

<b>Editorial</b>	Notarzdienst – quo vadis?	<b>176</b>
<b>Berufspolitik</b>	Politische Frühlingsgespräche	<b>177</b>
	Offener Brief an den Ministerpräsidenten	<b>178</b>
	Medizinische Versorgung 2030	<b>179</b>
	Ergebnisse der Befragung der Weiterbildungsbefugten	<b>180</b>
	CIRS-Fall	<b>182</b>
	Auftaktveranstaltung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen	<b>183</b>
<b>Kammerwahl 2019</b>	Kammerwahl 2019	<b>184</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	<b>185</b>
<b>Ausschuss Senioren</b>	Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit/Ehrenamt gesucht	<b>185</b>
	Einladung zum 23. Sächsischen Seniorentreffen	<b>185</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Tagesordnung 28. Sächsischer Ärztetag	<b>186</b>
	Fortbildung „Intergeschlechtlichkeit“	<b>187</b>
	Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden	<b>187</b>
	ÄBS: Neues Layout nach 28 Jahren	<b>187</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>187</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?	<b>188</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>188</b>
	<b>Originalie</b>	Deutscher Herzbericht 2016
<b>Tagungsbericht</b>	Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Hebammen	<b>198</b>
<b>Leserbrief</b>	Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt	<b>199</b>
<b>Verschiedenes</b>	Sächsischer Selbsthilfepreis 2018	<b>200</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Die Stunde der Spezialisten	<b>201</b>
	<b>Personalia</b>	Jubilare im Juni 2018
<b>Medizingeschichte</b>	Neuer Dekan für die Medizinische Fakultät Leipzig	<b>204</b>
	Abgeschlossene Habilitationen	<b>205</b>
	Prof. Dr. med. habil. Manfred Strietzel zum 90. Geburtstag	<b>206</b>
	Die Bedeutung der Medizin des Galenos von Pergamon	<b>207</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juli 2018	



Politische Frühlingsgespräche  
Seite 177



Deutscher Herzbericht 2016  
Seite 190



Die Bedeutung der Medizin des Galenos von Pergamon  
Seite 207

© SLÄK

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

## Notarzdienst – quo vadis?

Deutschland gehört zu den wenigen Ländern mit einem flächendeckenden Rettungsdienst und zu den ganz wenigen Ländern weltweit mit einem flächendeckenden Notarzdienst. Das internationale Ansehen des deutschen Rettungswesens ist hoch und kann sich im Vergleich mit anderen Ländern gut behaupten. Die notfallmedizinische Bildung von Ärzten für die Aufgaben des Rettungsdienstes und die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen (hier: Notfallsanitäter) ist gesetzlich geregelt. Die materiell-technische Basis, also die Fahrzeuge und deren medizinische Ausstattung, befindet sich auf einem hohen Niveau.

Der Rettungsdienst wurde geschaffen, um Schwerkranke und Schwerverletzte optimal vor Ort zu versorgen und sicher in stationäre Einrichtungen zu transportieren.

Neben dem Rettungsdienst gibt es in Deutschland weiterhin eine gleichfalls überall vorhandene Dringlichkeitsversorgung, den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, sowohl als Fahrdienst, wie auch als sogenannten Sitzdienst.

Koordiniert werden soll das System durch integrierte Rettungsleitstellen, die in Sachsen nunmehr als integrierte Regionalleitstellen (IRLS) bezeichnet werden.

Offensichtlich tragen aber eine seit Jahren völlig überzogene Berichterstattung in den Medien und auch sogenannte „Arztserien“ im Fernsehen dazu bei, in dem Patienten einen Wunsch nach einer jederzeit verfügbaren medizinischen Behandlung zu generieren. Dabei sind auch ganz offensichtlich mangelhafte naturwissenschaftliche Kenntnisse und wirre, aus dem digitalen Netz gezogene Informationen Schuld, dass zum Teil völlig irriige Annahmen über Krankheiten und deren Symptome vorliegen.

Immer mal wieder, und so auch jetzt, werden globale Feststellungen zu einer angeblich mangelhaften Qualität des deutschen Rettungswesens



Dr. med. Michael Burgkhardt © Privat

gezielt in den Umlauf gebracht. Manchmal werden auch einzelne Fälle zum Anlass für diese Kritik genommen.

Eine sehr beliebte Metapher ist der unsägliche Begriff des „Notarztmangels“, für den es in der Tat keinerlei Beweis gibt. In Sachsen gibt es etwa 4.500 Ärzte mit der sogenannten Notarztqualifikation. Das heißt, dass etwa jeder neunhundertste Bürger des Freistaates ein Notarzt ist. Gebraucht werden maximal 1.500 Ärzte, um alle Notarztstandorte entsprechend zu besetzen.

Es gibt somit keinen Mangel an Notärzten, sondern eher einen Mangel an Bereitschaft und an der Möglichkeit, sich dem System für Dienstübernahmen zur Verfügung zu stellen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Sie reichen bei den Ärzten von den Vorstellungen ihrer Lebensgestaltung (neudeutsch: Work-Life-Balance) über eine sowieso schon vorhandene hohe Belastung in Kliniken und Praxen bis hin zu einer Verärgerung über die Fehlentwicklung der außerklinischen Notfallbetreuung. Diese Fehlentwicklung ist charakterisiert durch eine geradezu absurde Veränderung des Bürgerverhaltens, denn bis zu 40 Prozent der angeforderten Einsätze erfüllen noch nicht einmal das Kriterium der Dringlichkeit, geschweige denn der Definition eines medizinischen Notfalles. Und hier setzt auch die Rolle der Leitstellen (IRLS) an, von denen es im Freistaat Sachsen nur noch fünf Einrichtungen gibt. Die sächsischen Notfallmedizi-

ner betrachten es als einen Rückschritt, dass der kassenärztliche Bereitschaftsdienst nicht, wie vielfach angemahnt, über diese Leitstellen disponiert wird. Und damit sind wohl auch manche Leitstellendisponenten an ihre Grenzen geraten, wengleich der Vorwurf, diese Disponenten („Großstadtdisponenten“) wären mit der Bearbeitung ländlicher Einsätze überfordert, jeder Grundlage entbehrt.

Der permanente lineare Anstieg der Notarzteinsätze im Freistaat Sachsen, der bundesdeutsche Spitzenwerte erreicht hat (57 Einsätze/1.000 Einwohner/Jahr), ist medizinisch nicht zu begründen. Gleichzeitig wurde diesem Einsatzaufkommen nicht entgegengesteuert, sondern im Gegenteil eine Erweiterung von Notarztstandorten geschaffen. Damit besitzt die Stadt Leipzig eine der größten Dichte von Notarztstandorten in Deutschland.

Wenn nun diese Situation von sächsischen Landespolitikern, wie jüngst von einer Abgeordneten der Linken, benutzt wird, um in einer Presseerklärung vom 29. März 2018 bundesweit zu verbreiten, dass „...die Notarztversorgung in Sachsen immer schlechter...“ werde und dass „...die sächsische Staatsregierung die Menschen im Stich lasse, die einen Krankenwagen brauchen...“, dann spricht das nicht nur für eine geradezu kindliche Unkenntnis der Organisation des Rettungswesens, sondern versetzt die Bürger völlig unnötig in Ängste.

Richtiger wäre es, in einer konzentrierten Aktion mit Politikern und Ärzterevertretern Veränderungen anzusprechen, wie sie von den ärztlichen Gremien seit Langem gefordert werden. Dazu gehören: bedarfsgerechter kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, attraktive Notarzt-Vergütungsmodelle für einsatzschwache Regionen, Einführung einer Notfallgebühr, Einrichtung von Portalpraxen an Notaufnahmen und ärztliche Beratungsmöglichkeiten tags und nachts über die IRLS.

## Politische Frühlingsgespräche

Auf dem 10. Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufekammern im „Italienischen Dörfchen“ in Dresden trafen sich Anfang April die Vertreter der Bundes- und Landespolitik sowie der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Tierärzte. Schwerpunkte des Treffens waren die gesundheitspolitischen Positionen und die Einflüsse der Europäischen Union auf die Gesundheitsversorgung.

„Freiberuflichkeit als Garant für eine hochwertige Versorgungsqualität, Versandapotheken aus dem EU-Ausland und die Dienstleistungswirtschaft sind nur drei von vielen aktuellen Stichpunkten“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, in seiner Begrüßung. Nach seiner Ansicht dürfen Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nicht als EU-Hebel für eine Einflussnahme genutzt (Subsidiaritätsprinzip) werden.



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK

Gut ausgebildetes medizinisches Personal sei ein Garant für eine gute medizinische Versorgung, betonte die Sozialministerin Barbara Klepsch in ihrem Grußwort. Deshalb müsse man gemeinsam alles dafür tun, um den medizinischen Fachkräften gute Bedingungen zu bieten, damit auch in Zukunft alle Patienten in Sachsen flächendeckend Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von hoher Qualität haben“, sagte die Staatsministerin. Sie dankte den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Psychotherapeuten und Tierärzten für deren Wirken und



Oliver Schenk im Gespräch mit dem Präsidenten der Sächsischen Landesapothekerkammer Friedemann Schmidt (r.).

© SLÄK

würdigte ihren Einsatz für die Gesundheit der Patienten und die Selbstverwaltung des jeweiligen Berufsstandes im Freistaat Sachsen. „Ich freue mich sehr, dass der Austausch der Berufsvertretungen, wie beim Frühjahrsempfang, dazu führt, gemeinsame Lösungen für die gleichen oder ähnlichen Herausforderungen zu finden“, so Klepsch.

Als besonderer Gast war der sächsische Europaminister, Oliver Schenk, anwesend. In einer sehr entspannten Atmosphäre konnten die rund 70 Gäste eine Diskussion um Daseinsvorsorge, Gesundheitsdienstleistungen sowie EU-Datenschutzgrundverordnung führen. Vor allem der letzte Punkt wurde als Bürokratiemonster heftig kritisiert. Dem sächsischen

Europaminister wurde von den Heilberufen deshalb mit auf den Weg gegeben, sich in Brüssel gegen den Regulierungswahn stark zu machen, da dies sonst zu einer weiteren EU-Verdrossenheit führen würde.

Der Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufekammern ist eine Kooperation der Sächsischen Landesärztekammer, der Landesapothekerkammer Sachsen, der Sächsischen Landesapothekerkammer, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der Sächsischen Landestierärztekammer. Die Kammern vertreten rund 35.000 Mitglieder. Er wird seit 2009 durchgeführt.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Offener Brief an den Ministerpräsidenten: Stopp dem Regulierungswahn

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident, seit Jahren sieht sich die Ärzteschaft einer Zunahme des bürokratischen Aufwands ausgesetzt. Zwar ist ein Teil dieser Maßnahmen sozusagen „hausgemacht“, da die Selbstverwaltung über den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Vielzahl von Vorgaben festlegt. Ein wesentlicher Teil dieses erheblichen Verwaltungsaufwands, der in der Folge auch mit entsprechenden Kosten verbunden ist, geht jedoch auf staatliche Regelungen zurück. Die

- Verschärfung des Sozialrechts, abgekoppelt vom Berufsrecht,
- Zunahme der Dokumentationspflichten bei der Aufbereitung von Medizinprodukten nebst der Notwendigkeit der regelmäßigen kostenintensiven Validierung,
- Möglichkeit von Praxisbegehungen auf der Grundlage verschiedener Gesetze und damit einhergehender doppelter Begehungen,
- umfangreichen gesetzlichen Vorgaben bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte,
- nicht aufeinander abgeglichenen Kontrollmöglichkeiten verschiedener Institutionen und Behörden, um nur einige Beispiele zu benennen, führen zu einer überbordenden Bürokratie und bei immer mehr Ärztinnen und Ärzten zu Frustration und Resignation.

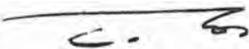
Damit nicht genug hat jetzt auch der Brüsseler Ordnungsgeber wieder einmal zugeschlagen und den Praxisinhabern mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) das nächste „Ei ins Nest“ gelegt.

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident, es ist der Kollegenschaft nicht mehr erklärbar und für diese auch nicht mehr hinnehmbar und akzeptabel, dass immer mehr gesetzliche Vorgaben dazu führen, dass der daraus resultierende notwendige „Papierkram“ die eigentliche Berufsausübung beinahe zum Erliegen bringt. Für ein Land wie Deutschland, mit bereits existierenden umfangreichen datenschutzrechtlichen Regelungen, noch eine Verschärfung bzw. Ausweitung der diesbezüglichen Regelungen einzuführen, wie etwa die Notwendigkeit der Benennung eines Datenschutzbeauftragten oder aber die Ausweitung der Dokumentationspflichten, entbehrt jeglicher Logik.

Wir möchten Sie nachdrücklich bitten, diesem Regulierungswahn entgegenzuwirken! Wir können es uns nicht leisten, auch aus solchen Gründen noch weitere Ärzte zu verlieren.

Mit freundlichen Grüßen

Für die Sächsische Landesärztekammer:



Erik Bodendieck  
Präsident



Dipl.-Med. Petra Albrecht  
Vizepräsidentin



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler  
Vizepräsident



Dr. med. Michael Nitschke Bertaud  
Schriftführer



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann  
Vorstandsmitglied



Dipl.-Med. Sabine Ermer  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Stefan Hupfer  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Thomas Lipp  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Dietrich Steiniger  
Vorstandsmitglied

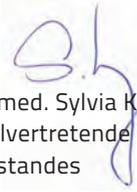


Dr. med. Stefan Windau  
Vorstandsmitglied

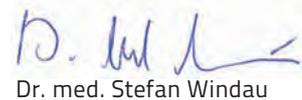
Für die Kassenärztliche  
Vereinigung Sachsen:



Dr. med. Klaus Heckemann  
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. med. Sylvia Krug  
Stellvertretende Vorsitzende des  
Vorstandes



Dr. med. Stefan Windau  
Vorsitzender der  
Vertreterversammlung

## Medizinische Versorgung 2030

### Marienberg und Weißwasser als Modellregionen ausgewählt

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hatte durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) ein Gutachten zum vertragsärztlichen Versorgungs- und Arztbedarf in Sachsen im Jahr 2030 erstellen lassen. Die Mitglieder des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V haben auf der Grundlage des ZI-Gutachtens Regionen identifiziert, für die ein hoher Entwicklungs- und Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung zu erwarten ist.

Im Ergebnis wurden die Regionen Marienberg und Weißwasser herausgearbeitet, die mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen besonders für die Umsetzung der Ziele des Gemeinsamen Landesgremiums geeignet sind. In diesen Regionen werden nun Maßnahmen erprobt, die eine zukunftsfähige gute medizinische Versorgung sicherstellen sollen. Dazu wurden von einer Expertengruppe detaillierte Zeit-Maßnahmenpläne erarbeitet und ein Lenkungsgremium eingerichtet. Dieses wird die Arbeitsgruppen in den Regionen koordinieren und die Priorisierung der Projekte durchführen. Das Lenkungsgremium bestimmt für die einzelnen regionalen Projekte die Meilensteine, anhand derer der Fortschritt in den Projekten festgestellt werden soll. Zu den Projekten gehö-

ren die Einrichtung ländlicher Gesundheitszentren, die Förderung von Weiterbildungsverbänden, die Durchführung von kommunalen Gesundheitskonferenzen, die Unterstützung der Patientenmobilität sowie die Erprobung von Satellitenpraxen.

Das Gemeinsame Landesgremium wurde im April 2013 eingerichtet. Das Ziel des Gemeinsamen Landesgremiums ist die Optimierung der medizinischen Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Sächsische Landesärztekammer ist Mitglied im Gemeinsamen Landesgremium.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Ergebnisse der Befragung der Weiterbildungsbefugten

## Evaluation der Weiterbildung Teil 1

Die Bundesärztekammer führte 2011 eine landesweite Befragung zur ärztlichen Weiterbildung durch (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2012). Danach wurde die Evaluation der Weiterbildung in die Verantwortung der einzelnen Landesärztekammern übergeben. Bereits im Jahr 2007

haben wir eine entsprechende Evaluation in Sachsen durchgeführt und die Ergebnisse publiziert (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2008). Nach nunmehr zehn Jahren schien es an der Zeit, erneut nachzufragen: Wie ist es um die ärztliche Weiterbildung bestellt? Wie schätzen Weiterbildungsbefugte und Ärzte in Weiterbildung ihre Weiterbildungsstätten ein? Wo sehen sie Defizite? Was wird als gut bewertet? Was kann, was muss verbessert werden?

Hierzu wurden in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Weiterbildung zwei Fragebögen entwickelt. Wichtig war neben der Vergleichbarkeit der Fragen an die Weiterbildungsbefugten und die Ärzte in Weiterbildung auch die Kürze der Fragebögen, um den Zeitaufwand der Befragten gering zu halten und damit möglichst die Rücklaufquote zu erhöhen. Die Bewertung durch die Befugten erfolgte auf einer Skala von „vollkommen“ bis „überhaupt nicht“, übereinstimmend mit der jeweiligen Fragestellung. In diesem Artikel werden die Ergebnisse der Befragung der Weiterbildungsbefugten zusammengefasst.

Es wurden Anfang Oktober 2017 2.783 Fragebögen an Ärzte mit Basis-, Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktbeugnissen versandt. Die Rücksendung sollte bis zum 15. Oktober 2017 erfolgen, jedoch sind alle auch später eingegangenen Fragebögen in der Auswertung erfasst worden. Sehr erfreulich war die hohe Rücklaufquote von mehr als 63 Prozent. Dafür möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken! Der höchste Rücklauf fand sich bei den Weiterbildungsbefugten für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und hausärztlich tätigen Internisten. Mit Abstand folgten Antworten von Befugten für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Über 91 Prozent der befragten Weiterbildungsbefugten Ärzte gaben an, an ihrer Weiterbildungsstätte über die finanziellen und personellen Voraussetzungen zu verfügen, um die

für eine Facharztztätigkeit erforderlichen spezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermitteln zu können. Mehr als 90 Prozent der Befragten antworteten, dass sie ärztliche Gesprächsführung und besondere Kommunikationsfähigkeiten vollumfänglich vermitteln (s. Abb. 1).

Die Beherrschung von medizinischen Notfallsituationen sowie die Begleitung und Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden kann aufgrund der Fachrichtung und damit den zu behandelnden Patienten nicht in allen Weiterbildungsstätten vermittelt werden. Rechtliche Grundlagen werden nach Rückmeldung vollkommen und überwiegend von mehr als 84 Prozent der Befragten vermittelt (s. Abb. 2).

Die kollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist allen befragten Weiterbildungsbefugten sehr wichtig. Nur ca. 56 Prozent der Befragten haben ihrer Meinung nach die Möglichkeit (vollkommen und überwiegend), wissenschaftliches Arbeiten (Recherche, Beurteilung, Anwendung) gut zu fördern, mehr als 20 Prozent können dies nach eigener Aussage nicht (s. Abb. 3).

Mehr als 88 Prozent der befragten Weiterbilder können ihren Ärzten in Weiterbildung externe Fortbildungsangebote wie Kurse oder Tagungen durch Freistellung oder Finanzierung anbieten (s. Abb. 4).

Der überwiegende Teil der Befragten, mehr als 93 Prozent, gab an, den Ärzten in Weiterbildung regelmäßig und zeitnah ein Feedback über die geleistete Arbeit zu geben. Mehr als 94 Prozent der Weiterbilder gaben an, das nach der Weiterbildungsordnung geforderte und zu dokumentierende Gespräch jährlich beziehungsweise nach Abschluss des jeweiligen Weiterbildungsabschnittes durchzuführen.

Mit Fehlern und Kritik wird nach Einschätzung von über 96 Prozent der Weiterbildungsbefugten offen umgegangen. Ein Meldesystem für Zwischenfälle wird von mehr als 65

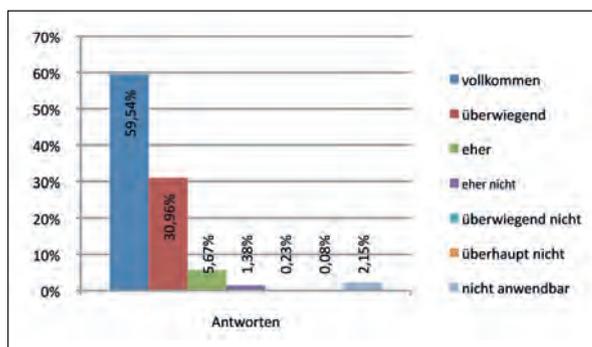


Abb. 1: Vermittlung ärztlicher Gesprächsführung und von Kommunikationsfähigkeiten

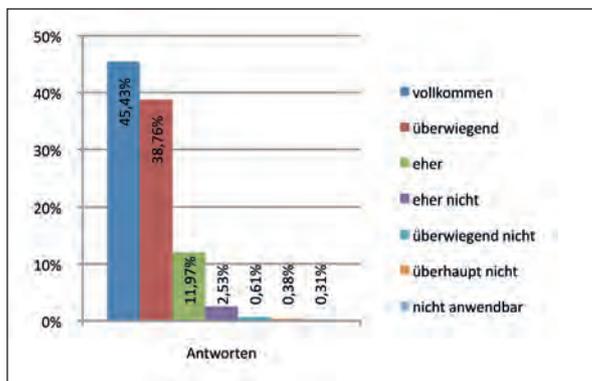


Abb. 2: Vermittlung rechtlicher Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit

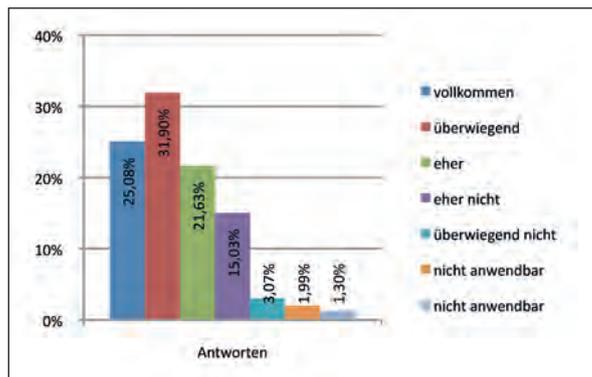


Abb. 3: Vermittlung einer wissenschaftlichen Arbeitsweise

Prozent der Weiterbildungsstätten systematisch genutzt.

Über 82 Prozent der Befugten passen die Weiterbildung vollkommen und überwiegend an den individuellen Bedarf ihrer Ärzte an. Auch erforderliche Rotationen können zum überwiegenden Teil, nämlich zu mehr als 75 Prozent, an den Weiterbildungsstätten innerhalb des vorgesehenen Zeitraumes durchlaufen werden (s. Abb. 5).

Mehr als 92 Prozent der Befragten sorgen an ihrer Weiterbildungsstätte für klare Zuständigkeiten und Ansprechpartner. Für mehr als 74 Prozent ist die Weiterbildung ein zentrales Thema bei der Planung der täglichen Arbeitsabläufe (s. Abb. 6).

Ein gutes Zeugnis wird den Ärzten zu Beginn ihrer Weiterbildung ausgesprochen. Von über 65 Prozent der Befragten werden sie als gut bis sehr gut an den jeweiligen Universitäten ausgebildet eingeschätzt (s. Abb. 7).

Einen strukturierten Weiterbildungsplan erhalten leider nur etwas über 55 Prozent der Ärzte zu Beginn ihrer Weiterbildung (s. Abb. 8).

Die Weiterbilder merkten dabei an, dass sich die Weiterbildung aus verschiedensten Gründen oder auch durch Teilzeittätigkeit so sehr verlängere, dass aus der Erfahrung heraus ein strukturierter Weiterbildungsplan von vorneherein nicht eingehalten werden könne.

Viele Befragte nutzten die Möglichkeit, uns auf weitere Aspekte hinzuweisen. Auch hierfür möchten wir uns herzlich bedanken. Es ließen sich verschiedene Aussagen zusammenfassen, die die Weiterbildungsbefugten beschäftigen.

Beispielsweise wurde von Niedergelassenen beklagt, dass der Arbeitgeberanteil in den Praxen als finanzielle Belastung zu hoch sei und dass es Förderprogramme nicht für alle Fachrichtungen oder Schwerpunkte gibt. Auch Klinikärzte monierten, dass der Aufwand für Weiterbildung nicht durch eine „Aufwandsentschädigung“ abgedeckt würde.

Ein weiterer Kritikpunkt ist das heterogene Ausgangsniveau der Ärzte in Weiterbildung. Hier gäbe es starke Diskrepanzen. Besonders Weiterbildungsstätten in ländlichen Gebieten hätten häufig fremdsprachige Ärzte in Weiterbildung, bei denen schon die deutsche Sprache eine große Hürde sei. Besonders heikel gestalte sich hier die Kommunikation in Wort und Schrift. Teilweise würden Einrichtungen ergänzend Sprachkurse selbst organisieren, um Schwierigkeiten abzufangen.

Obwohl in unserer Befragung 91 Prozent der Weiterbildungsbefugten eine gute finanzielle und personelle Situation beschreiben, beklagen doch einige personelle Engpässe. Der Mangel an Fachärzten erfordere dann von den Weiterbildungsbefugten einen großen Einsatz, um sowohl Weiterbildung als auch Patientenversorgung ohne Abstriche zu ermöglichen.

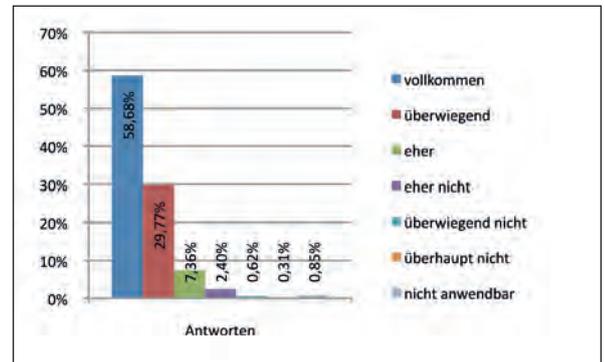


Abb. 4: Nutzung externer Fortbildungsangebote

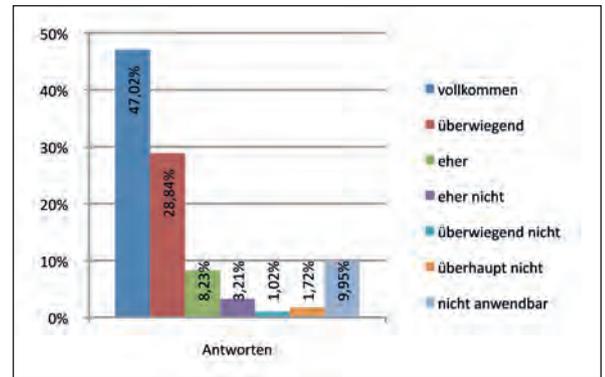


Abb. 5: Einhaltung von Rotationsplänen

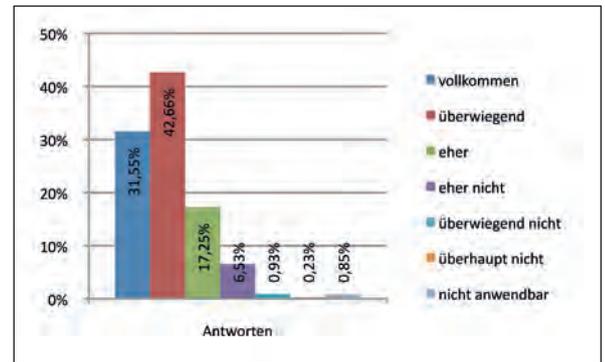


Abb. 6: Planung der Weiterbildung im Rahmen der täglichen Arbeitsabläufe

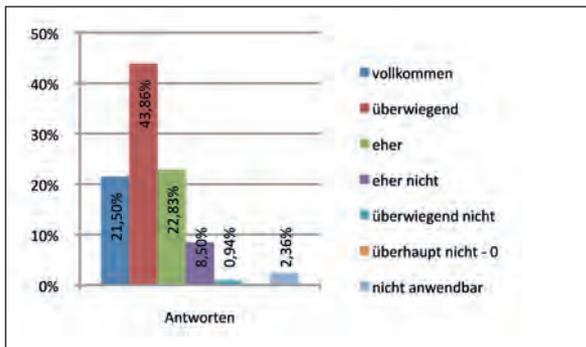


Abb. 7: Einschätzung der Ausbildung durch die Weiterbildungsbefugten

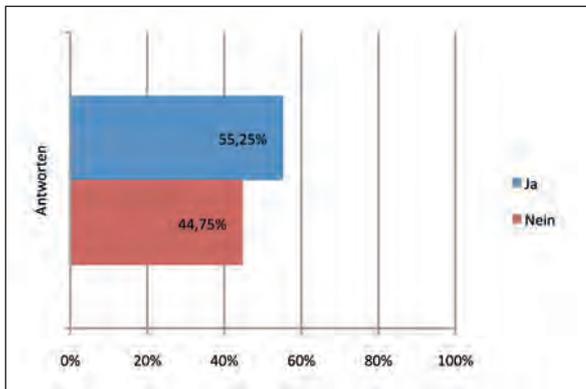


Abb. 8: Übergabe eines strukturierten Weiterbildungsplanes

Von den niedergelassenen Kollegen wurde beklagt, dass sich trotz vorliegender Weiterbildungsbefugnis nur

## CIRS-Fall

### STEMI als Ursache eines Kammerflimmerns nicht erkannt

Im September 2016 wurde auf der CIRS-Seite der Anästhesie ein Fall veröffentlicht, der besonders für Notfall-Teams eine hohe Relevanz aufweist.

Ein Patient kollabiert. Bei Eintreffen des Notarztes und des RTW ist der Patient bewusstlos, hat weite, lichtstarre Pupillen, Kammerflimmern sowie Apnoe. Durch eine Reanimation kehrt nach 17 Minuten der Spontankreislauf (return of spontaneous circulation, ROSC) zurück, woraufhin sich die Kreislaufparameter stabilisieren. Im EKG ist die Extremitätenableitung unauffällig. Der Transport erfolgt aufgrund organisatorischer Gründe in ein kleines lokales Krankenhaus ohne Koronaragnostik und Kardiologie.

selten geeignete Bewerber in den Praxen vorstellten.

Die Befragung soll künftig kontinuierlich stattfinden. Grund dafür sind unter anderem ein starkes Interesse der Sächsischen Landesärztekammer an qualitativ hochwertiger Weiterbildung zum Facharzt vor dem Hintergrund des bestehenden Ärztebedarfs besonders in ländlichen Gebieten sowie eine gestiegene „Wechselfreudigkeit“ der Ärzte an den Krankenhäusern.

Die zur Befragung der Weiterbildungsbefugten passende Befragung der Ärzte in Weiterbildung erfolgt kontinuierlich nach Bestehen der Facharztprüfung. Sie erhalten zu jeder Weiterbildungsstätte und jedem Befugten, der zu diesem Zeitpunkt noch an dieser Stelle tätig ist, einen Fragebogen.

Die Befragung erfolgte anonym, eine Auswertung der einzelnen Weiterbildungsstätten ist erst im Laufe der Zeit mit größerem Datenmaterial aussagekräftig. Trends und Tendenzen können aber natürlich schon vorher erkannt und im Weiterbildungsausschuss vorab diskutiert und bewertet werden.

Im Krankenhaus erfolgt eine arterielle Blutgasanalyse mit guter Befundlage, ein Labor mit Troponin und das EKG zeigt einen STEMI V2-V5. Im Verlauf wird dann ein Heparin-Bolus sowie Aspisol gegeben und ein Heparin-Perfusor gestartet. Im Echokardiogramm zeigt sich eine apikale Akinesie. Es erfolgt die Verlegung zur invasiven Koronaragnostik und -therapie.

### Fazit

Problematisch war, dass nach Rückkehr des Spontankreislaufes nur eine Extremitäten-Ableitung erhoben und somit der STEMI übersehen wurde. Aspisol oder Heparin,  $\beta$ -Blocker und gegebenenfalls Plavix/Brilique hätten bereits beim Transport gegeben werden können.

Außerdem hätte dann zwingend eine Klinik mit einer 24h-Bereitschaft für Koronarangiographie beziehungsweise Perkutane Koronarintervention

### Fazit

Die Weiterbildungsbefugten in Sachsen nehmen ihre Verantwortung für die Weiterbildung zum Facharzt sehr ernst. Den Umkehrschluss, dass die Weiterbildung in Sachsen sehr gut ist, bestätigen die ersten Rückmeldungen der Ärzte in Weiterbildung. Vieles ist nur durch besonderes Engagement der weiterbildungsbefugten Ärzte möglich, wobei finanzielle Probleme und zunehmend personelle Engpässe besondere Herausforderungen darstellen. Auch verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen, vor allem im niedergelassenen Bereich, erschweren die Weiterbildung zum Teil. Dennoch zeigt die Befragung der Weiterbildungsbefugten insgesamt, dass sie ihre Aufgaben engagiert und gewissenhaft wahrnehmen, um jungen Kollegen das notwendige Fachwissen und die entsprechenden praktischen Fähigkeiten zu vermitteln.

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

Antje Lecht  
Projekt Evaluation der Weiterbildung

(PCI) angefahren werden müssen („...nächst gelegene geeignete Klinik...“)

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

### Take-Home-Message

- 1) Bei Kammerflimmern und bei Infarktverdacht sollte immer eine Extremitäten- und 12-Kanalableitung erfolgen.
- 2) Gerade nach Reanimation sollte immer ein Krankenhaus mit einer interventionellen Kardiologie angefahren werden.
- 3) Antikoagulationsmedikamente sollten so früh und umfassend wie möglich gegeben werden.
- 4) Eine Kühlung des Patienten sollte (wenn technisch machbar) erfolgen.

Link zum Fall: [www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMSeptember2016.pdf](http://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMSeptember2016.pdf)

## Auftaktveranstaltung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen (KWASa)

Am 11. April 2018 wurde das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen (KWASa) in der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden feierlich eröffnet.

In den Grußworten der beiden Staatsministerien (Sächsisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst und Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz), der Vertreter aller Kooperationspartner sowie der beiden sächsischen Dekane wurde die Wichtigkeit des Projektes und der gemeinsamen Zusammenarbeit betont. Prof. Dr. med. Erika Baum, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), stellte zudem die bundesweiten Entwicklungen auf dem Gebiet der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor.

Anschließend wurde von den Leiterinnen der Allgemeinmedizinischen Lehrstühle Dresden und Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann und Prof. Dr. med. habil. Steffi Riedel-Heller, der Plan des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen für die nächsten drei Jahre vorgestellt und über die schon jetzt sichtbaren Aktivitäten berichtet. Im Anschluss an die Festveranstaltung gab es Zeit für Gespräche, Netzwerken und persönliche Kontakte.

Koordiniert von den allgemeinmedizinischen Lehrstühlen der Medizinischen Fakultäten Dresden und Leipzig arbeitet das neue Kompetenzzentrum in enger Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen sowie der Koordinierungsstelle gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Durch attraktive



Kooperationspartner und Initiatoren bei der feierlichen Eröffnung

© KWASa

Seminare für Ärzte in Weiterbildung und Mentoring-Programme bietet das neue Kompetenzzentrum eine wissenschaftlich fundierte Ergänzung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Für weiterbildende Ärzte werden Train-the-Trainer-Fortbildungen angeboten.

Gemeinsames Ziel aller Beteiligten ist es, den Hausarztberuf in seiner Attraktivität zu fördern, die Qualität und Effizienz der Weiterbildung zu steigern und damit der drohenden Gefahr des Hausarztmangels in Sachsen aktiv entgegenzuwirken.

Um einen weiteren Schritt in diese Richtung zu gehen, lädt das KWASa-Team am Standort Leipzig alle interessierten Kollegen in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin herzlich zum **1. Seminartag am 15. Juni 2018 in Leipzig** ein.

Dr. Cathleen Pohl, europäisch zertifizierte Psychodramatikerin und Coach, wird zum Thema **„HAUSÄRZTLICHE KOMMUNIKATION“** referieren und praktische Tipps geben.

Schwerpunkt bilden hier das persönliche Gespräch und der direkte Arzt-Patienten-Kontakt, als zentrales und nicht selten entscheidendes Instrument in der hausärztlichen Sprechstunde. Durch die Vermittlung von

Kommunikationsinstrumenten und deren Handhabung soll den Seminarteilnehmern Sicherheit (zurück-) gegeben und ein adäquates (Re-)Agieren ermöglicht werden.

Am Standort Dresden findet am **29. Juni 2018 der 2. Seminartag** statt. Jeder Teilnehmer kann sich aus einer breiten Auswahl an Workshops sein eigenes Programm zusammenstellen. Inhaltlich werden beispielsweise Themen wie Impfen, Kommunikation mit schwierigen Patienten, Wundversorgung und orthopädische Untersuchung angeboten.

Informationen und Anmeldeformalitäten zu den Seminaren sind unter [www.kwasa.de](http://www.kwasa.de) zu finden.

Für Fragen und Anregungen steht das KWASa-Team jederzeit gerne zur Verfügung.

Standort Leipzig  
Ansprechpartnerin: Sabine Winkler  
Telefon-Nr.: 0341 97-15775  
Fax: 0341 97-28215  
E-Mail: [kompetenz.allgmed@medizin.uni-leipzig.de](mailto:kompetenz.allgmed@medizin.uni-leipzig.de)

Standort Dresden  
Ansprechpartnerin: Friederike Jäger  
Telefon-Nr.: 0351 458-19941  
Fax: 0351 458-7320  
E-Mail: [friederike.jaeger@ukdd.de](mailto:friederike.jaeger@ukdd.de)

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Dresden  
Prof. Dr. med. habil. Steffi Riedel-Heller, Leipzig



## Kammerwahl 2019

### Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 – 2023

Die siebte Wahlperiode der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer endet im Juni 2019; im Frühjahr des nächsten Jahres stehen damit Neuwahlen an. Die ersten Vorbereitungen wurden im Februar 2018 mit der Berufung der Mitglieder des Landeswahlausschusses durch den Vorstand wie folgt getroffen:

#### Landeswahlleiterin:

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Stellvertreter:

Dr. jur. Alexander Gruner  
Ass. jur. Michael Kratz

#### 1. Beisitzer:

Dr. med. Bernd Pittner  
Stellvertreter:  
Dr. med. Bernd Flade

#### 2. Beisitzer:

Dr. med. Lothar Hilpert  
Stellvertreter:  
Dr. med. Friedrich-Erich de Haas

Organisatorische Assistenz:

Daniela Fritzsche  
Irina Weitzmann  
Martin Wilde



Daniela Fritzsche, Irina Weitzmann, Dr. med. Lothar Hilpert, Dr. jur. Alexander Gruner, Ass. jur. Annette Burkhardt, Ass. jur. Michael Kratz, Dr. med. Friedrich-Erich de Haas, Martin Wilde (v.l.). Es fehlen: Dr. med. Bernd Flade, Dr. med. Bernd Pittner © SLÄK

Der Landeswahlausschuss hat am 24. April 2018 erstmals getagt und nach § 4 der Wahlordnung nachfolgenden Zeitplan beschlossen:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten  
**31. Oktober 2018**
- Auflegung der Wählerlisten  
**19. bis 28. November 2018**
- Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter bis **spätestens 6. Februar 2019**
- Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes bis **spätestens 1. April 2019**

Über die weiteren Vorbereitungen und den Wahlverlauf werden wir ab September 2018 regelmäßig im „Ärzteblatt Sachsen“ und auf unserer Homepage [www.slaek.de](http://www.slaek.de) informieren.

Bei Fragen zur Kammerwahl können Sie sich gern an die Unterzeichnerin wenden.

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Landeswahlleiterin  
Sächsische Landesärztekammer  
Telefon-Nr.: 0351 8267-414  
Fax: 0351 8267-412  
E-Mail: [kammerwahl@slaek.de](mailto:kammerwahl@slaek.de)

## Frühsummer-Meningoenzephalitis (FSME)

**Drei weitere Landkreise in Sachsen als Risikogebiet eingestuft**

## Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit/Ehrenamt gesucht

Dem Ausschuss Senioren ist es ein Anliegen, ärztlichen Sachverstand nach einem langen Berufsleben in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, zum Beispiel im Öffentlichen Gesundheitsdienst, für Herz-

## Einladung zum 23. Sächsischen Seniorentreffen

Auch im Jahr 2018 möchte der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und in seinem Auftrag der Seniorenausschuss die ärztlichen Ruheständler zu einer Ausfahrt einladen. Das 23. Sächsische Seniorentreffen steht unter dem Motto „Bautzen – die tausendjährige Stadt“. Bautzen ist ein wichtiges Zentrum der Oberlausitz. Die Unverwechselbarkeit der Stadt erwächst aus der Vielfalt ihrer Reize. Bautzen besitzt sowohl eine als Flächendenkmal erhaltene und in der Sanierung fortgeschrittene historische Altstadt als auch ein interessantes deutsches und sorbisches Kulturleben.

Wie viele andere Städte blickt auch Bautzen auf eine bewegte Geschichte zurück. Die Lage an der Via Regia mag ein Grund für Begehrlichkeiten und damit für die wechselnden Hoheiten sein. Bereits im Jahr 1002 wurde die Ortenburg in Bautzen als zentraler Ort der Oberlausitz erwähnt. Bautzen gehörte im Verlauf der Geschichte zu Polen, zum Heiligen Römischen Reich, zu Ungarn und stand unter böhmischer Hoheit. 1635 kam es mit dem Markgraftum Oberlausitz zu Sachsen.

Neben dem Vogtlandkreis, der seit 2015 durch das Robert Koch-Institut als FSME-Risikogebiet eingestuft wird, wurden nun auch die Landkreise Bautzen und Zwickau sowie der Erzgebirgskreis in die Liste aufgenommen. Nähere Informationen

sportgruppen, in berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens, in örtlichen Seniorenvertretungen oder auch als Alltagsbegleiter und Nachbarschaftshelfer, weiter zu nutzen. Aus diesem Grund helfen wir gern bei der Vermittlung von entsprechenden Angeboten für unsere ärztlichen Kollegen im Ruhestand. Haben Sie grundsätzlich Interesse an einer der oben genannten Tätigkei-

Die wechselvolle Geschichte der Stadt ist in besonderem Maße im Museum Bautzen nachzuvollziehen. Seit der Wiedereröffnung 2009 gehört das Museum zu den modernsten Museen Sachsens.

Ein Rundgang durch die Altstadt mit Abstechern in Kirchen, Museen und Galerien ist eine lohnenswerte Bereicherung. Die Besichtigungen sind in zwei Schwierigkeitsgrade gestaffelt, um auch Senioren mit eingeschränktem Gehvermögen eine Teilnahme zu ermöglichen.

Wie immer ist für das leibliche Wohl gesorgt. Wir werden Mittagessen und Kaffeetrinken im Restaurant Ortenburg einnehmen.

Eingeladen werden in diesem Jahr die Senioren, Jahrgang 1936 und älter, und einige jüngere Jahrgänge. Die Ausfahrten sind für sechs Termine im September geplant. Auch in diesem Jahr wird es Zubringerbusse

dazu finden Sie auf der Seite der Sächsischen Landesärztekammer unter Ärzte → Informationen → Impfen → FSME.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

ten, können Sie sich auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) informieren oder zur Klärung weiterer Einzelheiten mit der Unterzeichnerin in Verbindung setzen. Ich danke Ihnen.

Dr. med. Ute Göbel  
Vorsitzende des Ausschusses Senioren  
Telefon-Nr.: 0351 8267-414/-415  
E-Mail: [seniorenausschuss@slaek.de](mailto:seniorenausschuss@slaek.de)



Stadtansicht von Bautzen

© Depositphotos/hal pand

für Senioren aus Görlitz, Torgau/Oschatz und Plauen/Zwickau geben. Die detaillierten Einladungen werden im Juni verschickt.

Gemeinsam mit dem Reiseveranstalter Muldental Reisen freuen wir uns darauf, mit Ihnen einen eindrucksvollen und entspannten Tag verbringen zu dürfen.

Dr. med. Ute Göbel  
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

## 28. Sächsischer Ärztetag / 58. Tagung der Kammerversammlung

22./23. Juni 2018

### Tagungsort:

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

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

### Tagesordnung

**Freitag, 22. Juni 2018,  
Beginn 14.00 Uhr**

1. Eröffnung des 28. Sächsischen Ärztetages

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

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Präsident

Ausführliche berufspolitische Aussprache zu

- dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
- dem Tätigkeitsbericht 2017 der Sächsischen Landesärztekammer

3. Finanzen

3.1. Jahresabschluss 2017 und Verwendung des Überschussvortrages

3.2. Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2017

3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2018

Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Dipl.-Ök. Andreas Franke, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH

4. Zeitplan für die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 – 2023

Bericht: Ass. jur. Annette Burkhardt, Landeswahlleiterin

**Abendveranstaltung  
Freitag, 22. Juni 2018,  
Beginn 18.30 Uhr**

Begrüßung, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2018 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung

Festvortrag „Alterung der Gesellschaft und medizinische Innovationen: Die Krankenversicherung im Konflikt zwischen den Erwartungen der BürgerInnen und der Politik“  
Referent: Prof. em. Dr. Peter Zweifel, Universität Zürich

Musikalischer Ausklang

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen.

**Sonnabend, 23. Juni 2018,  
Beginn 9.00 Uhr**

5. Begrüßung

■ Feststellung der Beschlussfähigkeit  
Präsident

6. Schwerpunktthema: Gesundheitsversorgung der Zukunft – Strategiepapier der Sächsischen Landesärztekammer

Referent: Präsident

7. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Präsident

Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender Ausschuss Berufsrecht

8. Bekanntgabe von Terminen

9. Verschiedenes

**31. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung  
Sonnabend, 23. Juni 2018,  
Beginn 12.30 Uhr**

(Organ der Sächsischen Ärzteversorgung; um 10 Mandatsträger der Sächsischen Landestierärztekammer erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)

1. Eröffnung der 31. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung

■ Feststellung der Beschlussfähigkeit  
Präsident

2. Tätigkeitsbericht 2017 der Sächsischen Ärzteversorgung

2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

Bericht: Dr. Steffen Liebscher

2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Bericht: Dr. med. vet. Jens Achterberg

2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2017 und Diskussion

Bericht: Dipl.-Ök. Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer, Baker Tilly GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten 2017/Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2019

Bericht: Dipl.-Math. Mark Walddorfer, Mitglied des Verwaltungsausschusses

2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2017

3. Bekanntgabe des Termins der 32. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung

4. Verschiedenes

## Fortbildung „Inter-geschlechtlichkeit“

In Deutschland leben 80.000 bis 120.000 Menschen mit Varianten beziehungsweise Störungen der Geschlechtsentwicklung. Die in der Vergangenheit durchgeführten geschlechtsanpassenden Operationen werden von den Betroffenen teilweise heftig kritisiert.

Ziel der Fortbildung ist es, medizinisch nicht-indizierte Eingriffe bei Menschen mit Variationen oder Störungen der Geschlechtsentwicklung zu verringern.

Termin: 14. Mai 2018  
Ort: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Zeit: 17.30 – 20.00 Uhr  
Anmeldung: Dr. Evelyne Bänder

Telefon-Nr.: 0351 8267-330  
Fax: 0351 8267-312  
E-Mail: ausschuesse@slaek.de

Die Veranstaltung ist mit **3 Fortbildungspunkten** zertifiziert und kostenfrei

Weitere Veranstaltungsdetails unter: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

## Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt ein zum Seniorentreffen **am Dienstag, 5. Juni 2018, 15.00 Uhr** in den Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer. Das Thema der Veranstaltung wird aus organisatorischen Gründen kurzfristig bekanntgegeben. Seien Sie herzlich willkommen!

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

## ÄBS: Neues Layout nach 28 Jahren

Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist optisch doch in die Jahre gekommen. Seit 1990 erscheint es in fast immer dem gleichen Layout. Kleinere Schönheitskorrekturen erfolgten ab und zu im Innenteil, aber eine Rundumerneuerung erfuhr es bisher nicht. Nach fast einjährigem Auswahl- und Entscheidungsprozess durch das Redaktionskollegium und den Vorstand ist nun die Entscheidung für ein neues Layout gefallen. Ab Juni werden Sie, liebe Leser, ein vollkommen überarbeitetes Heft in Ihren Händen halten.

Alle Beteiligten haben sich die Entscheidung nicht leicht gemacht. Von „es soll so bleiben, wie es ist“ bis „endlich ein neues, zeitgemäßes Layout“ gingen die ganz persönlichen Ansichten. Letztendlich schwang das Pendel in Richtung neuer Gestaltung und Anpassung an das einheitliche Erscheinungsbild der Ärztekammer. So finden sich im neu gestalteten Heft insbesondere die klare Gestaltung, eine übersichtliche Gliederung und die Hausfarben wieder. Die Rubriken bleiben selbstverständlich erhalten. Allerdings werden die geänderten Formatierungen für Über-



schriften neue Möglichkeiten einer Erstinformation durch Headlines und längere Untertitel eröffnen.

Uns ist bewusst, dass wir damit einen großen Schritt wagen, einerseits für die langjährigen Kammermitglieder, die sich an das Layout gewöhnt haben, andererseits für die neuen Ärzte in Sachsen, die das „schwarze Heft“ oftmals kritisierten.

Erik Bodendieck  
Präsident

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“

## Konzerte und Ausstellungen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Steffen Fischer  
Paradies der Väter – Malerei und Zeichnungen  
bis 8. Juli 2018

Viktoria Graf  
Intermezzo – Malerei und Zeichnung  
26. Juli bis 21. Oktober 2018  
Vernissage: Donnerstag, 26. Juli 2018, 19.30 Uhr  
Einführung: Dieter Hofer, Kurator, Dresden

### Programmorschau

3. Juni 2018, 11.00 Uhr  
Junge Matinee Podium Violine Plus  
„Wandlungen und Verwandlungen“  
Ein Konzert der Violinklasse von Prof. Annette Unger zum Jahresthema „Masquerade“  
Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

## Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?

### Das sollten Sie wissen!

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

1. Grundsätzlich gilt:

Das Berufsausbildungsverhältnis endet automatisch mit dem Ablauf der vertraglich vereinbarten Ausbildungszeit (§ 21 Abs. 1 BBiG).

2. Keine Regel ohne Ausnahmen:

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

a) Prüfling besteht

Bestehen Auszubildende vor Ablauf der Ausbildungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungsverhältnis mit offizieller Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2

BBiG). Absolviert der Auszubildende erfolgreich die Abschlussprüfung, hat er nachgewiesen, dass er alle für den Beruf erforderlichen Kompetenzen erworben hat. Wird der Auszubildende nach Mitteilung des Bestehens der Prüfung mit Kenntnis des ausbildenden Arztes weiterhin für diesen tätig, hat er zum einen Anspruch auf eine entsprechende Vergütung. Zum anderen entsteht ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde (§ 24 BBiG).

b) Prüfling besteht nicht

Bestehen Auszubildende die Abschlussprüfung nicht, so verlängert sich das Berufsausbildungsverhältnis auf ihr Verlangen bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens jedoch um ein Jahr (§ 21 Abs. 3 BBiG). Die nächstmögliche Wiederholungsprüfung ist die nächste auf die erfolglos verlaufene Abschlussprüfung folgende Prüfung.

Für die Weiterbeschäftigung ist ausschließlich maßgeblich, dass der Auszubildende dies verlangt. Dies kann auch mündlich geschehen. Der ausbildende Arzt muss die Entscheidung des Auszubildenden akzeptieren, ihn

weiter beschäftigen und natürlich auch die Ausbildungsvergütung bezahlen.

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

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

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

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

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

**netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:**

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
18/D029	Innere Medizin	Dresden, Stadt	24.05.2018

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 Chemnitz**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
18/C022	Augenheilkunde	Annaberg	24.05.2018
18/C023	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Annaberg	24.05.2018
18/C024	Chirurgie, Kinderchirurgie/ D-Arzt (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Aue-Schwarzenberg	11.06.2018
18/C025	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Mittweida	11.06.2018
18/C026	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	24.05.2018
18/C027	Frauenheilkunde und Geburtshilfe/ ZB Akupunktur	Zwickau	11.06.2018
18/C028	Chirurgie / SP Unfallchirurgie / ZB Handchirurgie (häftiger Vertragsarztsitz)	Zwickau	24.05.2018

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.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

**Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Innere Medizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: spätestens Ende 2020
Innere Medizin*)	Freiberg	geplante Abgabe: IV/2019

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

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: I/2019
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende September 2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: ab 2018
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
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.

## Deutscher Herzbericht 2016

### Was bedeuten die Daten für Sachsen?

S. G. Spitzer<sup>1</sup>, T. Brockow<sup>2</sup>

#### Einführung

Die Krankheitskosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betragen im Jahr 2015 in Deutschland 46,4 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, entfielen damit rund 13,7 Prozent der gesamten Krankheitskosten in Höhe von 338,2 Milliarden Euro auf diese Krankheitsgruppe, dicht gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen mit 44,4 Milliarden Euro und einem Anteil von 13,1 Prozent [1].

Der Deutsche Herzbericht mit seiner mittlerweile fast 30-jährigen Tradition zählt zu den bedeutendsten und umfangreichsten Versorgungsanalysen Deutschlands. Seit 2011 wird der Bericht von der Deutschen Herzstiftung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) herausgegeben. Zuvor war über viele Jahre Dr. iur. Ernst Brucknerberger Herausgeber des Berichts.

Der Deutsche Herzbericht beschreibt die stationäre Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit sowie kardiologische beziehungsweise herzchirurgische Versorgung von fünf ausgewählten Herzerkrankungen in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern. Zu den ausgewählten Diagnosen zählen

- die ischämischen Herzerkrankungen (ICD 10; I20-I25),
- die Herzklappenkrankheiten (I05-I09; I34-I39),
- Herzrhythmusstörungen (I44-I49),
- die Herzinsuffizienz (I50)

- sowie angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems (Q20-Q28).

Die Daten zur stationären Behandlungshäufigkeit entstammen der Krankenhausstatistik, die Daten zur Sterblichkeit der Todesursachenstatistik. Die Daten zur stationären Behandlungshäufigkeit des hier analysierten Herzberichts [2] beziehen sich auf das Jahr 2015, die Daten zur Sterblichkeit auf das Jahr 2014. Die Versorgungsdaten wurden unterschiedlichen Datenquellen entnommen (zum Beispiel Umfragen der Fachgesellschaften oder Daten der externen Qualitätssicherung) und beziehen sich auf das Jahr 2015. Die Bevölkerungsdaten entstammen dem Zensus 2011 mit Fortschreibung bis 2015.

### Aus der Mitteilung der DGK zum Deutschen Herzbericht 2016 [3]

#### Herzmedizin in Deutschland auf hohem Niveau

Statistiken zeigen zwar, dass Herzerkrankungen nach wie vor zu den häufigsten Gründen für eine Krankenhausaufnahme zählen. Die gute Nachricht ist aber, dass immer mehr Betroffene diese Leiden überleben. 1990 starben 325 von 100.000 Einwohnern (EW) an den häufigsten Herzerkrankungen, 2014 waren es nur noch 256.

Angeführt wird die Erfolgsstatistik von Krankheiten, die auf angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems zurückgehen. Im Vergleich zu 1990 ging die Zahl der dadurch bedingten Todesfälle pro 100.000 Einwohner um 67 Prozent zurück. Gleich dahinter folgen bereits die beiden häufigsten Herzerkrankungen: An einer Herzinsuffizienz starben 2014 33 Prozent weniger Patienten als 1990, bei der koronaren Herzerkrankung betrug der Rückgang 31 Prozent.

#### Ungebrochener Positivtrend beim Herzinfarkt

Ein akuter Herzinfarkt wurde in Deutschland 2015 in 219.217 Fällen diagnostiziert. Zwei Drittel davon

betrafen Männer. Damit ist die Zahl der Herzinfarkte gegenüber den Vorjahren 2013 und 2014 leicht rückläufig.

Viel deutlicher aber sank die Sterberate (SR). 2014 verstarben an akutem Herzinfarkt 59 pro 100.000 EW. Im Vergleich zum Jahr davor ist das ein Rückgang von knapp acht Prozent, im Langfristvergleich mit dem Jahr 1990 sogar von ca. 45 Prozent. Als Gründe für den Rückgang der SR werden vor allem ein effizienteres Rettungs- und Notarzt-System, verbesserte strukturelle und therapeutische Maßnahmen in den Krankenhäusern, eine Verkürzung der Pforten-Ballon-Zeit (also Erstaufnahme bis Ballondilatierung), verbesserte Techniken zur Wiedereröffnung verschlossener Blutgefäße sowie eine bessere medikamentöse Begleittherapie diskutiert. Bei Frauen lag die SR beim Infarkt mit 51 pro 100.000 EW um 26 Prozent niedriger als bei Männern – ein Befund, der sich bereits in den Vorjahren zeigte.

#### Die meisten Herzkrankheiten sind für Frauen gefährlicher

Mit Ausnahme des Herzinfarktes sind die meisten Herzerkrankungen für Frauen gefährlicher, obwohl Männer häufiger von Herzerkrankungen betroffen sind. So entfallen 58 Prozent aller durch Herzleiden bedingten stationären Krankenhausnahmen auf Männer. Dennoch beträgt die SR für alle Diagnosen zusammengerechnet bei Frauen 268, bei Männern 244 pro 100.000 EW. Besonders eklatant sind die Unterschiede bei der Herzinsuffizienz und den Herzrhythmusstörungen. Hier liegen die SR bei Frauen um 71,2 Prozent beziehungsweise 48,2 Prozent höher als bei Männern.

#### Anstieg bei Herzrhythmusstörungen und Herzklappenkrankheiten erklärbar

Für Herzrhythmusstörungen und Herzklappenkrankheiten ist ein Anstieg zu verzeichnen. Im Vergleich zu 1990 lag die SR bei den Herzrhythmusstörungen insgesamt um 85 Prozent höher, bei den Herzklappenkrankheiten sogar um 154 Prozent.

<sup>1</sup> Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden

<sup>2</sup> Sächsische Landesärztekammer, Dresden

Tab. 1: Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Deutschland 2010 – 2014/15

Bezeichnung	Stationäre Behandlungsrate*						Sterberate†				
	2010 <sup>1</sup>	2011 <sup>1</sup>	2012 <sup>1</sup>	2013 <sup>2</sup>	2014 <sup>2</sup>	2015 <sup>2</sup>	2010 <sup>1</sup>	2011 <sup>1</sup>	2012 <sup>1</sup>	2013 <sup>2</sup>	2014 <sup>2</sup>
Ischämische Herzerkrankungen	814	807	827	807	816	801	163	155	159	160	149
Herzklappenerkrankungen	90	96	105	107	112	112	16	17	19	20	20
Herzrhythmusstörungen	488	506	537	544	556	560	29	29	31	32	32
Herzinsuffizienz	454	465	480	491	533	541	59	56	58	57	55
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	28	27	27	27	28	28	1	1	1	1	1
Gesamt	1.874	1.899	1.975	1.975	2.045	2.041	268	257	267	269	257

\* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

© Deutscher Herzbericht 2014<sup>1</sup>, Deutscher Herzbericht 2016<sup>2</sup>

Paradoxe Weise könnten aber auch diese Daten Belege für die Fortschritte in der Herzmedizin sein. Verbesserte Diagnose- oder Behandlungsmethoden führen häufig zu einer gesteigerten Wahrnehmung und damit zu einem scheinbaren Anstieg der Morbidität, aber auch der Mortalität, und zwar durch eine häufigere Zuordnung der Diagnose auf den Totenscheinen. Zudem wird die Bevölkerung durch die verbesserten medizinischen Rahmenbedingungen immer älter und damit für Herzleiden anfälliger.

### Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen [2]

#### Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Deutschland

Die häufigsten Herzerkrankungen, die 2015 in Deutschland zu einer stationären Behandlung führten, waren ischämische Herzerkrankungen mit einer stationären Behandlungsrate (SBR) von 801 auf 100.000 EW, gefolgt von Herzrhythmusstörungen (SBR: 560) und der Herzinsuffizienz (SBR: 541). Herzklappenerkrankungen (SBR: 112), und insbesondere angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems (SBR: 28) spielten anteilig eine untergeordnete Rolle.

Auch bei der Sterblichkeit führten ischämische Herzerkrankungen die Statistik an. Die SR lag bei 149 auf

100.000 EW, gefolgt von der Herzinsuffizienz (SR: 55) und den Herzrhythmusstörungen (SR: 32).

Betrachtet man weiterhin die Entwicklung dieser Krankheitsbilder in den letzten fünf Jahren, so lässt sich für ischämische Herzerkrankungen ein leichter Rückgang der SBR und SR feststellen; bei der Herzinsuffizienz hingegen ist eine Zunahme der SBR bei jedoch kaum veränderter SR zu verzeichnen (siehe Tab. 1).

Den langfristigen Trend, wonach die SBR bei ischämischen Herzerkrankungen seit dem Jahr 2000 mehr oder weniger kontinuierlich abnimmt, führen Kardiologen auf eine gute ambulante Betreuung zurück. Als Gründe werden der Ausbau der ambulanten Diagnostik und Therapie, aber auch eine bessere Prävention sowie Verbesserungen bei der medikamentösen Behandlung genannt [4].

Im Gegensatz zu ischämischen Herzerkrankungen gehen bei der Herzinsuffizienz die Krankenhauseinweisungen relativ steil aufwärts. Diese Zunahme der SBR wird von Kardiologen weniger als ein Resultat von Versorgungsdefiziten sondern vielmehr als ein Spiegel der starken Zunahme der Inzidenz der Herzinsuffizienz als Folge einer besseren Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen gedeutet. Natürlich spielt die demografische Alterung der Bevölkerung hier auch eine Rolle [4].

#### Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen

Im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt war in Sachsen 2015 die Herzinsuffizienz die häufigste Herzerkrankung, die zu einer stationären Behandlung führte (SBR: 677), gefolgt von ischämischen Herzerkrankungen (SBR: 622) und Herzrhythmusstörungen (SBR: 580). Die SR aufgrund ischämischer Herzerkrankungen (SR: 233) lag in Sachsen deutlich über der SR anderer Herzerkrankungen. Betrachtet man hingegen die Entwicklung dieser Krankheitsbilder in Sachsen in den letzten fünf Jahren, so verläuft sie annähernd parallel zum Bundestrend (siehe Tab. 2).

#### Stationäre Behandlungshäufigkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

In Sachsen wurden im Jahr 2015 deutlich weniger Patienten wegen ischämischer Herzkrankheiten stationär behandelt als im Bundesdurchschnitt (rohe Differenz: -21,8 Prozent). Berücksichtigt man zudem die Altersstruktur Sachsens nimmt der Unterschied paradoxerweise sogar noch weiter zu (altersbereinigte Differenz: -31,6 Prozent). Ein möglicher Erklärungsanteil für diesen Sachverhalt dürfte in der hohen Rate der Über-80-Jährigen in Sachsen liegen. Denn ab diesem Alter nimmt die Inanspruchnahme stationärer Leis-

Tab. 2: Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen 2011 – 2014/15

Bezeichnung	Stationäre Behandlungsrate*					Sterberate†				
	2011 <sup>1</sup>	2012 <sup>1</sup>	2013 <sup>2</sup>	2014	2015 <sup>4</sup>	2011 <sup>1</sup>	2012 <sup>2</sup>	2013 <sup>3</sup>	2014 <sup>4</sup>	2015
Ischämische Herzerkrankungen	688	677	642	k.D.	622	244	248	251	233	k.D.
Herzklappenerkrankungen	85	92	95	k.D.	108	17	19	20	21	k.D.
Herzrhythmusstörungen	540	573	578	k.D.	580	32	32	37	35	k.D.
Herzinsuffizienz	582	598	597	k.D.	677	58	58	52	48	k.D.
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.

\* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

k.D.: keine Daten

© Deutscher Herzbericht 2013<sup>1</sup>, Deutscher Herzbericht 2014<sup>2</sup>, Deutscher Herzbericht 2015<sup>3</sup>, Deutscher Herzbericht 2016<sup>4</sup>

Tab. 3: Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bezeichnung	Abweichung der stationären Behandlungsrate* in %				Abweichung der Sterberate† in %			
	2013 <sup>1</sup>		2015 <sup>2</sup>		2013 <sup>1</sup>		2014 <sup>2</sup>	
	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt
Ischämische Herzerkrankungen	-20,1	-30,0	-21,8	-31,6	+57,2	+30,9	+56,0	+29,5
Herzklappenerkrankungen	-10,3	-23,6	-3,7	-18,6	+2,6	-15,2	+5,6	-13,2
Herzrhythmusstörungen	+6,7	-6,6	+4,0	-9,4	+12,5	-6,8	+10,1	-9,1
Herzinsuffizienz	+21,8	+1,9	+25,4	+3,9	-7,9	-24,4	-12,9	-28,6
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	-15,4	-14,0	-9,2	-7,2	+62,6	+58,9	-0,1	-2,7
Gesamt	-1,7	-14,9	-1,0	-14,8	34,1	+11,2	+31,5	+8,8

\* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

© Deutscher Herzbericht 2015<sup>1</sup>, Deutscher Herzbericht 2016<sup>2</sup>

tungen wegen ischämischer Herzerkrankungen in der Regel wieder ab. Umgekehrt wurden in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besonders viele Patienten mit Herzinsuffizienz stationär behandelt (rohe Differenz: +25,4 Prozent). Der Grund liegt in der Überalterung der sächsischen Bevölkerung und der Zunahme der Inanspruchnahme stationärer Leistungen wegen Herzinsuffizienz in den hohen Altersgruppen. Dies wird dadurch deutlich, dass sich nach Altersbereinigung die Differenz zum Bundesdurchschnitt wieder nahezu nivelliert (altersbereinigte Differenz: +3,9 Prozent).

Fasst man alle Herzerkrankungen zusammen und standardisiert die sächsische Bevölkerung am Alter der Bundesbevölkerung wurden im Jahr

2015 in Sachsen insgesamt weniger Menschen wegen Herzerkrankungen stationär behandelt, als im Bundesdurchschnitt (altersbereinigte Differenz: -14,8 Prozent). Ein nahezu identisches Ergebnis findet sich für das Jahr 2013 (altersbereinigte Differenz: -14,9 Prozent; Tab. 3.)

#### **Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

In Sachsen verstarben im Jahr 2014 deutlich mehr Patienten an ischämischen Herzerkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (rohe Differenz: +56,0 Prozent). Auch nach Altersbereinigung ist der Effekt mit 29,5 Prozent noch sehr deutlich. Für das Vorjahr 2013 ergaben sich nahezu identische Ergebnisse für diese Erkrankungsgruppe (Tab. 3).

Betrachtet man jedoch alle Herzerkrankungen und standardisiert wieder die sächsische Bevölkerung am Alter der Bundesbevölkerung liegt die altersbereinigte kardiale Sterblichkeit in Sachsen mit +8,8 Prozent nicht wesentlich über dem Bundesdurchschnitt (Tab. 3).

#### **Gegenüberstellung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

Vergleicht man die prozentualen Abweichungen der altersbereinigten Raten der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen mit dem Bundesdurchschnitt auf der Basis der Herzberichte 2015 und 2016, imponiert vor allem die nied-

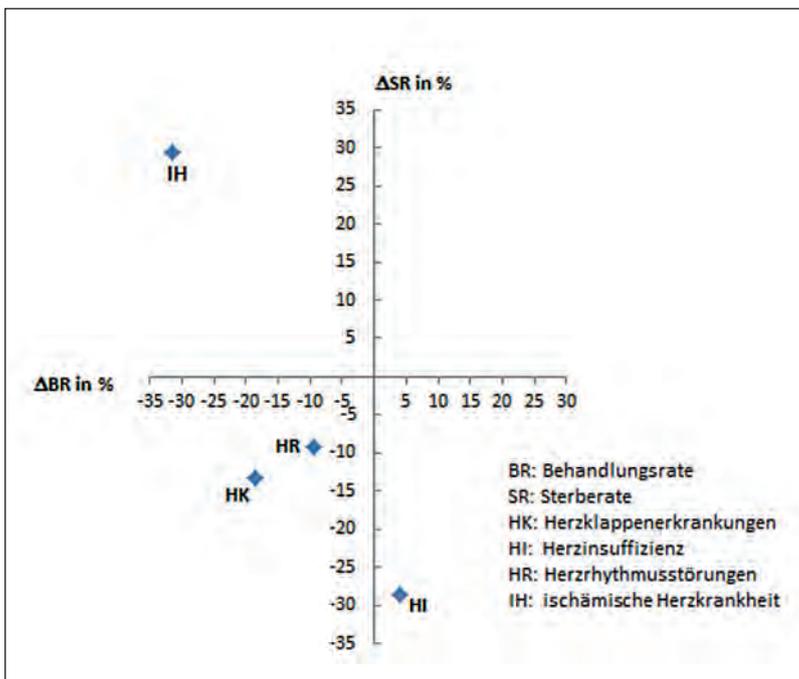


Abb.: Abweichungen der altersbereinigten Raten der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung) © Datenquelle: Deutscher Herzbericht 2016

rige stationäre Behandlungshäufigkeit (altersbereinigte Differenzen: -30,0 Prozent bzw. -31,6 Prozent) im Vergleich zur hohen Sterblichkeit (altersbereinigte Differenzen: +30,9 Prozent bzw. +29,5 Prozent) ischämischer Herzerkrankungen in Sachsen (Tab. 3). Ein genau umgekehrtes Verhalten ist für die Herzinsuffizienz feststellbar. Hier liegt die Inanspruchnahme stationärer Leistungen leicht über, die Sterblichkeit jedoch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Während die Konstellation „niedrige stationäre Behandlungshäufigkeit/hohe Sterblichkeit“ vor allem auf Versorgungsdefizite hinweisen könnte, deutet die Konstellation „hohe stationäre Behandlungshäufigkeit/niedrige Sterblichkeit“ eher auf gute Versorgungsstrukturen hin [5].

Für die Gruppe der Herzklappenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen fand sich kein gegensinniges Verhalten von stationärer Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit. Für beide Erkrankungsgruppen lag die stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit in Sachsen unter dem Bundesdurchschnitt. Die Abbildung illustriert die Verhältnisse noch einmal grafisch.

### Kardiologische und herzchirurgische Versorgung von ischämischen Herzerkrankungen in Sachsen und im Bundesdurchschnitt

Aufgrund der auffälligen Konstellation einer niedrigen stationären Behandlungshäufigkeit im Vergleich zu einer hohen Sterblichkeit ischämischer Herzerkrankungen in Sachsen, beschränkt sich die Darstellung der Versorgungssituation auf diese Erkrankungsgruppe.

Obwohl in Sachsen der Bevölkerung 2015 weniger Linksherzkatheter (LHK)-Messplätze zur Verfügung standen als dem Bundesdurchschnitt (in Sachsen kamen auf einen LHK-Messplatz 102.121 EW, im Bundesdurchschnitt dagegen kamen auf einen LHK-Messplatz 87.051 EW), unterschied sich die Zahl der LHK-Untersuchungen in Sachsen im Jahr 2015 vom Bundesdurchschnitt nur minimal. Während in Sachsen 1.086 Untersuchungen je 100.000 EW durchgeführt wurden, waren es im Bundesdurchschnitt 1.110 Untersuchungen je 100.000 EW.

Perkutane Koronarinterventionen (PCI) wurden in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit etwa

gleicher Häufigkeit durchgeführt (457 per 100.000 EW vs. 444 per 100.000 EW), während Bypass-Operationen etwas seltener (565 Eingriffe per 1 Millionen EW vs. 632 Eingriffe per 1 Millionen EW) durchgeführt wurden. Die Vergleichsanalysen sind leider nicht altersbereinigt. Altersbereinigte Analysen könnten die Versorgungssituation in Sachsen adäquater beschreiben. Notwendig wäre aber eigentlich eine umfassendere Risikoadjustierung, die aufgrund der Quelldaten leider nicht möglich ist.

### Zur spezifischen Situation in Sachsen

#### Erklärungsversuche

Die niedrige Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Vergleich zur hohen Sterblichkeit in Sachsen wegen ischämischer Herzerkrankungen ist kein neuer Befund, sondern seit Jahren bekannt und nahezu prototypisch für Sachsen [2].

Viele Experten verweisen in diesem Zusammenhang auf den etwas niedrigeren Bildungsgrad ländlicher Bevölkerungen mit seinen bekannten Einflüssen auf kardiovaskuläre Risikofaktoren, die soziale Lage oder das Gesundheitsbewusstsein. Andere sehen eher einen Zusammenhang mit regionalen Versorgungsstruktur- und Qualitätsdefiziten.

In einem bundesweiten Gesundheits-survey (GEDA-Studie) konnten regionale Unterschiede in der Prävalenz und Sterblichkeit kardiovaskulärer Erkrankungen nur bedingt durch Variationen im Alter, Geschlecht, sozialen Status oder in der Gemeindegroße erklärt werden [5]. Artefakte sind angesichts der Größe der Effekte eher unwahrscheinlich, sind aber aufgrund einiger Schwachstellen der Datenquellen beziehungsweise eines regional unterschiedlichen Kodierungsverhaltens, insbesondere bei den Todesursachen, nicht ganz auszuschließen [6].

Eine in den Ländern Finnland, Norwegen und Schweden vorgenommene Untersuchung zeigte hingegen, dass gut gebildete und verheiratete Menschen ein geringeres

Risiko aufweisen, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben, als Menschen ohne diese Merkmalsausprägungen [7].

Auch der deutsche Epidemiologe Prof. Dr. med. Andreas Stang misst sozialen Faktoren, wie Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsabschluss, eine maßgebliche Bedeutung zur Erklärung von regionalen Differenzen in der kardiovaskulären Sterblichkeit bei. In Bundesländern mit problematischer Sozialstruktur seien, von Ausnahmen abgesehen, kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Adipositas, metabolisches Syndrom, Diabetes, Rauchen oder Hypertonie häufiger anzutreffen als in sozial starken Ländern [8].

#### **Brucknerberger-Gutachten 2014 für die Sächsische Landesärztekammer [9]**

Zur weiteren Klärung der Situation beauftragte bereits 2014 die Sächsische Landesärztekammer Dr. Brucknerberger im Rahmen eines internen Gutachtens mit der Durchführung kreisbezogener Analysen auf der Basis des Deutschen Herzberichtes 2014, wobei sich die Daten auf das Jahr 2012 beziehen (Gutachten kann bei den Autoren angefordert werden).

Die Analysen zeigten eine große Variationsbreite der Abweichung der SBR (altersbereinigte Spannweite: -1,7 Prozent bis -43,8 Prozent) und SR (altersbereinigte Spannweite: +3,9 Prozent bis +50,2 Prozent) ischämischer Herzerkrankungen vom Bundesdurchschnitt über alle Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte Sachsens hinweg. In neun der 13 Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte Sachsens unterschritt die SBR den Bundesdurchschnitt um mehr als 20 Prozent (altersbereinigte Spannweite: -20,3 Prozent bis -43,8 Prozent). Dieser Effekt war nicht nur in einigen ländlichen Regionen Sachsens (Bautzen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) nachweisbar, sondern auch in den kreisfreien Städten.

Eine geringere Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen auf dem Lande könnte natürlich mit schwer erreichbaren stationären Angeboten zusammenhängen. Aber

es ist auch zu diskutieren, inwieweit die Bevölkerung bezüglich der Symptome eines akuten Infarktes auf dem Land schlechter sensibilisiert ist als in der Stadt.

Eine geringere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in der Stadt dürfte vor allem auf eine gute ambulante fachärztliche Betreuung sowie im ambulanten Bereich bestehende integrierte Versorgungsmanagement-Programme zurückzuführen sein.

In zehn Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten Sachsens überschritt die SR den Bundesdurchschnitt um mehr als 20 Prozent (altersbereinigte Spannweite: +23,9 Prozent bis +50,2 Prozent). In den Landkreisen Leipzig, Mittelsachsen, Erzgebirge und Görlitz fanden sich sogar Überschreitungen der SR um mehr als 40 Prozent (altersbereinigte Spannweite: +43,9 Prozent bis +50,2 Prozent), während in den kreisfreien Städten Dresden und Leipzig sowie im Landkreis Meißen die Überschreitung der Sterblichkeit am geringsten ausfiel. Die These, dass schlechte Versorgungsstrukturen zu einer geringeren stationären Behandlungshäufigkeit und höheren Sterblichkeit führen, konnte zumindest für den Landkreis Görlitz durch eine regionale Detaildatenerfassung ausgeschlossen werden. Hier sollte unbedingt mehr in die Aufklärung der Bevölkerung investiert werden.

Brucknerberger analysierte auch die Verteilung der LHK-Messplätze auf die Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens. In den Landkreisen Nord-sachsen und Mittelsachsen existierten 2012 keine LHK-Messplätze. An dieser Situation hat sich bis heute nichts geändert.

#### **Fehlende Trendanalyse in den Ländern**

Im Deutschen Herzbericht werden bundeslandspezifische Trendanalysen nicht aufgeführt. Will man die zeitliche Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit und Versorgung von Herzerkrankungen in einem Bundesland darstellen, muss man auf die alten Berichte zurückgreifen. Vergleicht man die Daten des Deutschen Herzberichts

2016 mit dem Herzbericht 2012 hat sich an der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit in Sachsen wegen ischämischer Herzerkrankungen nichts geändert (Abweichung der altersbereinigten SBR bzw. SR vom Bundesdurchschnitt 2012: -28,0 Prozent respektive +30,4 Prozent). Auf ältere Datenbestände konnten wir leider nicht zurückgreifen.

Eine Trendanalyse über einen längeren Zeitraum hinweg erscheint uns aber dringend indiziert, um sich ein klares Bild über den Zeitverlauf von stationärer Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit und Versorgung bei ischämischen Herzerkrankungen in Sachsen verschaffen zu können. Deshalb wäre es bedeutsam, wenn die Herzstiftung beziehungsweise Dr. Brucknerberger die Langfassungen aller existierenden Herzberichte online für weiterführende Analysen zur Verfügung stellen würden.

#### **Gibt es „sächsische Risikofaktoren“ für Herz-Kreislauf-Erkrankungen?**

Sachsen ist durch wirtschaftlich starke Ballungszentren im Bereich der Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz und durch einen wirtschaftlich differenziert entwickelten ländlichen Raum gekennzeichnet. Dadurch hat Sachsen eine bessere wirtschaftliche Position als die anderen ostdeutschen Flächenländer, was sich insbesondere in den Ballungsräumen positiv auf die soziale Lage und die medizinische Versorgung auswirkt. Von einer „typisch sächsischen Risikolage“ für Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann nicht ausgegangen werden. Eher ließe sich eine Risikospezifik für den Bereich der neuen Bundesländer insgesamt ausmachen. Die Wechselwirkung zwischen den in der DDR über Jahrzehnte gegebenen materiellen Lebensgrundlagen (zum Beispiel Einkommensverhältnisse, Entwicklungsstand der medizinischen Versorgung, Ernährungsangebote, usw.) und den sozialen Lebensverhältnissen mag nicht unwesentlich zu einer gewissen Spezifik der Risikofaktoren in den ostdeutschen Bundesländern

geführt haben. Möglicherweise wirken manche Risikofaktoren auch heute noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands nach und sind deshalb immer noch bei der Gruppe der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders exponierten Über-60-Jährigen nachweisbar. Andererseits haben sich heute die ehemals großen Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Ost- und Westdeutschland, insbesondere bei Frauen, nahezu ausgeglichen [10].

### Zum medizinischen Versorgungsgrad

Im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung, bei der es in einigen sächsischen Regionen (Freiberg, Marienberg, Großenhain, Bischofswerda, Niesky, Oschatz) Schwierigkeiten mit der hausärztlichen Bedarfsdeckung gibt, liegt bei der internistischen, insbesondere kardiologischen Versorgung, und der Versorgung durch invasiv kardiologische Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser, keine Unterversorgung in Sachsen vor [11].

Bezogen auf die integrierte Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Invasivzentren gehört Sachsen, neben Baden-Württemberg, zu den Leuchttürmen auf dem Gebiet der selektivvertraglichen Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das größte sächsische Projekt ist das seit 15 Jahren bestehende Versorgungsmanagement-Programm „CARDIO-Integral“ der AOK Plus, in das aktuell 90.000 Patienten eingeschrieben sind, und an dem derzeit 1.271 Hausärzte, 95 Fachärzte und fünf invasivkardiologische Zentren teilnehmen. In diesem Projekt arbeiten die Leistungserbringer nach leitliniengerechten vertraglichen Vorgaben qualitätsgesichert koordiniert zusammen [12]. Neben diesem Projekt existieren in Sachsen unter anderem auch Verträge zur besonderen Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gem. § 140a SGB V der BARMER, der DAK und IKK.

Trotz einer bundesweit günstigen Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit zeigt insbesondere der länderr-



Ausdauersportarten, wie zum Beispiel Wandern, stärken Herz und Kreislauf.

© Fotolia/Tilly

übergreifende Vergleich der Infarkt-Sterblichkeit weitere Verbesserungsbedarfe im Freistaat Sachsen. Diese hängen primär nicht mit strukturellen Versorgungsdefiziten zusammenhängen, denn weder die Dichte an Linksherzkatheter-Messplätzen noch die an Chest Pain Units korreliert mit der KHK- oder Infarktsterblichkeit [4]. Die These „Mehr Leistungserbringer bewirken mehr Qualität in der Versorgung“ ist jedenfalls im Segment der invasivkardiologischen Versorgung so generalisierend nicht richtig. Vergleiche haben belegt, dass Zentren mit hohen Fallzahlen und entsprechenden strukturellen und personellen Kapazitäten und Qualifikationen deutlich bessere Ergebnisse, sowohl mit Blick auf Komplikationen als auch auf Mortalität, nachweisen können. Dazu erforderlich ist eine qualitativ hochwertige Versorgung 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr. Dies sicherzustellen erfordert bei weitem nicht nur die Verfügbarkeit der zur Versorgung notwendigen Linksherzkatheter-Messplätze und weiterer Medizintechnik. Es fordert vor allem anderen zunächst die Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Fachkräfte, also in erster Linie erfahrene Invasivkardiologen, aber auch deren medizinisches und medizintechnisches Assistenzpersonal. Nicht von ungefähr sind deshalb die personellen Anforderungen der „Vereinbarung zur invasiven Kardiolo-

gie“ der KBV gemäß § 135 SGB V auch diesbezüglich an sehr hohe Voraussetzungen gebunden. Das Problem, das entsprechende Fachpersonal in ausreichender Anzahl auch in den peripheren Gebieten stabil vorhalten zu können und dazu auch noch an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr, lässt sich oft nicht lösen. Abstriche in der Qualität der Versorgung durch weniger qualifiziertes Personal oder ein Labor, das keine 24h-Bereitschaft garantieren kann, dürfen aber keinesfalls hingenommen werden.

Ungeachtet dessen kommt man aber auch nicht an der Erkenntnis vorbei, dass die Prozess- und Ergebnisqualität der Invasivzentren in Sachsen sehr unterschiedlich ist. Man kann nicht über Verbesserungsmaßnahmen entscheiden, ohne hier über einen transparenten risikoadjustierten Vergleich der Ergebnisse aller sächsischen Zentren zu verfügen, der bis heute leider nicht vorliegt.

### Ursachenanalysen zur Aufklärung kardiovaskulärer Sterblichkeit

Zur Erklärung der Sterbeziffern an kardiovaskulären Erkrankungen fehlen derzeit aktuelle Erhebungen auf der Grundlage eines Ursachenkataloges. Dieser Katalog sollte einen umfassenden Datenpool zum Patienten abbilden, wie Lebensweise,



Die Optimierung der Rettungskette ist ein wesentliches Ziel.

© TK

Lebensstandard, soziale Situation, Bildung, individuelles Risikoprofil, Begleiterkrankungen und vieles mehr. Mit methodischen Einschränkungen wäre zu diesem Zweck ein Propensity-Score-Matching auf der Basis von GKV-Routinedaten vorstellbar. Auch demografische Daten, wie Bevölkerungsdichte und -zusammensetzung im Freistaat sowie Angaben zur individuellen Patientenreaktion bei Anzeichen für einen Herzinfarkt, die private Lebenssituation des Patienten (Single- oder Mehrpersonenhaushalt) sowie Schnelligkeit, Qualität und Organisation des Rettungsdienstes oder die Entfernung der NAW-Anfahrten zum Patienten wären mit zu berücksichtigen.

### Information, Aufklärung und Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen

Mögliche Wege zur Reduktion kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität, einschließlich bundeslandspezifischer Unterschiede, wären die flächendeckende Bereitstellung niederschwelliger Präventionsangebote sowie die Verringerung regionaler Variationen in der medizinischen Versorgungssituation. Informationsveranstaltungen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden in Deutschland beispielsweise im Rahmen der ‚Herzwochen‘ der Deutschen Herzstiftung angeboten. Zusätzlich sollten perspektivisch auch

zunehmend Präventionsstrategien verfolgt werden, die an den Lebenswelten sozial benachteiligter Gruppen ansetzen, wie zum Beispiel die sächsische stadtteilbezogene Projektinitiative „Grünau bewegt sich“ [13].

### Fazit und Empfehlungen

Sachsen ist auf dem Weg zur Eindämmung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein gutes Stück vorangekommen. Dennoch zeigt der länderübergreifende Vergleich der Sterblichkeit an ischämischen Herzerkrankungen weiteren Handlungsbedarf. Sachsen zeichnet sich durch eine gute fachärztlich internistisch-kardiologische Versorgungslage, insbesondere in den Ballungsräumen, und eine beispielgebende integrierte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und stationären Zentren aus. Damit dürfte die erhöhte KHK-Sterblichkeit in Sachsen, mit Ausnahme einiger ländlichen Regionen mit hausärztlicher Unterversorgung, vorwiegend mit einer besonderen Risikokonstellation der ostdeutschen Bevölkerung für ischämische Herzerkrankungen, einer geringeren Sensibilisierung der ländlichen Bevölkerung bezüglich der Symptome eines akuten Herzinfarktes sowie mit der Prozess- und Ergebnisqualität invasiv-kardiologischer Zentren zusammenhängen. Letztendlich fehlen jedoch aussagekräftige Analy-

sen mit komplexer Risikoadjustierung unter Einbezug einer Vielzahl von potenziellen Einflussfaktoren, um die erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt einigermaßen schlüssig zu erklären und die Bedeutung einzelner Faktoren herauszuarbeiten.

Ungeachtet fehlender aussagekräftiger Analysen zur Erklärung der erhöhten kardiovaskulären Sterblichkeit in Sachsen ist die Implementierung nachhaltiger Präventionsstrategien nach dem Mehrebenenmodell zur Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren von großer Bedeutung [14]. Dazu bedarf es zum einen eines klinisch-präventiven Ansatzes mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung und Behandlung biomedizinischer Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen oder Depression (Sekundärprävention). Zum anderen sind entsprechende Rahmenbedingungen für die Bevölkerung zu schaffen, die gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie körperliche Aktivität oder gesunde Ernährung, begünstigen beziehungsweise erst ermöglichen (Primärprävention im Sinne von Verhältnis- und Verhaltensprävention). Dabei ist eine systematische und kontinuierliche Aufklärung und Sensibilisierung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen über die kardiovaskulären Risikofaktoren in den Lebenswelten Kitas, Schulen und Betrieben erforderlich [2].

Auf der Basis des Herzberichts 2016, der sachsen-spezifischen Versorgungslage von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fehlender aussagekräftiger Ursachenanalysen zur kardiovaskulären Sterblichkeit sowie fehlender transparenter Qualitätsvergleiche zwischen den Invasivzentren werden folgende Empfehlungen ausgesprochen. Sie sollen zum einen dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Angebote zur kardiovaskulären Prävention in Sachsen zu verbessern, zum anderen die Ursachen der erhöhten KHK-

Sterblichkeit in Sachsen weiter abzuklären:

1. Die integrierte Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollte einen Schwerpunkt bei der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung im Freistaat Sachsen bilden. Für Patienten bedeuten integrierte Versorgungsprogramme vor allem ein verbesserter Zugang zum Facharzt und invasiven Leistungserbringer. Weiterhin sollte an die bestehende Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Krankenkassen im Rahmen der Selektivversorgung und des strukturierten Behandlungsprogramms „KHK“ angeknüpft werden mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten/Praxiskliniken, Krankenhäusern, Rehabilitation und gegebenenfalls Pflegeeinrichtungen noch intensiver leitliniengerecht und unter Einbindung nachhaltiger Präventionsstrategien zu koordinieren. In diesem Kontext sind auch tragfähige Evaluationen über längere Zeiträume zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität integrierter Versorgungsprogramme zu fordern.
2. Für die Erbringung von spezialisierten invasiv-kardiologischen Leistungen durch Krankenhäuser und Praxiskliniken sollten auf der Grundlage der „Vereinbarung zur invasiven Kardiologie“ bessere Strukturvoraussetzungen angestrebt werden. Für Invasivzentren muss eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ mit einer entsprechenden Anzahl von qualifizierten Fachärzten und einer nachgewiesenen Mindestausstattung gefordert werden. Die Bedarfsplanung sollte an objektiven Erfordernissen der Bedarfsdeckung ohne kategorisches „Abriegeln am Planungsstatus des Leistungserbringers“ festgemacht werden. Unverändert bleibt die Optimierung der Rettungskette ein

wesentliches Ziel bei der Behandlung des akuten Myokardinfarktes. Im Falle des ST-Hebungs-/ Nicht-ST-Hebungsinfarktes sollte die Versorgung der Patienten in Kliniken mit invasivkardiologischen Versorgungseinheiten erfolgen. Dadurch werden die für Patienten ungünstigen Sekundärverlegungen vermieden. Für Patienten mit unklaren Thoraxschmerzen sollte die rasche Vorstellung in entsprechend spezialisierten fachärztlichen und klinischen Versorgungsstrukturen erfolgen. Chest Pain Units stellen dabei von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e. V. zertifizierte Struktureinheiten dar [15]. Erfahrungsgemäß geht jedoch bei einem Herzinfarkt immer noch die meiste Zeit bis zum telefonischen Erstkontakt verloren. Wird die Rettungskette zu spät aktiviert, bringen Optimierungen der Rettungskette oder der Pforte-Ballon-Zeit nur marginale Verbesserungen mit sich [2]. An der Verkürzung der Prähospitalzeit im Rettungswagen und der Pforte-Ballon-Zeit wird seit Jahren gearbeitet. Wichtig sind auch hier vor allem Aufklärungsaktionen der Bevölkerung über die Symptomatik des Herzinfarktes.

3. Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen über die Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sollte unverzüglich Transparenz über die Daten der Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Prozess- und Ergebnisqualität auf dem Gebiet der invasiven Kardiologie und Herzchirurgie hergestellt werden. Vorgeschlagen wird ein risikoadjustierter Qualitätsvergleich der Leistungserbringer, im Sinne einer (fach-)öffentlichen Auswertung der Daten der externen Qualitätssicherung und der GKV-Routinedaten.
4. Es wird angeregt, von staatlicher Seite die Information und Aufklä-

- rung über Grundvoraussetzungen für eine gesunde Lebensführung zu verstärken. Im Rahmen der Umsetzung der sächsischen Landesrahmenvereinbarung des Präventionsgesetzes sollten die Kassen verstärkt settingbezogene Projekte in Kitas und Schulen fördern, die auf die Reduzierung kardiovaskulärer Risikofaktoren abzielen. Dabei wäre insbesondere auf aussagekräftige Evaluationen zu achten, die die Bewertung komplexer Interventionen mit ihren sich wechselseitig bedingenden Einzelkomponenten beinhalten sollten [16]. Erfahrungen aus der medizinischen Ernährungsberatung – insbesondere der Rehabilitationseinrichtungen – für Patienten mit schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen weiterhin auf zum Teil erhebliche Defizite der Patienten mit erlittenem Herzinfarkt bezüglich Kenntnisse über eine gesunde Ernährung und Lebensführung hin. Last but not least sollten flächendeckend Programme angeboten werden, die die Bürger sowohl in der Wahrnehmung und Deutung einer akuten Herzsymptomatik als auch in der Hilfe-Inanspruchnahme schulen.
5. Zur Abklärung der erhöhten KHK-Sterblichkeit in Sachsen sollten aussagekräftige Ursachenanalysen mit komplexer Risikoadjustierung unter Einbezug einer Vielzahl von potentiellen Einflussfaktoren durchgeführt werden. Ein entsprechendes Projekt/Gutachten sollte von staatlicher Seite aus gefördert werden.

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:  
Dr. med. Thomas Brockow  
Leiter des Referats „Medizinische und ethische Sachfragen“  
Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
E-Mail: t.brockow@slaek.de

## Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Hebammen

Am 24. Januar 2018 fand im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer die inzwischen 11. gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Perinatologie/Neonatalogie mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V. statt.

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen ist in Sachsen traditionell sehr gut, die Themen der Veranstaltung sind immer Schwerpunkte des geburtshilflichen Arbeitens der Hebammen.

Der erste Beitrag von Grit Kretschmar-Zimmer beschäftigte sich mit den Möglichkeiten, Chancen und Ergebnissen der Projektkoordinierungsstelle „Hebammen in Sachsen“. Die Geschäftsstelle wurde durch eine fraktionsübergreifende Entscheidung auf Initiative der Grünen Fraktion ins Leben gerufen. Die Hebamme Anke Uhlig hat ihre Arbeit dort bereits aufgenommen.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat dabei gemeinsam mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V. ein Programm erarbeitet, welches die Hebammenversorgung in Sachsen sichern soll, denn Sachsen ist deutschlandweit Spitzenreiter bei der Geburtenrate. Ziel der Geschäftsstelle ist die Vernetzung der Hebammen untereinander, die Koordination von freien Kapazitäten, die Nachwuchsgewinnung, Hilfen beim Berufsstart, Hilfen beim Wiedereinstieg in die klinische Geburtshilfe und Unterstützung anderer berufsrelevanter Felder, zum Beispiel auch die Entwicklung eines Gesundheitsziels „Natürliche Geburt“.

Im zweiten Beitrag referierte Anke Wiemer, freiberufliche Hebamme, wie jedes Jahr über die Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe. Von insgesamt 1.005 außerklinisch begonnenen Geburten wurden 119 Frauen (11,8 Prozent) wegen Kom-



Dr. med. Gabriele Kamin (l.) und Stephanie Hahn-Schaffarczyk moderierten die Veranstaltung. © SLÄK

plikationen im Geburtsverlauf in Kliniken verlegt und dort entbunden, davon 40 Prozent per Kaiserschnitt. Es wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Bundesländer gewünscht, um mehr Datenvalidität zu erhalten.

Der folgende Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig beschäftigte sich mit der Wärmepflege post partum – ein wichtiger Qualitätsindikator der Beurteilung der perinatalen Versorgung. Ein noch zu großer Anteil der in neonatologische Abteilungen verlegten Kinder weist eine Körpertemperatur  $<36,5^{\circ}\text{C}$  auf. Die Konsequenzen sind Vasokonstriktion, Engstellung der pulmonalen Gefäße und daraus resultierend eine pulmonale Hypertension. Deshalb ist die Vermeidung von Wärmeverlusten im Kreißsaal und an den Reanimationsplätzen ein zentrales Thema. Die Möglichkeiten der Vermeidung sind einfach – Abtrocknen, auf der Brust der Mutter lagern oder in vorgewärmte Tücher einpacken. Natürlich muss die Transporteinheit – vor allem für die Kleinsten notwendig – immer gut vorgewärmt sein.

Der zweite Abschnitt der Veranstaltung war dem Thema Infektionen gewidmet. Dr. med. Sylvia Junghanß aus dem Fachkrankenhaus Coswig sprach über die Bedeutung der Tuberkulose. Sie stellte voran, dass circa zehn Prozent aller Infizierten erkranken und dabei in 80 Prozent eine Lungentuberkulose entsteht. Betrachtet man die größeren, das gesamte Bundesgebiet umfassenden Zahlen, so ist ersichtlich, dass 74 Prozent der Erkrankten nicht in Deutschland geboren wurden. Bei einer Infektion während einer bestehen-

den Schwangerschaft kann und muss standardisiert behandelt werden, Stillen ist auch unter Therapie erlaubt.

Dr. rer. nat. Susanne Bastian vom Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz referierte anschließend über die Risiken bei der Reptilienhaltung im Haushalt. Hier ist insbesondere zu beachten, dass Reptilien Salmonellenträger und -ausscheider sind und Gefahren für Schwangere und Kleinkinder darstellen. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Aufklärung bereits vor der Geburt eines Kindes, weiterhin natürlich die Händedesinfektion, strenge Trennung von diesen Tieren und Kindern  $< 5$  Jahre, das heisst möglichst kein freier Auslauf der Tiere in der Wohnung der Familie. Auch in Kindertagesstätten sollten keine Reptilien gehalten werden.

Der Vortrag von Dr. med. Jakob Armann, Kinderklinik Universitätsklinikum Dresden, beschäftigte sich mit multiresistenten Erregern. Besonders bezog er sich in seinen Ausführungen auf die Unterscheidung von Kolonisation und Infektion. Die Pflege dieser Patienten wurde erläutert und klargestellt, dass eine Trennung von Mutter und Kind bei entsprechender Hygiene nicht notwendig ist.

Den letzten Beitrag leisteten zwei freiberuflich tätige Hebammen, Steffi Möller und Silke Zocher, gemeinsam mit einer ehemaligen Patientin. Sie stellten vor, wie schwierig es ist, das Konzept „Sternenkinder“ (Bestattung ganz früh im Mutterleib verstorbener „Sternenkinder“ mit einem Geburtsgewicht von  $< 500\text{g}$ ) bei nicht stationär behandelten Müttern umzusetzen.

Alles in allem konnten wir uns für interessante Vorträge und eine lebhaft diskutierte Diskussion bei den Anwesenden bedanken, für 2019 werden schon Themenwünsche gesammelt.

Dr. med. Gabriele Kamin  
Vorsitzende der Arbeitsgruppe  
Geburtshilfe/Neonatalogie

# Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt

Auf diesem Weg möchte ich einen Fall darstellen, der mir kürzlich begegnet ist. Da dieser Fall viele – aus meiner Sicht verbesserungswürdige – Einzelprobleme aufweist, die mir einzeln oder in Kombination in letzter Zeit immer wieder begegnen, liegt mir die Aufarbeitung des Falls sehr am Herzen.

## Ausgangslage

Ich hatte an einem Mittwoch als niedergelassener Hausarzt in einem mittelsächsischen Dienstbereich kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, als am Abend gegen 18.00 Uhr mein Handy klingelte. Meine Telefonnummer hatte sich Herr S. über die Bereitschaftsdienstnummer 116 117 besorgt.

## Fallbeschreibung

- 82 Jahre alter Patient, alleinlebend
- seit einer Woche Durchfall
- neu dazugekommene Rückenschmerz mit Beschwerden im Liegen und Sitzen
- Ibuprofen immer wieder eingenommen, „würde nicht mehr richtig wirken“
- pectanginöse Beschwerden und Luftnot verneint

## Befund

- Auslösung von Schmerzen bei Druck auf die paravertebrale Muskulatur

## Vorschlag an den Patienten

- wegen der tagelang anhaltenden Diarrhoe zur schnellen Abklärung Einweisung in ein Krankenhaus empfohlen, was der Patient ablehnte

## Absprache mit dem Patienten

- Gabe von Novamin und Quadeln mit Lidocain, Hausarztbesuch am Folgetag

## Verlauf

- erneuter Anruf des Patienten am Folgetag um 18.15 Uhr
- Rückenschmerzen hätten stark zugenommen, Patient bittet

dringlich um einen erneuten Arztbesuch

Auf die Frage nach einer Konsultation beim Hausarzt antwortet der Patient, dass er eine Schmerzsalbe gegen die BWS-Beschwerden und Loperamid gegen den Durchfall erhalten habe.

## Konsequenzen

Für mich ergaben sich drei Optionen: 1. Notruf 112 wählen.

Da die Notrufe in unserer Region seit August 2017 nur noch über die Großleitstelle in Chemnitz disponiert werden (vorher Rettungsleitstelle Grimma) und ich schon zahlreiche Negativerlebnisse seit der Zugehörigkeit zu den neuen Leitstellen gesammelt hatte, bestand die Gefahr, dass der Leitstellendisponent mit ausschließlich Großstadterfahrungen dem Patienten einen Rettungswagen und insbesondere auch den Notarzt vorenthalten würde und ihn an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen würde. Rückenschmerzen sind ja nur was für den Arzt vom KV-Dienst.

2. Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Nummer 116117 informieren.

Dieser ist erst ab 19 Uhr besetzt. Bis ein Hausbesuch erfolgen könnte, würden unter Umständen Stunden vergehen.

3. Obwohl nicht mehr im Dienst, selbst vorbei schauen.

Ich wählte die 3. Option, da das Beschwerdebild des Patienten mit der Reaktion des Hausarztes aus meiner Sicht nicht übereinstimmte.

Bei dem erneuten Hausbesuch berichtete der Patient, dass der Hausarzt eine Krankenhauseinweisung nicht für erforderlich hielt. Bei der klinischen Untersuchung fanden sich deutliche Rasselgeräusche über der gesamten Lunge. Daraufhin rief ich die Leitstelle unter 112 an. Der Leitstellendisponent schickte einen RTW. Nach Eintreffen des RTW, der über ein 12-Kanal-EKG-Gerät verfügt, ergab das abgeleitete EKG eine deutliche ST-Hebung in II/III, avF, ST Senkung in V1 und V2.

Da sich das nächste Herzzentrum in 60 Kilometer Entfernung befand, ich in Zivil war und keine BTM bei mir führte, forderte ich einen Notarzt zur Patientenbegleitung an. Der Disponent fragte ironisch nach, ob wir nicht allein zu Recht kämen. Dann war das Telefonat unterbrochen.

Um es abzukürzen: Da die Alarmierung des Notarztes nicht erfolgt war, entschloss ich mich, den Patienten selbst in die Großstadtklinik zu begleiten.

Dann versuchte ich Herrn S. im Herzzentrum anzumelden. Da hörte ich von dem ärztlichen Kollegen aus dem Herzzentrum dass das Herzzentrum „abgemeldet“ sei und keine Patienten aufnehmen könne. Er fragte mich, ob ich eine andere Klinik finden könnte. Ich erinnerte nochmals, dass es sich um einen Patienten mit STEMI handelt und das Herzzentrum immerhin über ein Herzkatheterlabor verfüge.

Auf der Fahrt zeigten sich dann bereits gehäuft ventrikuläre Extrasystolen. Dennoch konnten wir Herrn S. problemlos am Zielkrankenhaus übergeben.

Im Katheterlabor bestätigte sich ein höchstgradig verengtes Koronargefäß, das durch die sofortige Intervention wieder eröffnet werden konnte.

## Was lief schief?

1. Der Hausarzt hat die Beschwerden des Patienten nicht ernst genommen. Es herrscht unter niedergelassenen Ärzten mittlerweile eine zunehmende Regressangst gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, da wegen „unnötig“ ausgestellter Einweisungsscheine eine erhebliche Geldstrafe drohen könne.

2. Die Abstimmung mit der Leitstelle war problematisch.

Die Etablierung von Großleitstellen hat neben ihren Vorteilen auch viele – sogar sehr viele – Schattenseiten, mit denen man sich mal beschäftigen sollte. Wir erleben demotivierte Großstadt-Disponenten oder „abgeklärte“ Disponenten, die in ihrem Leben wohl schon alles erlebt haben, wenn man diese stoische Gelassenheit und Ironie an den Telefonhörern erlebt. Auf der anderen Seite geben

jedoch mittlerweile nur noch Rechner taktische Entscheidungen zum Einsatz von Rettungsmitteln vor, die nicht nachvollziehbar sind. Auch Leitstellendisponenten arbeiten unter sehr hohem politischen Druck. Ihnen drohen Kritiken und Sanktionen durch ihre Vorgesetzten oder sie müssen Stellungnahmen abgeben, wenn sie andere, eigene Entscheidungen treffen als die, die der Computer vorschlägt. Stupidies Abarbeiten von Rechnerempfehlungen sollte durch aktives Denken in den Leitstellen ersetzt werden.

Zurzeit verlängern sich die Rettungszeiten. Hilfsfristen werden nur zu einem geringeren Prozentsatz eingehalten. RTW stehen für Folgeeinsätze erst sehr verzögert wieder zur Verfügung. Der Verschleiß der Fahrzeuge nimmt mehr und mehr zu. Es fehlen Ortskenntnisse seitens der Disponenten in den ländlichen Rettungsdienstbereichen. Erfahrungen, die man bei Rettungsdienst-Einsätzen in Großstädten gesammelt hat, kann man nicht 1:1 aufs Land übertragen. Längere Anfahrtswege müssen berücksichtigt werden. Nicht jeder Patient der die 112 ruft, leidet nur an einer Lapalie, auch wenn das die Einsatzdichte in den Großstädten erahnen lässt. Auf dem Land reicht es oft

nicht, erst mal nur den Rettungswagen ohne Notarzt loszuschicken.

Zu Patienten mit schweren Luftnotfällen werden nur noch RTW ohne Notarzt geschickt, wenn die Beschwerden schon einige Tage bestehen. Es wird nicht mehr mit den im Einsatz befindlichen Rettungsdienst-Kollegen Rücksprache gehalten. Es wird nicht mehr nachgefragt, ob ein Notarzt für einen eventuellen Folgeeinsatz abkömmlich ist. Die Rettungskräfte auf den Fahrzeugen werden dadurch demotiviert. Notärzte sind frustriert über fehlende Einflussnahme-Möglichkeiten. Krankenhäuser melden sich regelmäßig ab.

3. Das Herzzentrum hat sich abgemeldet.

Liebe Krankenhausgeschäftsführer, Chefärzte und Politiker: Für Notärzte, die mit Patienten mit ernst zu nehmenden lebensbedrohlichen Krankheitsbildern unterwegs sind und froh sind, wenn sie den Patienten lebend ins ausgewählte Krankenhaus bekommen, ist die Aussage „wir sind abgemeldet und können nichts aufnehmen“ eine ganz unpassende Antwort. So kann man sich sicherlich vor einer Überlastung von Betten schützen, jedoch erinnere ich daran, dass jedes Krankenhaus auch einen

Versorgungsauftrag hat. Und jederzeit ist in einem Krankenhaus sicherzustellen, dass die Akutversorgung instabiler Patienten gewährleistet ist. Einzige Ausnahmen sind die Aktivierung des Krankenhausalarmpfanes beziehungsweise eine Großschadenslage mit einem Massenansturm geschädigter Patienten.

4. Verfügbarkeit des KV-Dienstes

Die Idee, zunehmend Einsätze auf den KV-Dienst abzuwälzen, bringt aus meiner Sicht nichts, da bei der Zunahme der Multimorbiditäten von Patienten mehr als nur ein Stethoskop erforderlich ist, um ernste Krankheiten zu erkennen. Somit verlagert man die Probleme nur in eine andere Zuständigkeit. Außerdem sind vielfach im KV-Dienst Ärzte aus Fachrichtungen „zwangsverpflichtet“, die nur bedingt über ausreichende allgemeinmedizinische Erfahrungen verfügen. Eine grundlegende Neuregelung der Bereitschaftsdienste erscheint dringend notwendig zu sein, um auch die überquellenden Notfallambulanz zu entlasten.

Name des Autors der Redaktion bekannt

Text wurde redaktionell überarbeitet und gekürzt.

## Sächsischer Selbsthilfepreis 2018

### Ersatzkassen fördern die Selbsthilfe

Die moderne Medizin vermag nicht allen Menschen zu helfen. Viele bleiben über Jahre krank, haben Schmerzen, sind gelähmt oder von Depressionen geplagt. Lebenspraktische Hilfe finden Betroffene und Angehörige in Selbsthilfegruppen. Hier treffen sie Menschen, die in ähnlich schwierigen Lebenssituationen sind und sich gegenseitig unterstützen.

Die Ersatzkassen wollen die Selbsthilfe weiter befördern und schreiben in diesem Jahr zum siebenten Mal den „Sächsischen Selbsthilfepreis“ aus. Gesucht werden nachahmens-

werte Projekte und Ideen von sächsischen Selbsthilfegruppen: Wie geben diese ehrenamtlichen Helfer anderen Menschen wieder Lebensmut? Wie helfen sie den Alltag zu meistern und gewinnen Nachwuchs für ihre Gruppen? Ebenso gefragt sind Konzepte von jungen Betroffenen, die neue Wege bei der Selbsthilfe gehen.

Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf der Selbsthilfearbeit von pflegenden Angehörigen. Silke Heinke, Leiterin der Landesvertretung Sachsen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) sagt dazu: „Die meisten Pflegebedürftigen werden zu Hause von den Kindern, dem Partner oder den Eltern gepflegt. Das geschieht sieben Tage in der Woche, ohne Blick auf die Uhr. Diese große Leistung der Familie muss in

unserer Gesellschaft mehr gewürdigt werden.“

Für die besten Ideen wird ein Preisgeld von 10.000 Euro ausgelobt. Eine Fachjury entscheidet über die Vergabe. Bewerbungen können bis **30. Juni 2018** eingereicht werden. Interessierte finden weitere Informationen und die Antragsunterlagen auf den Internetseiten der vdek-Landesvertretung Sachsen unter [www.vdek.com/LVen/SAC](http://www.vdek.com/LVen/SAC).

In Sachsen bestehen rund 1.000 aktive Selbsthilfegruppen für fast alle körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie Behinderungen.

Dirk Bunzel  
Referatsleiter Presse-/Öffentlichkeitsarbeit  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Landesvertretung Sachsen  
Glacisstraße 4, 01099 Dresden

## Die Stunde der Spezialisten

**Autorin: Barbara Zoeke**  
**Verlag: Die Andere Bibliothek,**  
**Berlin, 2017, gebundene**  
**Ausgabe, 300 Seiten**  
**Preis: 42,00 Euro**  
**ISBN: 978-3-84770-393-8**

Das Buch erzählt in zutreffender und berührender Weise aus der Sicht individueller Opfer- und Täterbetroffener den verbrecherischen Wahnsinn des Euthanasieprogramms der Nazis im sogenannten Dritten Reich.

Der Roman beschreibt den Lebens- und Leidensweg eines Professors für Altertumsforschung mit dem erblichen Nervenleiden einer Chorea Huntington. Trotz eindringlicher Warnungen seines Freundes und Kollegen vor den drohenden Gefahren für ihn im Nazi-Deutschland bleibt er bei Progredienz des Nervenleidens zu lange mit Frau und Tochter in seinem Lebensumfeld im Land. Nach einem krankheitsbedingtem Sturz mit Fraktur begegnet er in der Charité Prof. Ferdinand Sauerbruch, der ihn operiert und ihm zur weite-



ren Rehabilitation die Wittenauer Heilstätten empfiehlt. Dort begegnet er Mitpatienten, die trotz neurologisch-psychiatrischer Betroffenheiten warme Mitmenschlichkeit ausstrahlen und sich zu einer interagierenden Kleingruppe formieren. Trotz widriger Umstände mit mangelhafter Ernährung und barscher rassenhygienisch intendierter medizinischer „Führung“ versucht die Stationschwester Rosemarie ihren Patienten Hilfe und

Unterstützung zu geben, wo es ihr möglich ist. Auch vermitteln Krankenhausbesuche von Verwandten kleine Freuden und Hoffnung für die Zukunft nach dem Krieg. Doch diese Träume sollten sich nicht erfüllen, da der Professor und ein Mitpatient durch „Verlegung“ in eine der Tötungsanstalten ihrem grausamen Schicksal nicht entkommen konnten.

Barbara Zoeke schildert die furchtbaren Geschehnisse aus unterschiedlichen Blickwinkeln – emphatisch und erschütternd zugleich. Es gelingt ihr, durch exakte historische Recherche, psychologisches Fachverständnis sowie schriftstellerische Expertise diese NS-Verbrechen zu vergegenwärtigen und den Opfern, Angehörigen und Tätern eine literarische Stimme zu geben. Der Anhang mit Begriffserklärungen zu Personen und Sachverhalten rundet dieses sehr lesenswerte Buch ab und macht es fast zu einem historisch wissenschaftlichen Aufsatz. Es handelt sich um ein unbequemes, wichtiges und vor allem lesenswertes Buch, das ich uneingeschränkt empfehlen kann.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
 Ehrenpräsident der  
 Sächsischen Landesärztekammer

## Unsere Jubilare im Juni 2018 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 02.06. Dipl.-Med. Sand, Karin  
01809 Heidenau
- 04.06. Dipl.-Med.  
Neugärtner, Christa  
02997 Wittichenau
- 04.06. Dr. med. Strauch, Cornelia  
04425 Taucha
- 07.06. Dipl.-Med. Berger, Michael  
04880 Elsnig
- 08.06. Dr. med. Colditz, Martina  
04838 Sprotta-Siedlung
- 09.06. Prof. Dr. med. habil.  
Eichfeld, Uwe  
04277 Leipzig
- 09.06. Dipl.-Med. Rose, Monika  
02953 Bad Muskau
- 09.06. Dr. med. Schönherr, Lutz  
04289 Leipzig
- 10.06. Dr. med. Bauer, Friedrich  
01324 Dresden
- 12.06. Dr. med.  
Szendzielorz, Dieter  
01328 Dresden
- 14.06. Dipl.-Med.  
Gorges, Christine  
04277 Leipzig
- 14.06. Dipl.-Med. Liebe Edle von  
Kreutzner, Margitta  
04420 Markranstädt
- 16.06. Ciesla, Tomasz  
01796 Pirna
- 16.06. Dipl.-Med. Schäfer, Wilfried  
01156 Dresden
- 17.06. Dipl.-Med. de Beer, Cornelia  
04105 Leipzig
- 17.06. Dr. med. Jordan, Matthias  
09217 Burgstädt
- 18.06. Dr. med. Händel, Kerstin  
08058 Zwickau
- 18.06. Dr. med. Hohlfeld, Regine  
02708 Löbau
- 18.06. Dr. med. Rüger, Burit  
09350 Lichtenstein
- 18.06. Dipl.-Med. Wehnert, Berndt  
02906 Niesky
- 21.06. Dipl.-Med. Lange, Regina  
08523 Plauen
- 22.06. Dr. med. Rempel, Heinrich  
04328 Leipzig
- 23.06. Dr. med. Weidauer, Adelheid  
08340 Schwarzenberg
- 25.06. Dr. med. Große, Helene  
04277 Leipzig
- 25.06. Dr. med.  
Speckmann, Frank-Rainer  
01900 Großenhain
- 27.06. Dr. med. Döhler, Manfred  
08064 Zwickau
- 28.06. Dr. med.  
Kirste-Pfüller, Martina  
09127 Chemnitz
- 29.06. Dipl.-Med. Kalkhof, Reimar  
01616 Strehla
- 30.06. Dr. med. Selbig, Marina  
09126 Chemnitz
- 30.06. Dipl.-Med. Sperling, Erika  
04229 Leipzig
- ### 70 Jahre
- 01.06. Dr. med. Grunewald, Uwe  
08209 Auerbach
- 01.06. Dr. med. Quick, Gudrun  
04279 Leipzig
- 06.06. Dr. med. Rochler, Peter  
01099 Dresden
- 13.06. Dr. med. Neidel, Volker  
08527 Plauen
- 15.06. Dr. med. Reichelt, Matthias  
01324 Dresden
- ### 75 Jahre
- 01.06. Dr. med. Eilmes-Mewis, Hella  
01219 Dresden
- 01.06. Dr. med. Fischer, Helga  
08321 Zschorlau
- 02.06. Dr. med. Buch, Barbara  
09217 Burgstädt
- 02.06. Dr. med. Buchholz, Uta  
09573 Augustusburg
- 02.06. Dr. med. Hecht, Karola  
04416 Markkleeberg
- 02.06. Dr. med. Wolf, Heidrun  
01069 Dresden
- 04.06. Dr. med. Michel, Günter  
08529 Plauen
- 04.06. Dr. med. Schneider, Annerose  
09125 Chemnitz
- 05.06. Dr. med. Hauswald, Irene  
01326 Dresden
- 05.06. Dipl.-Med. Thomas, Bärbel  
04451 Borsdorf
- 05.06. Dr. med. Wende, Klaus  
01662 Meißen
- 06.06. Hildebrandt, Wolfgang  
01129 Dresden
- 09.06. Brandhoff, Regina  
08112 Wilkau Haßlau
- 09.06. Dr. med. Müller, Urte  
04680 Colditz
- 10.06. Anschütz, Niels  
01744 Dippoldiswalde
- 11.06. Dr. med.  
Fickelscherer, Dietger  
01900 Brettnig-Hauswalde
- 11.06. Dr. med. Hänig, Frank  
09221 Neukirchen
- 13.06. Dr. med. Löser, Bernd  
01217 Dresden
- 16.06. Dr. med. Ficker, Friedemann  
01324 Dresden
- 16.06. Dr. med. Märtens, Karin  
01309 Dresden
- 16.06. Dr. med. Nagel, Uwe  
08396 Waldenburg
- 17.06. Ullmann, Hanna  
01796 Struppen-Siedlung
- 18.06. Dr. med. Gräfe, Margit  
04159 Leipzig
- 19.06. Dr. med. Friehe, Irmgard  
04275 Leipzig
- 19.06. Dr. med. Lenk, Eva-Maria  
01445 Radebeul
- 19.06. Scheibner, Maria  
09380 Thalheim
- 22.06. Dipl.-Med. Stryczek, Gisela  
01445 Radebeul
- 23.06. Dr. med. Fritz, Thomas  
01309 Dresden
- 23.06. Dr. med. Kirsch, Barbara  
04158 Leipzig
- 23.06. Köbler, Hedwig  
09127 Chemnitz
- 23.06. Weigel, Brunhilde  
01309 Dresden
- 25.06. Dr. med. Reichel, Dietmar  
09437 Börnichen
- 27.06. Dr. med. Franke, Joachim  
04158 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Köcher, Volker  
08529 Plauen
- 28.06. Dr. med. Boeck, Gerd  
01589 Riesa
- 30.06. Dr. med. Schneider, Birgit  
04157 Leipzig
- 30.06. Dr. med. Weise, Ina  
04249 Leipzig
- ### 80 Jahre
- 02.06. Dr. med. Fritz, Karl  
09456 Annaberg-Buchholz
- 02.06. Dr. med. Weigel, Klaus  
09526 Olbernhau
- 02.06. Dr. med. Zbik, Ingeborg  
08645 Bad Elster
- 03.06. Dr. med. habil. Bellée, Heiner  
01324 Dresden
- 05.06. Dr. med. Lehm, Renatus  
01833 Stolpen
- 05.06. Dr. med. Seege, Dietrich  
01067 Dresden
- 06.06. Dr. med. Eichstädt, Hertha  
04157 Leipzig
- 06.06. Dr. med. Hunger, Rosemarie  
01454 Radeberg
- 06.06. Mader, Rosemarie  
09405 Gornau
- 07.06. Dr. med. Bittner, Helmut  
04299 Leipzig
- 07.06. Dr. med. Trobisch, Frank  
01847 Lohmen

- 08.06. Dr. med. Einkenel, Harald  
08248 Klingenthal
- 08.06. Dr. med. Kinder, Manfred  
01796 Struppen Siedlung
- 08.06. Prof. Dr. med. habil.  
Schiffner, Helga  
01309 Dresden
- 09.06. Belke, Jutta  
01468 Moritzburg
- 09.06. Riedel, Gerda  
02826 Görlitz
- 10.06. Dr. med.  
Schmechtig, Ingeborg  
04703 Leisnig
- 13.06. Prof. Dr. med. habil.  
Neumann, Georg  
04159 Leipzig
- 14.06. Dr. med. Polster, Johanna  
01156 Dresden
- 18.06. Dr. med. Gindl, Peter  
04155 Leipzig
- 18.06. Dr. med. Müller, Irene  
04277 Leipzig
- 18.06. Dr. med. Schirmer, Klaus  
09113 Chemnitz
- 19.06. Nötzold, Gerda  
09116 Chemnitz
- 21.06. Dr. med.  
von Löbbecke, Jürgen  
01326 Dresden
- 23.06. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Sorger, Helmut  
04107 Leipzig
- 23.06. Dr. med. Uhlmann, Bernd  
09113 Chemnitz
- 24.06. Dr. med. habil.  
Gottschalk, Mechthild  
04316 Leipzig
- 24.06. Helbig, Jochen  
08312 Lauter
- 25.06. Prof. Dr. sc. med.  
Emmrich, Peter  
04316 Leipzig
- 26.06. Dr. med. Glück, Sigrid  
04157 Leipzig
- 26.06. Dr. med. Menzel, Klaus  
01454 Radeberg
- 27.06. Dr. med. Scheibner, Hartmut  
09380 Thalheim
- 28.06. Dr. med. Klimm, Inge  
04416 Markkleeberg
- 28.06. Paschke, Ursula  
02977 Hoyerswerda
- 30.06. Prof. Dr. med. habil.  
Prager, Wolfgang  
04105 Leipzig
- 81 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Georgi, Werner  
08132 Mülsen
- 03.06. Dr. med. Heiner, Maria  
01217 Dresden
- 04.06. Dr. med. Haberkorn, Roland  
04680 Colditz
- 08.06. Dr. med. Lohs, Manfred  
01069 Dresden
- 08.06. Dr. med.  
Niepel, Hans-Joachim  
02681 Crostau
- 09.06. Dr. med. Köhler, Margitta  
02736 Beiersdorf
- 12.06. Dr. med. Gorke, Elena  
04316 Leipzig
- 13.06. Dr. med. Schneider, Frank  
01109 Dresden
- 13.06. Dr. med. Todt, Bärbel  
01187 Dresden
- 15.06. Dr. med. Kleber, Eberhard  
01855 Mittelndorf
- 17.06. Dr. med. Flemming, Gerhard  
01326 Dresden
- 19.06. Dr. med. May, Christa  
01189 Dresden
- 21.06. Doz. Dr. med. habil.  
Wirth, Dietrich  
01099 Dresden
- 22.06. Dr. med. Merrem, Christa  
04105 Leipzig
- 24.06. Dr. med. Geiler, Gabriele  
04277 Leipzig
- 24.06. Dr. med. habil. Ziegler, Alois  
02827 Görlitz
- 25.06. Dr. med. Vicent, Renate  
01277 Dresden
- 25.06. Dr. med. Woito, Udo  
04567 Kitzscher
- 26.06. Dr. med. Eberhardt, Renate  
01324 Dresden
- 26.06. Reichenbach, Gerhard  
01561 Ebersbach
- 26.06. Dr. med. Walter, Walfried  
01773 Altenberg
- 28.06. Dr. med. Vettters, Helmut  
01324 Dresden
- 30.06. Kämpf, Wolfgang  
09366 Stollberg
- 30.06. Dr. med. Nedeleff, Rosmarie  
01728 Bannewitz
- 82 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Pour, Georg  
04289 Leipzig
- 03.06. Dr. med. Luge, Rolf  
01454 Radeberg
- 05.06. OT Liegau-Augustusbad  
Stammwitz, Hanna  
01445 Radebeul
- 06.06. Dr. med.  
Mehlhose, Johannes  
09127 Chemnitz
- 06.06. Dr. med. Trnka, Helga  
04416 Markkleeberg
- 07.06. Dr. med. Scholtz, Helga  
01589 Riesa
- 08.06. Miesch, Gudrun  
01326 Dresden
- 09.06. Prof. Dr. med. habil.  
Richter, Gerhard  
01326 Dresden
- 10.06. Dr. med. Liensdorf, Irmgard  
09232 Hartmannsdorf
- 11.06. Dr. med. Neuber, Claus-Dieter  
09128 Chemnitz
- 13.06. Dr. med. Siegel, Gisela  
04319 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Lattermann, Karin  
04178 Leipzig
- 19.06. Konecny, Alena  
01067 Dresden
- 21.06. Dr. med.  
Bergmann, Eva-Maria  
01324 Dresden
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.  
Rother, Paul  
04157 Leipzig
- 29.06. Doz. Dr. sc. med.  
Lange, Armin  
01159 Dresden
- 29.06. Dr. med. Wehner, Johannes  
04703 Leisnig
- 30.06. Dr. med. Herold, Klaus  
09116 Chemnitz
- 30.06. Dr. med. Mrosk, Margot  
01609 Röderaue
- 83 Jahre**
- 01.06. Voigt, Waltraut  
01237 Dresden
- 03.06. Dr. med. Steffenhagen, Doris  
04289 Leipzig
- 05.06. Möckel, Gottfried  
08485 Lengenfeld
- 08.06. Dr. med. Jentzsch, Manfred  
04736 Waldheim
- 09.06. Dr. med. habil. Welt, Klaus  
04288 Leipzig
- 11.06. Philipp, Hildegard  
02826 Görlitz
- 12.06. Dr. med. Pohl, Dietmar  
04758 Oschatz
- 12.06. Dr. med. Schmidt, Hella  
01705 Freital
- 14.06. Prof. Dr. med. habil.  
Leonhardt, Peter  
04129 Leipzig
- 15.06. Dr. med.  
Kretzschmar, Gerlinde  
01099 Dresden
- 18.06. Dr. med. Silbernagl, Brigitte  
01069 Dresden
- 20.06. Dr. med. Gierth, Renate  
09116 Chemnitz
- 23.06. Dr. med. Voigt, Christian  
08228 Rodewisch
- 27.06. Schubert, Marlene  
08525 Plauen

**84 Jahre**

- 01.06. Dr. med. Heinrich, Roland  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 05.06. Dr. med. Vietor, Friedhelm  
01109 Dresden
- 06.06. Dr. med. Müller, Hildegard  
01067 Dresden
- 06.06. Dr. med. Schmoranz-  
Schwenke, Hermine  
04157 Leipzig
- 08.06. Dr. med.  
Leutert, Hannelore  
01744 Dippoldiswalde
- 11.06. Dr. med. Kandler, Gisela  
01109 Dresden
- 12.06. Dr. med. Zschornack, Martin  
01920 Räckelwitz
- 15.06. Prof. Dr. med. habil.  
Tauchnitz, Christian  
04299 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Gabel, Hanna  
09350 Lichtenstein
- 17.06. Dreilich, Siegfried  
04463 Großpösna
- 22.06. Dr. med. Scharch, Brigitte  
08523 Plauen
- 23.06. Dr. med.  
Oesen, Luise-Maria  
09380 Thalheim
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.  
Schubert, Wolfgang  
01324 Dresden
- 29.06. Dr. med. Günther, Ursula  
01737 Tharandt

**85 Jahre**

- 02.06. Dr. med.  
Mehlhorn-Cimutta, Bertl  
09114 Chemnitz
- 09.06. Dr. med. Schyra, Horst  
01109 Dresden
- 14.06. Dr. med. Lewek, Angela  
04103 Leipzig
- 21.06. Dr. med. Glöckner, Eva  
09618 Brand-Erbisdorf
- 26.06. Dr. med. Reinhardt, Christa  
04315 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Guhr, Paul  
01217 Dresden

**86 Jahre**

- 28.06. Dr. med. Ranke, Christian  
08228 Rodewisch

**87 Jahre**

- 02.06. Dr. med. Hendel, Georg  
08289 Schneeberg
- 07.06. Prof. Dr. med. habil.  
Hunger, Horst  
04299 Leipzig
- 08.06. Dr. med. Barth, Teo  
04463 Großpösna
- 11.06. Dr. med.  
Bormann, Christiane  
08371 Glauchau
- 18.06. Dr. med. Wegner, Dieter  
01900 Großröhrsdorf
- 28.06. Dr. med. Haas, Ruth  
01097 Dresden

- 30.06. Dr. med. Richter, Elisabeth  
09569 Oederan

**88 Jahre**

- 13.06. Dr. med. Schäfer, Eva  
04109 Leipzig
- 18.06. Dr. med. Krämer, Christa  
04275 Leipzig
- 21.06. Antonow, Emanuil  
09618 Langenau
- 25.06. Dr. med. Rehnig, Rosemarie  
04275 Leipzig

**89 Jahre**

- 07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst  
01309 Dresden
- 22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes  
09127 Chemnitz

**91 Jahre**

- 08.06. Dr. med. Spindler, Eva-Maria  
01762 Hartmannsdorf
- 25.06. Dr. med. habil.  
Wilde, Johannes  
04307 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Lotze, Horst  
01217 Dresden
- 28.06. Dr. med. Preibisch-  
Effenberger, Rosemarie  
01309 Dresden

**94 Jahre**

- 25.06. Dr. med.  
Meyer-Nitschke, Rosemarie  
04552 Borna

## Neuer Dekan für die Medizinische Fakultät Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie ist neuer Dekan der Medizinischen Fakultät. Er übernahm das Amt zum 1. April 2018. „Ich freue mich sehr über das entgegengebrachte Vertrauen und nehme die neue Aufgabe mit großem Respekt an“, so Josten nach seiner Wahl durch den Fakultätsrat. „Bisher kam das Amt des Dekans nicht in meiner Lebensplanung vor. Ich habe mich intensiv mit dieser neuen Aufgabe auseinander gesetzt und bin zu dem Schluss gekommen, diese Herausforderung anzunehmen und im Sinne des bisherigen Dekanats fortzuführen.“



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten  
© Stefan Straube/UKL

Der neue Dekan folgt auf Prof. Dr. med. Michael Stumvoll, der das Amt seit 2013 innehatte. Um den Übergang des Amtswechsels so nahtlos wie möglich zu gestalten, nahm Prof. Josten schon im Vorfeld als Gast an

den Dekanatssitzungen teil und war somit bereits bei allen wichtigen Vorgängen und Entscheidungen einbezogen.

Die Mitglieder des Dekanats setzen sich des Weiteren zusammen aus dem Prodekan Struktur, Prof. Dr. med. Ingo Bechmann, Prodekan Forschung, Prof. Dr. med. habil. Michael Schaefer, Studiendekan Humanmedizin, Prof. Dr. med. habil. Jürgen Meixensberger, dem Studiendekan für Zahnmedizin, Prof. Dr. med. dent. habil. Holger Jakstat und Prof. Dr. med. Anette Kersting. Das Dekanat ist zuständig für alle Angelegenheiten, welche die Fakultät betreffen.

Peggy Darius  
Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät  
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig

## Abgeschlossene Habilitationen/ Verleihung Privatdozent

### Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2018

**Dr. med. habil. Thorsten Kaiser**, Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach Laboratoriumsmedizin zuerkannt.  
Verleihungsbeschluss  
Priv.-Doz.: 23.01.2018

**Dr. med. habil. Andreas Müssigbrodt**, Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig – Universitätsklinik, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.  
Thema: „Ablation of Ventricular Tachycardia in Arrhythmogenic Right Ventricular Dysplasia/Cardiomyopathy“  
Verleihungsbeschlüsse  
Habilitation: 23.01.2018  
Priv.-Doz.: 27.02.2018

**Dr. med. habil. Nikolaos Dages**, Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig – Universitätsklinik, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin/Kardiologie zuerkannt.  
Thema: „Katheterablation von Vorhofflimmern: Techniken, Ergebnisse und Nachsorge“  
Verleihungsbeschlüsse  
Habilitation: 23.01.2018  
Priv.-Doz.: 27.02.2018

**Dr. med. habil. Sandra Purz**, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Universität Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Nuklearmedizin zuerkannt.  
Thema: „Moderne Hybridbildgebung in der Onkologie“  
Verleihungsbeschlüsse  
Habilitation: 27.02.2018  
Priv.-Doz.: 20.03.2018

**Dr. med. habil. Marcus Sandri**, Universitätsklinik für Kardiologie – HELIOS Stiftungsprofessur, Herzzentrum Leipzig-Universitätsklinik, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.  
Thema: „Wechselwirkung zwischen peripherem Skelettmuskel, Myokard und vaskulärem Endothel im Alter und bei Chronischer Herzinsuffizienz – Bedeutung inflammatorischer/kataboler Faktoren und Effekte körperlicher Aktivität“  
Verleihungsbeschlüsse  
Habilitation: 27.02.2018  
Priv.-Doz.: 20.03.2018

**Dr. med. Dr. rer. nat. Ines Lieb-scher, MD/PhD**, Rudolf-Schönheimer-Institut für Biochemie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Physiologische Chemie/Biochemie zuerkannt.  
Thema: „Defining the activation mechanism of adhesion-class G protein-coupled receptors“  
Verleihungsbeschluss: 20.03.2018

**Dr. med. Donald Lobsien**, Abteilung für Neuroradiologie, Department für Bildgebung und Strahlentherapie, Universitätsklinikum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Radiologie/Neuroradiologie zuerkannt.  
Thema: „Die Thrombuslokalisation in der A. cerebri media und ihre Bedeutung für den akuten ischämischen Schlaganfall – diagnostische, therapeutische und prognostische Implikationen“  
Verleihungsbeschluss: 20.03.2018

### Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – I. Quartal 2018

**Priv.-Doz. Dr. med. Nataliya Di Donato**, Institut für Klinische Genetik an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Humangenetik“ erteilt.

Thema: „Malformations of cortical development Genetics and Pathomechanisms“  
Verleihungsbeschluss: 24.01.2018

**Priv.-Doz. Dr. med. Christine Schneider**, Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Neurologie“ erteilt.  
Thema: „Neue Aspekte zu Diagnostik und Ausprägung nichtmotorischer Symptome beim Idiopathischen Parkinsonsyndrom“  
Verleihungsbeschluss: 24.01.2018

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Leonhard Karsch**, OncoRay – Nationales Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Medizinische Physik“ erteilt.  
Thema: „Dosimetrie für die Applikation gepulster ionisierender Strahlung von unkonventionellen Beschleunigern in der Teletherapie“  
Verleihungsbeschluss: 28.02.2018

**Priv.-Doz. Dr. med. Christian Pflücke**, Medizinische Klinik und Kardiologie am Herzzentrum Dresden, Universitätsklinik  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin und Kardiologie“ erteilt.  
Thema: „Wechselbeziehungen von Inflammation, Thrombogenität und Plättchenaktivierung bei Vorhofflimmern und anderen kardiovaskulären Erkrankungen“  
Verleihungsbeschluss: 28.03.2018

## Prof. Dr. med. habil. Manfred Strietzel zum 90. Geburtstag

Obwohl seit 1978 an der Waterkant eingebürgert, schlägt Prof. Dr. med. habil. Manfred Strietzels Herz noch immer für Sachsen, liegen doch hier seine familiären und beruflichen Wurzeln: Am 4. Mai 1928 in Kleinschönau (heute Sieniawka, Polen) geboren, hatte er nach Kriegsdienst und Gefangenschaft 1947 am Realgymnasium in Zittau das Abitur abgelegt und bis 1953 an der sächsischen Landesuniversität Leipzig Medizin studiert.

Manfred Strietzel begann als Internist in Klettwitz/Niederlausitz und kam 1956 an die junge Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden, wo er 1960 die Facharztanerkennung für Innere Medizin – einer seiner Lehrer war hier der Mitbegründer dieser Hochschule, Wilhelm Crecelius – und 1964 jene für Röntgenologie und Strahlenheilkunde erhielt. Letztere sollte zu Prof. Strietzels großer Lebensaufgabe werden. Aber auch die praktische ärztliche Tätigkeit band ihn zu jener Zeit an Dresden. So war er in der städtischen Tuberkulosefürsorge und als Gutachter tätig.

In der Dresdner Radiologie gab ihm sein Chef Prof. Dr. med. habil. Heinrich Fritz schon früh selbstständige Aufgaben und quasi freie Hand beim Aufbau einer Strahlentherapie, denn der junge Mann besaß etwas, was der Mehrzahl der Mediziner nicht eigen ist: ein großes strahlen-physikalisches Interesse und eine Liebe zu exakten Berechnungen. Eine wesentliche Motivation, sich diesem Spezialgebiet zu widmen, dürfte das Elend der Krebspatienten mit großen zerfallenden Tumoren vor der Ära der Strahlenbehandlung gewesen sein.

Mit 90 gilt es nun, ein an Erfolgen reiches Arzt- und Forscherleben zu besichtigen. Neuland beschreitend



Prof. Dr. med. habil. Manfred Strietzel  
© Privat

und 1970 mit einem nuklearmedizinischen Thema habilitiert, hat sich Prof. Manfred Strietzel bleibende Verdienste erworben in der Einführung moderner Behandlungsmethoden wie Hochvolttherapie oder Afterloading-Brachytherapie, aber auch als Bauherr der Strahlenklinik in Dresden („Neues Kobalthaus“) und Rostock. 1973 war ihm in Dresden die Leitung der Abteilung für Strahlentherapie unter dem Dach der Radiologischen Klinik übertragen worden, 1978 erfolgte die Ernennung zum Hochschuldozenten und die Berufung an die Universität Rostock, wo er von 1980 bis 1996 Professor und Klinikchef war. Der Abschied von Dresden ist ihm nicht leicht gefallen, und so hielt Prof. Strietzel über die Jahre engen Kontakt zu seinem „strahlenden“ Sachsen, das ihm 1995 die Carus-Plakette der Medizinischen Akademie und 2004 die Ehrenmitgliedschaft der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft verlieh. Auch andere Ehrungen hat er erfahren, Preise und Medaillen sowie aus Anlass seiner Emeritierung und des 70. Geburtstages den schönen Lederband „Bewährtes und Trends in der Radio-Onkologie“ erhalten.

Über 100 wissenschaftliche Arbeiten sind unter seinem Namen erschienen, noch mehr Vorträge hat er in aller

Welt gehalten, dazu von 1984 bis 1990 die Zeitschrift „Radiobiologia-Radiotherapia“ als Chefredakteur geleitet. In der Fachwelt ist Strietzels Name ein Begriff. In zahlreichen Arbeitsgemeinschaften und wissenschaftlichen Gesellschaften ist er aktives Mitglied. Teamplayer, der er immer gewesen ist, hat Prof. Manfred Strietzel auf dem Gebiet der interdisziplinären Onkologie echte Pionierarbeit geleistet. Schon 1968 (!) richtete er in Dresden in Zusammenarbeit mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie eine Tumorsprechstunde ein, der weitere mit anderen Disziplinen folgten und die beispielgebend für ganz Deutschland wurden. Von 1992 bis 1998 hatte er den Vorsitz des Tumorzentrums Rostock inne.

Prof. Manfred Strietzel war einer der wenigen Hochschullehrer in der DDR, die sich nie der Parteidoktrin beugten und stets ihrer christlichen Lebenseinstellung folgten. Demzufolge waren seinen Erfolgen auch immer Kämpfe vorausgegangen. Keine Laxheit duldend, aber stets kollegial, warmherzig und den Menschen zugewandt, kann Prof. Strietzel auf unzählige dankbare Patienten und auf eine stattliche Schülerzahl zurückblicken, unter diesen die Dresdner Professoren Thomas Hermann, Johannes Schorcht und Hans-Jürgen Eberhardt (†). Und fast nebenbei hat Prof. Manfred Strietzel mit Ehefrau Martina, Internistin (†), auch eine eigene Ärztedynastie begründet: die Tochter Allgemeinmedizinerin, der Schwiegersohn Dermatologe, ein Enkel Anästhesist und Intensivmediziner.

Die sächsische scientific community, insbesondere die der Radiologen und Strahlentherapeuten, grüßt den Jubilar als einen der ihren und wünscht – *centum in visio* – noch viele gute Jahre!

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden  
Dipl.-Phys. Monika Ehrhardt, Rostock

## Die Bedeutung der Medizin des Galenos von Pergamon

Der reichlich 500 Jahre nach Hippokrates (460 – 370 v.Chr.) vorwiegend in Rom lebende griechische Arzt Galen (griechisch Galenos) wirft seine langen Schatten bis in unsere Gegenwart. Ein Mondkrater und die Vena magna cerebri sind nach Galen benannt und die Zubereitung der Arzneimittel heißt Galenik.

### Jugend und Studium

Galen wurde um 129 in der bekannten griechischen Stadt Pergamon (heute Bergama), einem bedeutenden Zentrum der hellenistischen Kultur mit dem berühmten Tempel des Asklepios (Äskulap), geboren. Der Ingenieur und Achäologe Carl Humann grub 1878 bis 1886 nördlich des türkischen Izmir die Ruinen der Stadt Pergamon aus. Den berühmten Pergamonaltar kann man auf der Berliner Museumsinsel bewundern. Galens Vater Nikon, ein gelehrter Architekt und Mathematiker, unterrichtete seinen Sohn zunächst in Mathematik und Philosophie des Aristoteles und Platon. Damals gehörten philosophische Kenntnisse zu einer umfassenden Bildung. Galen charakterisiert seinen Vater als gerechten, braven, menschenfreundlichen Mann mit gepflegtem Stil. Er litt wohl unter dem aufbrausenden Temperament seiner Ehefrau, die „mitunter ihre Mägde im Streit biss, fortwährend schrie und mit dem Vater zankte, schlimmer als Xanthippe mit Sokrates“. Wohl deshalb nannte Nikon seinen Sohn „Galenos“, der Friedliche. Mit 17 Jahren wechselte Galen in die Medizin und studierte in Smyrna und Korinth bis er 19-jährig nach Alexandria reiste, einem damaligen Zentrum der Heilkunde mit etwa 200.000 Einwohnern und einer umfangreichen Bibliothek. In dieser Stadt wurden schon damals Vivisektionen und Untersuchungen an menschlichen Leichen durchgeführt. Galen lernte bei einer Reihe bedeutender Heilkundiger, sodass er sich zunehmend sein eigenes medizinisches Weltbild bauen konnte.



Porträt von Galenos von Pergamon (um 129 – um 200 n.Chr.), 18. Jahrhundert  
© Wikipedia

### Tätigkeit als Arzt

Mit 28 Jahren finden wir den inzwischen erfahrenen Arzt wieder in Pergamon, einer Großstadt mit ca. 160.000 Einwohnern. Der römische Kaiser Antonius Pius (19. Juni 86 – 7. März 161) hatte den Asklepioskult erneuert mit Ausbau des dortigen Asklepieions. Priester und Heilkundige konnten hier ihre Schüler unterrichten und in dem großen Sanatorium Patienten behandeln. Ab dem Jahr 158 ist Galen als Sport- und Wundarzt tätig „und er kurierte daselbst die Gladiatoren glücklich an ihren Wunden“. Gleichzeitig betreibt er eine ärztliche Praxis. Seine Freude am Sport teilt Galen dem Studenten Epiogenes mit: „Ich behaupte aber, dass von allen Leibesübungen diejenigen die Besten sind, die nicht nur den Körper abhärten, sondern auch dem Geist Erholung zu verschaffen mögen.“ Im Jahre 162 ist Galen wieder in Rom und betreibt mit Geschick eine sehr erfolgreiche Arztpraxis. Außerdem unterrichtet er in Anatomie und Physiologie und hält öffentliche Vorträge mit Demonstrationen von Tiersektionen. Die erfolgreiche Behandlung des geachteten Philosophen Eudamos festigte seine Stellung als Arzt der Aristokratie. Für die Heilung der Gattin des Boethus

erhält er 400 Golddenare als reichliches Honorar. Seine Freunde sind zum Beispiel der Philosoph Alexander von Damaskus, der Konsular Boethus, der spätere Stadtpräfekt Sergius, der kaiserliche Oheim M. Civica Barbarus und Mark Aurels Schwiegersohn Claudius Severus. Aber auch Bauern, Handwerker, ausschweifende Lebemänner und psychisch Gestörte zählen zu seinen Kunden. Im Jahre 166 floh Galen plötzlich nach Pergamon wegen einer nahenden Seuche, der „Antoninischen Pest“, auch galenische Pest, die sich im Mittelmeerraum ausbreitete. Die Symptombeschreibung Galens lässt heute vermuten, dass es sich um eine Pocken-Epidemie gehandelt haben könnte. Nach Reisen durch Syrien und Phönizien ist Galen im Jahr 168 wieder in Rom und wird zum Leibarzt von Kaiser Marc Aurel und dessen Sohn Commodus berufen. In Rom entwickelte sich Galen zu einem geschäftstüchtigen, ruhmseiligen Modearzt, dem die bescheidene ärztliche Größe teils abhandengekommen war. Er brüstete sich selbstgefällig mit seinen Erfolgen und war glücklich, wenn er einem Kollegen einen Misserfolg oder Fehler nachweisen konnte. Menschen mit anderer Meinung bezeichnete er gern als oberflächlich und lächerlich, sodass er im Kollegenkreis als unsympathisch empfunden wurde. Dabei war Galen mit hoher Intelligenz, Weisheit und Bildung ausgestattet.

### Bücher und Schriften

Er soll in seinem Leben etwa 500 Bücher, Schriften und kürzere Traktate geschrieben haben, die sich meist mit Medizin befassen, aber auch mit Philosophie, Rhetorik und Bogenschießen. Im Jahre 191 vernichtete ein Großbrand in Rom unter anderem den Friedentempel, Teile des Forum Romanum und auch einen großen Teil von Galens Schriften. Schon zu Beginn seiner Praxistätigkeit verfasste Galen die Hippokratiskommentare, die das Kernstück seines Medizinverständnisses darstellen. Fast abgöttisch verehrte er Hippokrates von Kos als den einzigen großen Arzt aller Zeiten. Man müsse Hippokrates studieren „und das, was



CLAUDE GALIEN

Porträt von Galenos von Pergamon, Lithografie, 19. Jahrhundert

© Wikipedia

er nicht behandelt hat, selbst zu erforschen suchen.“

Viele seiner Schriften dienten der Weitervermittlung seines Wissens an Studenten. Wichtige medizinische Lehrbücher von Galen waren: „Über den Gebrauch der Körperteile“ (Anatomische und physiologische Kenntnisse), „Von den kranken Körperstellen“ (Diagnostik lokaler Krankheiten), „Über die therapeutischen Methoden, Glaucon gewidmet“, „Über die Sekten, geschrieben für die Schüler“, „Über die beste Sekte, für Thrasibulus“.

Galen schreibt und lernt sein Leben lang. Medizin ist für ihn eine Wissenschaft und Kunst, die immer neu erlernt werden muss. Vom 9. bis 12. Jahrhundert werden Galens Texte ins Arabische und Lateinische übertragen und kommen auf diesem Wege wieder ins Abendland zurück. 1525 erschien in Venedig eine fünfbän-

dige Gesamtausgabe der Werke Galens in Griechisch, die bekannte Aldina, welche Papst Clemens VII. gewidmet war. Die letzte große Gesamtausgabe wurde 1821 bis 1833 zweiundzwanzigbändig durch Karl Gottlob Kühn in Leipzig verlegt. Galen übernahm keine der Lehrmeinungen der verschiedenen medizinischen Schulen, sondern als Eklektiker entlehnte er von den unterschiedlichen Schulen wichtige Inhalte und baute diese in sein medizinisches Lehrgebäude ein.

### Anatomie und Physiologie

Träger des Lebens ist nach seinen Vorstellungen ein feiner Lebensstoff, das Pneuma, das sich als Pneuma psychikum im Gehirn und als pneuma zoticon im Herzen befindet. Das Pneuma physicon tritt in der Leber als Lebensstoff in den Körper ein. Das Herz ist der Behälter für die natürliche Wärme (Naturpneuma). Mittels einer Venenader pumpt das

Herz das Blut durch die Lunge. Die Adern wären mit einem Gemisch aus Blut und Luft gefüllt. Alle Venen gingen von der Leber aus, die das Blut mittels des Naturpneumas bildet. Im Herzen erhält das Blut Lebenspneuma, das im Körper verteilt wird. Das Seelenpneuma wird durch hohle Nerven im Körper verteilt. Die Organe haben so ein eigenständiges Dasein. Der Magen nimmt die Nahrung auf und stößt sie ab. Die Funktion der Gallenblase liegt im Zurückhalten, Umwandeln und Ausstoßen der Säfte. Galen beschrieb sehr genau Bau und Funktion der Hand und der Finger. Durch Unterbindung der Uretheren konnte er beweisen, dass der Urin nicht in der Blase entsteht. Mittels Durchtrennen der Medulla oblongata bewirkte er einen Atemstillstand. Galen vertrat vehement die in ihren Grundsätzen von Hippokrates von Kos entwickelte Viersäftelehre, welche Krankheit und Gesundheit der Beschaffenheit der vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle zuordnet. Die Säfte verknüpfte er mit den vier Primärqualitäten des Körpers: warm und feucht, kalt und feucht, warm und trocken, kalt und trocken. Auch die Geschmacksqualitäten werden den Säften zugeordnet: Blut süß; Schleim salzig; gelbe Galle bitter; schwarze Galle sauer und scharf. Den vier Säften ordnete er auch die vier Gemütsstimmungen choleric, melancholic, sanguinisch und phlegmatisch zu. Für Galen gilt auch die vier Elemente-Lehre der Philosophie, wonach Feuer, Luft, Wasser und Erde die Grundelemente des Seins darstellen. Wenn alle Säfte, das Pneuma und die individuellen Bedingungen in guter Übereinstimmung in freiem Fluss vorhanden sind, bedeute dies die Gesundheit des Körpers, andernfalls Krankheit (Dyskrasie).

### Diagnostik und Therapie

In der Diagnostik fordert Galen eine „überlegte“ und methodische Diagnose mit Erkennung der „kranken Stelle“. Krankheitsverlauf (Diathese) und Krankheitsursache müssen gefunden werden. Immer wäre ein Übermaß an Wärme, Kälte, Trocken-

heit oder Feuchtigkeit krankheitsursächlich. Diagnostisch legt er großen Wert auf 27 Pulsqualitäten und die Urinuntersuchung. Eine Traumdeutung, Stellung des Mondes und der Sterne, Tierkreiszeichen sind diagnostisch für ihn wichtig. Eine ständige Umwandlung der Säfte (metabole) ist für Galen das Schema des Lebens. Als Grieche konnte sich Galen einer Vermischung seiner Medizin mit philosophischen Ansichten nicht entziehen. Er sieht die naturgegebene Ordnung als Schöpfung eines zweckbewussten Gottes. Sie „ist eine hervorragende und höchste Kunst, die alles zu einem bestimmten Zweck schafft, sodass nichts überflüssig und unnütz ist...“

Es ist durchaus möglich, dass Galen sich im 2. Jahrhundert frühchristlichen Gedanken geöffnet hat. In dieses „Galenische Haus der Medizin“ gehört die Therapie, die er in seinen Schriften in Diätetik, Pharmazie und Chirurgie gliedert. Immer gilt für ihn als Arzt wie bei Hippokrates „nil nocere“, nützen und nicht schaden. „Die Natur heilt dreiviertel aller Krankheiten und spricht nie böse über Kollegen.“

Galen fällt entgegen aller hippokratischen Ethik über Dogmatiker und Praktiker her. An den Therapieanfang setzt Galen die ärztliche Lebensführung, den ärztlichen Rat, die allumfassende Diätetik. Die Maßnahmen dazu sind uralte: Luft und Wasser, Bäder, Massagen, Wechsel von Arbeit und Ruhe, Schlafen und Wachen, Entspannung, Leibesübungen, Speise und Trank, Beherrschung von Leidenschaften. Aus dem Ausbau dieser alten Verhaltensnormen hat die antike Medizin eine Heilkultur entwickelt, eine Kunst, das Leben zu verlängern, zu vertiefen, zu bereichern und es sinnvoller zu machen. Galen formulierte: „Durch Speise und Trank, durch die

materielle Lebensführung überhaupt, erhält auch unsere geistige Struktur erst einen neuen Horizont und ihr Profil.“

Galen hatte eine genaue Vorstellung von guten Lebensmitteln. Er kannte jede Pflanze und jede Fleischsorte. Die Therapie drehte sich vordergründig um die Entleerung schädlicher Körpersäfte durch Aderlass, Blutegel, Laxantien, Diuretika, Brech- und Schwitzmittel. Als Infuse, Pillen, Zäpfchen, Pulver, Kaumittel, Einläufe, Salben, Inhalationen bringt Galen seine zahlreichen Mittel an den Kranken. Er braut selbst aus bis zu 64 Bestandteilen einen eigenen Theiak, den Besten, so sagt er. Galens Apotheke ist ein Fundus der Polypyrasie nach dem Satz „Populus remedia cupit“, das Volk will Heilmittel und möglichst viele. In mehreren seiner Bücher werden Medikamente und Rezepturen von ihm inhaltlich beschrieben.

### **Galens historische Dominanz**

Galens Bücher und seine Heilkunde wurden aufgrund der wissenschaftlichen und persönlichen Dominanz auch nach seinem Ableben in Rom um 200 n. Chr. für etwa 1.500 Jahre zur Basis der arabischen, byzantinischen und europäischen Medizin. In vielen medizinischen Schulen gehörten Sammlungen oder Zusammenfassungen der Abhandlungen Galens zu den Klassikern der ärztlichen Ausbildung. Die Studenten lernten die Texte auswendig und wiederholten sie gebetsmühlenartig. Galens „unumstößliche“ Lehren durften als faktische „Bibel“ der Mediziner nicht kritisiert werden. Viele Ärztegenerationen wurden im „Galenismus“ erzogen. Dahinter standen lange Tradition und Erfahrung. Es gab durchaus Fortschritte in der Beobachtung von Symptomen, der Krankheitsbeschreibung, bei Diagnose und Differentialdiagnose und bei der Heran-

ziehung von Anatomie, Pathologie und Physiologie. Galens Lehre basierte auf vielfachen anatomischen Studien und Sektionen. Doch lähmte die dogmatische Auslegung und Anwendung der Galen'schen Lehrsätze die Dynamik der mittelalterlichen Medizin und führte zu einer Verflachung der Kenntnisse. Immer wenn man sich an die Dogmen eines Systems jedweder Art klammert, wird eine positive Entwicklung der Gesellschaft behindert. Nicht das Halten der Asche, sondern das Weitergeben der Flamme ist fördernd.

Andreas Vesalius (1514 – 1564) wagte es, nach seinen eigenen anatomischen Studien Galen zu kritisieren und korrigieren. Paracelsus (1493 – 1541) beschimpfte Galen gar als „Plackenscheißer“. Bis ins 18. Jahrhundert prägte das medizinische Gebäude Galens auch die ganze westliche Heilkunde, obwohl sie im Laufe der Zeit eher teilweise zum Ballast geworden war.

Die derzeitige „moderne Medizin“ hat sich bruchartig von den alten Vorstellungen gelöst, wohl wissend, dass unser jetziges Wissen um die Dinge schon allzu bald Historie bedeuten kann. Mit der Beschreibung des Blutkreislaufes machte William Harvey (1576 – 1657) einen Anfang.

Es bleibt uns die uneingeschränkte Achtung vor dem Wissen der großen Ärzte der Antike, auch wenn deren Wirken teilweise nur noch eine sehr ehrenwerte historische Dekoration unserer Handbücher ist. Eine Reihe von Aussagen Galens kann man auch heute unterstreichen. Es ist immer wieder erstaunlich, dass die Gedanken unserer Vorfahren den unseren oft sehr ähnlich waren.

Dr. med. Jürgen Fege, Berthelsdorf