

Editorial	Gedanken zum neuen Mutterschutzgesetz	52
Berufspolitik	Cannabis-Patientenausweis	53
	Das neue ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes	54
	CIRS-Fall	55
	Patientenverfügung nur mit Arzt!	55
Gesundheitspolitik	Sächsisches ARE-/Influenza-Sentinel 2016/2017	57
	Windpocken in Gemeinschaftseinrichtungen	60
	Reanimationsunterricht in Sachsen	61
	Patienten in Sachsen zufrieden	62
	Stärkung der Prävention und Rehabilitation	63
Recht und Medizin	Verbraucherstreitbeilegungsgesetz	64
	Datenschutz „Selbst-Check für die Arztpraxen“	64
Aus den Kreisärztekammern	KÄK Görlitz – Mitgliederversammlung	64
	Kreisärztekammer Mittelsachsen hat gewählt	65
	Einladung Seniorenveranstaltung	65
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Unterstützung für Special Olympics gesucht	66
	Konzerte und Ausstellungen	67
	Neue Fortbildungsräume im Haus 2	67
Medizinische Fachangestellte	Berufsorientierung für Fachoberschüler	67
	Ärzte für Prüfungsausschuss MFA gesucht	68
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	68
		68
Originalie	Prävention des plötzlichen Säuglingstodes	71
Tagungsbericht	Treffen der sächsischen Kinderschutzgruppen	76
Leserbriefe	Bilden wir die Richtigen richtig aus?	77
Buchbesprechung	Sterbefasten	78
Personalia	Jubilare im März 2018	79
	AIDS-Ehrenmedaille für Dresdner Arzt	81
	Nachruf für Dr. med. Diethard Sturm	82
Medizingeschichte	Opfer der NS-Krankenmorde geehrt	83
		83
Feuilleton	Gelbes Papier aus dem Röntgen	84
	Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2018



Sächsisches ARE-/Influenza-Sentinel 2016/2017
Seite 57



Patientenverfügung nur mit Arzt!
Seite 55



Prävention des plötzlichen Säuglingstodes
Seite 71

Foto: Sandra Neuhaus, Leipzig
© Babyhilfe Deutschland e.V.

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

Gedanken zum neuen Mutterschutzgesetz

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit meiner erwachsenen Tochter, die selbst nie Ärztin werden wollte, entspann sich kürzlich ein interessantes Gespräch, nachdem sie den Fernseh-mehrteiler „Charité“ gesehen hatte. Sie war erstaunt darüber, dass erst seit wenig mehr als hundert Jahren Frauen Ärztinnen werden können oder in Deutschland studieren dürfen. Sie stellte fest, dass es doch ein Riesenfortschritt sei, dass man als Frau auch seinen „Kopf einsetzen“ dürfe und ihre Generation dankbar dafür sein könne, dass mutige Frauen im vergangenen Jahrhundert für das Recht zu studieren oder das Frauenwahlrecht gekämpft haben. Diese Dinge sind in der heutigen Zeit zum Glück zur Selbstverständlichkeit geworden. Gibt es jetzt für Frauen nichts mehr durchzusetzen?

In meiner erlebten Wirklichkeit wird die Medizin nicht weiblich, sondern sie ist es schon lange. Wenngleich es da zweifellos beträchtliche Unterschiede zwischen den Fachgebieten und in den Hierarchiestufen gibt. Woran liegt das? Mit der „KarMed“-Studie, einem Verbundprojekt zwischen Universitätsklinikum Hamburg und dem Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Leipzig wurden zwischen 2008 und 2014 die Berufswege von Ärztinnen und Ärzten während und nach der Facharztweiterbildung in Deutschland untersucht. Wen wundert es, dass dabei Schwangerschaft und Mutterschaft einen zentralen Ausgangspunkt für berufliche Brüche und Brüche in der Karriere bei Frauen darstellen? Und: Muss das so sein und bleiben?

Ab 1. Januar 2018 gilt ein neues Mutterschutzgesetz. Die bisherigen Regelungen stammten überwiegend



Dipl.-Med. Sabine Ermer © SLÄK

aus den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts und waren anpassungsbedürftig. Der Personenkreis, auf den das Gesetz Anwendung findet, wurde zum Beispiel auf Schülerinnen und (Medizin)Studentinnen ausgeweitet. In den neuen Regelungen sehe ich durchaus das Potenzial, Frauen auch während der Schwangerschaft eine erfolgreiche Fortsetzung ihrer Arbeit und auch der Weiterbildung zu ermöglichen. Vor allem um Letzteres ging es auch den jungen Kolleginnen der Fachrichtung Orthopädie/Unfallchirurgie, die sich dafür einsetzen, dass schwangere Ärztinnen, die das möchten, weiterhin im OP arbeiten dürfen. Sie wollten mit Bekanntgabe der Schwangerschaft nicht sofort auf ein „Abstellgleis“ geschoben werden oder trotz fortgesetzter Beschäftigung keine auf den Weiterbildungskatalog anrechenbaren Tätigkeiten mehr erbringen können. Ein häufig allzu schnell ausgesprochenes Beschäftigungsverbot hilft weder den Frauen noch der Einrichtung, in der sie tätig sind, verlängert die gesetzlich geregelten Ausfallzeiten zusätzlich und macht den Wiedereinstieg ins Berufsleben nicht einfacher. Daher werden die Arbeitgeber mit dem neuen Mutterschutz ausdrücklich aufgefordert, Beschäftigungsver-

bote aus betrieblichen Gründen zu vermeiden. Die Gesellschaft sollte nicht auf den Sachverstand gut ausgebildeter junger Frauen verzichten, nur weil sie ein Kind erwarten. Sicher ist es aufwändig, eine individuelle Arbeitsplatzanalyse zu erstellen und mit der werdenden Mutter und dem Betriebsarzt nach Möglichkeiten für eine gefahrlose Weiterbeschäftigung zu suchen beziehungsweise solche Bedingungen zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist das Positionspapier „OPidS“ (Operieren in der Schwangerschaft) lesenswert. Es gibt eine sehr gute Zusammenfassung der Problematik und zeigt Lösungswege auf (www.opids.de). Neu ist eine individuelle Arbeitsplatzanalyse allerdings nicht. Neu ist aber, dass jeder Arbeitgeber bis Ende 2018 alle Arbeitsplätze in seinem Betrieb daraufhin untersuchen muss, ob schwangere oder stillende Mütter dort gefahrlos arbeiten können. Ob dort aktuell gerade Frauen oder Männer sitzen, spielt keine Rolle. Diese Forderung bedeutet für die Arbeitgeber zweifellos einen erheblichen Aufwand, stellt aber aus meiner Sicht eine Investition in die Zukunft dar.

Es ist sicher die ungünstigste Variante für Frauen, die während der Schwangerschaft gern weiter ihren (medizinischen) Beruf ausüben möchten, diese Tatsache so lange wie möglich zu verschweigen.

Daher wünsche ich mir, dass zunehmend mehr Frauen nachdrücklich Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten, die Weiterbildung während einer Schwangerschaft fortzusetzen, einfordern. Wir brauchen positive Beispiele und neue Vorbilder für arbeitende Frauen – auch und gerade in der Medizin.

Dipl.-Med. Sabine Ermer
Vorstandsmitglied

Cannabis-Patientenausweis

Risiko für Ärzte und Patienten

Aus Apotheken erhielten wir Kenntnis, dass die Firma Cannamedical einen „Patientenausweis“ für Anwender von Medizinal-Cannabis ausstellt (www.cannamedical.de). Den Kontakt zwischen Patient und Firma soll die beliefernde Apotheke übernehmen.

Der Ausweis soll belegen, dass der Besitzer vom Arzt verschriebenes Medizinal-Cannabis besitzt und dazu berechtigt ist, dieses bei sich zu führen und zu sich zu nehmen.

Die Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer zweifelt die Funktion dieses Ausweises an, da nicht sichergestellt ist, aus welcher Quelle der Besitzer mitgeführtes Cannabis bezog. Es erscheint nicht ausreichend, dass der Ausweis in Verbindung mit der Kopie des Rezeptes, einem Lichtbildausweis und der Bescheinigung durch den Arzt oder der Krankenkasse vorgelegt werden soll. Ein einmal ausgestelltes ärztliches Rezept reicht aus, um einen solchen Ausweis zu erhalten!! Nach Therapieende ist der Pati-

ent verpflichtet, den Ausweis zu vernichten. Eine Kontrolle darüber gibt es nicht.

Es ist aus juristischer Sicht in mehrfacher Weise unsicher, ob das Mitführen einer Rezeptkopie ausreichend ist beziehungsweise wie der Patient darüber zu informieren ist. Muss entschieden werden, ob ärztlich verordnete Cannabisdroge vorliegt oder illegale Ware, ist eine analytische Untersuchung zu veranlassen. Die genaue Angabe der aktuell ärztlich verordneten Cannabissorte ist daher entscheidend.

Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass der Ausweis Patienten fälschlich in Sicherheit wiegt, ein Kraftfahrzeug führen zu können. Aussagen zur Fahrtauglichkeit können mit dem Ausweis nicht begründet werden.

Die Kommission „Sucht und Drogen“ sieht in dem Ausweis erhebliche Risiken für Patienten und Ärzte, die zu juristischen Folgen führen können und warnt vor seiner Anwendung. Es wird keine Möglichkeit geben, Kollegen vor juristischen Folgen zu schützen.

Dr. med. Frank Härtel,
Tobias Hückel
Kommission „Sucht und Drogen“ der
Sächsischen Landesärztekammer

Cannabis als Medizin

Ihre Erfahrungen in der Praxis

Der Bundestag hat im Januar 2017 Cannabis als Fertigarzneimittel zugelassen, ohne dass es ein Verfahren für Arzneimittel in Deutschland durchlaufen hat. Die gesamte Entscheidungslast wird seit dem durch fehlende Vorgaben der Ärzteschaft aufgebürdet.

Die Krankenkassen in Deutschland melden aktuell ein starkes Plus bei Anträgen auf Kostenübernahme für Cannabis-Präparate. Seit der Freigabe für therapeutische Zwecke gingen bei drei Kassen 13.000 Anträge ein. Dies ist deutlich mehr als vom Gesetzgeber erwartet.

Wir möchten die Ärzte in Sachsen deshalb dazu aufrufen, uns über ihre Erfahrungen aus der Praxis zu Cannabis als Medizin zu berichten. Welche Anfragen von Patienten dazu gab es? Wie sind Sie mit Diagnose und Therapie umgegangen? Bei welchen Diagnosen haben oder würden Sie Cannabis verordnen?

Schreiben Sie Ihre Meinung an: redaktion@slaek.de oder Sächsische Landesärztekammer, „Ärzteblatt Sachsen“, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Das neue ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes*

Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

*Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den Weltärztebund im Oktober 2017.

CIRS-Fall

Zentral-anticholinerges Syndrom (ZAS) wird nicht erkannt

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

Eine gesunde Patientin entbindet spontan im Kreißsaal. Postpartal blutet sie nach, was einen Eingriff in Narkose erforderlich macht. Nach 20 Minuten bei guter Spontanatmung kann sie bereits extubiert werden. Der übergebende Assistenzarzt der Anästhesie zieht den diensthabenden Intensivarzt (ebenfalls ein Anästhesist) hinzu, da die Patientin „komisch“ sei und nicht richtig wach würde. Auffällig ist, dass die Patientin auf Aufforderungen nur teilweise adäquat reagiert, die Augen nicht öffnet, nicht spricht, die Arme nicht heben kann und ebenso wenig in der Lage ist, die Hand zu drücken.

Der Verdacht auf einen Narkoseüberhang wird geäußert. Da keine langwirksamen Medikamente verwendet wurden, die Patientin suffizient spontan atmet und die Narkose mittlerweile eine Stunde her ist, scheint

ein Überhang allerdings ausgeschlossen. Eine Stunde und zahlreiche Untersuchungen später hat sich der Zustand der Patientin kaum verändert.

Der Oberarzt der Anästhesie wird erneut in Kenntnis gesetzt. Er äußert den Verdacht auf ein ZAS und empfiehlt die Gabe von Pyridostigmin. Der Anästhesist verabreicht daraufhin Neostigmin und Atropin. Am nächsten Morgen macht der Intensivarzt seine Morgenrunde und findet die Patientin immer noch mit der beschriebenen Symptomatik. Bei der Übergabe an den Frühdienst wird der Chefarzt sofort stutzig und ordnet die Gabe von Pyridostigmin an. Das ZAS wird somit erfolgreich therapiert.

Auch wenn keine langfristigen Konsequenzen entstanden sind, musste die Patientin unnötiger Weise eine ganze Nacht an den Symptomen eines Zentralen Anticholinergen Syndroms leiden. Keiner der Assistenzärzte erkannte das ZAS. Aus unklaren Gründen wurde das nicht zentral-wirkende Neostigmin verabreicht und der Dienstarzt der Intensivstation überprüfte nicht die Wirksamkeit der Therapie.

Take-Home-Message

- Das ZAS wird wahrscheinlich durch eine Blockierung zentraler, muskarin-cholinergischer Neurone beziehungsweise durch ein vermindertes Angebot von Acetylcholin im ZNS ausgelöst.
- ZAS kommt nach einer Allgemeinanästhesie in ca. ein bis zwei Prozent der Fälle vor.
- Eine Fortbildung zum ZAS kann sinnvoll sein, um das Wissen über Symptome und Therapie (Pyridostigmin!) wieder etwas mehr in Erinnerung zu rufen.
- Der Diensthabende darf niemals die Verantwortung für seinen Patienten abgeben und muss regelmäßig den Therapieerfolg kontrollieren.

Link zum Fall: www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMOKtober2016.pdf

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Patientenverfügung nur mit Arzt!

Im Juli 2016 (AZ XII ZB61/16) und im Februar 2017 (AZ XII ZB604/15) hat der Bundesgerichtshof (BGH) zwei Urteile gefällt, die für die Erstellung von Patientenverfügungen extrem wichtig sind. In beiden Fällen ging es um die Frage, welche Anforderungen eine Patientenverfügung erfüllen muss, um rechtlich bindend zu sein.

Ärzte und hier insbesondere die Intensivmediziner haben schon oft darauf hingewiesen, dass die Formulierung „...wünsche ich keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernde Maßnahmen...“ oder ähnliche, im konkreten Behandlungsfall breiten Interpretationsspielraum lassen. Der Wille des Patienten, um den

es letztendlich geht, ist durch solche allgemeinen Formulierungen nicht wirklich zu erfassen. Daher hat der BGH auf der einen Seite konkretere Anforderungen an eine Patientenverfügung gestellt. Aber er hat auch festgelegt, dass im Falle einer unkonkreten Formulierung der mutmaßliche Wille des Patienten zur Not gerichtlich geklärt werden muss.

Die Sächsische Landesärztekammer hatte auf Basis des ersten Urteils die Formulierungsvorschläge für Patientenverfügungen gemeinsam mit Juristen angepasst. Sie stehen seit Februar 2017 zur Verfügung: www.slaek.de/ → Patienten

Eine Patientenverfügung kann rechtlich bindend auch ohne ärztliche und

notarielle Begleitung erstellt und unterschrieben werden. In Anbetracht der komplexen Situationen, für die sie letztendlich gilt, ist eine ärztliche Beratung bei der Erstellung jedoch dringend anzuraten. Viele Fragen tauchen erst mit den konkreten Formulierungen auf und sind praktisch immer nur durch Ärzte zu beantworten.

Die Vorlage der Sächsischen Landesärztekammer (siehe auch im Weiteren) bietet viele Formulierungsvorschläge, die ein geführtes Gespräch mit den Patienten erheblich erleichtern und eine rechtssichere Patientenverfügung auf dem Boden der neuen BGH-Urteile ermöglichen.

Ziel einer Patientenverfügung

Ziel einer Patientenverfügung ist die Bekundung eigener Wünsche und Vorstellungen im Bezug auf die medizinische Behandlung und Pflege bei Einwilligungsunfähigkeit. Es mag eine Selbstverständlichkeit sein, aber solange ein Patient sich äußern kann, ist sein Wille immer führend und zwar durchaus unabhängig von seiner Patientenverfügung. Eine Patientenverfügung ersetzt nicht das Gespräch mit dem Patienten, solange es möglich ist.

Rechtsverbindlichkeit

Die Patientenverfügung erlangt ihre Rechtsverbindlichkeit aus §1901 a, §1901 b und §1904 BGB. Die in der Patientenverfügung festgelegten Wünsche eines Patienten müssen von den behandelnden Ärzten und gegebenenfalls vom Betreuer berücksichtigt werden, es sei denn, der Patient hat vor Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit andere und somit aktuellere Wünsche geäußert. Diese Rechtsverbindlichkeit gilt auch über den Tod hinaus, was im Falle der Freigabe der Organe bei Eintreten des Hirntodes zu berücksichtigen ist (siehe dort).

Formale Erfordernisse

Die Patientenverfügung muss schriftlich erstellt werden, allerdings nicht unbedingt handschriftlich. Sie ist eigenhändig mit Datum zu unterschreiben und es macht Sinn, die

Verfügung aktuell zu halten und bei Bedarf an die aktuelle Lebenssituation anzupassen. Wünschenswert, aber nicht zwingend, ist ein Zeuge, der bestätigt, dass der Verfasser im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist. Auch dieser sollte mit Datum eigenhändig unterschreiben.

Ergänzungen oder Änderungen sollten immer mit zusätzlicher Unterschrift und Datum versehen sein.

Aufbewahrung

Patientenverfügungen sollten immer so aufbewahrt werden, dass sie im Ernstfall auch gefunden werden. Was sich trivial anhört, ist in der Notfallsituation oft ein großes Problem. Sinnvoll ist daher, gegebenenfalls auch mehrere identische Exemplare zu erstellen und bei Angehörigen beziehungsweise beim behandelnden Hausarzt zu deponieren. Das Zentrale Vorsorgeregister (ZVR) bei der Bundesnotarkammer ist die Registrierungsstelle für private sowie notarielle Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen aus dem ganzen Bundesgebiet. Sinnvoll ist, einen Vermerk über den Ablageort der Patientenverfügung gemeinsam mit der Versichertenkarte aufzubewahren.

Vorlage der Sächsischen Landesärztekammer

Zur Situation

Zunächst wird klar formuliert, dass die Patientenverfügung nur gültig ist, wenn der Patient nicht mehr zur Willensbildung fähig ist (zum Beispiel Demenz) oder seinen Willen nicht mehr äußern kann. Solange eine wie auch immer geartete Kommunikation mit dem Patienten persönlich möglich ist, sind behandelnde Ärzte an den aktuellen Patientenwillen gebunden. Dass hierbei die Patientenverfügung als Hintergrundinformation hilfreich ist, muss nicht betont werden.

Anschließend werden konkrete Situationen zum Ankreuzen vorgeschlagen, zum Beispiel Eintritt des Sterbeprozesses, unheilbare Krankheiten und weitere relevante Situationen.

Zur Behandlung beziehungsweise Unterlassung von Behandlungen

Hier gibt es viele und sehr konkrete Optionen, nicht nur das Thema Beatmung, sondern auch die künstliche Ernährung, die Dialyse, die Reanimation, Gabe von Antibiotika und vieles mehr.

Darüber hinaus wird auch das Thema der Begleitung (zum Beispiel durch Seelsorger) und das Thema Obduktion angesprochen. Hier zeigt sich sehr deutlich, wie wichtig die Beratung durch einen Arzt ist, denn hier ergeben sich eine Vielzahl von Fragen, die nur im Gespräch geklärt werden können und gegebenenfalls konkreter ausformuliert werden müssen. Ein Notar oder ein Rechtsanwalt können hier nicht wirklich weiterhelfen, da das Gros der Fragen erfahrungsgemäß medizinisch ist.

Organspende

Ein wichtiges Thema findet sich am Ende der Patientenverfügung, nämlich die Option, Organe zur Organspende freizugeben. Dies ist durchaus bis ins hohe Alter möglich und immer im Einzelfall zu prüfen. Aber hier ergibt sich oft zwangsläufig ein Konflikt, wenn die Patientenverfügung eine Beatmung ausschließt, die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (sogenannter Hirntod) aber eine Beatmung für eine gewisse Zeit unabdingbar macht. Diese Diskrepanz wird durch folgende Formulierung geklärt:

„Ich stimme trotz meiner oben genannten Verfügung einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tode zu Transplantationszwecken zu. Mir ist bewusst, dass Organe nur nach irreversiblen Ausfall der Hirnfunktionen bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung der Hirnfunktionen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.“ Diese Formulierung ist nicht nur für Patienten gut zu verstehen, sondern

auch für die behandelnden Intensivmediziner eine absolut eindeutige Anweisung. Sollte der Hirntod nach Richtlinie letztendlich nicht festgestellt werden können, eine Organentnahme also nicht möglich sein, so greift wieder die ursprüngliche Patientenverfügung als Wille des Patienten. Damit ist ausgeschlossen, dass ein Zustand eintritt, der mit der Patientenverfügung ursprünglich ausgeschlossen werden sollte.

Vergütung der Beratung

Es ist die Frage, wie die ärztliche Begleitung bei der Erstellung einer Patientenverfügung vergütet werden kann. Denn die Beratung ist nicht im Leistungsumfang der gesetzlichen

Krankenversicherungen enthalten, was sehr bedauerlich ist. Es ist eine „über das notwendige Maß hinausgehende“ Beratung und als solche über die GOÄ abzurechnen. Dazu bedarf es eines vorab zu schließenden Behandlungsvertrages. Vorschläge zu den Analogziffern, die nach GOÄ abrechenbar sein können, finden sich im Internet. Wir möchten hier insbesondere auf die ausführlichen Vorschläge der KV Sachsen in den KV-Mitteilungen 12/2009 hinweisen.

Fazit:

- Eine Patientenverfügung sollte, wenn irgend möglich, mit ärztlicher Begleitung erstellt werden.

Sächsisches ARE-/Influenza-Sentinel 2016/2017

Ergebnisse und Kommentare

S.-S. Merbecks¹, I. Ehrhard¹

Akute respiratorische Erkrankungen (Pharyngitis, Bronchitis oder Pneumonie mit und ohne Fieber; ARE) können durch unterschiedliche Krankheitserreger, wie Viren, Chlamydien, Mykoplasmen und sonstige Bakterien, ausgelöst werden. ARE der unteren Atemwege, wie Pneumonien, zählen weltweit zu den bedeutsamsten Infektionserkrankungen, was sowohl die Inzidenz jährlicher Neuerkrankungen als auch die Todesfälle an Infektionskrankheiten betrifft. Unter den Erregern zählen Influenzaviren zu einer potenziell „gefährlichen“ Untergruppe.

Das sächsische „ARE-/Influenza-Sentinel“ (Sentinel = Wächter) ist ein tradiertes Surveillance-Programm, dass sich mit dem saisonalen Verläufen von ARE, insbesondere der Influenza, beschäftigt. Ärzte in niedergelassenen Praxen, Krankenhäuser und Gesundheitsämter, die an dem Über-

wachungsprogramm teilnehmen, senden bei klinischem Verdacht auf Influenza Rachenabstrichproben über das jeweils zuständige Gesundheitsamt an die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen zur virologischen Diagnostik. Der Influenza-Nachweis und die Subtypisierung der Influenza-Viren erfolgt über eine Polymerase-Kettenreaktion (PCR)-Diagnostik. Aus positiv getesteten Patientenproben wird eine Vermehrung und Isolierung der Influenza A- beziehungsweise B-Virusstämme mittels Zellkulturtechnik angestrebt. In Abstimmung mit dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ Influenza) am Robert Koch-Institut (RKI) wird eine definierte Auswahl von Influenzavirus-Isolaten zur weiterführenden Diagnostik (intratypische Differenzierung auf Genomebene) an das NRZ Influenza gesendet. Zusätzlich zum ARE-/Influenza-Sentinel sind in Sachsen in Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG; § 6 Abs. 1 Satz 1) Erkrankungen und Todesfälle durch Influenza dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden (IfSGMeldeVO des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz [SMS]). Darüber hinaus besteht eine Meldepflicht des direkten Nachweises von Influenza-Viren nach § 7 Abs. 1 IfSG. Die genetische Variabilität der Influenza-Viren bedingt große Probleme.

Nur so ist gewährleistet, dass tatsächlich der Wille des Patienten erfasst wird.

- Der Ablageort sollte (vor allem den Angehörigen!) bekannt sein.
- Die Formulierungen müssen möglichst konkret sein. Vorschläge bietet die Vorlage der Sächsischen Landesärztekammer.
- Der Ausschluss einer Beatmung beziehungsweise intensivmedizinischen Behandlung schließt eine Organspende nicht aus. Zur Organspende sollte immer am Ende der Patientenverfügung Bezug genommen werden.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Aufgrund der sich ständig wandelnden Virusstämme ist es erforderlich, dass die Komponenten des Impfstoffes den tatsächlich zirkulierenden Virusvarianten angepasst werden. Die Empfehlungen der WHO bilden hierbei die Grundlage für die Impfstoffhersteller zur Produktion der Impfstoffe für die jeweils nächste Saison. Bereits im Februar des Vorjahres, also knapp ein Jahr vor der nächsten Influenzawelle, muss die WHO entscheiden, welche Varianten mutmaßlich auftreten und deshalb zur Impfstoffherstellung empfohlen werden. Dies ist erforderlich, damit alle notwendigen Prüfungen, die Zulassung und die Produktion der Impfstoffe zeitgemäß erfolgen können. Auf Grund der sich jährlich verändernden Eigenschaften von Influenza-Viren sind Impfdurchbrüche, das heißt das Auftreten von Influenza-Erkrankungen trotz stattgehabter Impfung, nicht immer zu vermeiden.

Grundsätzlich erkranken an Influenza trotzdem vor allem Ungeimpfte. Weiterhin ist zu bedenken, dass vor allem Personengruppen mit schwachem Immunsystem (zum Beispiel ältere oder chronisch kranke Menschen, Patienten unter Immunsuppression u. v. m.) nicht immer die gewünschte Immunantwort entwickeln. Gerade die Tatsache, dass die Schutzrate der Influenza-Impfung in der älteren Bevölkerung generell

¹ Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen

geringer ist als bei jungen, immun-kompetenten Personen, unterstreicht die Wichtigkeit der Impfung nicht nur bei Senioren und Risikogruppen, sondern vor allem auch der Kontaktpersonen dieser besonders gefährdeten Patienten: Angehörigen, Pflegekräften und medizinischem Personal. Hier besteht in Deutschland ein erheblicher Nachholbedarf, da die Bereitschaft zur Impfung leider gerade bei medizinischem Personal auf niedrigem Niveau persistiert. Dass diese Tatsache Patienten in Klinik und Praxis in der Grippezeit unnötig gefährdet, wird dabei oft vergessen.

Unter www.gesunde.sachsen.de/12223.html sind die Auswertungen der LUA Sachsen zum ARE-/Influenza-Sentinel veröffentlicht. Neben den jeweiligen Wochenberichten der jeweils aktuellen Saison in Zahlen und Worten einschließlich einer Einschätzung der aktuellen epidemiologischen Lage, werden an dieser Stelle die ausführlichen Sentinel-Berichte der Vorjahre seit der Saison 2003/2004 eingestellt.

Bei der vorliegenden Darstellung handelt es sich um eine Zusammenfassung des Sentinel-Berichts der Saison 2016/2017 der LUA Sachsen, in dem die Ergebnisse der Meldungen gemäß IfSG sowie die Ergebnisse des sächsischen ARE-/Influenza-Sentinel zusammengefasst, kommentiert und mit den Ergebnissen früherer Influenzawellen verglichen wurden.

Ergebnisse

Meldungen nach IfSG

Insgesamt wurden in Sachsen ab der 40. Kalenderwoche (KW) 2016 bis einschließlich der 17. KW 2017 16.696 Influenza-Erkrankungen gemeldet. Damit wurden in der Saison 2016/2017 die meisten Influenza-Fälle in Sachsen in einer Saison seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 registriert und somit auch deutlich mehr Influenza-Fälle als in der pandemischen Saison 2009/2010 mit „nur“ 10.634 Erkrankten. Mit Sicherheit liegt die Zahl noch wesentlich höher, da nicht jeder Patient einen

Arzt aufsucht und dieser eine Laboruntersuchung veranlasst. Eventuell könnte sich auch das Meldeverhalten der Ärzte verändert haben.

Virustypen/Virussubtypen

Die auf der Basis des IfSG übermittelten Influenza-Nachweise in der Saison 2016/2017 gliederten sich auf in 15.870 Influenza A, 597 Influenza B sowie 229 nicht typisierte Influenzavirus-Nachweise. Im sächsischen Sentinel 2016/2017 wurden von 1.529 Probeeinsendungen insgesamt 653 positiv getestet (Positivenrate: 42,7 Prozent). Davon konnten 594 Fälle (91,0 Prozent) dem Subtyp A(H3N2), nur ein Fall dem Subtyp A(H1N1)pdm09 (0,2 Prozent), sowie 14 Fälle (2,1 Prozent) einer Influenza B-Infektion zugeordnet werden. 44 Influenza A-Virusnachweise konnten nicht typisiert werden (6,7 Prozent). Die Verteilung der Virussubtypen gestaltete sich im Bundesgebiet und in Europa ähnlich. Dominierender Virussubtyp war immer A(H3N2), gefolgt von einem kleinen Anteil an Influenza B-Infektionen (~3 Prozent – 10 Prozent) und einem sehr kleinen Anteil (≤ 1 Prozent) des Subtyps A(H1N1)pdm09. Vor allem in der Saison 2002/2003 (aber auch 2006/2007, 2008/2009 sowie 2013/2014) war in Sachsen eine vergleichbar große Dominanz des Subtyps A(H3N2) zu verzeichnen.

Altersverteilung

Von den nachweislich im sächsischen Sentinel an Influenza Erkrankten waren 19,8 Prozent Klein- und Vorschulkinder (1 – < 7 Jahre), 27,1 Prozent Schulkinder und Jugendliche (7 – < 17 Jahre), 31,1 Prozent Erwachsene (17 – < 60 Jahre) und 20,5 Prozent Senioren (≥ 60 Jahre). Der Hochrisikogruppe der unter 1-Jährigen ließen sich 1,5 Prozent der Fälle zuordnen. Somit waren mit 48,4 Prozent aller Nachweise 2016/2017 deutlich weniger Infektionen bei Kindern und Jugendlichen (< 17 Jahren) zu verzeichnen als üblich. In der Vorsaison 2015/2016 hatte diese Altersgruppe mit 69 Prozent mehr als zwei Drittel der Fälle gestellt. Auffällig in der Saison 2016/2017 war hingegen der mit

20,5 Prozent ausgesprochen hohe Anteil der über 60-Jährigen. In der Vorsaison 2015/2016 hatte dieser Anteil mit nur 2,9 Prozent ungewöhnlich niedrig gelegen.

Zeitlicher und klinischer Verlauf

Die Influenza-Welle 2016/2017 zeichnete sich durch einen vergleichsweise frühen und schnellen Beginn als auch ein deutlich früheres Ende als in den Vorjahren aus. Das Plateau der Influenzawelle lag zwischen der 4. und 8. KW 2017 und damit etwa vier Wochen früher als in der Vorsaison. Die Influenzavirus-Zirkulation dauerte in Sachsen von der 46. KW 2016 bis zur 14. KW 2017 an.

Die Erkrankungszahlen waren ausgesprochen hoch. Vor allem ältere Personen litten unter schweren klinischen Verläufen. Insgesamt verstarben nachweislich 83 Personen an Influenza in der Saison 2016/2017. Das sind mehr als dreimal so viel Menschen als in einer Saison je zuvor. Die letalen Verläufe betrafen insbesondere ältere Menschen. Der Altersmedian bei den Verstorbenen lag in der Saison 2016/2017 bei 86 Jahren und damit deutlich über den Altersmedianen von Todesfällen früherer Influenzawellen. Die meisten der an Influenza Verstorbenen litten unter Vorerkrankungen des Herzens und vor allem auch der Lunge. Letztendliche Todesursache war zumeist eine Pneumonie. Zehn der an Influenza Verstorbenen waren geimpft (12 Prozent). 13 Prozent der an Influenza Erkrankten wurden in Krankenhäusern behandelt. Die Hospitalisierungsrate der Vorjahre lag zwischen neun und 14 Prozent.

Influenza-Ausbrüche

In Saison 2016/2017 wurden in Sachsen insgesamt 47 Influenza-Ausbrüche gemeldet.

15 Ausbrüche (32 Prozent) traten erschreckender Weise in Krankenhäusern beziehungsweise stationären Einrichtungen auf, zwölf (25 Prozent) in Altenpflegeheimen. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig eine Impfung von Mitarbeitern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

ist. Neun Geschehen (19 Prozent) betrafen Schulen, sechs (13 Prozent) Kindertagesstätten und fünf Ausbrüche (11 Prozent) Familien.

Effektivität der Influenza-Impfstoffe 2016/2017

Die Influenza B-Victoria-Linie war als Komponente im aktuellen trivalenten Influenza-Impfstoff enthalten. Der tetravalente Impfstoff beinhaltet zudem die Influenza B-Yamagata-Linie. Da die Saison 2016/2017 aber von der Influenza A dominiert wurde, konnte der tetravalente Impfstoff sein Potenzial nicht ausschöpfen. Allerdings wurden in Deutschland bei einem sechsprozentigen Anteil der Influenza B-Viren an allen Nachweisen von Influenza-Viren immerhin Influenza B-Viren der Yamagata-Linie (nicht im trivalenten, nur im tetravalenten Impfstoff enthalten) mit 82 Prozent deutlich häufiger identifiziert als Influenza B-Viren der Victoria-Linie (auch im trivalenten Impfstoff enthalten) mit 18 Prozent (Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2016/2017 des Robert Koch-Institutes und der Arbeitsgemeinschaft Influenza). Im sächsischen Sentinel war bei einem Gesamtanteil von 2,1 Prozent Influenza B-Viren die Yamagata-Linie zu 88,9 Prozent bei entsprechend typisierten Stämmen vertreten.

Die zirkulierenden Influenza A(H3N2)-Viren zeigten zwar eine gute anti-gene Übereinstimmung mit der im aktuellen Impfstoff enthaltenen A(H3N2)-Komponente, laufende Untersuchungen aus Finnland und Schweden deuteten jedoch auf eine suboptimale Wirksamkeit des aktuellen Impfstoffes gegen die zirkulierenden A(H3N2)-Viren hin. Dies war insbesondere in der Altersgruppe der über 65-Jährigen zu beobachten. Auch anhand einer bundesweiten Fall-Kontroll-Studie der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) zeichnete sich eine verhältnismäßig niedrigere Impfeffektivität sowohl der trivalenten als auch der tetravalenten Influenza-Impfstoffe gegenüber dem Subtyp A(H3N2) ab, dies vor allem bei Personen über 60 Jahren.

Impfstatus

Bei 214 (13,6 Prozent) von 1.529 untersuchten Personen, bei denen ein Rachenabstrich im Rahmen des sächsischen Sentinels 2016/2017 entnommen wurde, wurde anlässlich der Probenahme kein Impfstatus erhoben. In den vorangehenden Saisons lagen die Raten zwischen 12,5 Prozent bis maximal 28,5 Prozent. Insgesamt ist man also immer noch vom Ziel einer lückenlosen Erfassung der Impfanamnese entfernt. Ein vollständiger Impfstatus ist aber für eine zuverlässige Schätzung der Effektivität von Impfstoffen unerlässlich.

Impfdurchbrüche

Trotz Grippe-Impfung erkrankten 109 Probanden von 581 Influenza-Erkrankten mit bekanntem Impfstatus (18,8 Prozent) in der Saison 2016/2017 an Influenza. Damit lag der Anteil an Impfdurchbrüchen mit 18,8 Prozent doppelt so hoch wie in der Vorsaison, aber ähnlich hoch wie in der Saison 2011/2012 oder 2014/2015, in denen ebenfalls der Influenza-Subtyp A(H3N2) dominiert hatte. Die Relation von Geimpften zu Ungeimpften lag bei den Influenza-Positiven bei 1 zu 4,3. Demzufolge waren bei den Erkrankten etwas mehr als viermal so viele Ungeimpfte wie Geimpfte.

Erkrankungsrate bei den Geimpften und Ungeimpften

Die Erkrankungsrate bei den Geimpften lag bei 8,3 Prozent (109 positive Geimpfte/1.321 Proben mit bekanntem Impfstatus), die Erkrankungsrate bei den Ungeimpften bei 35,7 Prozent (472 positive Ungeimpfte/1.321 Proben mit bekanntem Impfstatus). Dies entspricht einer Verdopplung der Erkrankungsrate bei den Geimpften im Vergleich zur Vorsaison 2015/2016, die bei 3,9 Prozent lag. Die Erkrankungsrate bei den Unge-

impften war in der Saison 2015/2016 mit 36,0 Prozent annähernd gleich hoch wie 2016/2017.

Die Verringerung der Erkrankungsrate bei den Geimpften gegenüber den Ungeimpften, die sogenannte „Ungeimpftenrate“ (Erkrankungsrate der Ungeimpften mit Influenzavirus-Nachweis abzüglich der Erkrankungsrate der Geimpften mit Influenzavirus-Nachweis) dividiert durch die Erkrankungsrate der Ungeimpften mit Influenzavirus-Nachweis) lag in der Saison 2016/2017 insgesamt bei ca. 77 Prozent (35,7 Prozent – 8,3 Prozent dividiert durch 35,7 Prozent) und damit relativ niedrig. In den Vorsaisons lag die Ungeimpftenrate in der Regel zwischen 78 Prozent und 90 Prozent. Eine Ungeimpftenrate von 77 Prozent demonstriert aber dennoch eine hinreichende Schutzwirkung der Grippe-Impfung 2016/2017.

Impfquoten

Um Impfquoten für die Gesamtbevölkerung Sachsens angeben und infolgedessen Impfstrategien entwickeln und verbessern zu können, wurde 2015 eine sächsische Impfdatenbank eingerichtet. Diese Datenbank enthält das Datenmaterial der seit 2009 über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) abgerechneten Impfungen. In der sächsischen Impfdatenbank werden ausschließlich gesetzlich Versicherte erfasst. Um Impfquoten für die gesamte Bevölkerung Sachsens angeben zu können, erfolgt jeweils eine Hochrechnung unter der Schätzung von 90 Prozent gesetzlich und zehn Prozent privat Versicherten.

Bis zum 31. Dezember 2016 ließen sich für die Saison 2016/2017 insgesamt 980.607 Personen in Sachsen gegen Influenza impfen. Dies entspricht einer Impfquote von 26,7 Prozent. Damit ist die Impfquote in

Sachsen bedauerlicher Weise kontinuierlich rückläufig. Seit 2009 sind die Impfquoten um fast zehn Prozent gesunken.

Die diesjährigen Unsicherheiten zum Impfstoff (trivalenter versus tetravalenter Impfstoff) haben ganz sicher nicht dazu beigetragen, die Quoten in der aktuellen Saison zu verbessern. Alle Impfstrategien müssen ins Leere laufen, wenn die Kostenträger nicht den medizinisch sinnvollen und völlig bürokratiefreien Weg einer generellen Kostenübernahme beider Impfstoffe gehen wollen.

Die Analysen der sächsischen Impfdatenbank zeigen weiterhin, dass die Impfquoten mit zunehmendem Alter ansteigen. Die Impfquoten bei den 60- bis 69-Jährigen liegen im 5-Jahresdurchschnitt bei 50 Prozent, die der über 80-Jährigen schon bei über 75 Prozent. Vor allem in den Altersgruppen ab 60 Jahre sind Frauen grundsätzlich impffreudiger als Männer.

Zusammensetzung der Influenza-Impfstoffe für die Saison 2017/2018

Die WHO empfiehlt für die Nordhalbkugel für die Saison 2017/2018

die folgende Zusammensetzung für trivalente Impfstoffe:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09-ähnlicher Stamm,
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-ähnlicher Stamm.
- B/Brisbane/60/2008-ähnlicher Stamm.

Die Zusammensetzung unterscheidet sich von der des bei uns in der Saison 2016/2017 verwendeten Impfstoffes nur in der A(H1N1)pdm09-Komponente. Für tetravalente Impfstoffe hat die WHO die Antigene der oben genannten Viren sowie als Vertreter der B-Yamagata-Linie den B/Phuket/3073/2013-ähnlichen Stamm empfohlen. Die Liste der für die Influenza-Saison 2017/2018 zugelassenen Impfstoffe ist der Website des Paul-Ehrlich Instituts zu entnehmen. In ihrer 47. Sitzung am 1. April 2016 hatte die Sächsische Impfkommision (SIKO) beschlossen, zum 1. Januar 2017 folgende Ergänzung in ihren Impfeempfehlungen (E1) vorzunehmen: „Aufgrund der breiteren Stammabdeckung bei Influenza B sollten tetravalente Impfstoffe bevorzugt angewendet werden“. Die Krankenkassen übernehmen die Kos-

ten bei einer entsprechenden Indikation, zum Beispiel Patienten mit akuter Immunschwäche, unter immunsuppressiven Medikamenten usw. Diese Indikation ist entsprechend in der Akte zu dokumentieren.

Insgesamt zeichnete die Influenza-Welle 2016/2017 durch einen foudroyanten Verlauf mit hohen Erkrankungszahlen, schweren klinischen Verläufen, insbesondere bei älteren Personen, einer sehr hohen Zahl an Todesfällen, dies wiederum vor allem bei älteren Menschen, einer vergleichsweise niedrigen Impfeffektivität sowie einer vergleichsweise niedrigen Impfquote aus. Trotz einer vergleichsweise niedrigen Impfeffektivität erkrankten ungeimpfte Personen mehr als viermal so häufig an Influenza als Geimpfte. Dies unterstreicht eindrucksvoll den Stellenwert der Grippeimpfung auch in der Saison 2016/2017.

Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Ingrid Ehrhard
Abteilungsleiterin
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen
Jägerstraße 10, 01099 Dresden
E-Mail: ingrid.ehrhard@lua.sms.sachsen.de

Windpocken: Wann muss mein Kind zuhause bleiben?

Gemäß § 34 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes dürfen Kinder, in deren Wohngemeinschaft / Wohnbereich Windpocken aufgetreten sind und die keinen Immunschutz gegen Windpocken besitzen und damit als ansteckungsverdächtig anzusehen sind, solange keine Gemeinschaftseinrichtung wie Kita oder Schule besuchen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Bitte beachten Sie deshalb folgende empfohlene Maßnahmen! Bei Fragen können Sie sich an Ihr zuständiges Gesundheitsamt wenden.

Erkrankung / Impfung	empfohlene Maßnahmen gemäß Ratgeber des Robert Koch-Instituts zu: (Einschätzung des § 34 Absatz 2 Infektionsschutzgesetz)
Windpocken-Erkrankung in der Vergangenheit (Bestätigung durch Arzt oder Labor)	Kein Besuch der Einrichtung
2 Impfungen	Kein Besuch der Einrichtung bis möglichen Kontakt zu Kontaktpersonen in der Einrichtung (z. B. Schulkamerad, Personem mit Allergische/chronische Begleitkrankheit)
1 Impfung	Kein Besuch der Einrichtung bis möglichen Kontakt zu Kontaktpersonen in der Einrichtung (z. B. Schulkamerad, Personem mit Allergische/chronische Begleitkrankheit)
Ungeimpft bzw. kein Nachweis der Impfung und keine Windpocken-Erkrankung in der Vergangenheit	Kein Besuch der Einrichtung bis möglichen Kontakt zu Kontaktpersonen in der Einrichtung (z. B. Schulkamerad, Personem mit Allergische/chronische Begleitkrankheit)

Windpocken in Gemeinschaftseinrichtungen

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) weist darauf hin, dass gemäß dem novellierten Infektionsschutzgesetz Kinder, in deren Wohngemeinschaft/Familienhaushalt Windpocken aufgetreten sind und die keinen Immunschutz gegen Windpocken besitzen und damit als ansteckungsverdächtig anzusehen sind, solange keine Gemeinschaftseinrichtung, wie Kita oder Schule, besuchen dürfen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Zur Umsetzung dieser neuen Regelung hat das SMS ein Plakat zum Aushang in Kita, Schule oder auch in

der Kinderarztpraxis herausgegeben. Das Plakat mit dem Titel „Windpocken: Wann muss mein Kind zuhause bleiben?“ beschreibt anschaulich die Situationen, in denen ein Kind die Gemeinschaftseinrichtung weiter besuchen kann und wann nicht.

Das A3-Plakat kann über <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11880> kostenfrei heruntergeladen beziehungsweise bestellt werden.

Dr. rer. nat. Susanne Bastian
Referentin
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Öffentlicher Gesundheitsdienst und Infektionsschutz
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: susanne.bastian@sms.sachsen.de

Reanimationsunterricht in Sachsen

Täglich erleiden in Deutschland bis zu 175 Menschen einen plötzlichen Herzstillstand. Nur in ca. 34 Prozent der Notfallsituationen greifen nicht-professionelle Helfer in Deutschland aktiv ein, bevor der Rettungsdienst eintrifft. In anderen europäischen Ländern werden die lebensrettenden Maßnahmen in 65 bis 75 Prozent der Fälle von medizinischen Laien begonnen. Einer der Gründe für die höhere Bereitschaft zur Laienreanimation ist, dass in diesen Ländern die Erste-Hilfe-Thematik in den Lehrplänen fest verankert ist und die Herz-Druck-Massage mit den Schülern regelmäßig trainiert wird. Durch diese Maßnahmen können bis zu 10.000 Menschenleben pro Jahr gerettet werden.

In diesem Kontext befürwortete der Schulausschuss der Kultusministerkonferenz in seiner 395. Sitzung die Durchführung von Modulen über das Thema „Wiederbelebung“ in dem vorgesehenen Zeitumfang von zwei Unterrichtsstunden pro Jahr ab Klassenstufe 7 und empfiehlt den Ländern, Lehrkräfte entsprechend schulen zu lassen. Der Beschluss geht unter anderem auf eine Empfehlung der deutschen Anästhesisten-Verbände, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA), der Stiftung Deutsche Anästhesiologie und des German Resuscitation Council (GRC) zurück. Einige Bundesländer, darunter Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern haben diese Empfehlung bereits fest in den Unterricht integriert. In jährlich zwei Unterrichtsstunden werden Theorie und Praxis der Erstmaßnahmen beim Herzkreislaufstillstand vermittelt. In Sachsen wird dieser Auftrag vom Sächsischen Staatsministerium für Kultus gefördert und finanziell unterstützt.

Initiator ist die Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Dresden. Unter der wissenschaftlichen Leitung der Klinikdirektorin Prof. Dr. med. Thea Koch wurde in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer ein entsprechendes Konzept zur Lehrerfortbildung und den darauf aufbauenden Schülerkursen entwickelt. Das Konzept umfasst drei Phasen, welche aufeinander aufbauen. In der ersten Phase werden die Lehrkräfte dahingehend qualifiziert, die einfachen Wiederbelebungsmaßnahmen (Prüfen – Rufen – Drücken) im Unterricht ihrer Klassen selbständig zu lehren und die praktischen Maßnahmen an Übungspuppen zu trainieren. Hierfür sind insbesondere die Lehrkräfte geeignet, welche Erste-Hilfe-Beauftragte sind und einen Erste-Hilfe-Kurs alle zwei Jahre obligatorisch absolvieren (vorzugsweise Sport- und Biologielehrkräfte sowie schulische Ersthelfer). Neben theoretischen Grundlagen der Wiederbelebung wird auch der Umgang mit den in der Schule eingesetzten Reanimationspuppen vermittelt. Die Lehrerfortbildungen erfolgen dabei ehrenamtlich durch die Anästhesisten und das geschulte Pflegepersonal der Universitätskliniken in Dresden und Leipzig sowie der Zeisigwaldkliniken Bethanien in Chemnitz.

In der zweiten Phase führen die Lehrkräfte, die an der Qualifizierung teilgenommen haben, eigenverantwortlich den Schüler-Reanimationsunterricht durch. Die Schüler werden dabei altersgerecht an die einzelnen Schritte, gemäß den Richtlinien des European Resuscitation Council, herangeführt und können das Gelernte sofort praktisch umsetzen. Die dritte Phase zielt auf die Erfolgskontrolle des Projektes ab. Mittels einer Befragung der Schüler und Lehrkräfte sollen wichtige Aspekte zur Qualitätssicherung der Schulungen evaluiert und das Wissen der Lehrkräfte bezüglich aktueller Standards sichergestellt werden.

Finanzielle Unterstützung erhält das Projekt durch das Sächsische Staatsministerium für Kultus. Jede teilnehmende Schule erhält einen Klassensatz Übungspuppen. Dies gewährleistet eine flexible Integration des Reanimationsunterrichts in die Lehrpläne der Klassenstufen.

Nachdem der Projektstart im Januar 2017 sowohl bei den Schulen als auch bei den Lehrkräften auf großes Interesse stieß, wurde im November eine zweite Schulungsveranstaltung an den drei Standorten Dresden, Leipzig und Chemnitz durchgeführt. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt konnten bereits 151 Lehrkräfte von 137 Schulen für den Reanimationsunterricht ausgebildet werden. Über 50 Prozent der teilnehmenden Lehrkräfte sind in Oberschulen tätig. Aber auch Förderschulen, Gymnasien und Schulen des zweiten Bildungswegs zeigen großes Interesse an der Fortführung des Projektes. Ziel ist es, alle Schulen im Raum Sachsen in das Projekt einzubeziehen. Abzüglich der bereits geschulten Einrichtungen ergibt sich somit für die nächsten Jahre ein Schulungsbedarf von über 500 weiteren Schulen.

Erste Ergebnisse zur Umsetzung der Reanimationsschulungen in den Unterricht werden im Frühjahr nächsten Jahres erwartet. Wir hoffen, dass dieses Projekt durch die frühe Auseinandersetzung mit dem wichtigen Thema dazu beiträgt, dass die Laienreanimation zur Selbstverständlichkeit wird und dadurch mehr Menschenleben gerettet werden können.

Weitere Informationen unter www.sachsenrettenleben.jimdo.com

Tina Augst,
Prof. Dr. med. Thea Koch
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und
Intensivtherapie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



Patienten in Sachsen zufrieden

82 Prozent der Sachsen sind mit ihren Krankenhäusern und der ärztlichen Versorgung laut einer aktuellen Bertelsmann-Studie zufrieden. Auf dem zweiten Platz liegt Bayern mit 79 Prozent. Grundlage der Studie bilden Befragungen von AOK und Barmer (Weiße Liste). Ausgewertet wurde die Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt (Weiterempfehlungsbereitschaft), mit der ärztlichen Versorgung und mit der pflegerischen Betreuung.

Ein Erklärungsansatz für die Ergebnisse der Studie ist der Altersdurchschnitt. Ältere Patienten weisen eine höhere Weiterempfehlungsbereitschaft (WEB) sowohl für die chirurgischen als auch für die internistischen Fachabteilungen auf als jüngere Patienten. Da Sachsen mit den höchsten Altersdurchschnitt in der gesamtdeutschen Bevölkerung hat, könnte dies unter anderem ein Grund für das positive Ergebnis sein. Die beobachtete Weiterempfehlungsbereitschaft für die chirurgischen

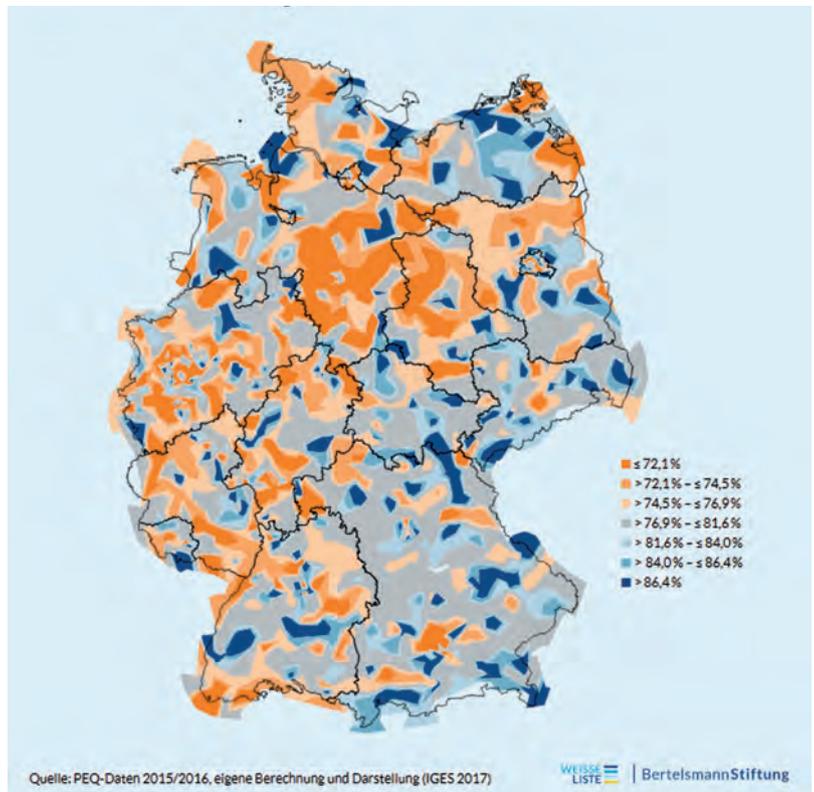


Abb.: Standortbezogene standardisierte WEB

schen Fachabteilungen liegt im Bundesdurchschnitt bei 83,9 Prozent. Die höchste Weiterempfehlungsbereitschaft (86,5 Prozent) ist von den Patienten rückgemeldet worden, die

in den Jahren 2015 und 2016 in chirurgischen Fachabteilungen der sächsischen Krankenhäuser vollstationär behandelt wurden. Die geringste Weiterempfehlungsbereitschaft wurde mit 79,6 Prozent für die Chirurgen der Krankenhäuser Bremens gemeldet. Überdurchschnittliche Werte für die Chirurgen erreichen alle ostdeutschen Bundesländer. Unterdurchschnittliche Werte zeigen sich neben Bremen auch für Berlin (81,6 Prozent), Niedersachsen (81,7 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (81,7 Prozent).

Auffällig sei auch, dass die Zufriedenheit mit der Größe der Einrichtung und der Fallzahl abnimmt. Je mehr Betten und je mehr stationäre Fälle in der Chirurgie oder Inneren Medizin, desto geringer die Weiterempfehlungsbereitschaft und die Patientenzufriedenheit. Insgesamt profitieren kleinere Häuser in ländlichen Regionen vermutlich durch ihre „Nähe“ zu den Patienten. Innerhalb Sachsens schneiden Ostsachsen und das Vogtland am besten ab.

Laut den Autoren der Studie gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen einer hohen regionalen Haus-

Tab.: Standardisierte Krankenhausweiterempfehlungsbereitschaft nach Bundesländern

Bundesland	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Varianz	Standardabweichung	Anzahl Bewertungen
Baden-Württemberg	80,3%	0,09%	6,9%	26,3%	93.995
Bayern	81,7%	0,07%	6,6%	25,7%	142.461
Berlin	78,4%	0,17%	7,9%	28,1%	27.217
Brandenburg	78,4%	0,17%	7,3%	27,0%	24.636
Bremen	73,9%	0,37%	8,8%	29,7%	6.450
Hamburg	78,0%	0,29%	8,1%	28,4%	9.782
Hessen	77,1%	0,13%	7,9%	28,0%	49.739
Mecklenburg-Vorpommern	79,3%	0,21%	7,3%	27,0%	16.807
Niedersachsen	76,7%	0,11%	8,0%	28,4%	65.218
Nordrhein-Westfalen	77,1%	0,08%	7,9%	28,2%	127.922
Rheinland-Pfalz	78,5%	0,15%	7,4%	27,1%	32.595
Saarland	79,3%	0,29%	7,1%	26,6%	8.713
Sachsen	82,0%	0,10%	6,0%	24,4%	65.820
Sachsen-Anhalt	78,5%	0,31%	6,8%	26,1%	7.132
Schleswig-Holstein	77,9%	0,22%	8,0%	28,3%	17.152
Thüringen	80,0%	0,14%	6,4%	25,2%	32.518
Bundesgebiet	79,3%	0,03%	7,3%	26,9%	728.157

Quelle: PEQ-Daten 2015/2016, eigene Berechnung und Darstellung (IGES 2017)

arztdichte und der Patientenzufriedenheit in den stationären Einrichtungen. Mit steigender regionaler Fachinternistendichte in der ambulanten Versorgung verringerte sich dagegen die Zufriedenheit der Patienten für die vollstationäre internistische Versorgung.

Stärkung der Prävention und Rehabilitation

Seit 2017 sind die Leistungen zur Prävention, Kinder- und Jugendrehabilitation und Nachsorge der gesetzlichen Rentenversicherung Pflichtleistungen, keine Ermessensleistungen.

Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung stehen künftig Versicherten offen, bei denen erste gesundheitliche Beeinträchtigungen die ausgeübte Beschäftigung gefährden.

Auch in der **Kinder- und Jugendrehabilitation** hat sich einiges verbessert.

Hier besteht nun unabhängig vom Alter des Kindes ein Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn dies für die Durchführung oder

Unterschiede entstünden auch je nach Siedlungsstruktur. Die Bewertung eines stationären Aufenthaltes hänge demnach nicht allein von der eigentlichen Krankenhausversorgung ab, sondern auch vom jeweiligen Bewertungskontext, also bestimmten patientenassoziierten, krankenhausspezifischen und regionalstrukturellen Einflussfaktoren.

den Erfolg der Leistung notwendig ist. Außerdem dürfen diese Leistungen jetzt auch ambulant erbracht werden und dauern mindestens vier Wochen.

Ebenso findet der Wiederholungszeitraum von vier Jahren bei der Kinder- und Jugendrehabilitation keine Anwendung mehr.

Auch die **Nachsorge** im Anschluss an medizinische Rehabilitationsleistungen ist jetzt, sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen, eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Ziel ist und bleibt der nachhaltige Transfer des in der Rehabilitation Gelernten in Alltag und Beruf beziehungsweise Schule.

Wenn Sie oder Ihre Patienten es genauer wissen wollen, besuchen Sie einfach folgende speziell für behandelnde Ärzte eingerichtete Inter-

spezifischen und regionalstrukturellen Einflussfaktoren.

Die komplette Studie finden Sie hier: www.bertelsmann-stiftung.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



© Depositphotos/Katarzyna Bialasiewicz

netseite der Deutschen Rentenversicherung: www.rehainfo-aerzte.de

Viele Informationen bietet auch die Sächsische Landesärztekammer unter www.slaek.de.

Ausschuss „Prävention und Rehabilitation“ der Sächsischen Landesärztekammer

Verbraucherstreitbeilegungsgesetz

Gilt die Informationspflicht auch für Ärzte?

Sogenannte Verbraucherschlichtungsstellen sollen zukünftig Verfahren zur außergerichtlichen Beilegung zivilrechtlicher Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Unternehmern durchführen. Um eine entsprechende europäische Richtlinie umzusetzen, hat der Bundesgesetzgeber deshalb das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) verabschiedet.

Seit dem 1. Februar 2017 sind Unternehmer, die mehr als zehn Mitarbeiter beschäftigen, nach § 36 VSBG verpflichtet, auf ihrer Webseite und/oder in ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen Verbraucher leicht zugänglich, klar und verständlich darauf hinzuweisen, inwieweit sie sich entweder freiwillig bereit erklärt haben oder durch Rechtsvorschriften verpflichtet sind, an einem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Gesundheitsdienstleistungen sind jedoch vom VSBG ausgenommen. Grundsätzlich trifft die Informationspflicht daher auf Ärzte generell nicht zu. Davon ausgenommen sind aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer Eingriffe ohne entsprechende medizinische Indikation, wie zum Beispiel Schönheitsoperationen. Diese Ansicht vertritt auch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Rechtsaufsichtsbehörde der Sächsischen Landesärztekammer.

Wir empfehlen daher allen sächsischen Ärzten, die ärztliche Leistungen ohne medizinische Indikation (beispielsweise Schönheitsoperationen) anbieten, den Informationspflichten des VSBG nachzukommen. Folgender Wortlaut ist denkbar: „Zur Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle gemäß Verbraucherstreitbeilegungsgesetz sind wir (oder eben nicht) bereit.“ Nehmen Sie im Falle der Bereitschaft auch die Adresse der einzigen bisher bekannten allgemeinen Verbraucherschlich-

tungsstelle im Sinne des VSBG, das Zentrum für Schlichtung e. V., Straßburger Straße 8 in 77694 Kehl am Rhein, auf.

Werden die Informationspflichten des VSBG nicht beachtet, können Unterlassungsverfahren nach dem Unterlassungsklagengesetz drohen. Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines Verbraucherschlichtungsverfahrens, aber eine entsprechende Informationspflicht, ob man teilnimmt oder nicht.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Sächsische Landesärztekammer mit der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, den Vermittlungsmöglichkeiten bei den Kreisärztekammern und den bei der Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer möglichen Ombudsverfahren bereits gut etablierte und bewährte Streitbeilegungsmöglichkeiten anbietet. Sie sind aber keine Stellen nach dem VSBG.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Datenschutz

Selbst-Check in der Arztpraxis

In Zusammenarbeit der Ärzte- und der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein hat das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) einen „Selbst-Check für Arztpraxen“ entwickelt. Anlass für dieses Projekt war eine Reihe festgestellter Datenschutzver-

stöße in Arzt- beziehungsweise Zahnarztpraxen.

Einbezogen in den Selbst-Check wurden nicht nur datenschutzrechtliche Anforderungen, sondern auch Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht, die in der Praxistätigkeit zu berücksichtigen sind.

Der erarbeitete Fragenkatalog in Checklisten-Form ermöglicht eine rasche Orientierung, sodass der Praxisinhaber wichtige Informationen

und Hinweise, insbesondere zur Aus- und etwaigen Umgestaltung des Empfangs-, Warte- und Behandlungsbereiches sowie zur sicheren Nutzung der EDV erhält. Der Fragenkatalog ist abrufbar unter:

<https://www.datenschutzzentrum.de/artikel/1068-Datenschutz-Selbst-Check-Datenschutz-als-Qualitaetszeichen.html>

Ass. jur. Michael Kratz
Datenschutzbeauftragter

KÄK Görlitz

Nächste Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl am 10. März 2018

Der Vorstand der Kreisärztekammer Görlitz lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

Sonnabend, den 10. März 2018, 9.00 Uhr, auf das Schloss Kuppritz (Blauer Saal), Kuppritz 21, 02627 Hochkirch,

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2017 – 2021 gewählt werden. Überdies werden Herr Mätzler und Herr Neubauer von der Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Thematik „Rund um den Medikationskatalog“ referieren. Eine Einladung nebst Tagesordnung ist allen Mitgliedern auch schon schriftlich zugegangen. Wenn Sie Interesse an einer Mitar-

beit im Vorstand unserer Kreisärztekammer haben und damit einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis, die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten möchten, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf (Telefon-Nr.: 035873 36387, E-Mail: goerlitz@slaek.de). Ich freue mich, Sie am 10. März 2018 auf Schloss Kuppritz begrüßen zu können!

Ute Taube
Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz

Kreisärztekammer Mittelsachsen hat gewählt!

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Mittelsachsen am 10. Januar 2018 wurde deren Vorstand neu gewählt, den wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

KÄK Mittelsachsen
(Wahlperiode 2017 – 2021):

Dr. med. Brigitte Knüpfer
(Vorsitzende), Frankenberg, N
Dipl.-Med. Hansjörg Oehmig
(Stellvertreter), Leisnig, R
Dr. med. Gundula Suhr
(Stellvertreter), Halsbrücke, A
Dr. med. Andreas Teubner
(Stellvertreter), Burgstädt, N
Dr. med. Petra Schneider,
Ostrau, N
Dipl.-Med. Falk Schindler,
Freiberg, A
Dr. med. Danny Nummert-Schulze,
Hartha, A

An dieser Stelle möchten wir uns sowohl bei dem bisherigen Vorsit-



Dipl.-Med. Falk Schindler, Dr. med. Gundula Suhr, Dr. med. Brigitte Knüpfer, Dr. med. Andreas Teubner, Dr. med. Petra Schneider, Dipl.-Med. Hansjörg Oehmig, Dr. med. Danny Nummert-Schulze und der bisherige Vorstandsvorsitzende Dr. med. Einar Köhler (v.l.) © SLÄK

zenden, Dr. med. Einar Köhler, als auch bei einem seiner Stellvertreter, Dr. med. Michael Teubner, die nunmehr beide aus dem Vorstand dieser Kreisärztekammer ausgeschieden sind, für ihre engagierte Arbeit bei der Vertretung der ärztlichen Belange im Landkreis Mittelsachsen herzlich bedanken.

Wir sind uns sicher, dass der neu gewählte Vorstand die großen Auf-

gaben an dieses Ehrenamt für die beruflichen Interessen der Kollegen auch weiterhin mit Engagement und Einsatz wahrnehmen und für ein hohes Ansehen des Berufsstandes im Landkreis Mittelsachsen sorgen wird.

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Einladung Seniorenveranstaltung

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt ein zum Seniorentreffen am **Dienstag, 6. März 2018, 15.00 Uhr**, in den Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer.

Der **Dresdner Kameramann Ernst Hirsch** stellt sein Buch „Das Auge von Dresden“, filmszenisch ergänzt, vor.

Außerdem besteht die Möglichkeit, sich zu unserer Jahresausfahrt anzumelden. Diese wird uns 2018 in Richtung Riesa – Großenhain führen.

Seien Sie herzlich willkommen!

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

Anzeige

**23. Dresdner
Ärzteball & Party**
BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM

Samstag, 5. Mai 2018
Empfang ab 18 Uhr

Schloss Albrechtsberg
Bautzner Straße 130, 01099 Dresden

Ballkarte „Kronensaalebene“	
für Mitglieder KÄK	80 €
Nichtmitglieder	100 €
Ballkarte „Gartensaalebene“	
für Mitglieder KÄK	65 €
Nichtmitglieder	85 €
Ballkarte für Studenten	15 €

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)
Sekretariat: Frau Rasche
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267-413 • Fax 0351 8267-446
Anmeldung telefonisch oder per E-Mail
an info@kreisaeztekammer-dresden.de

Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

© Blick zur „Osterrasse“ – René Schön / © Ball im Kronensaal – Sybille Dittsch

Präsentiert von www.kreisaeztekammer-dresden.de

Unterstützung für Special Olympics gesucht

Special Olympics Deutschland (SOD) ist die deutsche Organisation der weltweit größten, vom Internationalen Olympischen Komitee offiziell anerkannten Sportbewegung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Sie verschafft heute mehr als 40.000 Menschen mit geistiger Behinderung ein vielfältiges Angebot an Sportaktivitäten und -veranstaltungen. Special Olympics ist dabei mehr als Sport und versteht sich als Alltagsbewegung mit einem ganzheitlichen Angebot. Dazu gehört auch das Healthy Athletes Programm, das insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention „Lücken“ in der gesundheitlichen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung schließt. Zielgruppenspezifisch werden Gesundheitsrisiken aufgezeigt und die Entwicklung einer gesunden Lebensweise unterstützt. Neben einer Verbesserung der Trainings- und Wettbewerbsfähigkeit soll das Gesundheitsbewusstsein der Athleten gesteigert und der barrierefreie Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessert werden. Seit der Einführung des Programmes in Deutschland im Jahr 2004 nahmen mehr als 44.000 Athleten am Gesundheitsprogramm teil. Bei regionalen, nationalen und internationalen Special Olympics Sportveranstaltungen werden in sieben verschiedenen medizinischen Bereichen kostenlose und umfassende Beratungen und Untersuchungen, unter anderem zur Seh- und Hörfähigkeit, der Zahn- und Mundgesundheit sowie zur gesunden Lebensweise angeboten.

Der Landesverband von Special Olympics Deutschland in Sachsen e.V. (SODiS) wurde im Jahr 2005 gegründet. Seit dem Jahr 2017 ist SODiS eines von fünf Projektländern im Rahmen des Projektes „Gesund



Sportfest „Gemeinsam – Miteinander“

© SOSA

durchs Leben – Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung“, das durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Ziel ist es unter anderem, Angebote zur Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung regional weiterzuentwickeln. Das Programm verfolgt die Intention, Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung mittels wohnortnaher Präventions- und Gesundheitsaufklärungsangebote zu befähigen, Gesundheit und Wohlbefinden selbstbestimmt zu gestalten und ihre Teilhabe an der Gesundheitsvorsorge zu verbessern. Die Aufklärung und Beratung bezieht sich auf Lebensstilelemente wie zum Beispiel gesunde Ernährung (mit Kontrolle von Körpergewicht und Blutdruck), Gefahren des Rauchens, Sonnenschutz und Hygiene.

In der Vergangenheit konnten bereits zahlreiche Athleten bei Sportveranstaltungen untersucht und beraten werden. Diese Angebote sollen perspektivisch über die Sportveranstaltungen hinausgehen und auf weitere Lebensbereiche der Zielgruppe erweitert werden. Gedacht ist dabei die Einbeziehung von Schulen, Werkstätten und Wohnbereichen.

Special Olympics in Sachsen sucht für die Funktion eines „Regionalen Koordinators“ einen Arzt, vorzugsweise mit allgemeinmedizinischer oder internistischer Qualifikation. Besonders angefragt sind Mediziner im Ruhestand. Die Tätigkeit ist ehrenamtlich, mit Aufwandsentschädigung bei Reisetätigkeit. Gegenwärtig ist der Einsatz des Regionalen Koordinators für zwei bis drei Veranstaltungen im Jahr erforderlich. Erbeten wird die Begleitung der sächsischen Athleten zu den Nationalen Sommerspielen vom 13. bis 18. Mai 2018 in Kiel.

Kontakt: Svenja Engelhardt
Projektmitarbeiterin „Gesund durchs Leben“
Special Olympics Deutschland in Sachsen
Könneritzstraße 25, 01067 Dresden
E-Mail: gesundheit@specialolympics-sachsen.de



Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses „Senioren“

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Volker Lenkeit
vom häuten und filetieren
des menschen
bis 22. April 2018

Steffen Fischer
Paradies der Väter – Malerei und
Zeichnung
26. April bis 8. Juli 2018
Vernissage: Donnerstag,
26. April 2018, 19.30 Uhr
Einführung: Gregor Kunz, Autor und
bildender Künstler, Dresden/Berlin

Programmvorschau

25. März 2018, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Klaviermatinee“
Mit Studierenden der Klavierabteilung
der Hochschule für Musik Carl Maria
von Weber Dresden.

Neue Fortbildungs- räume im Haus 2

Die Sächsische Landesärztekammer hat im Januar 2018 weitere Seminar-

räume übernommen. Diese befinden sich im Haus 2, direkt neben dem Hauptgebäude der Sächsischen Landesärztekammer, auf der Schützenhöhe 20, 01099 Dresden. Diese zusätzlichen Räume schaffen Res-

ourcen für das umfangreiche Fort- und Weiterbildungsangebot der Sächsischen Landesärztekammer.

Dipl.-Bibl. Astrid Böhm
Leiterin Referat Fortbildung,
Fortbildungsveranstaltungen und Vermietung

Berufsorientierung für Fachoberschüler

Praktikum in einer Arztpraxis – eine Chance, um geeignete Bewerber zu finden

Der zunehmende Fachkräftemangel an Medizinischen Fachangestellten stellt einige Regionen vor eine große Herausforderung. Um den Nachwuchs langfristig zu sichern, muss die Ausbildung wieder mehr in den Vordergrund gestellt werden. Leider wird die Kritik an den Auszubildenden seitens der Ärzte zugleich immer lauter. Viele Ausbilder kritisieren insbesondere mangelnde Motivation, Lernbereitschaft sowie das negative Auftreten bereits beim Auswahlgespräch. Die Bereitschaft der Ärzte, eine Medizinische Fachangestellte auszubilden, nimmt auch deshalb weiter ab. Um diesen Trend entgegenzuwirken, bietet der fachpraktische Teil der Fachoberschule (FOS) die Möglichkeit, zukünftige Auszubildende unverbindlich und über einen längeren Zeitraum kennenzulernen. Diesen Bildungsweg und die diesbezüglichen Vorteile für die Ausbilder möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen.

Was ist die FOS?

Die Fachoberschulreife ist ein Bildungsweg, der nach erfolgreich abgeschlossenem Realschulabschluss eingeschlagen werden kann. Innerhalb von zwei Schuljahren (Klassenstufe 11 und 12) wird dieser Abschluss erreicht. Es ist auch möglich, die Fachoberschulreife in nur einem Jahr (Klassenstufe 12) zu erlangen. Voraussetzung dafür ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder eine dreijährige einschlägige Berufserfahrung. Der Abschluss qualifiziert Jugendliche und junge Erwachsene für ein Studium an einer Fachhochschule.

Wie läuft die FOS ab?

Die Schüler können zwischen den Fachrichtungen Gesundheit und Soziales, Wirtschaft und Verwaltung, Technik, Gestaltung oder Agrarwirtschaft/Bio- und Umwelttechnologie wählen. In Klassenstufe 11 wird dann ein Praktikum im jeweiligen Bereich der gewählten Fachrichtung abgelegt (fachpraktischer Teil). Das Praktikum erstreckt sich über 800 Zeitstunden. Das Unterrichtspensum beträgt 16 Stunden in der Woche. Die Verteilung von Theorie und Praxis legen die Schulen im Einzelnen

fest. Von den Schülern ist ein wöchentlicher Kurzbericht zu den im Praktikumsbetrieb ausgeübten Tätigkeiten zu erstellen. Zusätzlich wird eine Projektarbeit angefertigt. Unter Einbeziehung der fachlichen Einschätzung des Praktikumsbetriebes wird diese Arbeit von der Lehrkraft beurteilt. Die danach folgende Klassenstufe 12 erstreckt sich über 32 Wochenstunden und beinhaltet keinen fachpraktischen Teil.

Gemäß § 22 MiLoG haben Praktikanten, die ein Pflichtpraktikum aufgrund schulrechtlicher Bestimmung absolvieren, keinen Anspruch auf eine Bezahlung nach dem Mindestlohn. Somit ist der Praktikumsbetrieb in der Gestaltung der Vergütung während dieser Zeit frei.

Wie kann das Praktikum für die Ausbildung genutzt werden?

Im Schuljahr 2016/2017 entschieden sich rund 5.850 Schüler für diesen Bildungsweg. Ca. 30 Prozent davon entschieden sich für die Fachrichtung Gesundheit und Soziales. Für diese Schülergruppe ist ein Praktikum in einer niedergelassenen Arztpraxis oder in einem MVZ ideal.

Welchen Vorteil bietet das Praktikum für die Ausbildungsstätte?

Einerseits ermöglicht das Praktikum der Praxis, einen zukünftigen Auszubildenden über ein Schuljahr hinweg hinsichtlich der theoretischen und praktischen Leistungen kennenzulernen und sich von dessen Engagement zu überzeugen. Andererseits können die Schüler herausfinden, ob der Tätigkeitsbereich der Medizinischen Fachangestellten ihren beruflichen Interessen entspricht und eine Ausbildung vorstellbar ist. Somit sind bereits vorab wichtige Grundvoraus-

setzungen für eine erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung und eine anschließende langfristige Bindung der Schüler an die Praxis geklärt. Dies könnte die Zahl der Ausbildungsabbrüche in Zukunft reduzieren.

Interessierte Schüler bewerben sich bis zum 31. März eines Jahres, in dem die Fachoberschule begonnen wird, und haben bis Schuljahresbeginn Zeit, sich einen Praktikumsplatz zu suchen. Gern leisten wir Unterstützung bei der Vermittlung eines

Praktikanten und stellen für Sie den Kontakt zur Schule her.

Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren und andere medizinische Einrichtungen, die über eine Ausbildungseignung verfügen und freie Praktikums- oder Ausbildungsplätze anbieten, wenden sich bitte an das Referat Medizinische Fachangestellte (Telefon-Nr.: 0351 8267-170/ -171/ -173/ -169).

Lydia Seehöfer B.A.
Sachbearbeiterin
Projekt „Passgenaue Besetzung“

Ärzte für Prüfungsausschuss MFA gesucht

Beauftragte der Arbeitgeber für die Mitarbeit in den Prüfungsausschüssen „Medizinische Fachangestellte“ für den Berufszeitraum ab 1. März 2018 gesucht

Auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes errichtet die Sächsische Landesärztekammer Prüfungsausschüsse für die Abnahme der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten. Diesen Ausschüssen müssen als Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens eine Lehrkraft einer berufsbildenden Schule angehören.

Während die Beauftragten der Arbeitnehmer auf Vorschlag der im

Freistaat Sachsen bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern und die Lehrkräfte vom Sächsischen Staatsministerium für Kultus berufen werden, erfolgt die Berufung der Arbeitgeber, mithin der Ärzte auf Vorschlag der Sächsischen Landesärztekammer.

Hauptaufgabe der Prüfungsausschüsse ist die praxisnahe und fachkundige Abnahme und Bewertung der Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten im praktischen Teil. Die Prüfungen (75 Minuten/Prüfling) finden an den Prüfungsstandorten Chemnitz, Dresden, Leipzig und Görlitz statt.

Voraussetzung für die Prüfertätigkeit sind eine entsprechende Sachkunde und die persönliche Eignung der Prüfer. Kenntnisse über die Ausbildungsinhalte sind erforderlich, das heißt, die jeweiligen Ärzte sollten selbst

ausbilden beziehungsweise bereits ausgebildet haben.

Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse werden für längstens fünf Jahre berufen. Eine kürzere Berufszeit ist möglich.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung, speziell für die Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten als wichtige Stütze des Arztes in seiner Praxis, leisten möchten und Interesse an einer ehrenamtlichen Mitarbeit im Prüfungsausschuss haben, rufen Sie uns unter 0351 8267-170 an oder schreiben Sie eine Mail an mfa@slaek.de. Wir informieren Sie gern über die Rahmenbedingungen dieser ehrenamtlichen Tätigkeit.

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. 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 Registrierungsnummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
18/C008	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Annaberg-Buchholz	26.02.2018
18/C009	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	26.02.2018
18/C010	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	12.03.2018
18/C011	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	12.03.2018
18/C012	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Döbeln	26.02.2018
18/C013	Kinder- und Jugendmedizin	Mittweida	26.02.2018
18/C014	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	26.02.2018
18/C015	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	12.03.2018

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.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
18/D009	Urologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.02.2018
18/D010	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Löbau-Zittau	12.03.2018
18/D011	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Meißen	12.03.2018
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
18/D012	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.02.2018

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
Hausärztliche Versorgung			
18/L004	Allgemeinmedizin*	Wurzen	26.02.2018
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
18/L005	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Muldentalkreis	26.02.2018
18/L006	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Muldentalkreis	26.02.2018
18/L007	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Leipzig, Stadt	12.03.2018
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
18/L008	Laboratoriumsmedizin (Zulassung mit häftigem Versorgungsauftrag)	Sachsen	26.02.2018
18/L009	Laboratoriumsmedizin (Zulassung mit häftigem Versorgungsauftrag)	Sachsen	26.02.2018

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.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Innere Medizin*)	Stollberg	geplante Abgabe: 01.01. bis 30.06.2020
Innere Medizin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 31.12.2018
Allgemeine fachärztliche Versorgung		
Augenheilkunde	Mittlerer Erzgebirgskreis	geplante Abgabe: 30.09.2018

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		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: I/2019
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende März 2019
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2018
Allgemeine fachärztliche Versorgung		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau Ort: Ebersbach-Neugersdorf	Abgabe: IV/2020

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Torgau	Abgabe: 01.03.2018

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr.: (0341) 24 32 153 oder -154.

Anzeige



PJ - Infotag und STEX in der Tasche

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

14. Informationsveranstaltung für Medizinstudierende und Jungärzte

Mittwoch, 4. April 2018 | 09.00 Uhr
Medizinisch-Theoretisches-Zentrum TU Dresden
E-Mail: arzt-in-sachsen@slaek.de

Plötzlicher Säuglingstod

Kurz- und Langzeiteffekte der Prävention in Sachsen von 1991 bis 2015

E. Paditz¹, R. Koch²

Einleitung

Im Regierungsbezirk Dresden wurde 1994 eine Informationskampagne zur Prävention des plötzlichen Säuglingstodes (SIDS = sudden infant death syndrome) gestartet [1 – 4], die im Zeitraum von 1994 bis 2001 im Vergleich zu den Jahren 1991 bis 1993 zu einem Rückgang der SIDS-Rate im Regierungsbezirk Dresden führte [3]. In den Regierungsbezirken Chemnitz und Leipzig änderte sich die SIDS-Rate in diesem Zeitraum nicht [3]. Ab 2002 wurde die Informationskampagne auf alle drei Regierungsbezirke Sachsens ausgedehnt [5]. Bereits im gleichen Jahr waren in allen drei Regierungsbezirken die SIDS-Raten rückläufig [3]. Uns interessierte, ob sich diese Kurzzeiteffekte auch für den Zeitraum von 2002 bis 2004 zeigen lassen und ob es auch Hinweise für Langzeiteffekte für den Zeitraum 2005 bis 2015 gibt.

1994 bis 1998 wurde der aus Graz stammende SIDS-Risikofragebogen an alle Eltern von Neugeborenen in Verbindung mit einem Informationsblatt übergeben, in dem unter anderem auf die Bauchlage als SIDS-Risikofaktor hingewiesen wurde. Bei auffälligem Risikofragebogen bot man den Eltern eine kostenlose Untersuchung in einem Kinderschlaflabor an. Ab 1999 wurde das Programm in Form einer Informationskampagne fortgesetzt, da die Rücklaufquoten der Fragebögen deutlich zurückgingen und zwischen den anamnestischen Angaben und polysomnografischen Befunden keine bedeutsamen Zusammenhänge gefunden wurden [6 – 8]. Gleichzeitig

hatte sich der internationale Kenntnisstand insoweit entwickelt, dass potenziell gefährdete Säuglinge nicht polysomnografisch erkannt werden können, sondern dass die Beeinflussung des Verhaltens der Eltern entscheidend zur Senkung der SIDS-Rate beitragen kann [9]. Demnach wurden von 1994 bis 2001 die gleichen Pflegehinweise übermittelt.

Gemeinsam mit Kommunikationswissenschaftlern (Wolfgang Donsbach †, Nadia Peter, Thomas Pabst) und dem Dresdner Grafiker Bernd Hanke wurde der von Monika Tiefenthaler und Osman Ipsiroglu aus Wien stammenden Anregung gefolgt, dass positive Botschaften nachhaltiger wirken als angstbesetzte Risikokommunikation [10, 11]. Parallel dazu wurden Hinweise zur Beratung von Eltern zur Verfügung gestellt, die ein Kind im Zusammenhang mit SIDS verloren haben [12]. Daraufhin wurden unter dem Slogan „Wie mein Baby gut und sicher schläft“ zahlreiche Faltblätter mit klaren Bild- und Textbotschaften in Verbindung mit einem Gespräch durch einen Kinderarzt, Frauenarzt und/oder durch Hebammen und Kinderkrankenschwestern an die Eltern übergeben. Folgende Informationen wurden vermittelt: Babys schlafen am sichersten in Rückenlage, im Schlafsack ohne zusätzliche Zudecke, ohne Kopfbedeckung im eigenen Bettchen im Schlafzimmer der Eltern, in rauchfreier Umgebung, auf einer festen und relativ wenig eindrückbaren Matratze sowie gestillt und geimpft. Nach Vorliegen der entsprechenden Studien wurde zusätzlich auf den Verzicht von Alkohol (während der Schwangerschaft und bei stillenden Müttern) sowie auf den Vorteil von Schnullern hingewiesen.

Ab 2002 wurden alle drei Regierungsbezirke Sachsens einbezogen [3, 13]. Befragungen bei Eltern hatten gezeigt, dass Kinderärzte wesentliche Ratgeber und Meinungsbilder für Eltern sind [14] und dass der Kenntnisstand von Kinderärzten, Frauenärzten und Hebammen nach entsprechenden Fortbildungen deutlich verbessert werden konnte [15]. Das Projekt wurde neben dem oben

genannten Faltblatt und einem Beratungsgespräch durch ein Innenraumplakat für Kliniken, Arzt- und Hebammenpraxen und ein Beratungstelefon für ratsuchende Eltern unterstützt [16]. Ab 2003 wurde zusätzlich ein proaktives Beratungstelefon für rauchende Schwangere und Mütter eingerichtet [16]. Diese Beratungstelefone wurden bis zum 12. September 2012 angeboten und während der Laufzeit mehrfach evaluiert [17, 18].

Methodik

Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz, stellte am 26. Juli 2017 die Zahlen zur Diagnosenummer R95 (SIDS, sudden infant death syndrome) für Sachsen und für alle drei Regierungsbezirke für den Zeitraum von 1991 bis 2015 in Jahrgangsscheiben zur Verfügung. Zusätzlich wurden erhoben: die Zahl der Lebendgeborenen, die Zahl der Autopsien in Bezug auf SIDS-Fälle, Kennzeichnung der SIDS-Fälle nach der Staatsbürgerschaft der Eltern* sowie die Anzahl aller Todesfälle im ersten Lebensjahr. Die Staatsbürgerschaft der Eltern wurde erfasst, um einen Eindruck zu erhalten, ob die Informationskampagne mit den klaren Bildbotschaften wie „Rückenlage als Schlafposition von Säuglingen“, „Schlafsack“, „rauchfrei“ und „Stillen“ und deutschsprachigem Text zum Thema „Wie mein Baby gut und sicher schläft“ bei allen Eltern aus dem Freistaat Sachsen wirksam ist. Die Säuglingssterblichkeit und die Autopsierate wurden parallel zur SIDS-Rate erfasst, um Hinweise für die inhaltliche Belastbarkeit der statistisch erfassten SIDS-Zahlen zu gewinnen.

Die SIDS-Rate (= SIDS/10.000 Lebendgeborene) wurde für jeden Zeitabschnitt zwischen den Jahrgängen mittels Wald-Test verglichen. Unterschiede mit $p < 0,05$ wurden als statistisch signifikant eingeschätzt. Die Stärke des Zusammenhanges zwischen der jährlichen SIDS-Rate und der Säuglingssterblichkeit im

¹ Zentrum für Angewandte Prävention®

² ehemals Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

* In der Landes- und Bundesstatistik üblicherweise als „deutsch“ bzw. als „Ausländer“ gekennzeichnet.

1. Lebensjahr (= alle Todesfälle im 1. Lebensjahr/10.000 Lebendgeborene) wurde mit der Pearson-Korrelation gemessen und auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Von 1991 bis 2015 wurden in Sachsen 270 SIDS-Fälle registriert (Häufigkeitsmaxima 1991 beziehungsweise 1992 mit 18 beziehungsweise 21 Fällen pro Jahr; Minimum 2007 mit drei Fällen). In dieser Zeit wurden in Sachsen 785.010 Lebendgeborene gemeldet (Minimum 1994 mit 22.437 Lebendgeborene, Maximum 2015 mit 36.466 Lebendgeborene). In den Jahren 2010 bis 2015 wurden pro Jahr sieben/sechs/neun/neun/sieben/sechs SIDS-Fälle angegeben (s. Abb.).

Baseline 1991 bis 1993 vs. Intervention im Regierungsbezirk Dresden 1994 bis 2001

Wie in Tabelle 1 dargelegt, fanden sich in den Jahrgängen von 1991 bis 1993 keine signifikanten Unterschiede der SIDS-Rate im Regierungsbezirk Dresden zu den Regierungsbezirken Chemnitz und Leipzig. Die Intervention im Regierungsbezirk Dresden ging im Zeitraum von 1994 bis 2001 mit einer signifikanten Abnahme der SIDS-Häufigkeit einher, während es in den beiden anderen Regierungsbezirken zu keinen signifikanten Änderungen der SIDS-Rate kam. Für Sachsen konnte bereits für diesen Zeitraum eine signifikante Abnahme der SIDS-Rate festgestellt werden.

Kurzzeiteffekte im Zeitraum 2002 bis 2004 nach Intervention in allen drei Regierungsbezirken ab 2002

Die kurzzeitigen Trends, die sich bereits 2002 abgezeichnet hatten [3], bestätigten sich im Dreijahreszeitraum von 2002 bis 2004 in Sachsen und in allen drei Regierungsbezirken: In Sachsen kam es zu einem weiteren Rückgang von 4,5 auf 2,9 SIDS-Fälle pro 10.000 Lebendgeborene ($p = 0,006$), im Regierungsbezirk Chemnitz von 5,0 auf 2,6 ($p = 0,01$), im Regierungsbezirk Dresden bestätigte sich das Ergebnis des ersten Interventionszeitraumes mit etwa

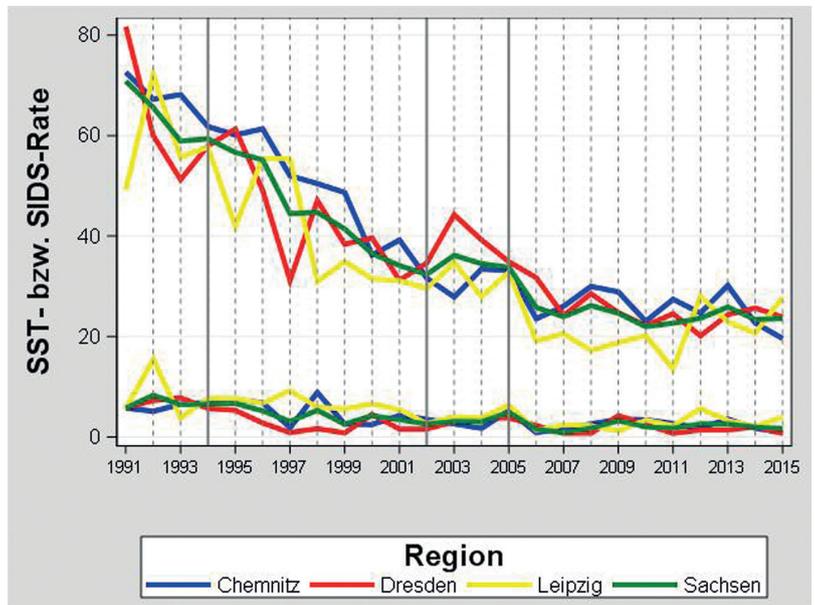


Abb.: Jahresweiser Verlauf der Säuglingssterblichkeit (obere vier Kurven, abgekürzt als „SST“ = Todesfälle im 1. Lebensjahr/10.000 Lebendgeborene) und der SIDS-Rate (SIDS/10.000 Lebendgeborene) in Sachsen und in den drei Regierungsbezirken Chemnitz, Dresden und Leipzig von 1991 bis 2015

© Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz, 2017

2,80 und im Regierungsbezirk Leipzig wurde eine Häufigkeitsabnahme von 6,75 auf 3,51 erfasst ($p = 0,014$).

Langzeiteffekte von 2005 bis 2015

In Sachsen hat die SIDS-Rate im Vergleich zwischen Ausgangszeitraum 1991 bis 1993 zu allen weiteren Zeitabschnitten signifikant abgenommen: $p = 0,01$ zu 1994 bis 2001; $p = 0,002$ zu 2002 bis 2004 sowie $p < 0,0001$ zu 2005 bis 2015. Im Zeitraum 2005 bis 2015 stabilisierte sich das Ergebnis mit weiterem Trend zum Rückgang der SIDS-Rate. Im Vergleich zu den ersten beiden hier untersuchten Zeitabschnitten zeigten sich im Zeitraum 2005 bis 2015

deutlich signifikant rückläufige SIDS-Raten.

Für den Regierungsbezirk Dresden zeigte sich zwischen 2002 bis 2004 und 2005 bis 2015 nochmals ein signifikanter Rückgang von 2,8 auf 1,6 SIDS-Fälle pro 10.000 Lebendgeborene (Tab. 1). In den Regierungsbezirken Chemnitz und Leipzig stabilisierten sich die Ergebnisse mit einem leichten Trend zum weiteren Rückgang der SIDS-Rate.

Korrelation zwischen der SIDS-Häufigkeitsentwicklung und der gesamten Säuglingssterblichkeit

Parallel zum Rückgang der SIDS-Rate in Sachsen ist es zu einem deutlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit

Tab. 1: Entwicklung der SIDS-Rate in Sachsen in den Jahren 1991 bis 2015 nach Regierungsbezirken in den Zeitabschnitten 1991 bis 1993 (Baseline), 1994 bis 2001 (Intervention nur im Regierungsbezirk Dresden), 2002 bis 2004 (Informationskampagne in allen drei Regierungsbezirken, Kurzzeiteffekte) und 2005 bis 2015 (Informationskampagne in allen drei Regierungsbezirken, Langzeiteffekte).

*) $p < 0,05$
 **) $p < 0,001$ im Vergleich zum vorangehenden Zeitabschnitt
 ***) $p < 0,001$ im Vergleich zu den ersten beiden Zeitabschnitten

	1991 – 1993	1994 – 2001	2002 – 2004	2005 – 2015
Sachsen	6,74	4,49*	2,90*	2,24***
Dresden	6,83	2,73**	2,80	1,61*
Chemnitz	5,77	4,99	2,61*	2,37
Leipzig	8,27	6,75	3,51*	3,10

in Sachsen gekommen. Bei jahresweiser Betrachtung sind für Sachsen und in allen drei Regierungsbezirken signifikante Korrelationen zwischen der SIDS-Rate und der Säuglingssterblichkeit zu finden: für Sachsen $r = 0,89$, für Chemnitz $r = 0,73$, für Dresden $r = 0,75$ sowie für Leipzig $r = 0,823$ ($p < 0,0001$; Abb.).

SIDS im Krankenhaus und nach der Herkunft der Eltern

In Einzelfällen wurden SIDS-Fälle auch in Krankenhäusern registriert. Angaben liegen dazu ab 2000 vor: In den Jahren 2001, 2004 und 2009 wurden jeweils fünf Fälle im Krankenhaus erfasst. In den anderen Jahren bis 2015 gab es jeweils nur einen beziehungsweise gar keine Krankenhausfälle. Die Recherche bezieht sich auf Patienten mit Wohnort in Sachsen.

1991 bis 2015 wurden 270 SIDS-Fälle erfasst, die in 96,67 Prozent (261/270) der Fälle von deutschen Eltern und in 3,33 Prozent (9/270) von ausländischen Eltern stammten. In 18 Jahrgängen wurden im Zusammenhang mit SIDS ausschließlich deutsche Eltern angegeben. In sechs Jahrgängen wurden ein beziehungsweise zwei SIDS-Fälle bei Kindern ausländischer Eltern registriert: 1990, 1994, 2000, 2001 und 2013 je ein Fall sowie 1992 und 1995 je zwei Fälle.

Autopsische Sicherung der Diagnose

Die Anzahl von Obduktionen wird in der offiziellen Landes- und Bundesstatistik in Bezug auf die Kodierung R95 (SIDS) erst ab 2013 aufgeführt. In Sachsen wurde eine relativ hohe Autopsierate registriert: 2013 Autopsie bei acht von neun SIDS-Fällen, 2014 bei fünf von sieben, 2015 bei fünf von sechs. Für den Dreijahreszeitraum 2013 bis 2015 ergibt sich demnach eine Autopsierate von 82 Prozent (18/22). 1997 bis 2000 lag die Autopsierate bei 71 Prozent (31/45) [20].

Diskussion

1. SIDS-Prävention anstelle Suche nach SIDS-Risikofaktoren

1994 gab es noch heftige Debatten

zu der Frage, ob Empfehlungen wie die Vermeidung der Bauchlage als Schlafposition von Säuglingen zur SIDS-Prävention beitragen können oder nicht. Insofern war es angesichts der Tatsache, dass SIDS zu diesem Zeitpunkt außerhalb von Entwicklungsländern die häufigste Todesart im ersten Lebensjahr jenseits der Neonatalperiode darstellte, sinnvoll, im Regierungsbezirk Dresden mit einem Modellprojekt zu starten. Da diese Informationskampagne zunächst auf den Regierungsbezirk Dresden begrenzt war, lag es nahe, zu prüfen, ob sich im zeitlichen Verlauf SIDS-Häufigkeitsunterschiede zwischen den drei Regierungsbezirken Sachsens zeigen lassen.

In den Jahren 1998 bis 2001 wurde in Deutschland eine Fall-Kontrollstudie zur Feststellung von SIDS-Risikofaktoren durchgeführt, in deren Ergebnis 333 SIDS-Fälle mit 998 Kontrollkindern verglichen wurden [21]. Wir beteiligten uns an dieser Studie nicht, da aus unserer Sicht 1998 bereits zahlreiche Studien vorlagen, in denen die SIDS-Risikofaktoren wie Bauchlage, Tabakrauchexposition, Überwärmung, Überdecken, Nichtstillen und Bed-Sharing erfasst wurden. Da es jedoch innerhalb von Deutschland noch 1992 offizielle Bedenken gab [22], die Bauchlage als SIDS-Risikofaktor zu akzeptieren, war es 1994 gerechtfertigt, zunächst mit einem auf den Regierungsbezirk Dresden konzentrierten Präventionsprojekt zu starten. Ein fachübergreifendes, interdisziplinäres Konsenspapier zur SIDS-Prävention in Deutschland konnte erst 2002 durchgesetzt werden (www.kas.de/wf/de/33.842) [4, 23].

Als Goldstandard für die Messung der Effektivität von Interventionsbemühungen gelten randomisiert kontrollierte Studien (RCT) [24]. In Bezug auf die SIDS-Prävention folgt diesem strengen Maßstab bisher nur eine 2009 veröffentlichte Studie aus Brasilien, in der allerdings nicht der Endpunkt SIDS-Häufigkeit gemessen wurde, sondern die Beeinflussbarkeit des Pflegeverhaltens eingeschätzt wurde [25]. 228 Mütter wurden

zufällig einer Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe zugeordnet. In der Interventionsgruppe erhielten die Mütter auf der Wochenstation bei einem persönlichen Gespräch ein Informationsblatt mit Hinweisen zum sicheren Babyschlaf. Nach drei Monaten legten 42,9 Prozent der Mütter aus der Interventionsgruppe ihr Baby in Rückenlage zum Schlafen, in der Kontrollgruppe erfolgte dies mit 24 Prozent signifikant seltener (OR 2,22, 95 Prozent CI 1,17-4,19) [25]. Moon et al. zeigten 2004 in Washington in einer prospektiven Fall-Kontrollstudie, dass eine kurze Informationsveranstaltung von 15 Minuten Dauer für Elterngruppen von drei bis zehn Personen nach sechs Monaten dazu führte, dass 75 Prozent (Interventionsgruppe) beziehungsweise 25 Prozent (Kontrollgruppe) der Eltern ihr Baby in Rückenlage zum Schlafen legten [26].

2. Internationaler und bundesweiter Vergleich

In Sachsen wurde 1992 mit 8,3 Fällen pro 10.000 Lebendgeborenen die höchste SIDS-Rate registriert (21 Fälle/25.298 Lebendgeborene). 2015 lag diese Ziffer bei 1,6 (6 Fälle/36.466 Lebendgeborene). Ein Minimalwert wurde 2007 mit 0,886 erfasst (3/33.858 Lebendgeborene). Demnach verminderte sich die SIDS-Rate in Sachsen von 1992 zu 2007 beziehungsweise zu 2015 um 89,3 Prozent beziehungsweise 80,3 Prozent auf 0,886 beziehungsweise 1,645 Fälle pro 10.000 Lebendgeborene. In Kanada (1990 bis 2000), den USA, in Australien und in Deutschland (1990 bis 1999) wurde in den 1990er Jahren eine geringere Senkung der SIDS-Rate um 68 Prozent, 52 Prozent, 59 Prozent beziehungsweise 72 Prozent registriert. In den Niederlanden kam es infolge der dort frühzeitig gestarteten Präventionskampagne zwischen 1987 bis 2000 zu einer Abnahme der SIDS-Rate um 87 Prozent auf 1,2 Fälle pro 10.000 Lebendgeborene [27]. Sachsen gehörte damit neben den Niederlanden zu den führenden Impulsgebern der SIDS-Prävention. Zum Rückgang der SIDS-Rate in Sachsen

kurz vor Beginn der gezielten regionalen Informationskampagne ab 1994 im Regierungsbezirk Dresden hat sicherlich auch die öffentliche Bekanntgabe der vorläufigen Ergebnisse der Untersuchungen aus Nordrhein-Westfalen im „Spiegel“ und im „Deutschen Ärzteblatt“ beigetragen [28, 29]. Außerdem wurde der Grazer Fragebogen mit Informationsblatt in der Görlitzer Kinderklinik schon seit 1991 probeweise eingesetzt; ab 1993 in Verbindung mit dem Angebot, anamnestisch auffällige Säuglinge im Kinderschlaflabor untersuchen zu lassen [1].

Im Vergleich der SIDS-Raten der 16 Bundesländer Deutschlands lag Sachsen im Jahr 2015 an sechster Stelle, im Vergleich zwischen den Bundesländern mit mehr als 30.000 Lebendgeborene pro Jahr würde Sachsen nach Berlin, Bayern und Nordrhein-Westfalen den vierten Platz einnehmen (Tab. 2). Für weitergehende Vergleiche zwischen allen Bundesländern müssten mehrere Jahrgänge gemeinsam betrachtet

werden, um statistisch belastbare Häufigkeitsvergleiche auch mit den Bundesländern zu ermöglichen, die deutlich weniger Lebendgeborene pro Jahr aufweisen.

3. SIDS als Ausschlussdiagnose

In Tabelle 2 fällt auf, dass nur in Berlin und in Bremen alle SIDS-Fälle obduziert worden sind. In Bayern, Hessen und Sachsen sind mehr als 50 Prozent der als SIDS registrierten Fälle obduziert worden. In Sachsen wurden Obduktionen bei 82 Prozent (18/22) der in den drei Jahrgängen 2013 bis 2015 als SIDS registrierten Fälle angegeben (www.gbe-bund.de und Angaben des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen, Kamenz).

Da SIDS eine Ausschlussdiagnose ist, die mit einiger Sicherheit erst nach der Obduktion mit Ausschluss anderer Todesarten gestellt werden kann, ist in den letzten Jahren diskutiert worden, ob sich die SIDS-Rate tatsächlich vermindert hat – oder ob Umkodierungen zugunsten anderer

Todesarten stattgefunden haben könnten. In Kanada sind dazu ausführliche statistisch-epidemiologische Untersuchungen durchgeführt worden – mit dem Ergebnis, dass sich keine Hinweise für Umkodierungen fanden [30]. In Sachsen gibt es für Umkodierungen ebenfalls keine Hinweise, da relativ hohe Autopsieraten vorliegen; gleichzeitig ist die Säuglingssterblichkeit schneller als die SIDS-Rate gesunken und zwischen beiden Parametern bestanden enge Korrelationen.

Zusätzlich wird diskutiert, dass ein Teil der als SIDS kodierten Fälle auf seltene Stoffwechselstörungen oder auf Herzrhythmusstörungen bezogen werden könnte.

In Deutschland sind für 2015 insgesamt 2.405 Todesfälle im Säuglingsalter registriert worden. An der Spitze der Todesursachenstatistik im ersten Lebensjahr standen 1.256 Fälle mit Ursachen in der Perinatalperiode sowie 635 angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Stoffwechselstörungen wurden in 33 Fällen unter E70-E90 kodiert. Krankheiten des Kreislaufsystems wurden unter I00-I99 in 27 Fällen als Todesursache angegeben. Darunter befanden sich 18 Fälle mit „Sonstigen Formen der Herzkrankheit“ (I30-I52) und kein Fall, der unter I95-I99 als „Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems“ kodiert wurde (www.gbe-bund.de vom 10. August 2017). Dem stehen im Jahr 2015 127 Fälle gegenüber, die als SIDS registriert wurden.

Aktuelle genetische Untersuchungen auf 192 Genmutationen bei 161 SIDS-Fällen aus Europa zeigten, dass in neun Prozent beziehungsweise ein Prozent der Fälle Mutationen vorliegen, die mit Channelopathien (= Herzrhythmusstörungen, wie zum Beispiel Long-QT) beziehungsweise mit Stoffwechselerkrankungen assoziiert sind [31]. In Dänemark wurden bei 17 Prozent (8/47) der untersuchten SUDI-Fälle (Sudden unexpected death in infancy = plötzlicher unerwarteter Tod bei Kindern) Genvarian-

Tab. 2: Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes in Deutschland nach Bundesländern (2015) SIDS-Fälle (= R95); fett = Bundesländer mit mehr als 30.000 Lebendgeborenen/Jahr; Quellen: www.gbe-bund.de vom 1. August 2017, Lebendgeborene: <https://de.statista.com> vom 10. August 2017

Rang	Jahr	R95	Lebendgeborene	R95/10.000 Lebendgeborene	Obduktionsrate (R95 mit/ohne Obduktion)
	Deutschland (gesamt)	127	737.575	1,72	51/127
	Bundesländer				
1	Berlin	3	38.030	0,79	3/3
2	Bayern	13	118.228	1,10	11/13
3	Thüringen	2	17.934	1,12	1/2
4	Nordrhein-Westfalen	24	160.468	1,50	6/18
5	Bremen	1	6.509	1,54	1/1
6	Sachsen	6	36.466	1,65	5/6
7	Baden-Württemberg	17	100.268	1,70	7/17
8	Rheinland-Pfalz	6	34.946	1,72	0/6
9	Hessen	11	56.889	1,93	7/11
10	Niedersachsen	14	67.183	2,08	0/14
11	Sachsen-Anhalt	4	17.415	2,30	2/2
12	Hamburg	5	19.768	2,53	2/5
13	Mecklenburg-Vorpommern	4	13.298	3,01	2/4
14	Brandenburg	6	19.112	3,14	3/6
15	Schleswig-Holstein	8	23.549	3,40	1/8
16	Saarland	3	7.511	3,99	0/3

ten gefunden, die mit Channelopathien assoziiert sind [32]. In Japan wurden bei fünf von 42 SIDS-Fällen KCN- oder SCN-Mutationen gefunden, die mit Long-QT assoziiert sind [33]. Millat et al. untersuchten 52 Todesfälle, die sich plötzlich und unerwartet im ersten Lebensjahr ereignet hatten, nach einem standardisierten Autopsieprotokoll und geblindet in Bezug auf fünf KCN- und SCN-Gene. Bei drei SIDS-Fällen wurde eine Mutation detektiert, die möglicherweise als Erklärung für den plötzlichen Tod in Betracht gezogen werden könnte [34]. Wang et al. fanden bei 13,5 Prozent von 141 autopsisch untersuchten Kindern aus den USA mit plötzlichen Todesfällen Mutationen, die mit Channelopathien assoziiert sind; am häufigsten wurden SCN5A-Mutationen gefunden [35]. Die einzige populationsbasierte prospektive Studie zu diesem Thema legten Glengarry et al. 2014 vor: Unter 71 nichtselektierten SIDS-Fällen aus Neuseeland befanden sich 49 Fälle mit Maori-Eltern, bei denen in 49 Prozent der Fälle Bed-Sharing vorlag. In vier Prozent (3/71) der Fälle wurde eine Mutation gefunden, die mit Long-QT assoziiert ist [36]. Die Autoren zogen folgende Schlussfolgerung: „LQT molecular autopsy has a very low diagnostic yield among unselected SIDS cases were risk factors are common“ [36]. Diese kardiologisch-genetischen Ergebnisse sollten insofern ernst genommen werden, damit bei bekannter Familienanamnese in Bezug auf kardiale Ereignisse auch bei symptomfreien Kindern EKG- und Herzultraschalluntersuchungen veranlasst werden. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die Autopsie und die Familienanamnese weiterhin wesentlich dazu beitragen, ob ein plötzlicher Todesfall als R95 (SIDS) klassifiziert werden sollte oder nicht.

In den hier zitierten Studien wird die Frage der unterschiedlich engen Genotyp-Phänotyp-Korrelation nicht angesprochen, obwohl nicht jede Mutation mit klinisch bedeutsamen Störungen verbunden sein muss. In

Bezug auf SIDS liegen dazu folgende EKG-Befunde vor (Auswahl): Southall fand bei sechs SIDS-Fällen, deren 24h-EKG vorher in einer größeren Gruppe von Säuglingen dokumentiert wurde, im Nachgang keine Herzrhythmusstörungen und keine Bradykardien [37]. Bei neun weiteren SIDS-Opfern, die bei laufendem Heimmonitoring gestorben sind, fanden sich in den gespeicherten Daten inklusive EKG bis zu 90 Sekunden vor und während der Sterbephase keine Herzrhythmusstörungen [38]. Schlüter untersuchte in Datteln/Nordrhein-Westfalen zwischen 1989 bis 1994 nicht weniger als 4.400 Säuglinge polysomnografisch mit einem 16-Kanal-Schreiber inklusive EKG. Im Nachgang wurden sieben SIDS-Fälle registriert, bei denen sich vor dem tödlichen Ereignis ebenfalls keine Herzrhythmusstörungen zeigten [39]. Scholle und Meier fanden bei 411 beziehungsweise 282 Säuglingen aus den Einzugsbereichen der Universitäts-Kinderkliniken in Jena beziehungsweise Dresden, bei denen ein erhöhtes anamnestisches SIDS-Risiko vermutet wurde, ebenfalls keine Herzrhythmusstörungen [8, 40]. Schläfke berichtete, dass sich unter 2.000 polysomnografischen Ableitungen ein Kind befand, das sechs Monate später unter der Diagnose SIDS starb: „Die Polysomnografie ließ weder Apnoen noch Herzrhythmusstörungen erkennen.“ [41].

Ausblick

In den Jahren 2015 und 2016 wurden in den Niederlanden sieben beziehungsweise 13 SIDS-Fälle registriert, dies entspricht 0,41 beziehungsweise 0,752 Fälle/10.000 Lebendgeborene (<http://statline.cbs.nl>). In Deutschland und in Sachsen lag die SIDS-Häufigkeit im Jahr 2015 demnach 4,19-fach beziehungsweise 4,02-fach über dem Stand in den Niederlanden (vgl. Tab. 1 und Tab. 2). Bei Annahme der Häufigkeitsziffern aus den Niederlanden würden in Deutschland 97 von 127 Kinder des Geburtsjahrganges 2015 noch leben. In Sachsen würden vier bis fünf von sechs Säuglingen des

Geburtsjahrganges 2015 noch leben. Demnach besteht weiterer Bedarf an wirksamer SIDS-Prävention.

Zusammenfassung

SIDS stellte in Deutschland mit 127 Fällen im Jahr 2015 die dritthäufigste Todesursache dar (1. Stelle: 1.256 Todesfälle in Perinatalperiode, 2. Stelle: 635 Todesfälle infolge angeborener Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien). Im Vergleich zu den Niederlanden wäre es wünschenswert, die SIDS-Rate in Deutschland und in Sachsen um das Vierfache zu vermindern. Für die Informationskampagne, die im Regierungsbezirk Dresden 1994 gestartet wurde und ab 2002 auf alle drei Regierungsbezirke Sachsens ausgedehnt wurde, sind signifikante Kurz- und Langzeiteffekte nachweisbar. Um generationsübergreifendes Wissen in der sich Jahr für Jahr erneuernden Zielgruppe junger Eltern zu verbreiten, ist es angesichts der SIDS-Raten in den Niederlanden angezeigt, weiterhin an alle Eltern das inzwischen weit verbreitete Informationsblatt in Verbindung mit einem persönlichen Gespräch zu übergeben. Eine neue Auflage wird zurzeit vorbereitet. Das Faltblatt kann dann kostenlos über den Broschüren-Versand des Freistaates Sachsen bestellt werden. Die Kontaktdaten dazu werden nach Erscheinen des neuen Faltblattes bekanntgegeben.

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, dass in Bezug auf das hier vorgestellte Thema keine Interessenkonflikte bestehen. Beide Autoren sind Mitglied der Ethikkommission an der Technischen Universität Dresden. Prof. Dr. med. habil. Ekkehard Paditz ist Mitglied des Regionalen Ärztlichen Dienstes der SVA Zürich, geschäftsführender Gesellschafter der Kleanthes Verlag für Medizin und Prävention GmbH & Co. KG und Vorsitzender des ehrenamtlich arbeitenden Vereins Babyhilfe Deutschland e.V., der sich satzungsgemäß mit der Prävention des plötzlichen Kindstodes befasst.

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. habil. Ekkehard Paditz
Zentrum für Angewandte Prävention®
Blasewitzer Straße 41, 01307 Dresden
E-Mail: praxis@paditz.eu

Treffen der sächsischen Kinderschutzgruppen

*„Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“
(Albert Einstein)*

Mit diesem Ziel vor Augen lud am 15. November 2017 das Projekt „Verstetigung des medizinischen Kinderschutzes in Sachsen“ zum jährlichen Arbeitstreffen aller sächsischen Kinderschutzgruppen in die Sächsische Landesärztekammer ein. Mit 80 Teilnehmern, welche unter anderem aus Vertretern der sächsischen Kinderschutzgruppen, den Koordinatoren der Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen der Jugendhilfe, niedergelassenen Kinderärzten und Familienhebammen bestanden, wurden fachliche und strukturelle Themen rund um den medizinischen Kinderschutz in Sachsen beleuchtet. Das zentrale Thema der Tagung „Kinder psychisch kranker Eltern“ wurde aus drei unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

Perspektive der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Prof. Dr. Ruthard Stachowske, Kinder- und Jugendpsychotherapeut, berichtete über die sehr starke Belastung der Kinder psychisch kranker Eltern,

welche in ihrer körperlichen und insbesondere psychomentalen Entwicklung stark vernachlässigt beziehungsweise beeinträchtigt sind. Das Risiko dieser Kinder, perspektivisch selbst psychisch zu erkranken, ist stark erhöht.

Perspektive der Erwachsenenpsychiatrie

Dr. med. Johanna Kunze, Chefarztin der Celenus Klinik Carolabad in Chemnitz, referierte über ihr Angebot der Behandlung psychisch erkrankter Mütter mit ihren Kindern. Bei der Behandlung der Mütter und deren Kinder stehe immer die „Nutzen-Risiko-Abwägung“ für das Kind im Vordergrund. Es gelte, den Schutz des Kindes vor einer Gefährdung durch den psychisch erkrankten Elternteil gegenüber einer Schädigung des Kindes durch fehlende Bindungen an seine Eltern abzuwägen. Dabei muss gleichzeitig die Elternkompetenz realistisch eingeschätzt und gestärkt werden.

Perspektive des Jugendamtes

Die Sachgebietsleiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes Dresden Pieschen, Frau Hadem, berichtete abschließend von dem Dilemma der Kinder- und Jugendhilfe. Man muss in diesem Problembereich ein hilfreiches Netzwerk um das Kind und seine Familie spannen, ohne sich maßgeblich auf die Kooperationsbe-

reitschaft der Eltern verlassen zu können. Gleichzeitig müssen die Bedürfnisse der kranken Eltern ebenfalls im Fokus behalten werden.

Fazit der anschließenden Diskussion war, dass es kein einheitliches Vorgehen im Umgang mit den Familien gibt. In jedem Einzelfall ist eine individuelle und multiprofessionelle Begleitung erforderlich.

Zum Abschluss konnte die Projektleitung noch zwei Informationen weitergeben, die einen ausgesprochen positiven Ausblick gestatten:

- Ab 2018 werden die bereits seit 2013 im Testlauf befindlichen OPS-Codes zur Differentialdiagnostik beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im stationären Setting erlösrelevant sein. Jede Klinik ist nun aufgefordert, in Verhandlungen mit den Krankenkassen zu gehen. Es wird zeitnah eine Orientierung dazu von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DG KiM) erwartet.
- Bei den Kinderschutzgruppen gab es in Sachsen zwei neue Gruppengründungen. Somit sind nunmehr 29 Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken zu verzeichnen.

Das ehrenamtliche Engagement der Kinderschutzgruppen ist trotz steigender Arbeitsintensität unverändert hoch. Die regionale Vernetzung von Kinder- und Jugendhilfe, Kinderklinik und niedergelassenen Pädiatern soll auch im kommenden Jahr weiter vorangetrieben werden.



Teilnehmer des Arbeitstreffens

© A. Zscheschang

Dipl.-Sozialpädagogin Juliane Straube-Krüger
Projektkoordination „Verstetigung des
medizinischen Kinderschutzes in Sachsen“
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: juliane.straube-krueger@
uniklinikum-dresden.de

Bilden wir die Richtigen richtig aus?

Leserbriefe von Dr. med. Wolfgang Pittrich, Dresden, und Dr. med. Ingrid Heimke, Dresden, zum Editorial „Bilden wir die Richtigen richtig aus?“ („Ärztblatt Sachsen“, Heft 11/2017)

(Leserbriefe redaktionell gekürzt)

Sehr verehrte Frau Professor Bergmann,

mit Interesse las ich Ihren Beitrag „Bilden wir die Richtigen richtig aus?“, der bei mir den Eindruck erweckte, dass die Zeit seit 45 Jahren stillsteht. 1972 lag die Zulassungsquote für Medizinbewerber bei 19,2 Prozent. Im Auftrag der Westdeutschen Rektorenkonferenz hatten wir am Beginn des Numerus Clausus als Selbsthilfeaktion mit unserer Forschungs-EDV die Zulassung für das Medizinstudium vom SS 1967 bis WS 1969/70 realisiert. Die dabei erhobenen Datensätze einschließlich ergänzender Fragestellungen analysierten wir und veröffentlichten die Ergebnisse 1974 (Numerus Clausus in der Medizin, 1974, Bochnik/Donike/Pittrich). Schwerpunktmäßig untersuchte ich die Abiturnoten im Bundesländervergleich. Von besonderem Interesse waren dabei die leistungsunspezifischen Faktoren. Zu unserer Überraschung gehörten die Einflussnahmen auf die Notengebung im Hinblick auf die beabsichtigte Bewerbung für das Medizinstudium dazu, von der über 40 Prozent der Bewerber bereits Ende der 1960er Jahre Kenntnis hatten. Dass seit einiger Zeit zunehmend Probleme berichtet werden, dass die Zahl der Einser-Abiturienten die Zahl der verfügbaren Studienplätze übersteigt, belegt meines Erachtens abschließend die Unbrauchbarkeit der Abiturnoten für die Medizinbewerberauswahl.

Ich gebe deshalb zu bedenken, das Problem auf Anfang zurückzustellen. Ohne Numerus Clausus wurden mittelmäßige Abiturienten brauchbare Ärzte auch für ländliche Regionen, zum Beispiel Arztkinder. Auf Abiturnoten sollte ganz verzichtet und die

Auswahl allein den medizinischen Fakultäten überlassen werden. Leistungsnachweise könnten auf unterschiedliche Weise erbracht werden. Die hierfür entstehenden Kosten können meines Erachtens im Wesentlichen durch die Umlage der bisherigen Kosten für das Zulassungsverfahren auf die Fakultäten erbracht werden.

Aber ohne Mut und Standhaftigkeit der Ärzteschaft wird deren Zukunft fremdbestimmt bleiben.

Dr. med. Wolfgang Pittrich, Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der oben genannten Ausgabe schreibt Frau Prof. Bergmann ihre Meinung über Zulassungskriterien zum Medizinstudium. Am Ende ihres Artikels kommt sie zu dem Schluss, man sei auf „einem guten Weg“.

Am Beginn des Editorials wird erwähnt, dass auf einen Studienplatz fünf Bewerber kommen. Über den massiven Abbau von Studienplätzen, welcher in den letzten Jahren überall in Deutschland durchgeführt wurde, finde ich kein Wort.

Nach Lektüre des Artikels kann ich einem jungen Bürger, welcher gern Medizin studieren möchte, nur raten in der Schule ein sehr gutes Abitur abzulegen. Sollte er nur ein gutes Abitur haben, kann er seine Chancen auf einen Studienplatz durch verschiedene Maßnahmen erhöhen, so etwa mit einem so genannten „Freiwilligendienst“. Ist ein Dienst noch freiwillig, wenn man damit seine Chancen auf ein knappes Gut erhöht? Er kann auch eine Ausbildung in einem Pflegeberuf absolvieren. Eine Ausbildung in einem Beruf, in dem er aber nie arbeiten wird und damit nur die Mangelsituation in den Pflegeberufen verschärft. Vielleicht hat er auch Glück und kann gut reden, denn wer gut in Rhetorik ist, hat nach dem geschilderten Auswahlverfahren bessere Chancen auf einen Studienplatz. Schon heute ist ein Arzt in Deutschland mindestens 30, wenn er seine Facharzturkunde in der Hand hält. Erst dann ist die Basisberufsausbildung abgeschlossen und man ist endlich etwas unabhängiger. Tiefer-

gehende Spezialisierungen oder Zusatzbezeichnungen hat man zu diesem Zeitpunkt noch nicht erworben. Die besten Jahre zur Familiengründung liegen dann bereits hinter einem. So genannte Wartesemester, ebenso Ausbildungen im Pflegebereich kosten wertvolle Zeit, die bei einem schon heute zu lange dauernden Ausbildungsweg nicht vorhanden ist. Ich habe während meiner Arbeit fachlich und menschlich sehr gute Kolleginnen aus anderen Ländern kennengelernt, die im Schnitt ein bis zwei Jahre jünger bei Studienabschluss waren. Wertvolle Zeit für Menschen, die nicht nur Arzt sondern auch Mutter oder Vater von mehreren Kindern werden möchten. Aus meiner Sicht können wir es uns als Gesellschaft nicht leisten, gute Abiturienten durch zweifelhafte Auswahlverfahren wegzuekeln. Das deutsche Gesundheitswesen funktioniert nur noch indem dauerhaft in anderen europäischen Ländern die dort von Steuerzahlern ausgebildeten Ärzte nach dem Studium nach Deutschland abgeworben werden. Wir brauchen keine Auswahlkommissionen, welche den staatlich organisierten Mangel verwalten und nach Gutsherrenart über den Lebensweg junger Menschen entscheiden. Wir brauchen wieder mehr Freiheit. Ein Bildungssystem in dem jeder auf Kredit studiert und anschließend die Kosten entsprechend steuerlich geltend machen kann, wäre ein erster Schritt in die richtige Richtung. Niemand würde in seiner Lebensplanung eingeschränkt werden. Wer ein guter Arzt ist, könnten wieder die Patienten durch ihre freie Arztwahl entscheiden. Es würde Wettbewerb entstehen. Positiv für Patienten, Arbeitgeber, Steuerzahler und Ärzte selbst.

Geben wir den Bürgern die Verantwortung für ihr Leben zurück.

Dr. med. Ingrid Heimke, Dresden

Antwort von Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann:

Eine lebhaftige Diskussion anregen – das ist eigentlich das Ziel eines Editorials. Mit dem Editorial vom Novem-

ber 2017 „Bilden wir die Richtigen richtig aus?“ ist dies offensichtlich gelungen. Die beiden Leserbriefe thematisieren die Anzahl der Medizinstudienplätze und das Auswahlverfahren.

Beide Themen sind nicht leicht zu bearbeiten und komplex. Nach dem aktuellen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur bisherigen Regelung zur Zulassung zum Medizinstudium, welches – zum Teil – für verfassungswidrig erklärt wurde, sind Änderungen an der Zeit. Es hatten zwei Bewerber mit einer Wartezeit von 15 Semestern darin eine Verletzung des Grundrechtes auf Chancengleichheit gesehen. Nun muss nach diesem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes der Gesetzgeber bis Ende 2019 neue Regelungen zur Auswahl von Medizinstudierenden finden und festlegen. Die Abiturnote darf nach diesem Urteil nicht mehr

das einzige Auswahlkriterium bleiben, dennoch wird sie weiter wichtig sein. Schon jetzt sind einige Hochschulen (darunter auch Dresden) mit einem hochschulinternen und sehr aufwendigen Auswahlverfahren in der Lage, über die Abiturnote hinaus Boni für medizinische Vorqualifikationen zu geben und sogenannte „Soft skills“ (kommunikative Fähigkeiten, Reflexionsfähigkeit und Empathie) im Auswahlverfahren abzubilden. In der Zukunft wird ein standardisiertes und auf diese Erfahrungen aufbauendes Auswahlverfahren, welches wissenschaftlich begleitet werden muss, etabliert werden, damit eben die Bewerber mit einem guten (bis sehr guten) Abitur und einem Beruf beispielsweise im Gesundheitsbereich, bessere Chancen haben werden. Ganz ohne die Abiturnote wird es aus meiner Sicht (das legt das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes auch nahe) nicht funktionieren. Das

Medizinstudium ist und bleibt in allen Aspekten anspruchsvoll. In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Medizinstudienplätze (alle Studienjahre, alle Universitäten) von ca. 80.500 (2006/2007) auf fast 92.000 (2016/2017) gestiegen, ein Plus von 10.000 Studienplätzen insgesamt – im Vergleich hierzu 1994: 87.976 Studienplätze. Von einem „massiven Abbau“ kann nicht die Rede sein. Die Anzahl der Absolventen war in den Jahren 1994 bis 2006 leicht zurückgegangen, um in den letzten Jahren kontinuierlich anzusteigen. Ich denke, das Medizinstudium bedarf einer umfassenden Reform, die in eine neue Approbationsordnung mündet. Die Vorgaben des „Masterplan Medizinstudium 2020“ sind hierfür wegweisend und zukunftsorientiert.

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
Vorstandsmitglied

Sterbefasten

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Eine Fallbeschreibung

Autorin: Christiane zur Nieden
Verlag: Mabuse-Verlag GmbH,
Frankfurt a. M., 2016, 171 Seiten
ISBN: 978-3-86321-287-2
Preis: 19,95 Euro

Die Verfasserin ist Sterbe- und Trauerbegleiterin sowie Heilpraktikerin für Psychotherapie und richtet sich in ihrem Buch über das Sterbefasten an betagte Sterbewillige sowie deren Begleiter.

Im ersten Teil des Buches berichtet sie tagebuchartig anrührend über die Sterbebegleitung ihrer Mutter, die sich just am Rosenmontag entschließt, durch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) zu sterben. Fastenzeit und Passions-(Leidens)zeit fallen wie zufällig zusammen. Dies gibt dem Bericht eine sanft-religiöse Tiefe. Die 18 Stationen auf dem Weg zum Tode sind kurz, innig und sprachlich sorgsam beschrieben.



Im zweiten, wesentlich längeren Teil versucht sie diskursartig, das Fasten gesellschaftlich einzuordnen, pathophysiologische Vorgänge zu beleuchten, pflegerische Maßnahmen zur Symptomlinderung zu beschreiben und für eine gelungene Kommunikation zu sensibilisieren. So wird etwa das aus dem Hiobbuch stammende Wort „lebenssatt“ reflektiert. Ebenso Raum findet die Sicht des Schwieger-sohnes der alten Dame (Allgemein- und Palliativmediziner), einige Über-

legungen aus juristischer Perspektive (abgedruckte Formulare für eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Modifikation der Garantspflicht im Anhang) und nicht zuletzt die psychologisch-seelsorgerische Frage nach Schuld und Mut. Dazu lassen die Zeichnungen der Familie den Leser empathisch mitschwingen. Obzwar sorgfältig mit Referenzen versehen, ist die Argumentation eher emotional geprägt und die Abgrenzung von Sachverhalten unscharf, wie etwa in Bezug auf Suizid und den natürlichen Tod. Wer erwägt, sein Leben zu beenden, wird hier über die „Vorzüge des Fastens“ aufgeklärt und findet neben ermutigendem Zuspruch eine ausführliche Anleitung.

„Das ganze Geschehen hier hat etwas von einem absurden Theaterstück, in dem Oma Regisseur, Intendant und Clown spielt.“ Dieser Satz der Enkelin zeigt die Weite, Tiefe und vielleicht auch Untiefe des Autonomiebegriffs unserer Zeit – lesenswert und diskussionswürdig.

Nikolaus Krause
UniversitätsPalliativCentrum Dresden

Dr. med. Irene Uhle

Unsere Jubilare im März 2018 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 02.03. Dr. med. Groß, Ullrich
08297 Zwönitz
- 02.03. Dr. med.
Purschwitz, Andreas
04416 Markkleeberg
- 03.03. Dipl.-Med. Luger, Barbara
01847 Lohmen
- 04.03. Dipl.-Med.
Herdzin, Angelika
04279 Leipzig
- 07.03. Dipl.-Med. Zschätzsch, Ute
01217 Dresden
- 08.03. Dr. med. Riecke, Ulrike
01796 Pirna
- 08.03. Dipl.-Med. Wermke, Barbara
09623 Rechenberg-
Bienenmühle
- 11.03. Künze, Barbara
02977 Hoyerswerda
- 13.03. Dr. med. Günzel, Gudrun
01277 Dresden
- 13.03. Dipl.-Med. Kirsten, Barbara
09114 Chemnitz
- 15.03. Prof. Dr. med. habil.
Reichmann, Heinz
01324 Dresden
- 16.03. Dr. med. Häse, Kristina
04179 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Taubert, Felicitas
04207 Leipzig
- 17.03. Welter, Michael
09471 Bärenstein
- 19.03. Dr. med. Speer, Johannes
08645 Bad Elster
- 20.03. Dipl.-Med. Büßer, Doris
09569 Oederan
- 20.03. Dipl.-Med. Fischer, Karin
09526 Olbernhau
- 20.03. Dipl.-Med. Möhr, Winfried
01277 Dresden
- 23.03. Dipl.-Med. Jung, Ulrike
04416 Markkleeberg
- 23.03. Dipl.-Med. Süß, Gusti
09350 Lichtenstein
- 26.03. Dr. med. Dubick, Christine
01454 Radeberg
- 26.03. Dipl.-Med. Göllnitz, Walter
04349 Leipzig
- 30.03. Dr. med. Müller, Christoph
04416 Markkleeberg

70 Jahre

- 02.03. Dr. med. Gryga, Marlene
04205 Miltitz
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Linderer, Thomas
09127 Chemnitz
- 11.03. Böhme, Marion
09423 Gelenau
- 14.03. Dr. med.
Seeber, Hans-Joachim
09603 Großschirma

- 16.03. Dr. med. Fiedler, Reinhard
01277 Dresden
- 17.03. Stahr, Claudia
01324 Dresden
- 22.03. Dipl.-Med. Geißler, Ursula
01816 Bad Gottleuba-
Berggießhübel
- 25.03. Dr. med. Eßmann, Sylvia
01326 Dresden

75 Jahre

- 01.03. Dr. med. Müller, Ulrich-Georg
09629 Reinsberg
- 01.03. Dr. med. Richter, Stefan
04178 Leipzig
- 02.03. Klemm, Ortwin
01328 Dresden
- 03.03. Meinhardt, Renate
04420 Markranstädt
- 04.03. Dr. med. Böttcher, Eva
04289 Leipzig
- 04.03. Dr. med. Heilmann, Werner
04299 Leipzig
- 04.03. Dr. med. Spanel, Reinhard
04277 Leipzig
- 04.03. Dr. med. Zegula, Tilla
09119 Chemnitz
- 05.03. Dr. med.
Sommergruber, Dierk
08058 Zwickau
- 05.03. Dipl.-Med. Vodel, Peter
08248 Klingenthal
- 07.03. Dr. med. Hadlich, Hedda
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 07.03. Seifert, Hans-Peter
09130 Chemnitz
- 08.03. Dr. med.
Gatzweiler, Christian
01219 Dresden
- 08.03. Hannowski, Monika
04289 Leipzig
- 09.03. Dr. med. Ficker, Ute
01324 Dresden
- 09.03. Dr. med. Grüning, Christina
01324 Dresden
- 10.03. Dr. med. Bergmann, Lothar
04289 Leipzig
- 10.03. Dr. med. Erler, Gerold
09126 Chemnitz
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Knopf, Burkhard
08412 Werdau
- 10.03. Körner, Leonore
02625 Bautzen
- 10.03. Dr. med. Müller, Gisela
04159 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Horn, Pia
08485 Lengenfeld
- 11.03. Dr. med. Wetzel, Christian
09117 Chemnitz
- 11.03. Winkler, Gerlinde
09557 Flöha
- 12.03. Dr. med. Degenkolb, Dietrich
09128 Chemnitz/
Kleinolbersdorf
- 13.03. Dr. med.
Dekan, Hans-Joachim
01594 Seerhausen

- 13.03. Dr. med. habil.
Fröhner, Gudrun
04416 Markkleeberg
- 13.03. Münch, Karin
08499 Mylau
- 13.03. Dr. med. Paul, Sigrid
09127 Chemnitz
- 13.03. Dr. med. Wadewitz, Ilse
04319 Leipzig
- 14.03. Dr. med. Barthel, Dietmar
09247 Röhrsdorf
- 14.03. Dr. med. Volkmar, Werner
08523 Plauen
- 16.03. Geißler, Hedda
01109 Dresden
- 17.03. Dr. med. Güttler, Jörg
01844 Neustadt
- 17.03. Dr. med. Paris, Eva-Maria
08468 Reichenbach
- 17.03. Dr. med. Röhrborn, Sibylle
01157 Dresden
- 18.03. Dr. med. Forberg, Gudrun
04416 Markkleeberg
- 18.03. Grapow, Henner
09114 Chemnitz
- 18.03. Dr. med. Sismuth, Brigitte
08062 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Werner, Hartmut
01307 Dresden
- 19.03. Dipl.-Med. Haluany, Karin
04509 Priester
- 19.03. Dr. med. Hendel, Gerold
08359 Breitenbrunn /
OT Erlabrunn
- 19.03. Mieske, Rüdiger
02906 Niesky
- 21.03. Dr. med. Geißler, Ulrich
01109 Dresden
- 21.03. Dr. med. Zienert, Margareta
02977 Hoyerswerda
- 23.03. Dr. med. Rauhut, Elke
02689 Sohland
- 24.03. Knauer, Hagen
04288 Leipzig
- 24.03. Dr. med. Rossa, Beate
01324 Dresden
- 25.03. Dr. med. Eggert, Hartmut
01728 Possendorf
- 26.03. Dr. med. Bradler, Renate
01187 Dresden
- 26.03. Dr. med. Ritter, Uwe
09224 Grüna
- 27.03. Dr. med.
Kästner-Gedat, Adelheid
09123 Chemnitz
- 28.03. Dr. med. Hentzschel, Ute
04207 Leipzig
- 28.03. Dr. med. Schilter, Reinhard
01796 Pirna
- 30.03. Dr. med. Frank, Helmut
04758 Borna
- 30.03. Dr. med. Krause, Wolfgang
04683 Naunhof
- 30.03. Dr. med.
Petzold, Margarete
01465 Langebrück
- 30.03. Dr. med. Rosenthal, Peter
08527 Neundorf

- 31.03. Dr. med. Frenkel, Heinrich
04279 Leipzig
- 31.03. Dr. med.
Hentzschel, Rosemarie
01187 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Groß, Siegfried
08115 Lichtentanne
- 01.03. Dr. med. Just, Peter
04703 Leisnig
- 01.03. Dr. med. Lehnert, Klaus
01109 Dresden
- 01.03. Dr. med. Ludwig, Volkmar
08066 Zwickau
- 02.03. Dr. med. Fiedler, Friedrich
09128 Chemnitz
- 03.03. Dr. med. Jahn, Peter
04668 Grimma
- 03.03. Dr. med. Meier, Bruno
01809 Heidenau
- 04.03. Dr. med. Süß, Erika
04821 Waldsteinberg
- 05.03. Dr. med. Bergan, Jürgen
02625 Bautzen
- 05.03. Dr. med.
Winkler, Waltraut
04779 Wernsdorf
- 06.03. Dr. med. Werndl, Ulrike
04279 Leipzig
- 07.03. Müller, Dorothea
09569 Oederan
- 08.03. Kunze, Renate
09128 Chemnitz
- 08.03. Dr. med. Opitz, Evelinde
09111 Chemnitz
- 08.03. Schwarzkopf, Dietrich
09380 Thalheim
- 10.03. Dr. med. Kirbach, Manfred
09117 Chemnitz
- 11.03. Dr. med. Marx, Thea
04720 Döbeln
- 15.03. Dr. med. Brauer, Gisela
04317 Leipzig
- 15.03. Dr. med. Dietrich, Christa
04347 Leipzig
- 15.03. Dr. med. Nalewski, Helga
04319 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Graetz, Helga
01277 Dresden
- 18.03. Behrendt, Ortrud
02906 Niesky
- 19.03. Dr. med. Günther, Uwe
08228 Rodewisch
- 20.03. Dr. med. Hüttner, Bernd
09603 Großschirma
- 20.03. Dr. med. Jäger, Adelheid
04329 Leipzig
- 20.03. Dr. med. Sandig, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
- 24.03. Dr. med. Hasek, Pavel
09116 Chemnitz
- 24.03. Dr. med. Jentsch, Sigrid
01328 Dresden
- 27.03. Dr. med. Reuter, Horst
08538 Weischlitz
- 29.03. Dr. med. Gabler, Ute
04207 Leipzig
- 30.03. Dr. med. Preuß, Eberhard
01705 Freital
- 31.03. Dr. med. Puhlfürst, Henry
08107 Hartmannsdorf
- 81 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Löffler, Ingeborg
02826 Görlitz
- 03.03. Dr. med.
Scholz-Seifferdt, Hanna
02826 Görlitz
- 04.03. Eckhardt, Horst
02827 Görlitz
- 04.03. Dr. med. Krosse, Christine
04328 Leipzig
- 06.03. Dr. med. Stüber, Roland
08539 Leubnitz
- 07.03. Lunina, Nina
01877 Bischofswerda
- 08.03. Dr. med.
Kazmirowski, Marianne
01445 Radebeul
- 09.03. Dr. med. Kosel, Dietmar
01259 Dresden
- 09.03. Dr. med. Petzel, Wanda
04178 Leipzig
- 09.03. Dr. med. Splith, Gunter
04329 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Jährgig, Eike
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03. Dr. med. Appenfelder, Renate
01109 Dresden
- 15.03. Dr. med.
Dölling-Jochem, Irmela
01734 Rabenau/Karsdorf
- 15.03. Dr. med. Stahl, Christa
09130 Chemnitz
- 18.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Altus, Ralf Erhard
01689 Weinböhla
- 22.03. Dr. med. Hübner, Ingrid
08056 Zwickau
- 25.03. Dr. med. Lehmann, Manfred
04356 Leipzig
- 28.03. Dr. med. Simon, Johanne
01640 Coswig
- 29.03. Dr. med. Fritzsche, Hans
01259 Dresden
- 29.03. Prof. Dr. med.
Kretzschmar, Rolf
01324 Dresden
- 82 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Stoschek, Hanna
01326 Dresden
- 03.03. Dr. med. Geissler, Waldemar
01594 Heyda
- 03.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Kotte, Wolfgang
01471 Berbisdorf
- 08.03. Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut
01796 Pirna
- 09.03. Dr. med. Aleksic, Leonore
09122 Chemnitz
- 11.03. Dr. med. Bach, Herta
01277 Dresden
- 11.03. Dr. med. Werner, Ilse
09306 Erlau
- 12.03. Dr. med.
Jendreschek, Christa
01217 Dresden
- 13.03. Dr. med.
Joachim, Hans-Edleff
02826 Görlitz
- 13.03. Dr. med. Kademann, Heinz
04509 Delitzsch
- 15.03. Dr. med. Müller, Harry
04703 Leisnig
- 19.03. Schmolling, Dietlinde
08499 Mylau
- 21.03. Dr. med. Büttig, Manfred
01796 Pirna
- 21.03. Dr. med. Wagner, Leonore
02625 Bautzen
- 22.03. Wintzer, Ulrike
09131 Chemnitz
- 26.03. Dr. med. Höpner, Siegfried
09117 Chemnitz
- 83 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Neytschew, Ingrid
04155 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Grimm, Isolde
01689 Weinböhla
- 03.03. Dr. med. Steeg, Hans-Wilhelm
08301 Schlema
- 04.03. Dr. med. Busse, Renate
08393 Meerane
- 05.03. Dr. med. Behrendt, Gisela
04299 Leipzig
- 08.03. Piechnik, Horst
04838 Naundorf
- 09.03. Prof. Dr. med. habil.
Furter, Hans
04425 Taucha
- 10.03. Dr. med.
Schumann, Hannelore
04229 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Dieck, Georg
04109 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Weller, Günther
08228 Rodewisch
- 18.03. Dr. med. Haße, Manfred
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 20.03. Dr. med. Bosch, Dietmar
01468 Moritzburg
- 21.03. Dr. med. Pachmann, Peter
09120 Chemnitz
- 22.03. Dr. med. habil.
Vetter, Joachim
09366 Stollberg
- 23.03. Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried
08525 Plauen
- 25.03. Dr. med. Zumpe, Eberhard
01458 Ottendorf-Okrilla
- 29.03. Dr. med.
Buschbacher, Richard
09111 Chemnitz
- 29.03. Doz. Dr. med. habil.
Föttsch, Rolf
01768 Glashütte
- 84 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.
Raatzsch, Heinz
01309 Dresden

- 02.03. Dr. med. Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
- 03.03. Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
- 04.03. Dr. med. Buhr, Joachim
08468 Reichenbach
- 09.03. Dr. med. Dietrich, Günther
01445 Radebeul
- 11.03. Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
- 16.03. Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Oberschöna
- 21.03. Dr. med. Jäger, Johannes
01279 Dresden
- 21.03. Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
- 21.03. Dr. med. Schneider, Helga
09131 Chemnitz
- 22.03. Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Grimma
- 22.03. Dr. med.
Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
- 23.03. Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Dübén
- 29.03. Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißenborn
- 30.03. Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg
- 85 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Weinert, Klaus
01219 Dresden
- 05.03. Dr. med. Fischer, Peter
02957 Krauschwitz
- 05.03. Kümmel, Siegfried
01561 Priestewitz
- 11.03. Prof. Dr. med. habil.
Hartig, Wolfgang
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03. Dr. med. Dr. rer. nat.
Muschner, Konrad
01705 Freital/Pesterwitz
- 15.03. Dr. med. Gruner, Wolfgang
08371 Glauchau
- 16.03. Dr. med. Friedrich, Wolfgang
08301 Schlema

- 16.03. Dr. med.
Ramminger, Manfred
08280 Aue
- 20.03. Dr. med. Rauer, Eleonore
01737 Kurort Hartha
- 25.03. Dr. med. Kramer-Schmidt,
Barbara-Esther
02794 Leutersdorf
- 25.03. Dr. med. Kühne, Joachim
09526 Pfaffroda
- 86 Jahre**
- 03.03. Dr. med.
Arbeiter, Michael
04736 Waldheim
- 05.03. Doz. Dr. med. Dr. med.
dent. Dyrna, Joachim
04316 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Bresan, Johann
01917 Kamenz
- 28.03. Dr. med. Vogel, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03. Dr. med. Heyder, Horst
01217 Dresden
- 29.03. Dr. med. Schurig, Wolfram
01796 Pirna
- 87 Jahre**
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt
09526 Pfaffroda
- 17.03. Werner, Ursula
02763 Zittau
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa
01217 Dresden
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth
04178 Leipzig
- 88 Jahre**
- 31.03. Dr. med. Fröhlich, Barbara
01768 Glashütte
- 89 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.
Weise, Klaus
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden

- 14.03. Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte
04289 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Walther, Johanna
08209 Auerbach
- 27.03. Wientzek, Bernhard
01067 Dresden
- 90 Jahre**
- 02.03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med.
Tschardtke, Gudrun
01069 Dresden
- 91 Jahre**
- 19.03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
- 93 Jahre**
- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden
- 94 Jahre**
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
- 27.03. Eisner, Ingeborg
04315 Leipzig
- 96 Jahre**
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Rösner, Klaus
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppach, Harry
04229 Leipzig
- 97 Jahre**
- 11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
- 100 Jahre**
- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig

AIDS-Ehrenmedaille für Dresdner Arzt

Anlässlich des Welt-AIDS-Tages wurde Dr. med. Andreas Jenke mit der AIDS-Ehrenmedaille 2017 ausgezeichnet. Der Dresdner Arzt bietet in seiner internistischen Hausarztpraxis ein umfassendes ambulantes Angebot für Menschen mit HIV und AIDS an und engagiert sich für die HIV-Prävention.

Dr. Jenke organisiert für seine Patienten vor allem unkomplizierte Zugangswege, ist offen für ihre Prob-



Dr. med. Andreas Jenke © Website

leme, Sorgen und Nöte, arbeitet lösungsorientiert mit der AIDS-Hilfe

Dresden und anderen Partnern zum Wohle seiner Patienten zusammen, heißt es in der Laudatio.

Neben der Patientenbetreuung steht Dr. Jenke unterstützend der AIDS-Hilfe und anderen Gremien, so auch dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, für Fachfragen zur Verfügung und arbeitet ehrenamtlich als Referent auf Fortbildungen zu relevanten HIV/AIDS-Themen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Nachruf für Dr. med. Diethard Sturm

* 25.8.1944 † 24.11.2017

Am 24. November verstarb nach langer Krankheit in seinem Haus in Chemnitz im Kreise der Familie Dr. med. Diethard Sturm. Dr. Sturm hinterlässt seine Ehefrau und zwei Kinder. Mit ihm verlieren wir nicht nur einen herausragenden Hausarzt und einen engagierten Berufspolitiker, sondern auch einen hochgeschätzten Kollegen, dessen Rat fehlen wird. Wir trauern voller Anteilnahme mit seiner Familie.

Dr. med. Diethard Sturm wurde am 25. August 1944 in Dresden geboren. Nach dem Abitur arbeitete Dr. Sturm in einem praktischen Jahr im Stationsdienst eines Krankenhauses und studierte dann von 1963 bis 1969 Humanmedizin in Leipzig und Dresden. Von 1969 bis 1971 arbeitete er als Militärarzt. Anschließend absolvierte er die in der DDR bereits eingeführte Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, die er 1975 abschloss. 1985 promovierte Dr. Sturm mit dem Thema „Die Entstehung und Beeinflussung der Verordnungsgewohnheiten für Arzneimittel bei Fachärzten für Allgemeinmedizin im Prozess der Aus-, Weiter- und Fortbildung, untersucht am Beispiel von Herz-Kreislauf-Medikamenten“. Von 1980 bis 1986 war er Ärztlicher Direktor der Poliklinik in Hohenstein-Ernstthal. Von 1987 bis 1991 war er dort Leiter der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH). 1991 ließ er sich schließlich mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie als Hausarzt in eigener Praxis nieder, wo er bis 2010 tätig war.

Gleich nach der Wende hat Dr. Sturm als Vorsitzender des Sächsischen Ver-



Dr. med. Diethard Sturm © Bildschön

bandes der Fachärzte für Allgemeinmedizin den Beitritt seines Landesverbandes zum Deutschen Hausärzterverband erklärt, dessen Bundesvorstand er von 1999 bis 2007 als stellvertretender Bundesvorsitzender angehörte.

Für seine Verdienste erhielt er zahlreiche Ehrungen. So wurde er im November 2011 etwa zum Ehrenvorsitzenden seines Landesverbandes ernannt.

Seit 1990 war Dr. Sturm Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM). Er war Gründungs- und Vorstandsmitglied des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) seit 2001 und von 2005 bis 2009 Vorsitzender des Instituts.

Seine Erfahrungen und sein Wissen brachte er bis kurz vor seinem Tode an verschiedensten Stellen ein, etwa in die ständige Projektgruppe im Bundesgesundheitsministerium zum „Nationalen Aktionsplan für Menschen mit seltenen Erkrankungen“,

in der er den Deutschen Hausärzterverband als dessen Patientenbeauftragter vertrat.

Dr. Sturms Fortbildungskurse auf vielen Gebieten der Allgemeinmedizin, besonders aber in der Chirotherapie, hatten bundesweit einen sehr guten Ruf und haben auch die Fortbildungsveranstaltungen des IHF und die practica in Bad Orb bereichert.

1991 wurde Dr. Sturm vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer zum Stellvertreter des Prüfungsausschusses Allgemeinmedizin berufen.

Von 1995 bis 2011 war er Mitglied der Prüfungskommission Allgemeinmedizin und von 2003 bis 2007 Mitglied der Fachkommission Brustkrebs. Im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen arbeitete er von 1999 bis 2004 engagiert mit und vertrat dort die Belange aller sächsischen Hausärzte.

Dr. Sturms Fleiß, seine Kreativität, sein geradliniges und konsequentes Denken und seine Beharrlichkeit bei der Arbeit für die Sache der Hausärztinnen und Hausärzte ist uns auch für die Zukunft Ansporn, Vorbild und Ermutigung. Er hat sich bis zuletzt mit ganzer Kraft und großem Engagement für eine ethische Medizin im Sinne der Patientinnen und Patienten eingesetzt.

Wir werden Dr. Diethard Sturm ein ehrendes Andenken bewahren.

Steffen Heidenreich (Vorsitzender des Sächsischen Hausärzterverbandes e.V.)

Dipl.-Med. Ingrid Dänschel (Fortbildungsbeauftragte des Sächsischen Hausärzterverbandes und stellvertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.)

Opfer der NS-Krankenmorde geehrt

**Rückblick auf die Gedenkveranstaltung in Böhmen, Kosmonosy
11. November 2017**

Nach der Zerschlagung der Tschechoslowakei und der anschließenden Okkupation des tschechischen Staates durch das Deutsche Reich 1938/39 wurden auch die dort in psychiatrischen Anstalten untergebrachten Menschen Opfer der 1940 einsetzenden NS-Krankenmorde. Mindestens 390 Menschen aus dem Sudetenland wurden in der Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein ermordet. In der Heil- und Pflegeanstalt Kosmanos (heute Kosmonosy) starben während des Zweiten Weltkriegs über 2.500 Menschen. Die Sterblichkeit erreichte solche Ausmaße, dass man 1944 gezwungen war, ein neues illegales Gräberfeld anzulegen, um die Leichen überhaupt noch bestatten zu können. Auch in anderen Psychiatrien, insbesondere in Wiesengrund (Dobřany), starben tausende Menschen. Zahlreiche von ihnen kamen auch aus Sachsen. So war in Wiesengrund seit 1941 sogar eine Außenstelle der sächsischen Landesanstalt Arnsdorf untergebracht.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gerieten die Verbrechen für Jahrzehnte in Vergessenheit. Erst in den letzten Jahren gab es in der Tschechischen Republik und in der Bundesrepublik Deutschland ein zunehmendes Interesse an dieser Thematik. Im Ergebnis des von der Stiftung Erinnerung, Verantwortung, Zukunft (EVZ) geförderten Projektes „Tschechische und deutsche Psychiatriepatienten in Böhmen und Mähren – Stigmatisierte Menschen zwischen NS-„Euthanasie“ (1940 – 1945) und Vergessen (1945 – 1950)“ der Stiftung Sächsische Gedenkstätten/Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein entstand 2016 ein Sammelband, der den erreichten Forschungsstand zusammenfasst. In der Zusammenarbeit an diesem Projekt entwickelte sich durch interessierte Bürger der Gemeinde und durch leitende Mitarbeiter des psychiatrischen Krankenhauses Kosmonosy



Angehörige bei der Einweihung des Gedenkortes auf dem Friedhof in Kosmonosy

eine Initiative mit dem Ziel, den ehemaligen Anstaltsfriedhof durch eine memoriale Gestaltung als Gedenk- und Informationsort zu etablieren.

Am 11. November 2017 fand in Kosmonosy eine Gedenkveranstaltung für die Opfer der NS-Krankenmorde in Böhmen und Mähren statt. Diese wurde gemeinsam vom Museumsverein Kosmonosy, dem Psychiatrischen Krankenhaus Kosmonosy, der Akademie der Wissenschaften der Tschechischen Republik sowie der Stiftung Sächsische Gedenkstätten/Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein organisiert und von Teilnehmern aus Tschechien und Deutschland besucht. Am Beginn standen einführende Vorträge zur Geschichte der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, zur Erforschung der NS-Krankenmorde in Böhmen und Mähren, zu Biografien von Opfern der Krankenmorde und zum ehemaligen Anstaltsfriedhof der Heil- und Pflegeanstalt Kosmanos. In der folgenden Gesprächsrunde diskutierten die Teilnehmer Fragen der unzureichenden juristischen Ahndung der Verbrechen sowie Probleme der tschechischen Erinnerungspolitik.

Im Anschluss wurde der Erinnerungs-ort auf der Abteilung III des städtischen Friedhofes Kosmonosy, wo bis Ende 1944 die Verstorbenen der Heil- und Pflegeanstalt Kosmanos beige-

setzt worden waren, eingeweiht und gesegnet. Vorbereitend waren die Friedhofsmauer saniert und das Gelände von jahrzehntelangem Wildbewuchs befreit worden. Die Teilnehmer legten Blumen nieder und auch mehrere Angehörige von Opfern der NS-Krankenmorde nutzten die Gelegenheit eines Gedenkens an die Verstorbenen.

Den Abschluss der Gedenkveranstaltung bildete ein Requiem, das der Generalvikar der Diözese Litomerice, Martin Davídek, in der Kirche zum Heiligen Kreuz Kosmonosy abhielt.

Mit der Einweihung in Kosmonosy besteht erstmals ein würdiger Gedenkort für die Opfer der NS-Krankenmorde in der Tschechischen Republik. Seine Entstehung verdankt er maßgeblich dem bürgerschaftlichen Engagement in der Gemeinde und der Unterstützung des Krankenhauses. Zu wünschen wäre dieses Bemühen auch für andere Orte in der Tschechischen Republik, insbesondere in Dobřany. Dort ist der ehemalige Friedhof der Heil- und Pflegeanstalt Wiesengrund heute eine Fasanerie und ohne jeden Hinweis auf das Leiden der dort bestatteten Menschen.

Dr. Boris Böhm/Hagen Markwardt M.A.
Stiftung Sächsische Gedenkstätten/
Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein

Gelbes Papier aus dem Röntgen

Eine Reminiszenz an alte Zeiten



Röntgenfilmkarton, darauf eine Röntgentüte © W. Hackel

Mit diesem gelben Papier konnte man alles machen: Schränke auslegen, Bücher einschlagen, basteln, darauf schreiben etc. Und ja, je nach Gusto diente es als Manuskript- oder Durchschlagpapier.

Das Beste aber war, es stand ausreichend zur Verfügung und kostete nichts, und das zu DDR-Zeiten, als Papier eigentlich immer knapp war. Voraussetzung war, man hatte eine Beziehung zu einer medizinischen Röntgen-Einrichtung – und die war für mich rein dienstlich gegeben, hatte doch die Urologie ein eigenes „Röntgen“.

Die Röntgenfilme unterschiedlicher Größe waren in lichtdichten Kartons einzeln zwischen einer Doppellage von gelbem Papier verpackt. Wurde der Röntgenfilm benötigt, kam er in

der Dunkelkammer in eine Alu-Kassette und das Papier war übrig. So gab es immer Nachschub von diesem recht kräftigen Papier und alle konnten sich je nach Bedarf bedienen und es auch für private Zwecke mit nach Hause nehmen. Auf diesem Wege ist es dann wohl auch in den einen oder anderen Kindergarten zum Basteln gelangt.

Halbierte man das ursprüngliche Format von 30 mal 40 Zentimeter, erhielt man Blätter in einer brauchbaren Größe, wenn auch nicht ganz DIN A4 gerecht, und hatte so immer ausreichend Manuskriptpapier vorrätig. Auch unsere Sekretärinnen schrieben die diktieren Röntgenbefunde auf dieses Papier, die dann ausgeschnitten auf die Tüte mit den Röntgenfilmen des jeweiligen Patienten geklebt wurden. In der Zwischenzeit hat die digitale Technik bei Röntgenuntersuchungen Einzug gehalten. Röntgenfilme werden nicht mehr benötigt und so fällt auch kein gelbes Papier mehr an. Auch im häuslichen, privaten Bereich wird es so nicht mehr gebraucht, denn im Computerzeitalter werden Manuskripte nicht mehr mit der Hand oder der Maschine geschrieben.

Erinnert wurde ich wieder an das gelbe Papier, als sich auf unserem Hausboden noch ein Stoß davon fand, einst als „Reserve“ angeschafft. Nun kann auch dieser „Vorrat“, wie schon vor einiger Zeit das dünne Durchschlag-Papier, entsorgt werden. Was erst einmal bleibt, sind mit der Maschine beschriebene, abgeheftete Seiten von gelbem Papier, Manuskripte oder Abschriften aus früheren Akten oder Durchschlägen von Briefen, als es noch keinen Computer und Drucker gab und alles mit der Maschine getippt werden musste.

PS: Auch die oben genannten Kartons der Röntgenfilme fanden zu Hause eine Weiterverwendung, so für die Aufbewahrung von Druckschriften, Aufzeichnungen, Akten



Kinderzeichnung auf „Röntgenpapier“ von Enkelin Rosa © W. Hackel



Kinderzeichnung auf „Röntgenpapier“ von Enkelin Rosa © W. Hackel

etc. Als ich in den 1980er Jahren einen Nachlass für die damalige Sächsische Landesbibliothek in Dresden (die heutige SLUB) zu ordnen hatte, übergab ich diesen geordnet in solchen Kartons, die noch heute den Benutzern der Bibliothek im Sonderlesesaal vorgelegt werden.

Dr. med. Wolfram Hackel, Dresden