



Ärzteblatt Sachsen

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

gegründet 1990



UNTERSTÜTZUNG FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER UKRAINE

Lesen Sie auf Seite 5

Ambulante
Suchttherapie
bei Jugendlichen

8

Drittschützende
Zwangsbehandlung
nach SächsPsychKG

10

Aktuelle Konzepte der
Ernährungstherapie
in der Klinik

18

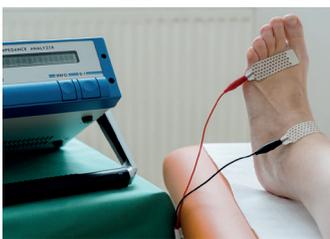
Inhalt



Aktuell: Ambulante
Suchttherapie bei Jugendlichen
Seite 8



Recht und Medizin
Seite 9



Ernährungsmedizin im
Aufbruch – Aktuelle Konzepte
der Ernährungstherapie
in der Klinik
Seite 18

| | | |
|---|---|----|
| EDITORIAL | ▪ Gleichberechtigung | 4 |
| AKTUELLES | ▪ Ärzte helfen ukrainischen Ärzten | 5 |
| GESUNDHEITSPOLITIK | ▪ Medizinische Reha bei Post-/Long-COVID-Syndrom .. | 6 |
| | ▪ Datenabgleich für Verkehrsmediziner und Arbeits-/Betriebsmediziner | 7 |
| | ▪ Aktuell: Ambulante Suchttherapie bei Jugendlichen .. | 8 |
| RECHT UND MEDIZIN | ▪ Das Scheinargument des „Pflichtversorgungsgebietes“ | 9 |
| | ▪ Drittschützende Zwangsbehandlung nach SächsPsychKG | 10 |
| AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN | ▪ Aus der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis | 13 |
| MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE | ▪ Fristverlängerung für Beitragsveranlagung bis 1. Juni 2022 | 13 |
| | ▪ Konzerte und Ausstellungen | 26 |
| MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE | ▪ Medizinische Fachangestellte – Gewinnung neuer Azubis | 14 |
| MITTEILUNGEN DER KVS | ▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ... | 15 |
| ORIGINALIE | ▪ Ernährungsmedizin im Aufbruch – Aktuelle Konzepte der Ernährungstherapie in der Klinik | 18 |
| LESERBRIEFE | ▪ Impfpflicht für im Gesundheitswesen tätige Personen | 25 |
| | ▪ Allgemeine Impfpflicht | 27 |
| VERSCHIEDENES | ▪ Impfen für Medizinprojekte in Asien und Afrika ... | 27 |
| PERSONALIA | ▪ Jubilare im April 2022 | 28 |
| IMPRESSUM | | 30 |
| EINHEFTER | ▪ Fortbildung in Sachsen – Mai 2022 | |



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann

© SLÄK

Gleichberechtigung

Am 8. März war Weltfrauentag. 2022 stand dieser Tag unter dem Motto „Break the Bias“ – „Stoppt die Voreingenommenheit.“ Es soll an diesem Tag (und in diesem Jahr) vor allem darum gehen, Vorurteile und Rollenstereotypen zu hinterfragen.

Clara Zetkin (1857 – 1933), deutsche Sozialistin, unterbreitete in Kopenhagen auf der 2. Internationalen Sozialistischen Frauenkonferenz 1910 den Vorschlag, international einen Tag für die Frauen einzuführen. Zum ersten Mal fand der Frauentag am 19. März 1911 statt. 1921 wurde das Datum auf den 8. März festgelegt. Die Protagonisten der ersten Stunde forderten diesen „Internationalen Frauenkampftag“ vor allem für Gleichberechtigung, Frauenwahlrecht und Selbstbestimmung.

Viel ist seitdem geschehen, vieles ist selbstverständlich. Frauen wählen, werden in hohe Ämter gewählt, Frauen dürfen ein eigenes Konto eröffnen (das allerdings in der BRD erst seit 1958). In der DDR waren Frauenrechte oft etwas schneller im Gesetz verankert: Bereits 1950 wurde das „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ verabschiedet. Voller Lohnausgleich im Mutterchutz, ein Ausbau der staatlichen Kinderbetreuung und damit die Förderung der Berufstätigkeit wurden umgesetzt. Die BRD war etwas langsamer in der Umsetzung. Das Recht auf Selbstbestimmung, auch bei ungewollten Schwangerschaften, war in der DDR 1972 gesetzlich bestimmt. Längst überfällig ist die aktuelle Diskussion um die endgültige Abschaffung des § 219a und damit die Anerkennung von

Schwangerschaftsabbrüchen als Teil einer notwendigen Gesundheitsversorgung bei hoher Versorgungssicherheit. Wussten Sie, dass das sogenannte unbereinigte „Gender Pay Gap“ (Gehaltsunterschied zwischen Frauen und Männern) für Deutschland 2019 bei 19 Prozent lag (im Osten übrigens geringer). Das bereinigte „Gender Pay Gap“, welches nur alle vier Jahre berechnet werden kann, betrug 2018 sechs Prozent – identisch zu 2014. Bereinigt in diesem Zusammenhang bedeutet, dass vergleichbare Qualifikationen, Erwerbsbiografien und Strukturen herangezogen werden. Der Unterschied folgt aber immer noch einem Ost-Westgefälle. Der mittlere Verdienstunterschied im Westen ist dreimal so hoch wie im Osten. Verdienst und Gehalt sind nur eine Seite.

Sind wir ehrlich und schauen nur auf das letzte Jahr, dann wird deutlich, dass Aufgabenlast und Aufgabenverteilung nicht gleich verteilt waren. Zum einen bilden Frauen in den Gesundheits- und Pflegeberufen mit 76 Prozent einen großen Anteil, zum anderen – das belegen Studien – wird die Betreuungs- und Pflegearbeit im häuslichen Umfeld hauptsächlich von Frauen geleistet. Hausarbeit im klassischen Sinne, Homeoffice parallel zum Homeschooling – eine meist erschöpfende und herausfordernde Mehrfachbelastung. Aus diesem Grund möchte ich allen Frauen mit diesem Editorial „Danke“ sagen. Meine Geschlechtsgenossinnen haben nicht nur einen Tag im Jahr Ehre und Blumen verdient, nicht nur eine Dekade der Ehrung, wie beispielsweise die von 1976 bis 1985 von der UN ausgerufenen „UN-Dekade der Frau“. Nein, Frauen sollten täglich geehrt werden und Wertschätzung erfahren. Gleichzeitig sollten sich Politiker und Entscheidungsträger dafür einsetzen, dass an jeder Stelle – und dies vor allem in Jobs ohne Hochschulabschluss – angemessene Gehälter gezahlt werden, unabhängig vom Geschlecht. Eine angemessenere Entlohnung, darauf hoffen allein im Gesundheitswesen MFA, Kranken- und Gesundheitspfleger, Service- und Reinigungskräfte.

Eines der am fortschrittlichsten erscheinenden Bundesländer ist Mecklenburg-Vorpommern. Die Landesregierung beschloss Ende 2021, dass der 8. März ein gesetzlicher Feiertag werden soll. Leider gilt dies erst ab 2023 – aber immerhin, das erste Bundesland, welches dies anschiebt und umsetzt.

Es ist noch viel zu tun in Sachen Gleichstellung, Gleichberechtigung, Ebenbürtigkeit, Überwindung alter Denkstrukturen und die Herausforderungen sind nicht kleiner als vor fast genau 100 Jahren, vielleicht komplexer – deswegen: 8. März für alle Frauen! ■

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
Vorstandsmitglied

Ärzte helfen ukrainischen Ärzten

Gestern bin ich wie immer um halb sechs aufgewacht. Meine Tochter war noch in ihrem Bett. Mein Mann hat die ganze Nacht nicht geschlafen. „In der Ukraine ist Krieg“, sagte er, „ich wollte dich nicht wecken, ich wusste nicht, wie man so was überhaupt sagt.“ Wir gingen uns das Gesicht waschen. Die Tochter saß auf ihrem rosen Töpfchen. Sie nahm eine Decke mit und bedeckte ihren Kopf. Manchmal guckte sie raus und sagte „Kuckuck“. Ich habe meine Zähne geputzt. In der Strumpfhose ist ein Loch. Wo sind alle Socken hin? Wir verspäten uns. Der übliche Morgen. Zu surreal, um wahr zu sein...

Das kann im 21. Jahrhundert nicht passieren. Im Herzen Europas. Aber es ist passiert.

Ich bin weit weg von meiner Heimat. Aber ich kann trotzdem helfen. Helfen Sie mir zu helfen. Helfen Sie den ukrainischen Ärzten. Der Ozean besteht aus Tropfen. Jeder von uns kann schmerzlos 5 Euro (das ist nur Kaffee mit Kuchen) spenden oder im Lager seines Krankenhauses nachsehen, ob es

etwas gibt, was man spenden würde. Alles wird sich als nützlich erweisen. Auch abgelaufene Medikamente. Eine erste Spende von medizinischen Hilfsgütern wurde durch Dr. med. Rüdiger Soukup, Chefarzt Innere Medizin, Ärztlicher Direktor des Malteser Krankenhauses Kamenz, übergeben. Mit vier PKW wurden sie noch am 26. Februar nach Lemberg gebracht.

#ärztehelfenärzte

Sachspenden bitte an:

Katholische Pfarrei Sankt Petrus
Dohnaer Straße 53, 01219 Dresden

Zentralverband der Ukrainer in
Deutschland e. V.

Lyudmyla Mlosch
Tel. 0172 6258497

Infozentrum:

Sofiiia Pryshchepa

Tel. 0177 8928596

E-Mail: sofiiapryshchepa2105@gmail.com

Rosa-Valetti-Straße 2a, 12623 Berlin ■

Iryna Fingerova

Ärztin aus Odessa

Malteser Krankenhaus Kamenz

Tel. 0152 58545695

E-Mail: irafingerova@gmail.com

HUMANITÄRE HILFE – SPENDEN* FÜR DIE UKRAINE

action medeor
IBAN: DE78 3205 0000 0000 0099 93
BIC: SPKRDE33
Sparkasse Krefeld
<https://medeor.de>

Deutsches Rotes Kreuz
IBAN: DE63370205000005023307
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft
<https://www.drk.de>

Caritas international
IBAN: DE88 6602 0500 0202 0202 02
BIC: BFSWDE33KRL
Bank für Sozialwirtschaft Karlsruhe
www.caritas-international.de

Ärzte ohne Grenzen e.V.
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Malteser Hilfsdienst e.V.
IBAN: DE10370601201201200012
BIC: GENODE1PA7
Pax Bank
www.malteser.de

Aktion Deutschland hilft
Nothilfe Ukraine
IBAN: DE62 3702 0500 0000 1020 30
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft
www.aktion-deutschland-hilft.de

*Online-Spenden möglich. Im Verwendungszweck immer Anschrift für Spendenquittung angeben.

LISTE DER BENÖTIGTEN HILFSGÜTER

Atemwege

Notfall-Larynx-Tubus
Guedel-Tubus
Wendel-Tubus
Ambu-Beutel
Beatmungs-Masken
Laryngoskope

Immobilisation

Stiff neck
Tourniquet für Arterien
Spineboard

Chirurgische Utensilien

Nahtmaterial mit Nadel
Chirurgische instrumente
Thoraxdrainage Notfallsets

Wundversorgung

Antiseptika
Desinfektionsmittel
Hämostatische Verbände
Verbandsmaterial aller Art

Zugänge

Intraossäre Zugänge (Bohrer)
Venenverweilkanülen
Dreiwege-Hähne
Kanülen-Pflaster
Stauschläuche
Infusionsbesteck

Medikamente

Antibiotika
HES und andere
Volumenersatzpräparate
Katecholamine
Adrenalin Fertigspritzen
Tranexamsäure
Schmerzmittel

Defibrillatoren (AED) mit Paddles
Perfusoren
Rettungsdecken
EKG Elektroden
Wärmefolien

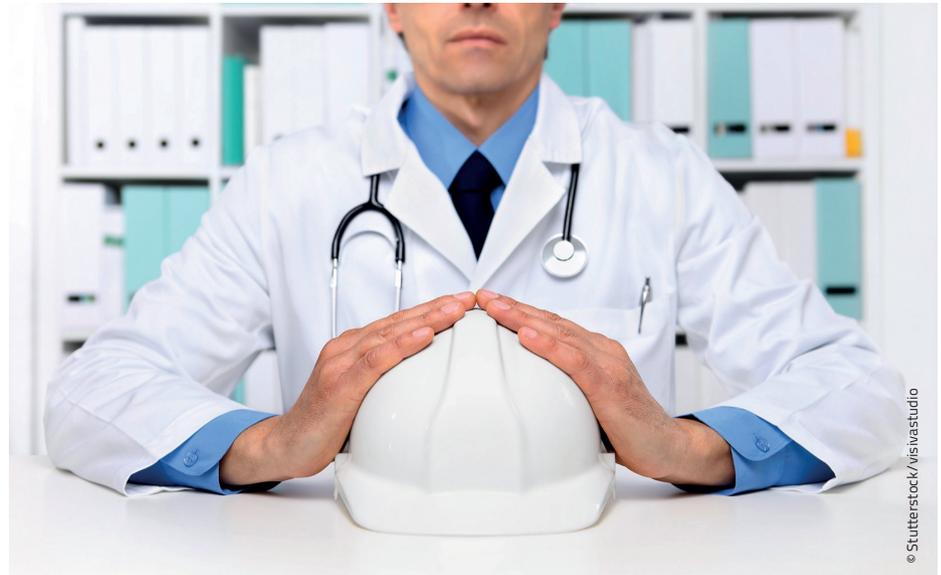
Datenabgleich für Verkehrsmediziner und Arbeits-/Betriebsmediziner

Die Sächsische Landesärztekammer stellt auf ihrer Internetseite Listen von

- Arbeits-/Betriebsmediziner
www.slaek.de → Ärzte → Informationen/Leitlinien → Arbeits- bzw. Betriebsmediziner
- und auch von Verkehrsmedizinern
www.slaek.de → Ärzte → Informationen/Leitlinien → Ärztinnen und Ärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation

für Behörden, Gutachtenerstellung, betriebsmedizinische Betreuung und andere zur Verfügung. Die Listen enthalten die Kontaktdaten der betreffenden Ärzte, die ihre Zustimmung zur Veröffentlichung gegeben haben.

Leider ist es für die Sächsische Landesärztekammer fast ausgeschlossen, diese Listen aktuell zu halten, wenn Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Daten und Änderungen zu Ihrer Zustimmung (dazu gehört auch, wenn Sie für diese Fragestellungen nicht mehr zur Verfügung stehen) nicht zeitnah melden.



© Shutterstock/visivastudio

Sollten Sie also bereits Ihre Einwilligung gegeben haben, dann kontrollieren Sie bitte Ihren Eintrag auf Aktualität der Daten und prüfen Sie für sich, ob Sie weiterhin zum Beispiel als Ansprechpartner für Gutachten, betriebsärztliche Betreuungen gemäß der DGUV-Vorschrift oder als Ansprechpartner für Behörden zur Verfügung stehen wollen. Gleiches gilt für die Liste der Verkehrsmediziner.

Sollten Sie wünschen, in die Liste aufgenommen zu werden, beachten Sie bitte folgende Voraussetzungen:

Verkehrsmedizin:

- Teilnehmer des in der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführten Kurses „Verkehrsmedizinische Begutachtungen“

Arbeits- und Betriebsmedizin

- Facharzt für Arbeitsmedizin und/oder
- Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und/oder
- Staatliche Anerkennung (DDR) „Betriebsarzt“

Wenn Änderungen Ihrer Kontaktdaten notwendig sind oder Sie Ihre Zustimmung widerrufen oder auf eine der Listen aufgenommen werden möchten, dann schicken Sie bitte eine E-Mail an ausschuesse@slaek.de ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Susanne Richter
Leiterin Referat Berufsregister

Aktuell: Ambulante Suchttherapie bei Jugendlichen

Die Legalisierung von Cannabis soll kommen. So sieht es zumindest der Koalitionsvertrag der Bundesregierung vor. Die politischen Debatten zur konkreten Umsetzung nehmen zu.

Welche Auswirkungen auf die ambulante Suchtbehandlung befürchten Ärzte und Psychotherapeuten mit Blick auf die bevorstehende Cannabis-Legalisierung?

Eine Antwort liefert die DELTA-Studie der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Sie gibt einen aktuellen Einblick auf die Auswirkungen von Cannabis-Konsum bei Heranwachsenden und neue Ansätze für ambulante Therapiemöglichkeiten. Ein Forschungsteam um Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Dresden, und Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Yulia Golub, Projektleiterin, hat einen Handlungsleitfaden für die ambulante Suchttherapie erarbeitet, wissenschaftlich begleitet und eingeführt. Finanziell unterstützt wurde die Studie vom Sächsischen Wissenschaftsministerium im Rahmen der Landesforschungsförderung.

Der Handlungsleitfaden „DELTA – Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum“ vereint erstmals die Suchtbehandlung mit der Therapie von psychischen Störungen. In der auf 16 Wochen angelegten Therapie beziehen die Ärzte und Therapeuten sehr intensiv auch die Eltern und Betreuer ein, um so möglichst große Therapieerfolge zu erzielen. In Gruppen- und Einzeltherapiestunden erarbeiten die Praktiker

mit den 12- bis 17-Jährigen einen Therapieplan zur Reduzierung des Drogenkonsums, zum Aufbau suchtfreier Phasen bis hin zu dauerhafter Abstinenz. Eltern werden angeleitet, Anzeichen einer Sucht zu erkennen, ihrem Kind Unterstützung zu geben und es wird besprochen, welche Suchtmittel es gibt. Auf die politische Entscheidung, Cannabis

sei diese Problematik nicht mehr zu bewältigen.

Die Jugendlichen sind im Durchschnitt 13 Jahre alt, wenn sie zum ersten Mal Drogen konsumieren. In der Studie zeigte sich diesbezüglich kein geschlechtsspezifischer Unterschied. Dr. Golub betonte, dass die Gründe für eine Suchtentwicklung sehr komplex seien. „Viele unserer Patienten in der Spezialambulanz für Suchterkrankung erleben neben der Abhängigkeit starke psychische und soziale Belastungen.“ Diese seien in der Pandemie deutlich angestiegen. „Dabei ist das Risiko einer depressiven Störung bei Mädchen stärker ausgeprägt“, so Dr. Golub.

Studien zufolge sind 90 Prozent der in Therapie befindlichen jugendlichen Drogenkonsumenten straffällig, zeigen Auffälligkeiten in ihrem Sozialverhalten oder leiden an ADHS, Depressionen, Folgen von Traumata oder Angststörungen. Ohne die Mitbehandlung dieser zusätzlichen Belastungen sind die Aussichten gering, nach einer Entzugsbehandlung dauerhaft

„clean“ zu bleiben.

Das Handbuch „DELTA – Dresdner Multimodale Therapie für Jugendliche mit chronischem Suchtmittelkonsum“ möchte eine Versorgungslücke schließen, indem es für ambulante Therapien nutzbar ist. Der Leitfaden richtet sich an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ärzte aber auch Sozialarbeiter, die im suchttherapeutischen Setting arbeiten und kann unter www.hogrefe.com bestellt werden. ■

Kristina Bischoff M.A.
Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“



Yulia Golub
Lukas A. Basedow
Johannes Meiron Zwipp
Sören Kuitunen-Paul
Veit Roessner

**DELTA –
Dresdner Multimodale
Therapie für Jugendliche
mit chronischem
Suchtmittelkonsum**



hogrefe

bis zu legalisieren, schauen Prof. Rößner und Dr. Golub sehr besorgt. Sie warnen vor einer falschen Signalwirkung. Es sei bereits jetzt schon ein Trend zur Verharmlosung von Cannabis zu erkennen. Die DELTA-Studie ergab, dass 84 Prozent der Jugendlichen Cannabis konsumieren. Alkoholabhängigkeit folgt mit mehr als 50 Prozent an zweiter Stelle. Prof. Rößner warnte eindringlich vor ansteigendem Medien- und gleichzeitigem Cannabiskonsum. Diese Kombination mache ihm die größten Sorgen. Mit Prävention allein

Das Scheinargument des „Pflichtversorgungsgebietes“

Gleichbehandlung von psychisch und somatisch Kranken

Frau K., eine 44-jährige Patientin, zog vor einem Jahr von der einen in die nächste Straße ihrer Stadt. Im Vorfeld war sie im Rahmen einer phasenhaften psychischen Erkrankung mehrfach in Kliniken behandelt worden, wobei sie zur letzten Klinik ein subjektiv empfundenes, tragendes Vertrauen entwickelt hatte. Neuerlich bemerkte Symptome veranlassten sie, sich in dieser Klinik wieder für eine stationäre Behandlung anzumelden, da sie den weiteren Krankheitsprozess kannte und eine rasche Verschlechterung befürchtete. Dort verwies man auf den eigenen Einzugsbereich und auf die andere zuständige Klinik. Mit dieser waren allerdings unangenehme Erinnerungen verbunden, sodass Frau K. die Aufnahme dort für sich ausschloss. Danach scheiterten nochmals der Hausarzt und letztlich der Notarzt, die eine unfreiwillige Aufnahme verhindern wollten, an der früher behandelnden Klinik. Schließlich wurde Frau K. in die nun zuständige Klinik zwangseingewiesen und kurz danach zwangsbehandelt. Sie verweigerte sich, wurde zur „schwierigen“ Patientin und um Haaresbreite verhinderte man einen Suizid. Die Behandlung war durch Renitenz geprägt und trotz aller Bemühungen

und untadeliger Behandlung war das Verhältnis völlig entzweit.

Beim Verweis auf den Einzugsbereich bezog man sich auf die „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Festlegung von Einzugsgebieten für

Anfrage verhindern eine Abweisung unter Bezug auf den Einzugsbereich. Faktisch wird psychisch kranken Patienten die freie Arzt- und Klinikwahl abgesprochen. Ein Vorgang, der somatische Patienten nur bei Überfüllung der Kliniken ereilen kann. Die Einzugsordnung und das SächsPsychKG begründen dies jedoch nicht, diese sichern umgekehrt sogar den psychisch Kranken das Anrecht auf Behandlung. Keinesfalls begrenzen diese Regelungen die Freiheitsrechte psychisch kranker Menschen. Damit können sich die angefragten Personen nicht auf dieses Recht beziehen. Es verbleiben somit eine Anmaßung oder



© Depositphotos/AndreyPopov

die psychiatrische Krankenhausversorgung“ (in der Folge kurz: Einzugsverordnung) die selbst ein Adjunkt des § 2 Abs. 2 SächsPsychKG (Sächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz) ist. Die SächsPsychKG verpflichtet die Kliniken, Patienten, die sich in den ihnen zugewiesenen Einzugsgebieten aufhalten, aufzunehmen und zu behandeln. Es besteht kein darauf bezogenes Recht, eine Behandlung abzulehnen. Nicht wenige Patienten erleben regional unterschiedlich jedoch ähnliches wie Frau K. Weder die Freiwilligkeit noch eine Einweisung oder eine notärztliche

ein „Hausrecht“, beide sind jedoch grundsätzlich zu hinterfragen. Nicht selten berufen sich Verfechter der Ausgrenzung auf die sozialpsychiatrische Einbettung ihrer Kliniken, die Nachbehandlung und die persönlichen Beziehungen in einer Region. Diese Argumente sind fadenscheinig, zumal auch darüber der Patient frei entscheidet und unsere Kommunikationswelt Kontakte auch über die Sektorgrenzen hinaus erlaubt. Das Vorgehen ablehnender Kliniken könnte zudem zur Rechtsfrage führen, ob diese nicht geeignet ist, ungünstige Verläufe, Kom-

ein „Hausrecht“, beide sind jedoch grundsätzlich zu hinterfragen. Nicht selten berufen sich Verfechter der Ausgrenzung auf die sozialpsychiatrische Einbettung ihrer Kliniken, die Nachbehandlung und die persönlichen Beziehungen in einer Region. Diese Argumente sind fadenscheinig, zumal auch darüber der Patient frei entscheidet und unsere Kommunikationswelt Kontakte auch über die Sektorgrenzen hinaus erlaubt. Das Vorgehen ablehnender Kliniken könnte zudem zur Rechtsfrage führen, ob diese nicht geeignet ist, ungünstige Verläufe, Kom-

plikationen und letztlich Schäden (im Extremfall einen Suizid) in der Folgeklinik zu bedingen (zusätzliche Kränkung durch Ablehnung). Zumindest nimmt man dort im Sinne einer „schlechten Kollegialität“ den schwierigen Folgeverlauf billigend in Kauf. Im Rahmen einer Zwangsunterbringung und -behandlung ergeht hier die Pflichtfrage nach der Verhältnismäßigkeit und den „geringeren“ Mitteln als weitere Rechtsfrage, wenn in einer anderen Klinik Hilfesuchende freiwillig und kooperativ zu behandeln wären. Diese Frage gilt auch dem Behandlungsverlauf, der bei einer Freiwilligkeit und einem Vertrauen eher günstiger verlaufen wird. „Ceterum censeo ...“ psychisch und somatisch Erkrankte unterscheiden sich in ihren Rechten nicht. ■

Dr. med. Peter Grampp
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
E-Mail: Peter.Grampp@kh-hubertusburg.de

KEINE EINSCHRÄNKUNG DER FREIEN KRANKENHAUSWAHL

§ 2 Abs. 2 SächsPsychKG lautet: „Krankenhäuser sind verpflichtet, die einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung bedürftigen Patienten aus einem festgelegten Einzugsgebiet, in dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder in dem die stationäre Behandlungsbedürftigkeit eingetreten ist, aufzunehmen und zu behandeln.“

Das heißt: die Krankenhäuser müssen die Patienten behandeln. Aus dieser Verpflichtung ergibt sich keine Einschränkung der freien Krankenhauswahl. Es ist also keine Pflicht der anderen Krankenhäuser, in die Einzugsgebietskrankenhäuser zu verweisen. Dazu die Gesetzesbegründung: „Der Kontrahierungszwang ist einseitig. Er bindet die Krankenhäuser, nicht die Patienten“. Eine Verweisungspflicht war vom Gesetzgeber nicht gewollt.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung
E-Mail: ra@slaek.de

Drittschützende Zwangsbehandlung nach SächsPsychKG

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung trotz entgegenstehender Patientenverfügung und ihre Bedeutung für eine drittschützende ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen von § 22 SächsPsychKG (Sächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz)

E. Hahn

Ausgangslage

Bereits das Reichsgericht hatte im Jahr 1894 klargestellt, dass ein ärztlicher Heileingriff auch dann tatbestandlich eine Körperverletzung darstellt, wenn er medizinisch geboten war, lege artis durchgeführt wurde und erfolgreich verlaufen ist [1]. Er bedarf daher der rechtfertigenden Einwilligung des Patienten nach einer ausreichenden Aufklärung [2]. Auch der Bundesgerichtshof ist dieser Linie weithin [3] treu

geblieben [4]. Neben dem Körperverletzungsaspekt wird der Einwilligungsbedarf heute aber zumindest im Schrifttum vorrangig auf die anderenfalls bestehende Persönlichkeitsrechtsverletzung beim Patienten gestützt [5]. In strafrechtlicher Hinsicht (§ 223 StGB) und im System der deliktischen Haftung (unter anderem § 823 Abs. 1 BGB) handelt es sich bei der Einwilligung um einen Rechtfertigungsgrund [6]; in § 630d BGB ist ihre vorherige Einholung darüber hinaus seit dem Jahr 2013 als vertragliche Pflicht verankert [7]. Ist der

Patient einwilligungsunfähig und kann daher den ärztlichen Eingriff nicht selbst legitimieren, sind andere Ansätze zur Rechtfertigung erforderlich. In den meisten Fällen genügt in einer solchen Konstellation die Einwilligung des gesetzlichen (zum Beispiel Eltern, Betreuer und ab 2023 auch Ehegatten) oder gewillkürten (zum Beispiel Vorsorgebevollmächtigter) Vertreters [8]. Lehnt der betroffene Patient den Eingriff allerdings im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit ab, kann dieser Ausdrück seines „natürlichen Willens“ –

zumindest bei Volljährigen – [9] nicht allein unter Verweis auf eine Entscheidung des Vertreters überwunden werden. Im Betreuungsrecht ist dann nach § 1906a Abs. 1 und 2 BGB die Einhaltung verschiedener verfahrensrechtlicher Anforderungen und vor allem eine richterliche Genehmigung der Entscheidung zur Zwangsbehandlung erforderlich.

Außerhalb des Betreuungsrechts, das sich vorrangig am Wohl (und ab 2023 noch stärker am Willen) [10] des Betroffenen ausrichtet, kommt eine Zwangsbehandlung auch auf der Grundlage öffentlich-rechtlicher Vorschriften in Betracht. Diese sind in Sachsen vor allem [11] im SächsPsychKG (Sächsisches Psychisch-Krankengesetz) verankert, das sowohl für die Unterbringung im Maßregelvollzug als auch für die rein präventive Unterbringung zur Gefahrenabwehr gilt. Die zuletzt genannte Variante erfasst grundsätzlich alle Schutzadressaten, sodass zumindest die Unterbringung nach § 10 SächsPsychKG sowohl bei einer Eigen- als auch bei einer Fremdgefährdung denkbar ist. Fraglich bleibt allerdings, ob beide Varianten auch als Grundlage für eine ärztliche Zwangsmaßnahme genügen können. Der § 22 Abs. 2 Nr. 1 a SächsPsychKG gestattet eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen, wenn diese „geboten ist, um die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung wiederherzustellen, damit dem Patienten nach der Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft möglich ist und anderenfalls eine langfristige Unterbringung zu erwarten ist“. Zumindest nach dem Wortlaut der Vorschrift erscheint eine Heranziehung dieser Alternative zur Abwehr einer Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen. In der Gesetzesbegründung zu § 22 SächsPsychKG aus dem Jahr 2014 findet sich allerdings ein ausdrücklicher Verweis auf die Geltung der vom BVerfG

im Jahr 2011 aufgestellten Grundsätze zur Zwangsbehandlung und darüber hinaus auch noch die Aussage, dass „einer Fremdgefährdung [...] im Rahmen der besonderen Sicherungsmaßnahmen begegnet werden“ [12] müsse. Das BVerfG hatte damals in einem Verfahren zum Maßregelvollzugsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz ausgeführt, dass „als rechtfertigender Belang [...] für eine Zwangsbehandlung] nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht [komme], die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte“ [13]. Dieser Schutz sei schließlich bereits dadurch zu gewährleisten, „dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt“ [14]. Diese Konstellation erlaube daher „keinen Behandlungszwang gegenüber einem Untergebrachten, denn dessen Weigerung, sich behandeln zu lassen, [...] sei] nicht der Sicherheit der Allgemeinheit vor schweren Straftaten, sondern seiner Entlassungsperspektive abträglich.“ [15] Wegen der Bezugnahme auf diese Ausführungen und der oben genannten Formulierung in der Gesetzesbegründung zu § 22 SächsPsychKG ist davon auszugehen, dass eine Zwangsbehandlung zur Abwehr einer Fremdgefährdung dort grundsätzlich nicht vorgesehen sein sollte [16].

Inhalt der Entscheidung vom 8. Juni 2021

In seinem aktuellen Beschluss vom 8. Juni 2021 hat das BVerfG klargestellt, dass die staatliche Schutzpflicht gegenüber einer untergebrachten Person eine Zwangsbehandlung grundsätzlich nicht rechtfertigen kann, wenn diese zuvor im Zustand der Einsichtsfähigkeit durch eine Patientenverfügung wirksam ausgeschlossen wurde [17]. Sowohl das Betreuungsrecht (§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BGB) als auch § 22 Abs. 2 Nr. 5 SächsPsychKG sehen die Pflicht zur Berücksichtigung solcher

Erklärungen ausdrücklich vor. Da es sich bei der Möglichkeit zur antizipierten Ablehnung einer Zwangsbehandlung jedoch um einen Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts handelt, muss diese ihre Grenzen dort finden, wo auch die Selbstbestimmung endet. Das ist der Fall, wenn von der Entscheidung des Patienten Rechte Dritter betroffen sind [18]. Auf diese Weise hat das BVerfG auch die im Jahr 2011 vermeintlich abgeschlossene Diskussion um die Zulässigkeit einer drittschützenden Zwangsbehandlung wieder geöffnet. Das war zwingend notwendig, da der Verweis auf eine hinreichende Gefahrenabwehr durch eine schlichte Verwahrung dann unzureichend ist, wenn andere Personen innerhalb der Einrichtung gefährdet werden. Erneut bekräftigt hat das BVerfG aber auch im Jahr 2021 den Grundsatz, dass „der Schutz der Allgemeinheit vor Straftaten der untergebrachten Person, die diese im Fall ihrer Entlassung [...] krankheitsbedingt begehen könnte, [...] keinen geeigneten Rechtfertigungsgrund dar[stellt].“ [19]

Zumindest in dieser Deutlichkeit neu ist allerdings die folgende Aussage: „Ein weiterer Verbleib [...] in der Maßregelvollzugseinrichtung kann aber diejenigen Personen nicht schützen, die ihm dort begegnen.“ [20] Das betrifft vor allem andere Patienten, Besucher und in engen Grenzen auch das ärztliche und pflegerische Personal. Das BVerfG führt dazu aus: „Um die notwendige Pflege und Versorgung [...] zu gewährleisten und darüber hinaus zu Therapie und Resozialisierung erforderliche Maßnahmen anzubieten, tritt das Personal der Maßregelvollzugseinrichtung zwangsläufig mit dem [...] Patienten] in engen Kontakt. Zudem sind in der Maßregelvollzugseinrichtung weitere Patienten untergebracht, die mit [...] diesem] zusammentreffen können. Die aus den Grundrechten dieser Personen, insbe-



sondere ihrem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit folgenden Schutzpflichten können einen Rechtfertigungsgrund für eine Zwangsbehandlung darstellen.“ [21]

Das BVerfG hat damit nicht nur dem vermeintlichen Grundsatz einer generell unzulässigen drittschützenden Zwangsbehandlung eine Absage erteilt, sondern zugleich die Bedeutung der ebenfalls grundrechtlich verankerten Schutzpflicht des Staates im Hinblick auf andere Personen in der Einrichtung als möglichen Rechtfertigungsgrund betont. Die zuständigen Landesgesetzgeber sind daher aufgerufen, ihr Gefahrenabwehrrecht dahingehend zu überprüfen, ob es den Einrichtungen die erforderlichen Instrumentarien auch tatsächlich bereitstellt. Das kann auch eine gesetzlich verankerte drittschützende Zwangsbehandlung umfassen, wenn der Schutzpflicht nicht bereits durch andere ebenso geeignete Alternativen entsprochen wurde. In jedem Fall steht eine solche ärztliche Zwangsmaßnahme in besonderem Maße unter dem Vorbehalt „striktter Verhältnismäßigkeit“ [22]. Lässt sich beispielsweise

die Gefährdung des Personals auch durch Schulungen, eine hinreichende personelle Ausstattung (kein Einzelkontakt mit besonders gefährlichen untergebrachten Personen) oder situativ angemessene Sicherungsmaßnahmen abwenden, ist die Zwangsbehandlung nicht erforderlich und damit unzulässig. Ausschließlich monetäre Einwände lassen sich diesem Gebot ebenfalls nicht entgegenhalten. In ähnlicher Weise werden sich auch die Gefahren für Besucher durch organisatorische Maßnahmen weithin vermeiden lassen. Dagegen erweisen sich andere Patienten in diesem Zusammenhang als besonders vulnerabel, da sich auch diese regelmäßig aufgrund einer Unterbringungsentscheidung in der Einrichtung aufhalten. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass deren Möglichkeit zur eigenständigen Gefahrenvermeidung wegen der bei ihnen vorliegenden psychischen Krankheit erheblich reduziert sein kann. Vor allem in diesen Fällen liegt eine drittschützende Zwangsbehandlung nahe, soll die gefährdende Person nicht einer – kaum weniger belastenden – dauerhaften Isolation ausgesetzt sein.

Konsequenzen für die Praxis und Handlungsoptionen des sächsischen Gesetzgebers

Für die Praxis erweist sich die Situation unter dem Regime des SächsPsychKG damit als unbefriedigend. Verfassungsrechtlich ist eine drittschützende Zwangsbehandlung in engen Voraussetzungen möglich, ihre gesetzliche Verankerung kann unter Umständen sogar geboten sein. Der Wortlaut von § 22 Abs. 2 Nr. 1 a SächsPsychKG ist zwar zumindest nicht *expressis verbis* auf die Abwendung von Eigengefährdungen beschränkt, gerade die dort vorgesehene Vermeidung von Gefahren, die nach der Entlassung bestehen können, hat das BVerfG jedoch als Grund für eine Zwangsbehandlung nicht akzeptiert. Das gleiche Bild folgt auch aus der zur Auslegung der Norm heranzuziehenden Intention des sächsischen Gesetzgebers. Es ist daher zu hoffen, dass dieser hier schnell Klarheit schafft. Dabei lohnt sich der Blick in die Parallelvorschrift des § 21 Abs. 1 S. 3 SächsUHaftVollzG (Sächsisches Untersuchungshaftvollzugsgesetz), der eine drittschützende Zwangsbehandlung sogar ausdrücklich vorsieht: „Eine [...] ärztliche Zwangsmaßnahme] ist auch zulässig, wenn von Untersuchungsgefangenen eine Gefahr für die Gesundheit anderer Personen ausgeht.“ Bei dieser Überarbeitung wäre dann auch gleich § 22 Abs. 2 Nr. 5 SächsPsychKG (entgegenstehender zuvor bekundeter freier Wille des Patienten als Hinderungsgrund) auf die Fälle der Eigengefährdung zu beschränken. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Prof. Dr. iur. Dr. rer. medic. Erik Hahn
Professur für Zivilrecht, Medizinrecht,
Wirtschafts- und Immobilienrecht
Institut für Gesundheit, Altern und Technik
Hochschule Zittau/Görlitz
Fakultät Wirtschaftswissenschaften
Theodor-Körner-Allee 16, 02763 Zittau
www.erikhahn.de

Aus der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Der Vorsitzende der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis, Dr. med. Dirk Müller, verabschiedete am 1. Februar 2022 Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer mit einem Präsent aus dem Vorstand der Kreisärztekammer.

Dabei würdigte er ihr jahrzehntelanges berufspolitisches Engagement im Ehrenamt in den verschiedensten Gremien. Über vier Legislaturperioden war sie selbst Vorsitzende. Weiterhin fungierte sie über viele Jahre als Gleichstellungsbeauftragte bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer, Fachärztin für Innere Medizin, arbeitet im ambulanten Bereich als Hausärztin in Löbnitz/Erzgebirge.

Der Vorstand wünscht Frau Kollegin Tuchscherer für die persönliche wie auch berufliche Zukunft alles erdenklich Gute. Nachfolgend rückte Dr. med. univ. Claudia Philipp in das Amt als Beisitzerin nach. ■



Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender der
Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Verabschiedung von Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer aus dem Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE

Fristverlängerung für Beitragsveranlagung bis 1. Juni 2022

Auf Vorschlag des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer hat die Kammerversammlung wie im letzten Jahr im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossen, die in der Beitragsordnung verankerten Fristen vom 1. März 2022 auf den 1. Juni 2022 zu verlängern. Über dieses Vorhaben hatten wir bereits am 14. Februar 2022 auf unserer Website berichtet.

Hintergrund ist die durch den Gesetzgeber verlängerte Abgabefrist für die Einkommensteuererklärung 2020, die für viele Grundlage für die Veranlagung zum Kammerbeitrag 2022 ist, sowie die nach wie vor hohe Belastung der Steuerberater durch Corona-Förderanträge. Für die Kammermitglieder bedeutet das konkret Folgendes:

1. Die Beitragsunterlagen einschließlich der Nachweise sind bis

1. Juni 2022 an die Kammer zu übersenden. Für Portalnutzer gilt dieser Termin ebenso. Notwendige Fristverlängerungen beantragen Sie bitte telefonisch, per E-Mail oder über das Portal.

2. Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, wird die dreiprozentige Ermäßigung bei Portalnutzung bis 1. Juni 2022 gewährt.

Dazu ist die Beitragsveranlagung im Portal ordnungsgemäß vorzunehmen, die erforderlichen Nachweise sind hochzuladen und es muss ein gültiges SEPA-Lastschrift-Mandat bei der Kammer vorliegen.

3. Die Fälligkeit des Kammerbeitrages wird auf den 1. Juni 2022 festgesetzt. Erst ab diesem Zeitpunkt werden alle fälligen SEPA-Lastschriften eingezogen.

4. Anträge auf Stundung, Ermäßigung und Erlass des Kammerbeitrages zur Vermeidung unzumutbarer Härten können bis 1. Juni 2022 gestellt werden.

Bei allen Fragen zur Beitragsveranlagung können Sie sich gern an die zuständigen Mitarbeiterinnen des Beitragswesens wenden. Diese finden Sie im Anschreiben der Beitragsunterlagen und im Mitgliederportal. ■

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Anmerkung: Bei Redaktionsschluss lag die Genehmigung der Satzungsänderung von der Rechtsaufsicht noch nicht vor. Nach deren Genehmigung wird die Satzung gemäß § 15 Abs. 2 Hauptsatzung auf der Internetseite unter www.slaek.de amtlich bekannt gemacht.

Medizinische Fachangestellte – Gewinnung neuer Azubis

Laut Bundesinstitut für Berufsbildung steht der Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) im Jahr 2021 auf Rang 1 der beliebtesten Ausbildungsberufe junger Frauen in Deutschland. Eine überraschend positive Meldung, die dazu beiträgt, die Bekanntheit und das Ansehen des Berufsbildes zu verbessern. An diesen Erfolg will die Sächsische Landesärztekammer anknüpfen und weiterhin für die Ausbildung und die guten beruflichen Chancen werben, denn eine Entspannung der Personalsituation in den sächsischen Arztpraxen ist noch lange nicht absehbar.

Im Jahr 2021 stand das Referat Medizinische Fachangestellte bei der Akquise von Auszubildenden vor großen Herausforderungen. Präsenzveranstaltungen zur Berufsorientierung konnten nicht stattfinden. Vereinzelt Onlineveranstaltungen waren aufgrund geringer Reichweite nicht von großem Erfolg gekrönt. Eine gezielte Ansprache der Schüler und junger Erwachsener war damit kaum möglich. Umso wichtiger erschien es, neue Wege zu suchen, um der Zielgruppe die Möglichkeit, diese Berufsausbildung zu wählen, aufzuzeigen. Im Oktober 2021 startete die Ausbildungskampagne „Läuft! ... aber nur mit Dir!“ sachsenweit. Wir informierten darüber im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2021. Eine Wiederholung der Kampagne ist in diesem Jahr geplant. Die zielgruppengerechte Ansprache in der Kampagne trägt auch zur allgemeinen Imageverbesserung und zur Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufsbildes bei.

Für das laufende Jahr sind wieder Präsenzveranstaltungen vorgesehen, unter anderem auf Sachsens größter Messe

zur Berufsorientierung „Karriere Start“. Ursprünglich und traditionell im Januar angedacht, fiel diese bereits wiederholt der Pandemiesituation zum Opfer. Eine letzte Terminverschiebung erfolgte auf den März 2022. Die Sächsische Landesärztekammer ist mit einem Infostand zum Thema Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten vertreten. Weiterhin ist eine Teilnahme an der erfolgreich etablierten Messe „vocatium“ an den Standorten Dresden und Leipzig geplant. Das besondere Konzept der „vocatium“ ermöglicht eine gezielte Ansprache der Schüler, welche sich bereits in der Bewerbungsphase befinden.

Mit zahlreichen Veranstaltungen beteiligt sich die Sächsische Landesärztekammer zudem im März 2022 an der Woche der offenen Unternehmen „Schau rein“. Teilnehmer können sich an den Veranstaltungstagen im Prüfungskabinett der Sächsischen Landesärztekammer an typischen Tätigkeiten einer MFA ausprobieren.

Nachfolgend geben wir einen Überblick der Veranstaltungen, an denen das Referat über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten informiert:

- 4. März: Tag der Unternehmen an der Andert-Oberschule in Ebersbach-Neugersdorf
- 11. bis 13. März: Karriere Start Dresden
- 14. bis 17. März: Schau rein! Woche der offenen Unternehmen in der Sächsischen Landesärztekammer
- 4. Mai: Berufemesse an der 55. Oberschule Dresden
- 8./9. Juni: vocatium Leipzig
- 11. Juni: BeWhatever Frankenber
- 30. Juni / 1. Juli: vocatium Dresden

Ausbildungsmessen sind bei der Ansprache potenzieller Bewerber beson-

ders wichtig. Sie bieten eine gute Möglichkeit, um den ersten und direkten Kontakt zu knüpfen und persönlich von einer Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten zu überzeugen. Die Akquise im Onlinebereich gewinnt, nicht zuletzt der derzeitigen Situation geschuldet, immer mehr an Bedeutung. Jugendliche und junge Erwachsene informieren sich zunehmend ausschließlich mit dem Smartphone oder Tablet über mögliche Berufsausbildungen. Das zielgerichtete Design der Ausbildungskampagne erhöht die Aufmerksamkeit und leitet die Bewerber auf die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer. Hier stehen umfassende Informationen zur Berufsausbildung und die Ausbildungsplatzbörse zur Verfügung.

Ausbilder, die einen freien Ausbildungsplatz anbieten und auf der Suche nach Bewerbern sind, können diesen in die Ausbildungsplatzbörse der Sächsischen Landesärztekammer einstellen lassen. Im Rahmen des Programms „Passgenaue Besetzung von Ausbildungsplätzen“ werben wir auf den beschriebenen Veranstaltungen für die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten, verweisen auf die Ausbildungsplatzbörse und vermitteln gegebenenfalls Bewerber direkt an Ausbilder. Gern informieren wir Sie auch zum Thema rund um die Ausbildung in der eigenen Praxis und unterstützen Sie beim Bewerbungsverfahren. Wenden Sie sich dazu an die zuständige Mitarbeiterin im Referat Medizinische Fachangestellte, Lydia Seehöfer, Tel.: 0351 8267-169 oder E-Mail: l.seehofer@slaek.de. ■

Lydia Seehöfer B.A.
Sachbearbeiterin

Projekt Passgenaue Besetzung

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 |
|--|---|-----------------|-----------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/C018 | Allgemeinmedizin*) ZB: Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Palliativmedizin (häftiger Vertragsarztsitz) | Mittweida | 24.03.2022 |
| ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/C019 | Kinder- und Jugendmedizin | Chemnitz, Stadt | 24.03.2022 |

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-4300 oder -4306 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

| Reg.-Nr. | Fachrichtung | Planungsbereich | Bewerbungsfrist |
|--|--|---|-----------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/D018 | Allgemeinmedizin*) | Dresden | 11.04.2022 |
| 22/D019 | Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Dresden | 11.04.2022 |
| ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/D020 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz) | Dresden, Stadt | 24.03.2022 |
| 22/D021 | Kinder- und Jugendmedizin | Dresden, Stadt | 24.03.2022 |
| 22/D022 | Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz) | Dresden, Stadt | 24.03.2022 |
| 22/D023 | Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie | Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis | 11.04.2022 |
| 22/D024 | Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz) | Löbau-Zittau | 11.04.2022 |
| SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/D025 | Innere Medizin/SP Angiologie | Dresden, Stadt | 24.03.2022 |

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300 zu richten

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

| Reg.-Nr. | Fachrichtung | Planungsbereich | Bewerbungsfrist |
|--|---|-----------------|-----------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/L013 | Innere Medizin*) hausärztliche Versorgung | Delitzsch | 24.03.2022 |
| 22/L014 | Allgemeinmedizin*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Grimma | 11.04.2022 |
| ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/L015 | Chirurgen und Orthopäden (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Leipzig, Stadt | 24.03.2022 |
| 22/L016 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Leipzig, Stadt | 11.04.2022 |
| 22/L017 | Haut- und Geschlechtskrankheiten ZB Allergologie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Leipziger Land | 24.03.2022 |
| 22/L018 | Kinder- und Jugendmedizin | Leipzig, Stadt | 24.03.2022 |
| SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | | |
| 22/L019 | Diagnostische Radiologie (häftiger Vertragsarztsitz) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Leipzig, Stadt | 24.03.2022 |

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-2346 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

| Fachrichtung | Planungsbereich | Bemerkung |
|---------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | |
| Allgemeinmedizin*) | Hohenstein-Ernstthal | geplante Abgabe 7/2022 |
| Allgemeinmedizin*) | Glauchau | Abgabe sofort, Termin verhandelbar |
| Allgemeinmedizin*) | Marienberg | Abgabe 30.04.2022 |

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-4300 oder -4306.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

| Fachrichtung | Planungsbereich | Bemerkung |
|--|-----------------|--------------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | |
| Innere Medizin*) | Görlitz | Abgabe: ab sofort |
| Allgemeinmedizin*) | Niesky | Abgabe: ab sofort |
| Allgemeinmedizin*) | Görlitz | Abgabe: ab sofort |
| Allgemeinmedizin*) | Neustadt | Abgabe: ab sofort |
| Allgemeinmedizin*) | Görlitz | Abgabe: Mitte 2022 |
| Allgemeinmedizin*) | Löbau | Abgabe: Juli 2022 |
| Allgemeinmedizin*) | Löbau | Abgabe: Juli 2022 |
| Allgemeinmedizin*) | Görlitz | Abgabe: Ende 2022 |
| Allgemeinmedizin*) | Görlitz | Abgabe: Mai 2023 |
| ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG | | |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | Löbau-Zittau | Abgabe: 07/2022 |

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

| Fachrichtung | Planungsbereich | Bemerkung |
|---|-----------------|--------------------------|
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG | | |
| Allgemeinmedizin*) | Torgau | Abgabe: schnellstmöglich |
| Praktische Ärztin*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft) | Borna | Abgabe: 01.07.2022 |

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-2346.

Anzeige



Frühlingsball

Samstag, 30. April 2022 **Schloss Albrechtsberg**
Empfang ab 18 Uhr **Bautzner Straße 130, 01099 Dresden**

Präsentiert von www.kreisaerztekammer-dresden.de



Kreisärztekammer Dresden (Stadt)
 Sekretariat: Frau Rasche
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
 Tel. 0351 8267-436 · Fax 0351 8267-446
 Anmeldung telefonisch oder per E-Mail an
info@kreisaerztekammer-dresden.de

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

(Vorausgesetzt, die Pandemie-Situation lässt es zu.)

© Schloss Albrechtsberg – Claudia Jacquemin

Ernährungsmedizin im Aufbruch – Aktuelle Konzepte der Ernährungstherapie in der Klinik

Klinische Ernährung der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie im Klinikum St. Georg, Leipzig

N. Oberänder¹, A. Müller¹, S. Wirth¹, Y. Youssef²,
A. Weimann¹

Einleitung

Das Querschnittsfach Ernährungsmedizin wird überwiegend mit der klassischen Diätetik assoziiert, bedeutet aber auch den Einsatz einer „künstlichen Ernährung“. Da, wo durch Störungen der Nahrungsaufnahme, -resorption und Metabolisierung eine kalorienbedarfsdeckende orale Ernährung, zum Beispiel bei einer schweren Darm-erkrankung, während einer Chemotherapie, nach einer Operation oder auf der Intensivstation längerfristig nicht möglich ist, setzt die medizinische Ernährungstherapie an.

In den letzten Jahren hat das Thema Mangelernährung und deren prognostische Bedeutung für den Krankheitsverlauf sowie die Krankenhausverweildauer bei vielen Ärzten und in den Kliniken zunehmend mehr Aufmerksamkeit erfahren. Der Einfluss der Mangelernährung auf eine höhere Morbidität und Letalität, auf die Komplikationsrate vieler Erkrankungen und auf die Budgetkosten der Krankenhäuser ist lange bekannt. Die Bedeutung wird in einer überernährten Gesellschaft regelhaft unterschätzt. Die unmittelbar durch eine krankheitsassoziierte Mangel-

ernährung verursachten Mehrkosten sind für das deutsche Gesundheitssystem im Jahr 2007 auf neun Milliarden Euro berechnet wurden. Der prognostische Wert für 2020 lag damals bereits bei elf Milliarden Euro [1]. Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, wurde in Baden-Württemberg unterdessen eine Arbeitsgruppe „Prävention und Therapie von Mangelernährung in Baden-Württembergischen Krankenhäusern, Senioren- und Pflegeeinrichtungen“ vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration etabliert. Auch hat der Vorstand des Universitätsklinikums Tübingen 2015 eine Stabsstelle Ernährungsmanagement eingerichtet [2].

In Zeiten immer kürzerer Verweildauern muss der Einfluss einer kurzfristigen Ernährungsintervention auf das Behandlungsergebnis auch kritisch diskutiert werden. In einer großen randomisierten Schweizer Studie konnte das klinische Outcome sowie Überleben internistischer Patienten bei positivem (NRS-) Screening auf Mangelernährung durch eine früh einsetzende adäquate Ernährungstherapie schon während des stationären Aufenthaltes signifikant verbessert werden [3]. Der Nutzen einer individuellen Ernährungstherapie hospitalisierter Patienten mit Mangelernährung ist ganz aktuell auch anhand der Analyse der Versorgungsdaten von 69.934 Schweizer Patienten gezeigt worden [4]. Hierbei wurde eine signifikante Senkung der Krankenhausletalität (7,2 vs. 8,8 Prozent) und der

Krankenhauswiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen (18,3 vs. 19,1 Prozent) in der Gruppe der mangelernährten Patienten mit Ernährungstherapie gegenüber mangelernährten Patienten ohne Ernährungsintervention gezeigt. Somit haben Ernährungsmedizin und -therapie auch bei immer kürzeren Verweildauern ihren Platz im Krankenhaus.

Dieser Artikel ist interprofessionell entstanden (Ärzte: Dr. med. Nadine Oberänder und Prof. Dr. med. habil. Arved Weimann, Ernährungswissenschaftlerin: Dr. rer. med. Anja Müller, Diätassistentin = Ernährungsfachkraft: Sabine Wirth). Mit dabei war eine Medizinstudentin (Yasmin Youssef) mit besonderem Interesse für die Komplexität des Themas Ernährung im Krankenhaus. So bietet der Artikel nicht nur einen kurzen Überblick über Aufgaben und Möglichkeiten der Ernährungsmedizin im Krankenhaus bis hin zu Kostformkatalog und kodierbarer ernährungsmedizinischer Komplexpauschale, sondern auch über die studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung

Definition der Mangelernährung

Über 25 Prozent der Patienten an deutschen Krankenhäusern sind mangelernährt [5], in der Inneren Medizin sogar jeder dritte aufgenommene Patient. Die ursprüngliche Begrifflichkeit der Mangelernährung, im Sinne einer Unterernährung muss heute als komplexes krankheitsassoziiertes Defizit gesehen werden, welches auch bei

¹ Klinikum St. Georg Leipzig gGmbH

² Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Übergewicht oder Adipositas anzutreffen ist. Der Begriff krankheitsassoziierte Mangelernährung umfasst die klinisch relevanten Mangelzustände, die entweder durch verminderte Nahrungsaufnahme, Malabsorption und Maldigestion, eine erhöhte Proteinkatabolie oder Inflammation entstehen (ätiologiebasierte Definition nach Jensen und ASPEN). Die internationalen Fachgesellschaften ASPEN (American Society for Parental and Enteral Nutrition), ESPEN (The European Society for Parenteral Nutrition and Metabolism), FELANPE (Federacion Latino Americana de Terapia Nutricional, Nutricion clinica y metabolismo) und PENZA (The Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia) haben 2019 in der Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM) weltweiten Konsens zu den Diagnosekriterien von Mangelernährung definiert. Fünf Bewertungskriterien führen zur Diagnose und Einstufung der Schwere der Mangelernährung [6, 7]. Eines der drei Kriterien Gewichtsverlust, verringerter BMI, Verlust an Muskelmasse kombiniert mit dem Vorhandensein einer Malassimilation, Inappetenz oder Inflammation/Erkrankung definiert bereits eine Malnutrition. Abzugrenzen hiervon ist der Begriff Sarkopenie, welche eine verringerte Muskelmasse, eine reduzierte Muskelfunktion sowie eine physikalisch eingeschränkte Leistungsfähigkeit beschreibt [8]. Sie ist häufig mit einer „krankheitsassoziierten“ Mangelernährung assoziiert und wird oft nur in der Gruppe der Tumorkranken erwartet [9]. Aber auch geriatrische oder adipöse Patienten haben trotz Verlust an Muskelmasse ein stabiles Gewicht, was das Vorhandensein der Sarkopenie in dieser Risikogruppe häufig unterschätzt.

Ernährungsmedizinische Behandlung im Krankenhaus

Idealerweise verfügen Kliniken über ein Ernährungsteam, bestehend aus Er-

| Vorscreening | | |
|--|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> Ist der BMI < 20,5 kg/m²? Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? Was die Nahrungszufuhr in den vergangenen Wochen vermindert? Ist der Patient schwer erkrankt oder steht eine Operation bevor? | | |
| Hauptscreening | | |
| | Störung des Ernährungszustandes | Punkte |
| Keine | | 0 |
| Mild | Gewichtsverlust > 5% / 3 Monate <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50–75% d. Bedarfs i. d. letzten Wochen | 1 |
| Mäßig | Gewichtsverlust > 5% / 2 Monate <u>oder</u> BMI 18,5–20,5 kg/m ² <u>und</u> red. AZ <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 25–50% d. Bedarfs i. d. letzten Wochen | 2 |
| Schwer | Gewichtsverlust > 5% / 1 Monat (> 15% / 3 Monate) <u>oder</u> BMI < 15,5 kg/m ² <u>und</u> red. AZ <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 25 % d. Bedarfs i. d. letzten Wochen | 3 |
| + | | |
| Krankheitsschwere | | |
| | | Punkte |
| Keine | | 0 |
| Mild | Chronische Erkrankungen mit akuten Komplikationen (Leberzirrhose, COPD, Diabetes) kleine chirurgische Eingriffe | 1 |
| Mäßig | geriatrischer Langzeitpatient, große Operationen, onkologischer Patient, Chemotherapie, Schlaganfall | 2 |
| Schwer | schwere Infektion, schwere Verbrennung, Intensivpatient | 3 |
| + | | |
| ALTER: ≥ 70 Jahre | | 1 |

Abb. 1: NRS-Nutrition Risk Screening 2002

nährungsmedizinern, Ökotrophologen, Pharmazeuten, Diätassistenten und Pflegekräften [10]. Erfahrungen zum Thema Ernährungsmedizin sind in den verschiedenen Krankenhäusern ganz unterschiedlich. So wurde beispielsweise im Klinikum St. Georg Leipzig von Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Hartig bereits 1981 eine Abteilung für Klinische Ernährung gegründet. Im Jahr 2005 verfügten lediglich 3,2 Prozent von über 3.000 einbezogenen Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz über ein Ernährungsteam [11]. Davon waren nur 12 Prozent der Ärzte, 37 Prozent der Krankenschwestern und 46 Prozent der Diätassistenten einzig für das Ernährungsteam tätig. Ein Großteil der Teammitglieder war primär in anderen Bereichen eingesetzt. Bis heute ist der geschätzte Anteil der Ernährungsteams nicht wesentlich angestiegen, was sicherlich auch dem Fachkräftemangel und der dünnen Personaldecke in Krankenhäu-

usern geschuldet ist. Die Realität zeigt, dass nur geschätzte fünf Prozent der deutschen Kliniken auf ein spezialisiertes Ernährungsteam zurückgreifen können. Es liegt nahe, dass, wie 2005 bereits dargestellt, bis heute nur wenige Mitglieder in Ernährungsteams ausschließlich in diesem Bereich eingesetzt werden. Eine genaue Erfassung, wie sich die Situation an sächsischen Kliniken darstellt, wie viele Kliniken verlässlich auf ein Ernährungsteam zurückgreifen können oder wie diese zusammengesetzt sind, fehlt.

Insgesamt ist aber mittelfristig eine Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung zu erwarten. So zählen zum Beispiel zu den für die Zertifizierung von Organkrebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft erforderlichen Voraussetzungen jetzt auch ernährungsmedizinische Inhalte, wie das Screening auf Mangelernährung und die Ernährungsberatung.

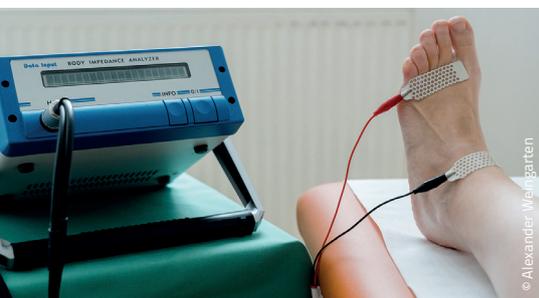


Abb. 2: Die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist eine Messmethode zur Ermittlung der Körperzusammensetzung.

Screening

Bei Aufnahme muss die besonders vulnerable Patientengruppe mit Mangelernährung erkannt werden, um stationär adäquat versorgt, therapiert und bestenfalls auch nachbetreut zu werden. Hierfür stehen bereits bei der Aufnahme einzusetzende, standardisierte in wenigen Minuten auszufüllende Screening- beziehungsweise Assessment-Fragebögen für Mangelernährung zur Verfügung: vorwiegend Nutrition Risk Score 2002 (NRS) (Abb. 1), Mini Nutritional Assessment (MNA) für geriatrische Patienten, gegebenenfalls ergänzend auch Subjective Global Assessment (SGA). Der NRS 2002 stellt ein valides und unabhängiges Screening Tool für Hochrisikopatienten dar, welches auch Aussagekraft über Langzeitmortalität und -morbidity hat [12, 13]. In der Praxis können die vier einfachen Fragen des Vorscreenings in die pflegerische Aufnahme oder in das zentrale Aufnahmemanagement integriert werden. Als mangelernährt gescreente Patienten werden automatisch an das Ernährungsteam gemeldet und können zeitnah einer Therapie, bestenfalls einer ernährungsmedizinischen Komplexbehandlung zugeführt werden. Die größte Herausforderung stellt hierbei die Implementierung der Screeningmethoden auf den Stationen dar. Aus der Erfahrung heraus bedarf es hier viel Geduld, Unterstützung und wiederholte Schulungen, um das Ernährungsscreening tatsächlich im gesamten Krankenhaus in den Alltag

zu überführen. Allen Seiten muss bewusst werden, dass erst nach Erkennung der mangelernährten Patientengruppe eine Begleitung durch das Ernährungsteam sinnvoll erfolgen kann [14].

Das Ernährungsscreening erfolgt möglichst innerhalb der ersten 48 Stunden nach stationärer Aufnahme [15]. Die krankenhauses internen Strukturen sollten so ineinandergreifen, dass pathologische Screening-Scores eine Betreuung durch das eigene Ernährungsteam nach sich ziehen. Einer anschließenden Ernährungsanamnese und -diagnostik mit Messung der Körperzusammensetzung mittels Bioimpedanzmessung, gegebenenfalls auch indirekter Kalorimetrie, sowie der Handkraftmessung folgt eine kompetente Therapieeinleitung. 2019 wurde vom Deutschen Institut für Dokumentation und Information (DIMDI) der OPS-Kode Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung 8-98j eingeführt [16] (www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/block-8-97..8-98.htm). Damit ist es unter klaren Vorgaben durchaus aufwändig, aber nun besser möglich in der klinischen Ernährungsmedizin die ernährungstherapeutischen Maßnahmen und den damit verbundenen Aufwand abzubilden. Voraussetzung für die Erlösrelevanz ist jedoch zunächst die breite Implementierung der Kodierung im klinischen Alltag der Kalkulationskrankenhäuser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK).

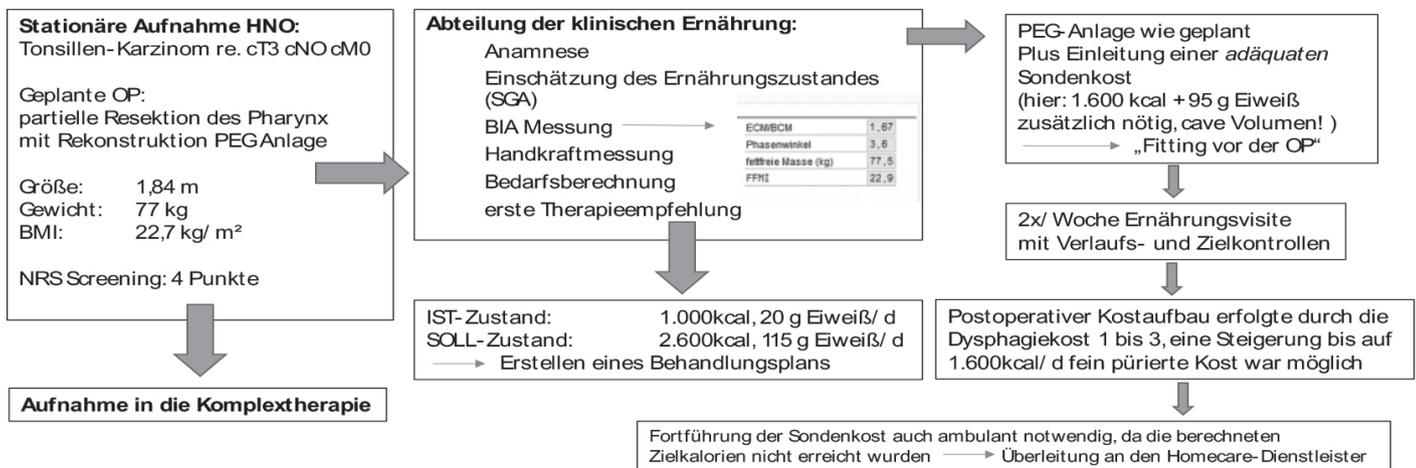
Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

Für die ernährungsmedizinische Komplexbehandlung grundlegend ist, dass die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie („Awareness“) allgemein und insbesondere auf den Stationen erkannt und unterstützt wird. Dabei sind ganzheitliche Prozesse und Strukturen nötig, die bereits bei Aufnahme des

Patienten mit den grundlegenden Erhebungen beginnen und bei der Übergabe des Patienten in die Häuslichkeit enden. Erfüllt der Patient die Voraussetzung für die Aufnahme in die Komplexbehandlung, so wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Zur Anwendung im Stufenschema kommen nach Verstärkung der oralen Kost auch die kaloriendefinierte Trinknahrung, die enterale sowie die parenterale Ernährung. Regelmäßige, mindestens zwei pro vollständiger Woche durchgeführte Ernährungsvisiten mit Gewichtskontrollen und Anpassung der Ernährungstherapie sowie die einmal wöchentliche Messung der Körperzusammensetzung mittels Bioimpedanzmessung (BIA) beziehungsweise Handkraftmesser folgen bis zur Entlassung (Abb. 2). Ein Fallbeispiel über den Ablauf einer ernährungsmedizinischen Komplextherapie zeigt Grafik 1.

Überleitung

Die Überleitung einer häuslichen enteralen oder parenteralen Ernährungstherapie muss in der ambulanten Betreuung durch den Homecare-Dienstleister organisiert und dem betreuenden Hausarzt mitgeteilt werden. Hierfür wurde das Entlassungsmanagement durch einen 2017 in Kraft getretenen Rahmenvertrag (SGB V § 39 Abs. 1a) gestärkt. Die Realität zeigt leider viel zu oft Versorgungslücken in der Überleitung, auch bedingt durch immer kürzer werdende Verweildauern und notwenige Entlassungen am Wochenende. Die lange Zeit durch eine Ersatzvorname bestimmte Verordnungsfähigkeit von Trinknahrungen im ambulanten Bereich ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Neufassung der Arzneimittelrichtlinie im November 2021 klar geregelt worden [17]. So können stationär verabreichte Trinknahrungen auch ambulant weiter verordnet werden. Um alle Informationen in den ambulanten Bereich zu



Grafik 1: Ablauf einer ernährungsmedizinischen Komplextherapie am praktischen Beispiel

übertragen, müssen diese unbedingt im Entlassungsbrief erscheinen und die Patienten beziehungsweise Angehörige vor der Entlassung in die Planung einbezogen und aufgeklärt werden.

Kostformkatalog im Klinikum St. Georg

Eine Aufgabe für die Ernährungsmedizin im Krankenhaus stellt nicht nur die Ernährungstherapie und die Erarbeitung eines Diätkatalogs dar, sondern auch die Beratung des Caterers und der Krankenhausküche für die Gemeinschaftsverpflegung. Hierbei handelt es sich um eine Schnittstelle zwischen Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaft.

Ein Kostformkatalog sollte sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaften orientieren, derzeit am „Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis LEKuP“, welche auf den D-A-C-H-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) für Erwachsene basieren [18]. Die Erstellung des Leitfadens „Ernährungstherapie in Klinik und Praxis“ (LEKuP) erfolgte 2019 in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM), mit der Deutschen Gesellschaft für Ernäh-

rungsmedizin e. V. (DGEM), dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM), der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG), dem Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) und dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE). Diese Empfehlungen entsprechen einer vollwertigen und gesundheitsförderlichen Ernährung. Mediterrane Kost und vegetarische Ernährung werden als gleichwertig betrachtet. Abhängig von krankheitsspezifischen Erfordernissen werden Abweichungen und Ergänzungen vorgenommen, sodass eine Ernährungstherapie umgesetzt werden kann, die alle ernährungsbezogenen Maßnahmen zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wiedererlangung des Handlungsvermögens von Patienten darstellt. Neu ist seit Januar 2021 die im Leitfaden „Ernährungstherapie in Klinik und Praxis“ (LEKuP) benannte „angepasste Vollkost“, welche die frühere Bezeichnung „leichte Vollkost“ ersetzt. Da oft unterschiedliche Verträglichkeiten von Lebensmitteln vorliegen, unterstreicht die neue Begrifflichkeit die individuelle Anpassung der Kost. Die Versorgung aller anderen Patienten wird durch einen aktuellen hausinternen Kostformkatalog geregelt, der unter Einbeziehung des LEKuP eine gemeinsame und interprofessionelle Überarbeitung

des bereits bestehenden Diätkatalogs darstellt (Tab. 1 und 2). Dieser liegt in Kurzfassung auf den Stationen aus und fungiert auch digital als Nachschlagewerk für alle ärztlichen und pflegerisch tätigen Mitarbeiter zur hausinternen Essensanmeldung und Bestellung der richtigen Kostform für die jeweiligen Patienten. Hier werden die in der Klinik zur Verfügung stehenden Kostformen, Indikationen, Nährstoffverteilungen, Beispielpläne und DGE-konformen Nährstoffverteilungen übersichtlich dargelegt. Für Kostformänderungen oder Rückfragen ist ein enger Kontakt zur Küche/Dienstleister wünschenswert, welcher bestenfalls durch das Ernährungsteam hergestellt wird. Für besondere Patientengruppen können Sonderkostformen zur Verfügung gestellt werden. Hierunter fallen zum Beispiel eiweißreiche hochkalorische Kostformen für mangelernährte Patienten und/oder Brandverletzte oder auch die keimreduzierte Kost für immunsupprimierte Patienten. Mittlerweile wird in vielen Häusern für die große Gruppe der onkologischen Patienten eine eiweißreiche, gut verträgliche sowie zuckerreduzierte Kost angeboten.

Krankenhausverpflegung

In persönlichen Gesprächen mit Patienten, aber auch in Online-Foren und in den Medien wird die Krankenhauskost

Tab. 1: Beispielplan Vollkost

| Beispielplan | | |
|----------------|---|--|
| Frühstück | 200 ml 50 g 50 g 15 g 20 g 40 g | Warmgetränk Brötchen, hell Mehrkornbrötchen Butter süßer Belag (Marmelade/Honig) pikanter Belag (Naturquark/Käse/Wurst) |
| Zwischendurch | 200 ml 1 Port. | Wasser Joghurt/Obst etc. |
| Mittagessen | 200 ml 100 g 130 g 150 g 1 Port. | Wasser Fleisch/Fisch/Ei mit Soße Gemüse Beilage (Kartoffeln/Püree/Reis/Nudeln) Dessert (nach Plan) |
| Zwischendurch | 200 ml 1 Port. | Warmgetränk Gebäck |
| Abendessen | 200 ml 45 g 45 g 30 g 50 g 1 Port. | Warmgetränk Mischbrot Mehrkornbrot Butter pikanter Belag (Naturquark/Käse/Wurst) Beilage (saure Gurke/Salat etc.) |
| Nährwerte: | | |
| Energie: | 1.850 kcal | |
| Kohlenhydrate: | 50 % (ca. 235 g) | |
| Eiweiß: | 15 % (ca. 69 g) | |
| Fett: | 35 % (ca. 73 g) | |

häufig kritisiert. Als defizitär werden die Qualität, die Zubereitung, der Geschmack und die Auswahl der Speisen beschrieben. Die aktualisierten Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung mit ökologischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Nachhaltigkeit wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) 2020 veröffentlicht [19]. Nicht immer deckt sich ein nach den DGE-Empfehlungen zusammengestelltes Krankenhausesessen mit den Erwartungen der Patienten. Die Mahlzeiten strukturieren den Kliniktag und werden von vielen Patienten als besonderes Ereignis des Tages erwartet. Die aufgrund der Grunderkrankung veränderte Immobilität und Appetitlosigkeit können die An- und Aufnahme des Essens beziehungsweise die Essensmenge wesentlich beeinflussen. So wird die gewohnte Energiezufuhr unterschritten, was sich auch auf das Wohlbefinden und den

Genesungsprozess negativ auswirkt. Den Erfordernissen der ernährungsmedizinisch adäquaten Patientenversorgung stehen die Budgetkosten eines jeden Krankenhauses gegenüber. Laut einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) gaben die Kliniken im Jahr 2018 durchschnittlich 5,14 Euro/Tag aus. Im Vergleich dazu waren es 2005 4,45 Euro [20]. Durch Effizienzsteigerung der Verpflegungssysteme konnten somit Kosten gespart werden [21]. Aus dem eigenen Klinikalltag kann das Budget als durchaus knapp beurteilt werden. Trotz niedriger Verpflegungsbudgets in den Krankenhäusern ist eine ausgewogene Ernährung, orientiert an den Vorgaben der DGE, noch möglich und gewährleistet. Ausgewogene Ernährung bedeutet, dass die Kost vielseitig und abwechslungsreich ist und den Nährstoffbedarf im Makro- und Mikronährstoffbereich deckt. Das setzt allerdings voraus, dass

die einzelnen Mahlzeiten immer gut kombiniert werden müssen. Kohlenhydrate (zum Beispiel Brot, Haferflocken, Kartoffeln et cetera), Eiweiße (zum Beispiel Joghurt, Käse, Fisch, Ei et cetera) und hochwertige Fette (zum Beispiel Rapsöl, Olivenöl, Butter) sowie Ballaststoffe in Form von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten müssen auf dem Speiseplan stehen. Dies stellt immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Ernährungsteam auf der einen und den Kostenstellen auf der anderen Seite dar. Hier bleibt zu hoffen, dass die Kostenträger ihren ganzheitlichen Blick schärfen.

Die Krankenhäuser in Deutschland bieten unterschiedliche Voraussetzungen. Sie unterscheiden sich in eigen- und fremdbewirtschaftete Küchen. Es werden, wie auch im Klinikum St. Georg, externe Dienstleister oder ein Outsourcing in einer eigenen Service GmbH genutzt. In einer statistischen Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes waren 2019 53 Prozent der deutschen Krankenhausküchen in Eigenregie geführt, 30,5 Prozent durch die eigene Service GmbH und circa 10 Prozent durch Dienstleister bewirtschaftet [22]. Der Vorteil des Outsourcings wird in der Stärkung der Qualität und Flexibilität gesehen, aber auch um Betriebs- und Investitionskosten zu senken und sich mehr auf die Kernkompetenzen konzentrieren zu können. Eine Diätküche mit entsprechend geschultem Personal zur Zubereitung der Sonderkostformen sollte aber in jedem Krankenhaus erhalten bleiben. Nur so kann bei Koständerungen kurzfristig reagiert und Sonderwünsche erfüllt werden.

Auf dem Gebiet Service, Bestellsystem, aber auch Zubereitungsformen hat sich in den letzten Jahren einiges bewegt. So werden zwar noch in vielen Kliniken Bestellwünsche vom Pflegepersonal aufgenommen, dieser Trend ist jedoch

rückläufig. Es werden zunehmend Servicekräfte eingesetzt, welche sowohl die Bestellung durch Tablets als auch die Verteilung der Mahlzeiten auf den Stationen übernehmen und damit eine Entlastung auf der Pflegeseite darstellen. Eine gute Schulung der Servicekräfte ist allerdings unabdingbar, stellt aber im Alltag eine tägliche Herausforderung dar. Während die geschulte Servicekraft zwar die Essenbestellung und -verteilung vornimmt, entgeht dem ohnehin knapp besetzten Pflegepersonal die im Genesungsprozess wichtigen Informationen, was und wieviel der Patienten zu jeder Mahlzeit gegessen hat. Diese Informationen werden bestenfalls zwischen Pflege und Servicebereich kommuniziert, gehen aber im stressigen Alltag häufig auch verloren. Auch die Zubereitungsformen sind im Wandel. Die verbreitetste Zubereitungsform an deutschen Krankenhäusern ist immer noch „Cook and Serve“ (klassische Warmverpflegung). Zudem setzt sich der Trend hin zu „Cook and Chill“ (nach der Zubereitung schockgekühlt) oder „Cook and Freeze“ (nach der Zubereitung schockgefroren) fort. Vorteile der neuen Verfahren stellen die reduzierten, unnötigen Standzeiten des Essens dar. Dadurch können der Erhalt der Vitamine und Nährstoffe garantiert werden. Regionale Speisen werden bestenfalls zum Frühstück und Abendbrot angeboten (Brot/Brötchen vom regionalen Bäcker; frisches Obst/Gemüse vom Gemüsehändler).

Sofern es möglich ist, wird aus psychologischen Gründen das Essen am Tisch und in Gemeinschaft („Gestaltung der Essatmosphäre“) eingenommen. Gelebt wird dieses Konzept im eigenen Haus vor allem auf den geriatrischen Stationen. Der oft fehlende Platz steht dieser Empfehlung in den meisten Bereichen entgegen.

Insgesamt erscheinen die DGE-Standards also finanziell umsetzbar [21]. Wünschenswert hierfür ist die Zusammenarbeit mit dem (sofern vorhandenen) Ernährungsteam oder sogar die Berufung eines Verpflegungsbeauftragten. Im Klinikum St. Georg ist die für die Krankenhausküche verantwortliche Leitende Diätassistentin im Ernährungsteam voll integriert.

Ausgewogene Ernährung bedeutet, dass die Kost vielseitig und abwechslungsreich ist und den Nährstoffbedarf im Makro- und Mikronährstoffbereich deckt.

Ernährungsmedizin im Studium und ärztlicher Weiterbildung

Im Rahmen des Medizinstudiums dient der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog für Humanmediziner (Version 2015) als Grundlage der zu vermittelnden Lernziele [23]. Es wird hier festgehalten, dass Medizinstudenten nach dem Studium die „Grundlagen gesunder und ausgewogener Ernährung unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, kulturellem Hintergrund, persönlicher Lebenssituation und sozialen Rahmenbedingungen“ kennen sowie „ein Informationsgespräch zur Ernährung durchführen und ein geeignetes Beratungsangebot vermitteln“ können. Die Grundlagen werden in der Vorklinik mit den Fächern Biochemie und Physiologie gelegt, der Stoffwechsel, die Strukturen und Funktionen von Makro- und Mikronährstoffen werden theoretisch und aus dem klinisch-praktischen Kontext losgelöst gelehrt. Im klinischen Abschnitt vermissen hingegen die Studenten intensivere Inhalte über Ernährung bei verschiedenen Krankheitsbildern. Die Anwendung von Trinknahrung und Sondenkost oder

Informationen zur parenteralen Ernährung werden kaum erwähnt und nur teilweise gestreift. Es werden einzelne fakultative Angebote für die Studenten bereitgestellt, wie zum Beispiel an der Universität Leipzig „Ernährungslehre“, „Essstörungen im Psychosozialen Kontext“. In Leipzig und Dresden hat sich die weltweit agierende Universitätsgruppe der PAN (Physicians Association for Nutrition) etabliert, welche sich durch verschiedene Veranstaltungen und eine Online-Vorlesungsreihe intensiv mit dem Thema beschäftigt. Ziel der 2018 in München gegründeten PAN-Gruppe ist, die Ernährungslehre an medizinischen Fakultäten vorzubringen.

Zusammengefasst sind die Inhalte der Ernährungsmedizin noch unterrepräsentiert, werden in einzelnen Vorlesungen lediglich gestreift. Wer die nutritiven Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei den verschiedenen Krankheitsbildern erfassen möchte, dem bleibt nur ein Selbststudium. Es gibt vereinzelt Vorschläge zur Errichtung von Lehrstühlen, welche bisher keine praktische Umsetzung erlangten. Auch im Rahmen der Facharztweiterbildung bleibt das Thema Ernährungsmedizin eine Randerscheinung. In einer Befragung junger Ärzte von 2006 fühlte sich von 593 Teilnehmern kaum jemand sicher auf diesem Gebiet, 75 Prozent der Befragten gaben Defizite auf dem Gebiet Infusionstherapie und Ernährung an [24]. Im jetzt vorliegenden Nationalen Lernzielkatalog für das Medizinstudium ist die Ernährungsmedizin durchaus repräsentiert [23]. Außerdem ist die Ernährungsmedizin als Zusatzweiterbildung in die Weiterbildungsordnung der Ärztekammern aufgenommen worden. Dies setzt im Konzept der „krankheitsassoziierten Ernährungsstörungen“ in der Sächsischen Weiterbildungsord-

Tab. 2: Diätkatalog (Kurzform)

| | Kostformen | Merkmale | Indikation/Besonderheiten |
|--|--|---|--|
| ohne Diätetische Einschränkungen | Vollkost Vegetarische Kost Vegane Kost | (1.850 kcal, 70 g Eiweiß) (1.820 kcal, 67 g Eiweiß) (1.800 kcal, 44 g Eiweiß) | |
| Konsistenzveränderte Kostformen | Flüssige Kost | sehr starke Einschränkungen im Kau-/Schluckapparat, | Tonsillektomie (Kostaufbau – Stufe 1), Vorbereitung Koloskopie, OP am Gastrointestinaltrakt, nach bariatrischen OPs |
| | Passierte Kost | eingeschränkte Fähigkeit beim Zerkleinern von Speisen/beim Kauen | Operationen im HNO- und Kiefernereich/ Geriatrie |
| | Dysphagie Stufe 1 | alle Speisen sind fein püriert, homogen, Ausschluss körniger, krümeliger, faseriger und stückiger Speisen | deckt den Energiebedarf; Nährstoffverteilung nicht optimal – keine Dauerkost! deckt nicht Ballaststoff-, sek. Pflanzenstoff-, Vitamin- u. Mineralstoffbedarf, Getränke ggf. angegedickt |
| | Dysphagie Stufe 2 | püriert u./o. sehr weich (können mit der Zunge zerdrückt werden, Ausschluss körniger, krümeliger, faseriger, stückiger Speisen | deckt den Energie- u. Nährstoffbedarf, deckt nicht Ballaststoff-, sek. Pflanzenstoff-, Vitamin- u. Mineralstoffbedarf, Getränke ggf. angegedickt |
| | Dysphagie Stufe 3 | weiche Kost, Ausschluss von körnigen, krümeligen und faserigen Speisen, keine verschiedenen Konsistenzen | deckt den Energie- und Nährstoffbedarf, deckt nicht Ballaststoff-, sek. Pflanzenstoff-, Vitamin- u. Mineralstoffbedarf |
| Gastroenterologische Kostformen | Angepasste Vollkost | Ausschluss von z.B. stark blähenden Lebensmitteln/ stark gewürzten Lebensmitteln und Speisen | Erkrankungen des Verdauungstraktes |
| | Aufbaukost 1 – 3 | 1. Stufe: je nach Befinden des Patienten ca. 1 – max. 3 Tage – danach 2. Stufe: ca. 2 – 3 Tage – danach 3. Stufe: ca. 2 – max. 3 Tage – danach Aufbau zur leichteren Vollkost, Stufe 3 = 2. Aufbaustufe bei Tonsillektomie | akute gastrointestinale Erkrankung, z.B. Pankreatitis/ akute CED, Operationen am GI-Trakt (Gastrektomie/ Kolon-, Dünndarmresektion) |
| | Ballaststoffarme Kost | max. 10 g Ballaststoffe/Tag | Kurzdarmsyndrom, akute Divertikulitis |
| | Ballaststoffreiche Kost | ca. 30 – 35 g Ballaststoffe/Tag, TM beachten | Obstipation, Chronische Divertikulitis, |
| | Stomakost | Stufe 1: breiige bis weiche Konsistenz, leicht verdaulich (blähungsarm), Stufe 2: ab ca. 5. – 6. Tag nach Stomaanlage, keine langfaserigen, körnigen, hartschaligen Lebensmittel (v.a. bei Ileostoma!), Sonderfall Ileostoma: gern stopfende und festere Lebensmittel, weniger Suppen/ Breie) | unzureichende Deckung des Energie-, Protein- und Mikronährstoffbedarfs Deckung des Energie- u. Nährstoffbedarfs, ggf. eiweißreich (Zusatz von Hühner-/ Eiweißpulver), reichlich kohlenensäurearm trinken (mind. 2 l/d), |
| Stoffwechseladaptierte Kostformen | Diabeteskost Kohlenhydratfreie Kost | D. m. Typ I mit konsequenter BE-Verteilung Insulinneueinstellung, keine Dauerkost – max. 3 – 4 Tage, sehr kohlenhydratarm | bei neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ I – Insulineinstellung deckt nicht den Energie- und essentiellen Nährstoffbedarf |
| Protein- und Energiedefinierte Kostformen | Eiweißreiche Kost | ca. 100 – 140 g Gesamteiweiß/Tag, Stufe 1: (+ 30 g Eiweiß/d), Stufe 2: (+ 50 g Eiweiß/d), Stufe 3: (+ 70 g Eiweiß/d) | Störungen im Eiweißstoffwechsel, erhöhter Eiweißbedarf (onkologische Erkrankung/ Wundheilungsstörungen) |
| | Hochkalorische Kost | Anreichern der Speisen mit Maltodextrin (ca. 200 – 400 kcal zusätzlich), sichert den Bedarf an allen essentiellen Nährstoffen, Stufe 1: (ca. 2.350 kcal/Tag), Stufe 2: (insgesamt ca. 2.700 kcal/Tag) | Mangelernährung/Untergewicht/onkologische Erkrankungen |
| Allergien und Nahrungsmittel-Unverträglichkeit | Zöliakie Unverträglichkeiten Allergien | | nur bei gesicherter Diagnose Laktose-/Fructose-unverträglichkeit nur bei gesicherter Diagnose |
| Sonderkostformen | Keimreduzierte Kost | portionsweise verpackt | Immunsuppression, Knochenmarktransplantation |
| | Kost für Brandverletzte | Hochkalorische Kost (30 – 35 kcal/kg KG), Eiweißreiche Kost (ca. 1,5 – 2 g/kg KG), ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ca. 2.600 kcal/Tag lactosearm, hochwertige Getreide, leicht verdauliche Ballaststoffe, reich an Omega-3- FS und Vitamin C | Kost ist reich an Arginin, Glutamin und Omega-3-Fettsäuren |
| | Vitalkost PLUS | | onkologische Erkrankungen |
| | Wunschkost | | |

nung eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung voraus. Ein 100 Stunden-Kurs in Ernährungsmedizin und 120 Stunden Fallseminare unter Supervision sind erforderlich. Die Fallseminare können aber auch durch sechs Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

Zusammenfassung

Auch mit Blick auf die immer kürzer werdenden Verweildauern hat die Er-

nährungsmedizin ihren Platz im Krankenhausalltag. Um die Notwendigkeit adäquater Ernährungstherapie deutlicher in den Fokus zu rücken, sollten ein Ernährungsteam und ein aktueller Kostformkatalog zur Verfügung stehen. Ein Ernährungsteam, welches mit professionellen Strukturen nach dem Ernährungsscreening eine adäquate Therapie für mangelernährte Patienten einleitet, kann alle medizinischen Fachbereiche ab der Diagnosestellung unterstützen, sowie eine Risikoreduktion für Komplikationen mit Verbesse-

rung des klinischen Outcomes erreichen. Mit dem OPS-Kode „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung 8-98j“ kann dieser Aufwand nun auch kodiert werden. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Prof. Dr. med. habil. Arved Weimann
Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und
Onkologische Chirurgie
Klinikum St. Georg Leipzig gGmbH
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig
E-Mail: Arved.Weimann@sanktgeorg.de

LESERBRIEFE

Impfpflicht für im Gesundheitswesen tätige Personen

Leserbrief zum Beitrag „Impfpflicht für im Gesundheitswesen tätige Personen“ von Dr. jur. Alexander Gruner im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2022

Sehr geehrter Herr Dr. Gruner, für den Artikel schuldet die gesamte Ärzteschaft Ihnen Dank, da er im Nachgang der rechtlichen Folgen aus dem §20 IfSG die arbeitsrechtlichen Folgen komprimiert und auch für juristische Laien verständlich gemacht hat.

Je nach Reaktion der Gesundheitsämter bleiben für die Kliniken offene Zeitfenster vor dem 15. März 2022 und normative Unbestimmtheiten im Rahmen der ungeimpften Bestandsbelegschaft. Eine Fragestellung soll hier noch zusätzlich in den Raum gestellt werden, dazu ein kurzer Fall:

Ein Patient wird nach dem 15. März 2022 mit negativen COVID-19-PCR-Test stationär aufgenommen, auf der

Station arbeiten ungeimpfte Bestandsmitarbeiter weiter, die dem Gesundheitsamt gemeldet sind und dieses im Rahmen einer Weisung des Landrates erst einmal keine Reaktion folgen lassen. Nach einer Woche auf Station kommt es zu einem COVID-19-Ausbruch, der Patient erkrankt erheblich, ungeimpftes Personal wird positiv getestet. Im Rahmen der Folgeschäden kommt es zu Regressforderungen und einem Haftungsprozess gegen die Klinik:

- Die Klinik hat ihre Meldepflicht erfüllt. Eine Reaktion des Gesundheitsamtes kam nicht.
- Die Bestandsmitarbeiter waren nicht geimpft und genesen, dies war der Klinik bekannt. Sie hätten nicht

in der Einrichtung/Unternehmen arbeiten dürfen.

- Es besteht der Verdacht einer nosokomialen Infektion (Patient befindet sich über die Inkubationszeit hinaus in der Klinik), Bestandsmitarbeiter sind ebenfalls erkrankt. Die Infektion ist später als 48 Stunden (in diesem Fall sieben Tage) aufgetreten.
- Es wird das Vorliegen eines Behandlungsfehlers angezeigt, den man kausal für den Folgeschaden des Patienten gemacht hat. Der „Hygienefehler“ wird unter anderem darauf bezogen, dass ein ungeimpfter Mitarbeiter naheliegend die Infektionsquelle gewesen ist. Damit war die Infektion in der Klinik erfolgt, sie

wäre bei Durchführung aller Hygienestandards vermeidbar gewesen, die man nicht eingehalten hat (zum Beispiel Nicht-Beschäftigung des Mitarbeiters nach § 40 IfSG). Da die Klinik um den Impfstatus gewusst habe, habe man sogar mit dem bedingten Vorsatz gegen § 20 IfSG gehandelt.

Aus meiner Sicht ist hier mit einer Umkehr der Beweislast zu rechnen und im besonderen Fall ist neben der Fürsorgepflicht auch ein vorsätzlicher Verstoß gegen den § 20 IfSG erfolgt. Ist dem so? ■

Dr. med. Peter Grampp, Wermisdorf

Antwort der Rechtsabteilung

Sehr geehrter Herr Dr. Grampp, ein solches Szenario ist nicht ausgeschlossen. Ausgangspunkt von Haftungsansprüchen ist der mit dem Pati-

enten geschlossene Behandlungsvertrag. Gemäß § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Für den Bereich der Hygiene bedeutet dies, dass der Behandler seinen vertraglichen Pflichten genügt, wenn er bei der Behandlung die zu diesem Zeitpunkt gültigen Standards einhält. Diese leiten sich ab aus den allgemein anerkannten Sorgfaltspflichten und den speziell für den Bereich der Hygiene geschaffenen Vorschriften. Die Regelung des § 20a IfSG, politisch zwar zur Farce entwertet, gehört nun mit dazu und prägt haftungsrechtlich die Sorgfaltsanforderungen an Hygiene im Krankenhaus. ■

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter Rechtsabteilung

Allgemeine Impfpflicht

Die Kammerversammlung forderte die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 16 Jahre.

Eine Impfpflicht stellt eine Zwangsbehandlung dar, wenn der Betroffene sich der Maßnahme fügt, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Menschen mit freiem Willen dürfen zu so etwas nicht gezwungen werden. Unsere Berufsordnung mahnt:

(1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen [...] aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, [...] deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm [...] entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er hat dabei

sein ärztliches Handeln am Wohl der Patienten auszurichten.

Albert Schweitzer war Arzt, Organist, Friedensnobelpreisträger, Vorbild vieler. Wollen Sie sich den Kollegen so vorstellen? Zu einem 2G-Konzert in der Kreuzkirche spielt er sehr anrührend das Kirchenlied: BWV 656. „O Lamm Gottes unschuldig, ...Erbarm' dich unser, o Jesu! Gib uns dein'n Frieden, o Jesu!“ Danach verlässt er das geweihte Haus, um in einem Zelt der Caritas auf dem Altmarkt Zwangsimpfungen vorzunehmen... ■

Mike Ohnesorge, Dresden

Der Leserbrief wurde redaktionell gekürzt.

Konzerte und Ausstellungen

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

Sabine Tischendorf „FARBGEZWITSCHER“

bis 10. April 2022

JUBILÄUMSAUSSTELLUNG

25 Jahre Kunstaussstellung in der Sächsischen Landesärztekammer mit Werken von Künstlern, die seit 2012 ausgestellt haben

29. April bis 17. Juli 2022

Über aktuelle Einlassbestimmungen informieren Sie sich bitte unter www.slaek.de



Aktuelle Ausstellung: Sabine Tischendorf

Impfen für Medizinprojekte in Asien und Afrika

Ende 2021 fanden im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer drei Corona-Impftermine für Mitarbeiter und deren Angehörige aller umliegenden Einrichtungen statt. Den Anstoß dazu hatte Erik Bodendieck in seiner Eigenschaft als Hausarzt gegeben, um die Schutzimpfungen gegen Corona voranzubringen. Unterstützt wurde er von Ärzten im Ruhestand oder Ärzten im Ehrenamt sowie von Beschäftigten der Landesärztekammer. Das Impfangebot wurde von der Landesärztekammer, der Landes Zahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, dem Zollamt sowie weiteren Einrichtungen genutzt. Jetzt hat der Hausarzt aus Wurzen den nach Abzug der Aufwendungen aller Beteiligten verbleibenden Betrag aus den Impfkationen an drei Medizinprojekte in Asien und Afrika gespendet.

„Ich habe mit der Impfkation letztlich zwei Ziele erreicht. Einmal konnten mit dem niedrigschwelligen Angebot zum Teil Menschen erreicht werden, die sich noch nicht für eine Impfung entschieden hatten, und ich kann Menschen helfen, die eine sehr viel schlechtere Gesundheitsversorgung haben als wir hier in Europa. Bei den Hilfsprojekten greife ich auf die zahlreichen sächsischen Vereine zurück, die sich zum Teil seit 50 Jahren unter anderem in Afrika und Asien mit sehr viel Engagement und Erfahrung für die Menschen dort einsetzen“, so Bodendieck. Bei der Auswahl beraten wurde er von Dorothea Trappe vom Entwicklungspolitischen Netzwerk Sachsen e. V.



Marko Deiters und Olaf Schubert vom Kongpo Chukla e. V., Erik Bodendieck, Heinz Kitsche vom Arbeitskreis „Entwicklungshilfe“ e.V. (v. l.)

Nepalmed e. V. in Grimma erhielt 5.000 Euro für die Kinderstation im Kirtipur Hospital sowie für eine Produktionsanlage für medizinischen Sauerstoff im Ampipal Hospital in den Bergen von Gorkha. Je 2.500 Euro erhielten der Kongpo Chukla e. V. für sein Medizinprojekt in Nyimu County in Tibet sowie der Arbeitskreis „Entwicklungshilfe“ e. V. für zwei geplante Sanitäreinrichtungen im Massai-Dorf Irkiushioibor im Norden Tansanias. Mit diesen beiden Entwicklungshilfevereinen traf sich Erik Bodendieck anlässlich der Spendenübergabe in Dresden. Bei dem Treffen wurde sehr eindrücklich von Olaf Schubert vom Kongpo Chukla e. V. sowie von Heinz Kitsche vom Arbeitskreis „Entwicklungshilfe“ e. V. geschildert, wie schwierig die medizinische Versorgung in vielen Ländern dieser Welt ist, wie

wenig Chancen die Menschen auf eine Impfung haben und wie wichtig Spenden wie diese sind, mit denen die Versorgung in ärmeren Ländern verbessert werden kann. ■

Weiterführende Links:

Entwicklungspolitisches Netzwerk Sachsen e. V.:
www.einewelt-sachsen.de
 Nepalmed e. V.:
www.nepalmed.de
 Arbeitskreis „Entwicklungshilfe“ e. V.: www.akeh.de
 Kongpo Chukla e. V.:
www.kongpo-chukla.de

Knut Köhler M.A.
 Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unsere Jubilare im April 2022

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 04.04.** Dr. med. Fischer, Steffen
04316 Leipzig
- 04.04.** Dr. med. Jungmann, Thomas
04808 Wurzen
- 04.04.** Dr. med. Rothe, Petra
01326 Dresden
- 05.04.** Dr. med. Köhler, Wolfgang
04103 Leipzig
- 07.04.** Druzhkova, Margarita
09111 Chemnitz
- 07.04.** Dr. med. Zober, Martina
01909 Großharthau
- 09.04.** Dr. med. Reiher, Andrea
08547 Jöbnitz
- 10.04.** Dipl.-Med. Beier, Volkmar
01279 Dresden
- 13.04.** Prof. Dr. med. habil.
Engelmann, Katrin
01326 Dresden
- 13.04.** Dr. med. Frost, Norbert
08112 Wilkau-Haßlau
- 13.04.** Dipl.-Med. Pokrandt, Sibylle
04463 Großpösna
- 14.04.** Dipl.-Med. Müller, Christine
01259 Dresden
- 15.04.** Dipl.-Med. Bodenschatz, Ralf
09648 Mittweida
- 17.04.** Dr. med. Haubner, Rainer
08529 Plauen
- 19.04.** Dr. med. Fischer, Marion
01587 Riesa
- 19.04.** Dr. med. Garbe, Dietmar
09557 Flöha
- 19.04.** Dr. med. Müller, Marion
04289 Leipzig
- 20.04.** Dr. med. Heisig, Waltraud
04703 Leisnig
- 20.04.** Dr. med. Wagner, Bernd
02906 Niesky

- 21.04.** Dipl.-Med.
Strößenreuter, Marlies
08525 Plauen
- 22.04.** Dr. med. Klose, Vera
01454 Wachau
- 22.04.** Dr. med. Reinhold, Andrea
01309 Dresden
- 23.04.** Dipl.-Med. Lorenz, Sabine
01099 Dresden
- 25.04.** Dipl.-Med. Lange, Ronald
04249 Leipzig
- 25.04.** Dr. med. Pitterling, Petra
04207 Leipzig
- 26.04.** Dipl.-Med. Brützke, Thomas
02627 Kubschütz
- 27.04.** Dr. med. Altekrüger, Jürgen
08523 Plauen
- 28.04.** Dipl.-Med. Dosch, Andrea
01109 Dresden
- 28.04.** Dr. med. Mansour, Habib
04158 Leipzig
- 28.04.** Dipl.-Med. Rascher, Heike
09127 Chemnitz
- 28.04.** Dr. med. Straube, Ursula
02625 Bautzen
- 28.04.** Dipl.-Med. Weller, Matthias
09244 Lichtenau

70 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Wetzlich, Armin
02977 Hoyerswerda
- 02.04.** Dipl.-Med. Heinze, Elke
08548 Syrau
- 06.04.** Dr. med. Barthe, Cordula
01665 Klipphausen
- 06.04.** Dipl.-Med. Lerchner, Ursula
01069 Dresden
- 06.04.** Dr. med. Willkomm, Gudrun
09385 Lugau/Erzgeb.
- 07.04.** Dipl.-Med. Sokolowsky, Larissa
01069 Dresden

- 10.04.** Dipl.-Med. Friedrich, Sabina
08209 Auerbach/Vogtl.
- 10.04.** Dipl.-Med. Junghans, Beate
04808 Wurzen
- 13.04.** Dipl.-Med. Kämmer, Ilona
08304 Schönheide
- 16.04.** Dr. med. Günzel, Manfred
01796 Dohma
- 16.04.** Dipl.-Med. Schößler, Barbara
04209 Leipzig
- 16.04.** Dr. med. Suhr, Gundula
09633 Halsbrücke
- 17.04.** Dipl.-Med. Dietrich, Frank
02894 Reichenbach/O.L.
- 19.04.** Dr. med. Baaske, Monika
09439 Amtsberg
- 22.04.** Dr. med. Bahlmann, Gabriele
01217 Dresden
- 23.04.** Dr. med. Schmidt, Margrit
01796 Pirna
- 24.04.** Dr. med. Gnoyke, Elisabeth
01809 Heidenau
- 29.04.** Dr. med. Mehner, Sabine
09423 Gelenau

75 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Heyne, Steffen
09224 Chemnitz
- 02.04.** Zeißig, Gisela
04157 Leipzig
- 05.04.** Dipl.-Med. Rieder, Bernhard
04808 Wurzen
- 13.04.** Fiedler, Christa
01277 Dresden
- 17.04.** Jahn, Sigrid
09337 Callenberg
- 18.04.** Dr. med. Tröltzsch, Michael
04349 Leipzig
- 23.04.** Dr. med. Winter, Matthias
04575 Neukieritzsch
- 25.04.** Dr. med. Lückenbach, Margot
01129 Dresden
- 27.04.** Dr. med. Morgenstern, Klaus
01259 Dresden
- 28.04.** Prof. Dr. med. habil.
Volkmann, Hans-Jürgen
09456 Annaberg-Buchholz

29.04. Dr. med. Hahn, Leonore
01728 Possendorf

80 Jahre

- 03.04.** Dr. med. Knöpfel, Maria
01109 Dresden
- 04.04.** Dr. med. Georgi, Ulrich
09131 Chemnitz
- 05.04.** Dr. med. Dietz, Roswitha
09600 Freiberg
- 09.04.** Dr. med. Reinheckel, Wolfgang
02999 Groß-Särchen
- 10.04.** Dr. med. Wagner, Hans-Peter
09130 Chemnitz
- 12.04.** Dr. med.
Hentschel, Anne-Barbara
01069 Dresden
- 13.04.** Langer, Gerhard
02953 Gablenz
- 13.04.** Dr. med. Seehars, Werner
09633 Halsbrücke
- 15.04.** Dr. med. Martinsohn, Manfred
01723 Kesselsdorf
- 15.04.** Dr. med. Schulz, Franziska
01069 Dresden
- 19.04.** Dr. med. Krause, Siegfried
08289 Schneeberg
- 20.04.** Dipl.-Med. Bonitz, Renate
09122 Chemnitz
- 21.04.** Dr. med. Scheller, Werner
04207 Leipzig
- 22.04.** Dipl.-Med. Wolf, Reinhard
02708 Löbau
- 23.04.** Prof. Dr. med. habil.
Lietz, Rainer
04425 Taucha
- 24.04.** Dr. med. Opitz, Dorit
01157 Dresden
- 25.04.** Dr. med. Hackel, Wolfram
01187 Dresden
- 27.04.** Dr. med. Kreibich, Hans
08058 Zwickau
- 28.04.** Dr. med. Richter, Ursula
01277 Dresden
- 29.04.** Dr. med. Rößler, Karl-Heinz
04425 Taucha
- 30.04.** Dr. med. Lorenz, Christine
09228 Chemnitz

30.04. Prof. Dr. med. habil.
Roesner, Dietmar
01219 Dresden

85 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Fritsche, Helga
02827 Görlitz
- 03.04.** Dr. med. Grübner, Wolfgang
01809 Müglitztal
- 03.04.** Dr. med. Nimetschek, Karl
01612 Neuseußlitz
- 04.04.** Dr. med. Bennek, Maria
04275 Leipzig
- 04.04.** Dr. med. Böhme, Doris
01728 Possendorf
- 05.04.** Fischer, Alfred
04129 Leipzig
- 10.04.** Hiestermann, Annelies
04347 Leipzig
- 10.04.** Dr. med. Skiba, Klaus
04416 Markkleeberg
- 12.04.** Dr. med. Alschner, Gisela
01328 Dresden
- 17.04.** Dr. med. Kellner, Hans-Jürgen
08523 Plauen
- 18.04.** Dr. med. Fesenfeld, Ursula
01689 Weinböhla
- 18.04.** Pantenius, Barbara
04158 Leipzig
- 19.04.** Dr. med.
Dünnebier, Hans-Joachim
01683 Nossen
- 21.04.** Dr. med. Hampel, Rosemarie
02826 Görlitz
- 21.04.** Dr. med. Maaz, Eberhard
01328 Dresden
- 25.04.** Haufe, Sigrid
01239 Dresden
- 26.04.** Lehmann, Mechthild
04838 Eilenburg
- 26.04.** Dr. med. Lemme, Barbara
04209 Leipzig
- 29.04.** Dr. med. Donath, Renate
04317 Leipzig
- 29.04.** Dr. med. Heinicke, Hans-Jürgen
01219 Dresden
- 29.04.** Dr. med. Heinrich, Hannelore
01326 Dresden

30.04. Dr. sc. med. Gödel, Eckhard
01219 Dresden

30.04. Dr. med. Krumpolt, Christian
01796 Pirna

86 Jahre

- 01.04.** Prof. Dr. med. habil.
Dietrich, Jürgen
04105 Leipzig
- 05.04.** Dr. med. Fache, Irmgard
01471 Radeburg
- 05.04.** Dr. med. Nehler, Christel
09130 Chemnitz
- 07.04.** Dr. med. Müller, Inge
08056 Zwickau
- 08.04.** Dr. med. Wenske, Jürgen
02826 Görlitz
- 14.04.** Prof. Dr. med. habil.
Franke, Wolf-Gunter
01187 Dresden
- 20.04.** Dr. med. Leipart, Brigitte
09112 Chemnitz
- 20.04.** Dr. med. Reinhardt, Marga
04157 Leipzig
- 22.04.** Dr. med. Otto, Manfred
01067 Dresden
- 23.04.** Dr. med. Bischoff, Dieter
02797 Kurort Oybin
- 24.04.** Dr. med. Bock, Manfred
09127 Chemnitz
- 24.04.** Gergardt, Elena
04318 Leipzig
- 25.04.** Dr. med. Horn, Günther
02708 Löbau

87 Jahre

- 07.04.** Dr. med. Börner, Christine
09496 Satzung
- 09.04.** Dr. med. Eigenberger, Horst
09123 Chemnitz
- 11.04.** Dr. med. Jänke, Dietmar
01683 Nossen
- 11.04.** Dr. med. Lehmann, Doris
01279 Dresden

- 14.04.** Prof. Dr. med. habil.
Schuh, Dieter
01328 Dresden
- 15.04.** Dr. med. Hofmann, Eike
09648 Mittweida
- 21.04.** Täubert, Wolfgang
04277 Leipzig
- 23.04.** Dr. med. Grunert, Christa
09125 Chemnitz
- 24.04.** Hamann, Ilse
08525 Plauen

88 Jahre

- 03.04.** Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.04.** Westphälinger, Alena
01259 Dresden
- 07.04.** Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf
- 07.04.** Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringswalde
- 13.04.** Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig
- 14.04.** Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg
- 16.04.** Dr. sc. med.
Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04758 Cavertitz
- 29.04.** Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick

89 Jahre

- 08.04.** Haack, Helga
09355 Gersdorf
- 10.04.** Dr. med. Haidar, Ruth
01662 Meißen
- 12.04.** Dr. med. Theile, Inge
04319 Leipzig
- 14.04.** Dr. med. Mühlner, Isolde
04105 Leipzig
- 26.04.** Dr. med. Schultze, Hans-Ulrich
04357 Leipzig

90 Jahre

- 09.04.** Prof. Dr. med. dent.
Dr. med. habil. Schaps, Peter
01326 Dresden

91 Jahre

- 04.04.** Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
- 21.04.** Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden

92 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach
im Vogtland
- 08.04.** Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau
- 17.04.** Dr. med. Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen

93 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 03.04.** Prof. Dr. med. habil.
Hüller, Hansgeorg
01309 Dresden
- 19.04.** Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

94 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
- 05.04.** Dr. med. Kühn, Brigitte
08359 Breitenbrunn/Erzgeb.
- 16.04.** Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz

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

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)
Erik Bodendieck
Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Jenny Gullnick
Dr. med. Marco J. Hensel
Dr. med. Roger Scholz
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ute Taube

Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin

seitens Geschäftsführung:

Dr. Michael Schulte Westenberg
Dr. med. Patricia Klein
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent

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.quintessence-publishing.com
Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2022,
gültig ab 01. Januar 2022

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,
Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-
ausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktions-
bezeichnungen werden in der männlichen Form verwen-
det. Diese gelten einheitlich und neutral für Personen
jeglichen Geschlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel ent-
sprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder
des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen
zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag
das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruck-
ter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegeben-
falls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen
formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt
auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft
die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und er-
teilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publi-
kationsbedingungen: www.slaek.de

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 140,50 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 140,50 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 13,90 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung
des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten
zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an
den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden
jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2022