

Editorial	Patientenrechte – Quo vadis?	444
Berufspolitik	9. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“ Parteien auf dem Prüfstand	445 447
Gesundheitspolitik	Welche Droge passt zu mir? „Sachsen bewegt sich“ – Erster landesweiter Aktionstag	448 449
	Patientensicherheit und Fehlermanagement	450
	CIRS-Fall	452
	Sonderregelung für Ärzte zur Betreuung von Herzgruppen	452
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	453
	Ärztliche Stelle RÖV/StrlSchV: Zertifizierungsvorgaben	456 458
	Welt-Polio-Tag 2017	458
	Neue Substitutions-Richtlinie zur Behandlung von Opioidabhängigen	460
Verschiedenes	Existenzgründer- und Praxisabgebtag	455
Mitteilungen der Geschäftsstelle	57. Tagung der Kammerversammlung Kammerversammlung der Wahlperiode 2015 – 2019	461 461
	Befragung Ärztliche Weiterbildung	461
	Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	462
	Selbsthilfegruppe für suchtkranke Ärzte und Zahnärzte	462
	Mitgliederversammlung der KÄK Bautzen	462
	Konzerte und Ausstellungen	462
Medizinische Fachangestellte	Tarifabschluss MFA 2017	463
	Fortbildung MFA – wer bezahlt?	463
	Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“	464
	MFA-Fachkabinett für Leipzig	464
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	469
Tagungsbericht	„Endlich auch einmal etwas für Ärzte selbst“ – 1. Sächsischer Fortbildungstag	471
Originalie	Langzeittherapie der Osteoporose	472
Leserbriefe	Schöne@digitale Welt	474
	Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis	474
Personalia	Jubilare im November 2017	476
Feuilleton	Ein Bauer als Kaltwasserheiler	478
Kunst und Kultur	Michael Hofmann – Der besondere Moment	481
	Einhefter	
	Satzungsveröffentlichung der Sächsischen Ärzteversorgung Fortbildung in Sachsen – Dezember 2017	



9. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“
Seite 445



Parteien auf dem Prüfstand
Seite 447



Michael Hofmann – Der besondere
Moment
Seite 481

Titelbild: Querschnitt einer osteoporosegeschädigten Wirbelsäule
© fotolia/smeyli77

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

Patientenrechte – Quo vadis?

Das Patientenrechtegesetz ist seit vier Jahren in Kraft. Es normiert die Arzt- und Patientenbeziehung noch stärker, verstärkt Informations- und Auskunftspflichten und bündelt ansonsten das, was zuvor gesetzestechnisch an unterschiedlichen Stellen verortet war. Mit Blick auf die nächste Legislatur des Deutschen Bundestages ist davon auszugehen, dass es wesentliche Neuerungen bezüglich des Arzthaftungsrechtes geben wird, gleich welche Farbenkombination das Land erleuchten wird. Dies sagten so ziemlich unisono alle Vertreter der relevanten Parteien auf einer Diskussionsveranstaltung zum Thema Patientenrechte des GKV-Spitzenverbandes Ende Mai 2017 in Berlin. Dort gab es viel Kritik an den Mediziner:innen. Viele würden bewusst haftungsrechtliche Verfahren verzögern, Unterlagen nur zögerlich herausgeben, manche sogar Dokumente fälschen und viele Haftungsverfahren würden zu lange dauern. Und der Patient käme oft nicht zu seinem Recht. Vor allem in den Fällen, in denen der Zusammenhang zwischen Fehler des Arztes und dem eingetretenen Schaden nicht eindeutig belegbar wäre, wäre der Patient gekniffen. Einmal abgesehen von dem Generalvorwurf, der so nicht stimmt, gibt es selbstverständlich auch Fehlverhalten bei Ärzten, aber dies trifft letztlich auf alle Berufe zu. Zweifelsfrei gibt es auch Fälle, wo Patienten zu ihrem vermeintlichen oder tatsächlichen Recht nicht kommen. Es steht doch aber die Frage im Raum, warum dies so ist? Eben weil bei der Komplexität und Kompliziertheit von Diagnostik, Therapie und „Schaden“ oft die kausalen Zusammenhänge nicht eindeutig klar sind, was sich auf die rechtliche Bewertung auswirken muss. Die parteienübergreifende Antwort auf dem Symposium war eine Forderung nach der regelhaften partiellen Umkehr der Beweislast. Habe ein Patient nachgewiesen, dass es einen Fehler und einen Schaden gegeben hat, müsse der behandelnde Arzt künftig



Dr. med. Stefan Windau © SLÄK

in der Pflicht sein, zu widerlegen, dass es einen Zusammenhang gäbe.

Der ehemalige Staatssekretär und Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl Josef Laumann, seit einigen Wochen Gesundheitsminister in NRW, ging noch weiter und formulierte in seinem Bericht als Patientenbeauftragter am 9. Mai 2017 wörtlich: „Es muss künftig reichen, wenn der Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden überwiegend wahrscheinlich ist.“ Würde die Politik diesen Grundaussagen des Symposiums und Herrn Laumann folgen, würde das die Arzt-Patient-Beziehung noch mehr belasten. Überdiagnostik und Dokumentationswahn sowie Defensivmedizin bis hin zur Nichtbehandlung wären die Folgen! Eine Juristin mahnte auf dem Symposium vor diesen Änderungen. Die stellvertretende Vorsitzende des Senates des Bundesgerichtshofs für Arzthaftungsrecht, Vera von Pentz: „Eine Herabsetzung der Haftungsschwelle könnte zu einer Risikovermeidung führen. Im schlimmsten Falle kann das dafür sorgen, dass die flächendeckende Versorgung nicht mehr gewährleistet ist“.

Es gibt sicherlich ganz unterschiedliche Motive von Politikern, sich für die partielle regelhafte Umkehr der Beweislast (zu Lasten der Ärzte) einzusetzen.

Lassen wir aber die Ideologen einmal beiseite und unterstellen den meisten Akteuren lautere Absichten zu Gunsten der Patienten, diesen zu helfen, wenn ein Schaden entstanden ist, aber ein Fehler als dafür ursächlich nicht belegbar und oft auch wirklich nicht dafür verantwortlich ist. Dann sollten wir die aktuelle Rechtssystematik einmal vom Ende her überdenken. Selbst wenn ein Arzt einen Fehler, ich meine hier eindeutige Fälle, erkennt, so verlöre er ziemlich wahrscheinlich seinen Versicherungsschutz, wenn er zudem mitteilt, er komme für den Schaden auf. Auch dies gehört zur Realität. Auch dies wissen die Politiker – aber sie nehmen es billigend in Kauf. Auch das gehört zur Ehrlichkeit.

Nach meiner ganz persönlichen Meinung sollten wir uns lieber Gedanken über einen Entschädigungsfonds für Patienten machen und zwar für die Fälle, wo ein Schaden entstanden ist, die Kausalität aber nicht hinreichend in Bezug auf einen Fehler zu klären ist. Auch diesen Gedanken gab es auf dem Symposium, auch hier gab es große Übereinstimmung, das muss man fairer Weise dazusagen. Dabei fallen mir als DDR-Bürger die Begriffe MVGe (Materielle Verantwortlichkeit) und emU (erweiterte materielle Unterstützung) ein, die sicherlich nicht 1:1 übertragbar sind, aber immerhin bedenkenswert.

Die Politik wäre gut beraten, die Dinge vom Kopf wieder auf die Füße zu stellen und wirklich weiterführende Lösungen zu suchen. Dazu sollten sich alle Beteiligten an einen Tisch setzen. Nur das birgt die Chance, dass sich auch für die Patienten etwas verbessert, die vermeintlich oder tatsächlich jetzt nicht zu ihrem Recht kommen! Der jetzt von der Politik avisierte Weg führt in die Irre und schadet letztlich den Patienten in ihrer Gesamtheit, selbst wenn er dem Einzelnen manchmal nützen würde.

9. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Das 9. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“ fand am 13. September 2017 im nordsächsischen Oschatz statt. Netzwerkpartner, Ärzte, Bürgermeister, Vertreter von Krankenhäusern, Kassen und der ärztlichen Selbstverwaltung waren interessiert an den Entwicklungen der ärztlichen Versorgung in Sachsen und den beiden Hauptthemen „Telemedizin“ sowie „Facharztweiterbildung im Verbund“.

Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, übernahm den Einstieg ins Tagesprogramm. Er sprach über die Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen, stellte Ziele sowie aktuelle Projekte des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ vor und lud die Netzwerkpartner ein, eigene Förderprogramme über die Webseite www.aerzte-fuer-sachsen.de bekannt zu machen.

Martin Strunden, Referatsleiter im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, ging in seinem Vortrag auf die Vorhaben der Staatsregierung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen ein. Das Sozialministerium sieht in dem Thema eine wichtige Komponente der künftigen medizinischen Versorgung und fördert aktuell sächsische Telemedizin-Projekte wie E-Health Start Ups im Leipziger Gründerzentrum oder den Aufbau eines Antibiotikanetzwerkes in Nordwestsachsen. Ein wichtiges Ziel ist dabei auch, die Akzeptanz von Seiten der Ärzte und Patienten zu erhöhen.

Die folgenden vier Vorträge nahmen das Thema „Digital Health“ aus praktischer Sicht auf. Lysann Kasprick, Geschäftsführerin des GeriNet Leipzig, stellte das Netzwerkprojekt „ATMoSPHÄRE“ vor, bei dem es um ein IT-gestütztes Versorgungsmanagement für chronisch erkrankte, multimorbide ältere Patienten geht. Das Projekt ist nicht nur abgestimmt auf die medizinischen Aspekte, son-



Dr. med. Jürgen Flohr vom Leipziger Gesundheitsnetz e.V. erklärt mit seinem Netzmanager Sebastian Klein die „Elektronische Visite“.

© SLÄK

dern koordiniert auch bedarfsorientierte Interventionen in den Bereichen Bewegung, Kognition und Ernährung. Auf der IT-Plattform werden für Patienten zum Beispiel Coachingprogramme für die Fortführung von Rehabilitationsmaßnahmen veröffentlicht. Der Arzt wiederum hat die Möglichkeit, die Vitalparameter während der Übungen über eine Verlaufsdokumentation auswerten zu können.

Mit „EIVI: Elektronische Visite für Ärzte“ wurde ein zweites Projekt durch Dr. med. Jürgen Flohr, Vorstandsvorsitzender des Leipziger Gesundheitsnetz e. V., präsentiert. Er schilderte seine Erfahrungen mit der Telemedizinsoftware, die zur Durchführung von Videosprechstunden über PC, Tablet, Laptop oder

Smartphone bestimmt ist. Durch die Software kann ein regelmäßiger Arzt-Patienten-Austausch gewährleistet werden, ohne lange Anfahrts- und Wartezeiten. Besonderen Nutzen hat dies im Rahmen einer Rufbereitschaft außerhalb der Sprechzeiten. „Zwei Anfahrten in der Rufbereitschaft am Wochenende konnte ich mir sparen“, berichtete einer der teilnehmenden Ärzte. Ziel ist die kontinuierliche ärztliche Versorgung vor allem in Pflegeeinrichtungen. Patienten sowie Pfleger nahmen die neue Art der Kommunikation erfreulich gut an. Doch wird der persönliche Kontakt auch weiterhin explizit gewünscht. Dr. Flohr zitierte dazu eine Pflegeheimpatientin: „Hauptsache Sie kommen auch weiter persönlich zu mir ins Heim!“ Für die Live-Demonstration der elektronischen



Rund 80 Gäste verfolgten die Vorträge im besonderen Ambiente des Tagungssaals „das O“ inmitten des O-Schatz-Parks. © SLÄK

Visite interessierten sich viele der Anwesenden in der Veranstaltungspause.

Das dritte konkrete Projekt, nämlich der Aufbau eines „Antibiotikanetzwerkes in Nordwestsachsen“, wurde vorgestellt durch Dr. med. Thomas Grünewald vom Klinikum St. Georg in Leipzig. „Jährlich werden 10.500 Tonnen Antibiotika in der EU verteilt“, so Dr. Grünewald. Die Folgen sind resistente Bakterien und Multiresistenzen. Um die Vergabe von Antibiotika zu strukturieren und unnötige Verschreibungen zu verhindern, wird ein überregionales Netzwerk aufgebaut. Durch moderne Kommunikationsstrukturen werden Beratungen und Schulungen für eingebundene niedergelassene Ärzte und Klinikärzte angeboten sowie eine kontinuierliche Erfassung und Analyse von Verwaltungsdaten und mikrobiologischen Daten vorgenommen.

Im Anschluss referierte Dr. med. Jessica Barlinn über das Netzwerk „Schlaganfallversorgung in Ostachsen“ (SOS-Net). Die Leiterin der Pro-

jekte SOS-Net und SOS-Care (Schlaganfall-Nachsorge) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden erklärte, man errichte mit dem Netzwerk eine patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsstruktur, in deren Zentrum die schnelle und fachliche Beratung der teilnehmenden Einrichtungen durch Videokonferenzen mit dem Dresdner Universitäts Schlaganfallzentrum (DUSC) steht. In einem nächsten Schritt gehe es jetzt um die Integration der ambulanten Nachsorge in das Schlaganfallnetzwerk Ostachsen (INAN-SOS).

Nach dem großen Block zu „Digital Health“ lag der zweite Schwerpunkt der Veranstaltung auf dem Thema „Facharztweiterbildung im Verbund“. Andrea Keßler vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz stellte die Wichtigkeit des Themas für den Freistaat dar. So stehen für die ärztliche Nachwuchsgewinnung beim Ministerium zwei neue Fördertöpfe bereit. Zum einen werden Zuschüsse für Weiterbildungsverbände, vorrangig in der

Allgemeinmedizin, gewährt. Zum anderen wird die Weiterbildung in grundversorgenden Facharztbereichen unterstützt. Denkbar sei etwa die Förderung von zehn zusätzlichen Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern in den grundversorgenden Fachrichtungen. Zur Förderung und Begleitung von Weiterbildungsverbänden wird außerdem eine neue Geschäftsstelle in der Sächsischen Landesärztekammer eingerichtet. Deren Hauptaufgabe wird es sein, neue und bestehende (vor allem regionale) Weiterbildungsverbände bei der Gründung und Erweiterung sowie dem Aufbau einer effizienten Organisation zu unterstützen.

Im letzten Vortrag des Abends wurde als Praxisbeispiel der Weiterbildungsverbund „Oberlausitzer Bergland“ durch Petra Puschmann, Personalleiterin am Klinikum Oberlausitzer Bergland, präsentiert. Der Weiterbildungsverbund erleichtert die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der ostsächsischen Region um Zittau durch eine vertragliche Absicherung über die gesamte Weiterbildungszeit von 60 Monaten und die koordinierte Planung und Organisation der Einsätze. Am Ende erhielt Frau Puschmann viele Fragen von Teilnehmern zu ihren Erfahrungen, was die vertraglichen Regelungen unter den Verbundpartnern betrifft.

Die abschließende Diskussion zum Thema „Digitalisierung“ zeigte, dass den angestrebten Vorteilen in der Versorgung momentan noch viele Sorgen – vor allem um Datensicherheit und erhöhten bürokratischen Aufwand für Ärzte – entgegenstehen. Klar wurde aber auch, dass nur durch die aktive Mitgestaltung der Ärzte die Entwicklung in Richtung sinnvoller Anwendungen gehen kann.

Anna Josefine Ryssel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Parteien auf dem Prüfstand

Vor der Bundestagswahl 2017 hatte der Landesverband der Freien Berufe Sachsen die sächsischen Vertreter der Parteien zu einer Diskussionsrunde eingeladen. Darin ging es insbesondere um die Themen Freiberuflichkeit, EU-Deregulierung, Dienstleistungsbinnenmarkt, Verbraucherschutz und soziale Sicherung. Alle Gäste betonten, dass Freiberufler, wie Ärzte, Architekten, Anwälte oder Steuerberater, die Wirtschaft wesentlich stützen und eine hohe gesellschaftliche Bedeutung haben. Die Freien Berufe stünden für Qualität, Verbraucherschutz und Regelkonformität.

EU-Deregulierung

In Bezug auf die Deregulierungsbestrebungen der Europäischen Union (EU) herrschte erstaunlicherweise Einmütigkeit: Die Deregulierung dürfe nicht zu einem Absenken der Qualitätsstandards in Deutschland führen, die Unabhängigkeit müsse gewährleistet bleiben und die Berufszugangsregelungen dürften im Sinne des Verbraucherschutzes nicht weiter abgesenkt werden. Letztendlich habe sich das deutsche System der Freien Berufe bewährt und sollte unangetastet bleiben.

Weiterentwicklung der EU

Die Frage, wie sich die Gäste die Weiterentwicklung der EU vorstellen, beantworteten fast alle damit, weniger Eingriffe zuzulassen und keine weiteren Kompetenzen an die EU abzugeben. Das Vertrauen der Bürger dürfe mit Blick auf den Brexit nicht weiter beschädigt werden. Probleme im Institutionengefüge müssten gelöst und der Integrationsprozess fortgesetzt werden. Ohne eine mehrheitliche Akzeptanz würde die EU nicht überleben, wurde betont. Mit Blick auf die chinesische Konkurrenz sei ein Binnenmarkt ein wesentlicher Punkt. Bis auf die AfD sprachen sich alle Gäste für den Ausbau und die Weiterentwicklung der EU aus.

Soziale Sicherungssysteme

Bei dem Thema soziale Sicherungssysteme gab es mehr Kontroversen.



In der Diskussion waren vertreten (v.l.): Dr. Gerd Lippold (Bündnis 90/Die Grünen); Nico Brünler (Die Linke), Sprecher für Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik; Frank Heidan (CDU), Vorsitzender des Arbeitskreises Arbeit, Wirtschaft und Verkehr; Hans-Joachim Kraatz, Präsident des LFB Sachsen; Antje Hermenau, Moderatorin und ehemalige Landtagsabgeordnete; Henning Homann (SPD), stellv. Fraktionsvorsitzender, Mitglied im Ausschuss Wirtschaft, Arbeit und Verkehr; Dr. Kirsten Muster (AfD), stellv. Fraktionsvorsitzende; Mike Hauschild (FDP) © SLÄK

So verteidigten die Vertreter der Freien Berufe, wie auch die CDU und FDP, das solidarische Rentenversicherungssystem aus privat und gesetzlich, da es sich seit über hundert Jahren bewährt habe. SPD, Linke und Grüne plädieren dagegen für eine Bürgerversicherung, um ungefähr zehn Millionen Menschen in Deutschland auch im Alter abzusichern, für die es derzeit keine Alterssicherung gäbe. Man wolle die Altersarmut in ähnlicher Weise bekämpfen, wie in Österreich. Dort sei eine einheitliche Regelung gefunden worden, ohne die bisher privat Versicherten schlechter zu stellen. Von Enteignung, wie es die CDU formuliere, könne dabei keine Rede sein, denn es würde Übergangsfristen geben, um erworbene Rentenansprüche zu garantieren. Die AfD strebt dagegen eine ausschließlich private Regelung an,

wobei auf Grund fehlenden Fachwissens hier noch keine endgültige Position eingenommen wurde. Zuletzt sollten alle Parteivertreter das Renteneintrittsalter in zehn Jahren nennen. Alle bleiben bei 67 Jahren. Allerdings sollte es keine starren Grenzen, sondern branchenspezifische Regelungen geben.

Wahlergebnis

Nach den Ergebnissen der Bundestagswahl wird sich nun zeigen, wie die CDU mit ihren neuen Koalitionspartnern ihre Ziele erreichen will. In einer Jamaika-Koalition dürften die Punkte EU, Obergrenze sowie Renten- und Krankenversicherung zu großen Kontroversen führen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Welche Droge passt zu mir?

Ein Theaterprojekt nicht nur für Schüler

Hanna, 32, Hausfrau, IQ 120, müsste eigentlich glücklich sein. Sie hat einen berufstätigen Ehemann, einen siebenjährigen Sohn mit musikalischer Leidenschaft und ein altes Haus, das sie in ein paar Jahren ihr Eigen nennen kann, wenn die Schulden bezahlt sind. Klingt perfekt.

Doch Hanna ist nicht zufrieden. Fragen nach ihrer tiefsten Sehnsucht und ihrer größten Angst umgeben sie. Bis Hanna einem jungen Mann in der Bahn eine kleine, durchsichtige Tüte mit Tabletten zurückgibt, die ihm aus der Hose gefallen war. Von da an ist sie fixiert auf den wundersamen Inhalt. Und als wäre es Schicksal, begegnen sich beide in ihrem Haus wieder. Sie hat Handwerker bestellt und er ist der Lehrling. Vier Tage lang beobachtet sie ihn genauestens bis sie sich Seneca, ihres philosophischen Beraters, entsinnt: „Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht. Sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer.“

Hanna sieht nun ihre Chance in diesem Lehrling. Sie sieht die Chance auf Veränderung und ergreift diese. Ihre Einstiegsdroge ist eine einfache Tablette mit „niedlichen“ Motiven darauf wie Herz oder Kaktus. Sie fühlt sich gut, hat Spaß. Der Haushalt geht so flott wie nie, sie liebt Sohn und Mann. Aber wehe, wenn die Wirkung nachlässt. Der Beginn eines Teufelskreises.

Hanna lernt jetzt viel. Chemische Prozesse im Körper, vor allem im Kopf, interessieren sie besonders. Doch es bleibt nicht nur bei einfachen Tabletten. Nein, die wohl situierte Hanna probiert alles Mögliche aus und lässt das Publikum an den Wirkungen teilhaben. Speed, wenn man Abnehmen möchte, Ecstasy für Zärtlichkeiten, Kokain für die heroische Seite und Crystal Meth gegen tiefe Müdigkeit. Hanna stellt nun



Hanna verliert sich auf der Suche nach Glück.

© Josef Zschornack

gerne mitten in der Nacht Möbel um oder tanzt mit einer Flasche Sekt auf dem Dach. Der Zuschauer konnte bis hierhin noch an eine Einführung in den Drogengebrauch glauben.

Doch die Probleme beginnen, als der Lehrling nicht mehr auftaucht und somit der Drogendealer verschwindet. Hannas omnipotentes Hochgefühl ist schnell weg, als sie bemerkt, ohne Drogen kann sie den Alltag nicht überstehen. Ein neuer Dealer muss gefunden werden. Die Sucht treibt Hanna in dunkle Parks oder schaurig entlegene Wohnviertel, um sich ihre Mittel zu beschaffen.

Der Zuschauer merkt, die Situation von Hanna ist gar nicht so wohl situiert, wie es den Anschein macht. Ihren Sohn, der öfter weinend aus der Schule kommt, weil Mitschüler ihn prügeln, kann Hanna nur noch unter Drogeneinfluss ertragen. Nur mit geweiteten Pupillen schafft es die Mutter ihrem Sohn Liebe entgegen zu bringen, wenn er wieder einmal mit der Blockflöte übt. Und auch die Bedürfnisse ihres Ehemannes, der sich von ihr ein zweites Kind wünscht, kann sie nur unter Drogen ertragen.

In diesem Theaterstück geht es so weit, dass Hanna ungewollt schwanger wird und mit der Einnahme der verschiedensten Mittel, wie Kokain, Crystal Meth, Speed, LSD etc., versucht, den ungeborenen Fötus zu töten.

Spätestens jetzt ist auch der letzte der jungen Zuschauer still geworden. Durch die Nähe im Theaterraum ist der Verfall einer Frau körperlich spürbar. Gereiztheit, Erschöpfung, Elend und absolute Verzweiflung. Am Schluss hat das Publikum eine verstörte Frau mit zerzausten Haaren und einem ärmlichen Blick vor Augen, deren Fassade endgültig zerbrochen ist.

Hanna, eindrücklich gespielt von Karina Schiwietz vom Ensemble La Vie, ist aber noch nicht am Ende, denn nach den Vorstellungen steht sie zusammen mit dem Regisseur und einem Vertreter der Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer für Fragen zur Verfügung. In den Gesprächen wird eines sehr deutlich: Die jungen Gäste des Theaterstückes wollen die Legalisierung von Cannabis, denn „es nehmen sowieso alle. Und wäre es legal, dann wäre der Reiz weg und der Staat könnte die Zusammensetzung des Stoffes kontrollieren“.

Alle Publikumsgespräche sind durch ein hohes Interesse am Thema, die Bereitschaft zur offenen Auseinandersetzung mit dem Stück und eigenen Erfahrungen gekennzeichnet.

Dr. med. Thomas Barth, Chemnitz: „Die Schüler und andere Gäste stellen interessiert Fragen und diskutieren miteinander ihre Sicht auf die Drogenproblematik. Es war insgesamt eine sehr wichtige Veranstaltung, da

sowohl die im Stück dargebotene spezifische Sichtweise auf das Thema ‚Drogen und Sucht‘ als auch die konkrete Darstellung die Anwesenden sehr beeindruckte und zum Nachdenken anregte. Das Theater stellt eine effektivere Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der Problematik in der Gesellschaft dar, als ein Vortrag dies könnte, weil eben nicht ausschließlich ‚dagegen‘ argumentiert wird, gleichzeitig aber durch die Publikumsgespräche auch ein Podium für fachlich unterstützte Auseinandersetzung gegeben war. Derartige Veranstaltungen sollten sehr viel mehr unterstützt und genutzt werden, um sich gerade im Jugendbereich dem Thema zu nähern.“

Dr. med. Frank Härtel, Vorsitzender der Kommission „Sucht und Drogen“: „Ein sehr gelungener Abend! Es ergänzen sich vortrefflich die Leis-

tungen einer brillanten und wandlungsfähigen Schauspielerin, gute Regie und Wissen um den Abwärtszog und die Tatsachen im Verlauf von Suchterkrankungen. Dabei greift das Stück über das Suchtfeld hinaus auf allgemein menschliche Konflikte und bettet das Suchtgeschehen in einen größeren Rahmen ein. Die individuelle Darstellung macht in ihrer Deutlichkeit teilweise sehr betroffen. Das interessierte Publikum war sehr bewegt, manchmal atemlos und aufmerksam dabei. In der Diskussion mit den überwiegend erwachsenen Besuchern war zu spüren, dass allen das Gewicht des Drogenproblems evident ist.“

Dr. med. Theresa Glöckler, Oberärztin, Klinikum Dresden-Neustadt: „Die Schauspielerin Karina Schiwietz als selbstbewusst mitten im Leben stehende Hanna, weckt mit ihrer kon-

frontierenden Direktheit in faszinierender Präsentation der ‚Vorzüge‘ diverser illegaler Drogen die Neugier eines jeden Zuschauers. Man fühlt sich fast aufgefordert ihren Anleitungen zu folgen. Der glanzvolle Aufbruch zu Neuem endet in einem zerstörerischen Desaster der Abhängigkeit, aus dem es kein Entrinnen gibt. Dem anfänglichen Gefühl der Neugier und des Ausprobierenwollens, weicht Beklommenheit, Entsetzen und Sprachlosigkeit, dass es so weit kommen konnte... Besser kann man sich diesem Thema nicht nähern.“
„Welche Droge passt zu mir?“ richtet sich vor allem an Schüler höherer Klassenstufen und kann auf Anfrage auch in anderen Regionen Sachsens zur Aufführung gebracht werden.

Anna Josefine Ryssel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Sachsen bewegt sich

Erster landesweiter Aktionstag

„Man bewegt sich nicht weniger, weil man alt wird, sondern man wird alt, weil man sich weniger bewegt, – also bewege dich!!“
(Täve Schur)

Am 23. September 2017 fand an 17 verschiedenen Volkshochschulstandorten in ganz Sachsen der landesweite Aktionstag „Sachsen bewegt sich“ unter der Schirmherrschaft der Sächsischen Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Barbara Klepsch, statt.

Der Sächsische Volkshochschulverband e. V. und der Ausschuss „Prävention und Rehabilitation“ der Sächsischen Landesärztekammer haben diesen Aktionstag gemeinsam initiiert. In der Volkshochschule Muldentale eröffneten am Standort Grimma sowohl die Ministerin, als auch die Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Med. Petra Albrecht, mit ihren Grußworten den Aktionstag und würdigten den Beitrag der Volkshochschulen, den sie mit ihren zahlreichen Bewegungs- und Entspannungskursen der sächsischen Bevölkerung bieten.



Dr. med. Ina Ueberschär (Ausschuss Prävention und Rehabilitation), Barbara Klepsch (Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz), Dipl.-Med. Petra Albrecht (Sächsische Landesärztekammer) (v.l.)

In einem ärztlichen Impulsvortrag bekamen die Teilnehmer wertvolle Informationen, warum Bewegung in jedem Lebensalter sowohl für unseren Körper als auch für unsere Psyche von großer Bedeutung ist.

Anschließend wurde „bewegt“. Dafür hatten die Volkshochschulen an allen 17 Standorten abwechslungsreiche Schnupperangebote vorbereitet. Die Teilnehmer probierten sich zum Beispiel in Drums Alive, Pilates, Blackroll® Moves, Line Dance, QiGong oder Krav Maga aus. Die Kleinen konnten sich bei Zumba, Kinderturnen oder Kindertanz ausprobieren. Wie einfach es ist, sich täglich zu bewegen, zeigten ein Kunstspaziergang über den Brühl in Chemnitz, eine Pilzwanderung in Hoyerswerda, QiGong im Park von Markranstädt oder eine Wanderung durch den Schlossgarten in Zschopau. Auf Grund des guten Wetters wurden diese Angebote rege genutzt. Fazit: An diesem Samstag kam Sachsen „in Bewegung“.

Claudia Knabe
Fachreferentin
Sächsischer Volkshochschulverband e. V.
E-Mail: knabe@vhs-sachsen.de

Patientensicherheit und Fehlermanagement

Frühe Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Medizinstudium

T. Esper¹, Th. Ohlenbusch-Harke¹, H. Pichl¹, A. Hanel², M. Eberlein-Gonska²

Im Wahlfach „Fehler in der Medizin – Anforderungen an die Patientensicherheit“ werden bereits im Medizinstudium umfassende Kenntnisse und Strategien der Fehlervermeidung und -bearbeitung für den ärztlichen Arbeitsalltag vermittelt.

Das Gesundheitssystem hat die Aufgabe, eine Versorgung auf höchstem Niveau sicherzustellen. Ärzte tragen hierzu eine maßgebliche Verantwortung und versuchen, dieser im Versorgungsalltag auf hohem Niveau zu entsprechen. Dennoch geschehen Fehler in der Behandlung von Patienten, die zum Teil mit erheblichen Konsequenzen einhergehen. Zudem ist bekannt, dass ein Behandlungsfehler auch für die verantwortlichen Mitarbeiter eine hohe Belastung darstellt. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „second victim“ geprägt worden. Um mit den Studierenden schon frühzeitig und umfassend Strategien zur Fehlervermeidung und zum konstruktiven Umgang mit Behandlungsfehlern zu erarbeiten, findet an der Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Dresden das viertägige klinische Wahlfach „Fehler in der Medizin – Anforderungen an die Patientensicherheit“ statt. Es wird vom Medizinischen Interprofessionellen Trainingszentrum MITZ (siehe Infokasten) und dem Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement

Im **Medizinischen Interprofessionellen Trainingszentrum (MITZ)** der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden werden seit 2008 ärztliche Basisfertigkeiten vermittelt. Die Studierenden trainieren an Modellen in einem Skills Lab manuelle Fertigkeiten von der venösen Punktion bis zur Atemwegssicherung. Kommunikative Kompetenzen, zum Beispiel die Anamneseerhebung oder ein Gespräch in einer palliativen Situation, werden zusammen mit Schauspielpatienten eingeübt. Das Zentrum führt Lehrveranstaltungen durch, die in die Dresdener Pflichtcurricula der Studiengänge Humanmedizin und Zahnmedizin integriert sind. Außerdem bietet das MITZ fakultative und Wahlveranstaltungen an, zu denen das Wahlfach „Fehler in der Medizin – Anforderungen an die Patientensicherheit“ zählt. Die Expertise des MITZ ist zudem bei didaktischen Schulungen, der Entwicklung von Curricula, modernen Lehr- und Prüfungsformaten sowie der Lehrforschung gefragt.

des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden gemeinsam durchgeführt.

Ablauf und Inhalte des Wahlfachs

Schon in der Eingangsreflexion mit den Studierenden wird deutlich, dass die Thematik auch für sie relevant ist. Denn alle Teilnehmenden haben in der Regel in ihren praktischen Einsätzen bereits Fehler in der Patientenversorgung miterlebt beziehungsweise beobachtet. Sie formulieren unter anderem folgende Erwartungen und Anliegen an das Wahlfach: Methoden und Instrumente zur Fehlervermeidung zu erhalten, das Selbstvertrauen bei bereits eingetretenen Fehlern zu behalten und die Kommunikation von Fehlern zu üben.

Die Inhalte der Lehrveranstaltung umfassen fünf Themengebiete:

- Grundlagen,
- Strategien zur Fehlervermeidung,
- konstruktiver Umgang mit Behandlungsfehlern,
- Lernen aus Fehlern und
- persönlicher Umgang mit (Mit-) Schuld und Verantwortung für einen Behandlungsfehler.

Bei den Grundlagen geht es um die Relevanz von Fehlern in der Medizin, um Fehlerursachen, Fehlertheorien und um das juristische Basiswissen. Im zweiten Themenkomplex werden Strategien zur Fehlervermeidung erörtert. So erfahren die Studierenden beispielsweise anlässlich einer Exkursion in die Klinikapotheke, welche Maßnahmen zur Vermeidung

von Medikationsfehlern ergriffen werden. In einem Seminar erarbeiten sie Regeln für eine fehlervermeidende Kommunikation im klinischen Arbeitsalltag und wenden sie in einer Simulationsübung an.

2017 gab es zwei inhaltliche Ergänzungen: Erstmals fand ein Training der frühen Fehlerdetektion statt: Die Studierenden hatten die Aufgabe, in einem Patientenzimmer die nachgestellten Fehler und medizinische Risiken zu entdecken, um für die Patientensicherheit im Arbeitsalltag sensibilisiert zu werden. Außerdem wurde ein Feedbacktraining in die Lehrveranstaltung aufgenommen. Denn ein gutes Feedback geben zu können, kann Fehlern vorbeugen und die Bearbeitung eines Fehlers erleichtern. Um den Studierenden weitere Strategien zum konstruktiven Umgang mit Fehlern mit auf den Weg zu geben, wird die Kommunikation eines Behandlungsfehlers im Behandlungsteam und gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen in einem Rollenspiel und einem Gespräch mit Schauspielpatienten trainiert. Als eine Methode zur Fehleranalyse lernen die Teilnehmenden das sogenannte London-Protokoll kennen. Bei diesem Verfahren werden die fehlerbegünstigenden Faktoren eines Falls herausgearbeitet und Lehren für eine künftige Fehlervermeidung gezogen. Damit leitet diese Methode zum nächsten Themengebiet über, dem Lernen aus Fehlern. In diesem Zusammenhang wird das CIRS (Critical Incident Reporting System) intensiv beleuchtet.

¹ Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum (MITZ) der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden,

² Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Gruppenbild der Teilnehmenden dieses Jahres mit Prof. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska (1. Reihe, 2. v.l.)

© Stephan Wiegand

Behandlungsfehler stellen die verantwortlichen Mitarbeiter vor die Herausforderung, das Geschehene zu verarbeiten. Im April 2016 widmete der WDR diesem Themenfeld die Reportage „Wie Ärzte mit Fehlern umgehen“ und unterstrich dadurch die Bedeutung dieses Themas. Deshalb ist es ein weiteres, wichtiges Anliegen des Wahlfachs, den persönlichen Umgang als Arzt mit einem Fehler und Bewältigungsstrategien zu thematisieren: In einer intensiven, selbsterfahrungs-basierten Gesprächsrunde kommen Erlebnisse und die damit verbundenen Emotionen und deren Verarbeitung zur Sprache.

In den bisherigen Abschlussevaluierungen stuften die Studierenden die berufliche Relevanz und den Praxisbezug des Wahlfachs als sehr hoch ein. Sie gaben an, dass sie die vermittelten Strategien auch im Berufsalltag anwenden werden. Insgesamt wurde die Lehrveranstaltung in diesem Jahr mit der Schulnote 1,4 bewertet.

Patientensicherheit ins Medizinstudium integrieren

Patientensicherheit und Fehlermanagement stellen wichtige Themen des ärztlichen Berufsalltages dar, deren konsequente und strukturierte Einbindung in die studentische Lehre bisher nur in Ansätzen verankert ist. Aufgrund der hohen Bedeutung der Thematik veröffentlichte die WHO 2009 einen Leitfaden für ein Curriculum zur Patientensicherheit für das

Medizinstudium. Auch der im Jahr 2015 verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) umfasst die relevanten Inhalte zur Patientensicherheit und den Umgang mit Behandlungsfehlern. Im Februar 2016 publizierte der Ausschuss für Patientensicherheit und Fehlermanagement der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) den Lernzielkatalog zur Patientensicherheit. Mit diesen Dokumenten wurde eine Grundlage für die strukturierte Implementierung der Patientensicherheit in das Curriculum des Medizinstudiums geschaffen.

Lehrveranstaltungen zur Patientensicherheit

An einigen Medizinischen Fakultäten finden bereits diesbezügliche Lehrveranstaltungen statt, in Dresden seit 2014. In Bonn wird beispielsweise ein Seminar angeboten, das den Umgang mit Behandlungsfehlern und eine adäquate Kommunikation im Team zur Fehlervermeidung thematisiert. In Freiburg haben Medizinstudierende die Möglichkeit, an einem eLearning-Programm zur Patientensicherheit teilzunehmen. An der Medizinischen Fakultät Essen-Duisburg wird ebenfalls ein Wahlfach angeboten.

Das Lehrformat der viertägigen Dresdner Blockveranstaltung hat sich als effektiv für die Vermittlung der Thematik „Patientensicherheit“ gezeigt. Eine Vielzahl relevanter Aspekte des Themas lässt sich auf diese

Weise zusammenhängend erarbeiten und vermitteln. Das kompakte Veranstaltungsformat bietet den Studierenden außerdem die Möglichkeit, sich über die Lehrinhalte und eigene Erfahrungen intensiv auszutauschen. Sie werden in ihrem zukünftigen Berufsleben als Multiplikatoren ihre Kenntnisse aus der Lehrveranstaltung weitergeben.

Geeignete Lehrformate sind zu finden, um Kompetenzen zur Fehlervermeidung und den Umgang mit Behandlungsfehlern allen Medizinstudierenden zu vermitteln. Bei der Konzeption von Lehrveranstaltungen für ganze Fachsemester ist es möglich, auf die Erfahrungen aus Veranstaltungen für kleinere Teilnehmerkreise aufzubauen. So wurde zum Beispiel in die PJ-Einführungsveranstaltung „PJ-WarmUp“ für alle Studenten am Universitätsklinikum Dresden ein Training zur adäquaten Kommunikation eines Behandlungsfehlers mit einer Schauspielpatientin aufgenommen. Das „PJ-WarmUp“ wird vom Medizinischen Interprofessionellen Trainingszentrum und Universitätsklinikum Dresden seit Mai 2016 regelmäßig ausgerichtet.

Korrespondierende Autorin:
 Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
 Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches
 Risikomanagement
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
 E-Mail: maria.eberlein-gonska@uniklinikum-
 dresden.de

CIRS-Fall

Narkoseeinleitung ohne gültige Aufklärung trotz stattgefundenem Team-Time-Out

Im Januar 2017 wurde auf der CIRS-Seite der Anästhesie ein Fall veröffentlicht, der für jeden Arzt im Gesundheitswesen Relevanz aufweist.

Ein junger Patient kommt zu einer Elektivoperation ins Krankenhaus. Nach zügiger Narkoseeinleitung fällt zufälligerweise auf, dass der Aufklärungsbogen der Anästhesie nicht ausgefüllt und weder vom ärztlichen Kollegen noch von den Eltern des Patienten unterschrieben wurde. Der Patient wird somit ohne Narkoseeinwilligung operiert, was auch bei einem gelungenen Eingriff im rechtlichen Sinne eine Körperverletzung darstellt.

In der Fehlermeldung wird angegeben, dass auf dem vorhandenen „Team-Time-Out-Bogen“ alle Papiere als vollständig vorhanden eingetragen wurden. Hierdurch wird das Fehlen der schriftlichen Einverständniserklärung und somit wahrscheinlich

auch das des ärztlichen Aufklärungsgesprächs nicht rechtzeitig bemerkt. Laut Angaben des Melders rutschte der Patient auf Grund von einer Verkettung von Fehlern und Unachtsamkeit auch durch weitere Sicherheitskontrollen des Krankenhauses.

Hier sieht man sehr deutlich, was Risikomanagement NICHT ist. Das Einführen von Checklisten ersetzt nicht den gesunden und professionellen Menschenverstand. Checklisten können Prozessabläufe wunderbar begleiten, vereinheitlichen und verhindern, dass etwas vergessen wird. Als reine Abhaklisten dienen sie höchstens der Dekoration. Risikomanagement dient dem gezielten Aufspüren von Fehlern und Risiken im interdisziplinären Team, der Analyse, der Lösungsfindung und dann der konsequenten Umsetzung von Maßnahmen, die eben genau NICHT im Abhaken von Listen bestehen.

Details zum Fall unter www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMJanuar2017.pdf

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Sonderregelung für Ärzte zur Betreuung von Herzgruppen

Seit dem 31. Juli 2017 dürfen Ärzte im Rahmen des ärztlich verordneten Rehabilitationssportes unter bestimmten Voraussetzungen bis zu drei Herzgruppen parallel betreuen. So müssen zum Beispiel die Übungsräume auf einer Ebene liegen und untereinander schnell und barrierefrei erreichbar oder Defibrillator und Notfallkoffer zentral aufgestellt und jederzeit zugänglich sein.

Für diese Sonderregelung haben sich die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-

Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und der Deutsche Behindertensport (DBS) stark gemacht.

Ziel der Sonderregelung ist es, ein flächendeckendes Angebot für Herzgruppen auch für die Zukunft trotz des zunehmenden Mangels an betreuenden Ärzten bereitzustellen.

Die Sonderregelung bezieht sich auf eine Befragung des DBS aus dem Jahr 2015. Diese ergab, dass die Zahl kardialer Notfälle während des Rehabilitationssportes deutlich unter derjenigen in der Allgemeinbevölkerung liegt. Damit erschien die „alte“ Forderung nach einer ständigen Arztanwesenheit in nur einer Herzgruppe auch medizinisch nicht mehr gerechtfertigt.

Take-Home-Message

- Verantwortlich für die Einwilligung des Patienten ist der Arzt, der den Eingriff durchführt.
 - Bei der Einführung von Checklisten ist auf die entsprechende Schulung der Mitarbeiter sowie eine organisationale Einbindung zu achten.
- Auch wenn Einwilligung und Aufklärung durchaus nur mündlich erfolgen dürfen und nicht unterschrieben sein müssen, gilt es zu bedenken, dass das Gespräch als solches und auch die Einwilligung dokumentiert sein müssen. Im Streitfall ist es letztendlich aber immer hilfreich, wenn eine unterschriebene Aufklärung und Einwilligung vorgelegt werden kann.

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung von parallel zu betreuenden Herzgruppen wurden auf einem Workshop in Berlin Ende 2016 definiert. Sie ermöglichen Vereinen, sich in einfacher Weise, das heißt ohne größere strukturelle Veränderungen, auf die Sonderregelung einzustellen.

www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssport-aktuelles.html

Dr. med. Thomas Brockow
Leiter Referat Medizinische und
ethische Sachfragen

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Qualifikation gemäß Fahrerlaubnisverordnung nach dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK)

Ärztliche Tätigkeit und verkehrsmedizinische Fragestellungen

Der motorisierte Straßenverkehr stellt hohe Anforderungen an die körperlich-geistige Leistungsfähigkeit von Kraftfahrzeugführern. Gleiches gilt für Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten bei der Ausübung bestimmter Berufe. Ein Gefährdungssachverhalt, der die Fahreignung/Fahrtüchtigkeit aus gesundheitlichen Gründen beeinträchtigen und so zu einer Gefährdung der Allgemeinheit führen könnte, liegt nach den Begutachtungsleitlinien für Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) dann vor, wenn „...von einem Kraftfahrer nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden kann oder ... von einem Kraftfahrer in absehbarem Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlich-geistigen Leistungsfähigkeit (zum Beispiel hirnorganische Anfälle, apoplektische Insulte, anfallsartige Schwindelzustände, Bewusstseinsverluste und ähnliches) zu erwarten ist.“ [1].

Nach § 315c, Satz 2, Strafgesetzbuch (StGB) handelt strafbar, „...wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen... gefährdet“ [7]. Voraussetzung ist aber, dass der Kraftfahrer dies erkennen kann.

Einem Inhaber der Fahrerlaubnis obliegen somit die rechtlichen Grundsätze der Selbstverantwortung.

In Fällen von Krankheit oder nach Medikamenteneinnahme hat er selbst Sorge zu tragen, dass er angemessen in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen. Der Arzt wiederum hat generell eine Aufklärungspflicht, die sich explizit auch auf Fragen der Fahreignung/Fahrtüchtigkeit bezieht: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme...“ [6]. Dies bekräftigte der 117. Deutsche Ärztetag 2014 noch einmal bezogen auf die Aufklärung über eine fehlende Fahreignung/Fahrtüchtigkeit und formulierte eine „... selbstverständliche Verpflichtung aller in der Patientenversorgung tätigen Ärzte, ihre Patienten ... auch im Hinblick auf die Auswirkungen ihrer Erkrankung beziehungsweise Medikamentenwirkungen auf die Verkehrssicherheit und Fahreignung zu beraten, um den Schutz der Sicherheit der Betroffenen und unbeteiligter Dritter zu gewährleisten“ [8]. Zur Optimierung dieses Beratungsprozesses kann unter Umständen auch die Einbeziehung von qualifizierten Gesundheitschecks durch unabhängige Fachleute wie Verkehrsmediziner oder Verkehrspsychologen zum Beispiel an Begutachtungsstellen für Fahreignung (BfF) sinnvoll sein.

Auch wenn grundsätzlich jeder Fahrzeugführer selbst verantwortlich ist, so gibt es doch Situationen, in denen die Verantwortung fast vollständig auf den Arzt übergeht und dieser sicherstellen muss, dass sein Patient bereit zur Teilnahme am Straßenverkehr, also „street ready“, ist. Dies gilt vor allem dann, wenn der Arzt zum Beispiel durch eine verordnete oder applizierte Medikation die Ursache der „Nicht-Straßentauglichkeit“ gesetzt hat. Unter Umständen kann vom Arzt sogar verlangt werden, aktiv die Teilnahme eines nicht fahrtüchtigen Patienten am Straßenverkehr zu verhindern, wie es der BGH in seinem sogenannten „Dormicum – Urteil“ forderte [9].

Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn der Patient aufgrund seiner

Erkrankung wie im Falle einer Demenz oder einer schweren psychischen Erkrankung, seine Leistungsbeeinträchtigungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges oder zur Ausübung einer bestimmten Berufstätigkeit mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten (Pilot, Lokführer, Straßenbahnfahrer usw.) krankheitsbedingt nicht mehr erkennen kann und daraus eine begründete und aktuelle Gefahr für die Allgemeinheit resultiert. Hier kann eine Situation eintreten, bei der eine Rechtsgüterabwägung erfolgen und der Arzt prüfen muss, ob ein rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) vorliegt, der eine Meldung des Sachverhaltes an die zuständigen Behörden unter bewusster Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) rechtfertigt. In bestimmten Fällen geht dabei der Ermessensspielraum des Arztes gegen Null.

Zwingend erforderlich ist verkehrsmedizinische Kompetenz natürlich weiterhin bei der Begutachtung verkehrsmedizinischer Fragestellungen. Dabei bilden Tatsachen und deren Beurteilung durch die Verwaltungsbehörde den Ausgangspunkt für verwaltungsrechtliches Handeln. Tatsachen im Sinne der Rechtswissenschaft sind beobachtbare Sachverhalte oder Umstände, nicht dagegen Vermutungen oder Spekulationen. Im Regelfall handelt es sich um Auffälligkeiten im Straßenverkehr, die wiederum in der Regel von der Polizei an die Behörden gemeldet werden. Bei Kenntnis nicht nur vorübergehender gesundheitlicher Mängel ist gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) §11 Absatz 2 die Fahrerlaubnisbehörde verpflichtet, zur „...Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen, die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen...“.

Die Behörde bestimmt, ob das Gutachten von einem:

- für die Fragestellung (Absatz 6 Satz 1) zuständigen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation,

- Arzt des Gesundheitsamtes oder einem anderen Arzt der öffentlichen Verwaltung,
- Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“,
- Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Rechtsmedizin“ oder
- Arzt in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, der die Anforderungen nach Anlage 14 erfüllt,

durchgeführt wird.

Für alle drei genannten Bereiche – Aufklärung über eingeschränkte oder fehlende Fahreignung/Fahrtüchtigkeit, Rechtsgüterabwägung bezüglich einer Meldung ungeeigneter Kraftfahrer an Behörden sowie Begutachtung verkehrsmedizinischer Fragestellungen – ist somit spezifischer ärztlicher Sachverstand erforderlich, um einerseits Patienten bei Erkrankungen oder im Alter verantwortungsvoll und kompetent hinsichtlich ihrer Mobilität zu begleiten und andererseits qualitativ hochwertige verkehrsmedizinische Gutachten im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung zu erstellen.

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, dass Verkehrsmedizin im Medizinstudium keine Relevanz besitzt. Auch im 2015 vom Ordentlichen Medizinischen Fakultätentag beschlossenen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der nach einer Erprobungsphase ab 2020 richtungweisend sein soll, ist die Verkehrsmedizin nicht verankert [4, 5].

Parallel dazu gibt es seit Langem Bemühungen, die seit 1998 nach einem Curriculum der Bundesärztekammer durchgeführte verkehrsmedizinische Fortbildung zu erweitern und den aktuellen Erfordernissen anzupassen [4, 5]. §65 FeV regelt, dass der mit verkehrsmedizinischen Gutachten beauftragte Facharzt seine verkehrsmedizinische Qualifikation nach Absolvierung eines 16-Stunden Curriculums an einer

Landesärztekammer nachweisen muss [4, 5]. Unter anderem sah auch der 50. Deutsche Verkehrsgerichtstag (VGT) in Goslar 2012 hier Handlungsbedarf und forderte im Arbeitskreis III („Verkehrsfährdung durch krankheitsbedingte Mängel an Fahreignung und Fahrsicherheit“): „Die verkehrsmedizinische Ausbildung muss umfassender und auf die jeweilige fachspezifische Qualifikation des Arztes abgestimmt sein. Die Fortbildung der Gutachter muss verpflichtend sein“ [2]. Auch auf dem 52. Deutschen VGT wurden mit der „... Forderung nach Verhinderung rätselhafter Verkehrsunfälle durch Sensibilisierung von Fahrlehrern, Ärzten, Ermittlungs- und Fahrerlaubnisbehörden sowie der ... Forderung an die Ärzteschaft, verkehrsmedizinische Aspekte bei Aufklärung bei Erkrankungen, Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen sorgfältig zu beachten“, Ärzte in die Pflicht genommen, verkehrsmedizinische Kompetenzen zu erwerben [3]. Im November 2016 wurde daher das neue Curriculum Verkehrsmedizin der Bundesärztekammer beschlossen und wird jetzt schrittweise durch die Landesärztekammern umgesetzt.

Die Sächsische Landesärztekammer plant den ersten Kurs nach dem neuen, modular gegliederten Curriculum vom 14. bis 17. März 2018.

Der Kurs wendet sich an alle Ärzte mit Interesse an der Erweiterung ihrer Kenntnisse in der Verkehrsmedizin. Er beinhaltet fünf Module. Mit dem Modulcharakter soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Interessenslage der Teilnehmer und somit die Erwartungen an den Kurs unterschiedlich sind. Auf der Basis eigener Erfahrungen zeigte sich in der Vergangenheit, dass die Mehrzahl der Kursteilnehmer klinisch tätige Ärzte sind, die Interesse an einem orientierenden Überblick zu verkehrsmedizinischen Fragestellungen und dabei besonders zu Fragen der Aufklärung über die Fahreignung bei Erkrankungen sowie dem Umgang mit nicht einsichtigen Patienten haben. Rechtliche Probleme und Informationen über relevante Nachschlagewerke und Informati-

onsquellen stehen für diese Teilnehmer meist im Vordergrund. Nach dem neuen Curriculum werden entsprechende Inhalte in Modul I und II mit einer Gesamtstundenzahl von 6 UE (je 45 Minuten) vermittelt, wobei 2 UE (Modul II) als E-Learning Programm angeboten werden.

Die **Module I und II** können separat als Block gebucht werden, sind aber Voraussetzung für die Teilnahme an Modul III und IV.

Für Kursteilnehmer, die an weiterführenden Informationen interessiert sind, die bereits in der verkehrsmedizinischen Begutachtung tätig sind oder die Begutachtungen anstreben, erfolgt in **Modul III** (6 UE) eine ausführliche Darstellung der Rolle des Gutachters sowie der Anforderungen an ein verkehrsmedizinisches Gutachten.

Unter anderem werden beispielhaft aus Sicht der Fahrerlaubnisbehörden Gutachten vorgestellt, bei denen formale Kriterien zur Nichtverwertbarkeit führten und ergänzend praktische Übungen durchgeführt.

Modul IV (12 UE) beinhaltet die Darstellung von fahreignungsrelevanten Erkrankungen, deren Kompensationsmöglichkeiten sowie Empfehlungen zur Entscheidungsfindung unter Beachtung der relevanten Regelwerke.

Nach Absolvierung der Module I bis IV wird von der Sächsischen Landesärztekammer die verkehrsmedizinische Qualifikation nach §65 FeV bescheinigt und bei Einverständnis des Kursteilnehmers diese Information an die zuständigen Fahrerlaubnisbehörden gemeldet. Fachärzte besitzen dann nach §11 FeV Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 eine Qualifikation zur Erstellung von verkehrsmedizinischen Gutachten in der betreffenden Fachrichtung.

Ärzte, die Begutachtungen in einer amtlich anerkannten Bf durchführen, sind von dieser Regelung ausge-

nommen, da sie Eingangsqualifikationen nachweisen müssen, intensiv eingearbeitet und innerhalb eines QM-Systems überwacht werden sowie einer jährlichen Fortbildungspflicht unterliegen (Anlage 14 FeV). Für diese, wie auch die sonstigen in § 11 FeV Abs. 2 genannten Berufsgruppen, die verkehrsmedizinische Gutachten erstellen (Arzt des Gesundheitsamtes oder anderer Arzt der öffentlichen Verwaltung, Facharzt für Rechtsmedizin, Arbeitsmedizin oder Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“) ist die Kursteilnahme an den Modulen I bis IV nicht zwingend gesetzlich vorgeschrieben, wird aber aus fachlicher Sicht dringend empfohlen.

Gutachterlich tätige Ärzte, die bereits in den vergangenen Jahren einen Kurs Verkehrsmedizin nach dem alten Curriculum der Bundesärztekammer absolviert haben, genießen Bestandsschutz.

In diesem Zusammenhang sei auf das Angebot von themenbezogenen Refresherkursen „Verkehrsmedizin“ an der Sächsischen Landesärztekammer verwiesen.

Modul V (4 UE) beinhaltet Fragen zur Durchführung von Abstinenzkontrollprogrammen auf Alkohol und Drogen gemäß den CTU (Chemisch-Toxikologische Untersuchung)-Kriterien der „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung“ [10]. Mit der Teilnahme an Modul V – nach Absolvierung der Module I bis IV – sind gleichzeitig die Voraussetzungen erfüllt, um gemäß dem 8-Stunden-Curriculum der DGVM unabhängig von einer gutachterli-



Fahrtauglich oder nicht?

© depositphotos/peshkova

chen Tätigkeit Abstinenzkontrollprogramme nach den CTU 2 – Kriterien der „Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung“ durchführen zu können.

Weiterführende Erläuterungen finden sich auch auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. (DGVM) unter dem Link „Häufige Fragen zur 3. Auflage der Beurteilungskriterien“ unter Punkt „Fragen zu Kriterium CTU 2“

Zusammenfassung

Das Angebot des Curriculums „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ richtet sich an ambulant oder stationär tätige Ärzte der Fachrichtungen, die fahreignungsrelevante Erkrankungen behandeln und ihr verkehrsmedizinisches Wissen erweitern möchten sowie an Arbeits- und Betriebsmediziner, Rechtsmediziner, in der öffentlichen Verwaltung tätige Ärzte sowie an Kollegen, die verkehrsmedizinische Gutachten erstellen oder Abstinenzkontrollprogramme durchführen möchten. Durch

den modularen Aufbau ist es möglich, sich entweder nur einen allgemeinen Überblick über das Thema Verkehrsmedizin zu verschaffen oder aber vertiefende Kenntnisse zu erwerben. Nach Absolvierung der Module I bis IV erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer eine Zertifizierung über eine „Verkehrsmedizinische Qualifikation“ nach §65 FeV, die es erlaubt, verkehrsmedizinische Gutachten nach §11 FeV Abs. 2 Satz 3 Nr.1 für Fahrerlaubnisbehörden zu erstellen. Für die Durchführung von Abstinenzkontrollprogrammen ist zusätzlich Modul V Voraussetzung.

Nähere Auskünfte erteilt Frau Dobrowolski, Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer unter der Telefon-Nr. 0351 8267-324 oder per E-Mail unter fortbildungskurse@slaek.de.

Literatur beim Autor

Dr. med. habil. Thomas Friedrich
Wissenschaftlicher Leiter des Curriculums
„Verkehrsmedizinische Begutachtung“ an der
Sächsischen Landesärztekammer

Existenzgründer- und Praxisabgebtag

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein, gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben.

Die Bezirksgeschäftsstelle Dresden der KV Sachsen lädt ein zu einem Existenzgründer- und Praxisabgebtag **am Samstag, 25. November 2017, 9.30 – 15.00 Uhr.**

Inhaltliche Schwerpunkte der Veranstaltung sind juristische, betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte. Das Seminar ist kostenfrei. Die

Anmeldungen bitte **bis 25. Oktober 2017**, Kennwort Existenzgründer oder Praxisabgeber, an: KV Sachsen Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Postfach 10 06 41, 01076 Dresden Fax-Nr.: 0351 8828-199 E-Mail: veranstaltung.dresden@kvsachsen.de Veranstaltungsort: **KV Sachsen, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden**

Ärztliche Stelle RöV/ StrlSchV: Zertifizierungsvorgaben

Sind EndoProthetikZentrum (EPZ)-Zertifizierungsvorgaben von generellen postoperativen Ganzbeinstandaufnahmen nach Knie-TEP-OP mit § 23 RöV vereinbar?

Seit Oktober 2012 können sich Krankenhäuser, die einen definierten Anforderungskatalog erfüllen (personelle und strukturelle Vorgaben, rechtliche Standards etc.), als EndoProthetikZentrum beziehungsweise EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung (kurz EPZ/EPZmax) von EndoCert (Initiative und Zertifizierungssystem) zertifizieren lassen.

Die Zertifizierung von endoprothetischen Versorgungszentren wurde von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) und dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) initiiert. Es handelt sich also um ein fachliches Zertifizierungsverfahren, das von Ärzten entwickelt wurde. Zentrales Anliegen ist die Sicherstellung und Optimierung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit im Bereich der Endoprothetik.

EPZ/EPZmax-Zertifikate bieten Patienten, die vor der Entscheidung stehen, in welcher Klinik sie eine Knieendoprothesenoperation vornehmen lassen wollen, einen Anhaltspunkt zur Orientierung. Denn ob ein künstliches Kniegelenk problemlos funktioniert oder Komplikationen auftreten, hängt von vielen Faktoren ab. Von zentraler Bedeutung für das Ergebnis sind die Erfahrung und Qualifikation der Operateure in einem eingespielten OP-Team. Für das Zertifikat müssen daher neben der apparativen und personellen Ausstattung unter anderem Fallzahlen, Ausbildungsnachweise, Fortbildungen etc. belegt werden. Verbindliche Regelungen hinsichtlich der Zuständigkeiten der beteiligten Ab-

teilungen helfen dem Patienten beim Durchlaufen gut abgestimmter definierter Behandlungspfade. Wichtig ist auch die Einbindung des Patienten über Nachkontrollen.

Der Großteil der Vorgaben macht durchaus Sinn und kann zu Qualitätsverbesserungen und Verfeinerungen der Operationstechniken führen, so dass immer mehr Patienten von einem zufriedenstellenden Langzeitergebnis der Knieendoprothesenversorgung profitieren können.

Durchläuft eine Einrichtung das Zertifizierungsverfahren, werden die Struktur- und Prozessqualität überprüft. Zusätzlich fließt die Ergebnisqualität (in Form von Qualitätsindikatoren) in die Bewertung mit ein.

Unter anderem wurde auch die Verpflichtung zur Messung der Beinachse über eine postoperative Ganzbeinstandaufnahme (oder mittels eines anderen wissenschaftlich begründeten Verfahrens zur Achsvermessung) aufgenommen.

Diese Zertifizierungsvorgabe, generell von allen Patienten postoperative Ganzbeinstandaufnahmen anzufertigen, führt aber seit vielen Monaten gehäuft zu Anfragen in der Ärztlichen Stelle RöV/ StrlSchV, ob diese Forderung mit § 23 der Röntgenverordnung vereinbar ist.

Kürzlich wurde der Ärztlichen Stelle ein Auszug eines Schreibens zum Überwachungsaudit der EndoCert-Prüfkommission an ein EPZ zugesandt, bei dem der Entzug des Zertifikates im Raum stand, weil die EndoCert-Forderung nach ~ 100 Prozent postoperative Ganzbeinstandaufnahmen nicht erfüllt wurde.

Zitat: „Alternative Methoden zur Achsbestimmung beziehungsweise Beurteilung der korrekten Implantatlage können zur Anwendung kommen nach Anerkennung durch die Zertifizierungskommission. Es ist eine Abweichung auszusprechen, die innerhalb von drei Monaten behoben werden muss. **Alternativ kann auch die angeführte Ablehnung beziehungsweise Untersagung durch die Ärztekammer vorge-**

legt werden.“ Zusätzlich wird darauf verwiesen, dass unter anderem die weitere Nachsorge von diesem Befund abhängt.

Der Vorteil der postoperativen Ganzbeinstandaufnahme liegt darin, dass die Ergebnisqualität mit konkretem Qualitätsindikator in Form von geeigneten Zahlenwerten zur Achsvermessung belegt werden kann. Korrekt angefertigt, ermöglicht die Ganzbeinstandaufnahme neben der Beurteilung der Fixierung der Prothese im Knochen auch die Einschätzung der Positionierung der Prothese in Bezug auf die jeweilige Femur- und Tibiaschaftachse.

Allerdings liegt ein Referenzbereich für unzulässige Achsabweichungen nicht vor. Aktuell wird von den Operateuren eine empirisch festgelegte Streubreite von $\pm 3^\circ$ akzeptiert beziehungsweise eine exakt gerade Beinachse mehrheitlich angestrebt.

Schlanke und normalgewichtige Patienten (die allerdings nicht unbedingt die klassischen Patienten mit Indikation zur Knie-TEP sind) mit unauffälligem klinischen Befund, die mit dem OP-Ergebnis zufrieden sind und keine erschwerenden Risiken (zum Beispiel Fehlstellungen) aufweisen, werden nicht beziehungsweise nur in seltenen Ausnahmefällen von postoperativen Ganzbeinstandaufnahmen profitieren, da nur in verschwindend wenig Fällen eine Therapie-Konsequenz aus dieser Aufnahme resultiert. Bei diesen Patienten ist eine rechtfertigende Indikation für postoperative Ganzbeinstandaufnahmen in der Regel nicht gegeben, klinische (optische) Untersuchungen (eventuell mit Foto) zu Achse, Gang, Beweglichkeit u. A. bieten ausreichenden Anhalt zur Beurteilung, eignen sich aber eher weniger als Qualitätsindikatoren. Ein wirklich aussagekräftiges Ergebnis ist erst mit Abstand zur Operation möglich (mindestens sechs bis zwölf Wochen). Treten bei einem Patienten Jahre später doch noch Beschwerden auf, besteht immer noch die Möglichkeit, eine Ganzbeinstandaufnahme anzufertigen.

Bei unzufriedenen Patienten, Übergewicht (optische Bewertung nicht zuverlässig), starken Fehlstellungen (offensichtliche O-/X-Beine), Bewegungseinschränkungen usw. könnte sich unter Umständen ein Nutzen einer Ganzbeinstandaufnahme für den Patienten ergeben, zum Beispiel eine Therapieoption mit Benefit für den Patienten, meist verbunden mit engmaschigeren Kontrollen. Nur extreme Abweichungen werden zeitnah durch Wechseloperationen behoben, in der Regel wartet man erst mal eine Gewöhnungszeit ab. Häufig liegt die Ursache in Weichteilproblematiken (Bänder etc.). Aber auch eine von außen angelegte Schiene oder konservative Schuhzurichtungen kämen in Betracht, so dass sich die Lage hier anders darstellt.

In gerechtfertigten Fällen wäre die Ganzbeinstandaufnahme (ap oder pa) in Verbindung mit einer lat-Aufnahme im Knie-Standardformat für eine umfassende Bewertung ausreichend.

Hinweis

Gemäß § 23, Abs. 1 RöV darf Röntgenstrahlung am Menschen in Ausübung der Heilkunde nur angewendet werden, wenn der im Strahlenschutz fachkundige Arzt hierfür die rechtfertigende Indikation gestellt hat. Diese erfordert die Feststellung, dass der gesundheitliche Nutzen des Patienten durch die Anwendung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt.

In der vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) erstellten Auslegungshilfe zu § 23 und § 25 RöV (auf Beschluss der 63. Sitzung des LA RöV) vom 18. März 2010 heißt es dazu auf Seite 2:

„In jedem Einzelfall ist eine rechtfertigende Indikation zu stellen, das heißt der Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz muss das Vorliegen der in Satz 1 Buchstaben a bis c dargestellten Voraussetzungen prüfen...“.

„Eine diagnostische Anwendung im Sinne des Satzes 1 Buchstaben a und b setzt voraus, dass sich der aus ihr resultierende positive oder negative Befund auf die Therapie auswirkt oder die Verdachtsdiagnose der behandelnden Person bestätigt oder ausschließt. Eine diagnostische Anwendung zum Nachweis einer Krankheit, bei der therapeutische Maßnahmen von vornherein ausgeschlossen sind, ist dagegen nicht gerechtfertigt.“

Im Widerspruch dazu wird im Erhebungsbogen zur Zertifizierung von EndoProthetikZentren (Stand 1. Januar 2016, Seite 44) unter 5.2 Qualitätsindikatoren Knie „Ganzbeinstandaufnahmen oder Navigation“ postoperativ ein Sollergebnis von 100 Prozent gefordert – demnach von allen Patienten.

Der Nutzen von Qualitätssicherung entbindet nicht von einer korrekt gestellten rechtfertigenden Indikation. Der Strahlenschutz mit Minderung des Strahlenrisikos für den Patienten hat immer Vorrang gegenüber Qualitätssicherungsaspekten.

Die Erfüllung eines Qualitätsindikators kann eine rechtfertigende Indikation nicht ersetzen!

Hinweis

Der akademische Nutzen (Wissenschaft), die juristische Absicherung zum Nachweis der korrekten Durchführung der Operation, die Qualitätssicherung, die Dokumentation für statistische Auswertungen, Versicherungsaspekte oder einfach nur das Interesse der Operateure, ihre Arbeit quantitativ zu beurteilen usw. stellen keine ausreichende Begründung für diese Röntgenaufnahme dar.

Die Überprüfung der rechtfertigenden Indikation zählt zu den wichtigsten Prüfpunkten bei der Bewertung durch die Ärztlichen Stellen RöV/StrlSchV nach § 17 a RöV. Das spiegelt sich auch im bundesweit ein-

heitlichen Bewertungssystem der Ärztlichen Stellen nach § 17a RöV und § 83 StrlSchV (letzte Änderung 2/2017) wider, wo alle Prüfmerkmale anhand von Mängelkategorien aufgelistet sind. Dem Prüfpunkt „Rechtfertigende Indikation“ wird darin die Bewertungsstufe 3v zugeordnet (Seite 54), wenn die angegebene rechtfertigende Indikation zu unspezifisch/allgemein gehalten ist, inhaltlich nicht nachvollziehbar, fehlend oder nicht individuell erstellt.

Stufe 3v bedeutet Mängel, verkürztes Prüfintervall, Wiedereinsendung der Unterlagen nach sechs bis zwölf Monaten. Das v steht für variabel, das heißt regelmäßig ausprägungsabhängig (je nach Ausprägung ist auch eine Bewertung mit Stufe 2 (besser) oder Stufe 4 möglich).

Fazit

Da es auch unter den orthopädischen und unfallchirurgischen Experten keine einheitliche Einschätzung darüber gibt, wie häufig die rechtfertigende Indikation gegeben ist, erwartet die Ärztliche Stelle eine ärztlich begründete Indikationsstellung bei postoperativen Ganzbeinstandaufnahmen nach Knie-TEP-Implantation im Einzelfall.

Dr. med. Volkmar Hänig
Vorsitzender Fachkommission RöV
Mit Unterstützung von Prof. Dr. med. Torsten Kluba und Prof. Dr. med. Jörg Lütznier

Welt-Polio-Tag 2017

Der World Polio Day wird seit 1988 jedes Jahr als Aktions- und Gedenktag der WHO zum Geburtstag von Jonas Salk (1914 – 1995) am 28. Oktober begangen.

Jonas Salk hatte 1954 den ersten Impfstoff gegen die Poliomyelitis entwickelt und damit die Grundlage geschaffen, diese gefährliche Infektionskrankheit zu bekämpfen.

Hintergrund für den Welt-Polio-Tag ist die Kampagne der WHO zur Ausrottung der Poliomyelitis (Global Polio Eradication Initiative, GPEI)

Die WHO hat sich das Ziel gestellt, bis 2018 die Poliomyelitis weltweit auszurotten.

Wie realistisch ist diese Zielstellung und welche internationalen Anstrengungen sind noch notwendig, um dieses Ziel zu erreichen?

Zur aktuellen epidemiologischen Situation der Poliomyelitis hat uns Dipl.-Biologin Ursula Reif, Fachgebietsleiterin Serologie, Virologie der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen einen Fachbeitrag zur Verfügung gestellt.

Aktuelle epidemiologische Situation der Poliomyelitis

1. Erreger

Polioviren sind unbehüllte, einsträngige RNA-Viren. Sie gehören zur Familie der Picornaviren im Genus Enteroviren. Es werden drei Serotypen von Polioviren unterschieden, die mit Typ 1, 2 und 3 bezeichnet werden. Der Mensch ist das einzig epidemiologisch relevante Reservoir für Polioviren.

Von den Wildpolioviren (WPV1, WPV2 und WPV3) werden die Polioviren, die in den Impfstoffen enthalten sind, unterschieden. Hierbei wird zwischen den inaktivierten Polioviren in den Polio-Totimpfstoffen und den attenuierten, vermehrungsfähigen Viren in oralen Lebendimpfstoffen differenziert.

2. Erkrankungen und Immunität

Mehr als 95 Prozent der Poliovirus-Infektionen verlaufen asymptomatisch, 0,1 – 1 Prozent als paralytische Poliomyelitis (Polio, Kinderlähmung) und 2 – 4 Prozent als Meningitis/Enzephalitis. Die Infektion mit Polio-Wildviren führt zu einer typenspezifischen lebenslangen Immunität.

3. Inkubationszeit

Ca. 3 – 35 Tage (im Durchschnitt 7 – 14 Tage)

4. Übertragung

Die Übertragung erfolgt hauptsächlich von Mensch zu Mensch fäkal-oral oder indirekt über kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gegenstände. Unter schlechten hygienischen Bedingungen erfolgt die Übertragung von Polioviren sehr häufig durch kontaminiertes Abwasser.

Nach oraler Aufnahme von Polioviren kommt es bereits nach kurzer Zeit zu einer massiven Virusvermehrung in den Darmepithelien. Dadurch können ca. 100 infektiöse Viren pro Gramm Stuhl ausgeschieden werden. Nach Infektion besteht für kurze Zeit auch die Möglichkeit der aerogenen Übertragung, die aus der primären Virusvermehrung in den Epithelien und lymphoiden Organen resultiert.

5. Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange das Virus ausgeschieden wird, besteht die Möglichkeit der Virusübertragung. Die aerogene Ansteckungsfähigkeit setzt frühestens nach 36 Stunden nach Infektion ein und hält bis zu sieben Tagen an. Die Virusausscheidung über den Stuhl beginnt nach zwei bis drei Tagen und dauert bis zu sechs Wochen an. In seltenen Einzelfällen (zum Beispiel bei Immunkompromission) kann die Virusausscheidung mehrere Monate oder Jahre bestehen. Auch asymptomatisch Infizierte können eine Infektionsquelle darstellen. Ebenso können geimpfte beziehungsweise immune Personen nach Viruskontakt (zum Beispiel bei Reisen in Polio-endemischen Ländern) ohne eine evidente klinische Symptomatik als Ausscheider/Überträger in Frage kommen.

6. Verbreitung

Durch die seit 1988 durchgeführte Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur weltweiten Eradikation der Poliomyelitis (Global Polio Eradication Initiative, GPEI) sank die Zahl der Poliofälle durch WPV weltweit um mindestens 99 Prozent. Vier von sechs WHO-Regionen sind bereits poliofrei zertifiziert (WHO-Region Amerika seit 1994, WHO-Region Westpazifik seit 2000, WHO-Region Europa seit 2002 und WHO-Region Südost-Asien seit 2014). Weltweit werden derzeit nur noch drei Länder als WPV-Endemiegebiete eingestuft: Nigeria, Pakistan und Afghanistan. In diesen Ländern ist das Wild-Poliovirus Typ 1 (WPV 1) endemisch. Polio-Wildviren vom Typ 2 (WPV 2) wurden letztmalig im Mai 1999 in Indien nachgewiesen. Im September 2015 erklärte die Globale Zertifizierungskommission für Polioeradikation (GCC, Global Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication) die weltweite Eradikation von WPV2. Polio-Wildviren vom Typ 3 (WPV3) wurden zuletzt im November 2012 in Nigeria nachgewiesen.

Im Jahr 2016 registrierte die WHO weltweit nur noch 37 durch Polio-Wildviren (WPV1) verursachte Poliofälle in den drei genannten Polio-endemischen Ländern. Im Einzelnen wurden 20 Polioerkrankungen in Pakistan, 13 in Afghanistan und 4 in Nigeria registriert. In 2015 waren global 74 und 2014 noch 359 WPV1-bedingte Poliofälle zu beobachten.

Noch vor wenigen Jahren kam es in der WHO-Region Europa zu Ausbruchssituationen durch Re-Import von WPV1. So traten 2010 insgesamt 460 WPV1-Poliofälle in Tadschikistan auf. Das waren 2010 fast 75 Prozent der Poliofälle weltweit. Genetische Analysen zeigten, dass sich der WPV1-Stamm von Tadschikistan aus weiter nach Kasachstan (1 Poliofall), Turkmenistan (3 Poliofälle) und Russland (14 Poliofälle) ausbreiten konnte. WPV1 wurde in der WHO-Region Europa zuletzt noch 2013 beziehungsweise 2014 in insgesamt 134 Umweltproben in Israel nachgewiesen.

Der Erfolg der weltweiten GPEI basiert vor allem auf beispiellosen Polio-Impfkampagnen mit dem oralen Lebendimpfstoff (OPV, oral polio vaccine/„Sabin“). Bei der Schluckimpfung mit OPV besteht insbesondere in Bevölkerungsgruppen, die nicht über einen ausreichenden Immunschutz gegenüber Polioviren verfügen, ein Restrisiko, durch mutierte, von Vakzinen-abgeleitete Polioviren (cVDPV, circulating vaccine derived poliovirus) an Polio zu erkranken. Seit 2000 registriert die WHO weltweit insgesamt 24 cVDPV-bedingte Ausbrüche in 21 Ländern mit mehr als 760 Polio-Erkrankungen. Bis 2015

wurde in über 90 Prozent der Fälle die Impfkomponekte vom Poliovirus Typ 2 nachgewiesen (cVDPV2).

Gemäß dem aktuellen WHO-Strategieplan „Global Action Plan“ (GAP III) erfolgte im April 2016 weltweit eine synchronisierte Umstellung der Polioimpfstrategie in mit OPV-impfenden Ländern. Innerhalb von zwei Wochen wurde in insgesamt 155 Ländern der trivalente orale Polioimpfstoff (tOPV) durch den bivalenten oralen Polio-Impfstoff ohne Typ-2-Komponente (bOPV) ersetzt. Der tOPV-Impfstoff darf seitdem nicht mehr eingesetzt und Restbestände

an tOPV müssen vernichtet werden. In den nationalen Impfprogrammen wurde der Einsatz des bOPV – kombiniert mit mindestens einer Dosis des inaktivierten Polioimpfstoffes (IPV) – festgeschrieben. Mit dem Wegfall der OPV2-Komponente im Impfstoff soll weltweit das Risiko einer Übertragung von cVDPV2 minimiert werden.

Literatur bei der Autorin

Dipl.-Biologin Ursula Reif
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Jägerstraße 10, 01099 Dresden
E-Mail: ursula.reif@lua.sms.sachsen.de

Finanzierung der Eradikationsprogramme

Einen Beitrag zu den weltweiten Anstrengungen zur Bekämpfung der Poliomyelitis hat uns Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgenuth, Leipzig, unter dem Titel „PolioPlus – eine Erfolgsgeschichte der modernen Medizin“ zur Verfügung gestellt, den wir auszugsweise veröffentlichen möchten.

PolioPlus – eine Erfolgsgeschichte der modernen Medizin

Es kommt nicht häufig vor, dass die beiden Begriffe Poliomyelitis und Rotary in einem Atemzug genannt werden. Poliomyelitis – das ist eine Jahrtausende alte gefürchtete Lähmungskrankheit und Rotary stellt den ersten weltweit verbreiteten Service-Club dar. Und doch besteht, wie hier in Kürze dargestellt werden soll, eine enge Verbindung zwischen beiden. Sie wird als PolioPlus bezeichnet und beinhaltet eine der bedeutendsten Erfolgsgeschichten der Medizin der letzten Jahrzehnte: Die Bekämpfung der Poliomyelitis bis zu ihrer angestrebten Ausrottung.

Zur Erinnerung: Die Kinderlähmung wird schon in den medizinischen Urschriften erwähnt. Die wohl älteste Darstellung zeigt einen Mann mit einem gelähmten Bein und einer Krücke aus Ägypten um 1.400 v. Chr. In der Folgezeit trat die Erkrankung weltweit teils sporadisch, teils endemisch auf. Epidemieartige Verbrei-

tungen wurden im 19. Jahrhundert vor allem in Schweden und Nordamerika beobachtet.

Die Spätveränderungen in Form von Lähmungen, Atrophien und Deformierungen beeinträchtigen das persönliche, berufliche und gesellschaftliche Leben der Patienten. Schätzungsweise gibt es gegenwärtig in Deutschland 70.000 Menschen mit Folgeerscheinungen der Poliomyelitis, dem sogenannten Post-Polio-Syndrom (PPS). Sie stammen entweder aus der Zeit vor Einführung der Schluckimpfung oder haben an dieser aus welchem Grund auch immer nicht teilgenommen. Bei einigen blieb die Impfung ohne Schutzwirkung. Etwa ein Drittel der Betroffenen sind Migranten. Der Behandlung dieser Patienten widmet sich eine Spezialstation im Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur. Die Beschwerden bestehen überwiegend in Muskel- und Gelenkschmerzen, Leistungsabfall, Atmungsstörungen und weiteren Veränderungen. Eine wichtige Aufgabe ist die Versorgung der Patienten mit Orthesen zur Stabilisierung der Gliedmaßen.

Entscheidende Erfolge in der Behandlung der Poliomyelitis mit drastischem Rückgang der Erkrankungsfälle traten erst nach der Einführung der Schutzimpfungen auf. 1954 entwickelte der USA-Forscher Jonas Salk (1914 – 1995) einen Polioimpfstoff mit abgetöteten Viren. Er wurde durch Injektionen appliziert. Einige Jahre später stand der Impf-

stoff von Albert Sabin (1906 – 1993), ebenfalls USA, zur Verfügung. Er wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Virologen Michael Petrowitsch Tschumakow, Moskau (1909 – 1993), produziert und als Schluckimpfung verabreicht. Diese Anwendungsmethode verbreitete sich sehr rasch, zum Beispiel in der DDR seit 1960. Die Erkrankungsziffern reduzierten



Abb. 1: Briefmarke zu 145 Cent



Abb. 2a: Briefmarke zu 70 Cent (normal)



Abb. 2b: Briefmarke zu 70 Cent (Variante Rotary Foundation)

sich hier von 958 im Jahr 1959 auf vier im Jahr 1962. Auch international kam es zu einem erheblichen Rückgang der Poliomyelitis. Zu diesem Zeitpunkt (1958) wurde in ehrender Anerkennung der Leistungen der forschenden und behandelnden Medizin im Kurort Warm Springs, Georgia, USA, in dem sich häufig der ebenfalls an Poliomyelitis erkrankte US-Präsident F. D. Roosevelt aufgehalten hatte, die Polio Hall of Fame eingerichtet mit 17 Bronzestatuen besonders verdienter Persönlichkeiten.

Der Rotary-Club wurde 1905 vom Rechtsanwalt Paul Harris und drei weiteren Bürgern in Chicago gegründet. Seine Zielstellung beinhaltet die Dienstbereitschaft der Mitglieder im täglichen Leben durch Pflege der Freundschaft, hohe ethische Grundsätze im privaten und beruflichen Leben, Förderung verantwortungsbewusster Betätigung zum Nutzen der Allgemeinheit und aktives Eintreten für Frieden und Verständigung unter den Völkern. Es besteht Toleranz gegenüber Religion, Rasse und Zugehörigkeit zu verschiedener Nationalität.

Das Engagement von Rotary International bei der Bekämpfung der Poliomyelitis datiert seit 1979. Mit der Regierung der Philippinen wurde vereinbart, bis 1984 sechs Millionen philippinische Kinder gegen Poliomyelitis zu immunisieren.

Der erwähnte Impfeinsatz bei den Philippinen-Kindern verlief so erfolgreich, dass sich die WHO einschaltete. 1988 wurde die Allianz GPEI gegründet unter Einbeziehung der WHO, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen UNICEF sowie der US-Gesundheitsinstitution CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Dieser Organisation obliegt die Logistik von der Impfstoffbeschaffung über die Anwendung vor Ort bis zur Analyse der Resultate. Die Summe der staatlichen Zuwendungen, der Bill & Melinda Gates Foundation, Rotary International und weiterer Sponsoren beläuft sich inzwischen auf acht Milliarden US-Dollar. Der Erfolg blieb nicht aus. Gab es vor 20 Jahren noch in 125 Ländern der Erde ca. 350.000 Polio-Infektionen jährlich, so verminderten sich diese

um 99 Prozent. Große Teile der Welt (Europa, Nord- und Südamerika, Westpazifik und andere) sind Poliofrei, das heißt drei Jahre ohne Neuinfektion.

Die größten Herausforderungen bei PolioPlus bestehen aktuell in:

- der Ablehnung der Impfung aus Unkenntnis, Ideologie oder militanter Aversion. Es wird berichtet, dass die Impfstoff-Packungs-Aufschrift „steril“ fehlinterpretiert wurde im Sinn einer von den USA im Schilde geführten Unfruchtbarmachung der geimpften Kinder.
- dem Desinteresse des Gemeinwesens mit fehlender oder mangelhafter Aufklärungsarbeit.
- den hohen Säuglingszahlen. So kommen im indischen Bundesstaat Uttar Pradesh jährlich ca. fünf Millionen Babys zur Welt. Ihre Impfversorgung bedeutet eine außerordentliche logistische Leistung.
- in der ausreichenden Finanzierung. Es werden alle Anstrengungen unternommen, um die noch geschätzt notwendigen 5,5 Milliarden US-Dollar bis zur endgültigen Ausrottung der Poliomyelitis zu erhalten.

Auch Rotary bemüht sich, weitere Mittel für PolioPlus aufzubringen. Mit 650 Millionen US-Dollar hat Rotary International den bisher größten Beitrag einer privaten Organisation geleistet.

Im Jahr 2011 beschloss der Rotary-Club Essen, im Hinblick auf ein zusätzliches Spendenaufkommen und in Abstimmung mit der Deutschen Post, private Sonderbriefmarken mit Zuschlag herauszugeben. In einer ersten Phase wurden 10.000 Exemplare gedruckt und unter Freunden, Geschäftspartnern, Rotariern etc. abgesetzt. Die Folgezeit war durch Verhandlungen mit Rotary International wegen eines neuen Designs sowie mit der Deutschen Post wegen günstigerer Druckkosten gekennzeichnet. Beide Ziele konnten erreicht werden.

Gegenwärtig gibt es zwei Marken: 145 Cent + 55 Cent (Abb. 1) sowie 70 Cent + 55 Cent (Abb. 2a, b).

Von der 70 Cent-Marke wurde eine Variante herausgegeben: Zum 100. Jubiläum der Rotary Foundation (= gemeinnützige Stiftung) trägt diese Ausgabe eine entsprechende Aufschrift. Der Zuschlag von 55 Cent umfasst 8 Cent Druckkosten und 47 Cent Spende PolioPlus.

Als Ansprechpartner für den Erwerb der Briefmarken stehen zur Verfügung: Dr. Frank und Melanie Schmid, Hildegimstraße 9a, 45239 Essen, Telefon-Nr.: 0201 8405636; Fax-Nr.: 0201 8405637.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Balthasar Wohlgemuth
Paußnitzstraße 5, 04229 Leipzig

Neue Substitutions-Richtlinie zur Behandlung von Opioidabhängigen

Bessere Therapiemöglichkeiten und mehr Rechtssicherheit für Ärzte – dieses Ziel verfolgt die neue Substitutions-Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Behandlung Opioidabhängiger. Etwa die Hälfte aller Opioidabhängigen befindet sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung. Der Bundesrat hatte mit der im Mai 2017 verabschiedeten Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) den Rahmen für diese Behandlung neu gestaltet und ärztlich-therapeutische Belange in die Richtlinienkompetenz der BÄK übertragen.

Ärzte können nun die Therapieziele flexibler an die aktuelle Situation ihres Patienten anpassen. Da viele langjährig substituierte inzwischen auch in Pflegeheimen oder Hospizen leben, wird den behandelnden Ärzten die Betreuung dieser Patienten in diesen Einrichtungen erleichtert.

Die neue Richtlinie ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar:

www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

57. Tagung der Kammerversammlung

Die 57. Tagung der Kammerversammlung findet **am Mittwoch, dem 8. November 2017, in der Zeit von 16.00 bis ca. 19.30 Uhr im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal** statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der

Arbeitstagung mit Vorlage des Arzt- ausweises als Zuhörer teilnehmen.

(vorläufige) Tagesordnung

1. Eröffnung der 57. Tagung der Kammerversammlung

- Feststellung der Beschlussfähigkeit
- Protokollbestätigung, Beschlusskontrolle

Erik Bodendieck, Präsident

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

3. Finanzen

Wirtschaftsplan 2018

Bericht: Dr. med. Mathias Cebulla, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

4. Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag, Vorsitzender Ethikkommission

5. Bekanntgabe von Terminen

6. Verschiedenes

Kammerversammlung der Wahlperiode 2015 – 2019

Verlust eines Mandats im Wahlkreis Leipzig (Stadt) und Bestätigung eines nachrückenden Mitglieds der Kammerversammlung

Im Wahlkreis Leipzig (Stadt) hat das Kammermitglied Dr. med. Carl Ludwig Weiss, angestellter Facharzt für

Viszeralchirurgie, Facharzt für Chirurgie, infolge einer neuen ärztlichen Tätigkeit im Bereich einer anderen Landesärztekammer den Sitz in der Kammerversammlung gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz zum 30. September 2017 verloren.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat den Verlust des Sitzes in der Kammerversammlung in seiner Sitzung am 6. September 2017 festgestellt.

Zugleich konnte im Wahlkreis Leipzig (Stadt) Dr. med. Torsten Wolf, niedergelassener Facharzt für Anästhesiologie, als nachrückendes Mitglied für die verbleibende Wahlperiode bestätigt werden.

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Befragung Ärztliche Weiterbildung

Umfassende Befragung der Ärzte in Weiterbildung und der Weiterbildungsbefugten läuft.

Wie ist es um die Qualität der ärztlichen Weiterbildung in Sachsen bestellt? Wie zufrieden sind die Ärzte mit ihrer Weiterbildung und wo sehen die weiterbildungsbefugten Ärzte Verbesserungsbedarf?

Anfang September 2017 hat die Sächsische Landesärztekammer die weiterbildungsbefugten Ärzte dazu um ihre Meinung gebeten. Bis 15.

Oktober 2017 können die angeschriebenen Ärzte den Fragebogen an die Kammer zurücksenden. Je mehr Kollegen sich beteiligen, desto aussagekräftiger werden die Ergebnisse sein.

Seit September werden auch die Ärzte in Weiterbildung zum Thema Weiterbildung befragt. Sie bekommen die Fragebögen mit der Zulassung zur Facharzt- beziehungsweise Schwerpunktprüfung zugeschickt.

Die Fragen beider Erhebungsbögen sind kompatibel, so dass durch einen direkten Vergleich zwischen den Angaben der Ärzte in Weiterbildung und den Weiterbildungsbefugten

Rückschlüsse zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung auf die Weiterbildungsstätte erwartet werden. Damit hat der Ausschuss Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer die Möglichkeit, bei erkennbaren Defiziten die strukturellen Voraussetzungen und die Qualität der Weiterbildung unter Einbeziehung der Beteiligten zu überprüfen.

Wir bitten um rege Beteiligung und stehen für weitere Auskünfte unter E-Mail: evaluation@slaek.de oder unter der Telefon-Nr.: 0351 8267-335 zur Verfügung.

Dr. med. Birgit Gäbler
Ärztin in der Geschäftsführung
Weiterbildung/Prüfungswesen

Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

Kostenfreie Broschüren in deutsch, englisch und arabisch!

Oft ist vom deutschen „Gesundheitsdschungel“ die Rede – selbst viele deutsche Patienten haben Schwierigkeiten sich zurechtzufinden. Dazu kommt, dass die medizinische Versorgung in anderen Ländern dieser Welt anders geregelt ist.

Aus diesem Grund hat die Sächsische Landesärztekammer in Kooperation mit dem Sächsischen Staatsministe-



rium für Soziales und Verbraucherschutz eine Broschüre entwickelt, die Asylsuchenden hilft, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden. Sowohl in Deutsch, Englisch als auch Arabisch ist die Broschüre verfügbar.

Angesprochen werden sowohl die verschiedenen Versorgungsebenen (ambulant, stationär, im Notfall zu verschiedenen Zeiten und viel mehr) als auch das Verhalten gegenüber Ärzten und Assistenzpersonal. Der allgemeine Umgang mit Patienten in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens wird ebenfalls aufgegriffen.

Die Broschüren können bei Frau Hickmann bestellt werden.
Telefon-Nr.: 0351 8267-408
E-Mail: assaegf@slaek.de

Emily Hickmann
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Selbsthilfegruppe für suchtkranke Ärzte und Zahnärzte

Suchtgefährdete und -kranke Ärzte können seit einigen Jahren am strukturierten Beratungsprogramm der hierfür gegründeten Unterarbeits-

gruppe der Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer partizipieren. Wir möchten darüber informieren, dass sich für den Leipziger Raum eine Selbsthilfegruppe gegründet hat. Die Selbsthilfegruppe „Kompass“ erreichen Sie über Dipl.-Stom. Annette Kästner, Zahnärztin, unter der Tele-

fon-Nr. 0163 5835693. Sollte es in Sachsen weitere Selbsthilfegruppen geben, die ebenfalls ihre Kontaktdaten im „Ärzteblatt Sachsen“ sehen möchten, bitten wir um entsprechende Mitteilung.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer

Mitgliederversammlung der KÄK Bautzen

Am **Mittwoch, 8. November 2017, 18.00 Uhr** findet die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Bautzen statt.

Die Wahlperiode der bestehenden Kreisärztekammer neigt sich dem Ende zu.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und

Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2017 – 2021 gewählt werden. Überdies werden wir einen Referenten von „Ärzte ohne Grenzen“ zu Gast haben. Eine Einladung nebst Tagesordnung geht allen Mitgliedern noch schriftlich zu. Fortbildungspunkte werden beantragt.

Wenn auch Sie einen Beitrag zur ärztlichen Selbstverwaltung in unserem Landkreis und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leis-

ten möchten sowie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer haben, möchten wir Sie ermuntern, mit uns Kontakt aufzunehmen:

Telefon-Nr.: 03591 3632757,
E-Mail: aussenstelle-bautzen@slaek.de

Ort: Best Western Plus Hotel Bautzen, Wendischer Graben 20, 02625 Bautzen

Dr. med. Karl-Andreas Krebs
Vorsitzender der Kreisärztekammer Bautzen

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Horst Hirsig
Spiegelungen – Werke aus verschiedenen Zyklen
bis 22. Oktober 2017

Michael Hofmann
Der besondere Moment
26. Oktober 2017 bis 21. Januar 2018
Vernissage: Donnerstag,
26. Oktober 2017, 19.30 Uhr
Einführung: Thomas Gerlach,
Schriftsteller, Radebeul

Programmorschau
3. Dezember 2017, 11.00 Uhr

Junge Matinee „Weihnachtsträume & Lieder aus aller Welt“
Studierende der Klarinettenklasse von Prof. Joachim Klemm und der Liedklasse von KS Prof. Olaf Bär, Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden, gestalten ein Adventsprogramm von Humperdincks Musik bis zu eingängigen Volksweisen.
Am Flügel: Prof. Sonja Gimaletdinow

Tarifabschluss MFA 2017

Höhere Gehälter und neue Regelungen bei Sonderzahlung

Bereits am 1. August 2017 einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte (AAA) und der Medizinischen Fachangestellten (Verband medizinischer Fachberufe e. V.) in der 3. Tarifrunde auf einen neuen Gehaltstarifvertrag mit einer Laufzeit vom 1. April 2017 bis 31. März 2019 und auf einen neuen Manteltarifvertrag mit einer Laufzeit bis zum 31. Dezember 2020.

Folgende Eckpunkte wurden vereinbart:

- lineare Steigerung der Gehälter rückwirkend zum 1. April 2017 um 2,6 Prozent und ab 1. April 2018 nochmals um 2,2 Prozent,
- Erhöhung der Ausbildungsvergütungen rückwirkend zum 1. April 2017 um 30,00 Euro brutto monatlich, das heißt im 1. Ausbildungsjahr von derzeit 730,00 Euro auf 760,00 Euro, im 2. Ausbildungsjahr von 770,00 Euro auf 800,00 Euro und im 3. Ausbildungsjahr von 820,00 Euro auf 850,00 Euro; ab 1. April 2018 weitere durchschnittliche Steigerung um 1,7 Prozent,
- ab 2018 Umwandlung des bisherigen 13. Gehalts: die Hälfte wird auf die Monatsgehälter/Ausbildungsvergütungen umgelegt, die andere Hälfte als Sonderzahlung zum 1. Dezember ausgezahlt; damit Anhebung der in der Tariftabelle vereinbarten monatlichen Bruttogehälter/Ausbildungsvergütungen um 4,17 Prozent beziehungsweise 1/24.

Begründung: Verminderung der Liquiditätsengpässe vieler Praxen durch 13. Gehalt

Voraussetzung für Bezug:

- Praxiszugehörigkeit MFA mindestens sechs Monate/Auszubildende drei Monate
- ungekündigtes Arbeitsverhältnis am 1. Dezember des jeweiligen Jahres

Erhöhung der Sonderzahlung (ab dem 2. Jahr der Praxiszugehörigkeit): 2018 auf 55 Prozent, 2019 auf 60 Prozent, ab 2020 auf 65 Prozent des Monatslohns.

Rückzahlungsverpflichtung bei Eigenkündigung der MFA vor dem 31. März des Folgejahres, Reduzierung nach drei Jahren Praxiszugehörigkeit auf die Hälfte, Entfall nach fünf Jahren.

Die Tarifpartner erhoffen sich durch die Umverteilung und Flexibilisierung der Personalkosten mittelfristig auch eine verstärkte Anwendung des Manteltarifvertrages durch die ärztlichen Arbeitgeber. In Anbetracht des für 2017/2018 vereinbarten Honorarvolumens in der vertragsärztlichen Versorgung erscheint der Tarifabschluss angemessen und der Spielraum für Umgestaltungen gegeben.

Im Rahmen bestehender Ausbildungsverhältnisse bitten wir zu beachten:

Die Erhöhung der tariflichen Ausbildungsvergütung ist auch für bereits abgeschlossene Ausbildungsverträge von Bedeutung. Bei Tarifgebunden-

heit ist eine nachträgliche Anpassung wahrscheinlich selbstverständlich. Aber auch ohne Tarifbindung muss die Ausbildungsvergütung angepasst werden, soweit die ursprünglich vereinbarte Höhe den aktuellen Tariflohn um mehr als 20 Prozent unterschreitet. Nach der Rechtsprechung sind Vergütungen unterhalb von 80 Prozent des Tariflohns nicht mehr als angemessen zu bewerten. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass die tarifliche Ausbildungszeit 38,5 Stunden beträgt. Davon abweichend sind in den meisten Berufsausbildungsverträgen 40 Stunden/Woche festgelegt.

Vor diesem Hintergrund werden derzeit alle bei der Sächsischen Landesärztekammer eingetragenen Ausbildungsverträge geprüft. Soweit aufgrund des Tarifabschlusses ein Vertrag im Hinblick auf die Höhe der Vergütung angepasst werden muss, wird der ausbildende Arzt entsprechend informiert.

In der folgenden Übersicht sind neben der tariflichen Vergütung auch die Mindestsätze (ausgehend von 40 Stunden/Woche) als Klammerzusatz dargestellt:

Zeitraum	1. Ausbildungsjahr (Euro)	2. Ausbildungsjahr (Euro)	3. Ausbildungsjahr (Euro)
01.04.2017 – 31.12.2017	760,00 (631,69)	800,00 (664,94)	850,00 (706,50)
01.01.2018 – 31.03.2018	792,00 (658,29)	834,00 (693,19)	886,00 (736,42)
01.04.2018 – 31.03.2019	805,00 (669,09)	850,00 (706,50)	900,00 (748,05)

Den aktuellen Wortlaut der Tarifverträge einschließlich der Gehaltstabellen finden Sie über unsere Homepage www.slaek.de.

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Fortbildung MFA – wer bezahlt?

Nachtrag zum Artikel im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 7/2017

Aufgrund entsprechender Nachfragen zu unserem Artikel im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 7/2017, haben wir eine Mustervereinbarung für die Rückzahlung von Fortbildungskosten

zwischen Arzt (Arbeitgeber) und MFA (Arbeitnehmer) erstellt. Diese kann als Grundlage für einen Fortbildungsvertrag genutzt werden und steht ab sofort auf unserer Homepage www.slaek.de in der Rubrik MFA/Fortbildung zum Abruf zur Verfügung.

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Montag, dem 15. Januar 2018, 9.00 – 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt in der 4. bis 6. Kalenderwoche 2018.

1. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 15. Januar 2018 können regulär Auszubildende und Umschüler, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2018 endet, zugelassen werden.

2. Zulassung in besonderen Fällen

I. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler (bei einer Umschulungszeit von 30 - 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.

II. 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).

3. Anmeldung und Zulassungsverfahren

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

von der Sächsischen Landesärztekammer.

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 9. November 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 den Telefon-Nr. 0351 8267 -170, -171, -173 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

MFA-Fachkabinett für Leipzig

Praxisinventar gesucht

Die Ruth-Pfau-Schule, Berufliches Schulzentrum der Stadt Leipzig, plant die Neugestaltung des Fachkabinetts für die Berufsausbildung der Medizinischen Fachangestellten, um

den Erfordernissen an die Ausbildung gerecht zu werden.

Benötigt wird vor allem Praxisinventar, zum Beispiel aus dem Sprech- und Verbandszimmer oder Labor.

Sind Sie gegenwärtig bei der Auflösung Ihrer Praxis oder tätigen Neuanstellungen und sind bereit, Praxisinventar kostenlos abzugeben, freuen wir uns über eine entspre-

chende Information mit Angaben über die Art des Inventars, Maße sowie Ort der Abholung (wünschenswert in Leipzig oder nähere Umgebung).

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte
Telefon-Nr.: 0351 8267-170
Fax-Nr.: 0351 8267-172
E-Mail: mfa@slaek.de

27. Sächsischer Ärztetag 30. Erweiterte Kammerversammlung 17. Juni 2017

Beschluss Nr. SÄV 3/30/2017

4. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung

Aufgrund von § 6 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 42) beschließt die Erweiterte Kammerversammlung folgende Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung.

Artikel I Neuregelungen

Die Satzung in der Fassung vom 28. Juni 2008, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 09. September 2008, AZ 32-5248.12/38 (veröffentlicht als Beilage im Ärzteblatt Sachsen 10/2008, S. 515, und im Deutschen Tierärzteblatt 11/2008, S. 1572)

und der 1. Änderungssatzung vom 20. Juni 2009, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2009, AZ 32-5248.12/40 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 07/2009, S. 394, und im Deutschen Tierärzteblatt 08/2009, S. 1127)

und der 2. Änderungssatzung vom 22. Juni 2013, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 2. Juli 2013, AZ 32-5248.12/46 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 08/2013, S. 326, und im Deutschen Tierärzteblatt 09/2013, S. 1339)

und der 3. Änderungssatzung vom 14. Juni 2014, genehmigt durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 24. Juni 2014, AZ 32-5248.12/48 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 07/2014, S. 288, und im Deutschen Tierärzteblatt 08/2014, S. 1174) wird wie folgt geändert:

1. § 13 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) ¹Für die Zulassung zur fortgesetzten Mitgliedschaft ist ein Antrag erforderlich, der innerhalb einer Frist von einem Monat seit dem Empfang des förmlichen Bescheides über die Beendigung der Pflichtmitgliedschaft zu stellen ist. ²Für Mitglieder, die ihre heilberufliche Tätigkeit ins Ausland verlegen oder dort ihre Hauptwohnung nehmen, verlängert sich die Frist auf drei Monate. ³Der Bescheid über die Beendigung der Pflichtmit-

gliedschaft muss einen Hinweis auf die Möglichkeit der Fortsetzung der Mitgliedschaft enthalten.

2. § 16 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Angestellte Mitglieder, die gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen für Zeiten der Beschäftigung in einem Angestelltenverhältnis als Beitrag den Betrag, der ohne diese Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wäre, jedoch mindestens einen Beitrag gemäß § 15 Absatz 3.

3. § 16 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) Angestellte Mitglieder, die nicht gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen neben den Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung an die Sächsische Ärzteversorgung nur den Beitrag gemäß § 15 Absatz 3.

4. § 19 wird wie folgt neu gefasst:

Mitglieder, die gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und Erwerbseinkommen oder sonstige Leistungen aus den Sozialversicherungen beziehen, haben für diese Zeiten den Beitrag zu zahlen, der ohne diese Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wäre.

5. § 20 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Wehr- und Zivildienst leistende Mitglieder, die gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und deren Arbeitsverhältnis während dieser Zeiten gemäß § 1 des Arbeitsplatzschutzgesetzes ruht, haben für diese Zeiten einen Pflichtbeitrag in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber übernimmt, wenn gemäß § 14a Absätze 1 bis 3 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Anspruch auf Beitragsübernahme zur Sächsischen Ärzteversorgung besteht.

6. § 20 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) Soweit Absatz 1 nicht Anwendung findet, haben Wehr- und Zivildienst leistende Mitglieder, die gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und nach den Vorschriften des Arbeitsplatzschutzgesetzes Anspruch auf Beitragsübernahme zur Sächsischen Ärzteversorgung haben, für diese Zeiten den Beitrag zu

entrichten, der ohne die Befreiung gemäß § 6 SGB VI zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.

7. § 20 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) Wehr- und Zivildienst leistende Mitglieder, die nicht gemäß § 6 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und die nach den Vorschriften des Arbeitsplatzschutzgesetzes Anspruch auf Beitragsübernahme zur Sächsischen Ärzteversorgung haben, haben für diese Zeiten einen Beitrag in Höhe von 40 v.H. des jeweiligen höchsten Pflichtbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen.

8. § 23 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) ³Die Beiträge gemäß §§ 15 Absatz 3 Satz 2, 16, 19 und 20 werden zum Ende eines Kalendermonats fällig.

9. § 26 Abs. 1 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

(1) ¹Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung und ihre Hinterbliebenen haben ohne Wartezeiten Anspruch auf Versorgung bei Eintritt des Versorgungsfalles (Berufsunfähigkeit, Erreichen der Altersgrenze, Tod).

10. § 28 Abs. 1 werden Satz 5 und 6 neu eingefügt:

(1) ⁵Der Antrag auf obligatorisches Altersruhegeld ist bis spätestens drei Monate nach Erreichen der Regelaltersgrenze durch das Mitglied zu stellen. ⁶Bei einem späteren Antragseingang entsteht der Anspruch nach den Bestimmungen des Absatzes 5.

11. In § 28 Abs. 2 werden Satz 2 und 3 wie folgt neu gefasst:

(2) ²Der jeweils für ein Jahr erworbene Punktwert ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Beitrages zum Durchschnittsbeitrag und der Verdopplung dieses Ergebnisses multipliziert mit dem dynamischen Korrekturfaktor. ³Für die Ermittlung des im vorhergehenden und im laufenden Kalenderjahr bis zum Beginn des Versorgungsbezuges erworbenen Punktwertes werden der Durchschnittsbeitrag des vorletzten und der dynamische Korrekturfaktor des letzten Kalenderjahres zugrunde gelegt.

12. In § 28 wird Abs. 2a neu eingefügt:

(2a) ¹Der dynamische Korrekturfaktor ergibt sich aus dem Verhältnis der Barwerte künftiger Beiträge zu den Barwerten der durch künftige Beiträge zu erwerbenden Leistungen. ²Die Bestimmung erfolgt jährlich im Rahmen der versicherungstechnischen Bilanzerstellung. ³Bei Beginn des Versorgungsbezuges im Jahr 2018 beträgt der dynamische Korrekturfaktor 1.

13. In § 28 Abs. 5 werden Satz 2 und 3 wie folgt neu gefasst:

(5) ²Der Antrag muss vor dem gewünschten Ruhegeldbeginn schriftlich bei der Sächsischen Ärzteversorgung eingegangen sein. ³Der Anspruch entsteht jedoch nicht vor dem Ersten des Monats, der dem Eingang des Antrages nachfolgt, aber spätestens mit dem Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 70. Lebensjahres folgt.

14. § 28 Abs. 6 wird aufgehoben.

15. § 30 Abs. 7 Satz 5 wird aufgehoben.

16. § 31 Abs. 3 Nr. 3 Satz 1 Buchstabe a wird wie folgt neu gefasst:

(3)

3. ¹Zugunsten des Mitgliedes bleiben bei der Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes folgende Zeiten außer Ansatz:

a) Zeiten, für welche gemäß § 22 Absatz 4 keine Beitragspflicht besteht,

17. § 31 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

(5) § 30 Absätze 1 bis 6, Absatz 7 Sätze 2 bis 4 und Absatz 8 gelten entsprechend.

Artikel II Inkrafttreten

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Dresden, den 17. Juni 2017

gez. Dr. med. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

gez. Dr. med. vet. Jens Achterberg
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

gez. Erik Bodendieck
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Bescheid vom 25. August 2017, AZ 32-5248.12/53, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 4. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden,
den 20. September 2017

Siegel

gez. Erik Bodendieck
Der Präsident

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 Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/D062	Orthopädie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	24.10.2017
17/D063	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.10.2017
17/D064	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.10.2017
17/D065	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.10.2017
17/D066	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.10.2017
17/D067	Psychotherapeutisch tätige Ärztin – Tiefenpsychologische Psychotherapie/ Psychoanalytische Psychotherapie (häufiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	13.11.2017
17/D068	Orthopädie	Hoyerswerda, Stadt/ Landkreis Kamenz	24.10.2017
17/D069	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	24.10.2017
17/D070	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Sächsische Schweiz	24.10.2017
17/D071	Kinder- und Jugendmedizin	Sächsische Schweiz	24.10.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/L046	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Torgau-Oschatz	24.10.2017
17/L047	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.10.2017
17/L048	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Leipzig, Stadt	24.10.2017
17/L049	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Leipzig, Stadt	13.11.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/C055	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Chemnitzer Land	24.10.2017
17/C056	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Freiberg	13.11.2017
17/C057	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.10.2017
17/C058	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Freiberg	24.10.2017
17/C059	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Mittlerer Erzgebirgskreis	24.10.2017
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
17/C060	Laboratoriumsmedizin (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	24.10.2017

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger veröffentlicht:

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Hohenstein-Ernstthal	Geplante Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Limbach-Oberfrohna	Geplante Abgabe: Ende 2018/Anfang 2019

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: 31.12.2017
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: I/2019
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Februar 2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende März 2019
Praktische Ärztin*)	Radebeul	Abgabe: ab sofort bzw. bis spätestens März 2019
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2017/2018

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

„Endlich auch einmal etwas für Ärzte selbst“

1. Sächsischer Fortbildungstag

Am 19. August 2017 fand in der Villa Esche in Chemnitz der 1. Sächsische Fortbildungstag unter Leitung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an der Sächsischen Landesärztekammer statt. Sowohl das Konzept als auch die Thematik waren für alle Beteiligten neu und herausfordernd. So war die Veranstaltung nicht nur auf Ärzte ausgerichtet, sondern auf die gesamte Familie, die in diesen Tag mit einbezogen wurde. Keiner musste auf die Partnerin, den Partner, den Vater oder die Mutter zu Hause warten, alle waren herzlich mit eingeladen. Insofern wurde ein interessantes Rahmenprogramm sowohl für Erwachsene als auch für Kinder angeboten. Die damit verbundene Wahl des Veranstaltungsortes mit der Villa Esche und ihrem besonderen Ambiente in Chemnitz erfolgte ganz bewusst und lieferte eine entspannte Umgebung. Auch ging es bei den inhaltlichen Schwerpunkten nicht um die klassischen Angebote ärztlicher Fortbildung, sondern um Themen, die den Arzt in der persönlichen Bewältigung seines Alltages betreffen und stärken sollen. Im Fokus des 1. Sächsischen Fortbildungstages stand damit der Humor, verstanden als wertvolle Unterstützung im Arbeitsalltag und der Er-



Neugierige und aktive Kinder

© SLÄK

kenntnis, dass humorvolle Menschen glücklich und glückliche Menschen humorvoller sind. Der Hauptreferent, Matthias Prehm, selbst lange Jahre engagierter Pfleger auf einer Intensivstation für Brandverletzte in Hamburg, lebt diese Lebensmaxime mit Überzeugung jeden Tag. Im Rahmen der Veranstaltung machte er deutlich, dass wir Ärzte in unserem schönen Beruf mit einer positiven Achtsamkeit, Empathie und Wertschöpfung vielen Menschen helfen und Humor zum Perspektivwechsel nutzen können. Diese Botschaft wurde in den anschließenden Workshops zu Humor, Achtsamkeit, Zeitmanagement und aktive Pausen im Berufsalltag vertieft. Die Referenten, Herr Prehm, Frau Dr. Stockmann, Frau Dr. Andersen-Reuster, Frau Prate (in der Reihenfolge der Themen) haben diese Angebote mit einer überwältigenden Resonanz vertieft. Die einzige kritische Rückmeldung der insgesamt 57 ärztlichen Teilnehmer war, dass es an Zeit fehlte. Das Rahmen-

programm im Industriemuseum für 16 Begleitpersonen sowie 39 Kinder fand breiten Anklang und vor allem auch das Angebot am frühen Nachmittag in der Villa Esche. Dort wurden Führungen und Spiele im Stil der 1920 Jahre angeboten.

Es bleibt zum Abschluss denjenigen zu danken, die sich aktiv an der Organisation des 1. Sächsischen Fortbildungstages beteiligt haben. Denn im Hinblick auf das Rahmenprogramm und der Vielzahl der angemeldeten Kinder war dies ein echtes Novum und Herausforderung. Die Mitarbeiter der Fortbildung an der Sächsischen Landesärztekammer haben nicht nur ihr Bestes gegeben, sondern einen maßgeblichen Beitrag für den Erfolg der Veranstaltung geliefert – vielen Dank!

Dr. med. Kirsten Schubert-Fuchs
Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska



Aufmerksame Zuhörer...



und ein entspannter Präsident

© SLÄK

Langzeittherapie der Osteoporose*

H.-C. Schober

Einleitung

Osteoporose als systemische Skeletterkrankung betrifft vorwiegend ältere Menschen, deren Muskelmasse reduziert ist, die sturzbedroht sind und die Frakturen erleiden. Jüngere Patienten entwickeln Knochen-schwund eher als Folge anderer Erkrankungen und deren medikamentöser Therapie. In allen Altersgruppen handelt es sich um langwiegige, chronische Zustände.

Mit einer Zunahme an Frakturen ist bei Frauen etwa ab dem 60. bis 65. Lebensjahr, bei Männern ab dem 75. Lebensjahr zu rechnen [1].

Klinisch relevant ist das Erkennen der Patienten, die besonders von Frakturen bedroht sind. Ein Faktor sind Stürze, eine Sturzneigung ist bei Älteren häufig gegeben.

Mit dem Älterwerden schwindet die Muskulatur. Etwa ab dem 70. Lebensjahr werden sowohl Männer als auch Frauen in immer stärkerem Ausmaße sarkopen. Folgen sind eine verminderte physische Leistungsfähigkeit, deren Ausmaß messbar ist. Etablierte Messgrößen sind der Chair-rising-Test, die Ganggeschwindigkeit und die Handkraft. Zur Feststellung koordinativer Fähigkeiten sind Tandemstand und Tandemgang gute Parameter.

Erfassungen der Frakturinzidenz, zum Beispiel für Wirbelkörper, zeigen, dass diese ab dem 60. Lebensjahr bei Frauen und Männern ansteigt, deutlich ab dem 70. Lebensjahr und massiv ab dem 80. Lebensjahr. Diese Befunde korrelieren mit dem Schwinden der Muskulatur.

Wesentliche Zusammenhänge zwischen Muskel, Knochen, Stoffwechselaktivität und physischer Leistungsfähigkeit wurden im letzten Jahr aus der Arbeitsgruppe von Karsenty [2] beschrieben:

„Bei Muskeltätigkeit wird IL6 freigesetzt, welches die Osteokalzinproduktion im Knochen steigert. IL6 steigert die Verfügbarkeit von bioaktiven Osteokalzin. Carboxyliertes Osteokalzin wiederum ist in der Lage, die Aufnahme von Glucose und Fettsäuren in die Muskulatur zu steigern. Damit ist ein zentraler Zusammenhang zwischen Knochen, Muskulatur und Leistungsfähigkeit gegeben.“

Nach den Studien von Hadji [3] sind in Deutschland etwa 6,3 Millionen Frauen und Männer von Osteoporose betroffen. Bei etwas weniger als der Hälfte treten Frakturen auf.

Legt man diese Daten zugrunde ergeben sich folgende Fragen:

- Wann sollte man mit einer Osteoporosetherapie beginnen?
- In Abhängigkeit von der Knochendichte?
- Von Frakturen?
- Von den Komorbiditäten?
- Wie lange ist zu therapieren?
- In welchem Ausmaß vermindert die Therapie das Frakturrisiko?
- Welche Frakturen werden vorwiegend vermindert?

Klassische osteoporosetypische Frakturen sind die distalen Radiusfrakturen, die Wirbelkörperfrakturen, die proximalen Oberarmfrakturen und die Schenkelhalsfrakturen.

Die Wirbelkörperfraktur ist häufig die für eine Therapieentscheidung wegweisende Fraktur, die anderen oben genannten Frakturen müssen ebenfalls Beachtung finden.

Zur Therapie der Osteoporose, zur Verminderung des Frakturrisikos stehen exzellente Medikamente zur Verfügung. Besonders wirksam zur Verhinderung neuer Wirbelkörperfrakturen sind Denosumab, Zoledronsäure, Alendronsäure, Risedronsäure und Teriparatid.

Im Hinblick auf die Risikominderung von Schenkelhalsfrakturen sind Zoledronsäure, Denosumab, Alendron- und Risedronsäure wirksam. Eine Wirkung auf periphere Frakturen entfaltet sich allerdings oft erst nach längerer Gabe [4].

Diese vier genannten Medikamente gehören zu den häufig eingesetzten, Leitlinien definierten Osteologica.

Weitere Therapieoptionen sind Ibandronat, Raloxifen und Teriparatid. Sehr selten werden Anabolika bei Männern eingesetzt; eine gut gesicherte Wirksamkeit liegt nicht vor. Von einer längerfristigen Anwendung ist derzeit aufgrund der Nebenwirkungen abzuraten.

Als Basis der Osteoporosetherapie ist eine adäquate Versorgung mit Calcium und Vitamin D etabliert. Diese muss über die gesamte Therapiezeit erfolgen.

Im klinischen Alltag werden bevorzugt Alendronsäure, Risedronsäure, Zoledronsäure, Denosumab und auch Ibandronsäure eingesetzt. Bedeutend weniger wird Teriparatid, Strontiumranelat sowie Raloxifen verordnet, was sich durch Wirkungsweise, Nebenwirkungen, Kosten und Zulassungseinschränkungen erklären lässt. Bei allen Medikamenten ist die Einnahmetreue (Adherence) von Bedeutung. Zur Einnahmetreue gibt es erhellende Arbeiten von Hadji et al. [5], die zeigen, dass die Einnahmetreue nach einem Jahr erheblich abgesunken ist, insbesondere bei oraler Medikation. Nach einem Jahr nehmen noch etwa 30 bis 50 Prozent der Patienten Alendron- oder Risedronsäure ein. Interessant ist, dass die älteren Patienten die tägliche Einnahme gegenüber der wöchentlichen Einnahme bevorzugen [5]. Eine kurze Einnahmezeit ist deshalb kritisch, da im Hinblick auf Schenkelhalsfrakturen erst nach längerer Einnahmedauer ein Effekt erzielt wird [4].

Entscheidungen zur Therapie und zur Therapiedauer gründen sich somit auf vielen Faktoren. Die Knochendichte (der T-Score) ist ein anerkanntes Instrument, allerdings, wie in den Leitlinien auch dargestellt, ist er altersabhängig differenziert einzusetzen. Gemessen werden sollte Femur-Gesamt oder Femur-Hals.

Weiter zu bedenken sind zusätzliche Risikofaktoren. Das vorwiegend multimorbide ältere Klientel leidet häufig an einem Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, einer COPD, einer Herzinsuffizienz, einer Niereninsuffizienz, Arthrose etc. Eine Medikation muss diesen Kontext berücksichtigen.

* Der vorliegende Beitrag basiert auf dem Vortrag „Langzeit-Management der Osteoporose“, den der Autor auf dem 17. Osteoporose-Tag (28. Januar 2017) in Dresden gehalten hat.

Nach den NOF- und WHO-Kriterien ist ein T-Score kleiner -2,5 eine Begründung für die Therapie, ein 10-Jahres-Schenkelhalsfrakturrisiko größer drei Prozent oder ein Osteoporosefrakturrisiko größer 20 Prozent.

Für die Therapiedauer ist es wichtig, ein Therapieziel festzulegen. Eine sehr umfassende Übersichtsarbeit zu Therapiezielen erschien 2017 [6].

Hauptziele der Behandlung sind: Verhinderung von Frakturen, Anheben der Knochendichte. Die Knochendichte am Schenkelhals sollte über den T-Score von -2,5 angehoben werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Knochendichteziele nur für Femur-Gesamt oder Femur-Hals gelten. Begrenzt wird dieses Therapieziel durch viele Frakturen und/oder eine sehr niedrige Dichte kleiner -3,5. Eine Anhebung auf größer -2,5 ist dabei kaum möglich.

Bei mehreren Frakturen und/oder niedriger Dichte ist die angemessene Ersttherapie von besonderer Bedeutung. Es ist bei sehr niedriger Dichte zu fragen, welches sollte die Therapie der ersten Wahl sein?

Im genannten Artikel wird von den Autoren bei sehr niedriger Dichte zunächst eine anabole Therapie und danach eine abbaubremsende Therapie als optimal beschrieben. Durch ein solches Vorgehen wird ein längerer Therapiezeitraum umfasst, als bisher üblich mit drei bis fünf Jahren. Allerdings ist ein solches Vorgehen bisher nicht durch Studien etabliert. Alle oben genannten Probleme und Befunde müssen in die Therapieentscheidungen einfließen.

Mit der weitverbreiteten Gabe von oralen Bisphosphonaten über drei bis fünf Jahre können Wirkungszeiträume von fünf bis sieben Jahren gut erreicht werden.

Erfahrungen über Therapiezeiträume von zehn Jahren liegen für Alendronsäure und Denosumab vor, für Risedronsäure über sieben Jahre und für Zoledronsäure über sechs Jahre. Die Langzeitdaten zur Entwicklung der Knochendichte unter Bisphosphonattherapie sind nicht konsistent, zeigen jedoch bis fünf Jahre nach Studienbeginn zwischen vier und zwölf Prozent Zuwachs [7]. Als

Begründung für eine längere Therapiedauer sind osteoporosetypische Frakturen vor und unter der Therapie sowie eine sehr niedrige Knochendichte heranzuziehen (Tab. 1).

Tab. 1: Anwendungserfahrungen in Studien

Medikament	Dauer (Jahre)
Alendronsäure	10
Denosumab	10
Risedronsäure	7
Zoledronsäure	6
Ibandronsäure	5

Da Bisphosphonate auch nach Therapieende weiter wirken, sind die effektiven Wirkzeiten länger. Die vorliegenden Studien zeigen, dass es zu keiner relevanten Knochendichteminderung nach einer Pause von drei Jahren für Zoledronsäure und nach fünf Jahren für Alendronsäure kommt [7].

Aufgrund der längeren Wirkzeiten sind in der klinischen Praxis Fragen nach einer Therapiepause, dem „Drug-Holiday“ relevant und werden im Alltag praktiziert.

Für Bisphosphonate und Denosumab sind die Risiken der Langzeitgabe zu beachten, so die atypischen subtrocantären Femurfrakturen 50 bei 100.000 Patienten in ein bis fünf Jahren, eine Verdopplung allerdings auf 113 bei 100.000 Patienten nach acht bis neun Jahren [8].

Das Vorgehen

Osteoporosemedikamente heben das Frakturrisiko nicht auf. Zu bedenken ist, dass etwa 75 Prozent aller Schenkelhalsfrakturen jenseits der 75 Jahre durch Stürze entstehen. Entscheidende Kriterien für Frakturen unter einer Therapie sind frühere Stürze und frühere Frakturen. Wer mehr als zwei Stürze vor der Therapie und mehr als eine Fraktur vor der Therapie erlitt, bei diesen Patienten sind weitere Frakturen wahrscheinlich [9].

Liegt eine Osteoporose ohne Stürze und Frakturen vor, dann werden drei bis fünf Jahre Bisphosphonate empfohlen, danach könnten ein bis drei

Jahre Pause eingehalten werden, so dass eine Wirkzeit über sechs bis acht Jahre möglich ist.

Bei Problempatienten mit sehr niedriger Dichte sind Langzeittherapien über mehr als fünf Jahre mit Alendronsäure, Risedronsäure, Denosumab und Zoledronsäure möglich. Treten darunter Frakturen auf, kann Teriparatide für zwei Jahre gegeben werden, gefolgt von drei bis fünf Jahren (bis zehn Jahren) eines der oben genannten Bisphosphonate, so dass ein Therapiezeitraum von acht bis zwölf Jahren resultiert, rechnet man eine längere Wirkzeit von nochmal zwei Jahren hinzu, würde sich diese auf 14 Jahre erweitern.

Gibt es Gründe Denosumab abzusetzen, sollte unbedingt ein Bisphosphonat gegeben werden, um ein sogenanntes Reboundphänomen, ein Wiederanstieg der Knochenabbaumarker mit erhöhter Frakturneigung, zu verhindern.

Neben der medikamentösen Therapie ist körperliche Aktivierung wichtig, auch eine physikalische Therapie – das Training von Koordination und Kraft, um Stürze zu vermindern. Nicht außer Acht zu lassen ist eine adäquate Ernährung, das heißt eiweißreich (1,2 bis 1,5 kg/kg KG) und häufig auch kalorienreich [10].

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass eine Therapie über lange Zeiträume möglich ist, bisher belegt über zehn Jahre. Vor Therapiebeginn sollte unter dem Aspekt der Dauer eine klare Therapieplanung erfolgen mit Festlegung von Therapiezielen. Zu bedenken sind die langen Wirkzeiten verschiedener Bisphosphonate. Bei gutem Anstieg der Dichte und fehlenden Frakturen und Stürzen sind Therapiepausen möglich und verlängern somit die Therapiezeiträume.

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: der Autor hält Vorträge für Amgen und Lilly

Prof. Dr. med. Hans-Christof Schober
Klinikum Südstadt Rostock
Klinik für Innere Medizin I
Südring 81, 18059 Rostock
E-Mail: hans-christof.schober@
kliniksued-rostock.de

Schöne@digitale Welt

Leserbriefe zum Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2017 sowie zur Antwort von Dr. med. Thomas Lipp („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2017, S. 302):

Sehr geehrter Herr Dr. Lipp,

vielen Dank für Ihre Antwort und für Ihre Wahrnehmung, dass mich das Thema im Innersten berührt. Es ist höchst bedauerlich, dass das Unumkehrbare dieser Tatsachen hingenommen wird, ohne genügend zu hinterfragen. Spätestens seit dem Buch von Juli Zeh „Corpus Delicti“ und seit Edward Snowden wissen wir, was mit Daten passiert; auch Prof. Dr. med. Christiane Woopen hat auf dem letzten Deutschen Ärztetag vor dem „totalitären System“ gewarnt. In Ihrer Antwort finde ich leider kein überzeugendes Argument, das wir für unsere Berufung zum Arzt die Digitalisierung brauchen. Insbesondere ist mir nicht bekannt, auf wel-

chem Wege die Versicherten das einfordern. Mit dem Wunsch vieler Menschen, die Medizin menschlicher zu gestalten lässt sich das nicht vereinbaren. Ich bin sehr froh, dass ich das den Menschen gegenüber nicht zu verantworten habe.

Dr. med. Kathrin Uhlig, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. Lipp,

in Ihrer Antwort bemühen Sie das Ultraschall-Gerät, um uns Skeptikern die Digitalisierung in der Medizin nahe zu bringen – ich danke für diese Steilvorlage:

Das Ultraschallgerät steht geduldig im Arbeitszimmer und wartet darauf, dass es gebraucht wird. Es kennt kein Passwort und braucht keine kostenpflichtigen Updates, die das Gerät alle drei Monate „verneuern“. Die Menüführung erfährt keine ständige Veränderung, die ich mir – kostenpflichtig – von überforderten Callcenter-Mitarbeitern zeitraubend erklären lassen muss.

Meine größte Sorge bezüglich der Digitalisierung ist es, dass Dinge

nicht mehr funktionieren. In den letzten vier Wochen zum Beispiel war der Telefonanschluss meiner Praxis mehrfach defekt. Unzählige Anrufe beim Netzbetreiber und diverse Besuche der Techniker brachten keinen Erfolg. Ich frage mich, wie das internetbasierte VSDM funktionieren soll, wenn schon bei einem einfachen Telefonanschluss der Netzbetreiber anscheinend die Technik nicht mehr vollständig beherrscht.

Ein weiteres Beispiel: Seit dem letzten Update meiner Praxissoftware ist das Merkmal „Angina pectoris“ im DMP der Koronaren Herzkrankheit nicht mehr korrekt darstellbar. Mein Computer akzeptiert seitdem keine schwergradigen Stadiendarstellungen. Die elektronische DMP Maske kann dadurch nicht mehr korrekt vervollständigt und versendet werden.

Für Ihren Optimismus zur Digitalisierung sehe ich überhaupt keine Grundlage.

Dr. med. Philipp Conradi, Dresden

Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis

Zu unserem Themenheft „Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis“, Heft 8/2017, erreichte uns ein Leserbrief von Dr. rer. nat. Alexander Schluttig und Dr. med. Holger Schnering:

Mit dem oben genannten Themenheft wurde ein Schwerpunkt ärztlicher Tätigkeit fokussiert, dem leider in der Praxis nicht immer die erforderliche Aufmerksamkeit gewidmet wird. Gerade in der heutigen Zeit, gekennzeichnet durch

- weiter zunehmende Globalisierung einschließlich Tourismus,
- zunehmende Antibiotikaresistenz und
- vermehrte Inanspruchnahme der Notfallaufnahmen in den Kliniken als Reaktion auf die schlechte(re) Erreichbarkeit einer Hausarztpraxis

spielen Probleme der Weiterverbreitung von pathogenen Keimen eine große Rolle. Das vorliegende Heft zeigt viele Facetten dieses Problems, das durch die Flüchtlingsaufnahme noch weiter an Brisanz zunehmen wird.

Es ist zu begrüßen, dass sich das „Ärzteblatt Sachsen“ dieser Thematik so eingehend und breit gefächert annimmt und neben theoretischen Abhandlungen auch zeigt, welche Maßnahmen für den Fall einer schwerwiegenden Infektionsgefahr vorbereitet sind – sicherlich auch für viele Ärzte eine erfreuliche Neuigkeit.

Besonders interessant für die niedergelassenen Ärzte erscheint den Autoren der Beitrag von Anja-Susann Schinzel auf den Seiten 337 – 341, der allerdings mit seinen Forderungen zeigt, welche Lücken im hygienischen Bereich in vielen Praxen bestehen. Im täglichen Arbeitsablauf steht jedoch die Notwendigkeit im Vordergrund, in der zur Verfügung stehen-

den Zeit möglichst alle Patienten optimal zu versorgen. Dieser Spagat zwischen Theorie und Praxis wird sicherlich in nächster Zeit noch zunehmen, wenn weitere Praxen, besonders im hausärztlichen Bereich, mangels Nachfolgers geschlossen werden müssen.

Anlass zur vorliegenden Erwiderung/Ergänzung ist die in der Arbeit dargestellte Abb. 1 auf Seite 338: Der dort gezeigte Handwaschplatz ist zwar bis zur Unterkante des Waschbeckens korrekt ausgestattet, berücksichtigt jedoch in keiner Form die durch wissenschaftliche Untersuchungen bewiesene Rolle des Siphons (Geruchsverschluss) als Keimreservoir:

Während des Ablaufens von Wasser aus dem Waschbecken in den Geruchsverschluss entstehen Aerosole. Diese enthalten all die Bakterienarten, die sich im Innern des Siphons befinden. Diese Keime werden mit dem zwangsläufig entstehenden Aerosol in die umgebende Raumluft

freigesetzt. Deshalb stellen Geruchsverschlüsse offene, emissionsaktive Erregerreservoirare dar. Je höher die mikrobielle Belastung des Geruchsverschlusses ist, desto mehr Erreger werden mit dem Aerosol in die Raumluft emittiert und gelangen somit an die Hände des Pflegepersonals und damit auch auf den Patienten.

Diese Tatsache ist schon seit vielen Jahren bekannt, wird jedoch in der ärztlichen Praxis kaum beachtet. Mit der thermomechanischen Desinfektion, die bereits in den 1940er Jahren erstmals praktiziert wurde, ist dieses Problem relativ einfach zu lösen – und in den letzten Jahren ist durch einen sächsischen Erfinder ein entsprechendes Gerät entwickelt worden, das diese Aufgabe problemlos und automatisch löst, leicht zu installieren ist und sich auch im Dauerbetrieb im In- und Ausland bewährt hat.

Sein Einsatz, bisher bedauerlicher Weise nur auf Intensivstationen einzelner Krankenhäuser in Deutschland und im Ausland, hat gezeigt, dass mit Hilfe dieses speziellen Siphons die Kontamination in Patientenzimmern deutlich gesenkt wurde, der Antibiotika-Verbrauch zurückging und die Verweildauer verringert werden konnte. Leider ist es bisher noch nicht gelungen, diese im Betrieb sehr preiswerte Vorrichtung, die sich an jedes Waschbecken problemlos anschließen lässt, in der Ambulanz einzuführen. Gerade in den Notfallaufnahmen beziehungsweise den aufzubauenden Portalpraxen mit

dem zu erwartenden hohen Patientendurchlauf ist eine deutliche Verringerung der Keimverschleppung zwischen den Patienten, aber auch auf die Stationen zu erwarten, so dass sich gerade für derartige Praxen der Einsatz dieser einfachen Einrichtung lohnen dürfte. Eine geplante diesbezügliche Studie wurde bisher noch nicht realisiert, da entsprechend interessierte ambulante Einrichtungen dafür nicht gewonnen werden konnten.

Wenn die Autorin des angeführten Artikels schon derartig strenge Maßstäbe an die Hygiene in den Arztpraxen legt, sollte sie doch den aktuellen Stand der Technik ebenfalls berücksichtigen und auch diesen Schwerpunkt für die Keimverminderung, die Verbesserung der Hygiene in der Praxis, mit erwähnen.

Dr. rer. nat Alexander Schluttig, Lauta
Dr. med. Holger Schnering, Hoyerswerda

Sehr geehrter Herr Dr. Schluttig,
Sehr geehrter Herr Dr. Schnering,

die Rolle des Siphons (Geruchsverschluss) als Keimreservoirare ist in Fachkreisen seit Jahren bekannt (beispielsweise nachzulesen online: http://biorec.de/pdf/Sissoko_et_al._2005_b.pdf Stand 14. September 2017).

Grundlage für die Bewertung der baulichen, strukturellen und personellen Hygienebedingungen in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen sind die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaus-

hygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI).

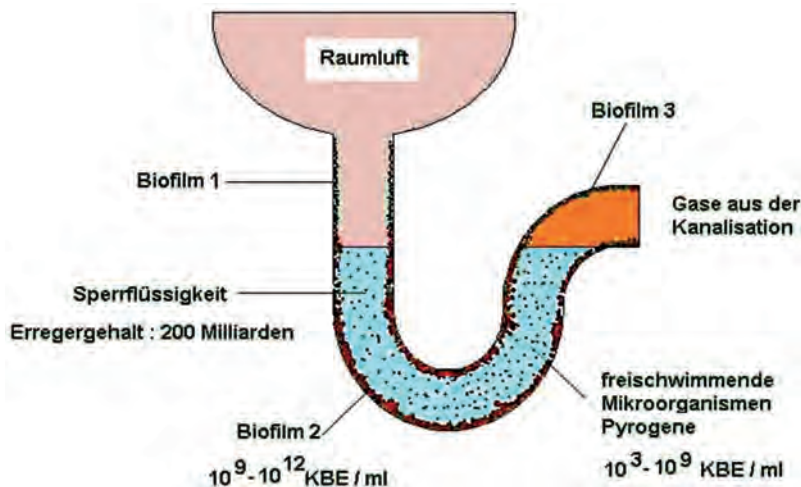
Die oben genannte Thematik wird in der KRINKO-Empfehlung „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ ausführlich erörtert. Diese erst letztes Jahr novelierte Empfehlung entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft (2016). Dort wird darauf hingewiesen, dass automatische Siphon-Desinfektionsanlagen in speziellen Einheiten, zum Beispiel bei Mukoviszidosepatienten, zur Prophylaxe von Pseudomonas-Infektionen indiziert sein können. Es wird jedoch keine grundsätzliche Ausstattung der Handwaschbecken mit automatischen Siphon-Desinfektionsanlagen empfohlen.

Konkrete KRINKO-Empfehlungen zum Handwaschplatz werden wie folgt gegeben:

„Ein hygienischer Handwaschplatz muss mit Zulauf für warmes und kaltes Wasser ausgestattet sein [Kat. IV]. Der Wasserstrahl sollte nicht direkt in den Siphon beziehungsweise auf den Abfluss gerichtet sein [Kat. II]. Bei Neueinrichtung oder wesentlicher Umgestaltung eines Handwaschplatzes ist auf ein ausreichend groß dimensioniertes, tief ausgeformtes Handwaschbecken ohne Überlauf zu achten [Kat. II]. Falls Arbeitsflächen für aseptische Arbeiten an den Waschplatz angrenzen, sind diese durch einen Spritzschutz abzuschirmen [Kat. IB]. Der Waschplatz muss abhängig von den räumlichen Bedingungen mit wandmontierten Spendern für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparat sowie mit Einmalhandtüchern ausgestattet sein [Kat. IV].“

Aus unserer Sicht begrüßen wir natürlich, dass in Sachsen ein Gerät für die thermomechanische Siphon-Desinfektion entwickelt worden ist. Entsprechende Geräte können eine sinnvolle Ergänzung zu weiteren infektionspräventiven Maßnahmen sein – in Abhängigkeit des einrichtungsspezifischen Risikos.

Anja-Susann Schinzel B.A.
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen



Mikrobielle Belastung im Geruchsverschluss

© A. Schluttig / H. Schnering

Unsere Jubilare im November 2017 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med.
Gottwald, Barbara
04155 Leipzig
- 05.11. Prof. Dr. med. habil.
Dipl.-Chem. Suttorp, Meinolf
01328 Dresden
- 07.11. Dr. med. Hein, Sabine
09306 Erlau
- 11.11. Dr. med. Koch, Christine
08280 Aue
- 11.11. Dr. med. Lunewski, Wladimir
04329 Leipzig
- 15.11. Dr. med. Chen, Wanchao
14109 Berlin
- 16.11. Dr. med. Ludwig, Ingvelde
01219 Dresden
- 16.11. Prof. Dr. med. univ.
Niederwieser, Dietger
04279 Leipzig
- 22.11. Prof. Dr. med. habil. Dr. med.
dent. Hemprich, Alexander
04229 Leipzig
- 26.11. Dr. med. habil.
Biskop, Maria
04299 Leipzig
- 27.11. Dr. med. Hupke, Matthias
01187 Dresden
- 27.11. Dipl.-Med.
Weichsel, Sabine
08107 Kirchberg
- 28.11. Dr. med. habil. Robel, Ralf
04105 Leipzig
- 30.11. Dr. med. Slonina, Klaus
09212 Limbach-Oberfrohna

70 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Brosch, Barbara
01129 Dresden
- 01.11. Dipl.-Med. Buder, Gerdi
09125 Chemnitz
- 03.11. Dr. med. Poguntke, Norbert
02827 Görlitz
- 03.11. Dr. med.
Wunderlich, Roswita
01127 Dresden
- 05.11. Dipl.-Med. Mergel, Liane
01187 Dresden
- 06.11. Dr. med. Prater, Christian
01778 Lauenstein
- 11.11. Dr. med. Herrmann, Hellmut
09599 Freiberg
- 11.11. Rohkrämer, Regina
04157 Leipzig
- 14.11. Dipl.-Med.
d'Avignon, Susanne
02730 Ebersbach-
Neugersdorf

- 19.11. Dipl.-Med.
Kirchberg, Andreas
04158 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Laube, Wolfgang
04205 Leipzig
- 23.11. Dr. med.
Bierbaum, Christoph
02977 Hoyerswerda
- 25.11. Kleymann, Daniel
01159 Dresden

75 Jahre

- 02.11. Dr. med. Prager, Christoph
08056 Zwickau
- 03.11. Dr. med. Richter, Waltraud
04178 Leipzig
- 04.11. Dr. med. Brandl, Birgit
01156 Dresden
- 04.11. Jacob, Holm
01665 Weistropp
- 04.11. Dr. med. Polster, Helga
08527 Plauen
- 05.11. Hense, Klaus-Dieter
01129 Dresden
- 08.11. Dr. med. Humbsch, Marikke
01558 Großenhain
- 09.11. Pust, Katharina
09116 Chemnitz
- 09.11. Dr. med. Wenzlaff, Gisela
09111 Chemnitz
- 10.11. Dipl.-Med. Göhler, Elke
01689 Weinböhla
- 10.11. Dr. med. Huhn, Renate
01445 Radebeul
- 11.11. Dr. med.
Brandl, Hans-Georg
01156 Dresden
- 12.11. Guthknecht, Gisela
08297 Zwönitz
- 12.11. Olschinski, Lilli
02828 Görlitz
- 12.11. Dr. med.
Vogel, Karl-Heinrich
04668 Kössern
- 14.11. Dr. med. Reinsch, Ute
09120 Chemnitz
- 15.11. Dr. med. Schmidt, Helgard
01877 Bischofswerda
- 15.11. Dr. med. Straube, Elke
01169 Dresden
- 15.11. Streu, Heinz Dieter
04552 Borna
- 16.11. Dr. med. Bayer-Voß, Ingrid
01069 Dresden
- 16.11. Dr. med. Enk, Volker
01591 Riesa
- 16.11. Dr. med.
Heduschke, Hans-Georg
01589 Riesa
- 17.11. Dr. med. Junghänel, Bernd
08112 Wilkau-Haßlau
- 19.11. Nedo, Georg
01156 Dresden

- 20.11. Dr. med.
Schaarschmidt, Günter
09112 Chemnitz
- 20.11. Prof. Dr. med. habil.
Schulze, Jan
01326 Dresden
- 22.11. Dr. med. Günther, Rolf
08237 Steinberg
- 22.11. Dr. med. Ziegler, Eckart
01309 Dresden
- 23.11. Dr. med. Katscher, Christa
04179 Leipzig
- 23.11. Dr. med. Leicht, Christa
08340 Schwarzenberg
- 25.11. Dr. med.
Bochmann, Barbara
09116 Chemnitz
- 26.11. Dr. med. Jacob, Wolfgang
04838 Eilenburg
- 26.11. Dr. med. Liebscher, Ute
04720 Döbeln
- 27.11. Dr. med. Bischhoff, Ute
08451 Crimmitschau
- 29.11. Dr. med. Heckfuß, Hans
01156 Dresden
- 29.11. Dr. med. Müller, Anni
08209 Auerbach
- 30.11. Doller, Hildegund
08468 Reichenbach
- 30.11. Rosenkranz, Konrad
04523 Pegau

80 Jahre

- 02.11. Dr. med.
Roitzsch, Eberhart
01159 Dresden
- 04.11. Dr. med.
Hochmann, Henner
01589 Riesa
- 05.11. Prof. Dr. med. habil.
Gottschalk, Klaus
04159 Leipzig
- 05.11. Naumann, Dieter
04416 Markkleeberg
- 06.11. Dr. med.
Grand, Hans-Dieter
02828 Görlitz
- 06.11. Dr. med. Ranft, Eberhard
01609 Gröditz
- 06.11. Dr. med. Wolf, Stefan
04229 Leipzig
- 07.11. Dr. med. Brummack-Schulz,
Elfriede
01067 Dresden
- 15.11. Dr. med. Lippoldt, Rita
01237 Dresden
- 16.11. Prof. Dr. med. habil.
Knothe, Jürgen
01796 Pirna
- 18.11. Dr. med. Kriese, Rolf
04874 Belgern
- 21.11. Dr. med. Körner, Klaus
04552 Borna

- 22.11. Dr. med. Schulz, Gudrun
01309 Dresden
24.11. Dr. med. Nicolai, Ralph
09113 Chemnitz
25.11. Dr. med. Fischer, Ortrud
01069 Dresden
27.11. Dr. med. Harms, Ursula
04824 Beucha
28.11. Dr. med. Helling, Ruth
04157 Leipzig
29.11. Dr. med. Wittig, Dagmar
01277 Dresden

81 Jahre

- 02.11. Dr. med. Göpfert, Ursula
01219 Dresden
02.11. Dr. med. habil.
Martin, Hans
04288 Leipzig
03.11. Dr. med. Jurczyk, Johannes
09669 Frankenberg
03.11. Dr. med. Witthuhn, Margot
01900 Kleinröhrsdorf
05.11. Dr. med. Müller, Ursula
01129 Dresden
07.11. Rauschenbach, Barbara
04299 Leipzig
10.11. Dr. med. Ufer, Christa
01219 Dresden
11.11. Dr. med. Höse, Elisabeth
01307 Dresden
12.11. Dipl.-Med.
Hartmann, Cordula
01326 Dresden
12.11. Krohn, Renate
09573 Grünberg
12.11. Dr. med.
Neumerkel, Horst
09429 Wolkenstein
20.11. Dr. med. Parsch, Ingeborg
01445 Radebeul
23.11. Dr. med. Volland, Joachim
08527 Plauen
25.11. Dr. med. Köhn, Christa
09111 Chemnitz
27.11. Dr. med.
Bindermann, Marianne
01067 Dresden
30.11. Nossek, Annette
04275 Leipzig

82 Jahre

- 02.11. Dr. med.
Endesfelder, Roland
09114 Chemnitz
03.11. Dr. med. Böttger, Gerhard
09217 Burgstädt
03.11. Dr. med. Gundlach, Helga
01445 Radebeul
05.11. Dr. med. Dreffke, Fritz
08280 Aue
06.11. Dr. med. Standau, Helga
04299 Leipzig

- 07.11. Dr. med. Beckert, Annerose
01279 Dresden
16.11. Dr. med. Richter, Dieter
08280 Aue
20.11. Dr. med. Friedrich, Ruthild
08371 Glauchau
25.11. Dr. med. Haas, Sigrid
01097 Dresden
30.11. Dr. med. Keil, Reinhard
04651 Bad Lausick

83 Jahre

- 01.11. Prof. Dr. med. habil.
Behrendt, Wolfram
04299 Leipzig
04.11. Dr. med. Dörre, Christa
08294 Löbnitz
09.11. Dr. med. Künzel, Gunther
01877 Bischofswerda
09.11. Schnabel, Irene
09405 Zschopau
11.11. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Martin
01324 Dresden
12.11. Dr. med. Pfeffer, Klaus
01129 Dresden
13.11. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Jutta
01705 Freital-Wurgwitz
14.11. Dr. med. Streidt, Irmgard
01259 Dresden
16.11. Dr. med. Bulang, Eva
02625 Bautzen
17.11. Dr. med. Conrad, Renate
01277 Dresden
22.11. Dr. med. Hessel, Anni
04155 Leipzig
27.11. Dr. med. Reinhold, Ursula
01217 Dresden
28.11. Prof. Dr. med. habil.
Staib, Horst
01069 Dresden
29.11. Dr. med. Zimmermann, Betty
04229 Leipzig

84 Jahre

- 15.11. Dr. med. Hoffmann, Günter
04779 Wernsdorf
15.11. Dr. med. Neubert, Ruth
01705 Freital
16.11. Dr. med. Matthes, Fredo
04720 Döbeln
21.11. Dr. med.
Otto, Hans-Joachim
09573 Augustusburg
24.11. Külper, Dieter
01069 Dresden

85 Jahre

- 04.11. Dr. med. Straube, Karl-Heinz
08060 Zwickau
20.11. Dr. med. Pfeifer, Christine
04316 Leipzig

86 Jahre

- 08.11. Dr. med. Augustin, Brigitte
01326 Dresden
09.11. Dr. med. Horn, Ingrid
08289 Schneeberg
13.11. Dr. med. Schmidt, Jutta
01307 Dresden
16.11. Dr. med. Falk, Hildegard
01159 Dresden
20.11. Dr. med. Boudriot, Guido
01069 Dresden
29.11. Dr. med.
Thalheim, Wolfgang
04720 Döbeln

87 Jahre

- 18.11. Dr. med. Gehrke, Günther
04328 Leipzig
20.11. Dr. med. Naumann, Gisela
01069 Dresden
30.11. Dr. sc. med. Röthig, Werner
08297 Zwönitz

88 Jahre

- 07.11. Dr. med. Holm, Udo
04229 Leipzig
27.11. Dr. med. Berdau, Wolfgang
04319 Leipzig

89 Jahre

- 09.11. Böhm, Marga
09113 Chemnitz
10.11. Dr. med. Eckelmann, Ursula
04229 Leipzig
29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz

90 Jahre

- 01.11. Dr. med.
Siegmond, Rosmarie
01844 Neustadt

91 Jahre

- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent.
Luczak, Johannes
04179 Leipzig

92 Jahre

- 21.11. Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz

93 Jahre

- 01.11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
25.11. Dr. med.
Kleinschmidt, Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna

94 Jahre

- 15.11. Dr. med.
Kahleyss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen

Ein Bauer als Kaltwasserheiler

Vincenz Franz Priebnitz (4. Oktober 1799 – 28. November 1851)

Das heute etwa 12.000 Einwohner zählende Städtchen Lazne Jeseník (dt. Freiwaldau) liegt eingebettet in die Höhenzüge des Altvatergebirges unmittelbar an der tschechisch-polnischen Grenze. Seine Berühmtheit verdankt diese Gegend Vincenz Priebnitz (Abb. 1), der hier im Ortsteil Gräfenwalde aufwuchs. In dem ehemals zu Österreich-Schlesien gehörenden „gottverlassenen Winkel“ kam dieser als jüngstes von sechs Kindern zur Welt. Der Vater, Franz Priebnitz, und seine Ehefrau Theresa mühten sich redlich, um mit den Erträgen ihrer kleinen Bauernwirtschaft alle Mäuler zu stopfen. Die Region um den Praded (Altvater) ist heute eine Wander- und Campingregion mit weitem Blick vom Altvater (1.491 Meter) in das polnische und tschechische Land.

Als Vincenz Priebnitz acht Jahre war, erblindete sein Vater und sein ältester Bruder verstarb. Der Junge musste deshalb die Grundschule verlassen und in der häuslichen Landwirtschaft arbeiten, um die Familie

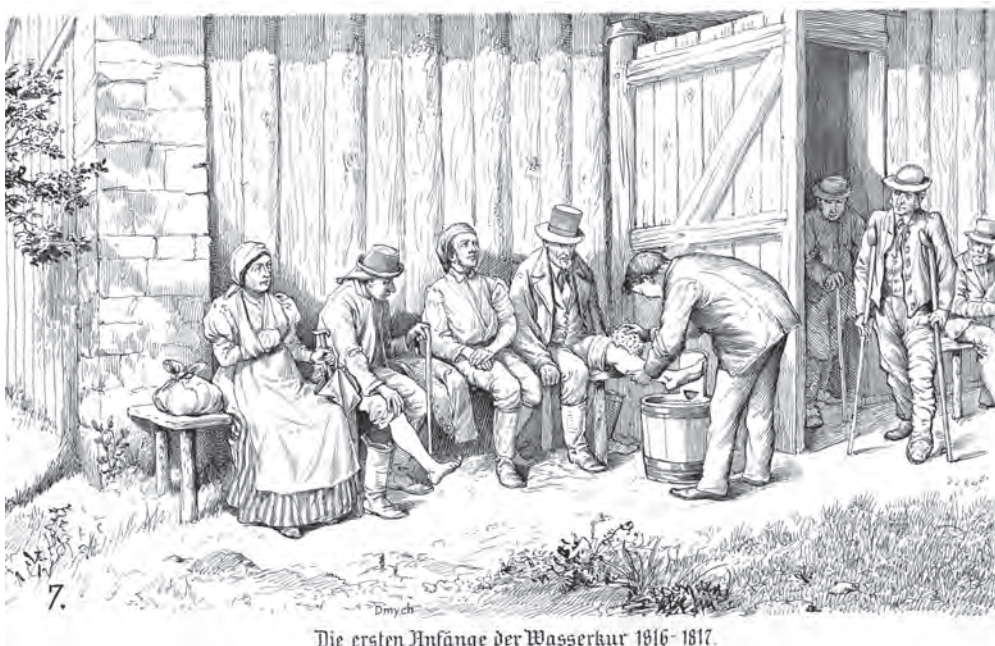
mit zu ernähren. Lesen und schreiben konnte Priebnitz deshalb lebenslang nur sehr eingeschränkt, sodass er auch einer theoretischen Bildung fern stand.

Als 13-jähriger Junge musste Vincenz in den umliegenden Wäldern das Vieh hüten. Im Gebüsch liegend beobachtete er, wie sich ein hinkendes Reh einer Wasserquelle näherte, seine Wunden ausleckte und sich in das kalte Wasser legte. Nach ausgiebigem Bad lief das Tier davon, kam aber an mehreren Tagen zum Baden seiner Wunden zur Quelle zurück. Nachdem das Reh offenbar wieder hergestellt war, blieb es fern. So beobachtete der interessierte Junge zufällig die heilende Wirkung des kalten Wassers. Als der 17-jährige Priebnitz im Frühjahr 1816 mit dem Pferdewagen aufs Feld fuhr, scheute das Zugpferd. Vincenz wurde zu Boden gerissen und vom Wagen überrollt, sodass einige Rippen brachen. Der herbeigerufene Wundarzt konnte dem Verunglückten nicht befriedigend helfen und stellte Vincenz ein Leben als Krüppel in Aussicht. Dieser erinnerte sich an seine Tierbeobachtung und fixierte als Selbsthilfe seinen Brustkorb mit einem in kaltes Wasser getauchten Tuch, über das mehrere wärmende Tücher gebunden wurden. Diese



Abb. 1: Vincenz Franz Priebnitz (1799 – 1851) © Archiv der Stadt Jeseník

wechselte er täglich mehrfach. Nach längerer Anwendung trat Besserung und Heilung ein. Der Priebnitzwickel war geboren und danach in aller Munde. Diese beiden Schlüsselerlebnisse werden von den Biografen des Wasserheilers legendenhaft etwas abweichend geschildert. Fest scheint zu stehen, dass der junge Priebnitz danach versuchte, zunächst das Vieh, dann sich und die Menschen seiner Umgebung mit kalten Wickeln und Bädern bei Alltagsverletzungen und gesundheitlichen Störungen zu kurieren. Schon als er 19 Jahre alt war, kamen die Leute der Umgebung zur Kaltwasserbehandlung mit allerlei Gebrechen zu ihm (Abb. 2). Man rief ihn auch zu Kranken nach Böhmen und Mähren. Langsam wurde das Vertrauen des jungen Bauernsohnes in die heilende Kraft des kalten Wassers scheinbar unerschütterlich. Die Anzahl der nach Gräfenberg zur Behandlung kommenden Menschen wuchs. In Stall, Scheune und auf dem Dachboden wurden die Patienten untergebracht und behandelt. 1826 richtete Priebnitz auf seinem Grundstück das erste Badehaus ein mit integrierter zehn Meter langer Wanne, in dem die Patienten in kaltem Wasser schwimmen konnten. 1832 errichtete er ein zweites Anstaltsgebäude mit 16 Zimmern. Das heilsame Wasser sprudelte mit sechs bis acht Grad aus den zahlreichen Quellen der Umgebung. Während Priebnitz zu Beginn vorwiegend Prellungen, Versta-



Die ersten Anfänge der Wasserkur 1816-1817.

Abb. 2: Anfänge der Wasserkur

© Archiv der Stadt Jeseník

chungen und Wunden dem kalten Wasser übergab, wendete er seine Kur später zunehmend auch bei inneren Krankheiten wie Herzbeschwerden, Rheuma, Magen-Darm-Störungen und Entzündung der Atemwege an. Prießnitz konnte ja keine Diagnose im medizinischen Sinne stellen, sondern er kurierte nach Krankheitssymptomen und einer Reaktionsdiagnose auf kaltes Wasser. Eine Krankheit war für ihn im humoralpathologischen Sinne eine Störung der Körpersäfte. Eine gute Beobachtungsgabe, tägliche Übung und zunehmende Erfahrung ließen den Wasserheiler binnen weniger Jahre eine Fülle individueller Anwendungen des kalten und teilweise lauwarmen Wassers ersinnen. Dabei mussten die Leute durchaus eine halbe Stunde im kalten Wasser liegen. Prießnitz' Ruf als „Wunderheiler“ verbreitete sich schnell, sodass immer mehr Menschen behandelt werden wollten. 1829 waren es 49, 1832 120, 1838 763, 1839 schon 1.770 Kurgäste.

Bis zu seinem Tod behandelte Prießnitz etwa 40.000 Patienten. Zusätzlich kamen 120 an der Wassertherapie interessierte Ärzte zum Studium dieser Anwendungen nach Gräfenberg, zum Beispiel auch Dr. med. hc. Dr. phil. Munde aus Freiberg.

Der Erfolg seiner Wasserkuren brachte Prießnitz Lob seiner Patienten, aber auch reichlich Neid und Missgunst der örtlichen Ärzte und Barbieri ein. 1829 wurde gegen ihn ärztlicherseits Anklage wegen Kurfuscherei, Hexerei, Dilletantismus und Stümperei erhoben. Dieses Vorgehen ist aus heutiger Sicht durchaus nachvollziehbar: Ein Bauer ohne jede medizinische Ausbildung, unfähig des Lesens und Schreibens, therapiert mit Erfolg Patienten! Die Schriften früherer Wassertherapeuten wie John Floyer (1649 – 1734) und Siegmund Hahn (1696 – 1773) konnte Prießnitz nicht studieren. Auch vermochte er seine Behandlungsergebnisse nicht schriftlich zu verbreiten. Erst 1831 erschien in der Quartalsschrift „Die allerneuesten Wasserkuren“ von Ferdinand Chris-

tian Oertel ein Bericht über das Heilverfahren von Prießnitz. Dessen Vorgehen beruhte auf Probieren, Versuchen und Erfahrung. Immer wieder korrigierte sich Prießnitz. Dabei handelte es sich bei der Kaltwassertherapie um eine uralte Methode, die schon von Hippokrates von Kos (460 v. Chr. – 370 v. Chr.) und Claudius Galenus (um 129 – um 200), dem Leibarzt des römischen Kaisers Marc Aurel (129 – 199), Anwendung fand. Im alten Rom gab es eine große Anzahl von Thermen, die der kostenfreien Körper- und Gesundheitspflege sowie der Kommunikation dienten.

Der Ablauf einer „Wasserkur“ in Gräfenberg war streng geregelt. Früh am Morgen wurde der Gast geweckt und danach zum Schwitzen längere Zeit in Wolldecken gehüllt. Es folgten lokale und allgemeine Bäder mit sechs bis acht Grad kaltem Wasser direkt aus der Quelle, kalte Umschläge und Wickel, Begießen der Patienten mit kaltem Wasser, auch im Wechsel mit lauwarmem Wasser. Prießnitz sortierte die Menschen im Vorfeld. Er nahm vorwiegend Patienten auf, bei denen die Kaltwasserbehandlung nach seiner Erfahrung Sinn machte. Zusätzlich verordnete Prießnitz Luft- und Sonnenbäder, Liegekuren im Freien, Spaziergänge, Gymnastik und zur Ertüchtigung körperliche Tätigkeiten wie Feldarbeit, Holzhacken, Gras mähen, im Winter Schneeschippen. Die Patienten mussten vorgeschriebene Routen abgehen und unterwegs an Quellen Wasser trinken. Es gab eine gemischte Kost mit Milch und Vollkornbrot und ab 1828 viel kaltes Wasser zum Trinken. Likör, Wein, Rauchen und Kaffee waren verboten. Prießnitz war der Meinung, dass ein Körper dann gesund sei, wenn er das von seiner Frau Theresa gefertigte Essen verkraftet. Alle Kurgäste mussten den Zapfenstreich einhalten. Der Legende nach soll Prießnitz Baron Rothschild, einen der damals reichsten Männer Europas, wegen wiederholten Verstoßes gegen die Heilordnung nach Hause geschickt haben. Reiche und Tausende einfacher Menschen strömten zu Prießnitz nach Gräfenberg. Nach gewonnenem Prozess bekam

dieser am 21. Januar 1831 nach einhalbjähriger Pause von der österreichischen Regierung die endgültige Genehmigung zur Führung einer Kaltwasserheilanstalt mit der Auflage, keine Medikamente und keine chirurgischen Eingriffe anzuwenden. Eine kaiserliche Kommission hatte die Prießnitzmethode nach Überprüfung vor Ort für wirkungsvoll und empfehlenswert befunden. Freiherr Ludwig von Türkheim, Kommissionsmitglied und Vicedirektor des medizinischen Studiums, urteilte: „Prießnitz ist ein außergewöhnlicher Mann. (...) Er ist kein Kurfuscher. Die Anzahl derjenigen, die ihn Kurfuscher nennen, ist nicht beträchtlich, es sind örtliche Ärzte und Barbieri, die aus Neid gegen ihn Klage erheben. Prießnitz ist ein bescheidener Mensch, beharrlich in seinem Wirken, immer fertig den Kranken bei Tag und Nacht zu helfen. Solche Eigenschaften sind der Kurfuscherei fremd.“ Nach der Fertigstellung des zweiten Kurhauses konnte Prießnitz 100 Patienten unterbringen und behandeln. Die erhaltenen Kurlisten zeigen, dass die Kurgäste aus Österreich, Schlesien, Böhmen, Mähren, Preußen, sowie aus Polen, Russland, Frankreich, England, Schweden, Irland, Dänemark, Belgien, Holland kamen. Prießnitz sprach das Publikum mit einem damals aktuellen romantisierenden Zeitgeist „Zurück zur Natur“ an. Die Leute waren weniger auf akademisch ausgebildete Ärzte, sondern auf den naturverbundenen Heiler vom Lande fixiert. Diese Erscheinung erleben wir derzeit ebenfalls. So berühmte Gäste wie Nikolai Gogol, Leo Tolstoi, Frederik Chopin sowie Mitglieder des Habsburger Kaiserhauses, des sächsischen Königshauses, Herzog Adolf von Nassau, der Großherzog von Mecklenburg und der rumänische König Karol I. kurten bei Prießnitz. Nach gräfenbergschem Vorbild gab es um 1842 in Sachsen, Österreich und Preußen bereits 45 Tochteranstalten zur Kaltwassertherapie.

Dr. phil. Dr. med. hc. Carl Gottlieb Munde gründete zum Beispiel 1836 zusammen mit Dr. med. Etmüller aus Freiberg in Weißenborn bei Freiberg



Abb. 3: Prießnitz-Denkmal im Kurpark von Jazne Jeseník / Bad Gräfenberg (Tschechien)
© Archiv der Stadt Jeseník

eine Kaltwasserheilanstalt. Munde führte danach 15 Jahre eine gleiche Einrichtung erfolgreich in den USA. Inzwischen kurierte Prießnitz vorwiegend innere Erkrankungen. Es reisten auch viele Gäste mit leichten Störungen praktisch gesund an, um dann genesen wieder nach Hause zu fahren. Das Credo von Prießnitz war: „Ich brauche die Menschen nicht zu heilen. Die hiesige Gegend und andere Elemente enthalten so viel Naturkräfte, dass es genügt, nur hier zu sein.“ Vincenz Prießnitz baute eine florierende Kureinrichtung auf, die die Region bis heute prägt und

der Gegend einen wirtschaftlichen Aufschwung bescherte. Eine größere Zahl teils überschwenglicher Zeugnisse loben die Behandlungserfolge in Gräfenberg.

Der Geist von Vincenz Prießnitz ist in der Region von Jeseník allein durch eine Vielzahl von Statuen und Denkmälern auf Schritt und Tritt zu spüren (Abb. 3). An vielen Prießnitz-Erinnerungsstätten sprudeln kleine Quellen. Der Naturheiler starb 1851 mit 52 Jahren an einem Schlaganfall, der ihn bereits 1848 ereilt hatte. Laut der ADB litt er seit dieser Zeit an „Leber-

schrumpfung und Wassersucht.“ Seine Tätigkeit war durchaus gewinnorientiert: Das von ihm hinterlassene Vermögen wurde auf zehn Millionen Gulden geschätzt. Auch als Prießnitz 1846 vom österreichischen Kaiser die goldene Verdienstmedaille erhielt, blieb er ein bescheidener Mann. Die Anstalt führte nach Prießnitz' Ableben zunächst sein Schwiegersohn Ujhazy, ein ungarischer Gutsbesitzer, weiter. Mit unterschiedlichen ärztlichen Leitern und Behandlungsschwerpunkten existiert die Einrichtung bis heute (Abb. 4). Vincenz Prießnitz war nicht der Erfinder der Hydrotherapie. Er erkannte aber wieder neu den Wert der Kaltwasserbehandlung, holte sie aus der Vertiefung und verband sie mit den Regeln einer allgemein gesundheitsfördernden Lebensführung. Prießnitz führte die Kurgäste aus dem normalen bürgerlichen Leben heraus, sodass ihr Körper wieder positiv auf einen Wasserreiz reagieren konnte. Die Prießnitzmethode und die Physiotherapie fanden in der Folgezeit ihren Platz in den medizinischen Vorlesungen. Etliche der prießnitzschen Anwendungen waren relativ rigoros. Heute wird abgewandelt noch eine Reihe von Behandlungsverfahren aus der damaligen Zeit angewendet. Vincenz Prießnitz meinte selbst zum Inhalt seiner Tätigkeit: „Der wahre Arzt wohnt im Menschen selbst. Ich unterstütze nur die Natur und diese heilt dann die Krankheit von selbst. Nicht die Kälte, sondern die durch das kalte Wasser hervorgerufene Wärme heilt.“ Dies entspricht etwa unserer heutigen Auffassung vom Wirkprinzip der Hydrotherapie und anderer Formen der natürlichen Heilweise.

1847 diktierte der Wasserheiler Vincenz Prießnitz seiner Tochter Hedwig seine heilkundlichen Erfahrungen, die unveröffentlicht im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Wien aufbewahrt werden.



Abb. 4: Das heutige Prießnitz-Sanatorium in Jeseník

© Archiv der Stadt Jeseník

Dr. med. Jürgen Fege, Berthelsdorf

Michael Hofmann

Der besondere Moment

Der gebürtige Chemnitzer Michael Hofmann, Jahrgang 1944, heute in Radebeul zuhause, studierte zwischen 1969 und 1974 an der Hochschule für Bildende Künste Dresden, absolvierte hier zudem ein dreijähriges Meisterschülerstudium. Wer mit den Werken des Künstlers Bekanntschaft macht, wird die formale Affinität zur Klassischen Moderne, besonders zu Künstlern wie Braque und Matisse, durchaus spüren, zugleich aber das Eigene dieses Malers und Grafikers, der sich von einer abstrahierten Gegenständlichkeit leiten lässt, nicht übersehen.

Hofmann widmet sich in seinem Schaffen klassischen künstlerischen Themen wie der Menschendarstellung, einschließlich Porträt und Akt, sowie der Landschaft und dem Stillleben, wobei er oft auch eigentümliche, nahezu surreale Mischungen zwischen Akt und Landschaft, Landschaft und Stillleben zelebriert. Häufig bezieht sich der Künstler auf antike und christliche Mythen. In vielen Werkgruppen bilden zudem Reiseerlebnisse aus Italien, Frankreich und Spanien sowie aus Sachsen und fernerer Gegenden Deutschlands den Hintergrund. Und gar nicht selten zeigen gerade die auf Reisen bezogenen Arbeiten einen Zug von Witz und Skurrilität. Und in all diesen Zusammenhängen hat der Künstler wohl oft jenen „Besonderen Moment“ gefunden, dem er seine kommende Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer widmet. Hervorstechend, ja charakteristisch im Schaffen Michael Hofmanns, ist das von exzellenter Handwerklichkeit geprägte Holzschnittwerk. Besonders, weil regelrecht malerisch, zeigen sich seine Farbholzschnitte, die in der anspruchsvollen Technik der „verlorenen Form“ entstehen. Han-



Ausblick, 2006. Öl auf Leinwand, 70 x 60 cm.

© M. Hofmann

delt es sich dabei generell um kleine Serien, so ergeben sich durch vorherbestimmte Variationen in der Farbgebung oft sogar grafische Unikate. Unikate sind ebenso die von ihm geschaffenen Collagen.

Das Werk des Künstlers umfasst darüber hinaus zahlreiche Arbeiten im angewandten Bereich. So schuf Hofmann beispielsweise Glasfenster in kirchlichem Auftrag, darunter in Gera-Lusan zur Erinnerung an die Nonne Edith Stein und Pater Maximilian Kolbe, die während der Nazi-Diktatur beide im KZ umkamen. Er übernahm aber auch Innenraumgestaltungen mit großen Tafelbildern, so für das Containerschiff „Dresden Express“ oder das IHK Bildungszentrum Dresden (gemeinsam mit

dem Bildhauer Hans Volker Mixsa). Michael Hofmann ist in zahlreichen Sammlungen und Museen in ganz Deutschland mit seinen Arbeiten vertreten. Ausstellungen führten ihn auch nach Österreich, Schweden und die USA.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden
Kulturjournalistin

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer: 26. Oktober 2017 bis 21. Januar 2018, montags bis donnerstags 9.00 bis 18.00 Uhr, freitags 9.00 bis 16.00 Uhr, Vernissage: 26. Oktober 2017, 19.30 Uhr