



Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen

gegründet 1990

122. DEUTSCHER ÄRZTETAG IN MÜNSTER

Lesen Sie auf Seite 5



Ärzte für Sachsen:
On Tour in Chemnitz

9

Das Fibromyalgie-
Syndrom

22

Sonderausstellung:
Vom Grund der
Kunsttherapie

37

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

Sächsische Landesärztekammer, KöR
mit Publikationen ärztlicher Fach- und
Standesorganisationen, erscheint monatlich,
Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des
vorangegangenen Monats.

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon: 0351 8267-161
Telefax: 0351 8267-162
Internet: www.slaek.de
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder (V.i.S.P.)
Erik Bodendieck
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. med. Roger Scholz
Ute Taube
Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Dr. med. Marco J. Hensel
seitens Geschäftsführung:
Dr. Michael Schulte Westenberg
Dr. med. Patricia Klein
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M. A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
E-Mail: elgendy@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2019,
gültig ab 01. Januar 2019

Druck

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Post-
anschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden.
Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine
Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle
in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind ur-
heberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schrift-
licher Genehmigung des Herausgebers und Verlages
statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen wer-
den in der männlichen Form verwendet. Diese gelten
einheitlich und neutral für Personen jeglichen Ge-
schlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen
nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des
Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträ-
gen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und
Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung
in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält
sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redak-
tioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und
Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit
in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die
Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:
www.slaek.de oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 130,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 130,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 12,80 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündi-
gung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei
Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich
und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonne-
mentsgebühren werden jährlich im voraus in Rech-
nung gestellt.

Inhalt



122. Deutscher Ärztetag
in Münster
Seite 5



Ärzte für Sachsen:
On Tour in Chemnitz
Seite 9



Sonderausstellung:
Vom Grund der Kunsttherapie
Seite 37

EDITORIAL	▪ Thorax-Schmerz	4
BERUFSPOLITIK	▪ 122. Deutscher Ärztetag in Münster	5
	▪ Ärzte für Sachsen: On Tour in Chemnitz	9
	▪ CIRS-Fall	10
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Die Kreisärztekammer Zwickau informiert	11
	▪ Die Kreisärztekammer Vogtlandkreis informiert	11
	▪ Einladung zum Chemnitzer Notfallabend	12
	▪ Die Kreisärztekammer Nordsachsen hat gewählt	13
AUSSCHUSS SENIOREN	▪ Einladung 24. Sächsisches Seniorentreffen	14
MITTEILUNGEN DER SÄV	▪ Reha: zusätzliche Vorsorge für individuellen Schutz	15
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Konzerte und Ausstellungen	15
	▪ Sind Fall- bzw. Tumorkonferenzen anerkannte (zertifizierte) ärztliche Fortbildungen?	16
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Erste Nachuntersuchung der Auszubildenden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz	18
	▪ Urlaubsansprüche – Das sollten Sie wissen	18
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	19
ORIGINALIE	▪ Das Fibromyalgie-Syndrom	22
LESERBRIEFE	▪ Klinische Krebsregistrierung in Sachsen	28
	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	29
PERSONALIA	▪ Jubilare im Juli 2019	31
VERSCHIEDENES	▪ Sächsischer Selbsthilfepreis 2019	34
MEDIZINGESCHICHTE	▪ Die Wolfgang-Rosenthal-Klinik Thalwitz – Aufstieg und Fall einer Spezialklinik	35
KUNST UND KULTUR	▪ Sonderausstellung: Vom Grund der Kunsttherapie	37
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – August 2019	



Dr. med. Steffen Liebscher

Thorax-Schmerz

„Herr Doktor, seit einem halben Jahr habe ich diesen Druck, manchmal Schmerz... genau im Herz... immer nur in Ruhe... den steilen Berg schaffe ich aber gut...“. Wäre ich der Arzt, würde ich mich auf ein längeres Gespräch einstellen, in dem ich dem Patienten schonend versuche zu erklären, dass es auch Schmerzen in der Herzgegend gibt, die keinen unmittelbaren körperlichen Hintergrund haben. Nun bin ich aber der Patient und frage mich, was passiert mit mir? Zur Sicherheit bin ich auf mein Ergometer gestiegen und bis 250 Watt waren die Zacken im EKG noch alle an der richtigen Stelle. Also woanders suchen...

Wenn meine ärztlichen Freunde sich bereits vor Jahren von ihrer Situation in Praxis oder Klinik bedrängt sahen, habe ich die auslösenden Probleme in unserem beruflichen Alltag zwar auch gesehen, aber für mich persönlich gab es noch keine spürbaren Grenzen. Die Arbeit mit und am Patienten stand und steht für mich so im Mittelpunkt, dass ich manche Drangsalierung einfach wegschieben konnte. Berufspolitisch engagiert, mit dem Herzen dabei und die reale Versorgung an der Basis im Blick wie im Blut, habe ich bereits schon fast ein Vierteljahrhundert versucht, die Räume, die der sogenannten Selbstverwaltung gegeben werden, mit auszugestalten.

Die Leichtigkeit, die ich bisher sowohl beim Arbeiten in meiner Praxis, in den Gremien der Kammer sowie auch in meinem Berufsverband empfunden habe, geriet erstmals im vergangenen Jahr in Gefahr: Zum einen wurde unsere Praxis durch Patienten überlaufen, die nach Schließung einer ebenfalls großen Hausarztpraxis in der Nachbarschaft auf der Suche

nach ärztlicher Versorgung waren. Der Arbeitsalltag wurde zur Herausforderung. Parallel dazu wurde mir auch mittels spürbarer materieller Konsequenzen klar gemacht, dass bereits in den Jahren zuvor die intensive Zuwendung zu und das Engagement für unsere Patienten mit einem großen Leistungsspektrum der Praxis zu Konflikten mit den Kriterien der Plausibilitätsprüfung nach SGB V geführt hatten. Einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung zu leisten und sich nicht generell abzuschotten, bedeutet also, ein höheres Risiko der Rückzahlung von Honoraren auf sich zu nehmen.

Und jetzt noch dieses Gesetz! TSVG! Die hinter diesem Werk stehenden Absichten seien populistisch. Kann sein, für mich ist es mehr: Es ist eine weitere Diskreditierung der Ärzteschaft, indem ihr eine mangelnde Bereitschaft, sich in die Versorgung einzubringen, unterstellt wird. Gleichzeitig wird versucht, alles, was eigentlich zu völlig normaler Versorgung gehört, kleinteilig über Geld zu regeln, als seien wir nur über diesen Stimulus zu motivieren. Außerbudgetäre Vergütung für dieses und für jenes, zehn Euro für einen Anruf bei Kollegen, ja was eigentlich noch?! Ich werde jedenfalls für all diese Dinge keine Zeit haben. Ich muss mich um meine Patienten kümmern und für das Auswendiglernen der neuen Abrechnungsziffern bin ich zu alt.

Ich bin lang genug in der Berufspolitik unterwegs, um zu wissen, dass das Solidarsystem gleichzeitig eine tolle Sache wie auch schwer auszugestalten ist. Sicher ist aber, dass diese Art von Regelungen und Gesetzen, wie hier bislang exemplarisch besprochen, mehr Probleme schafft, als das irgendetwas längerfristig gut gelöst wird. Die Komplexität der Regelungen ist mittlerweile so immens, dass selbst Insider nur noch Teilaspekte verstehen können. Ich jedenfalls fühle mich zunehmend hilflos, ohnmächtig und den Regularien schutzlos ausgeliefert. Fragt sich in den Ministerien wirklich niemand, warum sich dieser oder jene in kleinen Schritten aus dieser Art der Versorgung entfernt, warum viele kurz vor dem Ausstieg aus dem System schlechthin stehen und warum ich diese blöden Thorax-Schmerzen habe?

Eines ist Fakt: Ich mag vielleicht ein Workaholic sein, ein Masochist bin ich ganz sicher nicht. Am besten bekomme ich eine kausale Therapie. Eine Reform der Verhältnisse, die auch das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten mit beachtet, wäre ein Ansatz. Die Quasi-Halbierung meiner Arbeitszeit auf 25 Stunden in der Woche wäre ein anderer. ■

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

122. Deutscher Ärztetag, Münster

Die Ergebnisse der Europawahlen bildeten den Einstieg in den 122. Deutschen Ärztetag in Münster. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, sieht bei der Europäischen Kommission eine Mitschuld an der Erstarkung der rechten und linken Parteien und eine Auflösung der bürgerlichen Mitte. „Wirtschaftshörig auf der einen Seite, kleinkariert zentralistisch auf der anderen, haben wir gerade im Gesundheitswesen dauernde Verstöße gegen die Regeln der Subsidiarität und ein überbordendes europäisches Bürokraten-tum erlebt“, so der Präsident. Er forderte eine Rückbesinnung auf die Kernaufgaben der Europäischen Kommission, wie Binnenmarkt, Mobilität der Menschen und Sicherung der Stabilität.

TSVG, Psychotherapeuten-ausbildung, Konzernbildung

Auch dem größten gesundheitspolitischen Reformgesetz der Bundesregierung, dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, widmete sich der 122. Deutsche Ärztetag gleich zur Eröffnung. Für eine vollständige Auswertung der Auswirkungen dieses, insbesondere in der Ärzteschaft, hoch umstrittenen Gesetzes ist es noch zu früh. Der Ärztetag bot aber die Gelegenheit, die grundsätzliche Frage zu diskutieren, wie mit den zunehmenden Eingriffen des Staates in die Arbeit der Selbstverwaltung und der damit einhergehenden Aushöhlung der Kompetenzen der Selbstverwaltungsorgane umzugehen sei. Im Zuge des Gesetzgebungsprozesses hatten die Bundesärztekammer, Ärztekammern und ärztliche Verbände eindringlich vor einem zunehmenden „staatlichen Dirigismus“ gewarnt und ihre Haltung insbesondere an den geplanten Mindestsprechstundenzeiten und der Übernahme der Mehrheits-



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

anteile an der Gematik durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) verdeutlicht. Man darf gespannt sein, ob die Gematik unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit schneller zum Ziel kommt.

Weitere Themen waren die Ausbildungsreform für Psychologische Psychotherapeuten, die die Ärzteschaft in der jetzigen Form ablehnt. Auch hier haben massive Interventionen der Ärzteschaft zu Verbesserungen an den ursprünglichen Reformplänen beigetragen. Unter anderem sieht der Kabinettsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf keine Modellstudiengänge zum Erwerb von Kompetenzen in der Psychopharmakotherapie mehr vor. Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hatten vehement eine solche Streichung gefordert und

betont, dass eine sichere und schonende Anwendung von Psychopharmaka nur auf der Grundlage eines Medizinstudiums möglich sei. Zu begrüßen ist auch die Beibehaltung der jetzigen Regelung zur Notwendigkeit einer somatischen Abklärung. An der grundsätzlichen Kritik der Bundesärztekammer und anderer ärztlicher Verbände ändern aber auch diese und einige weitere Verbesserungen nichts. Insbesondere warnt die Ärzteschaft, dass Psychotherapie isoliert und anders als heute ohne ein wissenschaftlich fundiertes Grundstudium mit darauf aufbauender psychotherapeutischer Weiterbildung als reine Behandlungstechnik erlernt und ausgeübt werden soll.

Weiterhin diskutiert wurde die zunehmende Konzernbildung in der ambulanten Versorgung. Beliebte Spekulationsobjekte sind neben Pflegeeinrichtun-

gen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Das verstärkte öffentliche Interesse an dieser Entwicklung rührt auch daher, dass Bundesärztekammer, Ärztekammern sowie die Vertretungen weiterer ärztlicher Organisationen das Thema auf Symposien (wie der Veranstaltungsreihe „BÄK im Dialog“), Kammerversammlungen, in Presseverlautbarungen und Expertengutachten Stück für Stück auf den politischen Agenden von Bund und Ländern platzieren konnten. Trotz einiger positiver Neuregelungen im TSVG fordern die Bundesärztekammer und viele andere ärztliche Organisationen weiterhin, einer schleichenden Übernahme des Gesundheitswesens durch Großinvestoren grundsätzlich Einhalt zu gebieten.

Digitalisierung

Einen Schwerpunkt der Debatte bildete die Weiterentwicklung der Patientenversorgung durch Digitalisierung. Die Dynamik der Entwicklung in diesem Bereich ist beachtlich. In den letzten Jahren waren die Diskussionen noch geprägt von der Frage nach der Sinnhaftigkeit von Verwaltungsanwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, wie dem Versichertenstammdatenmanagement. Heute geht es immer häufiger auch um ihren disruptiven Charakter für die bestehende Organisation der Gesundheitsversorgung. Es treten neue Anbieter von Versorgung an: kleine, schnelle Anbieter, aber auch große, finanzstarke internationale Technologieunternehmen. Alte Player kommen im neuen Gewand; so nimmt das Angebot von medizinischen Apps, die Krankenversicherungen ihren Versicherten zur Verfügung stellen, zu. Patienten sollen sich Gesundheits-Apps künftig sogar wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können. Sie sollen ihre Daten in absehbarer Zeit in einer elektronischen Patientenakte speichern lassen. Und sie sollen tele-



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

medizinische Angebote, wie zum Beispiel Videosprechstunden, leichter nutzen können. Das sieht ein aktueller Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vor.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, mahnte hier konstruktive Entscheidungen an, die der Entwicklung nicht hinterherlaufen oder anachronistisch sind. Auch die Möglichkeiten der ausschließlichen Fernbehandlung führten zu neuen Geschäftsmodellen. „Die Rolle des Arztes wird sich weiter verändern. Hier sind insbesondere die Ärztekammern in der Pflicht, diese Entwicklungen zu bewerten und Anforderungen an eine ‚gute Digitalisierung‘ im Gesundheitswesen zu diskutieren“, so Bodendieck.

Wenn die Arbeit Ärzte krank macht

Auch über die Auswirkungen belastender Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen auf Gesundheit und Berufszufriedenheit von Ärzten diskutierten die Delegierten in Münster. Ärzte, aber auch die anderen im Gesundheits-

wesen tätigen Berufsgruppen, beklagen seit Jahren, dass die Arbeit zunehmend von hohem Zeitdruck und wirtschaftlichen Zwängen geprägt ist. Zu den Kritikpunkten zählen unter anderem Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Dauerüberlastungen, hierarchische Strukturen und überbordende

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

(Deklaration von Genf, Oktober 2017)

Dokumentationspflichten. Eine von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) im Mai 2018 in Auftrag gegebene Befragung von Ärzten und Pfl-



Prof. Dr. med. Harald Gündel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

gepersonal zeigt, dass nur wenige Ärzte den Eindruck haben, für Leistungen und Einsatz ausreichend Anerkennung zu erhalten.

Zudem stelle gerade vor dem Hintergrund des erheblichen Zeitdrucks die intensive und tagtägliche Beschäftigung mit emotionalen und inhaltlich anspruchsvollen Aufgaben bei gleichzeitig hohem Anspruch, fehlerfrei arbeiten zu wollen, eine erhebliche Belastung dar. Dabei sind die verschiedenen Versorgungssektoren im Gesundheitswesen gleichermaßen betroffen, wie sowohl die Erhebung des Marburger Bundes „Marburger Bund Monitor 2017“ bei angestellten Ärzten im Krankenhaus und in anderen Institutionen als auch die Erhebung „Ärzte-monitor 2018“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des NAV-Vir-

chowbundes zur Situation niedergelassener Ärzte zeigen. Auch weitere Versorgungsbereiche sind betroffen. Auf die unzureichende personelle, finanzielle und materielle Ausstattung des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat der Deutsche Ärztetag bereits mehrfach nachdrücklich hingewiesen. Über die psychomentalen und psychosozialen Aspekte hinaus stellen Infektionsgefährdungen, aber auch ungünstige ergonomische Situationen weitere Risikofaktoren dar. In Münster wurde die gesamte Bandbreite der Belastungen und Beanspruchungen, denen die Beschäftigten des Gesundheitswesens, insbesondere die Ärzte, ausgesetzt sind, dargestellt. Die gesundheitliche Situation von Ärzten und die Möglichkeiten einer präventiven Arbeitsgestaltung wurden im Referat von Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Tübingen, Ärztliche Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen, thematisiert. Im Beitrag von Prof. Dr. med. Harald Gündel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, wurden Möglichkeiten aufgezeigt, auch unter den bestehenden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen die Arbeitsbedingungen positiv zu beeinflussen. Ein Ansatz ist hier das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), bei dem es um eine systematische und nachhaltige Gestaltung von Strukturen



Die sächsischen Delegierten auf dem 122. Deutschen Ärztetag in Münster.

und Prozessen rund um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten geht.

Das anhaltende Auftreten von Arbeitsstressoren kann langfristig zu Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen und psychosomatischen Gesundheit führen. Viele Ärzte berichten schon in ihren ersten Berufsjahren von einer Erschöpfungssymptomatik, einschließlich emotionaler Erschöpfung

und zwischenmenschlicher Entfremdung. Dies kann in einer Erschöpfungsdpression münden, aber auch ungesunde Verhaltensweisen zur Folge haben, wie zum Beispiel ein erhöhter Suchtmittelgebrauch. Beispielhaft wurde an den von allen Landesärztekammern für betroffene Ärzte angebotenen Interventions- und Unterstützungsprogrammen aufgezeigt, welche Maßnahmen Ärztekammern entwickelt haben, um einerseits betroffenen Ärz-

ten konkrete Hilfen zu eröffnen, andererseits aber auch den erforderlichen Patientenschutz sicherzustellen.

Weiterhin wurde auf dem 122. Deutschen Ärztetag das neue Präsidium gewählt. Bei Redaktionsschluss lagen die Ergebnisse noch nicht vor. Informationen dazu unter www.baek.de. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Anzeige

DIE AUFGABEN DER SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER IM FILM!

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

Ärzte für Sachsen: On Tour in Chemnitz

Mit einem frischen Programm waren das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und die lokale Initiative „Neue Gesundheit“ der Chemnitzer Wirtschaftsförderungs- und Entwicklungsgesellschaft mbH (CWE) am 25. Mai 2019 unterwegs, um die teilnehmenden Medizinstudierenden aus Leipzig und Dresden für Chemnitz zu begeistern.

Unter dem Motto „Chemnitz – Geheimtipp für Mediziner“ stellten die drei Krankenhäuser der Stadt – DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein, Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz und Klinikum Chemnitz – gemeinsam mit dem Weiterbildungsverbund „Initiative Hausärzte für Chemnitz“ ihre Angebote für die Aus- und Weiterbildung der jungen Mediziner vor. Dabei beeindruckte vor allem das Miteinander, welches auch dadurch verbildlicht wurde, dass von jedem Krankenhaus Ärzte in Weiterbildung dabei waren, die zugleich dem Weiterbildungsverbund für künftige Hausärzte angehörten.

Dem Wissenschaftsstandort Chemnitz entsprechend sollte bei dieser Tour auch der Blick über die reine Versorgung hinausgehen. Forscher und Mediziner stellten dazu am Fraunhofer-Institut für Elektronische Nanosysteme (ENAS) aktuelle Life Science Projekte vor, die sich an der Grenze zwischen Medizin und Nanotechnologie bewegen. Besonders mitreisend war dabei der anschauliche Vortrag von Dr. med. Hagen Rudolph, der als Oberarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Chemnitz die Chancen innovativer Technologie bei der Wundheilung in der Chirurgie aufzeigte.

Beim anschließenden Besuch des Hof-Festivals ging es vor allem darum, noch etwas vom Lebensgefühl der Stadt



Prof. Dr. med. habil. Lutz Mirow, Chefarzt am Klinikum Chemnitz, stellt die ärztlichen Perspektiven am dritten Maximalversorger in Sachsen vor.

mitzunehmen. Nach einem kleinen Vortrag der Initiative „Neue Gesundheit“ zur „Lebenswerten Stadt Chemnitz“ hatten die Teilnehmer dann Gelegenheit, gemeinsam mit jungen Ärzten beim Gang über das wunderbare Straßenfest weiter ins (Fach-)Gespräch zu kommen.

Die Organisation und Durchführung der Veranstaltung lag diesmal in den Händen der Chemnitzer Wirtschaftsförde-

rungs- und Entwicklungsgesellschaft mbH (CWE), welche das versiert und routiniert übernahm und so für die überaus positiven Eindrücke und Erinnerungen sorgte, welche alle Teilnehmer am Ende dieses Tages mit nach Hause nahmen. ■

Martin Kandzia M.A.
Kordinierungsstelle Netzwerk
„Ärzte für Sachsen“

CIRS-Fall

Patient entfernt sich postoperativ eigenmächtig aus dem Patientenentlassungsbereich

Berichtet wird von einem jungen, gesunden Patienten, ASA-1-Patient, der in Allgemeinanästhesie (Remifentanyl und Propofol) ambulant operiert wurde. Die OP-Zeit lag bei 90 Minuten. Postoperativ erhielt der Patient nur 600 mg Ibuprofen.

Der Patient wurde nach 60 Minuten im Aufwachraum in den Patientenentlassungsbereich verlegt, in dem sich immer mindestens zwei Pflegekräfte befinden. Der Wunsch des Patienten, eine Zigarette rauchen zu gehen, wurde abgelehnt, da er aufgrund seiner Nicht-Geschäftsfähigkeit nicht alleine die Klinik verlassen sollte. Daraufhin nutzte der Patient die Gelegenheit, in der die Pflegekräfte bei einem anderen Patienten standen, und rannte mit seiner Tasche aus der Klinik direkt in den offenen Aufzug. Der Versuch des Pflegepersonals, ihn aufzuhalten, misslang. Auch die direkte Suche in der näheren Umgebung war vergeblich. Aufgrund der Fürsorgepflicht wurde die örtliche Polizeidienststelle kontaktiert.

Solche Erlebnisse kennt jeder Arzt, sie können auch nach Propofolsedierungen, zum Beispiel im Endoskopiebereich auftreten. Die Bewertung, ab wann eine „Einsichtsfähigkeit“ wieder gegeben ist, ist oft nicht einfach. Denn

nur der einsichtsfähige Patient kann auf eigene Verantwortung gegen ärztlichen Rat entlassen werden. Nach Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) besteht die Verpflichtung, „den Patienten so zu überwachen, dass er das Krankenhaus (beziehungsweise eine sonstige Behandlungseinrichtung) nicht unbemerkt verlassen“ kann. Insofern hat der BGH konstatiert, der Patient sei „in einem Raum unterzubringen, in dem er unter ständiger Überwachung (steht) und gegebenenfalls daran erinnert

werden (kann), dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen (darf)“. All dies war in dem geschilderten Fall gegeben, die Flucht des Patienten rechtfertigte eine Information der Polizei.

Details zum Fall finden Sie unter: www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

TAKE-HOME-MESSAGE

- Nach Anästhesien oder Sedierungen können sich Patienten irrational verhalten und gegen die im Vorfeld unterschriebenen Voraussetzungen für einen ambulanten Eingriff verstoßen.
- Ambulantes Operieren beziehungsweise ambulante Eingriffsdurchführung erfordert ein fachgebietsübergreifendes Organisationskonzept, beginnend mit der Erwägung zur Möglichkeit ambulanter Behandlung und endend mit der kontrollierend gesicherten Entlassung des Patienten.
- Das Organisationskonzept muss auch initial sowie im weiteren Verlauf eine adäquate Aufklärung des Patienten implizieren, damit er seine Selbstorganisation beziehungsweise sein Eigenverhalten von Anfang an auf entsprechende Erfordernisse einstellen kann.
- Soweit es dem Zugriff einer medizinischen Einrichtung unterliegen kann, bedarf es der effektiven Kontrolle, dass sich der Patient nach Maßgabe der Erfordernisse verhält.

Anzeige

LESEEMPFEHLUNG

Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989



Zu bestellen über:

Sächsische Landesärztekammer
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Fax: 0351 8267-162
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de
(Schutzgebühr 8.00 Euro)

Die Kreisärztekammer Zwickau informiert

Nächste Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl am 19. Juni 2019

Der Vorstand der Kreisärztekammer Zwickau lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

Mittwoch, dem 19. Juni 2019, 18.00 Uhr,
in den Hörsaal der Pathologie im
Heinrich-Braun-Klinikum,
Karl-Keil-Str. 35 in 08060 Zwickau,
Anmeldung: zwickau@slaek.de

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung wird der Jahres- und Finanzbericht vorge-

stellt, ferner soll die Geschäftsordnung der Kreisärztekammer geändert und ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2019 – 2024 gewählt werden. Einer Tradition folgend wird in gleicher Veranstaltung die Rechenschaftslegung und Vorstandswahl der Medizinischen Gesellschaft Zwickau stattfinden. Der wissenschaftliche Teil des Abends beschäftigt sich mit dem Thema „Umgang mit multiresistenten Keimen im ambulanten Bereich, Isolations- und Meldepflichten“ sowie einem Bericht zum Screening auf MRSA

in der Klinik für Radioonkologie am HBK Zwickau. Am Ende der Veranstaltung laden wir Sie zu einem kleinen Imbiss ein. Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis leisten möchten und Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, würde ich mich über eine Kontaktaufnahme unter Tel. 03761 444206 freuen. ■

Dr. med. Stefan Hupfer
Vorsitzender der Kreisärztekammer Zwickau

Die Kreisärztekammer Vogtlandkreis informiert

Nächste Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl am 26. Juni 2019

Der Vorstand der Kreisärztekammer Vogtlandkreis lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

Mittwoch, dem 26. Juni 2019, 19.00 Uhr,
in das Hotel „Lengenfelder Hof“,
Auerbacher Straße 2
in 08485 Lengenfeld,
Anmeldung: sekr.chirurgie@klinikum-obergoeltzsch.de

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung wird der Jahres- und Finanzbericht vorgestellt, ferner soll die Geschäftsordnung der Kreisärztekammer geändert und

ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2019 – 2024 gewählt werden.

Wir freuen uns, dazu auch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, begrüßen zu können.

Ich bitte alle Mitglieder unserer Kreisärztekammer herzlich, sich aktiv in

unsere Vorstandsarbeit einzubringen und sich für die Wahl als Kandidat aufzustellen. Über eine Kontaktaufnahme unter Tel. 03744 3614102 würde ich mich freuen. ■

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorsitzender der
Kreisärztekammer Vogtlandkreis

Einladung zum Chemnitzer Notfallabend

**Achtung! Geändertes Thema: Kindeswohl in Gefahr und wie weiter?
Rettungsdienst und Inobhutnahme**

**Donnerstag, 4. Juli 2019, 18.00 Uhr,
im Gebäude der Kassenärztlichen
Vereinigung Sachsen,
Carl-Hamel-Str. 3, 09116 Chemnitz
Anmeldung: chemnitz@slaek.de**

Bitte beachten: Das für diesen Termin ursprünglich angekündigte Thema kann wegen Verhinderung des Referenten nicht angeboten werden!

Nicht selten gibt es gerade bei Notfalleinsätzen Unklarheiten darüber, was Kindeswohlgefährdung eigentlich ist und wann ein Einschreiten notwendig wird. Kathleen Kuhfuß, Leiterin des Kinder- und Jugendnotdienstes der Arbeiterwohlfahrt (AWO), Kreisverband Chem-

nitz und Umgebung e. V., informiert über den Bereich der Inobhutnahme und macht die Verfahren in Chemnitz für die Teilnehmer transparent.

Geschichte: 1995 wurde die Fortbildungsreihe „Chemnitzer Notfall-Abend“ des Rettungszweckverbandes Chemnitz-Stollberg vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, Dr. med. Wolfgang Niederstrasser, aus der Taufe gehoben und über 20 Jahre lang organisiert. Aktuell arbeitet der Rettungszweckverband als „Rettungszweckverband Chemnitz – Erzgebirge“ unter Leitung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst, Christian Lauchner, und führt traditionell den Chemnitzer Notfallabend wei-

ter, organisatorisch unterstützt durch die Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt). Fachbesucher sind Ärzte aus Krankenhäusern und der Niederlassung, Notärzte und medizinisches Personal, wie Notfallsanitäter, Rettungsassistenten, aber auch Angehörige der Feuerwehr und der Polizei. Viermal im Jahr werden beim renommierten Notfallabend Fachthemen der Notfallmedizin vorgestellt, um im Sinne der Patienten fachlich auf dem Laufenden zu sein.

Die Veranstaltung wird mit zwei Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet. ■

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

Anzeige



EINLADUNG
VOGTLÄNDISCHER ÄRZTEBALL
BAND / DJ / BUFFET / BAR
SONNABEND, 16. NOVEMBER 2019
KURHAUS BAD ELSTER
75,- p.P./40,- Assistenten, Studenten
Karten: Kreisärztekammer Vogtland Tel.: 03744 3614102

Die Kreisärztekammer Nordsachsen hat gewählt



Dr. med. Helmut Hönigschmid, Dr. med. Frank Taupitz, Dr. med. Mathias Cebulla, Dr. med. Axel Feyer, Christel Klatte, Dipl.-Med. Andreas Koch, Dr. med. Barbara Richter, Dr. med. Frank Steinert, Dipl.-Med. Klaus Barkau (v.l.) Es fehlen: Dr. med. Margitta Mülverstedt, Ina Sonntag.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Nordsachsen am 24. Mai 2019 wurde deren Vorstand neu gewählt, den wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

KÄK Nordsachsen (Wahlperiode 2019 – 2024):

Dr. med. Mathias Cebulla (Vorsitzender), Taucha, R
Dipl.-Med. Andreas Koch (Stellvertreter), Delitzsch, N
Dipl.-Med. Klaus Barkau, Eilenburg, R
Dr. med. Axel Feyer, Oschatz, N
Dr. med. Helmut Hönigschmid, Torgau, R
Christel Klatte, Schkeuditz, N

Dr. med. Margitta Mülverstedt, Eilenburg, R
Dr. med. Barbara Richter, Schkeuditz, A
Ina Sonntag, Oschatz, A
Dr. med. Frank Steinert, Schkeuditz, A
Dr. med. Frank Taupitz, Bad Düben, A

An dieser Stelle möchten wir uns bei dem bisherigen Vorsitzenden, Dipl.-Med. Andreas Koch, für seine engagierte Arbeit bei der Vertretung der ärztlichen Belange im Landkreis Nordsachsen herzlich bedanken und freuen uns, dass er dem Vorstand als stellvertretender Vorsitzender auch weiterhin erhalten bleibt.

Wir sind uns sicher, dass der neu gewählte Vorstand die großen Aufgaben an dieses Ehrenamt für die beruflichen Interessen der Kollegen auch weiterhin mit Engagement und Einsatz wahrnehmen und für ein hohes Ansehen des Berufsstandes im Landkreis Nordsachsen sorgen wird. ■

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Einladung

24. Sächsisches Seniorentreffen



Blick in die Interimsausstellung der Gemäldegalerie Alte Meister im Ostflügel des Semperbaus

Auch in diesem Jahr lädt der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und in seinem Auftrag der Ausschuss Senioren die ärztlichen Ruheständler zu einer Ausfahrt ein.

Die Sächsischen Seniorentreffen blicken bereits auf eine 24-jährige Tradition zurück. Wir haben dabei viele Schlösser, Kirchen, Denkmäler und Museen in unserer schönen Heimat besucht. In

diesem Jahr weichen wir vom gewohnten Charakter etwas ab. Unter dem Motto „Das Geheimnis der Bilder Alter Meister“ führt die Ausfahrt dieses Jahr nach Dresden. Ein Fachvortrag von Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder zum Thema „Schärfen Sie Ihren diagnostischen Blick – was Bilder erzählen“ wird das Interesse am Nachmittag wecken. Was ist damit näher verbunden als ein Besuch der „Gemäl-

degalerie Alte Meister“ im Dresdner Zwinger?

Nach der Ankunft in Dresden sind wir also am Vormittag zu einem geführten Rundgang in der Ausstellung eingeladen. Danach befördern uns die Busse in die Sächsische Landesärztekammer, wo wir das Mittagessen einnehmen, um danach den Vortrag von Prof. Schröder zu hören. Wir hoffen, die berühmten Bilder verraten im Licht der medizinisch-diagnostischen Betrachtung Geheimnisse, die vorher verborgen geblieben sind.

Wie immer beendet ein gemeinsames Kaffeetrinken unsere Ausfahrt.

Eingeladen sind in diesem Jahr überwiegend die jüngeren Kollegen. Die Ausfahrten sind für sechs Termine (Ende August und September) geplant. Auch in diesem Jahr wird es Zubringerbuse für Senioren aus Görlitz, Torgau/Oschatz und Plauen/Zwickau geben. Die detaillierten Einladungen werden Sie im Juni 2019 erreichen.

Wir freuen uns darauf, mit Ihnen einen eindruckreichen Tag verbringen zu dürfen. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

Anzeige



25. September 2019
16.00 - 18.30 Uhr

Messe Dresden
Tagungszentrum
Börse

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

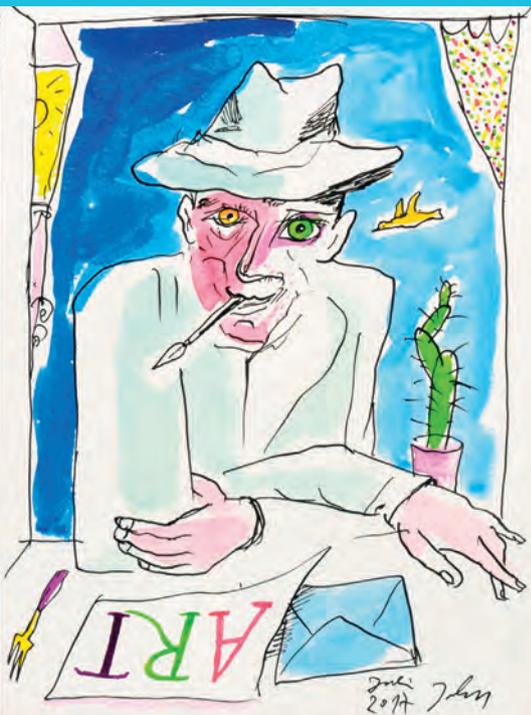
Holger John
„Wie geht's uns denn heute?“
Malerei und Zeichnung
 bis 7. Juli 2019

Sonderausstellung „Vom Grund der Kunsttherapie“ Arbeiten aus der Kunsttherapie
 Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Eröffnung:
 Mittwoch, 10. Juli 2019, 18.00 Uhr
 Einführung: Stefanie Tappe, Kunsttherapeutin

Programmvorschau

29. September 2019, 11.00 Uhr
 Junge Matinee
 Es musizieren Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen



Aktuelle Ausstellung: Holger John

Reha: zusätzliche Vorsorge für individuellen Schutz

Leistungen für Rehabilitationsmaßnahmen gehören nicht zu den Pflichtleistungen der Sächsischen Ärzteversorgung. Besteht keine vorrangige Pflicht zur Übernahme der Kosten durch andere Kostenträger, kann das Versorgungswerk seine Mitglieder mit einem Zuschuss unterstützen. Über die Kostenbeteiligung und deren Höhe wird nach freiem Ermessen entschieden. Für individuellen Schutz bedarf es im Einzelfall zusätzlicher Vorsorge.

Das Versorgungswerk gewährt Leistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen subsidiär, wenn also kein anderer Vorsorgeträger (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung Bund, gesetzliche oder private Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) die Kosten erstattet.

Warum? Weil die Sächsische Ärzteversorgung das Risiko einer Berufsunfähigkeit absichert, nicht aber das einer Erkrankung. Zuschüsse zu akuten Krankenbehandlungen und zu einem Teil der Anschlussheilbehandlungen fallen folglich nicht in den Zuständigkeitsbereich des Versorgungswerks. Für privat Krankenversicherte empfiehlt es sich deshalb, den Leistungsumfang des Versicherungsvertrages eingehend zu prüfen und gegebenenfalls eine zusätzliche Absicherung aufzunehmen. Der Vertrag sollte insbesondere die Anschlussheilbehandlungen einschließen, die auch im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

Voraussetzungen einer Bezuschussung

Ein freiwilliger Zuschuss des Versorgungswerkes kommt immer dann in Betracht, wenn die Berufsfähigkeit

infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und wenn die besonders aufwändige medizinische Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist, die Berufsfähigkeit zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen.

Zur Entlastung der Solidargemeinschaft werden also all jene Maßnahmen bezuschusst, mit denen das Ziel „Reha vor Rente“ erreicht werden kann und die nicht in den Zuständigkeitsbereich anderer Kostenträger fallen. Zudem sollten alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein, bevor eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen wird.

Formloser Antrag vor Antritt

Der Antrag auf Gewährung des Zuschusses muss rechtzeitig vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme bei der Sächsischen Ärzteversorgung eingehen und eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme unter Angabe der Art, der beabsichtigten Dauer und des Ortes vorschlagen. Weiterhin beizufügen sind die Ablehnungen der Kostenübernahme durch andere Vorsorgeträger. ■

Ass. jur. Christian Köhler
 Juristischer Mitarbeiter der
 Sächsischen Ärzteversorgung

Sind Fall- bzw. Tumorkonferenzen anerkannte (zertifizierte) ärztliche Fortbildungen?

Die Veröffentlichung zur Novellierung der Fortbildungssatzung im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 1/2019, hat vielfältige Fragen, Hinweise, kritische Anmerkungen und auch positive Rückmeldungen ausgelöst. Hierfür bedanken sich die Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ausdrücklich. Die angesprochenen Themen wurden in der letzten Akademiesitzung am 14. März 2019 ausführlich diskutiert, auch vor dem Hintergrund eines persönlichen Austausches mit Kammermitgliedern aus dem Fachgebiet der Onkologie. Im Ergebnis der Diskussion sehen die Akademiemitglieder derzeit keinen Änderungsbedarf an der Fortbildungssatzung, allerdings zu verschiedenen Schwerpunkten, wie zum Beispiel den Fall- beziehungsweise Tumorkonferenzen, Erläuterungsbedarf. Insofern wurde die AG Zertifizierung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung beauftragt, in einem gesonderten Beitrag auf die Anfragen der sächsischen Ärzteschaft eindeutig und verständlich einzugehen. Dies geschieht im Folgenden im Rahmen eines FAQ-Beitrages, der Klarheit über die vorgenommenen Satzungsänderungen bringen soll. Dabei bleibt der offene Dialog mit den sächsischen Ärzten weiterhin ein besonderes Anliegen für die Mitglieder der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an der Sächsischen Landesärztekammer!

Stimmt es, dass Fall- beziehungsweise Tumorkonferenzen mit der Satzungs-Novellierung prinzipiell nicht mehr anerkannt werden?

NEIN, vielmehr wurden die Kriterien für die Anerkennung präzisiert.

Demnach handelt es sich um (weiterhin) fortbildungsrelevante Veranstaltungen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Vorträge, die den Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer entsprechen, mit Benennung von Referent und Vortragsthema. Dies bedeutet:
 - Benennung/Einsatz von Referenten und/oder Moderatoren.
 - Statt konkreter Benennung eines Vortragsthemas ist auch eine strukturierte Beschreibung des organisatorischen und inhaltlichen Ablaufes (zum Beispiel Leitlinien, Studienergebnisse, Diagnostik- und Therapieverfahren et cetera) möglich.
- Veröffentlichung der Veranstaltung im Online-Fortbildungskalender der Sächsischen Landesärztekammer (arztöffentliche Veranstaltung). Dies bedeutet:
 - Es muss gewährleistet sein, dass auch externe Interessierte an der Veranstaltung teilnehmen können.
- Veranstaltung ist nicht nur Teil der klinischen Routine und dient nicht nur der Therapieentscheidung im Einzelfall. Dies bedeutet,
 - dass im Rahmen der Therapieentscheidung im Einzelfall (ärztliche Tätigkeit) zusätzlich Elemente der ärztlichen Fortbildung im Umfang von mindestens einer Fortbildungseinheit (45 Minuten) erkennbar und nachweisbar sein müssen.
- Fälle werden in anonymisierter oder pseudonymisierter Form vorgestellt.
 - Mögliche Ausnahme: eine Einwilligungserklärung des Patienten zur personenbezogenen Fallvorstellung liegt vor. Dies bedeutet, der

Patient hat in die Vorstellung seines Falles im Rahmen der Klinikkonferenz (Tumorkonferenz), an der auch nicht behandelnde (externe) Ärzte teilnehmen, explizit eingewilligt. Dies kann zum Beispiel im Rahmen des Aufklärungsgesprächs mit dem Patienten zu verschiedenen Themen, wie zum Beispiel der Zustimmung zur Gewebeasservierung in einer Tumorgewebebank, geschehen.

- Damit werden die datenschutzrechtlichen Regelungen eingehalten.

Somit können abteilungsinterne Besprechungen von Patientenkasuistiken und/oder Entscheidungsfindungsprozesse im klinischen Alltag nicht als eigenständige Fortbildung anerkannt werden, auch wenn hierbei natürlich Lerneffekte erzielt werden. Dies korrespondiert auch mit den Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer. Darin heißt es, „Abteilungsinterne Besprechungen (sogenannte ‚Kurvvisiten‘) und/oder Entscheidungsfindungsprozesse im klinischen Alltag sowie Betätigungen, die nicht primär mit der Absicht zur Fortbildung, sondern aus anderen Gründen betrieben werden, sind nicht anerkenntungsfähig.“

Stimmt es, dass ich meinen individuellen Fortbildungszeitraum verlängern kann?

JA, unter folgenden Voraussetzungen:

- Üben Ärzte ihren Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit, Wehr- und Ersatzdienst, Bundesfreiwilligendienst oder wegen einer länger als drei Monate

andauernden Erkrankung nicht aus, verlängert sich der Zeitraum gemäß § 5 Abs. 2 der Fortbildungssatzung entsprechend.

- Wird der Sächsischen Landesärztekammer eine Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit angezeigt, ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

Als Nachweis kann dabei dienen: Krankenschein, Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Elternzeitbescheide oder Ähnliches.

Muss ich noch einen Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikates stellen?

Im Grunde NEIN, da dem jeweiligen Mitglied nach Ablauf der persönlichen fünfjährigen Fortbildungszeit und Erreichen der notwendigen 250 Fortbildungspunkte das Fortbildungszertifikat von Amts wegen automatisch zugeschickt wird. Alle Fortbildungszeiträume werden regelmäßig geprüft. Sollten sechs Monate vor Ablauf des persönlichen Fortbildungszeitraums weniger als 200 Punkte auf dem Konto des Arztes nachgewiesen werden, erhält der Arzt eine entsprechende Information durch die Sächsische Landesärztekammer.

Da sich dieser Prozess in einer Übergangsphase befindet, sollten trotz der Automatisierung alle Kammermitglieder ihre individuellen Sammelzeiträume im Blick haben. Der Sächsischen Landesärztekammer ist zum Beispiel eine eventuell seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen erteilte Fristverlängerung oder auch eine Unterbrechung der klinischen Tätigkeit nicht automatisch bekannt.

Wie werden die Punkte auf mein Punktekonto gebucht?

Um die Punkte regelmäßig auf dem Punktekonto verbuchen zu können, ist es erforderlich, sich bei Veranstaltungen

in Deutschland immer mittels Barcodeetikett zu registrieren oder die persönliche Fortbildungsnummer (EFN) auf der Teilnehmerliste einzutragen.

Sollten die Punkte circa drei bis vier Wochen nach Veranstaltungsbesuch noch nicht auf dem Punktekonto erscheinen, wenden Sie sich bitte an den Veranstalter.

Ihren aktuellen Punktestand können Sie über das Mitgliederportal (<https://portal.slaek.de/>) der Sächsischen Landesärztekammer beziehungsweise über die FobiApp einsehen.

Stimmt es, dass Maßnahmen der Kategorie D und I (Fortbildung über Print-beziehungsweise Onlinemedien) kumuliert mit maximal 150 Punkten im zurückliegenden Sammelzeitraum berücksichtigt werden können?

JA, dem ist so. Jedoch haben alle Kammermitglieder entsprechend Zeit, sich auf diesen Umstand einzustellen, da alle bis einschließlich 31. Dezember 2018 hierüber gesammelten Punkte dem Bestandsschutz unterliegen und somit vollumfänglich auch weiterhin berücksichtigt werden können. Die Änderung greift somit erst für Sammelzeiträume nach dem 1. Januar 2019.

Rechnerisch bedeutet dies:

10 Punkte Selbststudium pro Jahr (= 50 Punkte innerhalb eines Sammelzeitraums, automatische Gutschrift durch die Sächsische Landesärztekammer) + 150 Punkte pro Sammelzeitraum in Kategorie I und D = 200 Punkte.

Es müssen somit innerhalb des Sammelzeitraums von fünf Jahren lediglich 50 Punkte mit anderweitigen Fortbildungsmaßnahmen erbracht werden, das heißt zehn Punkte pro Jahr. Es besteht also weiterhin die Möglichkeit,

sich über Print- beziehungsweise Onlinemaßnahmen fortzubilden, angereichert mit jährlich zehn Punkten anderweitiger Fortbildung.

Hat die Übernahme der Übernachtungskosten für passive Teilnehmer durch den Veranstalter oder Sponsor eine Ablehnung auf Erteilung von Fortbildungspunkten zur Folge?

NEIN, dieser Passus wurde im Zuge der Novellierung gestrichen, da dies eine Benachteiligung der sächsischen Kammermitglieder darstellte.

Übernachungskosten dürfen allerdings nur dann übernommen werden, wenn die berufsbezogenen Fortbildungsinhalte so umfangreich sind, dass sie auf zwei oder mehrere Tage verteilt werden müssen oder An- oder Abreise zeitlich am Veranstaltungstag nicht zu organisieren sind.

Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Dieser mit der Berufsordnung gleichlautende Passus wurde aufgenommen, um einem überbordenden Sponsoring entgegenzuwirken und um damit auch die ärztliche Unabhängigkeit sicherzustellen.

Mit diesen Erläuterungen hoffen wir, die an uns gerichteten Fragen und Hinweise aufgeklärt zu haben. Insofern sind wir auf Ihre Rückmeldungen gespannt, die Sie an folgende Adresse senden können: fortbildung@slaek.de. ■

AG Zertifizierung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Erste Nachuntersuchung der Auszubildenden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Gemäß § 33 JArbSchG hat sich der Arbeitgeber ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, dass die Jugendliche nachuntersucht worden ist (Erste Nachuntersuchung). Die Nachuntersuchung darf nicht länger als drei Monate zurückliegen. Der Arbeitgeber soll die Jugendliche neun Monate nach Aufnahme der ersten Beschäftigung nachdrücklich auf den Zeitpunkt, bis zu dem die Jugendliche ihm die ärztliche Bescheinigung vorzulegen hat, hinweisen und sie auffordern, die Nachuntersuchung bis dahin durchführen zu lassen. Legt die Jugendliche die Bescheinigung nicht nach Ablauf eines Jahres vor, hat

sie der Arbeitgeber innerhalb eines Monats unter Hinweis auf das Beschäftigungsverbot schriftlich aufzufordern, ihm die Bescheinigung vorzulegen.

Die Jugendliche darf nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung nicht weiterbeschäftigt werden, solange sie die Bescheinigung nicht vorgelegt hat.

Diese Rechtsvorschrift gilt für Auszubildende, die zum Ende des 1. Ausbildungsjahres noch jugendlich sind. Das Ende des 1. Ausbildungsjahres richtet sich nach dem jeweiligen Vertragsbeginn. Wurde das Vertragsverhältnis zum Beispiel erst am 1. Oktober begonnen, endet das 1. Ausbildungsjahr erst am 30. September.

Nach dem Berufsbildungsgesetz ist eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung spätestens am Tage der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen. Anderenfalls ist die Eintragung des Ausbildungsvertrages aus dem Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen unter Tel. 0351 8267-170, -171 und -173 gern zur Verfügung. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Urlaubsansprüche – Das sollten Sie wissen

Teil 2 – Fortsetzung von „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2019

Urlaub während Mutterschutz und Elternzeit

Des Öfteren erreichen uns Anrufe sowohl von Ärzten als auch von MFA zu diesem Thema. Hier gilt folgende Differenzierung:

Ausfallzeiten wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote gelten als Beschäftigungszeiten mit der Folge, dass auch für diese Zeiträume der Urlaubsanspruch besteht. Wird etwa unmittelbar mit Feststellung der Schwangerschaft ein Beschäftigungsverbot erteilt, weil zum Beispiel Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei weiterer Beschäftigung gefährdet ist, kann es passieren, dass die werdende Mutter während der gesamten Schwangerschaft ausfällt, jedoch trotzdem für den gesamten Zeitraum Urlaubsansprüche entstehen.

Im Fall der Inanspruchnahme von Elternzeit kann der Arbeitgeber den Urlaub für jeden vollen Monat der Elternzeit um ein Zwölftel kürzen, § 17 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). Hat die Arbeitnehmerin vor Beginn des Mutterschutzes/der Elternzeit den ihr zustehenden Urlaub nicht (vollständig) erhalten, kann sie ihn nach Ablauf dieser Zeiten im dann laufenden oder auch im nächsten Urlaubsjahr in Anspruch nehmen.

Urlaub bei Krankheit

Gemäß Bundesurlaubsgesetz muss der Urlaub grundsätzlich im laufenden Kalenderjahr genommen werden, ansonsten verfällt er. Allerdings hat der BGH kürzlich entschieden, dass der Arbeitgeber zuvor auf den drohenden Urlaubsverfall hingewiesen und den

Arbeitnehmer in die Lage versetzt haben muss, seinen Urlaub zu nehmen (AZ: 9 AZR 541/15).

Ausnahmsweise kommt eine Übertragung des Urlaubs in das Folgejahr bei Vorliegen dringender persönlicher Gründe (zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit, Pflege eines Angehörigen) oder betrieblicher Gründe (zum Beispiel Unabkömmlichkeit in der Praxis) in Betracht. Auch in diesen Fällen muss der Urlaub aber in den ersten drei Monaten, das heißt bis zum 31. März genommen werden. Einzige Ausnahme bildet eine langandauernde Erkrankung, hier verfällt der (gesetzliche) Urlaub spätestens 15 Monate nach Ablauf des jeweiligen Urlaubsjahres. ■

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

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			
19/C032	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	11.07.2019
19/C033	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	11.07.2019
19/C034	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.06.2019
19/C035	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Stollberg	24.06.2019
19/C036	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Stollberg	24.06.2019
19/C037	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	24.06.2019
19/C038	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Chemnitzer Land	24.06.2019
19/C039	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Chemnitzer Land	24.06.2019
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/C040	Innere Medizin/ SP Pneumologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.06.2019
19/C041	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Mittelsachsen	11.07.2019

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 Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/D036	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.06.2019
19/D037	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	11.07.2019
19/D038	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.07.2019
19/D039	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.06.2019
19/D040	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.07.2019
19/D041	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.07.2019
19/D042	Chirurgie und Orthopädie	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.06.2019
19/D043	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.07.2019
19/D044	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Löbau-Zittau	11.07.2019
19/D045	Chirurgie und Orthopädie	Sächsische Schweiz	24.06.2019
19/D046	Urologie	Sächsische Schweiz	11.07.2019
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/D047	Innere Medizin/ SP Gastroenterologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.06.2019
19/D048	Innere Medizin/ SP Gastroenterologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	24.06.2019
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/D049	Humangenetik	Sachsen	24.06.2019

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

Anzeige



28. August 2019, 16.00 Uhr, Klinikum Chemnitz gGmbH

6. Treffen der Ethikberatung in Sachsen

„Ethikkonsultation oder psychologische Supervision? Kasuistische und methodische Reflexionen zu einem ungeklärten Verhältnis“
Prof. Dr. Beate Mitzscherlich, Westsächsische Hochschule Zwickau

+ Zwei Fallvignetten aus dem ambulanten
und stationären Bereich.

Bildungszentrum, Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz

Eine Kooperationsveranstaltung mit dem Arbeitskreis Ethik in der Medizin der
Sächsischen Landesärztekammer

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/L029	Allgemeinmedizin*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Wurzen	11.07.2019
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/L030	Chirurgie und Orthopädie/ SP Unfallchirurgie/ D-Arzt (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.06.2019
19/L031	Chirurgie und Orthopädie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.06.2019
19/L032	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Delitzsch	24.06.2019
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/L033	Radiologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.06.2019
19/L034	Radiologie/ SP Neuroradiologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.06.2019

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Augenheilkunde	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	geplante Abgabe: II/2020

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2020
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: Dezember 2019
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau Ort: Ebersbach-Neugersdorf	Abgabe: I/2020

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

Das Fibromyalgie-Syndrom

Herausforderung in der Praxis

C. Schilling¹, K. Weidner¹

Definition und Diagnosekriterien

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) bezeichnet eine chronische Schmerzstörung aus der Reihe der funktionellen Störungen, welches traditionell dem Fachgebiet der Rheumatologie, auch unter dem Namen „Weichteilrheuma“ zugeordnet wird. Das American College of Rheumatology (ACR) definierte das FMS in den Kriterien von 1990 als chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen und Druckschmerzhaftigkeit von mindestens elf von 18 Tenderpoints [1]. In den ACR Kriterien von 2010 wurde das Kriterium der Mindestanzahl von druckschmerzhaften Tenderpoints aufgegeben und das FMS als Symptomkomplex mit 1) chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, 2) Schlafstörungen beziehungsweise nicht erholsamer Schlaf und 3) Müdigkeit beziehungsweise Erschöpfungsneigung (körperlich und/oder geistig) definiert [2]. Damit gehören unspezifische psychische Symptome zu den diagnostischen Kriterien. Die Diagnosestellung kann nach beiden Diagnosekriterien erfolgen.

Klassifikation

Die Klassifikation des FMS ist in der Praxis umstritten. Rheumatologen klassifizieren das FMS in der Regel in der ICD-10 unter „sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert (M79.70)“, psychosomatisch tätige Ärzte in einigen Fällen

als anhaltende somatoforme Störung (F45.40). Ein FMS ist jedoch nicht pauschal mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) gleichzusetzen. 30 bis 80 Prozent der Patienten mit einem FMS leiden komorbid unter einer Angststörungen oder einer depressiven Störung, das FMS ist jedoch nicht als depressive Störung zu klassifizieren [3]. Da es sich bei dem FMS letztendlich nicht um eine rheumatische Erkrankung im engeren Sinne handelt, ist die diagnostische Zuordnung und fachliche Verantwortung in der Praxis nach wie vor unbefriedigend.

Prävalenz

Schätzungsweise zwei Prozent der deutschen Bevölkerung erfüllen die

ACR 2010 Kriterien für ein FMS. Obwohl das Geschlechterverhältnis ausgeglichen zu sein scheint, finden sich in klinischen Einrichtungen für die Behandlung von FMS bis zu 80 Prozent Frauen. Das FMS tritt meist im mittleren Lebensalter zwischen 40 und 60 Jahren auf [3].

Diagnosestellung

Die klinische Diagnose beruht auf der Anamnese eines typischen Symptomkomplexes, klinischer Untersuchung und dem Ausschluss körperlicher Erkrankungen, welche diesen Symptomkomplex ausreichend erklären können. Dabei handelt es sich nicht um eine Ausschlussdiagnose sondern um die Bestätigung oben genannter Positivkriterien. Da der Begriff „Fibromyalgie“ ein – nicht vorhandenes – distinktes rheumatisches Korrelat suggerieren kann,

Tab. 1: Maßnahmen bei der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes

Ausfüllen Schmerzskizze und Fibromyalgie-Fragebogen (FSQ [4]).
Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Erschöpfung[sneigung], Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf)
Vollständige Krankheitsanamnese inklusive Medikamentenanamnese (NSAR, Opioide)
Psychopathologischer Befund (Stimmungslage, affektive Schwingungsfähigkeit, Ängstlichkeit, Antrieb, Psychomotorik)
Vollständige körperliche Untersuchung (inklusive Haut, neurologischer und orthopädischer Befund)
Basislabor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild ▪ Kreatininkinase ▪ Kalzium ▪ Thyreoid-stimulierendes Hormon ▪ 25 OH Vitamin D
Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen: weitere Diagnostik in Abhängigkeit von Verdachtsdiagnosen (zum Beispiel gezielte orthopädische, rheumatologische, neurologische, internistische usw. Diagnostik)
Bei Hinweisen auf psychische (Mit-)Ursachen: weitere Diagnostik in Abhängigkeit von Verdachtsdiagnosen (zum Beispiel gezieltes Erfragen frühkindlicher Belastungsfaktoren, traumatischer Erfahrungen, Ängsten...)

¹ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Tab. 2: Indikation für eine psychosomatische oder fachpsychotherapeutische Untersuchung (nach Häuser et al., 2013)

Anzeichen für eine erhöhte Psychopathologie (Angst, Depression, Trauma)
Vorliegen von aktuellen belastenden Lebensereignissen
Aktuelle oder frühere Inanspruchnahme von psychosomatischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungen
Hinweise auf schwerwiegende lebensgeschichtliche Erfahrungen
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung
Subjektive psychische Krankheitsattributionen

Tab. 3: Ätiologische Faktoren eines FMS (nach Häuser et al. 2013)

Biologische Faktoren	Inflammatorisch-rheumatische Erkrankungen
	Genpolymorphismen des 5HT ₂ -Rezeptors
	Vitamin D-Mangel
Lebensführung	Rauchen
	Adipositas mangelnde körperliche Aktivität, Passivität, Schonhaltung
Seelische Faktoren	körperlicher und sexueller Missbrauch in der Kindheit und sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter
	Depression, Angst, traumatische Erfahrungen
	unlösbar erscheinende private/berufliche Konflikte mit Vermeidung der aktiven Auseinandersetzung/Rückzug oder maladaptiven Durchhaltestrategien
	Selbstwertkonflikte

hat sich die Verwendung eines „Fibromyalgie-Syndroms“ durchgesetzt [4]. Bei der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes in mehreren Körperregionen sollten folgende Maßnahmen durchgeführt werden (siehe Tab. 1).

Bei einem typischen Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf eine internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankung wird empfohlen, keine weitere technische Diagnostik (zum Beispiel Bildgebung) durchzuführen. Die somatische und psychische Diagnostik sollte simultan durchgeführt werden. Dies erhöht die Compliance beim Patienten und verhindert dessen Wahrnehmung einer Ausschlussdiagnostik und Vermittlung einer psychischen Problematik/Störung als Diagnose „zweiter Wahl“ und Interpretation als „Abstempeln“. Im Falle der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes mehrerer Körperre-

gionen wird ein Screening auf erhöhte seelische Symptombelastung (Angst und Depression) empfohlen [4]. Eine psychosomatische oder fachpsychotherapeutische Untersuchung wird bei den in Tabelle 2 zusammengefassten Konstellationen empfohlen (Tab. 2).

Differenzialdiagnose Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS)

Die diagnostische Abgrenzung des FMS von einem CFS ist aus folgenden Gründen sehr schwierig: Zum einen bestehen bei dem CFS ähnlich wie bei dem FMS keine einheitlichen Diagnosekriterien. Entsprechend der S3 Leitlinie Müdigkeit finden sich aber über alle verschiedenen CFS Klassifikationen folgende Gemeinsamkeiten:

- Müdigkeit beziehungsweise Erschöpfung seit mindestens sechs Monaten,
- es lässt sich ein zeitlicher Beginn der Symptomatik definieren,

- das Symptom ist so stark, dass es zu signifikanten Einschränkungen in körperlichen, seelischen und sozialen Bereichen kommt,
- Belastung verschlechtert die Symptomatik und
- es fehlt eine alternative Erklärung in Form einer körperlichen oder seelischen Störung.

Die Kriterien zeigen demnach eine sehr hohe Überlappung mit den Symptomen eines FMS und sind rein deskriptiv oft kaum voneinander zu unterscheiden. Weiterhin fehlen beim CFS, ähnlich wie beim FMS, eine klare Ätiologie und ein spezifisches organisches Korrelat. Es wird vermutet, dass das CFS insbesondere nach Virusinfektionen, wie zum Beispiel nach einer EBV Infektion, auftritt. Nicht auszuschließen ist, dass sowohl beim FMS als auch beim CFS psychische Belastungen bei dem Beginn und der Chronifizierung (zum Beispiel körperliche Dekonditionierung durch Schonkreislauf) eine Rolle spielen können.

Ätiopathogenese

Die aktuelle Studienlage erlaubt keine eindeutigen Aussagen zur Ätiologie des FMS. Folgende biologische und psychosoziale Faktoren können mit einem FMS assoziiert sein (Tab. 3) [4].

Pathophysiologie

Es sind keine eindeutigen Aussagen zur Pathophysiologie des FMS möglich. Es ist unklar, ob folgende Mechanismen zur Pathophysiologie des FMS beitragen oder Folgen des FMS beziehungsweise seiner Komorbiditäten sind. Es ist möglich, dass die in Tabelle 4 zusammengefassten Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem eine pathogenetische Bedeutung für Untergruppen des FMS haben (Tab. 4) [4].

Biopsychosoziales Modell

Bezüglich Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung des FMS wird ein

Tab. 4: Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem bei FMS (nach Häuser et al. 2013)

Veränderung zentralnervöser Neurotransmitter (Störung der absteigenden schmerzhemmenden Bahnen, Veränderungen in der grauen Substanz, erhöhte Aktivität in der Schmerzmatrix)

Dysfunktion des sympathischen Nervensystems mit erhöhter Stressvulnerabilität (veränderte Herzfrequenzvariabilität)

Kleinfaserpathologie (verringerte Dichte der A-Delta-Nerven und der C-Nervenfasern)

biopsychosoziales Modell postuliert. Physikalische, biologische oder psychosoziale Stressoren lösen bei einer entsprechenden genetischen oder lerngeschichtlichen Prädisposition vegetative, endokrinologische und zentralnervöse Reaktionen aus, aus denen die Symptome eines FMS, wie Schmerz, Fatigue, Schlafstörungen, vegetative und psychische Symptome, resultieren. Das FMS ist eine Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen [4].

Behandlungsgrundsätze bei FMS

Die FMS-Leitlinie empfiehlt, den Patienten mit einem FMS über die Diagnose zu informieren. Der Arzt soll darüber informieren, dass den Beschwerden keine organische Krankheit, sondern eine funktionelle Störung zu Grunde liegt. Die Legitimität der Beschwerden soll gleichzeitig versichert werden. Die Beschwerden können mit

Hilfe des biopsychosozialen Modells erklärt werden, zum Beispiel auch durch das Vermitteln psychophysiologischer Teufelskreise. Patienten mit leichten Ausprägungen des FMS sollten zu einer angemessenen körperlichen und sozialen Aktivität ermutigt werden. Bei schwereren Ausprägungen können eine zeitlich befristete Medikation (maximal sechs Monate) und eine multimodale Therapie (= ein körperlich aktivierendes Verfahren + ein psychotherapeutisches Verfahren) in Erwägung gezogen werden. Sollten schwere Verläufe auf beides nicht ansprechen, können (teil-)stationäre multimodale Therapieprogramme zur Anwendung kommen. Die Behandlung des FMS erfolgt in der Regel ambulant. Eine (teil-)stationäre Therapie ist dann indiziert, wenn die ambulanten Therapieverfahren nicht ausreichend sind, komorbide körperliche oder psychische Erkrankungen einer stationären Be-

handlung bedürfen, die Erwerbsfähigkeit bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit gefährdet ist oder die Teilhabe am Leben oder die Fähigkeit zur Selbstversorgung gefährdet sind [4].

Therapieempfehlungen der FMS-Leitlinie

Für die Empfehlungen der Leitlinie gibt es nur für die körperliche Aktivierung (Ausdauertraining, Wassergymnastik, Trockengymnastik, Funktionstraining) einen akzeptablen Evidenzgrad. Für Krafttraining, Spa-Therapie, Muskeldehnung, Vibrationstraining, Biosauna, Infrarotkabine, Physiotherapie, Ergotherapie gibt es keine ausreichende Evidenz, wird aber trotzdem im Sinne der Aktivierung empfohlen. Abgeraten wird von Quadrantenintervention, Chirotherapie, hyperbarer Sauerstofftherapie, Kältetherapie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Massage, TENS und transkranieller Magnetstimulation oder weiteren passiven Therapieverfahren [4].

Medikamentöse Therapie bei FMS

Es gibt in Deutschland kein explizit für das FMS zugelassenes Medikament. Als Off-label-use wird der zeitlich befristete Einsatz von Amitriptylin (10 bis 50 mg/d) empfohlen. Eine zeitlich befristete Therapie mit Duloxetin (60 mg/d) wird bei komorbider Major Depression oder einer generalisierten Angststörung empfohlen. Eine zeitlich befristete Therapie mit Pregabalin (150 bis 450 mg/d) wird bei komorbider generalisierter Angststörung empfohlen. Abgeraten wird von Anxiolytika, Dopaminagonisten, Hormonen, Hypnotika, Interferonen, intravenösem Ketamin, Lokalanästhetika, Natriumoybat, starken Opioiden und Serotonin-Rezeptor-Agonisten, Cannabinoiden, Flupirtin, Monoaminoxidasehemmern, Muskelrelaxantien, Nichtsteroidalen Antirheumatika, Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Metamizol [4].

Fallbeispiel Frau M.:

Die 56-jährige Patientin Frau M. stellt sich mit einer Überweisung vom Hausarzt beim Facharzt für Rheumatologie vor. Seit mehr als einem Jahr leide sie unter anhaltenden Schmerzen in fast allen Gelenken. Sie könne kaum noch schlafen vor Schmerzen, dann sei sie am Tag total erschöpft und müde. Seit vier Monaten sei sie wegen der Schmerzen krankgeschrieben, die Arbeit als Altenpflegerin habe sie nicht mehr bewältigen können. Zunächst habe sie sich immer noch mit Paracetamol und Ibuprofen helfen können, aber selbst das später zeitweise verschriebene Tilidin vom Hausarzt habe keine deutliche Reduktion der Schmerzen bewirkt. Die Schmerzstärke sei nach wie vor bei 7/10 (NAS). Bei der körperlichen Untersuchung können keine Schwellungen oder Reizungen der Gelenke objektiviert werden, das Labor zeigt keine auffälligen Werte/Rheumafaktoren.

Insbesondere die Medikation mit Opioiden sollte sich an der Leitlinie für die Langzeitanwendung von Opioiden bei Nicht-Tumorschmerzen (LONTS) [6] orientieren. Für das FMS besteht hier eine klare Kontraindikation. Nicht selten kommt es erst durch die Medikation mit Opioiden zu einer Schmerzverstärkung im Sinne einer Opioid-induzierten Hyperalgesie [7].

Psychotherapie bei FMS

Eine Psychotherapie ist indiziert, wenn eine maladaptive Krankheitsbewältigung mit Katastrophisieren, Vermeidungsverhalten oder dysfunktionalen Durchhaltestrategien vorliegen, eine relevante Modulation der Beschwerden durch Alltagsstress oder interpersonelle Probleme besteht oder eine komorbide psychische Störung existiert [4].

Die psychosomatische beziehungsweise psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung sollte von Anfang an parallel zur somatischen Behandlung als Simultandiagnostik stattfinden. Ein nach Schweregrad gestuftes Vorgehen ist sinnvoll. Hinweise dazu liefert die neue S3 Leitlinie zu funktionellen Körperbeschwerden [8]. Leichte Ausprägungen von funktionellen Körperbeschwerden können innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung in der Primärversorgung behandelt werden. Zeigen sich Auffälligkeiten im psychischen Bereich, zum Beispiel Depressivität oder Angst, sollten die Patienten einer psychosomatischen oder fachpsychotherapeutischen Untersuchung zugeführt werden. Patienten mit akuten psychischen Schwierigkeiten, wie zum Beispiel Suizidalität, sollten vom Arzt sofort in ein Fachkrankenhaus eingewiesen werden. Zur ersten Schweregradeinschätzung der psychischen Belastung empfiehlt sich der sogenannte PHQ-4 [9]. Dieser kurze Screeningfragebogen erfasst mit zwei Fragen die aktuelle Depressivität und mit zwei Fragen die aktuelle Ängstlich-

Fortsetzung Fallbeispiel Frau M.:

Der Facharzt für Rheumatologie bemerkt, dass Frau M. psychomotorisch eher starr wirkt und sie größere Bewegungen des Körpers vermeidet. Sie macht auf ihn einen niedergeschlagenen, erschöpften und passiven Eindruck. Sein Eindruck wird durch das gezielte Nachfragen nach psychischen Auffälligkeiten bestätigt. Frau M. gibt an, dass sie sich durch die Schmerzen in ihrem Leben immer mehr beeinträchtigt fühle und Angst habe, an einer ernsthaften organischen Erkrankung zu leiden. Im Internet habe sie verschiedene körperliche Erkrankungen gefunden, bei denen auch chronischen Schmerzen und chronische Fatigue auftreten. Ihr Hausarzt sei auf diese Befürchtungen nicht richtig eingegangen. Sie habe gemerkt, dass Bewegung die Schmerzen verstärke, Schonung führe zu einer kurzfristigen Linderung.

keit. Durch die erreichte Punktzahl lässt sich sehr zuverlässig einschätzen, ob sich die psychische Belastung in einem auffälligen Bereich (sogenannte „yellow flag“) oder einem akuten Bereich (sogenannte „red flag“) befindet. Die kognitive Verhaltenstherapie ist das Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz bei der FMS und sollte empfohlen werden. Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren sollten insbesondere bei sich schonenden Patienten nicht als Monotherapie angewendet werden, sondern als Teil einer multimodalen Behandlung zur Anwendung kommen [4]. Auch psychodynamische Verfahren finden zunehmend Anwendung.

Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis

Die psychoedukative Vermittlung von schmerzchronifizierenden Teufelskreisen ist schon in der Hausarztpraxis wichtig. Dazu bieten sich auch übersichtliche Zeichnungen an, um psychophysiologische Teufelskreise zu erklären.

Der Teufelskreis der Schonhaltung

Viele Patienten mit chronischen Schmerzen vermeiden körperliche Aktivität, bestimmte körperliche Bewegungen oder Haltungen aus Angst vor Schmerzen oder aus Angst, sich einen körperlichen Schaden zuzufügen. Durch die dann eingenommene Schonhaltung kommt es zu Muskelverkürzungen und



Abb. 1: Teufelskreis der Schonhaltung

Muskelabbau. Eine erneute Aktivierung der Muskeln führt zu einer Schmerzempfindung, die wiederum als Beweis für die eigene Hypothese gewertet wird, dass Bewegung zu einer Verschlimmerung der Schmerzstörung führt. Dieser Kreislauf führt immer weiter in eine körperliche Schonhaltung mit zunehmender körperlicher Dekonditionierung und Schmerzempfindlichkeit. Die Patienten sollen zu einer körperlichen Aktivierung trotz Schmerz motiviert werden. Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 1).

Teufelskreis der Katastrophisierung

Das katastrophisierende Bewerten von Schmerzsymptomen kann ein weiterer Faktor sein, der zur Chronifizierung von Schmerzen führt. Die anfänglichen Befürchtungen, an einer „schlimmen organischen Erkrankung“ zu leiden, werden nicht selten durch das „Googeln“ der Symptome im Internet bestätigt und führen zu einer Angst- beziehungsweise Stressreaktion, die zu einem erhöhten Muskeltonus führt. Der dauerhaft erhöhte Muskeltonus verstärkt die anfänglich wahrgenommenen Schmerzen.

Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 2).



Abb. 2: Teufelskreis der Katastrophisierung

Tab. 5: Ausgewählte Kommunikationsbeispiele

Motivationale Gesprächsführung	Ich sehe, dass Sie sich kaum trauen, sich zu bewegen. Das ist ja bei den Schmerzen verständlich. Gleichzeitig sollten Sie wissen, dass das auf Dauer eher zu einer Schmerzverstärkung führt. Ich möchte Ihnen deshalb die körperliche Aktivierung ganz sehr ans Herz legen. Trauen Sie sich! Ich unterstütze Sie dabei.
Tangentiale Gesprächsführung	Sie erwähnten beim letzten Mal, dass Sie kaum noch aus dem Haus gehen und Freunde treffen. Fehlt Ihnen das?
NURSE Technik	
1. Name	1. Mir fällt auf, dass sie größere Bewegungen mit ihrem Körper vermeiden.
2. Understand	2. Das kann ich bei den Schmerzen gut verstehen.
3. Respect	3. Sie haben meine Anerkennung dafür, dass Sie das so aushalten.
4. Support	4. Ich denke, dass körperliche Aktivierung wichtig ist. Ich möchte Sie dabei unterstützen. Wie wäre es, wenn...
5. Explore	5. Was kann ich jetzt noch für Sie tun?
WWSZ Technik	
1. Warten	1. Frau M: Der Hausarzt hat mich noch nicht einmal körperlich untersucht!
2. Wiederholen	2. Eine körperliche Untersuchung fand also gar nicht statt.
3. Spiegeln	3. Ich kann mir vorstellen, dass sie sich nicht ganz ernst genommen gefühlt haben.
4. Zusammenfassen	4. Habe ich Sie so richtig verstanden, dass es Ihnen in der aktuellen Situation sehr wichtig ist, dass Sie jemand versteht und ernst nimmt?

Teufelskreis Schmerz-Depression

Die Patienten können meist sehr gut beschreiben, wie länger anhaltende Schmerzen zunehmend ihr Erleben und Verhalten beeinflussen und zu sozialem Rückzug und depressiven Verstimmungen führen. Weniger bekannt ist, dass eine länger anhaltende Depressi-

vität einen neurobiologisch schmerzverstärkenden Einfluss hat. Die Depressivität verringert die Schmerzhemmung und führt somit zu einer erhöhten Schmerzwahrnehmung. Die Patienten sollen dazu ermutigt werden, sich trotz der Schmerzen sozial zu aktivieren, Beziehungen aufzunehmen und positive Freizeitaktivitäten wahrzunehmen.

Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 3).

Die Rolle der Arzt-Patient-Beziehung bei FMS

Die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten stellt ohne Zweifel eine Herausforderung in der ärztlichen Tätigkeit dar. Wiederholt spürt man in der Gegenübertragung Ärger oder Hilflosigkeit. Hintergrund ist, dass in der Arzt-Patient-Beziehung bei Patienten auch immer frühe Bindungserfahrungen, zum Beispiel in Form von Erwar-



Abb. 3: Teufelskreis Schmerz-Depression

tungen an den Arzt aktiviert und reinszeniert werden. Das spielt besonders bei der Untergruppe von Patienten mit FMS eine wichtige Rolle, bei denen die Kindheit von belastenden Bindungserfahrungen geprägt war. Dies kann sich zum Beispiel in unrealistisch hohen Erwartungen, Ängsten, emotionalen Widergutmachungs- und Versorgungswünschen und Enttäuschungsgefühlen gegenüber dem Arzt äußern. Oft können diese Patienten Gefühle nur über die Darbietung körperlicher Schmerzen kommunizieren. Umso wichtiger ist es für den Arzt, die eigenen negativen Gefühle zu verstehen und die emotionale Botschaft hinter den vordergründig kommunizierten Schmerzen ernst zu nehmen, anzunehmen und zu verstehen. Der Aufbau einer positiven und wertschätzenden Beziehung zum Patienten ist sehr wichtig, um den bisherigen Teufelskreis aus enttäuschenden Beziehungserfahrungen zu durchbrechen. Hilfreich sind dabei die wertschätzende Entgegennahme der Symptomklage, mitschwin-

gende Affekte und die Wertschätzung der subjektiven Krankheitstheorie der Patientin beziehungsweise des Patienten. Der Arzt sollte dem Patienten weder die Symptome verbal oder nonverbal absprechen („Sie haben nichts.“) noch sich entwertend äußern („Sie bilden sich das ein.“). Eine tangentialer Gesprächsführung, bei der die Patienten eher beiläufig statt konfrontativ nach psychischem Befinden und psychosozialen Belastungen befragt werden, hat sich in diesem Rahmen bewährt. Die Leitlinie zu funktionellen Körperbeschwerden gibt hier hilfreiche Hinweise zu Kommunikationstechniken [8]. Einige Kommunikationsstrategien werden am Fallbeispiel Frau M. verdeutlicht (Tab. 5).

Zusammenfassung

Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom gelten im Allgemeinen als schwierig und „schwer führbar“ in der Praxis. Problematisch ist insbesondere die ausschließlich somatische Ursachenüberzeugung der meisten Patien-

ten und Wunsch der Wahrnehmung und Akzeptanz beziehungsweise Identität als „Fibromyalgie-Patient“. Umso wichtiger ist es, nicht eindeutig indizierte ausschließlich somatische Diagnostik oder Therapie zu vermeiden, um den Patienten nicht in seiner somatischen Ursachenüberzeugung zu stärken. Ausschließlich somatische Diagnostik oder Therapiestrategien fördern die Iatrogenisierung und Chronifizierung beim Patienten einerseits, auf der anderen Seite aber auch die Unzufriedenheit auf Behandlerseite. Ein plötzlicher Behandlungsabbruch fördert wiederum einen Arztwechsel (Doctor[s] hopping) und Erhöhung der Behandlungskosten. Mit einer empathisch zugewandten Grundhaltung und dem Training kommunikativer Kompetenzen kann eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten gelingen, was einen wichtigen Beitrag für einen guten Behandlungsverlauf leisten kann und zu einem Psychotherapiebeginn vor eingetretener Chronifizierung – und damit positiverer Behandlungsprognose – führen kann. Auch eine Absprache zwischen den Behandlern kann dabei sehr hilfreich sein. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte:

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Christoph Schilling: keine
Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner hat von der
Firma Roche honorierte Vorträge und
Podiumsdiskussionen zur psychischen
Komorbidität bei Patienten mit
rheumatologischen Erkrankungen gehalten.

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Christoph Schilling
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Christoph.Schilling@uniklinikum-
dresden.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de

Fortsetzung Fallbeispiel Frau M.:

Frau M. steht den psychoedukativen Erklärungen des Facharztes zunächst eher skeptisch gegenüber. Durch die positiv unterstützende Art des Facharztes fasst sie aber zunehmend Vertrauen und lässt sich auf seinen Vorschlag ein, einen Termin in der Ambulanz der nächsten Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu vereinbaren.

Klinische Krebsregistrierung in Sachsen – ein Jahr Sächsisches Krebsregistergesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse habe ich den Artikel „Klinische Krebsregistrierung in Sachsen – ein Jahr Sächsisches Krebsregistergesetz“, („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2019, S. 13) zur Kenntnis genommen.

Wie viele andere Praxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten meldet auch unsere Praxis seit Jahren Tumore an das sächsische Krebsregister. In dem Artikel wird aufgeführt, dass die Meldung von malignen Tumoren verpflichtend ist und Nichtmeldung gegebenenfalls mit einem Ordnungsgeld geahndet wird. Unbefriedigend ist jedoch die geringe Vergütung der Erstmeldung von Hauttumoren (statt 18 Euro erhalten Dermatologen nur 4 Euro) und insbesondere die Tatsache, dass weitere Meldungen nicht-melanotischer Hautkrebsformen eines Patienten über die Erstmeldung hinaus nicht vergütet werden.

Es kann vom sächsischen Krebsregister nicht ernsthaft erwartet werden, dass wir Dermatologen alleine den Aufwand für Zweit- und Dritt-Meldungen et cetera von Karzinomen der Haut tragen sollen. Schließlich handelt es sich hierbei ja um eine Vergütung für die Meldung der Tumore und nicht um eine Vergütung für die Therapie oder Nachsorge et cetera. Die Drohung mit einer Ordnungswidrigkeit für Nichtmeldungen empfinde ich daher als anmaßend und unkollegial, da von uns erwartet wird, dass wir entweder unsere Zeit oder die unserer Mitarbeiter für die Meldung unentgeltlich zur Verfügung stellen.

Solange diese beiden Probleme nicht geklärt sind, werden Meldungen von

nicht-melanotischen Hautkrebsformen – zu denen auch potenziell/lebensbedrohliche Tumore, wie zum Beispiel metastasierende Plattenepithelkarzinome der Haut gehören, eine große Lücke aufweisen.

Statt uns Dermatologen zu drohen, würde das sächsische Krebsregister gut daran tun, eine entsprechend moderate und kooperative Haltung an den Tag zu legen. ■

Dr. med. Dietrich Barth, Borna

Sehr geehrter Herr Dr. Barth,

vielen Dank für Ihren Leserbrief. Den klinischen Krebsregistern in Sachsen ist sehr an einer kollegialen Zusammenarbeit mit ihren Meldern gelegen. Wir können Ihre Kritik nachvollziehen, weisen jedoch darauf hin, dass die Register bei der Erfassung und Vergütung der Meldungen an bundesweite Gesetze gebunden sind. So legt § 65c SGB V neben dem Aufgabenprofil der Register auch eine einheitliche Krebsregisterpauschale fest, die durch die Krankenkassen gezahlt wird. Allerdings regelt Absatz 6 Satz 2 einschränkend, dass nicht-melanotische Hautkrebsarten von dieser Finanzierung ausgenommen sind. In der Begründung des Gesetzes heißt es dazu, dass diese Krebsarten „in der Regel keine längerfristige Behandlung erfordern, deren Verlauf in der klinischen Krebsregistrierung zu dokumentieren ist.“



kkR sachsen

KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

Mit Umsetzung der bundesweiten Regelungen haben sich einige Bundesländer entschieden, komplett auf die Registrierung nicht-melanotischer Hauttumore zu verzichten. Sachsen und einige andere Bundesländer verfolgen zumindest eine epidemiologische Erfassung dieser Erkrankungen. Die Kosten hierfür tragen die Länder. So zahlen die klinischen Register für die Erstmeldung eines nicht-melanotischen Hautkrebses vier Euro. Weitere Meldungen bei multiplen Basaliomen können gemäß der Aufwandsentschädigungsrichtlinie des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen nicht vergütet werden.

Den klinischen Krebsregistern in Sachsen ist bewusst, dass diese Regelungen für Dermatologen unbefriedigend sind. Sie weisen zu Recht darauf hin, dass es innerhalb der Gruppe der nicht-melanotischen Hautkrebsformen potenziell lebensbedrohliche Tumore gibt. Für diese bildet die rein epidemiologische Erfassung weder die Krankheitslast in der Bevölkerung noch den therapeutischen Aufwand durch die Dermatologen ab. Leider ist es uns aufgrund der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht möglich, dies entsprechend zu berücksichtigen. ■

Dr. phil. Daniela Piontek
Leiterin Gemeinsame Geschäftsstelle der
klinischen Krebsregister in Sachsen

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zu „Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle“ aus „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2019, S. 11:

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Ansprüche des Patienten sind berechtigt, er hat offensichtlich eindringlich auf die Anamnese hingewiesen. Bei einer Nierenkapsleinblutung hätte umgehend gehandelt werden müssen mittels Verlegung bei gleichzeitiger Laborbestimmung im Speziallabor.

Erschreckend wiederum ist der Artikel, der zu den Laborwerten des Hämoglobin-Gehaltes keine Maßeinheiten mitliefert, zumal in einigen Einrichtungen Deutschlands g/dl, in anderem mmol/l gebräuchlich sind! Bitte in Zukunft berücksichtigen. ■

Dr. med. Ralf Knels, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

mit besonderem Interesse habe ich den aktuellen Fall aus der Gutachterstelle, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2019, gelesen und das aus drei Gründen: selbst Betroffener, Arzt und gewählter Vertreter der Hämophiliepatienten Deutschlands.

Der geschilderte Fall ist für mich nicht neu! Leider müssen wir „Bluter“ uns auch in prekären Situationen immer wieder mit ignoranten Medizinern auseinandersetzen, um eine dringend indizierte Behandlung schnellstmöglich zu bekommen. Dabei sind für die Hämophilie zwei Besonderheiten zu beachten:

1. Fast alle Patienten und/oder deren Angehörige sind seit Langem bestens über ihre (nicht immer sichtbar und messbare) Erkrankung informiert und wissen, dass sie diese Information im Ernstfall unverzüglich weitergeben. Die meisten Pati-

enten praktizieren eine vom Hämophiliezentrum kontrollierte Heimselbstbehandlung und sind angehalten, bei Blutungsverdacht über eine regelmäßige Prophylaxe hinaus schnellstmöglich Gerinnungsfaktor zu spritzen oder spritzen zu lassen. Die Hämophilie als seltene Erkrankung („rare disease“) begegnet nur wenigen Ärzten im Laufe ihres Berufslebens, was ein plausibler Grund für diesbezügliche Unkenntnis ist. Umso wichtiger ist die Konsultation speziell qualifizierter Kollegen beziehungsweise Behandlungsstellen!

2. Beim Hämophilen sind es weniger äußere Verletzungen (wie oft angenommen) als vielmehr innere Blutungen (abdominal, cerebral), die schnell auch lebensbedrohlich werden können. Bei deren „Beurteilung“ muss zuallererst der Patienten-Selbsteinschätzung Priorität eingeräumt werden bevor eine weiterführende ärztliche Diagnostik (Bildgebung, Labor und so weiter) erfolgt. So muss bereits bei der sogenannten „Blutungsaura“, welche nur der Betroffene selbst empfinden und äußern kann, unverzüglich gehandelt werden. Die Patienten besitzen in der Regel einen „Hämophilie-Ausweis“ aus dem alle wichtigen (Notfall-) Daten ersichtlich sind.

Die Deutsche Hämophiliegesellschaft (DHG e.V.) als größte Patientenorganisation für „Gerinnungskranke“ wurde vor mehr als 60 Jahren gegründet, um Patienten und Ärzteschaft über das Krankheitsbild fortwährend aufzuklären und zu beraten. In den letzten Jahrzehnten haben sich nahezu sensationelle Fortschritte in der Therapie vollzogen, sodass man insbesondere bei jungen Betroffenen heute eher von einer „unsichtbaren Erkrankung“ spre-

chen kann. Andererseits sind die modernen Behandlungsverfahren nur in der Hand des qualifizierten und erfahrenen Hämostaseologen effektiv.

Zum vorliegenden Fall:

Sollte sich belegen lassen, dass der Patient bei Aufnahme über seine Besonderheit berichtet und sogar angeboten hat, sein für die Selbstbehandlung zu Hause vorrätiges Faktorpräparat schnell beizusteuern, ist die unnötige zeitliche Verzögerung, vorbehaltlich einer juristischen Prüfung, als fahrlässige Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht zu beurteilen! Eine (vorsätzliche?) Unterlassung stellt aus meiner Sicht auch die nicht stattgefundene Konsultation des Hämophiliezentriums dar. Der letztendlich „blande“ Verlauf hätte auch anders ausgehen können! Ob sich aus dem Dargestellten für den Patienten ein Schadensersatzanspruch ergibt, lässt sich aus meiner Sicht nicht beurteilen, da hierzu noch andere Kriterien zählen. Den Vorgang öffentlich zu machen, halten wir aus Sicht der Patientenvertretung jedoch zumindest für essenziell! ■

Dr. med. Wolfgang Voerke, Markkleeberg
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender DHG e.V.

Sehr geehrter Herr Kollege Kluge,

als internistischer beziehungsweise pädiatrischer Hämophiliebehandler möchte wir uns zu dem in der Ausgabe 4/2019 im „Ärzteblatt Sachsen“ geschilderten Fall eines erwachsenen Hämophiliepatienten, der erst acht Stunden nach dem Feststellen einer Nierenblutung mit Faktor 8 substituiert wurde, äußern.

Auf der Grundlage der gegebenen Informationen zum Fall muss aus unserer Sicht die Verzögerung der notwendigen

Gerinnungstherapie bei einer im Verlauf immer kritischer werdenden Blutungssituation bei einer bekannten Hämophilie A des Patienten als unnötig und unverständlich eingeschätzt werden. Es handelt sich leider um einen Fall, den sicher jeder erfahrene Hämophiliebehandler schon mehrfach erlebt hat. Bei den regelmäßigen Ambulanzvorstellungen im Hämophiliezentrum werden die Patienten beziehungsweise im pädiatrischen Bereich die Eltern darüber informiert, dass sie bei einer Aufnahme in einer auswärtigen Einrichtung entweder selbst mit uns Kontakt aufnehmen oder auf einer Kontaktaufnahme mit uns durch die Kollegen vor Ort bestehen sollen. Dazu werden den Patienten die entsprechenden Zentrumskontaktdaten einschließlich einer Notfall-Telefonnummer ausgehändigt und dies auch in einem Notfallausweis, den der Patient im Alltag stets bei sich tragen soll, dokumentiert.

Es handelt sich hier offensichtlich um einen in einem Hämophiliezentrum gut

betreuten und geschulten Patienten, der völlig korrekt bereits bei der Aufnahme auf seine schwere Gerinnungsstörung und die Möglichkeit des raschen Besorgens des Faktor 8-Konzentrates hinwies. Spätestens nach dem sonografischen Nachweis der Nierenblutung hätte die Kontaktaufnahme entweder durch die Kollegen vor Ort oder den Patienten selbst mit dem Hämophiliezentrum erfolgen müssen, um sich zur Dosis des zeitnah zu applizierenden Faktor 8-Konzentrates und die anschließende Verlegung ins Hämophiliezentrum abzustimmen. Da das Faktor 8-Konzentrat in der Einrichtung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vorhanden war, hätte in dieser Notfallsituation durchaus das dem Patienten bereits verordnete Faktor 8-Konzentrat verwendet werden können. Die veranlasste Bestimmung der Faktor 8-Aktivität führte aus unserer Sicht nur zu einer unnötigen Verzögerung der Faktorsubstitution. Jeder hämophileerfahrene Arzt weiß, dass bei einer schweren oder mittelschwe-

ren Hämophilie A und einer Halbwertszeit des applizierten Faktor 8 von etwa zehn Stunden sowie einer Prophylaxedosis von 1.000 Einheiten keine substanzuelle Faktor 8-Aktivität zu erwarten ist. Der Fall zeigt eindrücklich, wie wichtig die Betreuung von Hämophiliepatienten in einem erfahrenen Zentrum ist, wobei der notwendige Kontakt dorthin aus einer auswärtigen Einrichtung dann allerdings auch erfolgen muss. Aus aktuellem Anlass sei darauf hingewiesen, dass eine Arbeitsgruppe der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) eine „Leitlinie der GTH zur Struktur- und Prozessqualität von Hämophilie-Zentren“ erarbeitet und gerade in der Zeitschrift „Hämostaseologie“ publiziert hat (Eichler H. et al.; Hämostaseologie 2019).

Zusammenfassend wurde der Patient aus unserer Sicht durch den Verzicht auf die zeitnahe Faktor 8-Substitution unnötig in eine bedrohliche Situation gebracht, wobei glücklicherweise eine Nierenschädigung als Langzeitfolge vermieden werden konnte. Zu Ansprüchen des Patienten in einem Zivilrechtsverfahren möchten wir uns bewusst nicht äußern, denn dies obliegt den Experten auf diesem Gebiet. Der Fall ist für uns erneut Anlass, auf die Notwendigkeit einer Kommunikation auch mit externen Kollegen insbesondere beim Vorliegen seltener Erkrankungen, wie der Hämophilie, hinzuweisen. ■

Dr. med. Ute Scholz, Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Ralf Knöfler, Dresden

Unsere Jubilare im Juli 2019

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 04.07.** Dipl.-Med. Lauke, Birgit
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.07.** Dr. med. Scherwinski, Inge
04416 Markkleeberg
- 06.07.** Dipl.-Med. Wartmann, Petra
01237 Dresden
- 10.07.** Dipl.-Med. Guzy, Monika
01157 Dresden
- 10.07.** Dipl.-Med. Münnich, Cornelia
04229 Leipzig
- 11.07.** Dr. med. Lauke, Gundolf
09456 Annaberg-Buchholz
- 13.07.** Dipl.-Med. Englert, Gert
08371 Glauchau
- 15.07.** Dipl.-Med.
Arnold, Uwe-Michael
02763 Zittau
- 16.07.** Dr. med. Laube, Hubertus
09212 Limbach-Oberfrohna
- 17.07.** Dipl.-Med. Ferl, Thorsten
09350 Lichtenstein
- 17.07.** Dipl.-Med. Rämisch, Kirsten
04179 Leipzig
- 18.07.** Dipl.-Med. Kühn, Evelyn
01809 Heidenau
- 19.07.** Dr. med. Jähmig, Ralf
02625 Bautzen
- 19.07.** Dr. med. Lippoldt, Henning
08064 Zwickau
- 19.07.** Dr. med. Prügner, Knut
09116 Chemnitz
- 19.07.** Dipl.-Med. Schmidt, Elke
04420 Göhrenz
- 20.07.** Dipl.-Med. Kühnert, Cornelia
08527 Plauen
- 20.07.** Dipl.-Med. Oelßner, Wolfram
04442 Zwenkau
- 21.07.** Dipl.-Med. Herberger, Gerhard
09244 Lichtenau
- 22.07.** Dr. med. Voerkel, Rosemarie
04277 Leipzig

- 24.07.** Dr. med. Hendel, Volker
08064 Zwickau
- 25.07.** Dipl.-Med.
Demme, Christine
04179 Leipzig
- 25.07.** Dr. med. Olbrich, Volker
09127 Chemnitz
- 26.07.** Dr. med. Berndt, Sibylle
01728 Possendorf
- 26.07.** Dr. med. Preusche, Andreas
01762 Obercarsdorf
- 29.07.** Dr. med. Neuberg, Christine
01324 Dresden
- 31.07.** Dr. med. Opitz, Jens-Uwe
01279 Dresden

70 Jahre

- 04.07.** Dr. med. Wölfel, Heiner
09125 Chemnitz
- 06.07.** Prof. Dr. med.
Schmidt, Ernst Wilhelm
09114 Chemnitz
- 07.07.** Dr. med. Dachsel, Reinhardt
09244 Lichtenau
- 15.07.** Dr. med. Hache, Ingrid
02627 Hochkirch
- 15.07.** Dr. med. Rammelt, Gisela
08062 Zwickau
- 17.07.** Dr. med. Richter, Christoph
04316 Leipzig
- 18.07.** Prof. Dr. med. habil.
Birkenmeier, Gerd
04103 Leipzig
- 21.07.** Dr. med. Wagner, Eva-Maria
01187 Dresden
- 24.07.** Dr. med. Markus, Lothar
04279 Leipzig
- 25.07.** Dipl.-Med. Härtel, Barbara
08060 Zwickau
- 25.07.** Dr. med. Stibenz, Doris
01896 Pulsnitz

- 27.07.** Dr. med. Florek, Hans-Joachim
01187 Dresden
- 27.07.** Dr. med. Loßnitzer, Arndt
01307 Dresden
- 27.07.** Dr. med. Nagel, Martina
08523 Plauen
- 28.07.** Prof. Dr. med. habil.
Emmrich, Frank
04299 Leipzig
- 30.07.** Dr. med. Preißer, Birgit
01239 Dresden
- 31.07.** Wunderlich, Aina
02953 Bad Muskau

75 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Sandner, Gudrun
04107 Leipzig
- 03.07.** Dipl.-Med. Karbaum, Gabriele
02826 Görlitz
- 06.07.** Dr. med. Kneschke, Anita
09603 Oberschöna
- 08.07.** Dipl.-Med. Holzmann, Gerd
01665 Diera
- 08.07.** Dr. med. Löffler, Gabriele
08064 Zwickau
- 08.07.** Dipl.-Med. Olma, Ursula
04207 Leipzig
- 08.07.** Dr. med. Walter, Ursula
04416 Markkleeberg
- 09.07.** Dr. med. Hörenz, Lutz
04288 Leipzig
- 10.07.** Dr. med. Schwarze, Willmar
04828 Bennewitz
- 12.07.** Dr. med. Brüggemann, Jürgen
08645 Bad Elster
- 12.07.** Dr. med. Kirseck, Wolf-Jürgen
09126 Chemnitz
- 13.07.** Dr. med. Chudoba, Detlev
09599 Freiberg
- 17.07.** Dr. med. Just, Rosel
01069 Dresden
- 17.07.** Dr. med. habil.
Langrock, Karin
02977 Hoyerswerda
- 19.07.** Dr. med. Pollack, Barbara
02797 Kurort Oybin
- 23.07.** Dr. med. Bitterlich, Jürgen
08058 Zwickau

- 29.07.** Dr. med. Strohbach, Bernd
01848 Hohnstein
- 29.07.** Dr. med. Wallmann, Christian
01468 Moritzburg
- 30.07.** Dr. med. Krautz, Ruth
01159 Dresden
- 30.07.** Dipl.-Med. Laesch, Wolfgang
01471 Radeburg
- 15.07.** Dr. med. Deparade, Christine
04319 Leipzig
- 15.07.** Dr. med. Mank, Marlies
04103 Leipzig
- 17.07.** Dr. med.
Schollmeyer, Manfred
04758 Oschatz
- 18.07.** Dr. med. Gatzke, Helga
09112 Chemnitz
- 18.07.** Dr. med. Schiller, Ingrid
01796 Pirna
- 19.07.** Dr. med. Schulze, Dietrich
08064 Zwickau
- 19.07.** Dr. med. Wollgast, Edith
01309 Dresden
- 20.07.** Dr. med. Haßler, Normann
08529 Plauen
- 21.07.** Dr. med. Hartig, Werner
04319 Leipzig
- 21.07.** Prof. Dr. med. habil.
Sandner, Karlheinz
08258 Markneukirchen
- 24.07.** Orphal, Barbara
01454 Wachau b. Radeberg
- 25.07.** Dr. med. Göckeritz, Christa
04155 Leipzig
- 26.07.** Dr. med. Vogel, Gertrud
02763 Zittau
- 28.07.** Dr. med. Hellich, Reiner
09111 Chemnitz
- 29.07.** Dr. med. Schoch, Dieter
01326 Dresden
- 11.07.** Dr. med. Bosdorf, Jürgen
09228 Wittgensdorf
- 11.07.** Dr. med. Heger, Hans
04779 Wermisdorf
- 14.07.** Dr. med. Wagner, Ursula
01737 Kurort Hartha
- 16.07.** Dr. med. Schulze, Monika
01326 Dresden
- 17.07.** Hübel, Herbert
02708 Löbau
- 18.07.** Dr. med. Kellert, Dieter
04155 Leipzig
- 18.07.** Mälzer, Steffi
04451 Borsdorf
- 22.07.** Stritzke, Renate
01069 Dresden
- 24.07.** Dr. med. Klinger, Ingrid
02906 Niesky
- 24.07.** Dr. med. Stepan, Karl
08289 Schneeberg
- 26.07.** Dr. med. Kunath, Ursula
01259 Dresden
- 27.07.** Dr. med.
Kludzuweit, Gerlinde
01277 Dresden
- 28.07.** Dr. med. Schmutzler, Erika
04229 Leipzig
- 28.07.** Dr. med. Seidemann, Rita
08371 Glauchau
- 29.07.** Krieger, Atina
08359 Breitenbrunn
- 29.07.** Prof. Dr. med. habil.
Matzen, Peter
04229 Leipzig
- 30.07.** Dr. med. Seifert, Irmgard
09130 Chemnitz
- 31.07.** Dr. med. Joachim, Doris
02826 Görlitz

80 Jahre

- 01.07.** Doehner, Inge
09112 Chemnitz
- 02.07.** Dr. med. Langpeter, Dieter
04425 Taucha
- 03.07.** Dr. med. Steich, Wolfgang
04129 Leipzig
- 05.07.** Dr. med. Guth, Regina
08525 Plauen
- 05.07.** Dr. med. Hofmann, Klaus
09244 Lichtenau
- 05.07.** Dr. med. Hofmann, Peter
08289 Schneeberg
- 05.07.** Dr. med. Roeckl, Wiebke
01277 Dresden
- 06.07.** Dr. med. Wicke, Peter
01816 Bad Gottleuba-
Berggießhübel
- 07.07.** Priv.-Doz. Dr. sc. med.
Broeker, Harald
01309 Dresden
- 08.07.** Dr. med. Himmstedt, Brigitte
02826 Görlitz
- 08.07.** Dr. med. Scheffel, Reiner
02977 Hoyerswerda
- 08.07.** Sonntag, Wilhelm
08648 Bad Brambach
- 10.07.** Dr. med.
Blumensaat, Friederike
01809 Dohna
- 10.07.** Dr. med. Schmitt-Hermann,
Christine
01689 Weinböhla
- 11.07.** Dr. med. Ballin, Arnd
04229 Leipzig
- 13.07.** Dr. med. Fischer, Peter
01816 Bahrtal
- 13.07.** Dr. med. Schubert, Isolde
01445 Radebeul

81 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Walter, Rudolf
08058 Zwickau
- 03.07.** Dr. med. Münch, Joachim
02977 Hoyerswerda
- 06.07.** Dr. med. Schumann, Ingrid
01069 Dresden
- 08.07.** Dr. med. Grundmann, Hellfried
01640 Coswig
- 08.07.** Keller, Ingrid
04288 Leipzig
- 09.07.** Dr. med. Liebold, Gisela
04299 Leipzig
- 09.07.** Dr. med. Wollmann, Ralf
01824 Rosenthal

82 Jahre

- 02.07.** Helm, Gerhard A.
01169 Dresden
- 03.07.** Dr. med. Wuttke, Elli
04103 Leipzig
- 03.07.** Zenner, Eva-Maria
01097 Dresden
- 04.07.** Völk, Erna
01219 Dresden

- 05.07.** Dr. med. Kittler, Klaus
08371 Glauchau
- 08.07.** Dr. med. Petersen, Jürgen
01662 Meißen
- 09.07.** Dr. med. Karow, Ingrid
04229 Leipzig
- 09.07.** Dr. med. Selle, Gertrud
01723 Grumbach
- 10.07.** Dr. med. Ueckert, Elfriede
08280 Aue
- 11.07.** Dr. sc. med. Haase, Hans
01920 Haselbachtal
OT Reichenbach
- 11.07.** Dr. med. Wirsing, Annelies
01328 Dresden
- 13.07.** Dr. med. Köhler, Bärbel
04129 Leipzig
- 14.07.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Mann, Klaus
01833 Stolpen
- 17.07.** Dr. med. Schneider, Volkhard
01217 Dresden
- 20.07.** Dr. med. Neumann, Heinz
09496 Marienberg
- 20.07.** Dr. med. Rieger, Helmut
08451 Crimmitschau
- 22.07.** Dr. med.
Breiter, Karl-Friedrich
02625 Bautzen
- 22.07.** Dr. med. Wieting, Karin
01109 Dresden
- 26.07.** Dr. med. Kumpf, Brigitta
01445 Radebeul
- 26.07.** Dr. med. Schindler, Brigitta
09526 Olbernhau
- 27.07.** Heinrich, Reiner
02906 Sproitz
- 27.07.** Lippstreu-Rehwagen,
Christine
09573 Augustusburg
- 30.07.** Dr. med. Schäfer, Hermann
04159 Leipzig
- 30.07.** Dr. med. Schulze, Erika
08340 Schwarzenberg

83 Jahre

- 03.07.** Böger, Helga
04229 Leipzig

- 03.07.** Dipl.-Med.
Schubert, Mirosława
01307 Dresden
- 03.07.** Dr. med. Thuncke, Erika
01904 Steinigtwolmsdorf
- 09.07.** Dr. med. Geisthardt, Gisela
01326 Dresden
- 10.07.** Dr. med. Schneider, Ulrich
01129 Dresden
- 12.07.** Dr. med. Luther, Karin
04157 Leipzig
- 13.07.** Dr. med. Windisch, Alexander
08412 Leubnitz
- 14.07.** Dr. med. Uhlemann, Gabriele
09126 Chemnitz
- 17.07.** Dr. med. Kerkhoff, Erich
04654 Frohburg
- 20.07.** Dr. med. Bröker, Regine
04347 Leipzig
- 25.07.** Dr. med. Franck, Joachim
08412 Werdau
- 25.07.** Dr. med. Scheffler, Joachim
08529 Plauen
- 29.07.** Dr. med. Erler, Magda
09111 Chemnitz
- 31.07.** Dr. med. Brauer, Roland
09350 Lichtenstein

84 Jahre

- 03.07.** Dr. med. Trültzsch, Siegfried
08064 Zwickau
- 09.07.** Dr. med. Heyser, Heinz
02625 Bautzen
- 11.07.** Dr. med. Scheidig, Ingrid
01219 Dresden
- 12.07.** Dr. med. Möckel, Liesa
09599 Freiberg
- 13.07.** Dr. med. Vettters, Wolfgang
01445 Radebeul
- 20.07.** Dr. med. Lehnert, Ute
01445 Radebeul
- 21.07.** Dr. med. Preuß, Christiane
04109 Leipzig
- 23.07.** Dr. med.
Brauer, Karl-Heinrich
01307 Dresden
- 23.07.** Dr. med. Kipping, Margrid
04329 Leipzig

- 26.07.** Dr. med. Langner, Dieter
04328 Leipzig
- 29.07.** Dr. med. Ernst, Rosemarie
01307 Dresden

85 Jahre

- 07.07.** Dr. med. Kopmann, Gudrun
04416 Markkleeberg
- 11.07.** Pahlig, Brigitte
04552 Borna
- 12.07.** Dr. med. Fischer, Edith
04552 Borna
- 13.07.** Dr. med. Kluge, Christa
01259 Dresden
- 15.07.** Dr. med. Grimmann, Manfred
09456 Annaberg-Buchholz
- 15.07.** Dr. med. Ständer, Wolfgang
04435 Schkeuditz
- 17.07.** Dr. med. Hamann, Horst
02779 Großschönau
- 22.07.** Dr. med. Wolf, Christian
04720 Gärtitz
- 30.07.** Dr. med. Fickert, Adelheid
08525 Plauen

86 Jahre

- 01.07.** Dr. med. Körtel, Erhard
01796 Pirna
- 02.07.** Dr. med. Nestler, Ulrich
08289 Schneeberg
- 03.07.** Dr. sc. med. Palowski, Hubert
01279 Dresden
- 09.07.** Prof. Dr. med. habil.
Gmyrek, Dieter
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 13.07.** Dr. med. Geidel, Klaus
04687 Trebsen
- 16.07.** Prof. Dr. med. habil.
Kiene, Siegfried
04416 Markkleeberg
- 17.07.** Dr. med. Clauß, Gudrun
09117 Chemnitz
- 26.07.** Dr. med. Löhnert, Annemarie
01814 Prossen
- 29.07.** Dr. med. Runge, Eva
01277 Dresden

- 29.07.** Dr. med. Werner, Arndt
01445 Radebeul
- 31.07.** Dr. med. Scharfe, Gisela
01774 Klingenberg

87 Jahre

- 06.07.** Dr. med. Hacker, Gertrut
01157 Dresden
- 08.07.** Dr. med. dent.
Zschesche, Dieter
04207 Leipzig
- 10.07.** Auerbach, Johanna
01454 Radeberg
- 14.07.** Prof. Dr. med. habil.
Reinhold, Dieter
01324 Dresden
- 20.07.** Dr. med. Rothe-Horn, Ilse
04318 Leipzig
- 31.07.** Dr. med. Krenkel, Johannes
09577 Braunsdorf

88 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Beyer, Wolfgang
02627 Weißenberg

- 08.07.** Dr. med. Schuster, Christa
08261 Schöneck
- 11.07.** Dr. med. Jungmichel, Dieter
04849 Bad Dübén
- 17.07.** Dr. med. Kratzsch, Erika
09131 Chemnitz
- 23.07.** Dr. med. Lincke, Hans-Ullrich
02826 Görlitz
- 27.07.** Dr. med. Götttsching, Maria
01612 Nünchritz

89 Jahre

- 02.07.** Prof. Dr. med. habil.
Theile, Herbert
04319 Leipzig
- 11.07.** Dr. med. Wunderlich, Hans
04643 Geithain
- 22.07.** Dr. med. Stafetzky, Rudi
08321 Zschorlau
OT Burkhardtsgrün

90 Jahre

- 13.07.** Dr. med. Queißer, Hermann
01109 Dresden

91 Jahre

- 01.07.** Dr. med. habil.
Scholbach, Manfred
04229 Leipzig
- 02.07.** Richter, Manfred
02957 Krauschwitz
- 03.07.** Dr. med. Renz, Hildegard
08606 Oelsnitz
- 13.07.** Jänicke, Inge
04288 Leipzig

94 Jahre

- 22.07.** Grams, Johanna
04347 Leipzig

95 Jahre

- 31.07.** Dr. med. Seikowski, Gisela
08645 Bad Elster

97 Jahre

- 12.07.** Dr. med. Weißbrodt, Charlotte
04157 Leipzig

VERSCHIEDENES

Sächsischer Selbsthilfepreis 2019

Ersatzkassen in Sachsen würdigen das Engagement der Selbsthilfegruppen

Manche Krankheitsdiagnosen stellen vermeintliche Selbstverständlichkeiten des Lebens in Frage. Mit dem Wissen, schwer krank zu sein, kommen oft Ängste und Sorgen um das eigene Dasein, den Beruf oder die Familie. Selbsthilfegruppen können dann Halt geben und in alltagspraktischen Dingen helfen.

Die Ersatzkassen in Sachsen wollen das Engagement der Selbsthilfegrup-

pen auch in diesem Jahr mit dem „Sächsischen Selbsthilfepreis“ würdigen. Gesucht werden gute Ideen und nachahmenswerte Projekte sächsischer Selbsthilfegruppen: Wie etwa bleiben Gruppen über viele Jahre für ihre Mitglieder attraktiv? Wie finden junge Leute zur Selbsthilfe und wie sieht bei Ihnen Selbsthilfe aus? Wie unterstützen sich Eltern von betroffenen Kindern und wo finden pflegende Angehörige zusammen?

Für die besten Ideen wird ein Preisgeld von insgesamt 10.000 Euro ausgelobt. Bewerbungen können bis zum 15. Juli 2019 eingereicht werden. ■

Weitere Informationen unter
www.vdek.com/LVen/SAC.html

Dirk Bunzel
Referatsleiter Presse-/Öffentlichkeitsarbeit
Verband der Ersatzkassen e. V.
Glacisstraße 4, 01099 Dresden
Tel.: 0351 87655-37
E-Mail: dirk.bunzel@vdek.com

Die Wolfgang-Rosenthal-Klinik Thallwitz – Aufstieg und Fall einer Spezialklinik

Am 30. Juni 1994, also vor 25 Jahren, schloss die Klinik für Plastische und Wiederherstellende Kiefer- und Gesichtschirurgie „Wolfgang Rosenthal“ ihre Pforten – für immer. Nach gut 50 Jahren Klinikbetrieb endete damit eine Ära der Gesichtschirurgie in Deutschland. Denn Thallwitz war eine konzeptionell bedeutsame Klinik, realisierte sie doch die fachübergreifende Betreuung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und anderen Gesichtsfehlbildungen unter einem Dach. Dieses Konzept war weltweit nahezu einzigartig und gilt bis heute als Vorbild für die komplexe chirurgische, logopädische, kieferorthopädische, prothetische und pädiatrische Rehabilitation von Spaltpatienten.

Die Gründung der Klinik im Jahre 1943 geht auf Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Rosenthal (Abb. 1) zurück, der aufgrund der Zerstörung der medizinischen Infrastruktur infolge der Bombardements Leipzigs einen vor Luftangriffen sicheren Ort für die Behandlung seiner Patienten suchte. Rosenthal war ein außerordentlich fähiger Gesichtschirurg, der die für Spaltpatienten im „Dritten Reich“ aufkommende Bedrohung abzuwenden suchte und schließlich aufgrund seiner vermeintlich jüdischen Abstammung selbst in Bedrängnis geriet. Er suchte und fand ab 1943 im Thallwitzer Schloss die Möglichkeit, Patienten zu behandeln. Der Klinikbetrieb begann mit 18 Betten; 1945 waren es schon 60. Im gleichen Jahr wurde das im Besitz des Fürstenhauses Reuß befindliche Schloss beschlagnahmt und 1948 enteignet. Rosenthal meisterte alle Schwierigkeiten der Nachkriegsjahre. 1951 wurde der Rat des Kreises Grimma Träger der Einrich-

tung. Das Patientenaufkommen stieg unter Rosenthals Leitung kontinuierlich, die Kapazität der Klinik wuchs auf 100 Betten an. Prof. Rosenthal war aber nicht nur versierter Gesichtschirurg, sondern auch Autor vieler Publikationen, zudem Hochschullehrer und ab 1952 Dekan an der Berliner Humboldt-Universität. Ihren späteren Namen erhielt die Thallwitzer Klinik 1961 [1 – 7].

Nach Rosenthals Emeritierung übernahm ab 1962 Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Wolfgang Bethmann die ärztliche Leitung der Klinik. Dies war bemerkenswert, denn er war als Direktor der Kieferchirurgischen Universitätsklinik Leipzig und (zeitweiliger) kommissarischer Direktor der Kieferchirurgischen Universitätsklinik Halle (1962 – 1964) bereits hoch belastet. Nicht zuletzt aufgrund der umsichtigen Arbeitsorganisation durch die leitenden Oberärzte der Fachabteilungen funktionierte der Klinikbetrieb dennoch gut. Die Klinik war inzwischen auf 140 Mitarbeiter angewachsen, hatte exzellente Ergebnisse und war im In- und Ausland als Zentrum für Spaltchirurgie und rekonstruktive Gesichtschirurgie bekannt und geschätzt.

Mit der Einführung der Meldepflicht von Spaltbildungen 1967 konnte Thallwitz seine Monopolstellung weiter ausbauen. Immerhin wurden zwei Drittel der gemeldeten Spaltpatienten auch dort rehabilitiert. Die Klinik betrieb sogar eine Außenstelle in Leipzig. Es wurden aber nicht nur Patienten der DDR behandelt. Thallwitz versorgte im Rahmen von staatlichen Gesundheitsabkommen beziehungsweise Solidaritätsaktionen auch Patienten aus über 20 Ländern [1, 3]. Auch kamen Gastärzte aus dem Ausland zur Hospitation

beziehungsweise Ausbildung dorthin. Die Jahre zwischen 1968 bis 1971 können als Blütezeit der Klinik angesehen werden. Pro Jahr wurden circa 1.900 Patienten stationär aufgenommen [1, 3, 7, 8]. Keine andere kieferchirurgische Klinik in Deutschland behandelte mehr Patienten.



Abb. 1: Die 1984 enthüllte Bronzestatue Wolfgang Rosenthals (1882 – 1971)

Bekanntermaßen kam es in der DDR mit Beginn der 1970er Jahre zu einer verstärkten politischen Einflussnahme im Bereich des Gesundheitswesens und des Hochschulbetriebes. Davon blieb auch die Thallwitzer Klinik nicht verschont. Zudem begannen erhebliche innerpersonelle Konflikte in der Klinikleitung. Die Verstrickungen in einen illegitimen Abort sowie ihm angelastete rechtswidrige Privatliquidationen

fürten zur Abberufung von Prof. Bethmann [3, 9]. 1973 wurde Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Gottfried Mühler neuer ärztlicher Direktor. Wie in den meisten Kliniken der DDR herrschte Mangel, so zum Beispiel an medizinischem Verbrauchsmaterial. Die Räumlichkeiten waren marode, das Dach undicht. Zeitweilig konnte bei starkem Regen nur eingeschränkt operiert werden, da dann Teile des Operationstraktes überschwemmt wurden. Die personelle Situation verschlechterte sich durch die Republikflucht einiger Mitarbeiter. 1988 war die Klinik dringend sanierungsbedürftig [3].

Nach friedlicher Revolution, Mauerfall und Wiedervereinigung 1989/1990 übernahm der Freistaat Sachsen die Trägerschaft der Klinik; Thallwitz wurde Landeskrankenhaus. Die überfällige bauliche Instandsetzung der Klinik kam dennoch nur schleppend in Gang (Abb. 2). Von 1991 bis 1993 erfolgten Sanierungsmaßnahmen, insbesondere



Abb. 2: Das ehemalige Schild im Eingangsbereich der Klinik (1989)



Abb. 3: Aus und vorbei: Schloss Thallwitz ist heute verwaist (2019)

die Erneuerung von Teilen des Daches. Der baugeschichtlich jüngere, aus dem Jahre 1882 stammende Flügel blieb unsaniert. Insgesamt bestand ein erheblicher Investitionsstau, der bis zuletzt nicht abgewendet wurde. Dieser und die laufenden Baumaßnahmen beeinträchtigten den Klinikbetrieb stark; in der Folge sanken Bettenzahl und Auslastung.

Mit der politischen Wende kamen aber auch im Kontext des wiedervereinigten Deutschlands neue Rahmenbedingungen auf Thallwitz zu. Die ostdeutschen kieferchirurgischen Universitätskliniken begannen fast zeitgleich mit der Etablierung beziehungsweise dem Ausbau einer eigenen Spaltchirurgie. Damit war das Monopol von Thallwitz gebrochen. Patienten erschlossen mit der Nutzung des Internets neue Möglichkeiten der Information. Eine kritische Analyse der seit Jahrzehnten kaum veränderten Behandlungskonzepte seitens der Klinikleitung unterblieb. Die landesweit übliche Mittelohrsanierung mittels Paukendrainage fand in Thallwitz keine

Beachtung. Unkritische Adenotonsillektomien wurden bei kombinierten Spaltbildungen noch immer verbreitet durchgeführt, obwohl diese Methode vielerorts als obsolet galt. Zudem gelang keine Etablierung der rekonstruktiven Mikrochirurgie. Auch litt die Klinik an einer desaströsen Infrastruktur. Ein Personenaufzug zum Transport liegender Patienten fehlte; dörflich eingebettet in den Muldenauen war das Haus weit abgelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln kaum erreichbar. Vor dem Hintergrund der bundesweiten Kommerzialisierung des Krankenhausbetriebes ab den 1990er Jahren steuerte Thallwitz somit in einen chancenlosen Wettbewerbsnachteil. Wirtschaftlichkeitsberechnungen der Krankenkassen ergaben 1993, dass ein weiterer Betrieb der Klinik als eigenständige Einrichtung nicht sinnvoll sei [7]. Mit der Neubesetzung des Ordinariats für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig durch Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Alexander Hemprich war ab 1994 die universitäre Weiterführung der

Spaltchirurgie gesichert. Zudem forderte das Fürstenhaus Reuß die Rückgabe von Schloss Thallwitz.

Nach der Schließung der Klinik 1994 übernahm das Universitätsklinikum Leipzig die Aufgaben der Klinik, einen Großteil der Patienten, des Personals einschließlich des letzten Klinikdirektors (Prof. Gottfried Mühler), der Ausstattung und des Archivs. 2008 teilte das Verwaltungsgericht Gera mit, dass bei den Rechtsstreitigkeiten um die Rückgabe von Immobilien des Fürstenhauses Reuß ein Vergleich erzielt sei, in dessen Folge Schloss Thallwitz dem

ursprünglichen Besitzer zugesprochen wurde [10]. Die Rückgabe an das Fürstenhaus erfolgte 2011 [3]. Das seit Juli 1994 leerstehende Schloss ist bis heute ungenutzt (Abb. 3). 50 Jahre Klinikbetrieb und Jahrzehnte des Leerstandes haben deutliche Spuren hinterlassen. Ungewiss ist auch das Schicksal des medizingeschichtlich bedeutsamen, circa 45.000 Akten umfassenden Archivs. Derzeit laufen Bemühungen um Fördermittel, um die wertvollen Bestände zu digitalisieren und weiterhin einer wissenschaftlichen Auswertung zugänglich zu machen.

Fazit: Das Konzept der interdisziplinären Betreuung von Spaltpatienten unter einem Dach wirkt bis heute nach und ist weltweit nahezu unerreicht. Thallwitz scheiterte letztlich an einem Komplex von Widrigkeiten, vor allem dem Innovationsstau und der aufkommenden Kommerzialisierung der deutschen Krankenhauslandschaft. ■

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent.

Niels Christian Pausch, Leipzig

E-Mail: niels.pausch@medizin.uni-leipzig.de

KUNST UND KULTUR

Vom Grund der Kunsttherapie

Zeichnung, Malerei, Mischtechnik – Sonderausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer

„... das Auffinden innerer Wahrheit ...“¹

Mittlerweile hat Kunsttherapie in der Behandlung kranker Menschen in Deutschland zweifellos und glücklicherweise einen etablierten und anerkannten Platz eingenommen. Im Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf gibt es sie bereits seit über 23 Jahren.

Die Sonderausstellung „Vom Grund der Kunsttherapie“ in der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden zeigt künstlerische Arbeiten von psychisch kranken, vorwiegend erwachsenen Pa-

tienten des Sächsischen Krankenhauses Arnsdorf. Die vorgestellten Zeichnungen, Malereien und Mischtechniken entstanden größtenteils innerhalb eines Zeitraums mehrerer Jahre, wenige erst kürzlich, alle im Rahmen einer non-direktiv, psychodynamisch orientierten Kunsttherapie.

Zu sehen ist die Frucht kunsttherapeutischer Arbeit, zum Teil mit dem Aufzeigen ihrer Entwicklung. Sie zeigt, dass Kunsttherapie Angst, Not und Schrecken mindern, Konflikte und Erfahrungen konstruktiv bearbeiten, einen Zugang zu sich und der Welt schaffen und die jeweilige persönliche Entwicklung vorantreiben kann. Damit verweist Kunsttherapie auf Dimensionen des Existenziellen. Sie ist eine besondere Auseinandersetzung mit dem Leben,



Frau, 58 Jahre, ohne Titel, Malerei (Acryl), 70 x 100 cm

die Leben schafft. Gelingen kann dieses nur im Kontext einer sicheren, affektiv getragenen kunsttherapeutischen Beziehung.

Es ist nicht das Ziel der Kunsttherapie, Kunstwerke zu schaffen, obwohl nicht

¹ Kramer, E. (2003), Über den Begriff der Qualität in der Kunsttherapie. In: Dannecker, K. (Hrsg.) Internationale Perspektiven der Kunsttherapie, Graz, Nausner & Nausner, S. 142

ausgeschlossen werden kann, dass diese entstehen.

Achtung und Respekt verdienen alle ausgestellten Arbeiten, die jedes Mal in einer ihnen eigenen Prozessarbeit entstanden sind. Nichts wirkt oberflächlich, banal oder aufgesetzt. Die Werke verwahren sich vor Attitüden, vor inszenierten Grenzüberschreitungen. Die expressive Kraft mancher Arbeiten, ihre Eindringlichkeit und Radikalität im Ausdruck erzwingt geradezu und

unmittelbar das Anschauen und die Auseinandersetzung mit ihnen. Sie sind von beeindruckender Präsenz und emotionaler Tiefe. Andere Werke sind eher zart und verhalten, faszinieren in ihrer reichen Einfachheit. Einige Patienten fühlten sich von der Kunst der Alten Meister stark angezogen, liehen sich dort für ihr schöpferisches Arbeiten etwas aus, zitierten oder kopierten. Auch diese Bilder werden gezeigt. Die Werke der Patienten sind persönliche Formulierungen eigener Lebensge-



Mann, 48 Jahre, ohne Titel, Zeichnung (Fineliner, Filzstifte), 18,7 x 29,7 cm



Frau, 55 Jahre, Ausschnitt aus einem Werk ohne Titel, Mischtechnik, 43 x 30,2 cm

schichten, zeigen Erlebnisse, Stimmungen und Sehnsüchte auf, offenbaren Herzensangelegenheiten und sind entstanden aus der Notwendigkeit einer Kommunikation mit sich und der Welt.

Es zeigt sich auch hier das grundsätzliche Bedürfnis, Spuren zu hinterlassen, um nicht allein zu sein. So gesehen ist Kunsttherapie auch ein Zurückgewinnen an Leben und für die Patienten in gewisser Weise lebensnotwendig.

In ihrer Echtheit und Ausdruckstiefe berühren uns die Bilder zutiefst. Sie schaffen eine Brücke zu unserem Leben. Sie berichten auch von unseren Sorgen, Sehnsüchten und Bedürfnissen. Sie geben uns ein Echo, eine Antwort und bewahren uns im gemeinschaftlichen Sein vor Ignoranz, Fragmentierung und Entfremdung. ■

Stefanie Tappe, M. A.
Kunsttherapeutin, PG Dip Art Psychotherapy
Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf

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

10. Juli bis 4. August 2019, montags bis donnerstags 9.00 bis 18.00 Uhr, freitags 9.00 bis 16.00 Uhr.

Vernissage: Mittwoch, den 10. Juli 2019, 18.00 Uhr