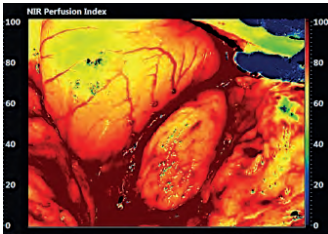


Inhalt



28. Sächsischer Ärztetag
Seite 261



Intraoperative
Hyperspektral-Bildgebung in
der Viszeralchirurgie
Seite 291



Ausstellung: Viktoria Graf
Seite 305

EDITORIAL	▪ Ärztemangel oder selbstgemachtes Elend?	260
BERUFSPOLITIK	▪ 28. Sächsischer Ärztetag	261
	▪ 31. Erweiterte Kammerversammlung	267
	▪ Ärzte für Sachsen – On Tour: Reha in Sachsen	269
	▪ Ankündigung 10. Netzwerktreffen	270
	▪ CIRS-Fall	270
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Bericht aus der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung Pneumonie“ für 2016	271
	▪ Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung aus philosophischer Sicht	275
	▪ Organspende macht Schule	281
	▪ Information zum Sächsischen Krebsregistergesetz	282
AUSSCHUSS SENIOREN	▪ Checkliste „Pflegebedürftig, was tun?“	282
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Mitgliederversammlung der KÄK Chemnitz (Stadt)	285
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Von Ambulant bis Zusatzweiterbildung: Tätigkeitsbericht 2017	286
	▪ Konzerte und Ausstellungen	287
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Auszubildender kündigt wegen Berufswechsel	287
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	288
BUCHBESPRECHUNG	▪ Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus	290
ORIGINALIE	▪ Die intraoperative Hyperspektral-Bildgebung in der Viszeralchirurgie	291
LESERBRIEFE	▪ Notarztdienst – quo vadis?	295
VERSCHIEDENES	▪ Jubiläumslauf bei der Team Challenge	297
	▪ Bike for Charity	298
PERSONALIA	▪ Jubilare im August 2018	299
	▪ Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Kurt Gottfried Geiler	302
	▪ Verstorbene Kammermitglieder	303
MEDIZINGESCHICHTE	▪ Ignaz Philipp Semmelweis	304
KUNST UND KULTUR	▪ Ausstellung: Viktoria Graf	305
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – September 2018	



Dr. med. Thomas Lipp

Ärztmangel oder selbstgemachtes Elend?

Selbstverwaltung ruft nach jungen Kollegen

Der Basso continuo aller berufspolitischen Diskussionen lautet: Ärztemangel! Es ist das zentrale Thema der Gesundheitspolitik. Es ist die politisch korrekte Grundierung allen Denkens. Aber gibt es ihn, diesen Mangel? Unzweifelhaft: Wir haben im JETZIGEN System einen eklatanten Ärztemangel!

Wenn wir allerdings 1. die Sinnhaftigkeit der immer weiteren Diversifizierung der Fachärzteschaft hinterfragen, wenn wir 2. eine strenge Indikationsqualität pflegten, wenn wir 3. trennen würden zwischen dem Machbaren, dem Möglichen, der Sinnhaftigkeit ärztlichen Handelns, wenn wir uns 4. lösen von uniformer qualitätsunabhängiger Honorierung, wenn wir 5. die jahrzehntedauernde fruchtlose merkantil intendierte Diskussion über sektorübergreifendes Handeln beendeten, wenn wir 6. unsere misstrauens- und ökonomisch induzierten Abrechnungssystematiken ändern würden, wo Menge wichtiger wurde als Inhalte, wenn wir 7. den Begriff Krankheit im SGB V definierten, mehr Gesundheitserhalt fördern würden, und damit 8. nicht mehr jede Befindlichkeitsstörung über das Solidarsystem behandelten, und wenn wir 9. die misstrauensinduzierte alles erstickende Bürokratie reduzierten sowie 10. endlich den Player im Spiel, den Patienten, der als Verbraucher aus wahltaktischen Gründen einzig ungeschoren bleibt, mit vernünftiger Eigenverantwortung in die Pflicht nähmen, wenn wir also ein anderes, zeitgerechteres Versorgungssystem installierten,

dann wäre zu vermuten, dass wir nicht zu wenige Ärzte sondern vielleicht gar zu viele hätten. Um einen solchen Systemwechsel zu erzwingen, bedarf es eines besonderen Engagements. Engagement der Wissenden und Kennenden. Das ist naturgegeben nicht bei Politikern zu finden – zumindest in der Breite. Engagement setzt Hunger voraus. Hunger auf Veränderung von Zuständen und Rahmenbedingungen, Gestaltungsmacht. Im historischen Kontext haben wir eigentlich alles, wofür frühere Ärztegenerationen kämpften, erreicht. Wir liegen unangefochten im Image- und Wohlrandsranking vorne. Wir sind als Berufsstand, inzwischen leider ohne Standesgefühl, ein starker Berufsstand.

Aber es droht Ungemach. Existenzieller. Es besteht eine Dissoziierung einerseits in unserer Wahrnehmung des selbst empfundenen Status als Arzt und seiner Wirkmächtigkeit und andererseits der objektiven digitalinduzierten Veränderungen durch diese Transformation der Gesellschaft. Diese digitale Transformation zwingt uns aktiv und schnell zum Mitgestalten. Um den Preis der Bedeutungslosigkeit und Einreihung in allgemeine Dienstleister mit Statusverlust. Das zwingt uns, viel mehr als bisher auf junge Kollegen zu bauen, wobei „jung“ nicht zwingend kalendarisch gemeint ist. Die meisten Akteure der Selbstverwaltung und der Gremien sind Kollegen, die im Laufe langen Ärztedaseins ihre Sozialisierung erfahren, zu respektablem Wohlstand fanden und am Ende durch ein gewisses Maß an Valenzen und Vakanzen Berufspolitik zu gestalten bereit waren. Die aber ihren berufspolitischen Blick in den letzten Jahrzehnten geschärft haben, also naturgemäß die drängendsten Fragen der neuen Zeit vielleicht erkennen, aber oft nicht zukunftsadäquate Lösungen anbieten.

Junge Ärzte haben die Möglichkeit, die Trampelpfade der Erfahrung aus der Vergangenheit zu verlassen, sich auch der in der Berufspolitik breitmachenden political correctness zu verweigern, die die Leitplanken des Sagbaren immer mehr dem Mittelstreifen annähert. Und damit auch das freie Denken einschränkt. Deswegen ist es unendlich wichtig, auch junge Kollegen zu motivieren, in der ärztlichen Selbstverwaltung zu agieren. Deswegen brauchen wir im Krankenhaus und in Praxen die Kultur, dass wir dieses Engagement nicht als Freizeitvergnügen und Privatsache abtun, sondern als originär berufliche Tätigkeit vermitteln und Raum geben, sich dort zu verwirklichen. Ein solches Tun kann kein Restposten der Freizeit oder des Privatvergnügens sein. Es ist ein Gestaltungsauftrag für uns alle. ■

Dr. med. Thomas Lipp
Vorstandsmitglied

28. Sächsischer Ärztetag

Strategie für eine zukünftige Gesundheitsversorgung

Beim diesjährigen 28. Sächsischen Ärztetag, zu dem sich am 22. und 23. Juni 2018 die Delegierten der sächsischen Ärzteschaft in Dresden versammelten, standen umfangreiche Tagesordnungspunkte zur Diskussion und Beschlussfassung. Schwerpunktmäßig beschäftigte er sich diesmal mit dem Strategiepapier der Sächsischen Landesärztekammer „Gesundheitsversorgung der Zukunft“.

Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bereits in seinem umfangreichen Bericht zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik umriss der Präsident, Erik Bodendieck, zahlreiche Probleme, die bundesweit und in Sachsen diskutiert werden müssen und zu denen Sachsen auch beim Deutschen Ärztetag Stellung bezogen hat. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit Themen wie der Muster-Weiterbildungsordnung, Notfallversorgung, Organspende, dem § 219a, der Datenschutz-Grundverordnung, Bürokratisierung, Telemedizin, Nachwuchsgewinnung nicht nur im akademischen Bereich sowie der Leichenschau.

Im Anschluss an diesen Bericht entstand eine lebhafte Diskussion, in deren Verlauf die Redner insbesondere geeignete Steuerungsprozesse im Gesundheitswesen, sektorübergreifende Zusammenarbeit und die Erhöhung und vor allem die entsprechende Finanzierung der Zahl der Medizinstudienplätze einforderten. Eine „Quote“ für Hausärzte wird dabei kritisch gesehen, da diese Quotenstudienplätze ein eher negatives Image haben dürften.

Weitgehende Übereinstimmung bestand bei der Beschlussfassung zum



Erik Bodendieck, Präsident

Nachweis einer gleichwertigen Qualifikation von Ärzten aus Nicht-EU-Staaten. Sie sollten den 2. und 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung ablegen.

Ebenso herrschte Einigkeit in der Forderung nach der Verbesserung der Qualität der Ärztlichen Leichenschau – eine ureigene ärztliche Verantwortung gegenüber den Patienten – und der damit verbundenen Maßnahmen zu Weiter- und Fortbildung. Landesweit gäbe es zwar zahlreiche Fortbildungs-

angebote, doch leider würden diese nicht von allen angenommen. Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann erläuterte, wie dies derzeit in Dresden während der ärztlichen Ausbildung gestaltet wird.

Finanzen

Jahresabschluss 2017

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Haushaltsjahr 2017 der uneingeschränkte Prüfungsvermerk von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH erteilt. Diese bestätigt damit, dass der Jahresabschluss unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung, der Anhang und der Lagebericht ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermitteln. Herr Franke erläuterte den Prüfungsablauf, die Prüfungsschwerpunkte sowie die Ergebnisse der Prüfung von Jahresabschluss und Lagebericht. Ein von Vorstand und Finanzausschuss beschlossener Schwerpunkt war die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der aufbau- und ablauforganisatorischen

Grundlagen im Referat Beitragswesen (Einführung eAkte) analog Fragenkatalog zur Prüfung nach § 53 HGrG. Es wurden keine Beanstandungen festgestellt. Dazu stellte Herr Franke ausführlich die finanzielle Lage der Sächsischen Landesärztekammer dar und erläuterte wesentliche Bilanz- und GuV-Kennzahlen.

Dr. med. Mathias Cebulla gab einen Überblick über die Entwicklung wichtiger finanzrelevanter Kennzahlen. Er legte die Bildung und vorgesehene Verwendung des Überschussvortrages dar und begründete diese. Er erläuterte ausführlich die bestehenden Rücklagen und deren Veränderung.

Die 58. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschussvortrages ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand Entlastung erteilt. Die Höhe der zweckgebundenen Rücklagen und die Bewertungsgrundsätze für die Betriebsmittellrücklage wurden beschlossen.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2017 finden Sie im Tätigkeitsbericht 2017 auf den Seiten 97 bis 98. Den vollständigen Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2017 finden Sie auf unserer Homepage unter www.slaek.de. Eine Druckfassung kann von Kammermitgliedern über die E-Mail oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de unter Angabe von Name und Anschrift kostenlos angefordert werden.

Außerdem hat jedes Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen. Für das Haushaltsjahr 2018 wurde die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH, Niederlassung Dresden erneut zur Prüfung des Jahresabschlusses bestellt.



Prof. em. Dr. Peter Zweifel, Zürich, hielt den Festvortrag

Festvortrag „Alterung der Gesellschaft und medizinische Innovationen“

Die traditionelle festliche Abendveranstaltung am Freitag setzte die Thematik der Kammerversammlung auf zwanglose Weise fort. Die Staatssekretärin des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Regina Kraushaar, betonte in ihrem Grußwort, dass Innovation und Investition gerade im Gesundheitswesen eine Investition in die Zukunft seien. Der Hauptredner des Abends, Prof. em. Dr. Peter Zweifel, Wirtschaftswissenschaftler und Hochschullehrer aus Zürich, stellte mit seinem prägnanten und unterhaltsamen Vortrag „Alterung der Gesellschaft und medizinische Innovationen: Die Krankenversicherung im Konflikt zwischen den Erwartungen der Bürgern und der Politik“ höchst interessante und eher ernüchternde Forschungsergebnisse vor, in welchem Maß und unter welchen Bedingungen Menschen bereit sind, Eigenbeteiligungen an Gesundheitsausgaben zu akzeptieren. Er stellte den Konflikt von Krankenversicherungen zwischen der Forderung der Politik nach Begrenzung der Ausgaben und der Forderung der Versicherten nach bestmöglicher und innovativer und damit in der Regel auch besonders teurer Versorgung dar. Er beschrieb das westliche Gesundheitsideal „Möglichst lange vollkommen gesund bleiben und dann tot umfallen“ und erläuterte dies mit dem ökonomischen Fachbegriff des Versuchs der „Rektangularisierung“ des Gesundheitszustands (-profils). Anhand dessen konnte er eindrücklich zeigen, wie – unabhängig vom Alter – die Gesundheitsausgaben bei jedem Patienten kurz vor seinem Tode am höchsten sind. Sehr aufschlussreich waren die Erkenntnisse, wie schwierig Patienten zu motivieren sind, höhere Eigenbeteiligungen für teure, innovative Therapien zu leisten (die sie jedoch

Wahl der Kammerversammlung 2019 – 2023

Die Landeswahlleiterin, Ass. jur. Annette Burkhardt, informierte die Mandatsträger über den Zeitplan für die im nächsten Jahr anstehende Wahl. Die wichtigsten Termine sind:

31. Oktober 2018

Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten

6. Februar 2019

Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter

1. April 2019

Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes.

Über die weiteren Vorbereitungen und den Wahlverlauf wird ab September 2018 regelmäßig im „Ärzteblatt Sachsen“ und auf unserer Homepage www.slaek.de/Kammerwahl2019 informiert.

Hingewiesen sei insbesondere auf die Vorstellung der Kandidaten im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2019 sowie die Bekanntmachung des Wahlergebnisses im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2019. Die konstituierende Kammerversammlung findet am 14./15. Juni 2019 statt.

einfordern). Mögliche Lösungen liegen nach diesen Forschungen in Anreiz- und Bonus-Systemen. Vorschläge, die sicher auf der Hand liegen, aber von allen Beteiligten entsprechende Anstrengungen und ehrliche Analysen erfordern. Alles in allem trug der unterhaltsame Vortrag dazu bei, die in der Ärzteschaft oft misstrauisch beäugte „Ökonomie“ als sehr wichtige Begleitwissenschaft gerade im Gesundheitswesen zu betrachten.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr derjenigen sächsischen Ärzte, die seit dem 27. Sächsischen Ärztetag 2017 verstorben sind. Auf Seite 35, Heft 1/2018, und auf Seite 303 in diesem Heft sind die Namen der zwischen 1. Juni 2017 und 29. Juni 2018 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

„Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ verliehen

Traditionell werden verdienstvolle Ärzte mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille geehrt. In diesem Jahr erhielten Dr. med. Andreas Schuster, Anna-Berg-Buchholz, sowie Dr. med. Hans-Jürgen Held, Dresden, diese hohe Auszeichnung.

Laudationes (Kurzfassungen)

Dr. med. Hans-Jürgen Held

Bereits während der Facharzt-Weiterbildung etablierte Dr. Hans-Jürgen Held



Die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille erhielten Dr. med. Andreas Schuster und Dr. med. Jürgen Held (v.l.).

ab 1975 eine „Kinderwunsch-Sprechstunde“ an der Medizinischen Akademie in Dresden, die er über 23 Jahre durchführte. Seit 1998 ist er in eigener Niederlassung als Leiter des „Kinderwunschzentrums Dresden“ tätig.

1978 gab es die weltweit erste Geburt der durch In-Vitro-Fertilisation gezeugten Louise Brown, dem ersten „Retortenbaby“. Seitdem werden die Reproduktionsmedizin und die verschiedenen Verfahren zur Analyse und auch möglichen Eingriffe in das menschliche Erbgut immer wieder kontrovers diskutiert. Hans-Jürgen Held hat von Beginn an diese medizinethischen Herausforderungen mit hoher Verantwortung wahrgenommen.

Von 1987 bis 1998 war Dr. Held, inspiriert durch die großen Erfolge der Reproduktionsmedizin, maßgeblich am Aufbau der Abteilung für In-Vitro-Fertilisation an der Dresdner Universitätsklinik beteiligt. Ausdruck seiner erfolgreichen Arbeit in dieser Zeit war unter anderem die erste Schwangerschaft aus kryokonserviertem Sperma eines an einem Hodentumor erkrankten Patienten. Dafür erhielt er den Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Urologie in der damaligen DDR.

Seit 1992 ist er Mitglied und seit 2003 Vorsitzender der Kommission „Künstliche Befruchtung“ bei der Sächsischen Landesärztekammer. Seiner stets

sachlichen und fachlich orientierten Herangehensweise ist es zu verdanken, dass es in Sachsen eine Kultur der kollegialen Zusammenarbeit und weniger Abgrenzung zwischen den einzelnen reproduktionsmedizinischen Zentren gibt.

Dr. Hans-Jürgen Held ist seit 2010 Mitglied der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin“ bei der Bundesärztekammer und seit Herbst 2013 Vorsitzender des Lenkungsgremiums dieser Arbeitsgruppe. In diesen Funktionen hat er entscheidend zur Etablierung einer wissenschaftlich fundierten Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin beigetragen, indem er unter anderem geeignete Parameter und das Erfassungssystem „QS-Repromed“ maßgeblich mitentwickelt hat.

Von Anfang an erkannte er den Stellenwert und die ethischen Risiken der Präimplantationsdiagnostik (PID) für die Reproduktionsmedizin. Folgerichtig war er Mitinitiator überregionaler Kommissionen auf diesem Gebiet – seit 2015 ist er Mitglied der gemeinsamen PID-Ethikkommission der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik.

Dr. med. Andreas Schuster

Die unbedingte Verteidigung und Wertschätzung des Fachgebietes Allgemeinmedizin waren Grundlagen für das spätere Berufsleben von Dr. med. Andreas Schuster. Würde man seine Patienten und deren Familien fragen, wären Empathie, ungebrochener und umfassender Einsatz, Unterstützung und Hilfe, Geduld und stetige Motivation die wichtigsten Eigenschaften und – als stets spürbare Lebenshaltung – eine Herzenswärme für Menschen. Neben der vollumfänglichen Arbeit in der eigenen Niederlassung ist seit

Beginn der Berufsausübung das ehrenamtliche und berufspolitische Engagement von hoher Bedeutung für Dr. Schuster. Er ist Gründungsmitglied der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und seit 2013 deren Präsident. Als gewählter Mandatsträger der Kammerversammlung ist Dr. Schuster seit zwei Wahlperioden aktiv. Für die Allgemeinmedizin ist er Mitglied der Prüfungskommission Allgemeinmedizin seit 2007 und Mitglied im Weiterbildungsausschuss seit 2012. In diesen Ehrenämtern gelang es ihm kontinuierlich in den letzten Jahren, die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung voranzubringen, damit für einen hochqualifizierten hausärztlichen Nachwuchs zu sorgen und das Fachgebiet zu repräsentieren.

Die Angelegenheiten der Medizinischen Fachangestellten sind für Dr. Schuster so bedeutsam und wichtig, dass er als Mitglied im Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“ seit 2009 und als Mitglied der Prüfungskommission 2010 – 2013 für diese Berufsgruppe ebenfalls Qualität steigern hilft und für die zukünftige Ausrichtung der „Medizinischen Fachangestellten“ und Vorbereitung als Teammitglied in den Praxen kontinuierlich diese Inhalte anpasst.

Regional ist Dr. Schuster als Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Annaberg/Erzgebirgskreis seit 1992 tätig. Die regionale Verbundenheit und auch hier das Anliegen, die Versorgungsebenen zu vernetzen und persönlich für eine hervorragende Qualität in der ärztlichen Fortbildung zu sorgen, stellt er als Leiter des Annaberger Allgemeinmedizinischen Qualitätszirkels seit 2007 unter Beweis. Seit der letzten Wahlperiode ist Dr. Schuster Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirk Chemnitz, und unterstützt auch hier

die hausärztliche Fachgruppe in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Seit 14 Jahren als Kursleiter im Kurs Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin vermittelt er jungen Ärzten wichtige Inhalte und steht persönlich für eine ärztliche Haltung, die geprägt ist von Respekt und ganzheitlicher Versorgung der Patienten. Als stets hervorragend evaluierter, eloquenter und fesselnder Referent begeistert er Studierende und Ärzte in Weiterbildung gleichermaßen vom Hausarztberuf mit all seinen Facetten. Eines seiner berufspolitischen Hauptziele ist die Stärkung und die Förderung hausärztlichen Nachwuchses.

Dr. Andreas Schuster trägt mit seinem berufspolitischen Engagement zur verbesserten Wahrnehmung des Faches Allgemeinmedizin in Sachsen und bundesweit bei. Er ist Vorbild für viele junge Ärzte, denen vorgelebt wird, wie wichtig ein Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung ist.

„Ernst-von-Bergmann-Plakette“ der Bundesärztekammer an Prof. Dr. med. habil. Joachim Mößner verliehen

Für seine außerordentlichen Verdienste um die ärztliche Fortbildung hat die Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Prof. Dr. med. habil. Joachim Mößner, Facharzt für Innere Medizin, Direktor der Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig, verliehen. Überreicht wurde sie anlässlich des 28. Sächsischen Ärztetages vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Erik Bodendieck.

Mit der Auszeichnung wurde die jahrzehntelange klinische und wissenschaftliche Tätigkeit von Prof. Mößner



Erik Bodendieck überreicht die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Prof. Dr. med. habil. Joachim Mößner

sowie sein außerordentliches Engagement in der ärztlichen Fortbildung gewürdigt. Durch seine Fachvorträge auf über 1.000 in- und ausländischen Veranstaltungen, Kongressen und Symposien hat er zur Fortbildung zahlloser Ärzte beigetragen.

Bodendieck: „Es ist mir eine Ehre, im Namen der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Prof. Dr. Joachim Mößner zu überreichen“.

Weg von der „Flatrate-Mentalität“

Der Sonabend stand ganz im Zeichen der Debatte um das Strategiepapier „Ziele und Maßnahmen für eine nachhaltige medizinische Versorgung im Freistaat Sachsen“. Ausgearbeitet im Vorstand und intensiv diskutiert nimmt damit die sächsische Ärzteschaft deutlich Stellung zu aktuellen und zukünftigen Problemen der Gesundheitsversorgung. Stärkung der Solidargemeinschaft, Priorisierung von Versorgung, die Förderung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die optimale Nutzung finanzieller und materieller Ressourcen im System, die nachhaltige

Fachkräftegewinnung und moderne Versorgungsstrukturen sind Schlagworte, mit denen der Präsident in seiner von Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten als „wohlausgewogener Rundumschlag“ bezeichneten Rede dieses Strategiepapier dem Ärztetag vorstellte. „Die gesetzliche Absicherung der Bevölkerung hat zu einem hohen Anspruchsverhalten und einem ‚Rundum-Sorglos-Paket‘ beigetragen. Das führt bei einigen Patienten zu einer ‚Flatrate-Mentalität‘ mit ungesteuerter Leistungsanspruchnahme sowie einer fehlenden Eigenverantwortung. Die soziale Marktwirtschaft trägt dazu bei, dass medizinische Behandlungen immer mehr unter ökonomischen Gesichtspunkten bewertet werden. Es ist die Verantwortung von uns Ärzten hier

auf Fehlentwicklungen hinzuweisen, wenn es auch in Zukunft eine gute und bezahlbare medizinische Versorgung geben soll. Die Politik wird dies mit Blick auf Wählerstimmen nicht tun“, betonte der Präsident in seiner Rede. Im Anschluss daran entspann sich eine lebhafte und zum Teil kontroverse Diskussion. Unterschiedliche Meinungen gab es unter anderem beim Thema Akademisierung der Pflege. Das Spektrum reichte hier von der Warnung vor der ausufernden Akademisierung bis hin zur expliziten Forderung nach Wissenschaftlichkeit und Evidenz in der Pflege unter dem Dach und der Aufsicht der Universitäten und Differenzierung in der Pflegequalifikation.

Dr. med. Thomas Lipp ermutigte unter anderem, sich angesichts des komplexen Wissenszuwachses in der Medizin auf die Definition ärztlicher Kernkompetenzen zu konzentrieren, was auch bedeuten kann, Ränder neu zu definieren und Kompetenzen abzugeben.

Prof. Dr. med. Andreas Dietz appellierte dringend (konkret im Zusammenhang mit dem Thema Krebsregister), die Instrumente zur Regulierung in eigener Hand zu behalten.

Dr. med. Stefan Windau benannte wie mehrere Diskutanten die „Ich, sofort und alles“ – Anspruchshaltung. Um Patienten zu verdeutlichen, in welchem Wert sie Gesundheitsleistungen erhalten haben, kam unter anderem der Vorschlag, dass Krankenkassen ihren Versicherten eine Aufstellung dieser Kosten zusenden, um überhaupt ein Wertebewusstsein zu schaffen.

Es erging die Aufforderung an die Politik, Mut zu unbequemen Wahrheiten zu haben, auch wenn dies Wahlerfolge erschweren könnte. Die Propagierung eines „Rundum-Sorglos“-Pakets ohne Übernahme von entsprechender Eigen-



Dr. med. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

verantwortung der Patienten wird keine politische Lösung zunehmend drängender Versorgungsprobleme sein. Gefordert wird auch eine Fachkräfteininitiative zur Gewinnung von Nachwuchs nicht nur in der Medizin sondern auch in der Pflege.

Das Strategiepapier wurde einstimmig von der Kammerversammlung verabschiedet. Es kann unter www.slaek.de herunter geladen werden.

Änderung der Berufsordnung

Eine intensive Diskussion entstand des Weiteren über die vorgelegten Änderungen der Berufsordnung. Einstimmig wurde beschlossen, wie von Dr. med. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht, vorgeschlagen, die neu formulierte Fassung der Deklaration von Genf des Weltärztebundes als Gelöbnis in die Präambel der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer aufzunehmen.

Erheblich mehr Redebedarf bestand beim Thema Änderung des § 7 Abs. 4 Berufsordnung: Fernbehandlung. Hier wurden vielfältige Befürchtungen und Warnungen geäußert, wie zum Beispiel pointiert von Prof. Dr. med. habil. Rai-

ner Klöppel: „Wir geben den kleinen Finger und es findet die Exartikulation im Schultergelenk statt“. Fragen nach Kontrollmechanismen und Aufklärungspflichten, die Forderung nach fachärztlicher Expertise bestehen. Den berechtigten Sorgen steht entgegen, dass mit der nun gefundenen Formulierung nicht nur der Beschluss des Deutschen Ärztetages umgesetzt wird, sondern dass auch diese ärztliche Tätigkeit vollumfänglich der Berufsordnung und allen anderen gesetzlichen Bestimmungen unterliegt.

Dr. med. Michael Burgkhardt wies darauf hin, dass mit Erlaubnis der Fernbehandlung nun vor allem eine dringend erforderliche und sinnvolle Anpassung an tatsächliche Gegebenheiten geschieht und damit eine rechtliche Absicherung vieler Ärzte erfolgt, die zum Beispiel in Leitstellen und Notdiensten tätig sind. Mit der Änderung des § 7 Abs. 4 ist die Fernbehandlung nicht grundsätzlich freigegeben, aber es besteht nun die Erlaubnis in sinnvollen, ärztlich vertretbaren Einzelfällen.

Der diesjährige Sächsische Ärztetag war gekennzeichnet durch lebhaft Debatten und das gemeinsame Ringen um den bestmöglichen Weg. Im nächsten Jahr wird ein neu gewähltes Parlament zusammentreten. Es bleibt zu wünschen, dass sich die konstruktive und kollegiale Diskussionskultur auch in der nächsten Legislaturperiode fortsetzen wird und immer mehr junge Kollegen sich zu Wort melden werden.

Angenommene Beschlussanträge des 28. Sächsischen Ärztetages:

- BV 1 Tätigkeitsbericht 2017
- BV 2 Jahresabschluss 2017 und Verwendung des Überschussvortrages
- BV 3 Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2017
- BV 4 Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2018

- BV 5 Gesundheitsversorgung der Zukunft – Strategiepapier der Sächsischen Landesärztekammer
 - BV 6 Satzung zur Änderung der Berufsordnung
 - BV 7 Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungsstandes von Ärzten mit Drittstaatenabschlüssen durch Ablegen des medizinischen Staatsexamens
 - BV 8 Verbesserung der Qualität der Leichenschau
 - BV 9 Förderung der Organspende in Sachsen
 - BV 10 Initiative zur Sicherung beziehungsweise Gewinnung von Fachkräften im Gesundheitswesen
- Alle angenommenen Beschlüsse finden Sie in vollem Wortlaut auf www.slaek.de.

Satzungsänderungen

Die Satzungsänderung zur Berufsordnung wird voraussichtlich im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2018, bekannt gemacht.

Termine

Die 59. Tagung der Kammerversammlung findet am 14. November 2018 und der 29. Sächsische Ärztetag / 60. konstituierende Tagung der Kammerversammlung am 14./15. Juni 2019 statt. ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Stellvertretende Vorsitzende des
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

31. Erweiterte Kammerversammlung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

„Und plötzlich sind wir Spekulanten.“ Unter dem Eindruck dieser Überschrift einer renommierten deutschen Sonntagszeitung stand der Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses (VA) der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV), Dr. med. Steffen Liebscher, zum Geschäftsjahr 2017.

Dabei wehrte sich der VA-Vorsitzende in aller Deutlichkeit gegen den journalistischen Vorwurf, namen- und gewissenlosen Kapitalsammelstellen die Beiträge der Mitglieder für spekulative Immobilientransaktionen zu überlassen. Vielmehr, so machte Dr. Liebscher anhand praktischer Investments klar, suche das Versorgungswerk seine Geschäftspartner sorgfältig aus, verpflichte sie in der Zusammenarbeit auf die eigenen Wertmaßstäbe und begleite die Investments von Anfang bis Ende. Und der für institutionelle Investoren eher unübliche hohe Aufwand mache sich bezahlt: „Bei fast allen Kapitalverwaltungsgesellschaften, die für uns arbeiten, sind unsere Fonds



Dr. med. Steffen Liebscher,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

teils mit großem Abstand Spitze in der Rendite, ohne aber im Risikoprofil wesentlich von der Vergleichsgruppe abzuweichen“, zeigte sich der VA-Vorsitzende zugleich erfreut und bestätigt. Das Vorgehen, das Dr. Liebscher exemplarisch für Immobilienanlagen skizzierte, sei auch im Rentendirektbestand und im Wertpapierbereich gelebte Praxis, wobei allerdings hier auf-

grund anhaltend niedriger Zinsen „von vornherein die Trauben höher hängen.“

Alle im Haupt- und Ehrenamt Tätigen haben sich, so betonte der VA-Vorsitzende, auch im Berichtsjahr mit „Kreativität, Kenntnisreichtum und Engagement“ für das Versorgungswerk eingesetzt. Kennziffer dieses Einsatzes ist eine Nettoverzinsung von 3,53 Prozent, die den Erwartungen der Versicherungsmathematik entspreche, die aber auch zeige, „dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen und wir weiter vor- und umsichtig agieren müssen.“ Eine Rückkehr zu sogenannten risikolosen Zinsen von zum Beispiel um vier Prozent werde von den meisten Finanzexperten für unwahrscheinlich gehalten. Insofern bestätige sich die sukzessive Absenkung des Rechnungszinses im Sinne aller versicherten Generationen als konsequente und realistische Entscheidung. „Für das vergangene Jahr kann berichtet werden, dass dieser Prozess, der mit der Bindung einer nennenswerten Menge Kapital in der Deckungsrückstellung verbunden ist, planmäßig verläuft und

bisher vor allem durch eine höhere Beitragsproduktivität ohne wesentliche Modifikationen der Verrentung neuer Beiträge dargestellt werden kann“, fasste Dr. Liebscher resümierend zusammen.

Mit einer weiteren Realität, nämlich der, dass Krankheitswertigkeit und Prognose bei Erkrankungen aus dem Kapitel F des ICD 10 sehr viel schwieriger zu beurteilen seien, als zum Beispiel bei einer generalisierten Tumorerkrankung, sehen sich die VA-Mitglieder bei der Bewertung von Berufsunfähigkeitsanträgen konfrontiert. Aus diesem Grund beauftrage der Verwaltungsausschuss zur Feststellung einer Berufsunfähigkeit externe Gutachten. Jedoch werde es zunehmend schwieriger, die Gutachten in der erforderlichen Zeitspanne und notwendigen Qualität zu erhalten. „Hier spüren wir den allgemeinen Trend einer Verknappung ärztlicher Leistungen auf diesem Gebiet häufig und schmerzlich“, attestierte Dr. Liebscher.

Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Ein vier Milliarden Euro schwerer Supertanker. Mit dieser Metapher verglich der Vorsitzende des Aufsichtsausschusses, Dr. med. vet. Jens Achterberg, das Versorgungswerk im mittlerweile 27. Geschäftsjahr. Gleichzeitig zollte er dessen Kapitänen, den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses, Respekt für deren Leistung, die Solidargemeinschaft Jahr für Jahr souverän in Richtung Zukunft zu steuern.

Dazu gehöre es auch, unbequeme Entscheidungen zu treffen. So sei Kritik der Mitglieder an der ausbleibenden Dynamisierung angesichts von steuerfinanzierten Rentenerhöhungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung durchaus nachvollziehbar. Jedoch stellte eine Dynamisierung – in Zeiten niedriger Zinsen und steigender Lebenserwartung – eben kein verantwortungs-



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

volles Handeln dar, sondern gefährde vielmehr die dauerhafte Erfüllbarkeit aller Verpflichtungen.

Erfreut zeigte sich Dr. Achterberg über die Einführung eines einrichtungsübergreifenden Organisationshandbuchs (OHB) im Dezember 2017. Das OHB definiere ausgehend von den satzungsgemäßen Aufgaben der Gremien die Schnittstellen zwischen Ehren- und Hauptamt und sei damit Ausdruck einer strukturierten Zusammenarbeit. Mit der eindeutigen Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten gewährleiste das OHB die Überprüfbarkeit des Verwaltungshandelns und sichere gleichzeitig dessen Qualität.

Zum Prüfer für den Jahresabschluss 2018 habe der Aufsichtsausschuss erneut die Baker Tilly AG bestellt – mit der Maßgabe der internen Rotation, das heißt eines Wechsels des prüfenden Mitarbeiters. Hintergrund der erneuten Bestellung sei der Umstand, dass es nur wenige auf Versorgungswerke und deren Spezifika spezialisierte Wirtschaftsprüfungsgesellschaften gebe. Zum anderen bedürfe es seitens des Prüfers einer guten Kenntnis

der Strukturen und Abläufe eines berufsständischen Versorgungswerks, um eine tiefgehende Prüfung effizient durchführen und Prüfungsschwerpunkte tiefer analysieren zu können.

Abschließend bestätigte Dr. Achterberg dem Verwaltungsausschuss ein verantwortungsvolles und weitsichtiges Agieren und empfahl den Delegierten die Zustimmung zu den vorgelegten Beschlussvorlagen.

Beschlüsse der 31. Erweiterten Kammerversammlung Beschlussvorlage 1

Rentenbemessungsgrundlage/
Rentendynamisierung 2019
(einstimmig bestätigt)

Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2019 beträgt 41.152,00 Euro. Die am 31. Dezember 2018 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 1. Januar 2019 nicht dynamisiert.“

Beschlussvorlage 2

Jahresabschluss 2017 mit Jahresabschlussbilanz und Entlastung der Gremien (einstimmig bestätigt)
Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2017 werden bestätigt. Der Jahresabschluss 2017 wird entgegengenommen und festgestellt. Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2017 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2017 erteilt.“ ■

Ass. jur. Nico Appelt
Geschäftsführer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Ärzte für Sachsen – On Tour Reha in Sachsen

Am Samstag, dem 2. Juni 2018, startete die bereits achte „Ärzte für Sachsen – On Tour“. Die Veranstaltung des Netzwerks Ärzte für Sachsen bietet interessierten Medizinstudierenden die Möglichkeit, über den universitären Tellerand zu schauen. Im Zentrum der Tour stand in diesem Jahr nicht nur eine bestimmte sächsische Region oder ein konkretes Fachgebiet sondern ein ganzer medizinischer Bereich: der der Rehabilitation.

Um die beruflichen Perspektiven für Ärzte im Bereich Reha vorzustellen, waren die künftigen Ärzte eingeladen, in Pulsnitz die Fachklinik für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation und die Fachklinik für Psychosomatische Medizin kennenzulernen.

An der ersten Station der Veranstaltung – der Helios Klinik Schloss Pulsnitz – stellte der Geschäftsführer Carsten Tietze die Fachklinik für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitation und das Arbeitsumfeld in Pulsnitz vor. Der Ärztliche Direktor Prof. Dr. med. habil. Marcus Pohl zeigte den Studierenden beim anschließenden Rundgang die Funktionsbereiche und sprach zu den Behandlungsansätzen bei Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems wie Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Traumata und Tumorerkrankungen.

Beim gemeinsam Mittagessen mit zwei jungen Ärzten in Weiterbildung hatten die Teilnehmer dann Gelegenheit, ganz ohne Leitungsebene die Arbeitsbedingungen an der Klinik zu besprechen, was von der jungen Medizinern sehr gut angenommen wurde.



Der Therapeutische Leiter der Helios Klinik Schloss Pulsnitz, Christian Zange, erklärt den Teilnehmern am Laufband mit Gewichtsentlastung die gerätegestützte Gangrehabilitation.

Der zweite Halt der Tour galt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an der Helios Klinik Schwedenstein. Ariane Schick-Wetzel, selbst Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie führte gemeinsam mit der Personalleiterin, Heike Rentsch, durch die Klinik und beantwortete sehr engagiert die vielen Fragen zur medizinischen Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen oder Burn-out.

Die Veranstaltung wurde von allen Teilnehmern positiv bewertet. Die Chance, in Bereiche zu schauen, die sonst im Studium kaum vorkommen, helfe die eigenen Berufsvorstellungen auf ein breiteres Fundament zu stellen. ■

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Vom Piloten in die Regelversorgung

10. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“



Zum nunmehr zehnten Mal lädt das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ seine Netzwerkpartner und alle am Thema „Ärztliche Versorgung in Sachsen“ Interessierte zur Jahrestagung ein. Im Zentrum der Veranstaltung steht am 12. September 2018 die Modellregion Weißwasser.

Hier werden zurzeit unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz durch eine Expertengruppe Entwicklungsbedarfe analysiert und Modellprojekte zur Sicherung der medizinischen Versorgung erprobt.

Außerdem wird es um weitere alternative Versorgungsformen gehen, um aktuelle Entwicklungen bei der ärztlichen Nachwuchsgewinnung und um gelungene Beispiele bei der Förderung für Ärzte gerade im ländlichen Raum.

Einblick in das Programm:

- Piloten: Wo geht's hin bei der ärztlichen Versorgung in Sachsen?

- Eigenpraxis Mügeln: Von der Anstellung in die Selbständigkeit
- „Ärzte für Ostsachsen“: Ärztenetz und Weiterbildungsverbund
- CWE Nachwuchs-Kampagne für den Chemnitzer Raum
- LEADER-Förderungen auf dem Land: vom Denkmal zur Arztpraxis

Veranstaltungsort: Tagungssaal des E-Werks WSW, Straße des Friedens 13 – 19, 02943 Weißwasser/O.L.
Weitere Infos über www.aerzte-fuer-sachsen.de

Martin Kandzia M.A.
 Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“

CIRS-Fall

Traumaversorgung wegen Arbeitsüberlastung und Personalmangel nicht möglich

Im Dezember 2016 wurde auf der CIRS-Seite der Anästhesie eine Situation beschrieben, die wöchentlich durch mangelnde Personalkapazitäten die Patientensicherheit gefährdet und die zunehmend auf Grund des Fachkräftemangels problematisch wird.

Es handelt sich um ein ausgewiesenes Traumazentrum, in welchem nicht genügend Anästhesieteams bereitgehalten werden, um Schwerstverletzte zu versorgen. Das Routineprogramm läuft auch am Wochenende, an dem nur eine eingeschränkte Personalbesetzung zur Verfügung steht. Konkret laufen in dem beschriebenen Fall zwei OP-Säle, der Aufwachraum ist mit mehreren Patienten belegt und die Intensivstation ist überfüllt. Zwei vital bedrohliche Notfälle treten unmittelbar nacheinander auf und die anästhesiologische Versorgung kann mit den drei vorhan-

denen Anästhesieteams zunächst nicht sichergestellt werden. Es fehlt akut mindestens ein Team. Erschwerend kommt hinzu, dass kein Hintergrund-Rufdienst in der Anästhesie vorhanden ist, Tagesrestprogramme ebenfalls rund um die Uhr laufen und die Patienten im OP beziehungsweise auf der Intensivstation durch Personalabbau in der Pflege unterversorgt sind. Ein Organisationsverschulden, das durch Leistungsverdichtung und Personalabbau zu einer Überbelastung in Anästhesie und Intensivmedizin führt.

Details finden Sie unter www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMDezember2016.pdf ■

Dr. med. Patricia Klein
 Ärztliche Geschäftsführerin

TAKE-HOME-MESSAGE

Der Krankenträger ist rechtlich verpflichtet, eine dem versprochenen Leistungsumfang (Traumazentrum) entsprechende räumlich-apparative wie auch personelle Infrastruktur zu schaffen und aufrechtzuerhalten.

Im gegebenen Fall müsste nach Analyse der Häufigkeit solcher Situationen nach einer Lösung, zum Beispiel mit einem weiteren Anästhesieteam im Rufdienst gesucht werden.

Bericht aus der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung Pneumonie“ für 2016

Die Arbeitsgruppe Pneumonie überprüft im Auftrag des Lenkungsgremiums Sachsen die Ergebnisse der stationären Behandlung der ambulant erworbenen Lungenentzündung (CAP). Diese Infektionserkrankung wird in ihrer Problematik häufig unterschätzt, hat sie doch in Deutschland eine höhere Krankenhausletalität als der ST-Hebungsinfarkt [1, 2, 3]. Insbesondere ältere Patienten auf Normalstation ohne Monitoring sind bei Entwicklung einer raschen Sepsis und innerhalb der ersten 72 Stunden nach Krankenhausaufnahme durch respiratorische Verschlechterung oder andere Organdysfunktionen vital gefährdet. Die Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie folgt der seit vielen Jahren etablierten Leitlinie, die 2016 in überarbeiteter Form erschien [4] und zu einer weitgehenden Standardisierung der Therapie geführt hat. Durch diese Standardisierung ist eine Qualitätssicherung (QS) möglich geworden, die über die Abfrage einiger relevanter Indikatoren im Verlauf der Behandlung eine Adhärenz an die Leitlinienvorgaben überprüft. Ein weiteres Kriterium der Qualitätssicherung ist die Sterblichkeit im Krankenhaus.

Ziel der Überarbeitung der Leitlinie war, die Dauer der antibiotischen Therapie zu verkürzen, die Problematik der Komorbiditäten besser zu erfassen und Risikopatienten für multiresistente Erreger zu charakterisieren. Auch der Prävention wurde ein revidiertes Kapitel gewidmet. Über aktuelle Daten aus der CAPNETZ-Arbeitsgruppe und Ergebnisse der Qualitätssicherung konnten Maßnahmenbündel generiert werden, die zu einer weiteren Verbesserung der Behandlung führen sollen.

Stationäre Therapie

Die Schweregradeinteilung der zu hospitalisierenden Patienten erfolgt nach dem Ausmaß der Bettlägerigkeit und der Komorbidität. Die Hospitalisierung führt aber bei einem Teil der älteren Patienten zu einer irreversiblen Einschränkung der Mobilität – dennoch gibt es noch wenig Evidenz für eine ambulante Behandlung dieser Patientengruppe. Für ambulante Therapien kommen Patienten mit klinischer Stabilität und CRB-65¹ von 0 ohne Komorbiditäten in Frage (orale antibiotische Therapie). Hier ist auch bei ambulanten Patienten eine Überprüfung des Status nach circa 48 bis 72 Stunden erforderlich, um Therapieversager zu erkennen. Bei Patienten mit schwerer Komorbidität, palliativem Therapieziel und infauster Prognose kann bei Sicherstellung adäquater Pflege laut Leitlinie auch eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses erwogen werden.

Eine frühestmögliche Mobilisierung der Patienten ist daher Teil des Therapiekonzepts. Hier haben nach der Qualitätssicherung manche sächsischen Kliniken ein Problem in der Umsetzung. Frühmobilisation bedeutet, dass Patienten, die innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme mobilisiert werden (minimal/mindestens: 20 Minuten Sitzen außerhalb des Bettes) eine günstige

Prognose haben sollen. Dies scheint insbesondere am Wochenende aus personellen Gründen schwierig umzusetzen zu sein. Es sollten daher grundsätzlich die immer anwesenden Schwestern mit der Frühmobilität beauftragt werden, nicht ausschließlich die Physiotherapie.

Die Pneumonieletalität steigt mit dem Alter an und erreicht ein Maximum bei bettlägerigen Pflegeheimpatienten mit hoher Komorbidität. Bei einem Teil dieser Patienten liegt weder ein kuratives Therapieziel vor, noch ist dieses selbst bei maximaler Therapie realistisch. Damit sollten solche Patienten nur in Ausnahmefällen in das Krankenhaus eingewiesen werden. Dass so etwas in der Praxis jedoch immer wieder passiert, kann jeder berichten, der in einer Notaufnahme tätig ist. Diese Patientengruppe wird in der Qualitätssicherung daher gesondert betrachtet und

¹ Der CRB-65-Index ist ein Schweregradindex für Patienten mit Lungenentzündung und fragt vier leicht zu erhebende Parameter in der Notfallaufnahme ab, die bei Zutreffen jeweils einen Punkt ergeben. Die Summe ergibt den Schweregrad. Patienten mit 0 Punkten können ambulant behandelt werden, ab 1 Punkt ist eine Krankenhausbehandlung zu erwägen.

deren Letalität nicht auf die Gesamtlealität eines Krankenhauses angerechnet.

Diagnostik

Die Diagnostik der Pneumonie beruht in der Notaufnahme eines Krankenhauses auf der Kombination aus klinischer Symptomatik, der Anamnese und körperlichen Untersuchung, dem Röntgenbild der Lunge und der Bestimmung der Entzündungsparameter (C-reaktives Protein). Selbst die „typische“ Symptomatik ist allerdings wenig spezifisch und vor allem bei älteren Patienten gelegentlich gänzlich fehlend. Neu aufgetretene Verwirrung oder Sturzereignisse sind als Ausdruck einer schweren Pneumonie möglich – mit dem Risiko einer Behandlungsverzögerung oder Fehlbehandlung. Dieser speziellen Problematik sollten sich daher Allgemeinmediziner, Geriater, Psychiater, Neurologen und Unfallchirurgen gleichermaßen bewusst sein.

Während die Biomarker CRP und PCT (Procalcitonin) im rein vorstationären Bereich eine nur mäßige Aussagekraft besitzen, können diese im Bereich der Notaufnahme eines Krankenhauses abhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit durchaus Prädiktionskraft erlangen und als Steuerungsinstrument für den Beginn einer antibiotischen Behandlung eingesetzt werden. Besonders zeigt sich ihr Wert aber bei der Verlaufsbeurteilung.

Erregerdiagnostik

Aufgrund des begrenzten Keimspektrums und der günstigen Prognose ist eine mikrobiologische Diagnostik bei Patienten mit leichtgradigen, ambulant zu behandelnden Pneumonien definitiv nicht erforderlich. Hospitalisierte Patienten profitieren von der Entnahme von Blutkulturen und es wird der Nachweis des Legionellen-Antigens im Urin empfohlen. Sputum-Kulturen sind nur

sinnvoll, wo eine kulturelle Weiterverarbeitung innerhalb von zwei bis vier Stunden möglich ist – dies trifft aber nur auf wenige große Häuser mitgeschlossenem Labor zu. Als relevante Erreger finden sich ohnehin nur *Streptococcus pneumoniae*, Mycoplasmen, *Hämophilus influenzae*, und *Staphylococcus aureus* sowie verschiedene respiratorische Viren (und in Ausbruchssituationen Influenza). Selten sind Enterobakterien oder Pseudomonaden nachweisbar. Ein Teil dieser Erreger stellt auch Standortflora dar. Deren Nachweis ist daher kritisch zu werten. Aus diesem Grund werden Multiplex-PCR-Tests mit dem gleichzeitigen Nachweis zahlreicher bakterieller und viraler Erreger in der Leitlinie explizit nicht empfohlen.

Risikostratifizierung

Wichtigstes Ziel in der Notfallaufnahme ist die Identifizierung von Patienten mit dem Risiko einer Organdysfunktion, um diese intensiv zu überwachen beziehungsweise einer Intensivtherapie zuzuführen. Messung von Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Lactat sind initial und im Verlauf zwingend erforderlich. Die trennscharfe Allokation von Niedrigrisikopatienten aus dem ambulanten Bereich und auf Normalstation ist organisatorisch und ökonomisch sinnvoll. Ein Baustein dafür ist der CRB-65-Index (Tab. 1), der Limitierungen besitzt, aber für viele Patientengruppen eine ausreichende Diskrimination bezüglich der zu erwartenden Letalität ermöglicht.

Tab. 1: CRB-65-Index

Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	1 Punkt
diastolischer Blutdruck $\leq 60 \text{ mm Hg}$ oder systolischer Blutdruck $< 90 \text{ mm Hg}$	1 Punkt
Bewusstseinstörung	1 Punkt
Alter ≥ 65 Jahre	1 Punkt

So liegt die Letalität in der CAPNETZ-Kohorte bei einem Score von null Punkten bei null Prozent, bei ein bis zwei Punkten bei sechs Prozent und bei drei bis vier Punkten bei 23 Prozent [5]. Das Risiko älterer Patienten ist aufgrund der oben beschriebenen Oligosymptomatik mit diesem Score aber nur unzureichend abbildbar. Bettlägerigkeit, extrapulmonale Komorbiditäten und eine Sauerstoffsättigung von < 90 Prozent konnten ferner als stärkste Prädiktoren unabhängig vom CRB-65-Index für eine höhere Krankenhausletalität identifiziert werden. Da das Risiko für die Ausbildung einer schwerwiegenden Organdysfunktion in den ersten 72 Stunden am höchsten ist, sollten alle Patienten im Krankenhaus mindestens in den ersten drei Tagen nach Aufnahme re-evaluiert werden. Patienten, die erst im Laufe dieser Zeit eine Verschlechterung aufweisen, haben eine deutlich reduzierte Prognose im Vergleich zu primär intensivmedizinisch betreuten Patienten. Patienten auf Normalstation sollten in den ersten 72 Stunden (mindestens) einmal täglich bezüglich Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Puls, Blutdruck und neurologischem Status untersucht werden, um eine Verschlechterung zu erkennen und gegebenenfalls mit einer Verlegung auf eine Überwachungsstation zu reagieren. Diese Untersuchungen und ihre Warngrenzen sind identisch mit den Untersuchungen bei den sogenannten Stabilitätskriterien (Tab. 2). Vor allem am Wochenende sind hier Szenarien denkbar, bei denen eine Verschlechterung unbemerkt bleibt und der Patient erst bei einer Dekompensation beziehungsweise hypoxischen Komplikationen auffällt.

Vor allem eine unbemerkte Hypoxie dürfte Ursache für viele plötzliche Todesfälle in dieser kritischen Zeit sein [6]. Für die Therapie entscheidend, ist somit die rasche Identifizierung schwer

kranker Patienten, die analog der Sepsis-Leitlinien ohne Zeitverzug antibiotisch behandelt werden sollen (noch in der Notfallaufnahme) und die eine intravenöse Volumengabe sowie gegebenenfalls Katecholamine benötigen. Der schnelle Beginn der antibiotischen Therapie nach Aufnahme in das Krankenhaus ist daher als Qualitätsziel definiert [7].

Ansprechen der Behandlung

Die CAP-Leitlinie empfiehlt zur Erfassung des Therapieansprechens die regelmäßige, mindestens einmal tägliche Bestimmung der „klinischen Stabilitätskriterien“ in den ersten 48 bis 72 Stunden (Tab. 2), des Laborparameters CRP oder PCT nach drei bis vier Tagen und den sonografischen Ausschluss eines Pleuraergusses (um bei fehlender Entfieberung kein parapneumonisches Empyem zu übersehen). Ein Verlaufsröntgen ist in der Regel nicht erforderlich, kann aber bei Patienten mit hohem Tumorrisiko (Rauchern) nach frühestens zwei bis vier Wochen sinnvoll sein, um ein Malignom als Ursache der Pneumonie auszuschließen.

Das Erreichen der klinischen Stabilitätskriterien kann auch als Entlasskri-

terium herangezogen werden. Bei Nichterreichen muss ein Therapieversagen geprüft werden.

Antibiotische Therapie

Für die komplexe, leitlinienkonforme Wahl der antibiotischen Therapie soll hier auf die ausgezeichnete und lesenswerte CAP-Leitlinie [4] verwiesen werden. Bei einer leichten Pneumonie ohne Komorbiditäten wird eine Therapie mit einem ausreichend hoch dosierten Aminopenicillin empfohlen. Bei leichter Pneumonie mit Komorbiditäten kommt ein Aminopenicillin/Betalactamaseinhibitor in Frage. Dies wird auch bei mittelschweren Pneumonien in Kombination mit einem Makrolid eingesetzt, alternativ erhalten diese ein Cephalosporin Klasse 2 oder 3a. Die Therapie hospitalisierter Patienten wird in den ersten Tagen immer parenteral empfohlen. Patienten mit schweren Pneumonien sollten eine Kombination aus Breitspektrum- β -Lactam und Makrolid erhalten, ohne Schock ist auch ein Fluorochinolon denkbar (Moxi- oder Levofloxazin).

Die Auswahl und Dosierung der Substanzen ist auch nicht Gegenstand der Qualitätssicherung, obwohl hier unverändert Fehler auftreten – beispielsweise die Gabe von Ciprofloxacin als Monotherapie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie (keine ausreichende Wirksamkeit gegen Pneumokokken, dem wichtigsten Erreger) oder die orale Gabe von Cephalosporinen, die ambulant leider immer noch sehr häufig ist (geringe Resorption). Entscheidend ist auch, dass im Bereich der CAP die Resistenzen und multiresistente Erreger in Deutschland kaum ein Problem sind und nur wenige Patientengruppen betreffen. Die Dauer der antibiotischen Therapie im Krankenhaus soll fünf bis sieben Tage nicht überschreiten. Sie kann bei klinischer Stabilisierung weiter reduziert werden. Die Dauer der intravenösen Therapie

sollte initial mindestens drei Tage betragen. Eine Umstellung der intravenösen auf die orale Gabe (orale Sequenz-Therapie) wird bei mittelschweren Pneumonien nach klinischer Besserung empfohlen.

Beatmung

Patienten mit einer Pneumonie sind gefährdet, eine Gasaustauschstörung oder eine Erschöpfung der Atemmuskulatur zu entwickeln. Daraus resultiert eine Hypoxämie beziehungsweise eine hyperkapnische respiratorische Insuffizienz. Bei diesen Patienten sollte ein Versuch einer nichtinvasiven Beatmung durchgeführt werden. Gelingt keine Stabilisierung, muss eine Intubation und invasive Beatmung erfolgen. In der bundesweiten Qualitätssicherung fällt auf, dass 76 Prozent der verstorbenen Patienten (selbst nach Ausschluss der Patienten mit aussichtsloser Prognose), nie eine Beatmungstherapie erhalten haben. Hier liegen entweder Dokumentationsfehler bezüglich einer Limitierung der Therapie vor oder der Schweregrad der Pneumonie mit deletären Folgen wurde unterschätzt.

Schwerpunkte der Tätigkeit der sächsischen Arbeitsgruppe

Schwerpunkt der Tätigkeit im Berichtsjahr war die Beratung zu den Stellungnahmen der Kliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, deren Anzahl im Vergleich zu den Vorjahren aber weiter abgenommen hat. Insgesamt reichten die Kliniken 14.177 Datensätze ein. Bezüglich der Qualitätsindikatoren (QI) und Auffälligkeitskriterien (AK) wurden bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen 37 Kliniken von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung angeschrieben, 27 Kliniken erhielten mindestens einen Hinweis, 34 Kliniken wurden zu einer Stellungnahme aufgefordert. Bezüglich der Datenvalidierung wurden zehn Kliniken angeschrieben. Im Rahmen dieser Beratung zu den

Tab. 2: Die definierten Zeichen der klinischen Stabilität [7]

Herzfrequenz $\leq 100/\text{min}$

Atemfrequenz $\leq 24/\text{min}$

Systolischer Blutdruck $\geq 90 \text{ mm Hg}$

Körpertemperatur $\leq 37,8^\circ\text{C}$

Gesicherte Nahrungsaufnahme oral oder sichere Zugänge

Bewusstseinszustand normal bzw. Wiedererreichen des vorbestehenden Zustands bei ZNS-Erkrankungen

Keine Hypoxämie $\text{pO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ bzw. $\text{SaO}_2 \geq 90 \text{ Prozent}$ unter Raumluft bzw. (bei Patienten mit bereits vorbestehender Sauerstoffpflichtigkeit) unter Sauerstoffgabe

Stellungnahmen der Kliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen verblieben 14 Kliniken mit mindestens einem qualitativ auffälligen QI oder AK. Zwei Kliniken erhielten mindestens einmal die Einstufung, dass eine abschließende Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. Bei sechs Kliniken erfolgte mindestens eine Einstufung eines QI/AK mit „Sonstiges“ (Kommentar der AG oder erneute Nachfrage erforderlich). Bei 19 Kliniken führte mindestens eine Stellungnahme nach Beratung dazu, dass die rechnerisch auffälligen Ergebnisse letztlich als unauffällig eingestuft wurden, weil Klinikbesonderheiten vorlagen oder gut begründete Einzelfälle.

Es erfolgte ein kollegiales Gespräch mit einer Klinik, bei der der Indikator „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme“ wiederholt auffällig war (Anteil der nicht primär bettlägerigen Patienten, die bei leichten und mittelschweren Pneumonieformen innerhalb von 24 Stunden nach Klinikaufnahme mobilisiert worden waren). Da auch die schriftliche Stellungnahme der Klinik die Gründe für die zu geringe Frühmobilisationsrate nicht ausreichend darlegen konnte und zu pauschal erschien, erfolgte die Einladung des leitenden Oberarztes und des Leiters des Qualitätsmanagements. In diesem speziellen Fall wurde nahezu schematisch ein großer Teil der nicht mobilen Patienten als delirant oder dement bezeichnet und damit die Frühmobilisation als „nicht möglich“ eingestuft. Die AG fand diese Aussage zu pauschal. Auch ein dementer oder deliranter Patient kann 20 Minuten in einem Stuhl außerhalb des Betts verbringen – damit ist der Frühmobilisation bereits Genüge getan.

Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe wurden Gründe für die Problematik erarbeitet und Lösungsansätze aufgezeigt. Die bereits im Krankenhaus begonnenen Maßnahmen wurden als so

effektiv eingeschätzt, dass mit einem unauffälligen Ergebnis im aktuellen Berichtsjahr zu rechnen sein dürfte.

Ein Mitglied der Arbeitsgruppe führte persönlich eine Begehung eines Krankenhauses durch, das seit Jahren rechnerisch auffällige Ergebnisse in mehreren Qualitätsindikatoren aufwies und offenbar Schwierigkeiten hatte, die Problematik effektiv zu beheben. Dabei wurden exemplarische Epikrisen überprüft und die Behandlungssituation analysiert. Die Klinik, die wie viele kleinere Häuser in der Peripherie Sachsens strukturelle und personelle Probleme als Ursache anführte, erhielt Vorschläge, wie eine leitliniengerechte Behandlung besser umgesetzt werden kann.

Ein weiteres kollegiales Gespräch führte die Arbeitsgruppe mit dem Vertreter einer Klinik, in der die zeitgerechte antibiotische Behandlung in überraschend vielen Fällen nicht umgesetzt wurde. Ursächlich war zum Teil das Abwarten unnötiger Multiplex-Tests. Auch waren die „Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ unzureichend durchgeführt worden. Diese Klinik war bereits im Vorjahr auffällig. Es wurde unter anderem eine Vereinbarung getroffen, die antibiotische Therapie bereits in der Notaufnahme zu beginnen. Wie nach allen anderen kollegialen Gesprächen, wird diese Klinik in den folgenden Berichtsjahren bezüglich der Umsetzung der Maßnahmen überprüft.

Bei fortgesetzten Auffälligkeiten kann die Arbeitsgruppe Kliniken gegenüber dem Lenkungsgremium entanonymisieren. Dies war im Bereich der CAP bisher aber noch nie erforderlich gewesen.

Ergebnisse

Die Pneumonieletalität in Sachsen betrug insgesamt 13 Prozent, bei Erkrankten aus Pflegeheimen erhöhte

sich diese auf 26 Prozent und von den Patienten, die eine invasive maschinelle Beatmung benötigen, verstarben 35 Prozent. Diese Zahlen sind stabil und entsprechen in etwa denen des Bundesdurchschnitts. Eine relevante Änderung zum Vorjahr lag nicht vor. Bezüglich der Auffälligkeitskriterien und Qualitätsindikatoren lagen die sächsischen Ergebnisse in dem Berichtszeitraum vollständig innerhalb des bundesweiten Referenzbereichs.

Ausblick

Die ambulant erworbene Pneumonie ist in Deutschland von erheblicher Relevanz – 270.000 Menschen mussten im Jahr 2016 stationär behandelt werden – davon starben 13 Prozent. Auch wenn der Tod für einen Teil dieser Menschen vor allem im höchsten Lebensalter nicht abwendbar erscheint (die Letalität in der Altersklasse 80 bis 89 Jahre beträgt 40 Prozent!), findet sich weiterhin ein Anteil Patienten in allen Altersklassen, deren Mortalität reduziert werden könnte. Dies betrifft vor allem Patienten mit schwerer Sepsis.

Die Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention – Update 2016“ ist ein lesenswertes interdisziplinäres Gemeinschaftswerk mit höchster Praxisrelevanz und zeigt sinnvolle Maßnahmen auf, die in jeder Notaufnahme und jedem Krankenhaus mit überschaubarem Aufwand möglich sind. Die Qualitätssicherung dieser Erkrankung hat einen Beitrag geleistet, dass große Teile dieser Maßnahmen in den letzten Jahren in den Fokus der Verantwortlichen gerückt und bundesweit eingeführt worden sind. ■

Literatur beim Autor

Dr. med. Christian Riedel
Vorsitzender des Ausschusses
Externe Qualitätssicherung – Pneumonie

Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung aus philosophischer Sicht

P. Heuer

Einleitung

Die geltenden Regelungen im Umgang mit psychisch Kranken werden von vielen Psychiatern als Behinderung der kunstgerechten Ausübung ihres Berufes erlebt [1].¹ Insbesondere steht in der Kritik, dass selbst nach Zwangsunterbringung² in einem psychiatrischen Krankenhaus der Beginn und jede Änderung einer medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka beziehungsweise Antipsychotika im engeren Sinne der Prüfung und Genehmigung durch einen Betreuungsrichter bedarf, wenn keine freiwillige Zustimmung des Patienten erwirkt werden kann.³ Juristen hingegen weisen darauf hin, dass die bestehenden Regeln die Freiheitsrechte der Betroffenen schützen, indem sie sie vor den Folgen willkürlicher Entscheidungen anderer bewahren, wodurch nicht zuletzt auch die Rechtssicherheit von Ärzten und Betreuern erhöht wird. Auch von Medizinern selbst werden die geltenden Regeln durchaus unterschiedlich aufgenommen. Die einen sehen in ihnen eine unnötige Gängelung sowie eine Behinderung ihrer Arbeit, die anderen fühlen sich durch die richterliche Entscheidung moralisch unterstützt. Mehrheitlich werden die bestehenden Regelungen jedoch offenbar als Bevormundung erlebt.⁴

Nun sind Gesetze etwas, was Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb einer bestimmten gesellschaftlichen Situation und für diese erdacht und beschlossen haben. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sie sich im Laufe der Zeit als ungeeignet für das erweisen, was sie regeln sollten. Erst wenn man verstanden hat, warum ein Gesetz so formuliert worden ist, wie es

der Gesetzestext besagt, erst wenn man sich mögliche Alternativen und deren Konsequenzen vor Augen geführt hat, wird es möglich, es zu akzeptieren und fortan seinem Geiste und nicht nur dem Wortlaut zu folgen. Erst dann kann man es, wenn nötig, kritisieren und sinnvoll ändern.

Wie muss nun ein Gesetz verfasst sein, welches Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung regelt, was muss bei seiner Aufstellung bedacht werden? Um diese Frage zu beantworten, soll zunächst überlegt werden, warum Zwangsbehandlung überhaupt erforderlich werden kann. Darüber hinaus ist es offenbar so, dass unser Urteil über diese Praxis insgesamt auseinandergeht. Wie man sich hier positioniert, scheint ganz entscheidend vom Gesellschafts- und Menschenbild abhängig zu sein, das man vertritt. Da wir in einer pluralistischen Gesellschaft leben, müssen unsere Gesetze so formuliert sein, dass Menschen mit unterschiedlicher Weltanschauung sie anerkennen können. Erst im Licht dieser Überlegungen können die geltenden Regelungen fruchtbringend diskutiert werden. Dabei geht es nicht vordergründig darum, gegen die aktuelle Rechtslage zu argumentieren, sondern die philosophischen Prinzipien aufzudecken, von denen die Diskussion über Zwangsbehandlung ausgeht.

Über das Für und Wider von Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung

Unbestritten kann es vorkommen, dass Menschen zeitweilig oder andauernd nicht in der Lage sind, vernünftige Entscheidungen zu treffen und über sich selbst zu verfügen. Unter Selbstverfügung versteht man alltagstaugliches

Denken, Fühlen, Planen und Handeln mit Realitätsbezug. Gestörte oder fehlende Selbstverfügung kann unterschiedliche Ursachen haben: Psychotische Erkrankungen, Demenz oder Drogensucht sind Beispiele dafür. Auch wenn es rechtlich gesehen keinen Fürsorgeanspruch gibt, bleibt doch die moralische Verpflichtung zur Hilfeleistung. Gegen sie wird vorsätzlich verstoßen, wenn man die Betroffenen sich selbst überlässt. Da diese Menschen nicht allein entscheiden können, was gut für sie ist, muss dies stellvertretend erfolgen. Man muss sie betreuen. Dabei hat der Betreuer nach Möglichkeit so zu handeln, wie die Betroffenen selbst es täten, wenn sie über sich verfügen könnten [2].

Doch es gibt auch Gründe, die gegen diese Praxis sprechen, oder jedenfalls zu einem äußerst vorsichtigen Umgang raten: Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung oder auch Zwangsentzug stellen – formal betrachtet – massive Eingriffe in die Selbstbestimmung dar. Selbstbestimmung ist aber eines der grundlegenden Menschenrechte. Es ist in der Verfassung der Bundesrepublik festgeschrieben. Nur wenn die Möglichkeit zur vernünftigen Selbstbestimmung bei einem Patienten tatsächlich fehlt, ist solch ein Eingriff in sein Leben möglicherweise gerechtfertigt. Wie stark die Beeinträchtigung der Möglichkeit zur Selbstbestimmung eines Menschen ist, ist nicht immer leicht zu beurteilen. Wo ist hier die Grenze zu ziehen und wer legt sie fest?

Am Ende sind es immer Menschen, die dabei über Menschen entscheiden. In Abrede stellen zu wollen, dass es der-



Fixierung eines Patienten

artige Defizite gibt, ist allerdings realitätsfremd und führt nicht zuletzt zu ungunstigen Folgen für die Betroffenen selbst, insbesondere hinsichtlich ihrer verminderten Schuldfähigkeit. In den Paragraphen 20 und 21 des Strafgesetzbuchs wird anerkannt, dass seelische Störungen zur Schuldunfähigkeit führen können. Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, dass ein vom psychotischen Wahn (zum Beispiel Verfolgungswahn) krankhaft bestimmter Mensch, der an einer Schizophrenie oder Drogenpsychose leidet, nicht selbstbestimmt sein kann.

Gegen Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung sprechen in vielen Fällen auch ganz pragmatische Einwände: In Deutschland gibt es circa 1,8 Millionen Alkohol Kranke. Es ist eine unrealistische Vorstellung, alle diese Menschen zwangseinzuweisen und zu einem Ent-

zug zu nötigen. Auch ist es nachweislich so, dass Zwangsentzug, also Abstinenz ohne Einwilligung der Betroffenen, nur selten von anhaltendem Erfolg gekrönt ist. Nur wer der Behandlung innerlich zustimmt, so die Erfahrung, ist fähig und bereit, sich auf Dauer der ihn gefährdenden Stoffe zu enthalten. Diese Zustimmung kann natürlich auch während einer erzwungenen Therapie entstehen mit dem Wiedereintritt der Möglichkeit zur vernünftigen Entscheidung.

Es gibt auch einen weiteren, nicht unbegründeten Argwohn gegen die Möglichkeit von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung. Es ist die Gefahr des Missbrauchs. Die Geschichte hat Beispiele dafür, wie Mitbewerber oder Gegner aus dem Weg geräumt wurden, indem man ihnen die Zurechnungsfähigkeit absprach. Dafür reichte es mit-

unter, dass sie reizbar waren oder einfach Sonderlinge.

Gesellschaftsordnung und Menschenbild

Wie man sich selbst zur Möglichkeit von Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung stellt, also ob man die Argumente für oder wider diese Praxis für entscheidend hält, ist abhängig davon, wie man das Verhältnis des Einzelnen zur Gemeinschaft bewertet. Ich möchte an dieser Stelle die Ansichten dreier für die Gegenwart relevanter philosophischer Strömungen betrachten, nämlich diejenigen des Kommunitarismus, des Liberalismus und des Aristotelismus. Kommunitarismus und Liberalismus sind Gegenpositionen. Der Aristotelismus nimmt eine eigene Bestimmung des Verhältnisses von Einzelform und Gemeinschaft vor, die deren Einseitigkeiten vermeidet.

Liberalisten fassen das Verhältnis des Individuums zum Staat ins Auge. Entstanden ist der Liberalismus als gegen eine feudale Bevormundung der Bürger gerichtete Position. Sie ist durch eine hohe Wertschätzung der individuellen Freiheit und der Selbstverantwortung des Einzelnen gekennzeichnet. Deshalb sollte es so wenig Staat und staatliche Fürsorge wie möglich geben. Letztlich ist es ganz und gar Sache jedes einzelnen, wie er mit sich umgeht.

Kommunitaristen hingegen sehen jeden von uns als Teil einer Gemeinschaft, von der er abhängig ist und an deren Erhalt und Gedeih er deshalb mitzuwirken hat. Entsprechend verstehen Liberalisten zum Beispiel die Zwangseinweisung und den Zwangs- entzug eines Junkies als unzulässigen Paternalismus, während Kommunitaristen es als unterlassene Hilfeleistung auffassen, angesichts offensichtlicher Verwahrlosung nichts zu unternehmen. Beide Auffassungen können jeweils entscheidenden Einfluss auf die Gesetzgebung haben. Wir kennen sowohl kommunitaristisch als auch liberalistisch geprägte Gesellschaftsordnungen. Sozialistische Staaten, wie die DDR es war, sind kommunitaristisch geprägt. Die Bundesrepublik ist hingegen stärker liberal verfasst. Dies führt zu ganz unterschiedlichen Institutionen und Verordnungen. Man besehe daraufhin nur einmal die unterschiedlichen Regelungen zur Schutzimpfung. In der DDR bestand Impfpflicht für zahlreiche Krankheiten, in der Bundesrepublik hingegen gibt es derzeit für keine einzige Krankheit eine gesetzlich verankerte Impfpflicht für den Menschen, sondern nur sogenannte Impfeempfehlungen. Die unterschiedliche Haltung von Liberalisten und Kommunitaristen hat sogar Auswirkungen auf die Sprache. So wird zum Beispiel die Selbsttötung von Liberalen „Freitod“ genannt, während Kommunitaristen und insbe-

sondere religiöse Menschen von „Selbstmord“ sprechen.

Um den Streit zwischen Liberalisten und Kommunitaristen zu schlichten und die Frage nach Berechtigung von Zwangsbehandlung zu entscheiden, lohnt es eine Differenzierung näher ansehen, die sich in der Debatte eingebürgert hat. Es ist die Unterscheidung von „natürlichem Willen“ und „freiem Willen“. Offenbar können bereits unvernünftige Wesen, etwa Kleinkinder, aber auch höhere Tiere, etwas begehren oder ablehnen. Solche Impulse finden sich auch in der Regel auch noch bei psychisch kranken Menschen, selbst wenn ihre personalen Eigenschaften durch die Krankheit aufs schwerste zurückgedrängt worden sind. Es äußert sich zum Beispiel im Sträuben gegen eine Behandlung oder die Einnahme eines Medikaments. Diese ursprüngliche Art des Begehrens beziehungsweise Ablehnens wird in der Debatte um Zwangsbehandlung „natürlicher Wille“ genannt. Normalerweise haben Menschen aber die Möglichkeit zur vernünftigen Entscheidung und zum vernünftigen Streben. Dies wird „freier Wille“ genannt.

Es ist eine Diskussion wert, ob bei psychisch kranken Menschen der „natürliche Wille“ an die Stelle des „vernünftigen Willens“ tritt, also als eine spezielle Form von Selbstbestimmung aufzufassen ist, oder ob er etwas ist, was wir zwar alle haben, was bei Gesunden aber durch den vernünftigen Willen geleitet wird. Für letzteres spricht, dass auch gesunde und vernünftige Menschen, die die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung, die an ihnen vorgenommen werden muss, zwar einsehen und ertragen, zugleich aber doch in sich den Impuls verspüren, dem damit verbundenen Schmerz und anderen Unannehmlichkeiten auszuweichen. Wesen, denen der vernünftige

Wille fehlt, haben – so kann man es jedenfalls sehen – nur diesen Impuls. Auch das Phänomen der Willensschwäche spricht für diese Sicht der Dinge. Mitunter tun wir aus Bequemlichkeit, Furcht oder Lustbegierde etwas, von dem wir zugleich wissen, dass es unvernünftig ist. Aristoteles hat dieses Phänomen bereits im 4. Jahrhundert v. Chr. ausführlich analysiert. Er ist sich sicher, dass es bei uns Menschen zwei verschiedene Arten sich überlagernder Strebvermögen gibt, leidenschaftliche und vernünftige. Immanuel Kant sieht es ähnlich und bezeichnet uns deshalb als Bürger zweier Welten, einer mundus sensibilis und eine mundus intelligibilis.

Liberale Denker wie etwa der schottische Aufklärungsphilosoph David Hume stellen nun aber gerade in Frage, dass dieser Befund richtig ist. Vielmehr sei es umgekehrt so, sagt Hume, dass die Vernunft für sich betrachtet gar nichts bewegen kann, sondern nur die Leidenschaften. Weshalb bei uns Menschen schließlich die leidenschaftlichen Begierden sogar die Vernunft in ihren Dienst nehmen, um sich zu verwirklichen. Er heißt dies ausdrücklich gut: „Die Vernunft ist und sollte auch nur Sklavin der Leidenschaften sein“, [3] schreibt er. Letztlich folgen wir alle, so Hume, ob wir es zugeben oder nicht, immer nur unserem egoistischen natürlichen Willen, weshalb – so lässt sich folgern – die Unterscheidung in einen natürlichen und einen vernünftigen Willen am Ende unsinnig ist. Für Hume und später für Schopenhauer gibt es nur einen Willen. Auf Grund dieser Undifferenziertheit ist es nicht länger möglich – und erscheint auch ganz unnötig –, einen Unterschied zwischen den Handlungsorientierungen verschiedener Wesen vorzunehmen. Vielmehr verdient jeder Wille jedes Wesens die gleiche Beachtung. Aus dieser Perspektive heraus wird der Wunsch nach

einem Drogenrausch nicht als vernunftwidrige Abhängigkeit verstanden, sondern als eine besonders lustvolle und daher glücklich machende Lebensform. Dabei wird allerdings das Angenehme für das Gute gehalten. Es ist aber nur ein Teil des Guten.

Eine Lehre muss die Phänomene, die zu erklären sie Anspruch erhebt, auch tatsächlich erklären können. (Erklären heißt, sie auf Prinzipien und Ursachen zurückführen.) Um dies zu leisten, darf sie nicht simplifizieren. Betrachtet man Humes Lehre vom Menschen daraufhin, wird Folgendes sichtbar: Humes Anthropologie vermag zahlreiche Phänomene des Menschseins nicht zu erklären, zum Beispiel nicht, dass wir in einen inneren Widerstreit zwischen leidenschaftlichen und vernünftigen Bestrebungen geraten können. Folgt man Humes Lehre, sind wir ohnehin alle durch unsere Leidenschaften determiniert. Hume fehlt das Gradmaß dafür, was tatsächlich erstrebenswert ist und was nicht. Hume versucht denn auch, unser Handeln ausdrücklich ohne Rückgriff auf Moral zu erklären.

Der **Aristotelismus** bezieht sich darauf, dass Handeln und Moral untrennbar miteinander verknüpft sind. Ohne Orientierung am Guten ist Handeln im eigentlichen Sinne nicht möglich. Dabei muss menschliches Handeln, um gut zu sein, der Vernunft folgen, denn nur die Vernunft kann über die Güte von Handlungen urteilen. Auch das Phänomen der Willensschwäche wird erklärbar. Willensschwach ist, wer sich wider besseren Wissens sinnlichen Leidenschaften hingibt. Für Hume, bei dem das vernünftige und das leidenschaftliche Streben zusammenfallen, ist hingegen gar nicht zu begreifen, was Willensschwäche überhaupt sein könnte. Mithin wird Aristoteles' Anthropologie den Phänomenen offenbar besser gerecht als diejenige Humes.

Begründung der moralischen Pflicht zur Fürsorge

Aristoteles nennt Menschen, denen die Vernunft fehlt oder die auf Grund ihrer Leidenschaftlichkeit nicht in der Lage sind, von sich aus der Vernunft zu folgen, sklavisch. Sie sind nicht frei, denn sie können sich nicht mit sich selbst beraten und vernünftig entscheiden. Da sie selbst keinen vernünftigen freien Willen haben, sollten sie unter der Obhut vernünftiger und freier Menschen stehen, die für sie die Entscheidungen fällen, so dass sie diesen nachfolgend doch noch am wahren Menschsein Anteil haben können. „Denn der ist von Natur ein Sklave [...], der an der Vernunft nur insoweit teil hat, dass er sie in anderen vernimmt, sie aber nicht selbst hat.“ [4] Die Freien haben folgerichtig Verantwortung für diese Menschen. Sie müssen ihnen die Entscheidungen über die gemeinsame Lebensführung innerhalb der arbeitsteiligen menschlichen Gemeinschaft abnehmen und darauf sehen, dass sie sich beherrschen lernen, und sei es nur aus Furcht vor Strafe. Umgekehrt macht Aristoteles aber auch deutlich, dass es ungerecht wäre, vernünftige und freie Menschen in Abhängigkeit zu halten. Kriegsgefangene dürfen deshalb zum Beispiel nicht auf Dauer zur Zwangsarbeit herangezogen werden, sondern nur für die Zeit einer angemessenen Reparationsleistung. Danach müssen sie wieder in die Freiheit entlassen werden.

Aristoteles ist weder Liberalist noch Kommunitarist. Sein Bild von Gemeinschaft vermittelt vielmehr zwischen beiden Positionen. Die menschliche Gemeinschaft, so Aristoteles, ist nicht allein vom Einzelnen her zu verstehen, aber auch der Einzelne nicht nur als Teil der Gemeinschaft zu begreifen. Aristoteles bestimmt vielmehr jeden einzelnen Menschen als *zoon politikon*. Wir

sind Wesen, die von Natur aus dazu bestimmt sind, in einer Gemeinschaft (*polis*) zu leben. Wir brauchen die Gemeinschaft und die darin herrschende Aufgabenteilung, um ein gutes Menschenleben führen zu können. Trotzdem ist das menschliche Glück am Ende nur individuell erreichbar. Die Gemeinschaft muss allerdings so verfasst sein, dass sie die Voraussetzungen dafür bietet. Man versteht daher das Verhältnis des Einzelnen zur Gemeinschaft falsch, wenn man meint, er sei als solcher völlig unwichtig und sein Glück bestünde allein darin, im Kollektiv aufzugehen. Dies ist der Fehler, in den kommunitaristisches Denken geraten kann. Man versteht dieses Verhältnis aber genauso falsch, wenn man umgekehrt meint, die Gemeinschaft sei nur ein willkürlicher Zusammenschluss von Individuen, ein loser Verband, innerhalb dessen jeder seines Glückes Schmied ist und alle anderen seine Konkurrenten. Dies ist der Denkfehler des Liberalismus.

Folgt man Aristoteles, ist das Ergebnis also: Wir sind als Menschen dazu verpflichtet, andere, die aus welchen Gründen auch immer keinen freien Willen haben, unter unsere Obhut zu nehmen. Dies nicht zu tun, ist unmoralisch. Dies auch so zu sehen und darauf aufmerksam zu machen, ist das Verdienst kommunitaristischen Denkens. Umgekehrt dürfen Menschen, die über einen freien Willen verfügen, nicht bevormundet werden. Dies zu sehen, ist richtig am liberalistischen Denken. Bei der Entscheidung zur Zwangsunterbringung orientiert man sich gegenwärtig nicht am Wesen des Menschen, wie Aristoteles es getan hat, sondern lässt die Frage nach der Notwendigkeit einer Unterscheidung von freiem und natürlichem Willen auf sich beruhen. Stattdessen orientiert man sich an den äußerlichen Kriterien der Selbst- und Fremdgefährdung. Auf diese Weise tritt Gefahren-

abwehr an die Stelle von Fürsorgepflicht. Man kann dies als Sieg liberalen Denkens auffassen.

Diskussion der geltenden Bestimmungen

Die geltenden Bestimmungen sehen im Wesentlichen vor, dass Erwachsene nicht entmündigt, sondern allenfalls betreut werden dürfen. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung sind dabei folgendermaßen geregelt:

Zwangsunterbringung ist nur möglich, wenn Gefahr von Selbst- und Fremdgefährdung besteht. Zwangsbehandlung hingegen ist unabhängig von Selbst- und Fremdgefährdung geboten, wenn die Betroffenen über keinen freien Willen verfügen, weil sie auf Grund psychischer Erkrankung selbst keine vernünftigen Entscheidungen fällen können.⁵

Hier ist die Unterscheidung von freiem und natürlichem Willen relevant. Zwangsbehandlung ist eine Behandlung, die dem natürlichen Willen des Betroffenen widerspricht. Sie ist gerechtfertigt, wenn der freie Wille fehlt. Eine Behandlung gegen den freien Willen eines Menschen ist hingegen nicht zu rechtfertigen. Insgesamt gilt, dass sowohl die Entscheidung für die Einweisung als auch die zur Anwendung einer Behandlung gegen den Willen der Betroffenen nicht durch Privatpersonen erfolgen darf – seien es nun Familienmitglieder oder ausgebildete Ärzte und Betreuer –, sondern nur von Amts wegen durch richterlichen Beschluss. Sind dies gute Regeln? Mit Rückgriff auf die bisherigen Überlegungen stellt sich die Sache folgendermaßen dar: Gesetze müssen allgemeine Anerkennung finden können, nur dann ist zu erhoffen, dass sie aus Einsicht und nicht nur aus Furcht vor Strafe befolgt werden. Anerkennung können nur Gesetze finden, die den eigenen Moralvorstellungen nicht grundsätzlich widersprechen.

Kant weist ausdrücklich darauf hin, dass das Recht der Moral folgen muss, ihr also nicht widersprechen darf. Dar- aus erwächst als Aufgabe für den Gesetzgeber, die Regeln so aufzustellen, dass sie von allen Bürgern, für die sie gelten, auch moralisch akzeptiert werden können. Dies ist angesichts der Tatsache, dass wir in einer pluralistischen Gesellschaft leben, in der die Menschen verschiedenen Weltanschauungen anhängen, alles andere als

jedoch ausdrücklich zugestehen. Freiheit der Weltanschauung ist in unserer Verfassung festgeschrieben. Weltanschauung begründet Moral.

Warum werden zum Beispiel Süchtige nicht zum Entzug gezwungen? Offenbar ist es so, dass für vernünftige freie Menschen Zwang inakzeptabel ist. Zwang, auch wenn er in bester Absicht erfolgt, ist am Ende immer ein Eingriff in die Selbstbestimmung. Daher ist es angeraten, wo es irgend geht, Zwang zu vermeiden. Es ist eher zumutbar, mit ansehen zu müssen, dass andere Menschen auf eine Weise leben, die man selbst ablehnt, als selbst dazu gezwungen zu werden, entgegen der eigenen Vorstellungen und Wünsche leben zu müssen. Toleranz aufzubringen beeinträchtigt uns weniger, als selbstentfremdet handeln zu müssen. Man muss allerdings zwischen der bei psychischer Erkrankung angewendeten Zwangsbehandlung

Zwang kann zum Schutz und zur Heilung Kranker, die momentan oder andauernd keinen freien Willen haben, dringend erforderlich sein.

eine leichte Aufgabe. Sowohl Meinungsfreiheit als auch alternative Lebensweisen wollen wir uns gegenseitig

angewendeten Zwangsbehandlung

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- ¹ Vgl. Besse et al. 2017. Der Artikel diskutiert den Einsatz der sehr umstrittenen Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen.
- ² Der Ausdruck ‚Zwangsunterbringung‘ ist nicht unumstritten. Das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) zieht es vor, von „Unterbringung bei psychischer Krankheit“, „Unterbringung psychisch Kranker“ oder „Unterbringung psychisch kranker Menschen“ zu sprechen. Auch ‚Zwangsbehandlung‘ könnte, um den Ausdruck ‚Zwang‘ zu umgehen, durch „Behandlung gegen den Willen“ ersetzt werden. Um sperrige Formulierungen zu vermeiden, wird im Folgenden aber von Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung gesprochen. Zwangsunterbringung ist klarerweise nur in einem psychiatrischen Krankenhaus möglich.
- ³ Vgl. Voraussetzungen für Zwangsbehandlung nach § 1906a BGB bzw. § 22 SächsPsychKG.
- ⁴ So das Meinungsbild der Teilnehmer der Veranstaltung „Zwangsbehandlung und freiheitsentziehende Maßnahmen bei psychisch Kranken. Ärzte und Betreuungsrichter im Gespräch“ der Sächsischen Landesärztekammer am 24. Juli 2018.
- ⁵ Dies gilt seit dem 25. August 2016 auch für Menschen, die betreut werden müssen und nicht bereits zwangsuntergebracht sind.

und willkürlichem Zwang, also Nötigung, klar unterscheiden. Zwang kann zum Schutz und zur Heilung Kranker, die momentan oder andauernd keinen freien Willen haben, dringend erforderlich sein, Nötigung hingegen ist selbstverständlich inakzeptabel. Sie ist eine Straftat. Die geltenden Regeln sind so verfasst, dass sie strikt vor Nötigung schützen, indem sie Zwang nur dann erlauben, wenn die Gefahr von Selbstbeziehungsweise Fremdgefährdung besteht. Zugleich gibt es aber keine gesetzlich vorgeschriebene Pflicht zur Fürsorge mehr. Unbenommen davon ist es moralisch geboten, andere Menschen nicht verwahrlosen zu lassen, auch wenn keine unmittelbare Gefahr für andere von ihnen ausgeht. Wir haben es hier mit einem Zielkonflikt zu tun: Einerseits wollen wir uns gegenseitig weitgehende Selbstbestimmung zugestehen, andererseits aber auch der moralisch gebotenen Sorge füreinander gerecht werden und, wo möglich, Hilfe leisten. Das Gesetz versucht hier Rechtssicherheit zu schaffen, indem es Selbst- und Fremdgefährdung zum Entscheidungskriterium erklärt.

Schluss

Es lässt sich in der Neuzeit eine Tendenz zur Individualisierung feststellen, die mit der Reformation beginnt, sich mit der Aufklärung fortsetzt und im Zuge der Säkularisierung immer weiter intensiviert. In säkularen Gesellschaften treten an die Stelle von christlicher Nächstenliebe und Barmherzigkeit, zu der Fürsorge aber auch Zurechtweisung dazugehörte, [5] säkulare Konzepte wie Solidarität und Toleranz. Selbstverständlich sind auch sie etwas Gutes, aber trotzdem unpersönlicher und insgesamt deutlich weniger am anderen interessiert als ihre christlichen Entsprechungen – jedenfalls der Idee nach. Dieser Trend verstärkt sich mit dem Verschwinden des völkischen beziehungsweise sozialistischen Kom-

munitarismus. Menschen, die sich in christlicher Tradition sehen beziehungsweise sich aus einer nationalen oder sozialistischen Gesinnung heraus kommunitaristisch orientieren, mögen dies bedauern. Es per Gesetz zu ändern, würde gegenwärtig zu großem Unfrieden führen, denn die Mehrheit der liberalistisch orientierten Menschen findet Fürsorge und Zurechtweisung übergriffig. Sie lehnen jeden Paternalismus als Bevormundung ab. In ihren Augen ist Zurechtweisung eine Form von Missionierung, die sie sich verbitten. Schon die Haltung des Fürsorglichen als solche begreifen sie als Ansinnen und Einmischung in ihre Angelegenheiten.

Der die Liberalisierung des Rechts bestimmende Gedanke ist, sich gegenseitig möglichst alles zu erlauben, was anderen nicht schadet. Entsprechend formuliert bereits Kant seinen Rechtsgrundsatz: „Eine jede Handlung ist recht, die oder nach deren Maxime die Freiheit der Willkür eines jeden mit jedermanns Freiheit nach einem allgemeinen Gesetze zusammen bestehen kann.“ [6] Die Gesetze sollen ermöglichen, dass alle Menschen gemäß ihrer Weltanschauung leben können, egal ob andere ihre Überzeugung teilen. Dies gilt selbst noch für den Wunsch nach Dauerdrogenrausch. Unbenommen davon ist es moralisch geboten, andere Menschen nicht verwahrlosen zu lassen.

Wir leben in einer pluralistischen Gesellschaft. Daher ist am Ende oft nur ein Minimalkonsens möglich. Die Gesetze zu Zwangseinweisung und Zwangsunterbringung sind Beispiele dafür. Gesetze werden von Menschen aufgestellt und erlassen. Wenn sie nicht gut sind, erwachsen daraus Probleme für unsere gemeinschaftliche Lebensführung. Dann ist es nötig, sie zu überdenken und abzuändern. Überlegen wir, wie Psychiater für eine Vergrößerung ihrer Entscheidungskompeten-

zen argumentieren könnten: Die Verweigerung beziehungsweise zeitliche Verzögerung notwendiger Behandlungen schädigt die Patienten und demoralisiert die Angehörigen und das Personal in den Behandlungseinrichtungen. Auch die Möglichkeit des Missbrauchs berechtigt nicht zu einem pauschalen Vertrauensentzug gegenüber der Psychiatrie. Zwar ist es völlig zu Recht Privatpersonen nicht gestattet, sich gegenseitig zu maßregeln, in Gewahrsam zu nehmen oder zu etwas zu zwingen, sondern so etwas ist, wo unumgänglich, Sache der Justiz. Aber auch Ärzte sind zumeist selbst Amtspersonen. Warum bringt man ihnen nicht ebensoviel Vertrauen entgegen wie dem Richter? Über Heilbehandlungen zu entscheiden, auch über psychiatrische, ist eigentlich nicht Sache der Judikative, sondern des Arztes. Der Betreuungsrichter ist am Ende fachlich auf den Rat des Arztes angewiesen, er kann mithin lediglich über die Einhaltung formaler Kriterien, wie die Anzahl von Überzeugungsversuchen oder die Einhaltung von Fristen eigenständig befinden.

Die Chancen auf Verbesserung der Gesetze für das Betreuungsrecht steigen, sollte es eines Tages zu einer Überarbeitung kommen, wenn dabei nicht nur Juristen und Berufspolitiker, sondern auch Betroffene, also ehemalige Patienten und ihre Anverwandten und natürlich Ärzte und Betreuer, ihre Erfahrungen einbringen können.

Ich danke Kathi Beier (Leuven), Frank Härtel (Zwickau) und Wilfried Schöne (Radebeul) für ihre Hinweise und Korrekturen. ■

Literatur beim Autor

Dr. phil. Peter Heuer
Institut für Philosophie
Universität Leipzig
Beethovenstraße 15, 04107 Leipzig
E-Mail: pheuer@server1.rz.uni-leipzig.de

Organspende macht Schule

Große Resonanz auf das Projekt der Sächsischen Landesärztekammer



Schüler des Glückauf-Gymnasiums Altenberg informieren sich über Organspende

In Deutschland ist die Anzahl der Organspender seit mehreren Jahren rückläufig. Obwohl bereits seit fünf Jahren, seit Inkrafttreten des neuen Transplantationsgesetzes im Jahr 2013, alle Versicherten über 16 Jahren im zweijährigen Abstand von ihren Krankenversicherungen zum Thema Organspende angeschrieben und informiert werden. Einen Organspendeausweis haben leider nur 36 Prozent aller Bürger. Die Befragungen der letzten Jahre bestätigen auch immer wieder, dass die Informationen zur Organspende in der Bevölkerung meist sehr lückenhaft sind.

Aus diesen Gründen hat die Sächsische Landesärztekammer im Januar das Projekt „Organspende macht Schule“ ins Leben gerufen. Mit Unterstützung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus wurden sämtlichen Schulen in Sachsen das Angebot für den Unterricht zu diesem wichtigen Thema gemacht. Erfahrene Mediziner stehen bereit, beispielsweise in den Fächern Biologie, Ethik oder auch Gemeinschaftskunde den Schülern wertfreie

und sachliche Informationen zum Thema Organspende zu vermitteln, „denn die Schule ist genau der richtige Ort, um frühzeitig über das Thema Organspende aufzuklären, die Proble-

„Man schließt die Augen der Toten behutsam; nicht minder behutsam muss man die Augen der Lebenden öffnen.“

Jean Cocteau, französischer Maler und Dichter

matik von vielen verschiedenen Seiten zu beleuchten, zu diskutieren und zum Nachdenken anzuregen.“, betont der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck. Das Angebot wird bisher sehr gut angenommen. Es konnten bereits 25 Termine realisiert werden, weitere sind in Planung. Von den Schulen erhält das Projekt sehr positive Rückmeldungen, was vor allem den großartigen Referenten zu verdanken ist. Eine Lehrerin aus Sachsen schrieb: „Den Schülern und Lehrern

hat es super gefallen und die Wichtigkeit des Themas wurde nochmals hervorgehoben.“ Die Referenten stellen ihre Expertise hier ehrenamtlich zur Verfügung, wofür wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchten. Unterstützt wird das Projekt durch sehr professionelle Unterlagen, die die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereit stellt. Wertneutrale und umfassende Informationen rund um das Thema Organspende sind wichtig. Denn Verstand und Herz müssen eine gemeinsame Entscheidung treffen, egal ob der Mensch sich für oder gegen eine Spende entscheidet.

Hinweis: Sollten Sie Interesse an einer Referententätigkeit im Projekt „Organspende macht Schule“ haben, wenden Sie sich bitte an die Ärztliche Geschäftsführerin, Dr. med. Patricia Klein, E-Mail: aegf@slaek.de. ■

Emily Hickmann
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Information zum Sächsischen Krebsregistergesetz

Meldung über Dritte

Aus gegebenem Anlass möchten wir Sie an dieser Stelle darüber informieren, dass die Übermittlung der meldepflichtigen Informationen über einen Dienstleister an das klinische Krebsregister derzeit juristisch geprüft wird. Das Sächsische Krebsregistergesetz (§ 5 SächsKRegG) sieht eine direkte Meldung vom Leistungserbringer an die klinischen Krebsregister vor. Daher empfehlen wir den Leistungserbringern, bis zur Klärung keine Verträge abzuschließen. Wir werden an dieser Stelle zum Ergebnis berichten.

Patienteninformation und Widerspruch

Aufgrund der im Sächsischen Krebsregistergesetz festgeschriebenen Meldepflicht für Leistungserbringer ist das aktive Einholen des Einverständnisses

des Patienten zur Meldung an das klinische Krebsregister nicht mehr notwendig. **Bitte beachten Sie aber, dass das Sächsische Krebsregistergesetz dem Patienten ein Widerspruchsrecht einräumt.** Der Patient kann also der dauerhaften Speicherung seiner medizinischen Daten im klinischen Krebsregister schriftlich unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift widersprechen. Dieser Widerspruch kann formlos erfolgen.

Ein Widerspruch ist vom Leistungserbringer im Rahmen der Meldung dem zuständigen Krebsregister mit zu übermitteln.

Zudem hat der Patient auch das Recht, beim Arzt und auch direkt beim zuständigen klinischen Krebsregister Auskunft zu den über seine Person übermittelten beziehungsweise gespeicherten Daten zu erhalten. Dazu ist

es notwendig, dass sich ein Patient zweifelsfrei beim klinischen Krebsregister ausweist. Die Gemeinsame Geschäftsstelle erstellt ein entsprechendes Antragsformular.

Wichtig ist, dass der Patient durch den Leistungserbringer beim erstmaligen Auftreten einer Krebserkrankung über das gesamte Prozedere und seine Rechte zu informieren ist. Entsprechende Informationsblätter stellt Ihnen Ihr klinisches Krebsregister beziehungsweise die Gemeinsame Geschäftsstelle zur Verfügung (www.krebsregister-sachsen.de).

Pathologen und andere Ärzte ohne direkten Patientenkontakt unterliegen nicht den Informationspflichten an den Patienten nach SächsKRegG. ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

AUSSCHUSS SENIOREN

Checkliste „Pflegebedürftig, was tun?“

Der Ausschuss Senioren der Sächsischen Landesärztekammer befasste sich in den vergangenen Monaten mit unterschiedlichen Facetten der Pflegeproblematik. Neben den neuen Gesetzesgrundlagen und dem Pflegekräftemangel war auch das Vorgehen zur Erlangung von Hilfen bei eintretender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit Thema der Arbeitsdiskussion.

In diesem Zusammenhang erhielt der Ausschuss Kenntnis von der Checkliste „Pflegebedürftig, was tun?“, erarbeitet von einer Arbeitsgruppe der Senioren-

vertretung Zwickau, die wir hiermit weiterempfehlen möchten. In übersichtlicher Form vermittelt sie eine Zusammenstellung von Schritten zu einem ersten Einstieg in die vielfältige und verzweigte Thematik. Zu allen Punkten kann in den Veröffentlichungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e. V. (BAGSO) Weiterführendes recherchiert werden.

Die Checkliste entstand als Ergebnis einer Bürgerbefragung der Stadt Zwickau als Gemeinschaftsprojekt der Seniorenvertretung der Stadt und der

Westsächsischen Hochschule Zwickau zu aktuellen Gesundheitsthemen. Im Fragenkomplex „Pflege“ wurde der Hausarzt als erster Ansprechpartner genannt. Dazu gab es ein Gespräch mit Dipl.-Med. Thomas Dürr, Leiter des Ärztetamms Zwickau, in dem der Vorschlag zur Erarbeitung einer Checkliste als Handreichung für betroffene Patienten beziehungsweise deren Angehörige entstanden ist. Das Ergebnis wird nachstehend präsentiert. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

Pflegebedürftig, was tun?

Ein Pflegefall tritt häufig plötzlich und unerwartet ein, das heißt Sie als Angehöriger sind oftmals nicht darauf vorbereitet, die Pflege zu organisieren und die notwendige Bürokratie zu bewältigen.

Entstehende Kosten erstattet die Pflegekasse. In vielen Fällen sind zusätzlich eigene Einkünfte, Vermögen des Pflegebedürftigen oder Unterhaltsleistungen von Angehörigen einzusetzen.

Unter bestimmten Voraussetzungen hilft das Sozialamt.

Mit dieser Checkliste wollen wir Sie unterstützen, Ihre persönliche Pflegeplanung zu organisieren.

Reflektieren Sie kritisch Ihre persönlichen Kapazitäten und die Ihrer Familie, den zu Pflegenden zu betreuen.

Scheuen Sie sich nicht Hilfe anzunehmen, um die eigenen Ressourcen nicht zu überfordern.

Allgemein	Erklärung	Schlagwörter zur Internetsuche
Der Weg zu den Leistungen der Pflegekassen		
Antrag	■ Bei der Pflegekasse stellen (die Krankenkasse des Pflegebedürftigen ist zuständig für die Leistungen der Pflegeversicherung)	
Vollmachten	■ Der Antrag muss vom Pflegebedürftigen unterschrieben werden, es sei denn, es sind Vollmachten vorhanden. Mögliche Ansprechpartner sind: Betreuungsbehörde, Hospizdienst, Notar, ...	
Pflegeberater (bei der Krankenkasse des Pflegebedürftigen)	■ Pflegebedürftige und deren Angehörige haben einen gesetzlichen Anspruch auf individuelle Beratung, die auch in der eigenen Häuslichkeit erfolgen kann.	
Begutachtung der Pflegebedürftigkeit	■ Erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Angehörige/Vertrauenspersonen sollten bei der Begutachtung anwesend sein.	MDK Begutachtung
Vorbereitung auf den MDK Besuch	■ Erstellung eines Pfl egetagebuchs, ärztliche Befunde besorgen, sowie Therapieplan, Medikamentenliste bereit legen	Tipps zur Vorbereitung der Begutachtung
MDK-Gutachten	■ Es besteht Rechtsanspruch auf das erstellte Gutachten. ■ Es beinhaltet Hilfsmittlempfehlungen, sowie Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen. ■ Bei Ablehnung besteht die Möglichkeit innerhalb eines Monats bei der Pflegekasse den Widerspruch geltend zu machen.	
Ansprechpartner		
Krankenkasse Pflegekasse	■ Die Krankenkasse des Pflegebedürftigen ist zuständig für die Leistungen der Pflegeversicherung.	
Sozialamt	■ Antrag auf Schwerbeschädigung ■ Anspruch auf Sozialleistung zur Finanzierung der Pflege kann hier geprüft werden.	Sozialamt
Unterstützungsleistungen, die durch die Pflegekasse finanziert werden		
Leistungen in der eigenen Häuslichkeit		
Ambulante Pflegesachleistungen	■ Unterstützung in Form von professioneller Betreuung durch ambulante Pflegedienste	ambulante Pflegedienste
Pflegegeld	■ Kann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege durch Dritte sichergestellt ist, z.B. Angehörige, Freunde, Bekannte, ...	
Kombinationsleistungen	■ Pflegesachleistungen und Pflegegeld können miteinander kombiniert werden.	
Pflegehilfsmittel	■ Pflegekassen übernehmen die Kosten für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel, gleichzeitig werden technische Hilfsmittel vorrangig leihweise und mit Zuzahlung zur Verfügung gestellt.	
Entlastungsbetrag (zusätzlicher Betrag in der ambulanten Versorgung)	■ Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen, um die Betreuung im Alltag sicherzustellen, ■ zur Organisation des Pflegealltags oder zur Unterstützung der hauswirtschaftlichen Versorgung.	niedrigschwellige Betreuungsangebote

Verhinderungspflege	Ist auch stundenweise möglich. (Vor.: mind. 6 Monate pflegebedürftig)	
Wohnen		
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Pro Pflegebedürftigem werden im Akut-Fall und bei Änderung des Pflegegrades Verbesserungsmaßnahmen im eigenen Wohnumfeld finanziell unterstützt.	
Alternative Wohnformen	Pflege-Wohngruppen: Zusätzlich zu den anderen Leistungen, haben Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, Anspruch auf Wohngruppenzuschlag.	
Stationäre Leistungen		
Vollstationäre Pflege	Wird gewährt, wenn eine häusliche oder eine teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit einer individuellen Pflegesituation nicht in Betracht kommt.	Pflegenetz Sachsen, Pflegenavigator
Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege	Dient der Übergangszeit, wenn häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.	Urlaubs- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen
Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung)	In einer entsprechenden Einrichtung findet eine zeitweise Betreuung im Tagesverlauf statt.	Tagespflegeeinrichtungen
Leistungen für pflegende Angehörige		
Rentenversicherung	Pflegekassen leisten Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung, für Pflegepersonen, die neben der Pflege nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind und mindestens 10 Stunden verteilt auf 2 Tage die Woche einen oder mehrere Pflegebedürftige versorgen.	
Unfallversicherung	Personen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 versorgen, sind während ihrer pflegerischen Tätigkeit unfallversichert.	
Arbeitslosenversicherung	Pflegepersonen erwerben nach Beendigung der Pflege einen Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der Arbeitsförderung.	
Arbeitsverhinderung bei Pflegezeit	- Um die Pflege von nahen Angehörigen zu organisieren ist bis zu 10 Tagen unentgeltlich die kurzzeitige Arbeitsverhinderung zu beantragen. - Darüber hinaus können Pflegezeit und Familienpflegezeit (bis zu 2 Jahren) in Anspruch genommen werden. - Dazu benötigt man jeweils ein ärztliches Attest.	
Pflegekurse	Für Angehörige und ehrenamtlich Tätige werden unentgeltliche Schulungskurse angeboten.	Pflege und Demenzberatung
Weitere Unterstützungsangebote/Beratungsangebote		
	Ehrenamt, Selbsthilfegruppen, Demenzkaffee, Hospizdienst	
	Beratung zur Palliativpflege	Hospizdienste, stationäre Einrichtungen
	Weitere Beratungsangebote finden Sie:	Telefonseelsorge, Pflegenetz Sachsen, Bundesministerium Telefonnr.: 115
Impressum: Seniorenvertretung Zwickau Werdauer Straße 62, 08056 Zwickau, VWZ Haus 4, Zimmer 025, Telefon: 0375 83-4039, E-Mail: seniorenvertretung@zwickau.de „Aktiv ab 50 e.V.“ Seniorenbüro Kopernikusstraße 7, 08056 Zwickau, Telefon: 0375 210522, E-Mail: aktivab50@t-online.de		

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) lud am 24. April 2018 die Chemnitzer Ärzteschaft zur jährlichen Mitgliederversammlung. Gern gesehener Gast war der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck.

Der Vorsitzende der Kreisärztekammer, Dr. med. Andreas Bartusch, referierte über die Vorstandsarbeit des Jahres 2017. Das berufs- und gesundheitspolitische Geschehen und seine Auswirkungen auf die Chemnitzer Ärzteschaft waren ebenso Thema wie die Schlichtung von Streitigkeiten, die Organisation von Veranstaltungen für die ärztliche Fortbildung und Zusammenkünften der ärztlichen Senioren.

Schwerpunkt der Arbeit war das Fortbildungsprogramm der Kreisärztekammer mit 13 Veranstaltungen, die sich sowohl an Ärzte aus dem niedergelassenen als auch dem stationären Bereich richteten. Die Veranstaltungsreihe „Chemnitzer Notfallabend“ unter der wissenschaftlichen Leitung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst, Christian Lauchner, ist dabei für alle im Rettungswesen tätigen Personen im

Bereich des Rettungszweckverbandes Chemnitz-Erzgebirge gedacht – also auch für Rettungsassistenten, Notfallsanitäter, Feuerwehrleute und Polizisten.

Die Veranstaltungen für die ärztlichen Senioren sind eine willkommene Gelegenheit für kulturelle Erlebnisse und Kontaktpflege.

Mit klassischen Beschwerden von Patienten über Ärzte war die Kreisärztekammer weniger beschäftigt. Der Fokus der Beschwerden liegt mehr und mehr auf dem Problem, dass Praxen keine neuen Patienten aufnehmen oder die Termine weit in der Zukunft liegen. Dies zu ändern, übersteigt allerdings die Möglichkeiten einer Kreisärztekammer und ist auch nicht deren Aufgabe.

Nicht zuletzt legte der Vorsitzende Rechenschaft über die Verwendung der Rücklaufgelder ab. Diese wurden satzungsgemäß im Interesse der Mitglieder der Kreisärztekammer verwendet. Der Finanzbericht fand ungeteilte Zustimmung. Aufgrund eines engen finanziellen Rahmens wurde dann der Finanzplan für das laufende Jahr angepasst.

Dr. Bartusch forderte die Mitglieder auf, sich 2019 als Kandidat zur Kammerwahl zur Verfügung zu stellen und sich rege an der Wahl zu beteiligen. Gerade die Kammerversammlung biete die Gelegenheit berufs- und gesundheitspolitische Angelegenheiten zu diskutieren und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer das Mandat zum Handeln zu geben. Auch in den Ausschüssen und Kommissionen könne man aktiv mitarbeiten ohne Mandatsträger zu sein.

Den Abschluss der Versammlung bildete der Vortrag des Chemnitzer Amtsarztes, Dr. med. Harald Uerlings, zum Thema „Ärztliches Handeln nach dem Tode“. Dr. Uerlings brachte den Anwesenden die Problematik der ärztlichen Leichenschau näher, wiederholte Grundregeln und gab Tipps für konkrete Einsatzfälle. Die rege Diskussion über regionale Möglichkeiten und praktische Erfahrungen im täglichen Einsatz gab den Teilnehmern Sicherheit und neue Erkenntnisse für die eigene Arbeit. Die Mitgliederversammlung schloss ein arbeitsreiches Jahr 2017 ab. ■

Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder
Leitende Sachbearbeiterin
Bezirksstelle Chemnitz

Anzeige



Auf einen Blick

NEU: DIE INTERAKTIVE KARTE MIT ALLEN WEITERBILDUNGSVERBÜNDEN IN SACHSEN



[www.aerzte-fuer-sachsen.de/
foerdungen/
in-der-weiterbildung](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de/foerdungen/in-der-weiterbildung)



Von Ambulant bis Zusatzweiterbildung Tätigkeitsbericht 2017

Gesundheitspolitisch spannend war das Jahr 2017 auf jeden Fall. Das zeigt sich in der Flut an Themen und Terminen im aktuell vorliegenden Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer. Der Fokus der Arbeit in den Gremien lag naturgemäß auf der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, der Qualitätssicherung und der Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten.

Bei der stationären Versorgung standen, neben der Arbeitsverdichtung und Personalmangel, insbesondere die Entwicklung sektorenübergreifender Konzepte zur Überwindung von Versorgungsgrenzen sowie die Schaffung einer sektorenübergreifenden Notfall-

versorgung inklusive einer bedarfsge- rechten Steuerung der Inanspruchnahme auf der berufspolitischen Agenda.

Die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten beschäftigte die Landesärztekammer neben dem Ärztebedarf ebenfalls recht intensiv, haben die Ärzte in der Niederlassung doch heute zunehmend Schwierigkeiten gute Auszubildende zu finden. Auf der anderen Seite fehlt es landesweit aber auch an Ausbildungsplätzen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer ist es, gesundheitspolitische Fehlentwicklungen offen zu legen, anzusprechen und auf eine Änderung zum Wohle der

Patienten und der Ärzte hinzuwirken. Nur in einem permanenten Diskurs kann die Gesellschaft definieren, welche medizinische Versorgung sie sich wünscht und was sie kosten soll. Die ärztliche Selbstverwaltung will hier Anregungen geben und konstruktiv beraten. Dafür engagieren sich über 1.000 sächsische Ärzte in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung.

All das erfahren Sie im aktuellen Tätigkeitsbericht. Dieser steht unter www.slaek.de bereit. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Anzeige

Geschäftsstelle zur Förderung von Weiterbildungsverbänden
Gründung | Organisation | Förderung | Weiterentwicklung
Wir beraten und betreuen Sie!



Kontakt

Frau Nicole Hoffmann
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Telefon 0351 82 67 119

Telefax 0351 82 67 312

E-Mail geschaeftsstelle-wbv@slaek.de

Im Internet

www.weiterbildungsverbuende-sachsen.de

Diese Maßnahme wird aus Steuermitteln mitfinanziert.

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage in der Sächsischen Landesärztekammer

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

30. September 2018, 11.00 Uhr
 Junge Matinee
 Es musizieren Schülerinnen und
 Schüler der Musikschule
 des Landkreises Meißen



Kommende Ausstellung: Viktoria Graf

Auszubildender kündigt wegen Berufswechsel

Auch mit längerer Kündigungsfrist als vier Wochen ist diese Kündigung wirksam (Urteil des BAG vom 22. Februar 2018, AZ: 6 AZR 50/17)

Zum Sachverhalt

Ein Auszubildender kündigte seine am 1. August 2015 begonnene Ausbildung nach Ablauf der Probezeit mit Schreiben vom 4. Januar 2016 zum 29. Februar 2016, um zum 1. März 2016 eine andere Berufsausbildung aufzunehmen. Der Ausbilder war der Ansicht, das Ausbildungsverhältnis ende bereits am 2. Februar 2016, da zu diesem Zeitpunkt die gesetzlich fixierte vierwöchige Kündigungsfrist abgelaufen sei.

Zur Rechtslage

§ 22 Berufsbildungsgesetz (BBiG) regelt die Möglichkeit der Kündigung eines Ausbildungsverhältnisses wie folgt:

- während der Probezeit:
jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist,
- nach der Probezeit:
 - aus einem wichtigen Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist
 - seitens des Auszubildenden mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen bei Aufgabe der Berufsausbildung oder Ausbildung in einem anderen Beruf.

gerung dieser Frist „vorzeitig kündigen“. Dieses Recht folgt daraus, dass allein der Kündigungsberechtigte bestimmt, zu welchem Termin das Rechtsverhältnis enden soll.

Gibt der Auszubildende allerdings keinen Termin in seiner Kündigung an, endet das Ausbildungsverhältnis selbstverständlich mit dem Ablauf der vierwöchigen Kündigungsfrist nach Zugang beim Ausbilder.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die Vereinbarung einer längeren Kündigungsfrist als der vorgenannten gesetzlichen Vierwöchigenfrist im Ausbildungsvertrag nicht zulässig wäre, § 25 BBiG. ■

Ass. jur. Annette Burkhardt
 Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Zur Entscheidung

Die Erfurter Richter haben entschieden, dass ein Auszubildender das Ausbildungsverhältnis bei einer Berufswechselkündigung gemäß § 22 Absatz 2 Nr. 2 BBiG nicht „punktgenau“ zum Zeitpunkt der beabsichtigten Aufgabe der Berufsausbildung kündigen muss. Er kann vielmehr die gesetzlich geregelte Kündigungsfrist von vier Wochen überschreiten, sozusagen unter Verlä-

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 auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/C034	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Annaberg	13.08.2018
18/C035	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Aue-Schwarzenberg	24.07.2018
18/C036	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/ ZB Akupunktur (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Aue-Schwarzenberg	24.07.2018
18/C037	Kinder- und Jugendmedizin/ ZB Akupunktur (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	13.08.2018
18/C038	Psychiatrie und Psychotherapie	Freiberg	13.08.2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/L034	Allgemeinmedizin*)	Eilenburg	13.08.2018
18/L035	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	24.07.2018
18/L036	Praktischer Arzt*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	24.07.2018
18/L037	Allgemeinmedizin*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	24.07.2018
18/L038	Allgemeinmedizin*) (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig	13.08.2018
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/L039	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	13.08.2018
18/L040	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	13.08.2018
18/L041	Kinder- und Jugendmedizin	Muldentalkreis	13.08.2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/D042	Orthopädie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.07.2018
18/D043	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.07.2018
18/D044	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Löbau-Zittau	13.08.2018
18/D045	Neurologie und Psychiatrie	Meißen	24.07.2018
18/D046	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Weißeritzkreis	13.08.2018
18/D047	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weißeritzkreis	24.07.2018
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/D048	Innere Medizin/ SP Rheumatologie	Dresden, Stadt	24.07.2018
18/D049	Innere Medizin/ SP Kardiologie	Dresden, Stadt	24.07.2018
18/D050	Innere Medizin (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.07.2018
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
18/D051	Strahlentherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Sachsen	24.07.2018

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: I/2019
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Kottmar	Abgabe: Juli 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende September 2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: Anfang 2019
Innere Medizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 30.06.2019

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

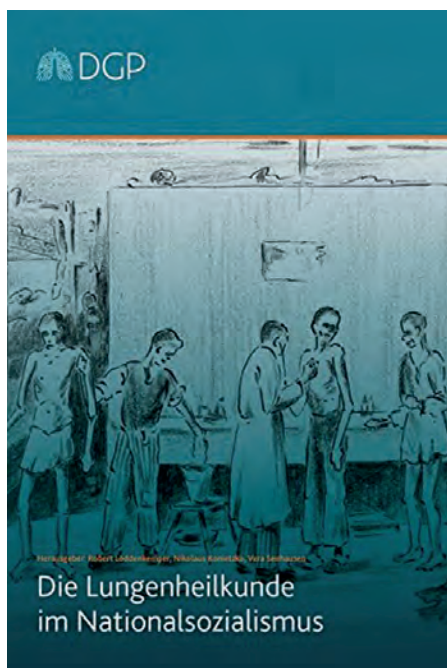
BUCHBESPRECHUNG

Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus

Herausgeber: Robert Loddenkemper, Nikolaus Konietzko, Vera Seehaus
Verlag: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Berlin 2018, 307 Seiten, gebundene Ausgabe
Preis: 39,00 Euro
ISBN: 978-3-9817734-3-9

Die Geschichte der Lungenheilkunde war bis Mitte des 20. Jahrhunderts gleichbedeutend mit der Geschichte der Tuberkulose (TB). Während der NS-Zeit vollzog sich in der Gesundheitspolitik ein kompletter Paradigmenwechsel: „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“. TB-Patienten galten nun nicht als kranke, hilfebedürftige Individuen, sondern als Ansteckungsquelle. Die Bekämpfung der Tuberkulose führte zu einem System der Ausgrenzung bis hin zur Tötung. In zehn Kapiteln setzt sich das Buch systematisch und wissenschaftlich fundiert mit diesem Thema auseinander.

Die Publikation beleuchtet die Versorgungsstrukturen im Kampf gegen die Tuberkulose sowie die Entwicklung einer TB-Schutzimpfung im „Dritten Reich“. Georg Bessau, langjähriger



Direktor der Universitäts-Kinder- und Poliklinik Leipzig, war damals führender deutscher Experte. Er erforschte die Wirksamkeit des Impfstoffs an geistig- und körperlich behinderten Kindern. Nicht nur im Archiv der Charité-Kinderklinik finden sich Akten, die Bessaus Versuche belegen.

Rauchen und die Tabakbekämpfung waren in der NS-Zeit schon vorherr-

schende Themen. Fritz Lickint veröffentlichte 1939 sein Buch „Tabak und Organismus“, in dem er das Wissen von 8.000 internationalen Publikationen inklusive seiner eignen Forschungsergebnisse enzyklopädisch zusammentrug. Lickint, damals niedergelassener Internist in Dresden, gehörte damit zu den ersten, die den Tabakkonsum als ursächlichen Faktor insbesondere für Bronchialkarzinome beschrieb. Von ihm stammen die Begriffe „Rauchstraße“ und „Passivrauchen“.

Zahlreiche historische Abbildungen verdeutlichen das Ausmaß und den Umgang mit der Krankheit in der Bevölkerung und das Verhalten von Organisationen und Personen innerhalb der NS- und Nachkriegszeit sehr eindrucksvoll. ■

Kristina Bischoff M.A.
 Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“

Die intraoperative Hyperspektral-Bildgebung in der Viszeralchirurgie

Nicht-invasive Beurteilung physiologischer Gewebe-Parameter gastrointestinaler Anastomosen

I. Gockel¹, J. P. Takoh¹, C. Chalopin²,
B. Jansen-Winkeln¹

Zusammenfassung

Die Hyperspektral-Bildgebung (HSI = HyperSpectral Imaging) ist ein neues Bildgebungsverfahren, das für die Erkennung von Strukturen und für die Auswertung der Gewebedurchblutung, -oxygenierung sowie dessen Wasserhaushalts in der Wundtherapie vielversprechende Ergebnisse gezeigt hat. Wir konnten das System erstmals nutzen, um in vivo gastrointestinale Anastomosen in der Viszeralchirurgie zu beurteilen. HSI bietet als kontaktfreie, nicht-invasive und kontrastmittellose intraoperative Bildgebungsmethode eine objektive „real time“-Messung physiologischer Anastomosenparameter, die möglicherweise dazu beitragen kann, die „ideale“ Anastomosenregion/-höhe zu determinieren, um somit im Sinne der Präzisionsmedizin potenziell zu mehr Sicherheit für die Anastomosenheilung beizutragen.

Die „Image-guided Surgery“, das heißt die chirurgische Prozedur, bei der bildgestützte (prä- oder intraoperative) Verfahren angewandt werden, um (indirekt) durch die Operation zu leiten, spielt in der modernen Viszeralchirurgie eine immer größere Rolle. Sie wird aktuell nicht nur zur besseren Differen-

zierbarkeit von anatomischen Strukturen angewandt, sondern auch von physiologischen Zuständen, mit konsequenter Möglichkeit der Änderung der OP-Strategie beziehungsweise des operativen Vorgehens zwecks Optimierung des OP-Ergebnisses und Vermeidung von Komplikationen.

Bei der Anlage gastrointestinaler Anastomosen spielt neben der obligatorischen Spannungsfreiheit und nahttechnischen Perfektion sowie Patienten- und Gewebe-spezifischen Faktoren die gute Durchblutung der zu anastomosierenden Regionen eine zentrale Rolle für die Heilung. Ist diese aus verschiedenen Gründen kompromittiert, kann es im postoperativen Verlauf zu einer Anastomoseninsuffizienz (AI) kommen. Hierbei handelt es sich um eine der schwerwiegendsten Komplikationen in der Viszeralchirurgie, oftmals einhergehend mit einer lokalen oder generalisierten Peritonitis bis zur Sepsis, mit der möglichen Konsequenz einer erforderlichen Revisions-Operation, einem deutlich verlängerten stationären Aufenthalt und einer erhöhten Mortalität.

Das komplexe System der Durchblutung des Magen-Darm-Trakts bis zur Kapillarebene ist für das bloße Auge des Chirurgen im operativen Situs nicht mit absoluter Genauigkeit und objektiv-reproduzierbar zu evaluieren. Somit erfolgte die herkömmliche intraoperative Beurteilung der Durchblutungssituation der beiden zu anastomosierenden Komponenten beziehungsweise die Selektion der „optimalen“ Anasto-

mosenregion rein klinisch (zum Beispiel tastbarer Puls der versorgenden Gefäße 2. oder 3. Ordnung, Rosigkeit/Vitalität der gastrointestinalen Strukturen, Motilität). Diese klinischen Parameter können allerdings weder die am besten durchblutete und idealerweise zu anastomosierende Region des Intestinaltrakts, noch das Risiko einer Anastomoseninsuffizienz vorhersagen. In den letzten Jahren haben neue Techniken, wie die Near-InfraRed (NIR)-Fluoreszenz mit Indocyanogrün (ICG), eine vielversprechende Methodik zur „real time“-Beurteilung der intestinalen Perfusion, insbesondere in der kolorektalen Chirurgie, dazu beigetragen, die Anastomosenkomplikationen zu senken [1 – 5].

Insbesondere konnte die PILLAR II-Multizenterstudie in beeindruckender Weise darstellen, dass keine Anastomosenleckagen bei denjenigen Patienten auftraten, bei welchen das intraoperative Vorgehen aufgrund einer inadäquaten Perfusion in der Fluoreszenz-Angiographie revidiert wurde [6]. Allerdings handelt es sich hierbei um eine invasive Methodik, bei der der fluoreszierende Farbstoff, der als Indikatortsubstanz intravenös verabreicht wird, in Abhängigkeit von der Leberleistung mit einer Halbwertszeit von circa drei bis vier Minuten aus dem Körper eliminiert wird. Nebenwirkungen, wie anaphylaktischer Schock, Blutdruckabfälle, Tachykardie, Dyspnoe und Urtikaria sind in einzelnen Fällen beschrieben worden und das Risiko schwerer Nebenwirkungen steigt bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz bis

¹ Klinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR

² Innovation Center Computer Assisted Surgery (ICCAS), Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. med. Andreas Melzer)

zu sehr seltenen Todesfällen. Einen weiteren Nachteil stellt die subjektive Evaluation der Fluoreszenz-Intensität mittels visueller Beurteilung des Chirurgen zusätzlich zur Invasivität der Methodik bei i.v.-Verabreichung des Farbstoffs mit entsprechenden Limitationen dieser Technologie dar. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehen keine fundierten Optionen zur objektiven und quantitativen ICG-Messung der Gewebepfusion.

Als erstem viszeralchirurgischem Zentrum in Deutschland steht seit 2017 der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie in Kooperation mit dem ICCAS (Innovation Center Computer Assisted Surgery) der Universität Leipzig das intraoperative Hyperspektral-Imaging zur Beurteilung gastrointestinaler Anastomosen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um ein relativ neues i.v.-Bildgebungsverfahren, das für die Erkennung von Strukturen und für die Auswertung der Gewebedurchblutung vielversprechende Ergebnisse gezeigt hat [7]. Als

eindeutigen Vorteil gegenüber der oben genannten ICG-Technik und anderen intraoperativen Bildgebungsverfahren findet sich hier die Nicht-Invasivität der Methode mit einer objektiven und reproduzierbaren Dokumentation der intraoperativen Perfusion in der gastrointestinalen Chirurgie. Bisherige Anwendungen der Hyperspektral-Bildgebung fanden sich überwiegend in der plastischen Chirurgie zur Beurteilung der Durchblutung von Lappenplastiken oder Transplantaten und bei chronischen Wunden zur Beurteilung der Wundregeneration (zum Beispiel Brandwunden, diabetischer Fuß oder bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)) [8 – 11]. In der letzten Zeit findet sich auch ein zunehmender Einsatz bei der Detektion von Tumoren beziehungsweise der Differenzierung von Gewebestrukturen (zum Beispiel maligne vs. benigne Läsion), wie beispielsweise bei kolorektalen Karzinomen [12 – 13].

Dieses mit nur geringem Aufwand intraoperativ anwendbare, kontaktlose

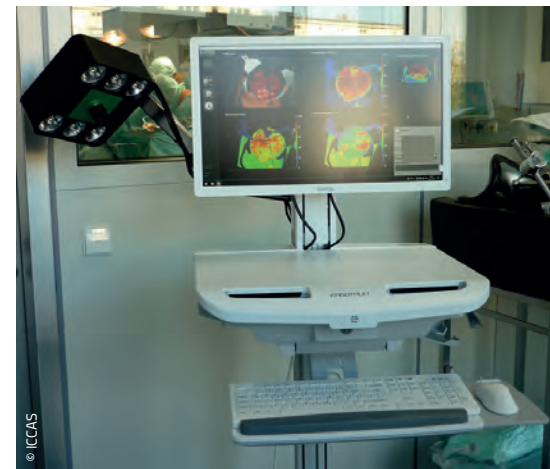


Abb. 1: Aufbau der Hyperspektral-Kamera (TIVITA™ Tissue T2- Kamerasystem) mit Monitor zur Beurteilung der Anastomosenperfusion.

und nicht-invasive, strahlungsfreie Verfahren benötigt eine Messdauer von nur wenigen Sekunden und stört den operativen Ablauf somit nicht beziehungsweise verlängert die OP-Zeit nur minimal. Abb. 1 zeigt den Aufbau der Hyperspektral-Kamera (TIVITA™ Tissue T2-Kamerasystem der Firma Diaspective Vision [Pepelow, Deutschland]) mit Monitor. Die Methodik kombiniert das Prinzip der Spektroskopie mit der

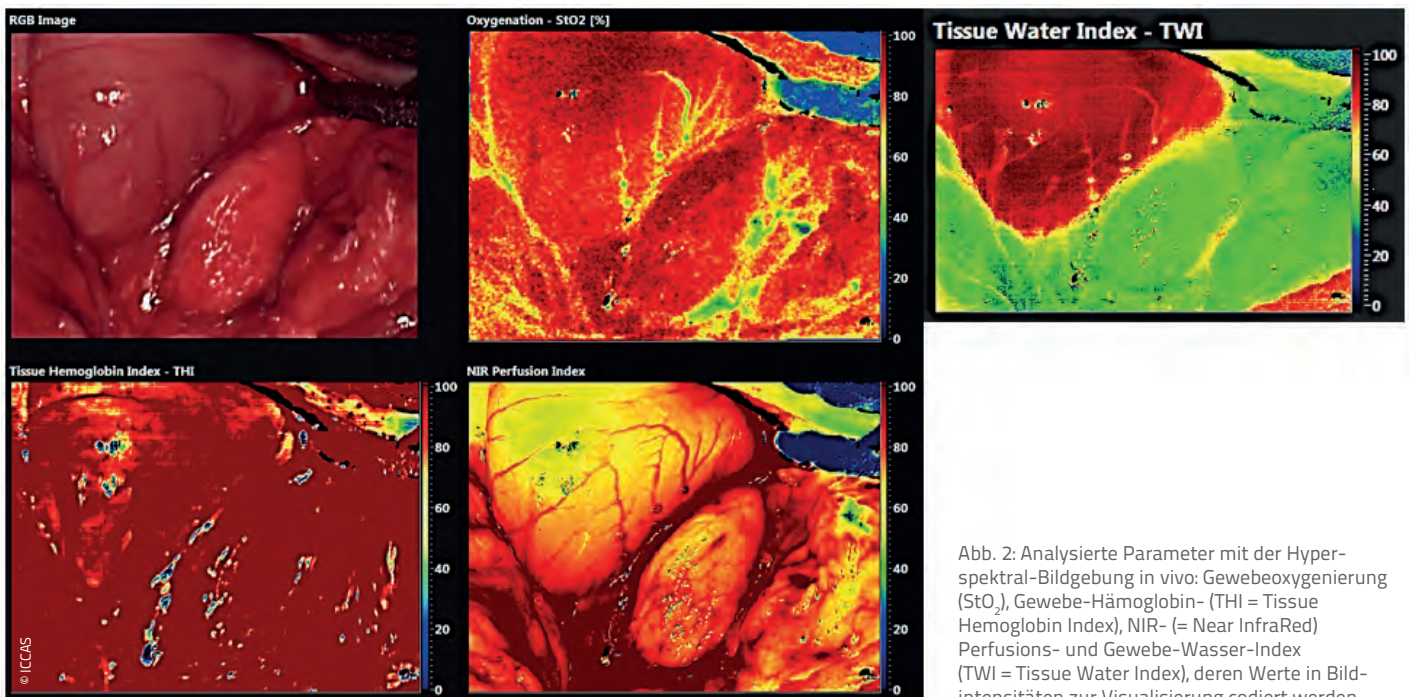


Abb. 2: Analysierte Parameter mit der Hyperspektral-Bildgebung in vivo: Gewebeoxygenierung (StO₂), Gewebe-Hämoglobin- (THI = Tissue Hemoglobin Index), NIR- (= Near InfraRed) Perfusions- und Gewebe-Wasser-Index (TWI = Tissue Water Index), deren Werte in Bildintensitäten zur Visualisierung codiert werden.

Bildgebung, wobei das untersuchte Gewebe mit Licht im visuellen und nahinfraroten Spektrum beleuchtet und das vom Gewebe remittierte Licht gemessen wird [14]. Die Kamera zeichnet den sichtbaren (VIS) und nahen Infrarotbereich (NIR) auf und die Aufnahme­fläche kann über größere OP-Gebiete im Abdomen festgelegt werden. Das Funktionsprinzip ist ähnlich dem eines Gewebeoxymeters. Allerdings werden bei der Hyperspektral-Bildgebung nicht nur punktuelle Informationen ausgelesen, sondern bildgebend ganze 2D-Darstellungen für verschiedene pathophysiologische Gewebeparameter zur Verfügung gestellt. Folgende Parameter werden somit aus den gemessenen Lichtspektren in vivo berechnet: Gewebeoxygenierung (StO_2), Gewebe-Hämoglobin- (THI), NIR-Perfusion- und Gewebe-Wasser-Index (TWI). Deren Werte werden in Bildintensitäten zur Visualisierung codiert (Abb. 2). Die Beurteilung dieser Parameter erfolgt mit Hilfe eines kameraspezifischen Softwarepakets namens TIVITA™ Suite.

In einer ersten Pilotstudie konnten wir die Feasibility der intraoperativen Beurteilung des nahezu gesamten Spektrums intestinaler Anastomosen in der Viszeralchirurgie darlegen [14]. Dabei handelte es sich überwiegend um Patienten mit:

1. Ösophagusresektion, Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler Ösophagogastrostomie,
2. totaler Gastrektomie und Ösophagojejunostomie,
3. subtotaler Magenresektion und Gastrojejunostomie,
4. Pankreaskopfresektion und Pankreatikojejunostomie,
5. Dünndarmsegmentresektion und Ile-Ileostomie beziehungsweise Ileostomarückverlagerung,
6. Kolon- beziehungsweise

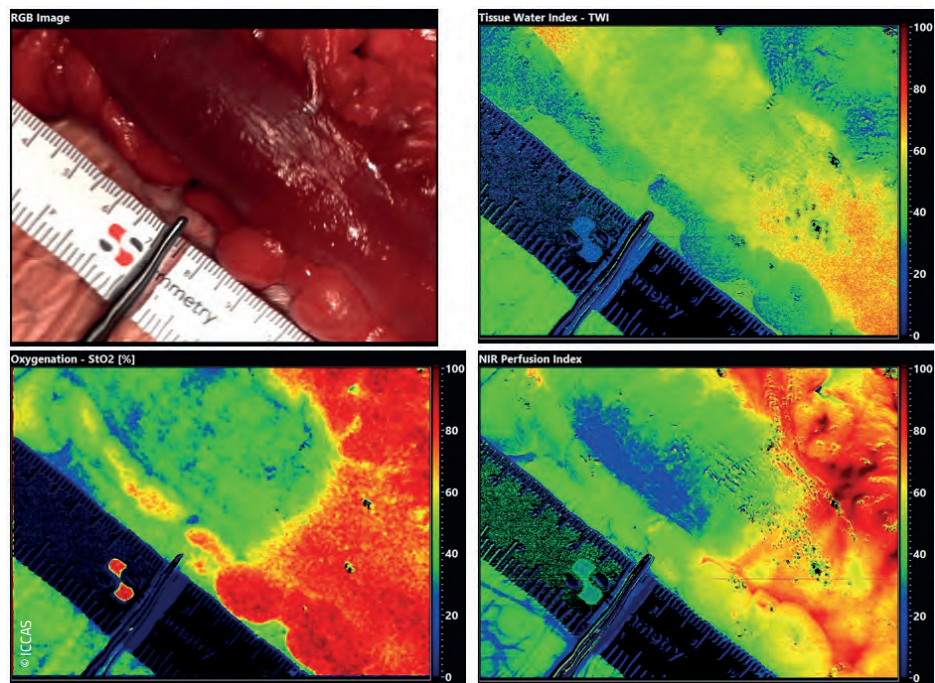


Abb. 3: Die Pinzette zeigt die Position der Grenze zur Resektionslinie, die der Chirurg visuell geschätzt hat (RGB-Image, oben links). Die Bilder des TWI (oben rechts), der StO_2 - (unten links) und des NIR Perfusion-Index (unten rechts) offenbaren jedoch – im Vergleich zur Einschätzung des Chirurgen – deutlich unterschiedliche Werte. Die Grenze liegt weiter oralwärts und die Resektionsstrategie wurde konsekutiv geändert.

7. Rektum-Resektion und Proktokolektomie mit ileo-Pouch-analer Anastomose (IPAA).

Dabei war die Anwendung der intraoperativen Hyperspektral-Bildgebung bei allen oben genannten Prozeduren zeiteffizient und gut reproduzierbar anwendbar. Das mobile System ermöglicht eine flexible Untersuchung und Dokumentation in allen Regionen des Abdomens. Die Situs-ferne Applikation (circa 30 bis 50 cm Kamera-Anastomosen-Abstand) impliziert ein nur minimales Risiko von Infektionen beziehungsweise Kontaminationen durch die kontaktlose Messung.

Zusammenfassung und Ausblick

Die intraoperative Bildgebung zur Beurteilung der Perfusion von gastro-intestinalen Anastomosen mit der Hyperspektralkamera hat sich in unseren Händen als gut praktikabel und reproduzierbar – ohne wesentliche Störung oder Verzögerung der OP-Abläufe

– erwiesen. Waren die bisherigen Einsatzgebiete dieser innovativen Bildgebungstechnologie die Evaluation von Lappenplastiken und Transplantaten in der plastischen Chirurgie, Problemwunden, der diabetische Fuß oder chronische Wunden bei Patienten mit pAVK, so wird die Applikation in der Viszeralchirurgie im Sinne der Präzisionsmedizin möglicherweise eine bedeutende Ausweitung des bisherigen Spektrums mit sich bringen. Bereits jetzt kann die Methodik bei wichtigen Entscheidungsprozessen, wie der intraoperativen Strategiesteuerung, hinzugezogen werden, um – analog der ICG-Ergebnisse der PILLAR II-Studie – die optimale Anastomosenregion/-höhe zu identifizieren beziehungsweise diese zu modifizieren, und potenziell ideale Bedingungen für die ungestörte Anastomosenheilung zu generieren. Die Parameter Gewebeoxygenierung (StO_2), Gewebe-Hämoglobin- (THI = Tissue Hemoglobin Index), NIR (= Near InfraRed)-Perfusions- und Gewebe-

Wasser-Index (TWI = Tissue Water Index) ermöglichen die exakte Differenzierung beziehungsweise Prädiktion eines guten, grenzwertigen oder möglicherweise schlechten Heilungsprozesses, transferiert man die bisherigen Daten der derzeitig angewandten Normwerte des Wund-Imagings, bei denen beispielsweise > 50 Prozent Oxygenierung einer guten Wundheilung entspricht, 30 bis 50 Prozent einen „Graubereich“ darstellt und < 30 Prozent mit schlechten Heilungsprozessen assoziiert ist [15]. Beispielsweise zeigt in Abb. 3 die Pinzette die Position der Grenze zur Resektionslinie, die der Chirurg visuell geschätzt hat (RGB-Image, oben links). Die Bilder des TWI (oben rechts), der StO₂- (unten links) und des NIR Perfusion-Index (unten rechts) offenbaren jedoch – im Vergleich zur Einschätzung des Chirurgen – deutlich unterschiedliche Werte. Die Grenze liegt weiter oralwärts und die Resektionsstrategie wurde konsekutiv geändert.

Somit kann zum Beispiel bei schlechten Werten mit grenzwertig perfundierten Darmabschnitten deren Nachresektion beziehungsweise die Neuanlage einer Anastomose die Konsequenz von intraoperativen Abweichungen der oben genannten Norm- beziehungs-

weise „Cut off-“ (Grenz-) Werte sein, die allerdings für die Viszeralchirurgie erst evaluiert werden müssen.

Einen großen Nachteil bietet die derzeitig begrenzte Anwendbarkeit des Systems alleinig bei offenen Eingriffen. Somit kann die Hyperspektral-Bildgebung aktuell nur bei einem limitierten, konventionell-offen operierten Patientengut appliziert werden (zum Beispiel nach mehrfachen Voroperationen), da der Großteil der viszeralchirurgischen Eingriffe in unserer Klinik minimal-invasiv vollzogen wird. Mögliche MIC-Anwendungen sind in der aktuellen Praxis Anastomosierungs-Schritte, die ex situ, das heißt über eine Mini-Laparotomie, vor der Bauchdecke vollzogen werden. Hier wird derzeit im Rahmen des LYSis-Projekts (= Entwicklung eines laparoskopischen und Hyperspektralbildgebungs-basierten [HSI] Systems) die Weiterentwicklung eines Geräts vorangebracht, welches dann im minimal-invasiven OP-Spektrum sowie in der Endoskopie einsetzbar sein wird. Zudem optimierbar in Folge-Entwicklungen des Kamerasystems sind die bisher nicht vorhandenen multispektralen Video- und hochauflösenden Hyperspektral-Funktionen, beziehungsweise hyperspektral in Kombination

mit Farbvideo, die letztlich wichtig sind zur dynamischen Beurteilung und Dokumentation der intraoperativen Perfusion. Neben der derzeitigen intraoperativen „real time“-Evaluation von gastrointestinalen Anastomosen, welche wir aktuell in prospektiven Studien analysieren und mit den klinischen Resultaten (zum Beispiel Anastomoseninsuffizienzraten) korrelieren, sind weitere Anwendungsgebiete in der viszeralchirurgischen Praxis und Forschung die mesenteriale Ischämie und Re-Perfusion sowie die Darmdurchblutung nach medikamentösen (zum Beispiel Katecholamintherapie) und interventionellen Therapien. Diese neuen Facetten der Image-guided Surgery mittels Hyperspektral-Bildgebung sind somit ein weiterer wichtiger Baustein in der angewandten Präzisionsmedizin. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. habil. Ines Gockel, MBA
Klinik für Viszeral-, Transplantations-,
Thorax- und Gefäßchirurgie

Department für Operative Medizin (DOPM)
Universitätsklinikum Leipzig, AöR
Liebigstr. 20, 04103 Leipzig
E-Mail: ines.gockel@medizin.uni-leipzig.de

Notarztdienst – quo vadis?

Leserbriefe von Dr. med. Stefan Thiel, Pirna, und Dr. med. Lutz Badura, Eilenburg, zum Editorial „Notarztdienst – quo vadis?“ von Dr. med. Michael Burgkhardt und zum Leserbrief „Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2018):

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf den Leitartikel und auch auf eine Leserzuschrift hier meine Wahrnehmungen zum Thema:

Auch auf diesem für unser Lebensgefühl so wichtigen Gebiet rutschen wir in immer krassere Dimensionen der Fehlversorgung hinein. Diese besteht aus einer in meinen Augen geringen, teilweise dann aber tragischen Unterversorgung, welche durch eine mittlerweile extreme Überversorgung im Bereich von keinesfalls zu medizinischen Notfällen zählenden, nicht dringenden oder gar lapidaren Situationen bedingt ist.

Die Pflegeheime, aber auch andere Heime, Pflegedienste und auch Angehörige wählen aus Unsicherheit und auch extrem weit gefasster Angst vor Haftungsproblemen die 112. Die Leitstelle aktiviert viel zu niederschwellig

Rettungswagen und Notarzt (Qualifikation der Mitarbeiter der Leitstellen? Einsatz-Algorithmen? Gefühlter Druck, mit steigenden Einsatzzahlen die Dichte der Rettungsmittel zu rechtfertigen beziehungsweise zu vergrößern? Haftungsängste?).

Die Entscheidungen der Leitstelle scheinen sich auch nicht unwesentlich nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage, nach den Verdienstaussichten des Trägers und auch des Notarztes, aber auch nach der gegebenenfalls nicht immer so großen Einsatzbereitschaft der Ärzte des KV-Dienstes zu richten.

Der Rettungswagen fährt viel zu häufig zu nicht dringenden Situationen. Die Rettungsassistenten entscheiden dann viel zu häufig für den Transport in eine Klinik, weil ihnen die Kompetenz jenseits ihrer Notfallalgorithmen fehlt. Sie fordern den Notarzt selbst nach, eher

in Abhängigkeit der Verfügbarkeit als der medizinischen Notwendigkeit. Auch da scheint es ums Geld zu gehen. Irgendwann wird das System unbezahlbar bei mittelmäßigen medizinischen Ergebnissen.

Was ist zu tun?

Die Ärzteschaft muss bitte frei von ihren viel zu oft so durchsichtigen lobbyistischen Interessen hier neutral und streng aus der Sicht des in Not geratenen Patienten den politischen Gremien, die für das Rettungswesen die Verantwortung tragen, Zuarbeit leisten.

Keinesfalls kann eine weitere Verdichtung des Angebotes die Lösung sein.

Die Politik sollte mit Nachdruck auf den enormen und weiter rasch steigenden Kostenfaktor einer jedes Maß verlassenden Haftungsproblematik im gesamten Gesundheitssystem hingewiesen werden. Die Ärzteschaft sollte die Politik auffordern, Bedingungen zu schaffen, die diesem Thema eine ausgewogene Bedeutung zuweisen.

Eine Notfallgebühr muss dringend eingeführt werden. Keinem echten Notfallpatienten würden 50 Euro wehtun (wenige Ausnahmen lassen sich regeln). Ich denke, dass dann auch der riesige Aufwand, der zur Installation der Portalpraxen getrieben wird, nicht nötig wäre.

Die Finanzierung des Rettungssystems müsste weitgehend auf Sicherstellungs-Budgets umgestellt werden, um den merkantilen Anreiz für die Leistungserbringer so zu regulieren, dass nicht von dieser Seite immer mehr Leistungen erbracht werden, als notwendig.



© TIK-Pressfoto

Dem Hausarzt muss endlich relevant Zeit finanziert werden, damit er die extrem zeitaufwendigen Gespräche mit geriatrischen Patienten nahe des Lebensendes selbst, mit Angehörigen, Heimen gegebenenfalls wiederholt führen kann, um mögliche Situationen zu besprechen, die heute zur so häufigen Fehlinanspruchnahme des Rettungswesens führen. ■

Dr. med. Stefan Thiel, Pirna

Sehr geehrtes Redaktionskollegium,

recht herzlichen Dank für die Beiträge „Notarztdienst-quo vadis“ und „Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt“ im Ärzteblatt Mai. Man kann die beiden Artikel als widersprüchlich ansehen, jedoch ergänzen sie sich bei genauem Hinsehen sehr gut.

Der Verfasser des zweitgenannten Artikels spricht mir, als langjährigem aktiven Notarzt, aus der Seele, insbesondere die Ausführungen über die Probleme mit den integrierten Rettungs-(Groß)Leitstellen. Leider zeigen sich die Verantwortlichen dieser „Institutionen“ beratungs- und kritikresistent, speziell auch in Leipzig.

Kollege Dr. Burghardt spricht zwar in seinem Editorial von „einzelnen Fällen zum Anlass für Kritik“, welche sich allerdings zunehmend häufen und für den einzelnen Betroffenen gravierende Auswirkungen haben können, siehe Leserzuschrift „Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt“.

Beide Verfasser kommen jeweils am Ende ihres Beitrages zu einem richtigen und wichtigen Entschluss: Es muss sich etwas ändern! Die Realisierung des Vorschlages von Kollege Dr. Burghardt, „in einer konzertierten Aktion von Politikern und Ärztevertretern Veränderungen anzusprechen“, wäre diesbezüglich ein erster wichtiger Schritt. ■

Dr. med. Lutz Badura, Eilenburg

Antwort von Dr. med. Michael Burghardt:

Die Meinungsäußerungen der Kollegen Dr. med. Badura und Dr. med. Thiel stellen eine Unterstützung für das Editorial in Heft 5/2018 des „Ärzteblatt Sachsen“ dar. Dieses Editorial konnte die mannigfaltigen Probleme der außerklinischen Notfallbetreuung nur anreißen und nicht auf Details eingehen. Insofern stellen die Leserbriefe eine Ergänzung zu zwei wesentlichen Defiziten dar: zum einen die Überfrachtung der Hilfeleistungssysteme mit Banalfällen und zum anderen die Strukturschwäche der gesamten Notfallversorgung. Ein System ist immer nur so gut, wie sein schwächstes Glied hemmend wirkt. Das schwächste Glied ist hier die Rettungsleitstelle, deren Grunddefizit in den kommentierenden Beiträgen treffend beschrieben wird. Das Defizit liegt aber nicht an vermutterter Unfähigkeit der Leitstellendisponenten, sondern an strukturellen, hausgemachten Mängeln. Als den größten Mangel betrachten es sächsische (und gesamtdeutsche) Notfallmediziner, dass man in Sachsen im Zusammenhang mit der Schaffung der Großleitstellen (sogenannte Integrierte Regionalleitstellen = IRLS) auf die Disposition der ärztlichen Dringlichkeitsversorgung (Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) verzichtet hat. Damit wird ein hochgelobtes Grundprinzip aus DDR-Zeiten (Schnelle Medizinische Hilfe), trotz vielfacher Anmahnung seitens der Notärzte, nicht beachtet.

Dennoch muss man bei der kritischen Betrachtung der Funktion dieser Großleitstellen wissen, dass nun kein Disponent mehr die individuellen Situationen vor Ort beurteilen kann. Wenn zum Beispiel ein Mitarbeiter der IRLS in Zwickau einen Herzinfarkt in Schöneck/Vogtland disponiert, wird er die lokalen Gegebenheiten nicht mehr kennen, wie

das früher in den Kreisleitstellen möglich war. Daraus nun aber zu schlussfolgern, wie in der Leserzuschrift „Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt“ in Heft 5/2018 impliziert, dass Disponenten aus Großleitstellen nicht in der Lage seien, ländliche Einsätze zu managen, ist schlichtweg Unsinn. Denn schon immer waren die Leitstellen der sächsischen Großstädte damit befasst, auch Einsätze im ländlichen Großstadtumfeld korrekt abzuwickeln.

Völlig richtig ist die Vermutung des Kollegen Dr. Thiel, dass es bei Missständen im Rettungsdienst und deren Beseitigung auch „ums Geld“ geht. Dies ist auch daran zu sehen, dass ein ausgewiesener ehrenamtlich tätiger Arztfunktionär vor einigen Jahren heftig protestiert hat, als in einem Positionspapier der Sächsischen Landesärztekammer formuliert werden sollte, dass die Notarzteinsatzrate zu senken sei. Er meinte damals, dass es dann auch für ihn weniger Dienste, weniger Einsätze und weniger Honorar geben würde. Daran ist zu sehen, dass auch sinnvolle Schritte zur Ökonomisierung eines Systems immer Gegner generiert. Was soll man aber in einer überwiegend merkantil ausgerichteten Gesellschaft anders erwarten.

Zusammenfassend haben die Leserbriefe die vielschichtigen Probleme erkannt und noch einmal auf Schwerpunkte hingewiesen. Der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin wird sich weiterhin damit befassen. Inwieweit die Landespolitik unsere mehrfach geäußerten Gesprächsvorschläge erhört, vermag der Unterzeichner nicht vorauszusehen. ■

Dr. med. Michael Burghardt
Vorsitzender des Ausschusses
Notfall- und Katastrophenmedizin

Jubiläumslauf mit schlechten Vorzeichen und sehr guten Ergebnissen

Am 23. Mai 2018 feierte die REWE Team Challenge ihr zehnjähriges Jubiläum. Für die Sächsische Landesärztekammer ein Grund mehr, sich zum nunmehr achten Mal an diesem Lauf beteiligen.

Im Februar dieses Jahres hatten sich 15 Mitarbeiter für die Teilnahme am Firmenlauf angemeldet. Mit insgesamt drei Teams und drei Ersatzläufern war die Kammer zu diesem Zeitpunkt gut vertreten. Dies und die gute Wetterprognose ließ bis zwei Wochen vor dem Wettkampftag nur Gutes hoffen. Dann erkrankten vier Aktive, und mit insge-



Das Team der Sächsischen Landesärztekammer

samt elf Läufern konnten nur noch zwei Teams auf die Strecke gehen. Die übrigen drei Aktiven mussten als Einzelläufer starten. Doch trotz dieser

kurzfristigen „Verluste“ konnten auch zum Jubiläumslauf wieder mehr als nur vorzeigbare Ergebnisse erzielt werden. So erkämpfte sich unser Frauen-Team den Platz 201 von 632. Die Männer erreichten sogar Platz 78 von 1.351. So gut waren die Kammerläuferinnen und -läufer noch nie. Glückwunsch! Wichtiger jedoch als die Platzierungen ist, dass alle verletzungsfrei und glücklich ins Ziel kamen und hoffentlich auch 2019 wieder für Sachsens Ärzte an den Start gehen werden. ■

Torsten J. Wurziger
Hausverwaltung
Sächsische Landesärztekammer

Bike for Charity

Vom Gardasee nach Leipzig

Was machen Medizinstudenten in ihren fünf Monaten Semesterferien pro Jahr? Praktika, Urlaub, die Zeit vor dem harten Berufsleben genießen – drei Leipziger Medizinstudenten war das nicht genug. Josephin Seidel, Vincent Eckert und Raik Siebenhüner wollen mit ihren verbleibenden Kapazitäten auch über die vorlesungsfreie Zeit hinaus einen sozialen Akzent setzen. So entstand das Projekt „Bike for Charity“.

Aber von Anfang an: Raik Siebenhüner ist Medizinstudent in Leipzig, derzeit im achten Semester. Als Ausgleich zum alltäglichen Unistress kommt für ihn nur das Rad in Frage. Er plant, im kommenden Sommer eine Rennradtour vom Gardasee in Italien über die Alpen bis nach Leipzig zu organisieren. Die fast 900 Kilometer sind dabei in nur sieben Tagen zu absolvieren. Diese sportliche Höchstleistung mit einem positiven Anreiz zu verbinden, der, selbst wenn die Beine schon kapituliert haben, den Kopf dazu bringt, nicht aufzugeben, macht aus einem einfachen Sporturlaub ein Projekt, das Menschen verbindet und Kindern ein Lächeln schenken soll. „Bike for Charity“ unterstützt in Zusammenarbeit mit dem Förderkreis Kinderdialyse Leipzig e. V. die chronisch nierenkranken Kinder und Jugendlichen des KfH Nierenzentrums (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.). Der Verein stellt eine zentrale Anlaufstelle für die schwerkranken Betroffenen nicht nur aus Sachsen, sondern aus großen Teilen Mitteldeutschlands dar. Von Anfang an werden die Kinder und Jugendlichen in ein geschütztes Umfeld aufgenommen, in dem sie lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen und andere Betroffene



Raik Siebenhüner (8. Semester), Josephin Seidel (10. Semester) und Vincent Eckert (4. Semester) (v.l.)

treffen. Auch die Eltern haben die Möglichkeit, eine informelle, seelische und finanzielle Stütze in Anspruch zu nehmen. Ein zentraler Punkt dieser Arbeit besteht darin, gemeinsam Familienunternehmungen zu organisieren, um so einen Funken Normalität aufrecht zu erhalten. Wie so oft, fehlt es dabei an Geld, vor allem unter den schwierigen medizinischen Begebenheiten einer Dialyse, wenn zugleich den deutschen Krankenkassen die Hände gebunden sind: So wird ein echter Familienurlaub mit Geschwistern und beiden Elternteilen über eine Woche nicht unterstützt. Gleichzeitig gibt es nur wenige Orte, die

für dialysepflichtige Patienten in Frage kommen. Einer davon ist der Ederhof, ein Rehabilitationszentrum in den österreichischen Alpen, das auch mit der speziellen Situation einer Dialyse umzugehen weiß. An diesem Punkt treffen sportlicher Ehrgeiz und soziales Engagement der Leipziger Medizinstudenten mit den Wünschen der chronisch nierenkranken Kinder zusammen. Das Ergebnis ist „Bike for Charity“ – ein Projekt, an dem acht Rennradfahrer teilnehmen, welche für verschiedene regionale Spender starten, die mit dieser Aktion ein Zeichen für die betroffenen Familien setzen wollen. Die Tour findet vom 22. bis 29. Juli statt und endet mit dem Einlauf der Radfahrer zum Willkommensfest „Welcome for Charity“ beim Klinikum St. Georg in Leipzig, dem Standort des KfH Nierenzentrums. Schon jetzt danken die Leipziger Medizinstudenten den zahlreichen Unterstützern und Helfern, die die Tour überhaupt ermöglichen. Alle weiteren Infos unter www.foerderkreis-kinderdialyse.de/bike-for-charity ■

Vincent Eckert
Bike for Charity – eine private Spendentour
zugunsten des Förderkreises
Kinderdialyse Leipzig e.V.
Postfach 22 12 40, 04132 Leipzig
E-Mail: info@spendentour.org

Unsere Jubilare im August 2018

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 02.08.** Dipl.-Med. Lutterberg, Joachim
09648 Mittweida OT Frankenau
- 02.08.** Dipl.-Med. Schollbach, Karin
04821 Brandis
- 02.08.** Dr. med. Vetter, Thomas
04319 Leipzig
- 03.08.** Dr. med. Zeißig, Wolf-Dieter
02785 Olbersdorf
- 04.08.** Dr. med. Becker, Elisabeth
02994 Bernsdorf
- 04.08.** Dipl.-Med. Rummel, Rosemarie
09376 Oelsnitz
- 08.08.** Dr. med. Müller, Frank
01477 Arnsdorf
- 09.08.** Dr. med. Franke, Cornelia
04416 Markkleeberg
- 09.08.** Dr. med. Horn, Ingrid
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 12.08.** Dr. med. Göhlert, Christina
09669 Frankenberg
- 13.08.** Dipl.-Med.
Gabriel-Müller, Angelika
04416 Markkleeberg
- 14.08.** Dipl.-Med. Oehmig, Karin
09322 Penig
- 14.08.** Dr. med. Runge, Astrid
04416 Markkleeberg
- 21.08.** Dr. med. Rohrschneider, Gottfried
04277 Leipzig
- 22.08.** Dr. med. Ahrens, Karl-Heinrich
95028 Hof
- 22.08.** Dr. med. Gebelt, Jutta
04435 Schkeuditz
- 25.08.** Dr. med. Hagen, Elke
04416 Markkleeberg
- 25.08.** Dr. med. Keller, Andreas
04275 Leipzig
- 27.08.** Hartmann, Nikolaus
01324 Dresden
- 28.08.** Dr. med. Matthes, Ute
02785 Olbersdorf

- 31.08.** Dr. med. Müller, Margitta
08115 Lichtentanne

70 Jahre

- 04.08.** Dipl.-Med. Fritsche, Christine
02796 Kurort Jonsdorf
- 04.08.** Dr. med. Naumann, Christine
08541 Großfriesen
- 06.08.** Dipl.-Med. Winkler, Helga
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 10.08.** Dr. med. Götze, Anne-Rose
01277 Dresden
- 11.08.** Dr. med. Kiefer, Hannes
04435 Schkeuditz
- 13.08.** Dr. med.
Naumann, Margit-Maria
01445 Radebeul
- 14.08.** Nestorjuk, Wassili
01067 Dresden
- 15.08.** Dipl.-Med. Lützkendorf, Eva
01809 Dohna
- 17.08.** Dr. sc. med. Klinger, Frank
01917 Kamenz
- 18.08.** Dr. med. Müller, Stephan
01723 Kesselsdorf
- 19.08.** Dipl.-Med. Hilbert, Cornelia
04289 Leipzig
- 20.08.** Dr. med. Werner, Johannes
09405 Zschopau
- 21.08.** Dipl.-Med. Brunner, Monika
04275 Leipzig
- 22.08.** Geipel, Regine
08066 Zwickau
- 26.08.** Dipl.-Med. Gericke, Ulrich
09366 Stollberg
- 27.08.** Dr. med. Heubaum, Frank
01326 Dresden
- 27.08.** Dipl.-Med. Kautz, Sibylle
02826 Görlitz
- 29.08.** Dipl.-Med. Hennig, Bärbel
09599 Freiberg
- 31.08.** Dr. med. Gepp, Gudula
01099 Dresden

75 Jahre

- 01.08.** Dr. med. Karl, Hartmut
09423 Gelenau
- 01.08.** Dr. med. Schauzu, Hans-Günter
04105 Leipzig
- 02.08.** Dr. med. Tomesch, Hans-Werner
08427 Fraureuth
- 03.08.** Dr. med. Paschke, Peter
04838 Eilenburg
- 04.08.** Dr. med. Bischof, Bernd
01309 Dresden
- 05.08.** Dr. med. Gräßler, Wolfgang
09669 Frankenberg
- 07.08.** Dr. med. Hasenfelder, Wolfgang
02826 Görlitz
- 07.08.** Dr. med. Leonhard, Thomas
01067 Dresden
- 08.08.** Dr. med. Sauermann, Karin
01445 Radebeul
- 09.08.** Dr. med. Rieger, Winfried
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 11.08.** Dr. med. Fischer, Ulf
04703 Leisnig
- 12.08.** Dr. med. Neumann, Jürgen
01277 Dresden
- 13.08.** Dr. med. Schneider, Brigitte
01855 Sebnitz
- 14.08.** Werker, Walther
02994 Bernsdorf
- 16.08.** Dr. med. Barb, Ulrich
04109 Leipzig
- 18.08.** Dr. med. Langer, Raimund
08289 Schneeberg
- 18.08.** Dr. med. Soukup, Gottfried
02763 Zittau
- 20.08.** Dr. med. Dinger, Winfried
08060 Zwickau
- 21.08.** Dr. med. Kaps, Jutta
09423 Gelenau
- 22.08.** Dr. med. Hellmich, Gunter
01217 Dresden
- 23.08.** Dipl.-Med. Großmann, Friedrun
01589 Riesa
- 24.08.** Dr. med. Bolomsky, Dieter
09405 Zschopau/
Krumhermersdorf
- 24.08.** Dr. med. Liebscher, Lutz
04720 Döbeln

- 24.08.** Dr. med. Reuther, Bernd
09126 Chemnitz
- 25.08.** Dr. med. Jaeckel, Matthias
08228 Rützengrün
- 27.08.** Dr. med. Böhme, Ursula
04347 Leipzig
- 28.08.** Dr. med. Baumann, Gunter
09117 Chemnitz
- 28.08.** Dr. med. Bley, Uta
09117 Chemnitz
- 28.08.** Dr. med. Dunsch, Monika
04207 Leipzig
- 29.08.** Dr. med. Wolf, Dieter
01445 Radebeul
- 30.08.** Dr. med. Amenda, Gisela
04416 Markkleeberg

80 Jahre

- 04.08.** Dr. med. Arndt, Wilhelm
09120 Chemnitz
- 04.08.** Prof. Dr. med. habil.
Kunze, Dietmar
01189 Dresden
- 05.08.** Dr. med. Hahn, Rosemarie
04229 Leipzig
- 10.08.** Dr. med. Haselhoff, Bärbel
04416 Markkleeberg
- 10.08.** Dr. sc. med. Hubrich, Walter
01259 Dresden
- 14.08.** Dr. med. Göbel, Ute
04105 Leipzig
- 17.08.** Dr. med. Eckardt, Reiner
01277 Dresden
- 17.08.** Dr. med. Schröfel, Günter
01589 Riesa
- 18.08.** Dr. med. Jacobi, Helga
01326 Dresden
- 18.08.** Dr. med. Pfeifer, Ursula
04155 Leipzig
- 18.08.** Dr. med. Wilhelm, Klaus
04509 Löbnitz
- 21.08.** Leichenring, Johannes
09618 Brand-Erbisdorf
- 23.08.** Dr. med. Matz, Raglind
08412 Werdau
- 24.08.** Dr. med. Erben, Angela
01109 Dresden
- 26.08.** Dr. med. Braun, Karl
08058 Zwickau

- 26.08.** Dr. med. Hentsch, Georg
04275 Leipzig
- 26.08.** Dr. med. Jetter, Hans
04329 Leipzig
- 26.08.** Dr. med. Leeder, Uta
09599 Freiberg
- 26.08.** Dr. med.
Schwarzbauer, Edelburg
04680 Colditz
- 26.08.** Dr. med. Spann, Brigitte
09599 Freiberg
- 28.08.** Dr. med. Walter, Annemarie
08129 Mosel

81 Jahre

- 04.08.** Dr. med. Brode, Ute
08141 Reinsdorf
- 07.08.** Dr. med. Thonig, Waltraud
01279 Dresden
- 11.08.** Dr. med. Kleemann, Wolfgang
04288 Leipzig
- 12.08.** Dr. med. Lößner, Adelheid
04105 Leipzig
- 14.08.** Dr. med. Friedrich, Günter
04275 Leipzig
- 17.08.** Dr. med. Selbmann, Friedrich
08468 Reichenbach
- 19.08.** Prof. Dr. med. habil.
Frühauf, Annelies
01217 Dresden
- 20.08.** Dr. med. Voigt, Dieter
09385 Lugau
- 21.08.** Dr. med. Schröder, Ingrid
08058 Zwickau
- 23.08.** Dr. med. Wandt, Hans-Joachim
04103 Leipzig
- 23.08.** Dr. med. Wawra, Ursula
09599 Freiberg
- 26.08.** Dr. med. Weigelt, Ingrid
01156 Dresden
- 27.08.** Heller, Sigrid
01326 Dresden
- 29.08.** Dr. med. Helbig, Renate
04155 Leipzig

82 Jahre

- 01.08.** Dr. med. Zehmisch, Heinz
08523 Plauen

- 02.08.** Dr. med. Schüttauf, Johanna
08064 Zwickau
- 05.08.** Dr. med. Reichardt, Rita
01454 Radeberg
- 06.08.** Dr. med. Schober, Joachim
02708 Löbau
- 15.08.** Hurtig, Klaus
02906 Niesky
- 15.08.** Dr. med. Richter, Barbara
01445 Radebeul
- 22.08.** Dr. med. Bauer, Inge
04299 Leipzig
- 22.08.** Dr. med. Roth, Werner
09661 Hainichen
- 22.08.** Wienhold, Gisela
08058 Zwickau
- 24.08.** Dr. med. Brunke, Johanna
04207 Leipzig
- 24.08.** Dr. med. Fahland, Ursula
01809 Heidenau
- 28.08.** Dr. med. Jünger, Otto
04668 Grimma
- 28.08.** Kyncl, Christine
01796 Pirna
- 31.08.** Dr. med. Dähn, Walter
04442 Zwenkau
- 31.08.** Heublein, Leonore
02906 Mücka

83 Jahre

- 03.08.** Zeisig, Heinrich
04860 Torgau
- 09.08.** Dr. med. Pönisch, Gerhard
01217 Dresden
- 11.08.** Dr. med. Voigt, Curt
01454 Ullersdorf
- 12.08.** Dr. med. Keil, Günter
02977 Hoyerswerda
- 14.08.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Frey, Hans-Hellmut
09366 Stollberg
- 15.08.** Dr. med. Friebe, Wolfgang
08289 Schneeberg
- 15.08.** Prof. Dr. med. habil.
Grafe, Sieghart
04178 Leipzig
- 15.08.** Dr. med. habil.
Peper, Ernst
01936 Königsbrück

- 16.08.** Dr. med. List, Rosemarie
08056 Zwickau
- 18.08.** Dr. med. Meinck, Ursula
01099 Dresden

84 Jahre

- 03.08.** Prof. Dr. med. habil. Mättig, Heinz
04158 Leipzig
- 03.08.** Dr. med. Reißmüller, Rosemarie
01069 Dresden
- 03.08.** Dr. med. Spitzner, Gudrun
04299 Leipzig
- 06.08.** Dr. med. Eisermann, Christa
09419 Thum
- 07.08.** Dr. med. Thiele, Helmut
08223 Falkenstein
- 08.08.** Dr. med. Scheel, Horst
04229 Leipzig
- 08.08.** Prof. Dr. sc. med. Schmidt, Dieter
01307 Dresden
- 11.08.** Dr. med. habil. Weißbach, Günther
04277 Leipzig
- 12.08.** Dr. med. Böhmer, Ingelore
02708 Löbau
- 13.08.** Dr. med. Wagner, Hildegard
01129 Dresden
- 14.08.** Rauher, Horst
01108 Dresden
- 15.08.** Dr. med. Schmidt, Regina
01219 Dresden
- 15.08.** Dr. med. Zimmermann, Heinz
09126 Chemnitz
- 17.08.** Dr. med. Keller, Dieter
01277 Dresden
- 17.08.** Dr. med. Wichmann, Georg
01328 Dresden
- 20.08.** Knappe, Renate
01809 Heidenau
- 20.08.** Prof. Dr. sc. med.
Ulrich, Wulff-Dieter
04229 Leipzig
- 22.08.** Buchta, Christa
01662 Meißen
- 23.08.** Dr. med. Sack, Gudrun
04277 Leipzig
- 24.08.** Dr. med. Herold, Eva
01309 Dresden
- 27.08.** Dr. med. Reilein, Sigrid
04103 Leipzig

85 Jahre

- 05.08.** Dr. med. Schönlebe, Ulrike
04157 Leipzig
- 06.08.** Dr. med. Reichel, Manfred
08228 Rodewisch
- 14.08.** Dr. med. Wichmann, Erika
01328 Dresden
- 16.08.** Dr. med. Schmidt, Christian
08541 Plauen-Großfriesen
- 19.08.** Dr. med. Donalies, Christian
04328 Leipzig
- 30.08.** Prof. Dr. med. habil.
Schwarzer, Rudolf
08060 Zwickau

86 Jahre

- 01.08.** Dr. med. Baudrexl, Lucie
01445 Radebeul
- 12.08.** Dr. med. Lehnert, Gertraude
01705 Freital
- 19.08.** Dr. med. Callmeier, Eva-Maria
04808 Wurzen
- 19.08.** Dr. med. Polednia, Arnim
04758 Oschatz
- 26.08.** Dr. med. Krumpke, Georg
02977 Hoyerswerda
- 26.08.** Dr. med. Spitzner, Rudolf
04157 Leipzig
- 26.08.** Dr. med. Steinhardt, Eva
09599 Freiberg
- 27.08.** Dr. med. Jäger, Gerda
04827 Machern
- 27.08.** Dr. med. Klößel, Edith
08412 Werdau
- 30.08.** Weigelt, Anneliese
01157 Dresden

87 Jahre

- 05.08.** Dr. med. Müller, Peter
09526 Olbernhau
- 07.08.** Dr. med. Schweiger, Ingrid
04317 Leipzig
- 14.08.** Dr. med. Koenitz, Hartmut
01187 Dresden
- 20.08.** Dr. med. Walther, Hans
04425 Taucha
- 27.08.** Prof. Dr. med. habil. Dr. med.
dent. Mühler, Gottfried
04105 Leipzig

- 31.08.** Dr. med. Löffler, Ilse
04552 Borna

88 Jahre

- 22.08.** Dr. med. Majewski, Henryk
04315 Leipzig

89 Jahre

- 06.08.** Engelhardt, Gerda
09243 Niederfrohna
- 06.08.** Prof. Dr. med. habil.
Geidel, Heinrich
01067 Dresden
- 09.08.** Dr. med. Graf, Werner
01326 Dresden
- 22.08.** Dr. med. Reuter, Gisela
02826 Görlitz

90 Jahre

- 17.08.** Konecny, Miloslav
01067 Dresden

91 Jahre

- 29.08.** Dr. med. Wiener, Horst
01738 Colmnitz

92 Jahre

- 26.08.** Dr. med. Klinge, Gerhard
08280 Aue

96 Jahre

- 27.08.** Dr. med. Reichelt, Manfred
08058 Zwickau

98 Jahre

- 30.08.** Dr. med. Perschke, Otfried
08134 Wildenfels

100 Jahre

- 25.08.** Dr. med. Müller, Horst
01705 Freital

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Kurt Gottfried Geiler

* 13.12.1927

† 28.4.2018



Prof. Dr. med. habil. Kurt Gottfried Geiler

Am 28. April 2018 verstarb Prof. Dr. med. habil. Kurt Gottfried Geiler im Alter von 90 Jahren in Leipzig. Ein großer Pathologe hat die Bühne des Lebens verlassen, die er am 13. Dezember 1927 in Leipzig betreten hat. Nach dem Besuch der Thomasschule studierte er von 1946 bis 1952 in Leipzig Medizin und promovierte 1952 mit der Dissertation „Der Einfluss des körperlichen und seelischen Traumas auf Beginn und Verlauf der multiplen Sklerose“. Nach Erlangung der fachlichen Qualifikation in pathologischer Anatomie erfolgte 1961 die Habilitation mit einer Arbeit über „Morphologie und Pathologie der Synovialome“. Die Gelenke und ihre Häute waren sein zentrales Forschungsthema. Er beschäftigte sich Zeit seines wissenschaftlichen Lebens mit der formalen Pathogenese und Immunpathologie der rheumatoiden Arthritis. Seine außerordentlichen Forschungsleistungen wurden vielfach anerkannt: 1969 Aufnahme in die Akademie der Naturforscher

„Leopoldina“, 1970 Rudolf-Virchow-Preis der DDR, 1981 Ehrenmedaille der Gesellschaft für Rheumatologie der DDR und 1986 Ehrenmitgliedschaft der Ungarischen Gesellschaft für Pathologie, 1994 Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und 2007 Rudolf-Virchow-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Pathologie und Ehrendoktorwürde der Universität Leipzig.

Wegen seiner christlich und politisch-moralischen Grundüberzeugung sowie seiner unbeugsamen Haltung gegenüber dem System des real existierenden Sozialismus wurde ihm erst 21 Jahre nach der Habilitation 1982 der Titel eines außerplanmäßigen Professors verliehen.

Die Möglichkeit, die wissenschaftlichen Entwicklungen nicht nur in seinem Forschungsthema sondern im Aufbau der Forschungslandschaft prägend mitzugestalten, erhielt Gottfried Geiler unmittelbar nach der Wende 1990. Von diesem Zeitpunkt an war er eine Schlüsselfigur für die Reformen und den Aufbau eines freiheitlichen Wissenschaftssystems in den neuen Bundesländern. 1990 erfolgte die Berufung zum Dekan der Medizinischen Fakultät. Zeitweise war er Prorektor der Universität Leipzig. Das Angebot, Rektor der Universität Leipzig zu werden, schlug er aus, um sich den medizinisch-naturwissenschaftlichen Aufbauarbeiten intensiver widmen zu können. In zahlreichen wichtigen Ausschüssen und Kommissionen konnte er seine Erfahrungen in der Wissenschaft einbringen: Die Funktion als Vizepräsident der Leopoldina war für ihn ein Höhepunkt, da sie bereits zur DDR-Zeit eine wissen-

schaftliche Heimat darstellte, in der er den geistigen Freiraum für wissenschaftliche Gedanken fand.

Seine in Leipzig gewonnenen Erfahrungen brachte er auch in die Beratung anderer Wissenschaftsstandorte der neuen Bundesländer ein, zum Beispiel in die Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden.

Seine außerordentlichen Erfolge basierten auch auf seiner Menschlichkeit. Er war im positiven Sinne ein Menschenfänger und konnte junge Kollegen für das Fach Pathologie und seine großen wissenschaftlichen Möglichkeiten begeistern. Auch nach seiner Emeritierung hielt er gute Kontakte zu ehemaligen und aktuellen Mitarbeitern des Instituts für Pathologie und kam regelmäßig in das Institut, um sich persönlich nach dem „Wohlergehen“ des Instituts zu erkundigen. Wir haben viele Gespräche über die Vergangenheit der Pathologien in BRD und DDR geführt, über die Gegenwart und die Zukunft unseres Faches. Sehr habe ich sein einfühlsames Wesen, seine Toleranz und sein Verständnis für mitunter nicht so gut gelungene Aktionen bewundert. In letzter Zeit sind diese Besuche alters- und krankheitsbedingt leider seltener geworden. Nach einer längeren Schwächeperiode ist Gottfried Geiler am 5. Mai 2018 sehr bewusst gestorben.

Er hinterlässt seine Frau, Dr. med. Gabriele Geiler, und drei erwachsene Söhne sowie sechs Enkel. ■

Prof. Dr. med. habil. Christian Wittekind,
Direktor des Instituts für Pathologie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 26, 04103 Leipzig

Verstorbene Kammermitglieder

vom 15.12.2017 bis 29.6.2018

Hans-Ludwig Blanckmeister
Dresden

Dr. med. Dietmar Bosch
Moritzburg

Dr. med. Alfred Dippmann
Markranstädt

Prof. Dr. med. habil.
Hans-Joachim Duck
Machern

Dr. med. Ursula Eckelmann
Leipzig

Dr. med. Gerd Eichler
Obercunnersdorf

Dr. med. Erika Engler
Dresden

Dr. med. Gudrun Frach
Dresden

Dipl.-Med. Gabriela von Gebhardi
Plauen

Prof. Dr. med. habil. Gottfried Geiler
Leipzig

Dr. med. Anita Goedecke
Zwochau

Dipl.-Med. Bernita Grünler
Crinitzberg

Dr. med. Eva-Maria Günther
Heyda

Dr. med. Günter Haase
Flöha

Dr. med. Günter Härtel
Voigtlaide

Dr. med. Ute Heckmann
Leipzig

Dr. med. Ines Hoche
Dresden

Dr. med. Volker Hofmann
Zwickau

Dr. med. Sigrid Horn-Kreuzler
Freiberg

Dr. med. Jürgen Irmscher
Großschönau

Dr. med. Klaus-Peter Kamann
Leipzig

Dr. med. Eva Kamenz
Dresden

Dr. med. Hans-Peter Keller
Leipzig

Pia Keller
Dresden

Dr. med. Edith Klaproth
Tharandt

Dr. med. Helga Kluge-Franke
Oberwiesental

Dr. med. Harry Kluppach
Leipzig

Dr. med. Gudrun Kramer
Hoyerswerda

Dr. med. Klaus Kretzschmar
Elsterheide

Dr. med. Ernst-Albrecht Krumbach
Rackwitz

Dr. med. Marianne Kulpe
Dresden

Dr. med. Miko Lakov
Leipzig

Dipl.-Med. Rainer Lange
Görlitz

Beate Maria Lässig
Frankenberg

Dr. med. Aquina Lesche
Tauscha

Prof. Dr. med. habil. Kurt Malberg
Dresden

Dr. med. Dieter Müller
Auerbach

Dr. med. Dietrich Nötzold
Chemnitz

Dr. med. Dietmar Pastrnek
Delitzsch

Dr. med. Rolf-Peter Quart
Bischofswerda

Dr. med. Klaus Schedwill
Dresden

Prof. Dr. sc. med. Dr. phil.
Peter Schneck
Dresden

Dr. med. Hannelore Schumann
Leipzig

Dr. med. Wolfgang Schwarz
Lichtenau

Dipl.-Med. Irene Sebald
Leuna

Dipl.-Med. Christine Seidel
Dresden

Egon Seifert
Großberkmannsdorf

Prof. Dr. med. habil. Horst Staib
Dresden

Prof. Dr. med. habil. Frank Steinbach
Radebeul

Dr. med. Wolfgang Thalheim
Döbeln

Bärbel Uhlmann
Chemnitz

Dipl.-Med. Falk Unterstab
Dresden

Eva Voigt
Meißen

Dr. med. Johanna Walther
Auerbach

Dr. med. Astrid-Alexandra Waurick
Grimma

Ursula Werner
Zittau

Dr. med. Waltraut Wiesner
Dresden

Dr. med. Christa Wildeck
Boxdorf

Dr. med. habil. Joseph Ziegan
Leipzig

Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865)

Ein großer Mediziner mit Weltgeltung

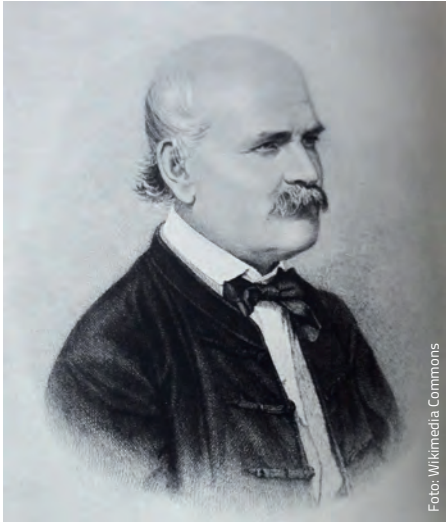


Foto: Wikimedia Commons

Abb. 1: Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865)

Semmelweis wurde am 1. Juli 1818 in Ungarn geboren. Die wohlhabenden Eltern schickten ihn 1837 nach Wien zum Jurastudium. Von der medizinischen Schule in Wien war Semmelweis so begeistert, dass er 1838 zum Medizinstudium wechselte. 1844 promovierte, arbeitete er am allgemeinen Krankenhaus und am Institut für pathologische Anatomie. 1846 wurde er am allgemeinen Krankenhaus Assistenzarzt in der ersten geburtshilflichen Abteilung. Hier musste er feststellen, dass die Sterblichkeitsrate der Wöchnerinnen bis zu 30 Prozent betrug. Bei der zweiten geburtshilflichen Abteilung, in der die Hebammenschülerinnen ausgebildet wurden, war die Sterblichkeit von Müttern nach der Entbindung wesentlich geringer.

Als ein befreundeter Gerichtsmediziner während einer Leichensektion von einem Studenten mit dem Skalpell verletzt wurde und wenige Tage später an einer Blutvergiftung starb, eine Krankheit, die einen ähnlichen Verlauf wie das Kindbettfieber hatte, glaubte Sem-

melweis die Ursache für das Kindbettfieber benennen zu können.

Die Mediziner und Studenten führten täglich klinische Sektionen an den Leichen der Patientinnen durch, die zuvor am Kindbettfieber verstorben waren. Anschließend wuschen sie sich die Hände mit Seife, desinfizierten sie jedoch nicht. Mit diesen Händen untersuchten sie zwischendurch Frauen während der Entbindung und übertrugen dabei infektiöses Material. Die eigentliche Ursache, das Übertragen von Bakterien, die normalerweise auf den Händen vorhanden sind, war damals noch nicht bekannt. Die Hebammenschülerinnen aus der zweiten Abteilung kamen nicht mit Leichen in Berührung und führten auch keine vaginalen Untersuchungen durch. Semmelweis wies daher seine Studenten an, nach Leichensektionen die Hände nicht nur zu waschen, sondern auch mit einer Chlorlösung zu desinfizieren, dadurch konnte die Sterblichkeitsrate ganz erheblich gesenkt werden.

Trotz seines Erfolges wurden die Erkenntnisse von Semmelweis lange nicht anerkannt. Er hatte im Kollegenkreis viele Feinde, sodass er Wien verließ, nach Budapest übersiedelte und dort an der Geburtshilfe-Abteilung tätig wurde. Hier fand er Unterstützung und Anerkennung von befreundeten Ärzten.

Nach den damaligen Ansichten galt die Hygiene als Zeitverschwendung.

Semmelweis wandte sich mit offenen Briefen an führende Professoren der Geburtshilfe, aber übergeordnet wurde das Kindbettfieber auf schlechte Luft, das Ausbleiben der Menstruation oder einen Milchstau zurückgeführt.

1865 wurde Semmelweis aufgrund von Intrigen dreier Kollegen in die staatliche Irrenanstalt Döbling bei Wien eingeliefert, seinen hygienischen Vorschlägen und Behauptungen wurde nur Ablehnung entgegengebracht. Am 13. August 1865, zwei Wochen nach seiner Einweisung in Döbling, starb Semmelweis im Alter von 47 Jahren, angeblich an einer Blutvergiftung durch eine Verletzung. Andere Berichte sprachen von syphilitischer Ursache oder von Kampf mit dem Anstaltspersonal. Viel später, 1963, wurden bei seiner Exhumierung Frakturen an den Händen, Armen und



Abb. 2: Österreichische Semmelweis-Münze, 50 Euro 2008. Die Rückseite zeigt das Wiener Krankenhaus, erbaut 1784 und Mediziner bei der Händedesinfektion. 50.000 Exemplare (Gold), Durchmesser 22 mm, Maßstab 2:1.

am linken Brustkorb festgestellt. Der Leichnam wurde in sein Geburtshaus überführt, heute das Semmelweis-Museum für Medizingeschichte in Ungarn.

Biografen von Semmelweis, Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts, setzten sich mit klaren Worten für ihn

ein. Aufgrund der Arbeiten von Semmelweis führte der schottische Chirurg Josef Baron Lister (1827 – 1912) das Besprühen des Operationsfeldes mit Karböllösung ein und erreichte einen drastischen Rückgang der Operations-

mortalität. Auch die folgenden Ärztesgenerationen erkannten die Bedeutung der Semmelweis-Arbeiten.

In der Numismatik jüngster Vergangenheit hat Semmelweis höchste Anerken-

nung erreicht. In Ungarn und Österreich wurden ihm zu Ehren Goldmünzen geprägt. ■

Literatur beim Autor

Dr. med. Gottfried Vesper, Leipzig

KUNST UND KULTUR

Viktoria Graf

INTERMEZZO – Malerei und Zeichnungen

Viktoria Graf (geb. 1985 in Dresden) gehört zu den jüngeren, mittlerweile einem größeren Kreis von Interessenten bekannten Künstlern, die bereits auf zahlreiche Ausstellungen, darunter an prominenteren Orten wie dem Sächsischen Landtag oder der Villa Eschbach sowie außerhalb der sächsischen Landeshauptstadt, verweisen kann. Aufmerksamkeit dürfte sie vor allem mit ihrer, nur scheinbar eindeutigen, von kräftiger Farbigkeit geprägten Malerei errungen haben. Auf ihren Bildern breiten sich vor dem Auge des Betrachters oft märchenhaft wirkende Szenarien aus, hinter denen sich meist der ganz normale, oft schwierige Alltag – nicht zuletzt von Kindern – „verbirgt“. Viktoria Graf versteht es, mit ihren Kompositionen Befindlichkeiten, Träume und Sehnsüchte der Gestalten ihrer Bildwelt und damit nicht zuletzt der Menschen, denen sie begegnet, auszudrücken. Ebenso spiegeln sich eigene Gefühle und Wünsche.

Hintergrund vieler Werke waren bis in die jüngste Zeit Erfahrungen mit Kindern (und deren Eltern), die sie während



Viktoria Graf, Kosmos, 2018. 70 x 50 cm, Öl auf Leinwand.

ihrer Tätigkeit als „Nanny“ sammelte. Diese hatte ihr Studium als „Brotberuf“ begleitet. Die Künstlerin, die zunächst eine Design-Ausbildung absolvierte, studierte zwischen 2005 und 2010 an der Hochschule für Bildende Künste Dresden (HfBK), wo vor allem Professor Hans Peter Adamski sie prägte – ein Lehrer, der mit seinem eigenen Schaf-

fen für ein hohes Maß an Experimentierfreudigkeit stand, das aber auch eine symbolische und surreal geheimnisvolle Komponente enthielt, die die Künstlerin interessierte.

Neben Werken der Malerei entstehen in Viktoria Grafs Atelier zudem immer wieder Zeichnungen und Mischtechniken, die teils einen spontaneren und auch abstrakteren Duktus zeigen. In ihrer Ausstellung „INTERMEZZO“, deren Titel nicht zuletzt auf aktuelle Entwicklungen in ihrem Werk anspielt, wird die Künstlerin einen Einblick in die malerischen wie zeichnerischen Facetten ihres Schaffens geben. ■

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden
Kulturjournalistin

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

26. Juli bis 21. Oktober 2018, montags bis donnerstags von 9.00 bis 18.00 Uhr, freitags von 9.00 bis 16.00 Uhr, Vernissage: Donnerstag, den 26. Juli 2018, 19.30 Uhr.