte- und Klinikleitungsbefragung angeführt werden (26 bzw. 42,4 Prozent). Hierdurch kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere Personen/Einrichtungen, die bereits Telemedizin nutzen, an der Befragung teilgenommen haben und dementsprechend in den Antworten überrepräsentiert sind. Zudem existieren unterschiedliche Definitionen von Telemedizin (trotz der vorangestellten Definition im Fragebogen). Dies kann dazu beigetragen haben, dass bestimmte Angebote nicht berichtet wurden, weil diese subjektiv nicht als Telemedizin eingeordnet wurden.

Danksagung

Unser ausdrücklicher Dank gilt allen Ärzten, Klinikleitungen und Krankenkassenvertretern für ihre Auskunftsbereitschaft und Mitwirkung an der Erhebung sowie der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Erhebung wurde im Rahmen des Projektes „CCS Telehealth Ostsachsen“ und unter wissenschaftlicher Anleitung durch den Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung am Universitätsklinikum Dresden, Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt, durchgeführt. Wir danken Dr. med. Olaf Müller von der Carus Consilium Sachsen GmbH (CCS), der in seiner Funktion als Leiter des Projektes „CCS Telehealth Ostsachsen“ die Realisierung der vorliegenden Studie unterstützt hat.

Unser ausdrücklicher Dank gilt der Europäischen Union und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz für die Förderung des Projektes „CCS Telehealth Ostsachsen“ (SA.35679 [2012/N] – Germany) aus Geldern des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und Landesmitteln des Freistaates Sachsen, auf der Grundlage der Landesrichtlinie zur Förderung innovativer Ansätze in der Gesundheitswirtschaft (weitere Informationen unter www.telehealth-ostsachsen.de). Hierdurch wurde die Erarbeitung dieser Ergebnisse ermöglicht.

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



Europäische Union

Europa fördert Sachsen.
EFRE
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Literatur und Abbildungen/Tabellen
bei den Autoren

Interessenkonflikte:
keine

Korrespondierende Autorin:
Katrin Arnold
Zentrum für Evidenzbasierte
Gesundheitsversorgung (ZEGV)
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Katrin.Arnold@uniklinikum-dresden.de

Fragenkatalog für Ärzte und Klinikleitungen (10. bis 12. gilt nur für Ärztebefragung)

1. Werden in Ihrer Praxis/Ihrem Fachbereich/Ihrer Einrichtung derzeit telemedizinische Anwendungen genutzt?

Unter Telemedizin verstehen wir in diesem Fragebogen sowohl den gegenseitigen Austausch zwischen medizinischem Fachpersonal untereinander (hier vereinfachend bezeichnet als „Arzt-zu-Arzt“) als auch zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten (hier vereinfachend bezeichnet als „Arzt-zu-Patient“) unter Überbrückung einer zeitlichen bzw. räumlichen Distanz mit Hilfe moderner Telekommunikation.

2. Ist die Einführung (weiterer) telemedizinischer Anwendungen in Ihrer Praxis/Ihrem Fachbereich/Ihrer Einrichtung geplant?

3. Wenn Sie an die Implementierung bzw. den weiteren Ausbau telemedizinischer Anwendungen in Ihrer Praxis/Ihrem Fachbereich/Ihrer Einrichtung denken: Wie bedeutsam schätzen Sie die folgenden Faktoren als Barrieren ein?

4. Welche Maßnahmen sind Ihrer Meinung nach am notwendigsten, um etwaige Barrieren zu überwinden?

5. Würden Sie uns bitte die aus Ihrer Sicht für die Patientenversorgung wichtigste Telemedizin-Anwendung in Ihrer Praxis/Ihrem Fachbereich/Ihrer Einrichtung nennen und schlagwortartig beschreiben (Zielgruppe, Inhalt, eingesetzte Technik).

6. Welche Vorteile bietet die genannte Anwendung im Vergleich zu herkömmlichen Versorgungsansätzen?

7. Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie bei der von Ihnen genutzten Anwendung?

8. Für welche Erkrankungen bzw. welche Behandlungsszenarien besteht Ihrer Meinung nach ein ungedeckter Bedarf an telemedizinischen Anwendungen in Sachsen?

9. Gibt es Ihrerseits weitere Anmerkungen zum Thema?

10. In welchem medizinischen Fachgebiet sind Sie aktuell tätig?

11. Sind Sie als Hausarzt tätig?

12. Falls Sie stationär tätig sind: Welcher Versorgungsstufe wird Ihre Einrichtung zugeordnet?

13. Wie groß ist die Gemeinde/Stadt, in der Ihre Praxis/Einrichtung liegt?

14. Wie alt sind Sie?

15. Welches ist Ihr Geschlecht?

Telemedizin in Sachsen – Anmerkungen zur Studie

Telemedizin – kaum ein Tag vergeht, ohne dass über diese in den verschiedensten Medien gesprochen oder geschrieben wird.

Für viele Kollegen gehören telemedizinische Anwendungen zu ihrem Arbeitsalltag und sind nicht mehr wegzudenken. Mit der vorgelegten Studie wurden Präsenz und Bedeutung von Telemedizin aus Anwendersicht nun für Sachsen analysiert und damit so manche „gefühlte“ subjektive Wahrnehmung zu dieser Thematik bestätigt oder widerlegt.

Aus meiner Perspektive waren zwei Ergebnisse besonders bemerkenswert.

So wurde die Bedeutung von Anwendungen zum gemeinsamen elektronischen Zugriff auf Patienten- oder Fallakten als eher gering für die

Patientenversorgung eingeschätzt. Nur 3,8 Prozent der Telemedizin nutzenden Ärzte sahen eine solche Anwendung als subjektiv wichtigste TM-Anwendung in ihrem Arbeitsalltag an. Zum Teil liegt dies sicherlich daran, dass aufgrund der immer noch fehlenden sektorenübergreifenden Infrastruktur, praktische Erfahrungen diesbezüglich rar sind. Andererseits zeigt es aber auch, dass deren Nutzen für die Patientenversorgung offenbar als nicht sehr hoch eingeschätzt wird.

Auffällig und zugleich alarmierend ist auch der gering ausgeprägte und geplante Einsatz telemedizinischer Anwendungen im hausärztlichen Bereich. Gerade die Hausärzte würden jedoch vom gemeinsamen elektronischen Zugriff auf Patientenakten in ihrem Arbeitsalltag enorm profitieren und einen Nutzen für die Patientenversorgung im Sinne effizienterer diagnostischer und therapeutischer Behandlungspfade erreichen. Unser hausärztlicher Nachwuchs, den

wir gerade in den strukturschwachen Regionen Sachsens bekanntermaßen dringend benötigen, wird eine zeitgemäße moderne elektronische Infrastruktur gerade dort bei Tätigkeitsbeginn zu Recht einfordern. Vielen Kollegen, auch und gerade im ambulanten Versorgungsbereich, ist dies sehr bewusst und Ärzte- bzw. Praxisnetze entstehen und werden zieführend genutzt und ausgebaut.

Im Hinblick auf die Qualität der Patientenversorgung und auf die vom technischen Fortschritt geprägten Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft sollte der Fokus bei der Implementierung von Anwendungen der Telemedizin/ Telematik in Sachsen auf die strukturschwachen Regionen und auf die sektorenübergreifenden Behandlungspfade gelegt werden.

Ute Taube
Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz
Mitglied des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

CIRS-Fall:

„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“ *Epikur*

Im Juni 2016 stellte die Plattform „CIRSmedical Anästhesiologie“ einen interessanten Fall des Monats vor.

Bei einem adipösen Patienten wurde nach einer elfstündigen Operation am linken Ellenbogen ein massiv ausgeprägter Dekubitus 2°–3° mit einer Größe von ca. 3 x 4 cm festgestellt. Dieser war vor der Operation noch nicht vorhanden. Bei einer internen Aufarbeitung des Falls stellte sich heraus, dass ähnliche Ereignisse mehrmals im Jahr vorkommen.

Es handelte sich auf Grund der Adipositas und anderer Begleiterkrankungen um einen Hochrisikopatienten für Lagerungsschäden, mögliche Gründe waren:

- die augenscheinlich ineffiziente Lagerung des Patienten (dieser befand sich die gesamten elf

Stunden ausschließlich in Rückenlage, beide Arme waren ausgelagert)

- fehlende/ineffiziente Lagerungskontrollen.

Lagerungsschäden gehören in den Gutachterstellen zu den häufigeren Schäden. In vielen Kliniken war für die Lagerung spezielles Pflegepersonal eingestellt worden, welches sich als Lagerungspfleger im OP mit eben dieser patienten- und eingriffsgerechten Lagerung beschäftigte. Durch den zunehmenden wirtschaftlichen Druck wurden viele dieser Stellen wegrationalisiert, wodurch wertvolles Wissen und jahrelange Erfahrung verloren gingen. Problematisch ist, dass die Gerichte Lagerungsschäden in der Regel als „voll beherrschbare Risiken“ beurteilen und es somit zu einer Beweislastumkehr kommt. Nur ein abgestimmtes und sorgfältiges Vorgehen von Anästhesie und operativem Fach, das transparent dokumentiert wird, kann

Patienten schützen und im gegebenenfalls trotzdem eintretenden Schadensfall (den es auch bei absoluter Sorgfalt geben wird) die Beteiligten vor ungerechtfertigten Ansprüchen schützen.

Take-Home-Message

- feste Regelungen zur Lagerung (geklärte Zuständigkeiten, Verwenden von geeigneten Lagerungsmaterialien, adäquate Voruntersuchung zur Aufdeckung von Anomalien, die das Risiko von Lagerungsschäden erhöhen können, Aufklärung des Patienten über mögliche Lagerungsschäden)
- Dokumentation der Lagerung und der durchgeführten Lagerungskontrollen (insbesondere der gefährdeten Regionen)

<https://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMJuni2016.pdf>

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Liebesleben und HIV/STI-Prävention

Die Plakataktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist teilweise scharf kritisiert worden. Die junge Alternative (JA) Niedersachsen hat unter dem Stichwort „Verbreitung pornografischer Schriften“ sogar Strafanzeige gestellt (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113/Heft 47, S. A 2125).

Die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ erreichte ein Leserbrief von Dr. med. Karla Lehmann, den wir zusammen mit einer Stellungnahme von Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller nachfolgend abdrucken möchten.

Die Prävention zu HIV/STI ist ausgesprochen wichtig, erreicht sie aber in dieser von der BZgA gewählten Form ihr Ziel? Ihre Meinung würde uns sehr interessieren.

Publikumswirksame Aufklärung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STI) ist geboten – aber nicht so!

Aufklärung und Prävention sind ernstzunehmende Arbeitsgebiete der Medizin. Sie sollten nicht in Obszönitäten abgleiten, wie es die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegebenen, vielerorts in der Öffentlichkeit platzierten, sieben Plakate „Liebesleben“ zur HIV/STI-Prävention (70601003-09) verdeutlichen.

Diese sind entweder irreführend oder besitzen einen kontraproduktiv auffordernden Charakter. Als wäre es in Deutschland das Alltäglichs-te, wird plakativ ins Auge fallender Sex im Kino und im Aufzug gezeigt, es werden außerordentliche Maßnahmen gegen die von den Autoren auf Brennen und Jucken im Genitalbereich reduzierte Symptomatik dargestellt oder es werden akrobatische Sex-Praktiken abgebildet – man fragt sich zunächst – was soll das? (Sex mit Kondomen im Aufzug oder Kino in der Öffentlichkeit ist anscheinend das Normale!; sinnlose Maßnahmen wie Feuerlöscher, Sekt oder Zerschla-

gen des Fotos des Ehemaligen scheint ganz üblich zu sein – sind das unsere Werte, die es zu verteidigen gilt?), wer plakatiert hier? und bei näherer Beschäftigung damit – wo bleibt denn eigentlich der präventive Ansatz?

Schutz durch Kondome bei sexuellen Gelegenheits-Kontakten tritt in den Hintergrund, wie auch die Aufklärung darüber, dass STI (sexuell übertragbare Krankheiten) akut oftmals gar keine Beschwerden oder andere, als die auf den Plakaten genannten Symptome verursachen, wie zum Beispiel Ausfluss, schmerzhaft oder schmerzlose genitale Ulzerationen, Blutungsstörungen, inguinale oder skrotale Schwellung, Unterbauchschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen, Harndrang, allgemeine Krankheitssymptome. Die Folgen anhaltend und/oder unbehandelter STI auf die Gesundheit, wie Unfruchtbarkeit, chronische Erkrankungen, AIDS-Vollbild oder Krebs bleiben unberücksichtigt!

Die Aufforderung, einen Arzt bei Symptomen zu kontaktieren, ist hingegen verzichtbar; dessen sind sich sicher alle Betroffenen bewusst. Welchen Eindruck sollen Besucher unseres Landes beispielsweise aus den USA oder aus muslimischen Ländern beim Anblick dieser Plakate mit nach Hause nehmen?

Hat die Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien (§15 JSchG) aufgrund der bewusst gewählten unsittlichen, die Menschenwürde

verletzenden Darstellungen kein Veto eingelegt? Eine Anfrage an die BZgA blieb unbeantwortet.

Die Verantwortlichen der BZgA (dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellte Behörde) begründen diese Kampagne mit der Übermittlung von „Information über HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen“. In den sogenannten „Cartoons“ (gemeint sind die Plakate) wird jedoch nicht eine davon thematisiert! STI sollen „sprachfähig gemacht und enttabuisiert“ und auf „humorvolle und positive Weise abgebildet“ werden! Die Absichten sind verständlich und lobenswert, die Realisierung ist hingegen absolut daneben! Dass die Motive der Cartoons in einem „Pretestverfahren“ überprüft wurden und zu „hoher Akzeptanz bei der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung“ führten, ist kein entkräftendes Argument. Es gibt weder einen Hinweis auf das eigentliche Testverfahren (!) noch auf die sogenannte „Bevölkerung“. Zu vermuten ist, dass es sich bei dieser um Repräsentanten der Berliner Szene handelt, denn besorgte Familien, die nun um die moralischen Auswirkungen der Motive auf ihre Kinder bangen müssen, waren wohl nicht beteiligt!

Das Bundesgesundheitsministerium sollte eher darüber nachdenken, die Meldepflichten übertragbarer Erkrankungen zu reformieren. Ausgehend von der Tatsache, dass HIV-Infektionen (zum Beispiel Mitteilung in der Sächsischen Zeitung vom 8.4.2015)





www.liebesleben.de



Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland



© BZgA

und andere STI zunehmen, stellt sich aus seuchenhygienischen Gründen die Forderung nicht nur nach intensiver sachgerechter Aufklärung und Prävention, sondern insbesondere nach namentlicher Meldung der Infizierten, um Infektionswege gem. § 1 Abs. 1 IfSG verfolgen und ggf. gezielt unterbinden zu können.

Schlussendlich, diese skandalöse Plakat-Kampagne ist einer Kultur-Nation unwürdig. Sie sollte schnellstmöglich durch eine sachliche und breitenwirksame Information zur Prävention von STI, die seit geraumer Zeit an Bedeutung gewinnen, ersetzt werden. (Original-Mail der BZgA liegt der Autorin vor.)

Dr. med. Karla Lehmann, Dresden

Antwort von Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller:

Sehr geehrte Frau Kollegin Lehmann, Zunächst vielen Dank für Ihren Leserbrief, den mir Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder, Vorsitzender des Redaktionskollegiums „Ärztblatt Sachsen“, zugeleitet hat. Hierin geht es um die Öffentlichkeitswirkung der neuen BZgA-Kampagne zum Thema sexuell übertragbare Infektionen. Ich kann mir gut vorstellen, dass diese für viele, auch aus dem Kollegenkreis, durchaus gewöhnungsbedürftig ist, wenn man sich nicht gerade speziell mit sexuell übertragbaren Infektionen (STI's) beschäftigt.

Hier allerdings ist nach unserer Erfahrung die angesprochene Problematik

inzwischen Alltag. Eine Syphilis, in meiner Facharztausbildung noch etwas Besonderes, sehen wir jetzt nahezu wöchentlich, und zwar nicht nur in der HIV-Sprechstunde. Ähnliches gilt für die Gonorrhoe, wobei die Betroffenen hier bevorzugt den Bereitschaftsdienst an der Klinik in Anspruch nehmen. Zwar sind nach wie vor HIV-Infizierte überproportional von STI's betroffen; Chlamydieninfektionen und Gonorrhoe, wofür in Sachsen als einzigem Bundesland eine Meldepflicht besteht, sind jedoch weit überwiegend Infektionen des jugendlichen Alters beiderlei Geschlechts. Während viel zur HIV-Prävention getan wurde und die meisten Jugendlichen darüber schon einmal etwas gehört haben, sind andere STI's dagegen häufig unbekannt. Zudem ist es erfahrungsgemäß bei jungen Männern keine leichte Aufgabe, sie präventiv zu einem Arztbesuch zu motivieren, während sich junge Frauen in aller Regel schon aufgrund kontrazeptiver Maßnahmen in gynäkologischer Betreuung befinden.

So viel zur Ausgangslage. Bei der neuen BZgA-Kampagne wird nun versucht, mögliche Symptome einer STI zielgruppenspezifisch zu vermitteln und dabei im Wesentlichen lediglich empfohlen, Kondome zu benutzen sowie bei Beschwerden zunächst einen Arzt aufzusuchen. Dessen Aufgabe ist es dann, die von Ihnen zu Recht geforderte konkrete Aufklärung über vorliegende und mögliche begleitende STI's vorzunehmen.

Man kann sich sicher fragen, ob die Art und Weise dieser Comic-artigen Vermittlung anstößig auf die Allgemeinheit wirken könnte. Da wir aber in einer derart sexualisierten Umwelt leben mit entsprechenden Zeitschriften, allgegenwärtigen Plakaten aus Film, Fernsehen und Mode, ja sogar Einschulungsausrüstung mit Playboy-Häschen-Emblem (das hat vor einigen Jahren selbst mich noch schockiert), würde ich hier eher keine substanzielle zusätzliche Gefährdung sehen. Die frühere „Obst-Kampagne“ der BZgA, die eher allgemein nur auf Kondomgebrauch abzielte, war von vielen auf diesem Gebiet Tätigen als

nicht sehr gelungen bewertet worden.

Die zweite Frage ist natürlich, ob die neue Kampagne geeigneter ist, die Zielgruppe zu erreichen, was man derzeit noch nicht beurteilen kann. Immerhin kam erst letzte Woche in unsere Sprechstunde ein recht promiskuitiver heterosexueller junger Mann, der sich nach eigenen Angaben explizit auf ein Plakat dieser Kampagne hin vorgestellt hatte. Das lässt zumindest hoffen.

Jedenfalls bin ich Ihnen sehr dankbar, dass Sie dieses wichtige Thema der STI-Prävention unter Kontaktaufnahme mit der BZgA aufgegriffen haben. Sollten die in der Kampagne empfohlenen Arztbesuche nunmehr tatsächlich vermehrt stattfinden, wäre es wichtig, wenn die in Frage kommenden Kollegen, auch aus der Allgemeinmedizin, hierauf vorbereitet sind. Im Vordergrund steht hier nach entsprechender Fortbildung meines Erachtens zumindest die Kenntnis von (Umfeld-)Diagnostik und aktuell empfohlener antibiotischer Therapie einer venerischen

Urethritis sowie die Kenntnis spezialisierter Zentren, auch zur STI-Beratung, an die weiterverwiesen werden kann.

Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller
Leiterin Immunschwäche-Ambulanz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der
Technischen Universität Dresden

Ergänzung zur Stellungnahme von Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller:

In der Stellungnahme von Dr. med. Spornraft-Ragaller werden die gleichen Tatsachen – Zunahme der STI und Notwendigkeit der Aufklärung auch über andere als HIV thematisiert. Davon sind keine Abstriche zu machen.

Der Erfolg dieser Plakate, die seit dem Sommer ausgehängt wurden, ist nach Angaben von Dr. med. Spornraft-Ragaller jedoch eher deprimierend – nur ein Patient hat sich gemeldet. Das spricht gegen die Massenwirksamkeit der Aktion.

Auch wenn wir in einer sexualisierten Umwelt leben, wie sie ausführt,

bleibt diese, an die Öffentlichkeit gerichtete Plakataktion aus meiner Sicht irreführend und kontraproduktiv, wie ich schrieb. Unter anderem, Sex in der Öffentlichkeit ist eine Ordnungswidrigkeit, so, wie dieser hier – im Fahrstuhl oder im Kino – zelebriert wird.

Die Nebenwirkungen der Plakate sind desaströs: der jungen Generation wird suggeriert, dass Sexorgien oder abweichendes Sex-Verhalten an der Tagesordnung ist. Fragen von Klein- und Schulkindern sind vorstellbar, aber nur schwer beantwortbar. Der Imageschaden bei Besuchern unseres Landes ist abträglich.

Abschließend möchte ich nochmals betonen, dass ich voll hinter verstärkten Bemühungen zur Aufklärung über zunehmende STI stehe. Diese müssen jedoch sachgerecht und umfassend sein, aber auch die Zielgruppe (Erwachsene mit wechselnden Partnern, eventuell auch Fernreisende, Zugewanderte) erreichen und ansprechen.

Dr. med. Karla Lehmann, Dresden

Verdienstkreuz am Bande für Antje Möbius

Frau Antje Möbius aus Chemnitz erhielt am 5. Dezember 2016 das Verdienstkreuz am Bande aus den Händen von Bundespräsident Joachim Gauck. Diese Auszeichnung erhielt die Ärztin für ihren ehrenamtlichen Einsatz zum Wohl ihrer Mitmenschen. 1990 gehörte sie zu den Gründungsmitgliedern des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V. und des Kreisverbandes Chemnitz. Hintergrund des Entschlusses, nach der Friedlichen Revolution in der DDR einen solchen Verband zu gründen, war das Fehlen einer einheitlichen Vertretung unter anderem für Menschen mit Behinderung und für kriegsbeschädigte Menschen. Im Kreisverband engagierte sie sich von 1990 bis 2012 als stellvertretende Vorsitzende. Mit großem Engagement baute sie von 1990 bis 1992 zudem den Landesverband als Vorsit-



Frau Antje Möbius und Bundespräsident Joachim Gauck.

© Bundespresseamt

zende mit auf. Auch wirkte sie an den sozialpolitischen Debatten und Leitanträgen für die Verbandstage des Sozialverbandes VdK Deutschland vorbildlich mit. Bis heute setzt sich die Ehrevorsitzende des Landesverbandes glaubwürdig für die

Ziele des Verbandes ein, insbesondere für eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

- | | | |
|---|--|--|
| 19.02. Bühring, Gisela
01277 Dresden | 14.02. Dr. med. Luther, Lotte
09114 Chemnitz | 23.02. Dr. med. Kempfter, Manfred
04107 Leipzig |
| 19.02. Dr. med. Metzner, Gisela
02997 Wittichenau | 17.02. Dr. med. Groeschel, Ursula
01827 Graupa | 25.02. Dr. med. Adler, Dieter
01069 Dresden |
| 19.02. Dr. med. Roether, Adelheid
04347 Leipzig | 18.02. Beeg, Maria
02826 Görlitz | 25.02. Dr. med. Günnel, Helga
08428 Langenbernsdorf |
| 19.02. Dr. med. Sörgel, Dieter
08468 Reichenbach | 18.02. Buchholz, Elisabet
09627 Bobritzsch | 25.02. Tasler, Helga
01307 Dresden |
| 20.02. Dr. med. Franke, Ute
01217 Dresden | 19.02. Dr. med. Harnapp, Oskar
02977 Hoyerswerda | 27.02. Dr. med. Naupert, Wolfgang
01877 Bischofswerda |
| 20.02. Dr. med. Martin, Elke
01662 Meißen | 20.02. Prof. Dr. med. habil.
Haustein, Uwe-Frithjof
04416 Markkleeberg | 27.02. Dr. med. Pfeifer, Margot
04275 Leipzig |
| 21.02. Dr. med.
Henkenjohann, Maren
01445 Radebeul | 20.02. Trautvetter, Marika
04317 Leipzig | 27.02. Dr. med. Schierz, Dietmar
01796 Pirna |
| 22.02. Bauer, Frank
01279 Dresden | 21.02. Prof. Dr. med. habil.
Kleber, Hans-Peter
04564 Böhlen | 27.02. Dr. med. Zerna, Manfred
02943 Weißwasser |
| 22.02. Dr. med. Zinsmeyer, Jörg
08541 Neuensalz | 21.02. Dr. med. Müller, Helga
02625 Bautzen | 28.02. Dr. med. Wolff, Hans-Dieter
04416 Markkleeberg |
| 23.02. Dr. med. Reißmann, Bernd
01468 Reichenberg | 21.02. Dr. med. Nitzsche, Peter
01326 Dresden | 82 Jahre |
| 24.02. Dr. med. Krüger, Peter
04808 Wurzen | 23.02. Dr. med. Pansa, Eberhard
09122 Chemnitz | 01.02. Götze, Helga
04838 Eilenburg |
| 27.02. Dr. med. Freitag, Elke
04179 Leipzig | 27.02. Dr. med. Schneider, Helga
01109 Dresden | 02.02. Dr. med.
Schumacher, Maria
01217 Dresden |
| 27.02. Dipl.-Med.
Frühauf, Renate
01259 Dresden | 28.02. Dr. med. Steinert, Volker
04779 Wernsdorf | 03.02. Dr. med. Schneider, Gerd
01326 Dresden |
| 27.02. Dr. med. König, Heidemarie
04828 Bennewitz | 28.02. Dr. med. Wiegand, Gerhard
09212 Limbach-Oberfrohna | 06.02. Dr. med. Keller, Hans-Peter
04288 Leipzig |
| 28.02. Dr. med. Lobeck, Gottfried
01465 Langebrück | 81 Jahre | 06.02. Prof. Dr. med. habil.
Reichelt, Achim
04155 Leipzig |
| 80 Jahre | 01.02. Nowitzki, Christa
04720 Döbeln | 15.02. Dr. med. Riegel, Ursula
09130 Chemnitz |
| 01.02. Dr. med. Eberhard, Herta
04275 Leipzig | 01.02. Dr. med. Schimmel, Klaus
04808 Wurzen | 16.02. Noack, Hannelore
02730 Ebersbach-
Neugersdorf |
| 04.02. Schwerdtfeger, Erika
02977 Hoyerswerda | 08.02. Dr. med.
Schneider, Hanswolf
04703 Leisnig | 18.02. Dr. med. Fischer, Walter
04552 Borna |
| 05.02. Dr. med. Dittrich, Christian
01917 Kamenz | 10.02. Dr. med. Berger, Günther
02827 Görlitz | 19.02. Dr. med. Küttler, Ursula
08523 Plauen |
| 05.02. Dr. med. Müller, Klaus
01309 Dresden | 12.02. Dr. med. Günther, Brigitta
01277 Dresden | 23.02. Dr. med.
Kluge-Franke, Helga
09482 Oberwiesenthal |
| 05.02. Prof. Dr. med. habil.
Winkler, Ursula
04668 Grimma | 13.02. Dr. med. Oeser, Joachim
08062 Zwickau | 24.02. Dr. med. Knorn, Marianne
01445 Radebeul |
| 08.02. Dr. med. Herzer, Dieter
01877 Schmölln | 13.02. Szeskus, Edith
04277 Leipzig-Connewitz | 24.02. Dr. med. Kruschwitz, Horst
08547 Plauen |
| 09.02. Dr. med.
Fricke, Hans-Joachim
08412 Werdau | 14.02. Dr. med. Grube, Rolf
09599 Freiberg | 24.02. Dr. med. Maschke, Peter
04720 Döbeln |
| 12.02. Dr. med. Büttig, Ingeborg
01796 Pirna | 16.02. Dr. med. Thiemig, Eva
02829 Markersdorf | 26.02. Prof. Dr. med. habil.
Flach, Michael
01324 Dresden |
| 12.02. Rätzel, Dieter
09627 Hilbersdorf | 17.02. Dr. med. Escher, Renate
04668 Grimma | |
| 13.02. Prof. em. Dr. med. habil.
Stosiek, Peter
02827 Görlitz | 17.02. Dr. med. Schmidt, Christine
08066 Zwickau | 83 Jahre |
| 14.02. Dr. med. Frey, Ingrid
01309 Dresden | 17.02. Thielmann, Marianne
02627 Radibor | 02.02. Dr. med. Wildenhain, Rolf
08058 Zwickau |
| | 18.02. Dr. med. Klinger, Helmut
02906 Niesky | 04.02. Dr. med. Starke, Siegfried
01237 Dresden |

- | | | |
|---|---|---|
| 05.02. Dr. med. Raatzsch, Isolde
01309 Dresden | 23.02. Dr. med. Zumpe, Sonja
01097 Dresden | 90 Jahre |
| 08.02. Dr. med. Meister, Eva-Maria
04107 Leipzig | 26.02. Dr. med. Wallasch, Maria
04425 Taucha | 20.02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz |
| 15.02. Dr. med. Scholbach, Lilli
04105 Leipzig | 86 Jahre | 91 Jahre |
| 15.02. Dr. med. Wolz, Herta
01237 Dresden | 03.02. Dr. med.
Wießner, Wolfgang
09599 Freiberg | 02.02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig |
| 16.02. Dr. med. Scharfe, Egbert
01774 Höckendorf | 04.02. Dr. med. Mertens, Helga
04463 Großpösna | 22.02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau |
| 26.02. Dr. med. Gottschalk, Horst
04277 Leipzig | 11.02. Dr. med. Schimmel, Margit
04808 Wurzen | 28.02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig |
| 84 Jahre | 15.02. Dr. med. Dipl.-Psych.
Behrends, Lothar
04155 Leipzig | 92 Jahre |
| 03.02. Dr. med. Reinhold, Ursula
01324 Dresden | 16.02. Dr. med. habil.
Kratzsch, Karl-Heinz
09131 Chemnitz | 16.02. Dr. med.
Stephan, Christine
04103 Leipzig |
| 05.02. Dr. med.
Scheidemann, Ingrid
04103 Leipzig | 17.02. Dr. med. Horn, Ehrenfried
08289 Schneeberg | 18.02. Dr. med.
Schmiedel, Annelies
01326 Dresden |
| 06.02. Dr. med. Fischer, Manfred
01217 Dresden | 25.02. Schmieden, Edeltraut
08525 Plauen | 19.02. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau |
| 16.02. Dr. med. habil. Pfeil, Egon
08451 Crimmitschau | 87 Jahre | 93 Jahre |
| 17.02. Dr. med. Kamenz, Eva
01069 Dresden | 08.02. Dr. med. Mauroschat, Luise
09120 Chemnitz | 01.02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig |
| 23.02. Prof. Dr. med. habil.
Neef, Heinz
08324 Bockau | 09.02. Dr. med. Lange, Ruth
08499 Mylau | 08.02. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig |
| 85 Jahre | 18.02. Dr. med. Arnold, Peter
09456 Annaberg-Buchholz | 18.02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig |
| 02.02. Dr. med. Gamnitzer, Svend
04279 Leipzig | 19.02. Dr. med. Münch, Heinz
08209 Auerbach | 95 Jahre |
| 06.02. Dr. med.
Müller-Hornburg, Ursula
01326 Dresden | 22.02. Dr. med. Seifert, Bodo
01662 Meißen | 07.02. Dr. med. Kreihs, Werner
02708 Löbau |
| 07.02. Schneider, Hertha
01187 Dresden | 88 Jahre | 96 Jahre |
| 08.02. Dr. med. Kreuzinger, Erna
04129 Leipzig | 12.02. Dr. med.
Schuster, Johannes
08261 Schöneck | 10.02. Dr. med.
Schmeiser, Marianne
01219 Dresden |
| 08.02. Dr. med. Mai, Annemarie
01069 Dresden | 23.02. Dr. med. Kissing, Wolfgang
01328 Dresden | 26.02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden |
| 13.02. Dr. med. Musiat, Rita
02625 Bautzen | 28.02. Dr. med. Kinzer, Wera
09119 Chemnitz | 101 Jahre |
| 14.02. Dr. med.
Grunert, Eva-Maria
09111 Chemnitz | 28.02. Dr. med. Neumerkel, Horst
02977 Hoyerswerda | 17.02. Nawka, Joachim
02627 Radibor |

Anzeige



Arzt in Sachsen - Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung

Vorgestellt werden der ambulante und stationäre
Bereich sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst

4. Februar 2017 | 10.00 Uhr | Sächsische Landesärztekammer
Anmeldung/Info: arzt-in-sachsen@slaek.de | Programm: www.slaek.de
Teilnahme kostenfrei.

Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander zum 70. Geburtstag

28 Jahre Reproduktionsmedizin an der Universitätsfrauenklinik Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander, ein Pionier der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, hat 28 Jahre lang die Abteilung Reproduktionsmedizin an der Universitätsfrauenklinik (UFK) Leipzig geleitet. Als deren Geburtsstunde kann die Geburt der ersten Kinder (Zwillinge) nach IVF-Behandlung am 15. Dezember 1985 angesehen werden. Nachdem der Rektor 1990 der Struktureinheit Reproduktion und Endokrinologie den Abteilungsstatus erteilt hatte, war damit die dritte Säule des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe fest verankert worden.

Prof. Dr. Alexander wurde am 22. Dezember 1946 in Zwickau geboren, studierte in Halle Medizin, absolvierte die Facharztausbildung und erhielt bereits 1972 das Diplom der Medizin, den ersten akademischen Grad in der DDR. 1975 wurde er am Institut für physiologische Chemie promoviert.

Seine Habilitation „Diagnostik der Hyperprolaktinämie bei Kinderwunschpatientinnen und ihre Behandlung mit Bromocriptin“ (1982) war ein solides Fundament für seine Subspezialisierung. 1983 erhielt er für seine Arbeit den Forschungspreis der Martin-Luther-Universität Halle/Saale. 1982/83 weilte Prof. Dr. Alexander als Assistent Professor am Gondar College in Äthiopien, um beim Aufbau einer medizinischen Hochschule zu helfen. Er ist noch einige Male nach Afrika zurückgekehrt, um das Gesundheitswesen mit Hilfe zur Selbsthilfe zu unterstützen. 1984 wurde er Hochschuldozent und 1993 stellvertretender Klinikdirektor an der UFK Leipzig. 1994 erhielt er den Ruf auf die C3-Professur für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie.



Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander
© Privat

Prof. Dr. Alexander ist ein hervorragender Kliniker. Für seine Verdienste in der Reproduktionsmedizin erhielt er 1986 zusammen mit Prof. Dr. med. habil. Karl-Wilhelm Haake den Gustav-Hertz-Preis der Universität Leipzig.

Trotz seiner Subspezialisierung hat er die operative Gynäkologie und Geburtshilfe nie vernachlässigt. Bis zu seiner Emeritierung versah er Oberarztendienste.

Er hatte seit 1995 eine Weiterbildungsbefugnis für das gesamte Fachgebiet. Trotz seiner Spezialisierung war er stets bemüht, die Einheit des Faches Frauenheilkunde zu bewahren. 1995 wurde er Leiter des Ausbildungszentrums für gynäkologische Endoskopie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Unter seiner Leitung haben 13 Ärzte eine Subspezialisierung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin abgeschlossen. Von April 1997 bis Juni 1998 war Prof. Dr. Alexander kommissarischer Leiter der Klinik. Aufgrund seiner Qualifikation für Sexualmedizin konnte das Präventionsprojekt „Dunkelfeld“ zur Therapie pädophiler Männer in Leipzig angesiedelt werden. Sein Forschungsschwerpunkt war und ist das Hormon humanes Choriongonadotropin (hCG). Seine Forschungsergebnisse wurden in inter-

nationalen Journalen publiziert und erlangten weit über die Frauenheilkunde hinaus Bedeutung.

Der Temperaturmessring OvulaSens, bei dessen zehn Jahre dauernder Entwicklung Prof. Dr. Alexander federführend war, wird in der Praxis zur Diagnostik und Therapie bei Kinderwunschpatientinnen angewendet. 2010 wurden dafür vier Preise vergeben.

Von den wissenschaftlichen Veranstaltungen, die er organisierte, ist der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie 1995 hervorzuheben, zu dem auch der „Vater der IVF“, Robert Edwards (2010 Nobelpreis für Medizin) eingeladen war.

Prof. Dr. Alexanders Publikationsliste beinhaltet 120 Veröffentlichungen und 350 Vorträge, es konnten 14 Patente der Universität übergeben werden. Prof. Dr. Alexander ist Mitglied vieler wissenschaftlicher Gremien. Die Summe der von ihm erworbenen Drittmittel ist beachtlich.

Sein Verhältnis zu den Patientinnen, den ärztlichen Kollegen, den Schwestern und allen Mitarbeitern war für uns alle beispielhaft. Seine stete Einsatzbereitschaft, seine Menschlichkeit, seine immerwährende Geduld und seine Bescheidenheit haben viele von uns menschlich geprägt.

Sein Wunsch von einem selbstständigen universitären Kinderwunschzentrum war trotz aller Bemühungen nie in Erfüllung gegangen. Der Lehrstuhl für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie wurde nicht wieder besetzt.

Prof. Dr. Alexander arbeitet bis jetzt an der Universitätsfrauenklinik (UKF) Dresden, um dort das Fortbestehen der Reproduktionsmedizin zu gewährleisten sowie in einer Kinderwunschpraxis in Leipzig.

Zu seinem Geburtstag wünschen wir ihm in herzlicher Verbundenheit viel Glück und Gesundheit und weiterhin Erfolg und Freude bei der Arbeit!

Dr. med. Gabriele Pretzsch, Leipzig

Verstorbene Kammermitglieder

1.6.2016 bis 12.12.2016

**Doz. Dr. med. habil.
Dietmar Ansorge**
Niesky

Dr. med. Bernd Barta
Thalheim

Vladimir Dakov
Torgau

Dr. med. Ulrike Döbbelin
Dresden

Dr. med. Lutz Doerfel
Schneeberg-Griesbach

Dr. med. Gerd Drechsler
Riesa

Stephan Durda
Dresden

Dr. med. Ursula Eichler
Oppach

Dr. med. Marianne Felsmann
Dresden

Dr. med. Karl Focker
Dresden

Dr. med. Berthold Freudewald
Wildenfels

Dr. med. Ingrid Fronius
Dresden

Martin Gebauer
Dresden

Dr. med. Sieglinde Geiger
Dresden

Dr. med. Christa Glaubitz
Zittau

Dr. med. Lothar Griesbach
Zwickau

Dr. med. Winfried Gründler
Dresden

Dr. med. Fritz Heinick
Meerane

Dr. med. Ursula Heinrich
Pirna

**Prof. Dr. med. habil.
Rolf Henßge**
Dresden

Dr. med. Annemarie Hermann
Reichenbach

Frank Hoffmann
Süptitz

Dr. med. Carl-Heinz Kemmer
Neusalza-Spremberg

Dr. med. Heinz Kitzler
Freital

Dr. med. Klaus Klinger
Schneeberg

Dr. med. Günther Kluttig
Hainewalde

Ruth Köhler
Rodewisch

Dr. med. Lothar Körner
Wilkau-Haßlau

Dr. med. Siegfried Kotsch
Dresden

Dr. med. Christiane Krone
Leipzig

Dr. med. Eckart Laake
Moritzburg b. Dresden

Dr. med. Dorothea Lehmann
Moritzburg/Boxdorf

**Prof. Dr. med. habil.
Steffen Leinung**
Markkleeberg

Dr. med. Helfried Löser
Flöha

**Prof. em. Dr. med. habil.
Reinhard Ludewig**
Leipzig

**Dr. med. Dr. med. dent.
Siegmar Mahn**
Rabenau

Dr. med. Lisa Neumann
Sprotta-Siedlung

Ingrid Pechau
Görlitz

Dr. med. Günther Pfeifer
Werdau

Dr. med. Manfred Pohl
Burgstädt

Dr. med. Hans-Jürgen Pollack
Kurort Oybin

Wolfgang Risch
Zwickau

Dr. med. Holger Scheibenpflug
Langenbernsdorf

**Prof. Dr. sc. med.
Paul-Karl-Heinz Schmidt**
Dresden

Bernd Schneider
Chemnitz

**Dr. med.
Gerhard Schreckenbach**
Borna

**Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Wolfgang Schwab**
Dresden

Dr. med. Günter Steingrüber
Leipzig

Hans-Jürgen Teucher
Schöneck

Dr. med. Volker Thriemer
Freiberg

Dr. med. Sabine Uhlig
Augustusburg

Dr. med. Christina Weidner
Weißwasser

Dr. med. Christine Weinhold
Freiberg

Dr. med. Herbert Weiß
Radebeul

Dr. med. Eva Weiße
Leipzig

Dr. med. Dieter Werner
Bischofswerda

Dr. med. Klaus Werner
Bautzen

Dr. med. Barbara Winkler
Löbau

**Prof. Dr. med. habil.
Bernt Zipprich**
Delitzsch

Abgeschlossene Habilitationen

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – IV. Quartal 2016

Priv.-Doz. Dr. med.

Maximilian Pilhatsch,

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum der TU Dresden

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

Thema der Habilitationsschrift: „Neurale und endokrine Biomarker depressiver Erkrankungen und therapeutisch wirksame Modulationsmöglichkeiten“

Verleihungsbeschluss: 26.10.2016

Priv.-Doz. Dr. med.

Stefan Propping,

Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Urologie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Untersuchung zum Kontraktions- und Relaxationsverhalten der Harnblase“

Verleihungsbeschluss: 30.11.2016

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – IV. Quartal 2016

Dr. med. univ. et scient. med.

habil. Julia Sacher,

Max Planck Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Abteilung für Neurologie, Universität Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss

der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Leipzig zuerkannt.

Thema: Modulators of individual responses to psychopharmacological intervention

Habilitation: 25.10.2016

Privatdozent: 22.11.2016

Dr. med. habil. Mirko Döhnert,

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der Universität Leipzig zuerkannt.

Thema: Neurophysiologische Befunde und deren therapeutische Anwendung bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Majoren Depression (MD) im Kindes- und Jugendalter

Habilitation: 25.10.2016

Privatdozent: 22.11.2016

Dr. med. habil. Sven Laudi, M.A.,

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Anästhesiologie an der Universität Leipzig zuerkannt.

Thema: Atorvastatin in Modellen des pulmonalarteriellen Hypertonus

Habilitation: 22.11.2016

Privatdozent: 14.12.2016

Dr. med. habil.

Patrick Stumpp, MME,

Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Leipzig,

wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Radiologie an der Universität Leipzig zuerkannt.

Thema: PET/MRT in der onkologischen Diagnostik mit dem Schwerpunkt Kopf-Hals-Tumoren

Habilitation: 22.11.2016

Privatdozent: 14.12.2016

Dr. med. Florian van Bömmel,

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin zuerkannt.

Thema: Optimierung der antiviralen Behandlung chronischer Hepatitis-B-Virus-Infektionen mit Polymerase-Inhibitoren

Verleihungsbeschluss: 14.12.2016

Dr. med. Georg Jakob Wiltberger,

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Viszeralchirurgie zuerkannt.

Thema: Perioperative Behandlungsstrategien nach Resektion primärer und sekundärer Pankreastumore – Evaluierung von Prognose- und Risikofaktoren

Verleihungsbeschluss: 14.12.2016

Dr. med. habil. Klaus Müller, MBA,

Klinik und Praxis für Radioonkologie, Klinikum Chemnitz GmbH, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Strahlentherapie an der Universität Leipzig zuerkannt.

Habilitation: 23.08.2016

Privatdozent: 14.12.2016

Anzeige



DIE AUFGABEN DER SÄCHSISCHEN
LANDESÄRZTEKAMMER JETZT IM FILM!

FÜR MEDIZINSTUDENTEN UND JUNGE ÄRZTE
SOWIE ALLE, DIE WISSEN MÖCHTEN, WELCHE
AUFGABEN EINE LANDESÄRZTEKAMMER HAT.

Symposium „Bedarfsorientierte Versorgungsplanung“

Bedarfsgerechtigkeit, Patientenzentrierung und Qualitätsorientierung sind herausragende Begriffe der gegenwärtigen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion. Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber Qualitätsindikatoren zur Grundlage der Krankenhausplanung der Länder beschlossen. Auf dieser Gesetzesgrundlage entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit mit Unterstützung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Krankenhausversorgung. Die Länder können jedoch hiervon abweichende Regelungen treffen.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die Dresdner Hochschulmedizin am 11. November 2016 das Symposium „Bedarfsorientierte Versorgungsplanung“. Namhafte Vertreter aus Politik, Selbstverwaltung, Qualitätsmanagement und Wissenschaft folgten der Einladung und diskutierten gemeinsam mit den rund 80 Teilnehmern Möglichkeiten, die wichtigen aktuellen Entwicklungen in der Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung insbesondere von Sachsen aus mitzugestalten.

Nach Eröffnung des Symposiums durch Prof. Dr. med. habil. D. Michael Albrecht ging Barbara Klepsch, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, in ihrem Grußwort auf die hohe Relevanz regionaler Aspekte bei der Bedarfsplanung und Versorgungsgestaltung ein. Deshalb habe Sachsen basierend auf dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz bereits im Jahr 2013 ein Gemeinsames Landesgremium nach § 90a Abs. 1 SGB V eingerichtet, in dem die Vertreter der Selbstverwaltung Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen in den Regionen abstimmen.

Auf das Grußwort der Ministerin folgten vier Impulsvorträge, die das

Thema der Bedarfsgerechtigkeit im Kontext der Versorgungsplanung von verschiedenen Perspektiven beleuchteten.

Prof. Dr. Reiner Penter, Leiter Health Care der KPMG, erläuterte verschiedene Ansatzpunkte für eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung, zum Beispiel länderspezifischer Erreichbarkeitsvorgaben. Seine Botschaft bezog sich auch darauf, den Mut aufzubringen, von Bewährtem abzuweichen, um neue zukunftsorientierte Ideen zu entwickeln.

Dr. Gerhard Fülöp, Leiter der Abteilung „Planung und Systementwicklung“ der Gesundheit Österreich GmbH Wien, berichtete, dass im Österreichischen Gesundheitssystem eine sehr differenzierte Datenbasis zur Bedarfsanalyse und Adjustierung existiert.

Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt stellte in seinem Beitrag die entscheidende Rolle der Indikationsqualität bei der Differenzierung zwischen objektivem Bedarf und Inanspruchnahme heraus. Er führte aus, dass neben dem objektiven Bedarf auch immer die Angemessenheit (Appropriateness) der Leistungserbringung im spezifischen klinischen Kontext berücksichtigt werden müsse.

Rainer Striebel, Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS, forderte eine detaillierte Betrachtung der zu erwartenden Versorgungssituation in Sachsen, die die unterschiedliche demografische Entwicklung in Stadt und Land berücksichtigen müsse. Eine gewaltige gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist es gemäß Striebel, dem bis 2030 zu erwartenden, erheblichen Fachkräftemangel – auch unter regionalen Gesichtspunkten – entsprechend zu begegnen. Hervorzuheben ist, dass der AOK PLUS-Vorstandsvorsitzende die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung ebenfalls differenziert betrachtet. Für Patienten seien Spezialisierung und Qualität des Krankenhauses weitaus wichtiger als gute Erreichbarkeit oder kurze Distanz zum Wohnort.

In der abschließenden, von Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska moderierten Podiumsdiskussion wur-



Sozialministerin Barbara Klepsch
© Thomas Albrecht

de über die Umsetzbarkeit von Qualitätskriterien in der Bedarfsplanung und in der Krankenhausplanung diskutiert. Besser geeignet als Indikatoren der Ergebnisqualität und mit weniger methodischen Ansprüchen wie beispielsweise einer gerechten Risikoadjustierung wurden Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität eingeschätzt. An dieser Stelle gilt es, eben nicht auf Entscheidungen auf Bundesebene zu warten, sondern vielmehr die bereits seit vielen Jahren vorhandenen Strukturen im Freistaat Sachsen zu nutzen und in Richtung regionaler Versorgungskonzepte in Sachsen einzusetzen.

Insgesamt waren sich alle Diskutanten darüber einig, dass nur eine sektorenübergreifende Sicht auf die Versorgung zielführend ist. Dass dabei die Qualität der Patientenversorgung im Mittelpunkt steht und hier alle Beteiligten in Sachsen an einem Strang ziehen, wurde in dieser Veranstaltung einmal mehr deutlich. Ein ausführlicher Bericht über die Veranstaltung und die Vorträge finden Sie unter www.uniklinikum-dresden.de → Das Klinikum → Universitätszentren → Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung → Veranstaltungen.

Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt
Lehrstuhl für Sozialmedizin und
Versorgungsforschung, TU Dresden

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Dresden, Qualitäts- und
Medizinisches Risikomanagement

Samariter an der Via Regia in Sachsen – Teil 2

Die im Osten Sachsens begonnenen Betrachtungen über Gesundheitseinrichtungen und Ärzte entlang der Via Regia werden zunächst in der Großenhainer Pflege fortgesetzt. Zum Schutz der Hohen Straße entstand im 13. Jahrhundert in Schönfeld eine Wasser- und Wehrburg, heute als „Traumschloss“ der Neorenaissance bekannt. An alte Traditionen anknüpfend, wurde hier 2003 eine Pilgerherberge am sächsischen Jakobsweg eingerichtet. Die nächste größere Stadt an der Via Regia ist Großenhain, das seit dem frühen Mittelalter mit dem Johannes- und dem Jakobspital eigene Pilger-, Pflege- und Versorgungsstätten besaß (Urkunde von 1252). Außerdem gab es vor dem einstigen Meißner Stadttor ein „Hospital zu den fernen Siechen“ mit fünf Krankentuben. Von Großenhain aus teilt sich die Via Regia in einen nördlichen Strang, der über Strehla und Wurzen nach Leipzig führt, und in eine südliche Abzweigung, die über Oschatz und Grimma die Messemetropole erreicht. Nehmen wir zuerst die nördliche Strecke. Da ist Strehla zu erwähnen, dann Belgern und Dahlen, Abzweigungen führen nach Eilenburg und Kötzitz/Calbitz – alle in zeitypischer bescheidener medikaler Verfassung. Inwieweit Pilger mit dem möglichen Fernziel Santiago de Compostela in diesen Orten Samariter fanden, ist nicht bekannt. Eilenburg, das mittelalterliche Ilenburg, macht da eine Ausnahme. Seit 1255 bestand das (inzwischen längst vergangene) Georgenhospital. Die berühmtesten Ärzte Eilenburgs waren Heinrich Leopold Francke (1785 – 1853), Lehrer für Anatomie, Physiologie und Heilkunde an den beiden alten Dresdner Chirurgenschulen, Friedrich Ludwig Kreysig (1770 – 1839), Medizinprofessor in Wittenberg und Dresden, den man den „Hufeland Dresdens“ nannte, sowie Hermann Hartmann (1863 – 1923), der Begründer des Leipziger Ärztevereins („Hartmannbund“). Auf

dem Weg nach Leipzig liegen noch Wurzen und Borsdorf, wobei hier Wurzen mit seinem Jakobspital ebenso von Interesse ist wie das Pest- und Siechenhaus vor den Toren der Stadt. Auch städtische und private Badestuben gab es in Wurzen seit dem 15. Jahrhundert. Die Bader, Barbieri und Wundärzte ließen zur Ader, schröpften, verabfolgten Klystiere, nähten Wunden, richteten Knochenbrüche ein, behandelten Geschwüre und Geschwülste usw.

Südwestlich führt die Via Regia über Riesa nach Oschatz und Mutzschen. Meißen und Torgau lagen nicht an dieser damals bedeutenden Transitstraße! Der Hospitalweg in der Riesaer Innenstadt weist darauf hin, dass sich hier Einrichtungen zur Aufnahme und Pflege armer und hilfebedürftiger Menschen befunden haben. Ein Kloster bestand seit 1111. Die 1828 entdeckten „Mumien von Riesa“ sind eine Attraktion bei Klosterführungen. Reich an mittelalterlichen Pilgerstätten und Hospitälern ist Oschatz: St. Georg (1300), St. Elisabeth (1354), Hospital „Zum fernen Siechen“ (1394) und „Zum heiligen Geist“ sowie ein Kloster- und zwei Frauenhospitäler. Aktenkundig ist, dass in diesen Häusern Pilger, Obdachlose, Alte und Gebrechliche Platz gefunden haben. Im St. Georgenhospital wurden sogar Kranke aufgenommen und behandelt, was seinerzeit etwas Besonderes war (Abb. 5). Die medizinische Verwendung des nahegelegenen Schlosses Hubertusburg dagegen fällt in die Neuzeit [s. „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/2013]. Aus dem fast 1.000-jährigen Ackerbürgerstädtchen Mutzschen (heute an der A 14 gelegen) sind Handreichungen für Reisige vom Servitenkloster bekannt. Bedeutender ist Grimma, wo oft die meißnischen Markgrafen und sächsischen Kurfürsten residierten. Die Zisterzienserrinnen aus dem benachbarten Kloster Nimbschen, zu denen auch Katharina von Bora (1499 – 1552), die spätere Frau Martin Luthers, zählte, wurden zur Pflege im Grimmaer Stadthospital herangezogen. Vier weitere Hospitäler sind in Grimma zu nennen: „Zum Heiligen



Abb. 5: Das Siech- und Krankenhaus in Oschatz (um 1830)
© Repro aus „Die Geschichte des Oschatzer Krankenhauses“
von M. Schollmeyer / E. Strauch (2005), Bildausschnitt

Kreuz“ (1240), das Siechenhaus (1312), St. Georgen und das Johanner-Spital. 1691 machte hier auch der berühmt-berüchtigte Wunderdoktor Johann Andreas Eisenbarth (1663 – 1727) Station, wie überhaupt zu Zeiten der alten Via Regia fahrende Heiler und Heilmittelhändler den Weg säumten und auf Marktplätzen und Straßen ihre „Heil-



Abb. 6: Wundarzt im 17. Jahrhundert
© Repro aus „Das heilkundige Dresden“
von H.-E. Kleine-Natrop (1964)



Abb. 7: Das Georgenhospital in Leipzig (1749). Stadtgeschichtliches Museum Leipzig, Inv.-Nr. Mü.II/78 a. © Stadtgeschichtliches Museum Leipzig



Abb. 8: Anatomie einer schwangeren Frau (Holz, 17. Jh.).
Naturalienkabinett Waldenburg, Lincksammlung, Inv.-Nr. NAT
0140 L © Museum – Naturalienkabinett Waldenburg

kunst“ praktizierten, viele Scharlatane darunter und Quacksalber, aber auch manche, die besser waren als ihr Ruf (Abb. 6).

Über Leipzig am Schnittpunkt vieler Haupt- und Handelsstraßen Mitteleuropas muss eigentlich nicht viel gesagt werden. Als die Via Regia noch Via Regia war und nicht touristisches Marketingobjekt, kam Leipzig eine wichtige sanitätspolizeiliche, so die damalige Bezeichnung, Rolle zu, allein schon aufgrund des Ballungsraumes, den die Stadt bereits darstellte. Viel gab es zu tun. Weitgereiste aus Nishni Nowgorod oder Schlesien machten hier Halt, um dann eventuell nach Erfurt und Frankfurt am Main weiterzufahren, per pedes, mit zwei oder vier Pferdestärken, immer auf der Hohen Straße. Die Einschleppung von Seuchen galt es einmal mehr zu verhindern, unzählige Durchreisende waren zu versorgen, darunter auch Schwache, Kranke und Sterbende. Frühe heilkundliche Dienste boten in der Messestadt (ab 1165) seit 1213 das Georgen-Hospital und seit 1278 das Johannis-Hospital (Abb. 7). Die Entstehung der Universität war 1409

nicht nur den von Prag ausgehenden politischen Gegebenheiten geschuldet, sondern nicht zuletzt der Lage der Stadt an der Via Regia und Via Imperii. Den Dutzenden von Badern, Barbieren und Wundärzten der Stadt gesellten sich mit der Gründung der Medizinischen Fakultät 1415 nun akademisch ausgebildete und promovierte Doctores der Medizin hinzu, deren Praxisnähe jedoch oft zu wünschen übrig ließ. An stationären Einrichtungen zum Zwecke der sich allmählich entwickelnden Krankenbehandlung folgten den mittelalterlichen Hospitälern, Pest-, Lepra- und Syphilishäusern feststehende Lazarette und Ausgang des 18. Jahrhunderts das Jakobsspital, Keimzelle aller Leipziger Universitätskliniken, sowie ein großer Botanischer Garten. Einer der einflussreichsten „Samariter“ war der Professor, Leibarzt, Ratsherr und Dekan der Medizinischen Fakultät Heinrich Stromer (1482 – 1542), der aus Auerbach in Franken stammte und „Auerbachs Hof“ (in der heutigen Mädlerpassage) begründete. Ein kurioses Zeugnis aus Auerbachs Zeit stellte ein Aderlasskalender von 1495 dar, der für einen breiten Leserkreis gedacht war und sich an der für die Phlebotomie günstigste Planetenkonstellation orientierte. Verfasser war der Arzt, Astrologe und Humanist Johannes Wirdung von Haßfurt (1463 – 1540). In Leipzig gab es einen sammelwütigen Apotheker namens Johann Heinrich Linck (1674 – 1734), der zoologische und anatomische Besonderlichkeiten zusammentrug, die seit 1847 im Naturalienkabinett von Schloss Waldenburg ihre Heimstatt haben (Abb. 8).

Wenn sie sich denn erholt hatten und einigermaßen wiederhergestellt waren, konnten sich malade Reisende dann wieder auf den Weg machen, vielleicht gen Westen, wo heute hinter Makranstädt die alte Via Regia den Freistaat verlässt und nach Sachsen-Anhalt führt. Eine Pilgerreise auf ihr ist heute nicht mehr mit jener vor Jahrhunderten zu vergleichen. Damals fast immer religiös motiviert, ist sie heute ein moderner „Hype“ für gestresste Menschen, die auf diesem Weg auch nicht immer

zu Fuß gehen. Um die medizinische Versorgung braucht man sich in der Regel keine Sorgen zu machen. Es gibt auch wieder Pilgerherbergen, die aber, und das sei dem luxusverwöhnten Zeitgenossen mitgegeben, nicht mehr und nicht weniger sind

als preiswerte Unterkünfte. Ausruhen kann man da und vielleicht „sich selbst finden“.

In Königsbrück „Am Schlosspark“ zeigt die Ausstellung „Architekturmodelle“ noch bis 22. Januar 2017

detailgetreue Nachbildungen historischer Bauwerke an der Via Regia sowie eine Schauwerkstatt.

Literatur beim Verfasser
Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden

Lutz Bleidorn WaldLandschaft – Malerei. Zeichnung

Im Zentrum des künstlerischen Schaffens von Lutz Bleidorn (geb. 1973 in Rendsburg) steht die Malerei. Es entstehen aber ebenso Collagen, Fotografien und vor allem Zeichnungen. Das Grundthema Bleidorns – das ist für jeden erkennbar – ist die Landschaft, wobei die seit seiner Kindheit und Jugend in Schleswig-Holstein eine große Rolle spielt. Allerdings sollte man keine realistischen Schilderungen erwarten. In Bleidorns Bildern spiegeln sich Traum- und Erinnerungsfetzen sowie Stimmungen, die malerisch zu einer neuen Bildwirklichkeit vereint werden. Darin entdeckt man ganz Gegenständliches – etwa Bäume, einen Kirchturm oder Schiffe –, das sich mit abstrakten, schwer deutbaren Elementen und Farbflächen verbindet. Von besonderer Qualität ist die Farbkultur der Bilder, mit der auch erstaunliche Lichtstimmungen verbunden sind.

„Nahrung“ für den Künstler ist aber durchaus das ganz reale Naturerlebnis. Extrem wichtig sind ihm seine Streifzüge durch die Dresdner Heide. Dabei entstehen etwa wunderbar zarte, geheimnisvoll wirkende Baumzeichnungen. Ein wenig wird man bei diesen wie auch den oben genannten Lichtstimmungen an das Schaffen der Künstler der Romantik erinnert. Das gilt ebenso für Bleidorns „Gespenster“, die Erinnerungen, frühen Bedrückungen sowie gedanklichen Kinderausflügen in eine Phantasiewelt, aber ebenso heutigen Befindlichkeiten und Träu-



Lutz Bleidorn, Nacht unter dem Gebirge, 2014, Öl auf Leinwand, 120 x 190 cm.

men gelten. Diese surreal anmutenden Zeichnungen sind von großer Feinheit und Sensibilität, beschwören Schönes und Erstrebenswertes, aber ebenso Bedrohliches, Angstmachendes und Trauriges herauf.

Manches ist deutbar in Bleidorns Bildern, anderes entzieht sich einer Deutung. Es bleibt der unerklärbare Rest, der die Kunst zur Kunst macht. Lutz Bleidorn, der, nach anderen künstlerischen Ausbildungen in Hamburg, sich 2003 mehr zufällig in Dresden bewarb, erwarb 2009 an der Hochschule für Bildende Künste (HfBK) sein Diplom. Besonders prägend war für ihn die Studienzeit bei Elke Hopfe, bei der er auch Meisterschüler wurde.

Wichtige Schritte in die Öffentlichkeit waren bisher der Ankauf eines Werkes durch die Kulturstiftung des

Freistaates, das Hegenbarth Stipendium für Meisterschüler der HfBK, das von der Kulturstiftung der Ostsächsischen Sparkasse Dresden vergeben wird, die damit verbundene Ausstellung in der Städtischen Galerie sowie die Messeteilnahmen, besonders mit der Galerie Döbele, die ihn seit 2011 vertritt.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden
Kulturjournalistin

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer: 26. Januar bis 23. April 2017, Montag bis Donnerstag 9.00 bis 18.00 Uhr, Freitag 9.00 bis 16.00 Uhr, Vernissage: Donnerstag, 26. Januar 2017, 19.30 Uhr.