

Editorial	Ärztemangel – Mythos oder Realität?	92
Berufspolitik	Neue Berufsordnung	93
	4. Symposium der Österreichischen Ärztekammer	96
	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	97
	Aktuelle Arztzahlen zum 31.12.2011	101
Buchbesprechung	Alter und Gedächtnisstörungen	95
Mitteilungen der SÄV	4. Infoveranstaltung der Sächsischen Ärzteversorgung	101
	Neue Rufnummer der Sächsischen Ärzteversorgung	101
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte	102
	Konzerte und Ausstellungen	123
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	103
Originalien	Fahrsicherheit und Haftung bei Erkrankungen	104
	Neurodermitis-Schulungen in Dresden	107
Tagungsbericht	Wer ist schon normal?	111
	5. Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“	124
Medizingeschichte	800 Jahre St. Georg in Leipzig	114
Personalia	Nachruf für Dipl.-Med. Albrecht Einbock	119
	Jubilare im April 2012	122
Kunst und Kultur	Ärztekammer – ein Ort der Kunst	120
	Ausstellung: Kerstin Franke-Gneuß „schichten.Radierung“	121
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2012	



4. Symposium der Österreichischen Ärztekammer
Seite 96



Neurodermitis-Schulungen in Dresden
Seite 107



Tagungsbericht:
Wer ist schon normal?
Seite 111



Ausstellung Kerstin Franke-Gneuß
Seite 121

Titelbild: Eingangportal des Klinikums St. Georg in Leipzig-Eutritzsch mit dem Hl. Georg im Kampf mit dem Drachen.

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

Ärztmangel – Mythos oder Realität?



Am 31. Januar 2012 verabschiedete das sächsische Kabinett einen Maßnahmenkatalog zur Sicherung der ärztlichen Versorgung. Die Gewinnung von Ärzten ist jetzt Regierungsthema. Das Sujet ist sicherlich nicht neu. Die Sächsische Landesärztekammer weist bereits seit über 15 Jahren auf die Entwicklung hin und hat vielfache Vorschläge unterbreitet. Seitens der Regierung wird gewünscht, Sachsen möge seine Rolle als Innovationsführer bei Ideen für eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung beibehalten und unterstützt in diesem Ductus zahlreiche Bemühungen der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Bereits im Jahre 2009 wurde durch die Gründung der Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ der Grundstein für ein internetbasiertes Netzwerk geschaffen, in dem sich Studenten und junge Absolventen über die Fördermaßnahmen in Sachsen informieren können. Auf gutem Weg ist die Modifizierung der Auswahlverfahren an beiden Medizinischen Fakultäten, in welchen vor allem individuelle persönliche Faktoren neben der fachlichen Eignung den Weg zum sächsischen Studienplatz für Medizin eröffnen. Dem Sonderkontingent, einer Erhöhung der Zahl der Studienplätze für zukünftige Allgemeinmediziner an beiden Medizinischen Fakultäten innerhalb der bestehenden Kapazitäten, kann nicht zugestimmt werden. Ich bin sicher nicht der einzige unter den Lesern, dessen berufliche Neigung

gen später Studienjahre im gewissen Kontrast zur aktuell ausfüllenden Arbeitsposition stehen. Bisherige Erfahrungen bestätigen, dass sich angehende Studenten in so einer frühen Phase noch nicht auf ihre künftige Tätigkeit festlegen wollen. Seit Mitte Januar 2012 absolviert eine Studentin ihr Praktisches Jahr in unserer Praxis. An einer Weiterbildung in Sachsen nach Abschluss des Studiums sehr interessiert, scheiterte das Begehren jedoch fast an einem anderen Problem: dem der Kinderbetreuung, konkret am Krippenplatz. Umso mehr ist man erfreut, dass im Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz unter dem Stichwort „Sicherung der Ärzteversorgung“ auch ein Modellprojekt „Flexible und längere Öffnungszeiten für Kindertageseinrichtungen“ im gleichen Atemzug Erwähnung findet. Seitens des Staatsministeriums werden flankierend 365 fehlende Hausärzte erwähnt. Im ländlichen Bereich wird die fehlende vollumfängliche Gewährleistung des Bedarfes an ambulanter ärztlicher Versorgung eingeräumt. Mit dem vorgestellten Programm soll dieser Problematik nun Abhilfe geschaffen werden. Zu diskutieren wäre auch eine Erhöhung der Anzahl der Studienplätze an beiden medizinischen Fakultäten. Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass es vor einem Jahr an beiden Einrichtungen zu beträchtlichen Mittelkürzungen der Landeszuschüsse kam. Ziel sollten nicht nur mehr, sondern vor allem sehr gut ausgebildete Kollegen für die tägliche Versorgung der Patienten sein!

Anlässlich der Verabschiedung der Dresdner Absolventen im Dezember 2011 formulierte es der Bundesminister der Verteidigung, Dr. jur. Thomas de Maizière sehr treffend: „...Exzellenz an der Spitze und Qualität in der Breite...“.

Aus berufspolitischer Sicht muss jedoch der Errichtung eines Extrastudienganges für nicht kurativ tätige Ärzte eine klare Absage erteilt werden. Der Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen in der Medizin sollte kein Tor – auch keine Hintertür – geöffnet werden.

Warum nun aber der Titel „Mythos oder Realität“? Schauen wir in das Mitglieder magazin einer großen sächsischen Krankenkasse. Unter dem Generaltitel der Januarausgabe „Adieu Stress“ unter dem Unterpunkt „Medizin & Versorgung“ mit der Doppelseite „Mythos Ärztemangel“, findet der Versicherte das Zitat: „Lediglich für einige ländliche Gebiete ... Handlungsbedarf“ gesehen wird. Der Artikel nimmt Bezug zur Studie des „Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) und reflektiert aktuelle Zahlen. Der Text listet akkurat kommende Probleme auf: zusätzliche altersbedingte Praxis-schließungen ohne Nachfolger, Anstieg der Lebenserwartung mit konsekutiv höherem Versorgungsbedarf u.v.m. Gleichzeitig erfolgt die Vorstellung der aktuellen komplexen Förderungen in Sachsen und Thüringen. Angesprochen wird zu Recht das höhere Angebot ärztlicher Leistungen in Ballungsgebieten und besonders attraktiven Regionen Deutschlands (ist Sachsen damit gemeint?). Im Text findet sich auch der Bezug auf das Versorgungsstrukturgesetz, dessen Text auch sächsische Vorschläge beinhaltet. Aber welche Schlüsse soll der sächsische Versicherte aus diesem Beitrag ziehen? In dicken Lettern firmiert deshalb außerhalb des Textes nicht nur der Satz vom geringen Handlungsbedarf sondern auch die Feststellung: „Von dem neuen Gesetz profitieren einseitig die Ärzte...“. Das Stichwort „Bessere Versorgung“ wird in grüner Schrift per Fragezeichen gleich ad absurdum geführt. Abschließend liest man, dass „...es faktisch keinen Ärztemangel gibt...“. Der haptische Eindruck sitzt, Fragen bleiben.

Wir sollten uns weiterhin verstärkt darum bemühen, dass sich auch in Zukunft genügend (junge) Kollegen interessieren werden, sich der zunehmenden Morbidität einer alternden Bevölkerung im Freistaat Sachsen in allen Bereichen der kurativen Medizin anzunehmen. Die Fortsetzung der aktiven Einbindung der Studenten beider Fakultäten in diesen Prozess lohnt sich!

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Neue Berufsordnung

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat eine Änderung der Berufsordnung beschlossen (nachzulesen in den Amtlichen Bekanntmachungen im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2011, S. 635 ff.). Die Novelle ist nach deren Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und soll an dieser Stelle vorgestellt werden.

Zunächst wurde eine behutsame Neustrukturierung und Straffung vorgenommen. Die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung, die beispielsweise bisher in Kapitel C enthalten waren, finden sich nunmehr in den Behandlungsgrundsätzen und Verhaltensregeln im Paragrafenteil, dort § 7. Damit soll verdeutlicht werden, dass diese Regeln nicht nur unverbindliche Vorschläge, sondern verbindliche satzungsrechtliche Vorgaben für das tägliche Miteinander zwischen Ärzten und Patienten darstellen. Die Normen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten und Sponsoringregeln wurden systematisch geordnet und zusammengefasst.

Die Generalklausel in § 2 Abs. 2, wonach der Arzt zur gewissenhaften Berufsausübung verpflichtet ist und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen hat, wird ergänzt durch eine Regel, die das Selbstverständnis der Berufsausübung betrifft. „Er hat dabei sein ärztliches Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Insbesondere darf er nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen“. Dass der Arzt auch sein eigenes Interesse nicht über das Wohl der Patienten stellen darf, hatte zu großen Diskussionen während des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel geführt und wurde letztlich gestrichen. Die gestrichene Passage wurde als unvereinbar mit Fällen der Selbstgefährdung des Arztes in Ausübung seines Berufes erachtet. Zur gewissenhaften Berufsausübung wird be-

rufsrechtlich zukünftig auch die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gezählt.

In § 7 finden sich nunmehr die Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln, welche die Interaktion mit Vor-, Mit- und Weiterbehandlern, Krankenhäusern und Patienten betreffen. Auch das Fernbehandlungsverbot und die hiervon zu trennenden telemedizinischen Leistungen werden geregelt. Nach § 7 Abs. 4 Satz 2 ist auch bei telemedizinischen Verfahren zu gewährleisten, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt. Eine Regelung, die mit Sicherheit zukünftig eine größere Rolle als bisher spielen wird.

Die in § 8 enthaltene Aufklärungspflicht des Arztes vor der Behandlung wurde umfassend erweitert und an den aktuellen Stand in Literatur und Rechtsprechung angepasst. So regelt § 8 Satz 3 nunmehr, dass die Aufklärung des Patienten, insbesondere vor operativen Eingriffen, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen hat. „Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrucklicher ist der Patient

über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären“. Die neue Fassung trägt der hohen Bedeutung ärztlicher Aufklärung, insbesondere vor Eingriffen und Behandlungen ohne medizinische Indikation (Schönheitsoperationen), umfassend Rechnung.

Zu Fragen des Honorars und zu Vergütungsabsprachen enthält der neue § 12 Abs. 4 nunmehr in Ergänzung zur Aufklärung nach § 8 ausdrücklich die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Aufklärung. „Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, muss der Arzt den Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist“.

Bereits zu Beginn des Jahres wurden die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ überarbeitet (www.baek.de). Eine klarstellende und dem strafrechtlichen Haftungsregime entsprechende Formulierung in der Berufsordnung wurde bereits kurz nach Erscheinen der genannten Grundsätze gefordert. Die beabsichtigte neue Regelung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung, Beistand für den Sterbenden, war im Vorfeld des 114. Deutschen Ärztetages im Fokus der Medien und Fachverbände. Unter

anderem wurde die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung als „keine ärztliche Aufgabe“ deklariert. Die Neufassung, wie sie jetzt auch in § 16 unserer Berufsordnung enthalten ist, trägt der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung in § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), aber auch der strafrechtlichen Dimension ärztlicher Entscheidungen und Handlungen bei Sterbenden und Sterbenwollenden, Rechnung. „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihm verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Er darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“.

Es wird klargestellt, dass die Tötung auf Verlangen und die aktive Sterbehilfe nicht nur strafrechtlich, sondern auch standesrechtlich unzulässig ist. Die Mitwirkung an der Selbsttötung bleibt für Ärzte unzulässig. Solange die Straflosigkeit der Unterstützung eines frei verantwortlichen Suizids (durch Tun oder Unterlassen eines Arztes) nicht zweifelsfrei rechtlich geklärt ist, ist gerade diese Regelung wichtig. Der Vorwurf verschiedener Verbände, diese Regelung gehe am gesellschaftlichen Diskurs und den veränderten Wertvorstellungen der Menschen in Europa im 21. Jahrhundert vorbei, mag seine Berechtigung im demokratischen Verfassungsstaat haben. Die Forderungen nach all zu liberaler Handhabung berücksichtigen jedoch die strafrechtliche Dimension und die Folgen für die Ärzte und das pflegerische Personal nur unzureichend. Mit der neuen Regelung wird nicht die ohnehin straflose Sterbebegleitung oder der gerechtfertigte Behandlungsabbruch (durch Tun oder Unterlassen) für berufsrechtlich unzulässig erklärt. Die Neuregelungen des Patientenverfügungsgesetzes in den §§ 1901a ff. BGB und das Urteil des BGH vom 25.06.2010 (Az.: 2 StR 454/09) haben hier Klarheit geschaffen und die vielfach beklagte Unsicherheit weitestgehend ausgeräumt. Die Regeln zu den Kooperationsmöglichkeiten enthalten nunmehr in § 18 Abs. 2a eine Definition der Be-

rufsausübungsgemeinschaft. „Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23a Abs. 1, Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbstständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.“ Bei mehreren Praxissitzen muss zukünftig nicht mehr mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft am jeweiligen Praxissitz verantwortlich hauptberuflich tätig sein. Vielmehr soll nach § 18 Abs. 3 die Sicherstellung einer ausreichenden Patientenversorgung am jeweiligen Praxissitz genügen.

Die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten (Abschnitt IV. 4.) erfährt eine Stärkung durch deutlich restriktivere Regelungen. Die Berufsordnung streicht nunmehr deutlicher ihre wichtige (aufsichts-)rechtliche und ethische Steuerungsfunktion im Standesrecht heraus.

Die ärztliche Unabhängigkeit sieht mit § 30 eine eigene Generalklausel vor. In allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten sind Ärzte verpflichtet, ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren. In § 32 werden verschärfte Regeln zur Annahme von Zuwendungen aufgenommen. Eine Geringfügigkeitsklausel hinsichtlich eines Geschenks oder eines Vorteils gibt es

nicht mehr. Dafür ist die Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen und die daraus resultierende Beeinflussung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen dann nicht berufswidrig, wenn diese Beeinflussung einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und der Arzt die Möglichkeit hat, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.

Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist auch zulässig, sofern sie ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet wird. Dieser Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinaus geht. „Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) hat angemessen zu sein und sich auf das wissenschaftliche Programm zu beschränken. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen“. Ein Änderungsantrag während des 114. Deutschen Ärztetages begehrte die Streichung der Möglichkeit, Vorteile zum Zwecke des berufsbezogenen Fortbildungssponsorings anzunehmen. Diese Sichtweise konnte sich jedoch (noch?) nicht durchsetzen, der Antrag wurde abgelehnt.

Auch die Werbevorschriften wurden überarbeitet. So wurde in § 27 die Unzulässigkeit von Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit aufgenommen. Die Auslagen in mancher Arztpraxis dürften damit der Vergangenheit angehören. Die in der Außerdarstellung angegebenen Tätigkeitsschwerpunkte müssen jetzt ausdrücklich auch als solche gekennzeichnet werden. Der veraltete und juristisch überholte § 28 zur Eintragung von Ärzten in Verzeichnisse wurde aufgehoben.

Die Grundsätze der kollegialen Zusammenarbeit in § 29 wurden in Bezug auf die Beteiligungsvergütung

angepasst. Den herangezogenen ärztlichen Mitarbeitern steht auch dann eine angemessene Beteiligung an der Vergütung zu, wenn dem Chefarzt oder leitenden Arzt kein Privatliquidationsrecht, sondern andere Formen der Abrechnung eigener Leistungen eingeräumt wurden. Die Sächsische Landesärztekammer hat

auf Grundlage des Sächsischen Heilberufekammergesetzes die Pflicht zur Wahrnehmung der Berufsaufsicht über ihre Mitglieder. Im Rahmen dieser Berufsaufsicht hat die Kammer unterschiedliche Ermittlungsmöglichkeiten und kann mit einer Vielzahl von Aufsichtsmaßnahmen auf Verstöße reagieren.

Die Berufsordnung ist auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de unter „Rechtsgrundlagen“ eingestellt und kann bei der Rechtsabteilung auch in Papierform bestellt werden. Lesen lohnt sich.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Buchrezension

Praktische Geriatrie, Band 1:
„Alter und Gedächtnisstörungen“
Peter Landendörfer,
ISBN 978-3-87409-480-1
64 Seiten, 12,50 EUR

Sehr lesenswert, weil praktisch orientiert. In dem Heft „Praxishilfen, Praktische Geriatrie“ schreibt ein sehr erfahrener Hausarzt zu dem Thema der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Patienten mit Gedächtnisstörungen. Es bietet einen ausgezeichneten Überblick über das Erkennen und die Diagnostik sowie die sich anschließende Therapie von Gedächtnisstörungen. Das Wissen wird kompakt und sehr praxisorientiert zusammengefasst. In seinem Eingangskapitel betont der Autor den Stellenwert der ersten Sätze und bietet dem Leser eine Reihe von Fallbeispielen, die eindrücklich erklären, was er mit seinem Anliegen meint. Er erklärt im weiteren Text, dass Gedächtnisstörungen für ihn immer solange verfolgt werden müssen, bis geklärt ist, ob eine Demenz vorliegt oder nicht. Bei der Fremdbeurteilungsskala der Seite 13 hat sich ein Versehen im Druck eingeschlichen, das dem Autor erst nach Veröffentlichung auffallen konnte: bei der Abb. 3 handelt es sich um die in der Validierung befindlichen Skala DemRisc (Eva Amanatidis et al., DemRisc – Ein Screeningfragebogen für kognitive Störungen zur Anwendung beim Hausarzt P-020, DGPPN Kongress, 2010).

Für Neurologen und Psychiater gehört die zerebrale Bildgebung mittels cCT oder CMRT immer zur obligaten Erstdiagnostik (siehe S3-Leitli-

nien Demenz der DGPPN 2009). Der Autor sieht das nicht in jedem Fall so und weist auf klinische Kriterien hin, die eine Bildgebung auch für ihn als Hausarzt obligat machen. Die Auswahl der Skalen und Testverfahren ist ausgezeichnet und die Empfehlungen für den Umgang mit den Patienten während der Testung unterstreicht die Kenntnis des Autors darüber, wie schwer es ist, diese Verfahren in der laufenden hausärztlichen Praxis anzuwenden und die Erhebung durchzuführen. Zur Demenzdiagnostik und Behandlung gehört für den Autor eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Interesse der bestmöglichen Betreuung des Patienten und seiner „Pflegefamilie“. Der Autor legt sich couragiert zum Thema Fahrtauglichkeit fest und kommt seiner Aufgabe, eine Praxishilfe für seine Kollegen zu verfassen, auch hier wieder vorbildlich nach. Bei der Veröffentlichung des Heftes war die sehr empfehlenswerte Seite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und



Jugend, www.wegweiser-demenz.de, noch nicht freigeschaltet, sodass diese Adresse nicht aufgeführt werden konnte. Es handelt sich um ein sehr empfehlenswertes Heft und es öffnet auch anderen Therapeuten einen praxisnahen und exzellenten Zugang zum Thema Demenz.

Prof. Dr. med. Vjera Holthoff, Dresden

4. Symposium der Österreichischen Ärztekammer

Unter dem Titel „Arzt sein in Zukunft?“ fand am 27. und 28. Januar 2012 in Wien das 4. Symposium der Österreichischen Ärztekammer statt. Ein Schwerpunkt der Tagung widmete sich den virtuellen Stellenplattformen. In diesem Rahmen hatte Vizepräsident Erik Bodendieck die Gelegenheit, das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ vorzustellen und den österreichischen Kollegen einen Einblick in die Arbeitsweise und Vorteile der sächsischen webbasierten Informationsplattform zu geben. Neben der Bündelung von Förderprogrammen und Unterstützungsmöglichkeiten für Ärzte in Niederlassung, im Krankenhaus oder in der Weiterbildung bietet „Ärzte für Sachsen“ alle relevanten Informationen für die angehenden Mediziner. Der ärztliche Nachwuchs findet hier Wissenswertes zum Zulassungsprozedere und Auswahlverfahren der sächsischen Universitäten sowie aktuelle sächsische Fördermöglichkeiten wie Studienbeihilfe und Stipendien. Auch der Berufsweg vom Studium bis zum Facharzt wird erläutert.

Ein weiterer Themenschwerpunkt widmete sich dem Erfolgsmodell der „Freundschaftsverträge“. Diese, zwischen der Republik Österreich und einigen deutschen Bundesländern abgeschlossenen Verträge, standen/stehten primär unter dem Eindruck eines Überangebotes an jungen



Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer
Foto: Krankenhausgesellschaft Sachsen

Medizinern in Österreich und Nachbesetzungsproblemen bei ärztlichen Stellen, insbesondere in den Kliniken, aber auch in der Niederlassung in Deutschland. Als erstes deutsches Bundesland hatte Sachsen im Jahr 2007 einen solchen „Freundschaftsvertrag“ unterzeichnet. Aktuell arbeiten 86 österreichische Ärzte in Sachsen, wobei das Verhältnis der jährlich aus Österreich kommenden und dorthin zurückkehrenden Ärzte in etwa gleich ist.

Unter dem Motto „Die Ärzte, ihre soziale Kompetenz ...!“ entwickelte sich eine interessante Podiumsdiskussion. Vizepräsident Erik Bodendieck machte dabei deutlich, dass sich die Ärzteschaft angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit derzeit in einem Konflikt befinde. Man stehe einer Entwicklung gegenüber, die so nicht angelegt war und für die der Arzt letztendlich auch nicht ausgebildet sei, etwa mit Blick auf den Einzug von Begriffen wie „Gewinnmaximierung“. Der ärztliche Beruf orientiere sich am Patienten. Dem stünden aktuelle Trends wie „Gesundheitswirtschaft“ oder „Wellness“ gegenüber. Da der Arzt an der Gängelschnur der Ökonomie geführt werde, könne er seiner grundsätzlichen Funktion als Sachwalter der Patienteninteressen nicht mehr nachkommen.

„Einzelkämpfer oder Teamworker? – Unternehmer oder Angestellter?“ war das Thema des Vortrags von Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, dem

Präsidenten der Bundesärztekammer. So stellte er den Wandel des Arztberufs in den letzten Jahrzehnten mit Blick auf die Zukunft dar. Die demografische Entwicklung (Feminisierung des Berufsstandes), gesetzliche Vorgaben, wie zum Beispiel das Arbeitszeitgesetz, aber auch ein Umdenken bei den jungen Kollegen (Stichwort „work-life-balance“) und letztendlich eine jährliche Nettoabwanderung von ca. eintausend Ärzten ins Ausland würden dazu führen, dass man trotz Zunahme der absoluten Arztzahlen durchaus in bestimmten Regionen schon mit einem Ärztemangel zu kämpfen hätte. „Früher lebte man, um zu arbeiten; in den 80er-Jahren arbeitete man, um zu leben; heute wollen die Ärzte beim Arbeiten auch noch leben“, so Präsident Dr. Montgomery. Als wichtige Maßnahme gegen den Ärztemangel gelte es, „die vorhandenen Schätze zu heben“, womit er auf die ca. 20.000 Ärzte abzielte, die derzeit keiner ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Weitere Maßnahmen wären seines Erachtens die Verbesserung der Weiterbildung, eine Entbürokratisierung des Arztberufs, die Verbesserung der (finanziellen) Rahmenbedingungen sowie arbeitnehmergerechte Arbeitsverhältnisse. In seinem Vortrag ging Präsident Dr. Montgomery auch auf das Thema Delegation/Substitution ein, welches er abschließend mit dem Zitat „Wer als Zwiebel geboren wird, wird niemals nach Rose duften“ bewertete.

Abgerundet wurde die Veranstaltung von Referaten zu den Themen „Aufgaben und Stellung des österreichischen Hausarztes der Zukunft“ sowie „Die Vernetzung von stationärem und ambulantes Bereich in den neuen deutschen Bundesländern“.

Alles in allem war es wieder ein gelungenes Symposium, bei dem sowohl die deutschen als auch die österreichischen Kollegen umfangreiches Wissen über die ärztliche Versorgung im Nachbarland vermittelt bekamen. Ein gutes Beispiel eines funktionierenden Europas!



Pestsbrunnen in Wien Foto: Krankenhausgesellschaft Sachsen



Weitere Ergebnisse der Online-Befragung

Verbessern kann man sich immer!

Die Qualität der Weiterbildung zum Facharzt war von Juni bis September 2011 Thema einer Online-Befragung. Teilnehmen konnten Ärzte mit einer Weiterbildungsbefugnis (WBB) und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (WBA). Die Bundesärztekammer führte das Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ gemeinsam mit allen Landesärztekammern durch.

Mit der technischen Durchführung und wissenschaftlichen Auswertung der Online-Befragung wurde die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) beauftragt. Der Vertrag zwischen der Bundesärztekammer und der Eidgenössische Technischen Hochschule Zürich endet am 31. März 2012. Ab diesem Tag wird das Webportal www.evaluation-weiterbildung.de geschlossen.

Damit werden alle Ergebnisse der Online-Befragung (außer der „Dynamischen Vergleichsspinne“) ab dem 1. April 2012 einschließlich der Länderrapporte und dem Bundesrapport nur noch auf den Internetseiten der

Landesärztekammern sowie der Bundesärztekammer verfügbar sein.

Die weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinnen (Teil des Befugten-Berichtes) werden Anfang April 2012 auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer veröffentlicht. Zukünftige Fachärzte haben damit eine zusätzliche Orientierung für die Planung ihrer Weiterbildung und für die Wahl der passenden Weiterbildungsstätte.

Auch die individuellen Befugten-Berichte sind ab dem 1. April 2012 nicht mehr im Webportal abrufbar. Diese können persönlich durch den Weiterbildungsbefugten bei der Sächsischen Landesärztekammer schriftlich angefordert werden.

Mit diesen Umfrageergebnissen und dem Vergleich mit anderen Weiterbildungsstätten soll die Weiterbildungssituation in Sachsen gesichert und verbessert und zugleich Lerneffekte ausgelöst werden.

Bei der Interpretation der Antworten der Befragung ist auch zu beachten, dass viele Aspekte, wie zum Beispiel Personalpolitik oder Gesundheitspolitik, Einfluss auf die Weiterbildung haben.

Bei Gesprächen mit WBA und WBB hat sich heraus gestellt, dass Probleme oft durch zu wenig Kommunikation entstanden sind.

Übersicht der Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung sind in verschiedenen Ebenen dargestellt:

Öffentlich

■ Länderrapport

Ergebnisse der Befragung auf Landesebene

■ Bundesrapport

Aggregierte Ergebnisse auf Bundesebene

■ Dynamische Ergebnisspinne (nur noch bis 31.03.2012)

Eine interaktive Grafik, die „Dynamische Spinne“, ermöglicht die Erstellung fachrichtungsbezogener Vergleichswerte auf Landes- und Bundesebene.

■ Weiterbildungsstättenbezogene Ergebnisspinne

Die Ergebnisspinne stellt die aggregierten Mittelwerte der acht Fragenkomplexe für die jeweilige Weiterbildungsstätte im Vergleich mit der Fachrichtung des Befugten sowohl auf Landes- als auch Bundesebene dar.

Nichtöffentlich

■ Individueller Befugtenbericht

Über die Webportal-Anmeldung können die Weiterbildungsbefugten mit ihren Zugangsdaten den Bericht über die Ergebnisse der Befragung ihrer eigenen Weiterbildungsstätte noch bis zum 31. März 2012 aufrufen.

Ergebnisse der Befragung

Die Ergebnisse führten zu vielen Diskussionen. Nachfolgend wird eine Auswahl der Ergebnisse dargestellt. Der WBA-Fragebogen beinhaltete 106 einzelne Fragen, diese wurden in acht Fragenkomplexen (siehe Tabelle 1) zusammengefasst. Die Bewertung wurde überwiegend nach dem

Tabelle 1: WBA-Befragung – Mittelwerte der Fragenkomplexe LÄK vs. DE (Quelle: BÄK/ETHZ)

Fragenkomplexe der WBA	Mittelwert Sachsen	Mittelwert Deutschland
Globalbeurteilung	2,41	2,44
Vermittlung von Fachkompetenz	2,24	2,29
Lernkultur	2,22	2,29
Führungskultur	2,25	2,32
Kultur zur Fehlervermeidung	2,72	2,67
Entscheidungskultur	2,09	2,13
Betriebskultur	2,07	2,09
Wissenschaftlich begründete Medizin	3,21	3,25
Gesamter Mittelwert:	2,40	2,44

Schulnotensystem von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 6 (= trifft überhaupt nicht zu) vorgenommen.

Die Landesspinne Sachsen (siehe Abbildung 1) zeigt die Mittelwerte der Befragung der WBA. Durchschnittlich haben die sächsischen Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung mit der Note 2,40 (bundesweit 2,44) bewertet. Bei den Fragenkomplexen Entscheidungskultur (2,09) und Betriebskultur (2,07) vergaben die WBA in Sachsen die besten Noten. Sachsen erreichte insgesamt Ergebnisse (siehe Tabelle 1), die dem Bundesdurchschnitt ähneln.

Die Frage der Weiterbildungsbefugten „Ich werde den Befugtenbericht mit meinen WBA besprechen respektive ihnen zeigen/zur Verfügung stel-

len?“ wurde von 96,80 Prozent in Sachsen mit JA beantwortet (bundesweit 97,84 Prozent). Das zeigt, es wird offen mit der Auswertung der Online-Befragung und damit auch gleichzeitig mit der Weiterbildungssituation umgegangen.

Fragenkomplex der WBA: Arbeitssituation

Die Antworten auf die Fragen zur Arbeitssituation (siehe Tabelle 2) „Durch administrative Auflagen werde ich bei meiner Arbeit am Patienten eingeschränkt.“ – Note 3,36 (bundesweit 3,08) und „Durch administrative Auflagen werde ich bei meiner Weiterbildung eingeschränkt.“ – Note 3,46 (bundesweit 3,22) zeigen deutlich, dass die WBA mit der

Zunahme der nichtärztlichen organisatorischen Tätigkeiten unzufrieden sind.

Ergebnisse verschiedener Fachrichtungsgruppen

Auswertungen im Sächsischen Länderrapport zeigten fachgruppenbezogene Stärken und Schwachstellen auf. Einige Facharztbezeichnungen wurden zu den unten aufgeführten acht Fachrichtungsgruppen zusammengefügt.

Abkürzungen der Fachrichtungsgruppen

- FA Anästhesiologie (**FA Anästh**)
- Gebiet Chirurgie (**Gebiet Chir**)
- FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe (**FA Frauen**)
- Gebiet Innere Medizin (**Gebiet InnMed**)
- FA Kinder- und Jugendmedizin (**FA KiJugMed**)
- FA Psychiatrie und Psychotherapie, ■ FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (**Gebiete PPP**)
- FA Allgemeinmedizin (**FA AllgMed**)
- FA ambulant, alle (**alle FA amb**)

Die Weiterbildungsbefugten aus den verschiedenen Facharztgruppen schätzten die Weiterbildungssituation im Vergleich zu den Weiterzubildenden – auch im bundesweiten Durchschnitt – in den einzelnen Fragenkomplexen meist besser ein.

Dies war in der Beurteilung der „Wissenschaftlich begründeten Medizin“ am auffälligsten, für welche die sächsischen Assistenzärzte die Durchschnittsnote 3,21 vergaben, die WBB hingegen die Durchschnittsnote 1,92. In diesem Fragenkomplex vergaben die WBA in allen Facharztgruppen Mittelwerte von 2,82 bis 3,65. Vor allem in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe offenbarten sich besonders weit auseinanderdriftende Urteile hinsichtlich der „Wissenschaftlich begründeten Medizin“. Die Leiter bewerteten diese mit 1,86 (bundesweit 1,92) und die Weiterzubildenden mit 3,65 (bundesweit 3,50).

Die Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendmedizin erhielten bei den Fragenkomplexen Lernkultur (2,53), Führungskultur (2,50) und Kultur zur Fehlervermeidung (3,22) schlechtere



Abbildung 1: Befragung der WBA: Mittelwerte der Fragenkomplexe in Sachsen

Bewertungen als der Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu den anderen Facharztgruppen schnitten auch die Anästhesiologen bei der Vermittlung von Fachkompetenz (2,44), in der Entscheidungskultur (2,54) und in der Betriebskultur (2,37) schlechter ab.

Positiv hervorzuheben ist die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin, die bei allen acht Fragekomplexen mit der Durchschnittsnote 1,73 die beste Bewertung erzielt hat. Am zufriedensten sind die WBA in den ambulanten Weiterbildungsstätten, insbesondere in der Allgemeinmedizin und das nicht nur in Sachsen, sondern auch bundesweit. Es ist zu vermuten, dass das gute Ergebnis unter anderem an der Möglichkeit der besseren und persönlicheren Betreuung aufgrund der geringen Anzahl der Weiterzubildenden in einer Praxis liegt. Dass der Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin aufgrund schlechter Weiterbildungsbedingungen entsteht, kann man damit nicht bestätigen. Die hohe Qualität ambulanter Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gehört zu den überraschenden Ergebnissen der Befragung.

Fragenkomplex: Globalbeurteilung

- Ich würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen.
- Ich bin insgesamt zufrieden mit der jetzigen Arbeitssituation an meiner Weiterbildungsstätte.
- Die jetzige Weiterbildungssituation entspricht meinen Erwartungen.
- Die Qualität der in meiner Weiterbildungsstätte vermittelten Weiterbildung halte ich für optimal.

In der „Globalbeurteilung“ der sächsischen Weiterzubildenden lagen die Mittelwerte zwischen 1,42 und 2,72 (siehe Abbildung 2). Bei den Weiterbildungern lagen die Noten zwischen 1,41 und 1,97. Fünf von acht Facharztgruppen wurden in dem Fragenkomplex „Globalbeurteilung“ besser bewertet als im Bundesdurchschnitt. Unterschiede zur Bewertung gab es

Tabelle 2: Befragung der WBA: Ergebnisse zu weiteren Fragen: Arbeitssituation (Quelle: BÄK/ETHZ)

	LAK		DE	
	Mittelwert	N	Mittelwert	N
Durch administrative Auflagen werde ich bei meiner <u>Arbeit am Patienten eingeschränkt</u>	3,36	1.528	3,08	19.819
Durch administrative Auflagen werde ich bei meiner <u>Weiterbildung eingeschränkt</u>	3,46	1.529	3,22	19.832

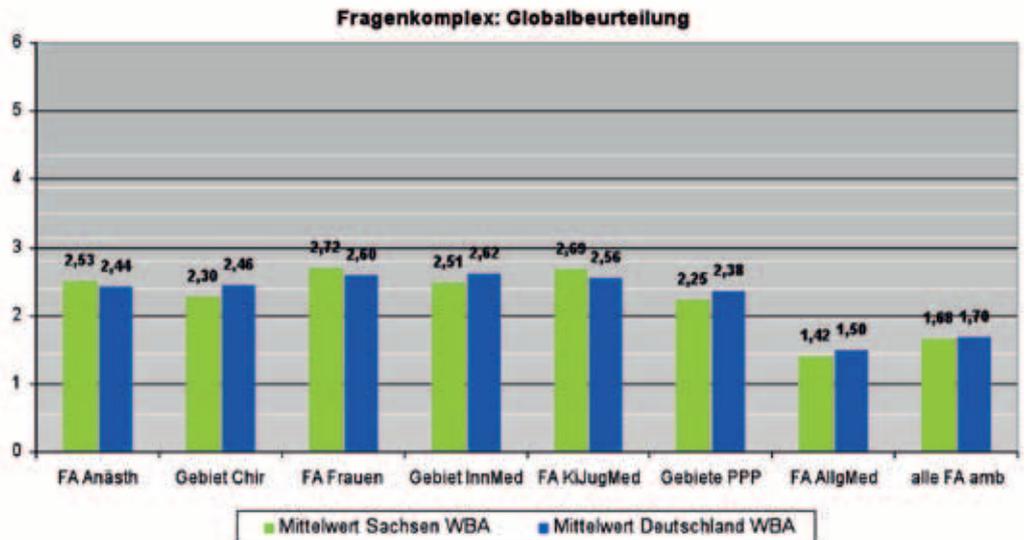


Abbildung 2: Befragung der WBA: Ergebnisse nach Fachrichtungsgruppen (Quelle: BÄK/ETHZ)

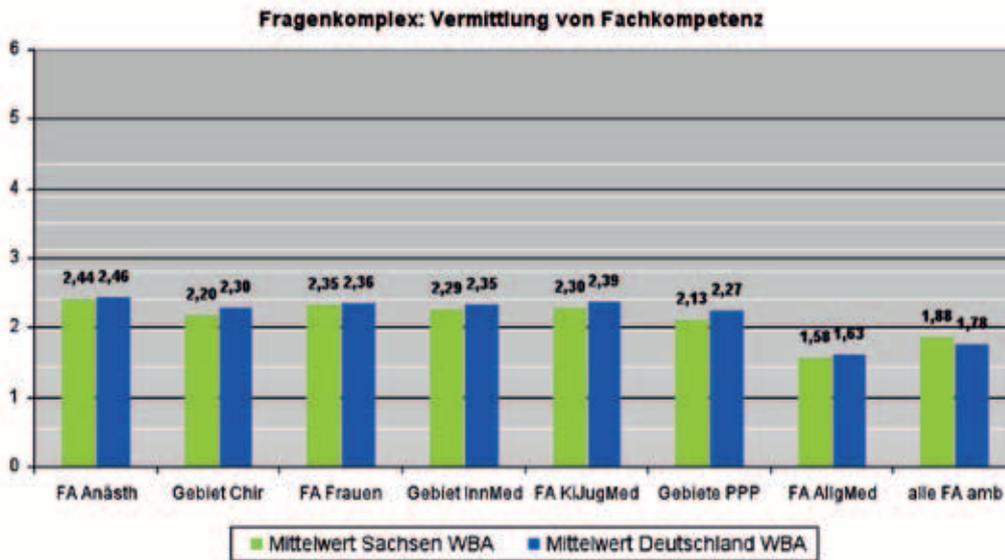


Abbildung 3: Befragung der WBA: Ergebnisse nach Fachrichtungsgruppen (Quelle: BÄK/ETHZ)

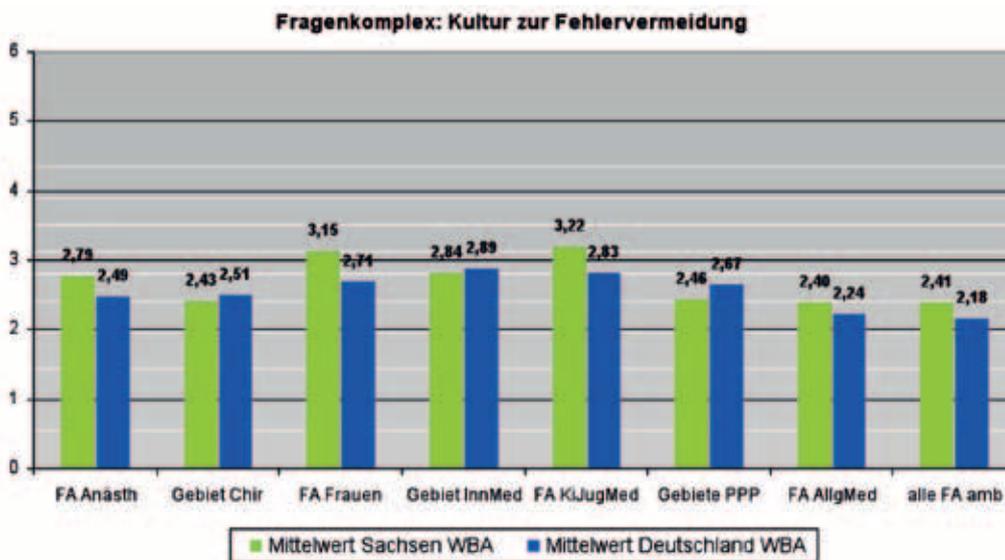


Abbildung 4: Befragung der WBA: Ergebnisse nach Fachrichtungsgruppen (Quelle: BÄK/ETHZ)

jedoch bei den Facharztgruppen Anästhesiologie – Note 2,53 (bundesweit 2,44), Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Note 2,72 (bundesweit 2,60) und Kinder- und Jugendmedizin – Note 2,69 (bundesweit 2,56).

Sehr positiv darf man die Allgemeinmedizin in der „Globalbeurteilung“ mit der Note 1,42 (bundesweit 1,50) betrachten.

Fragenkomplex: Vermittlung von Fachkompetenz

- Anamneseerhebung und/oder Erhebung von patientenbezogenen Angaben
- Untersuchungstechniken
- Ärztliche Gesprächsführung/Kommunikationskompetenz

- Fachspezifische Kenntnisse (z. B. Indikation, Aufklärung, Durchführung medizinischer Maßnahmen)
- Praktische Anwendung des erworbenen theoretischen Wissens
- Indikationsstellung für Spezialuntersuchungen
- Risiko-Analyse in Diagnostik und Therapie etc.

Die „Vermittlung von Fachkenntnissen“ (siehe Abbildung 3) wurde von den Weiterzubildenden in Sachsen durchschnittlich mit 2,24 (bundesweit 2,29) benotet. Die Allgemeinmedizin mit einer Bewertung von 1,58 sticht erneut positiv heraus. Das auffälligste Fachgebiet zu diesem Fragenkomplex war die Anästhesio-

logie mit der durchschnittlichen Note von 2,44. In diesem Facharztbereich wird meist eine hohe Anzahl angehender Fachärzte gleichzeitig ausgebildet. Somit ist die intensive, individuelle Betreuung durch den WBB in der Weiterbildung schwieriger. Auch in diesem Komplex bewerteten sich die WBB überwiegend eine halbe Note besser (1,53 – 1,86) als die WBA. Insgesamt ist das Ergebnis gut und die WBA sind mit der Vermittlung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten zufrieden.

Fragenkomplex: Kultur zur Fehlervermeidung

- An meiner Weiterbildungsstätte wird ein System zur Meldung kritischer Ereignisse und Komplikationen oder ein CIRS (Critical Incident Reporting System) angewandt.
- An meiner Weiterbildungsstätte wird mit Fehlern und Kritik offen umgegangen.
- An meiner Weiterbildungsstätte führen Meldungen von Zwischenfällen dazu, dass Prozesse/Strukturen verbessert werden.

Weniger gut fiel analog zum Bundestrend die Bewertung der „Kultur zur Fehlervermeidung“ durch die WBA mit dem Notendurchschnitt von 2,72 (bundesweit 2,67) und Mittelwerten im Facharztgruppen-Vergleich von 2,40 bis 3,22 aus. Außer in den Facharztgruppen Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie fällt die Bewertung kritischer aus, als im Bundesdurchschnitt. Die Auswertung des Fragenkomplexes zeigt in allen Facharztgebieten (siehe Abbildung 4) auf, dass es an Systemen mangelt, wie mit kritischen Ereignissen und Komplikationen in der Medizin umgegangen wird. Dies ist aber ein wichtiger Teil in der ärztlichen Tätigkeit, der aufgrund der Verpflichtung zur Qualitätssicherung verbessert werden muss. Zusammenfassend kann man sagen, dass die durch die weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte erteilte Gesamtnote 2,4 für sächsische Weiterbildungsstätten ein vergleichsweise guter Ausgangspunkt ist, der dennoch Potential zu Verbesserung bie-

tet. Die zukünftigen Fachärzte äußerten sich insgesamt global zufriedener als von den Weiterbildern erwartet. Informationsveranstaltungen mit Hinweisen zur Facharztweiterbildung werden weiterhin zukünftig für angehende Fachärzte und Medizinstudenten und auch für Weiterbildungsbefugte angeboten. Zudem

steht die Sächsische Landesärztekammer bei Fragen und Problemen in der Weiterbildung jederzeit gern zur Verfügung.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Peggy Thomas, Tel. 0351 8267-335
E-Mail: evaluation@slaek.de

Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de> -> Weiterbildung -> Evaluation

Peggy Thomas
Sachbearbeiterin Evaluation

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Aktuelle Arztzahlen

Zum 31.12.2011 waren bei der Sächsischen Landesärztekammer 21.582 Ärzte gemeldet. Dies sind 570 Ärzte mehr als im Jahr zuvor. Darunter befinden sich 1.620 (+216) ausländische Ärzte aus 91 Nationen. 15.569 Ärzte sind derzeit in Sachsen berufstätig (+ 412), davon 8.357 im stationären und 6.404 im ambulanten Bereich. Im Vergleich zum Jahr 2006 gibt es 2.400 Ärzte mehr im Freistaat.

2006 waren noch 5.794 Ärzte mit eigener Praxis gemeldet. Bis 2011 sank die Zahl um 250 auf 5.544 niedergelassene Ärzte. Dagegen stieg die Zahl der in Niederlassung ange-

stellten Ärzte im Vergleich zu 2010 um 97 und im Vergleich zu 2006 sogar um 510 auf 860 Ärzte an. Die Zahl der Ärztinnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 403 auf 11.509. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der in Sachsen lebenden Ärzte beträgt 53,3 Prozent. Die Anzahl männlicher Mediziner erhöhte sich dagegen nur um 165 auf 10.073 Ärzte.

Die Anzahl ausländischer Ärzte ist im Vergleich zum Vorjahr um 13,3 Prozent gestiegen. Die meisten Ärzte stammen aus der Tschechischen Republik (217), der Slowakei (187), aus Polen (183), Rumänien (122) und der Russischen Föderation (116). Von den ausländischen Mediziner-

arbeiten 1.302 Ärzte im stationären und 136 im ambulanten Bereich, davon 75 in einer Niederlassung und 61 Ärzte angestellt in einer Niederlassung. Der Anteil der ausländischen Ärzte beträgt in Bezug auf die 15.569 berufstätigen Mediziner in Sachsen 9,2 Prozent.

Derzeit können sich laut Bedarfsplanung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen noch rund 400 Ärzte (darunter über 300 Hausärzte) in Sachsen niederlassen. Und laut Krankenhausgesellschaft Sachsen gibt es ca. 400 freie Stellen in den Kliniken des Freistaates.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

4. Infoveranstaltung der Ärzteversorgung

Am 11. 4. 2012 findet ab 18.00 Uhr in den neuen Räumen der Sächsischen Ärzteversorgung, Schützenhöhe 20, 01099 Dresden, die 4. Infoveranstaltung für Mitglieder und Leistungsempfänger der Sächsischen Ärzteversorgung statt.

Die maximale Teilnehmerzahl von 100 Personen ist bereits erreicht. Alle derzeit verbindlich angemeldeten Teilnehmer sind dringend aufgefordert, eventuelle Absagen schnellstmöglich mitzuteilen, um Kolleginnen und Kollegen auf der Warteliste eine Teilnahme zu ermöglichen. Angesichts der überaus großen Resonanz werden derzeit zusätzliche Maßnahmen geprüft, um das bestehende Informationsbedürfnis abzudecken. Die Veranstaltungsreihe bietet den ärztlichen und tierärztlichen Mitglie-

dern Gelegenheit, sich umfassend über das System der berufsständischen Versorgung und über ihr Versorgungswerk zu informieren. Im Anschluss an das Vortragsprogramm besteht die Möglichkeit, bei einem Imbiss mit den Referenten, aber auch mit anderen Teilnehmern ins Gespräch zu kommen und zukünftige

Entwicklungen, Herausforderungen und Bedürfnisse zu diskutieren. Informationen zu den Referenten, den Vortragsinhalten und zum Ablauf der Veranstaltung werden regelmäßig unter www.saev.de aktualisiert.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin

Wichtiger Hinweis

Die Sächsische Ärzteversorgung zieht um. Ab 26.03.2012 erreichen Sie uns in unseren neuen Räumen Schützenhöhe 20 in 01099 Dresden und unter unserer neuen Rufnummer (0351 / 88 88 6-xxx) mit folgenden Durchwahlen:

Ansprechpartner Mitglieder

A bis Fö	Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Iris Erler	0351 / 88 88 6-312
Fr bis Kä	Dipl.-Ing. oec. Bärbel Winker	0351 / 88 88 6-313
Ke bis Ne/Nè	Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Antje Schlodder	0351 / 88 88 6-314
Ng bis Sc	Ökonom Karin Lehmann	0351 / 88 88 6-315
Se bis Z	Dipl.-Betriebswirt (FH) Silvia Türke	0351 / 88 88 6-316

Ansprechpartner Leistungsempfänger

A bis J	Dipl.-Ing. (FH) Tina Schneider	0351 / 88 88 6-332
K bis Z	Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Barbara Dreßler	0351 / 88 88 6-333

Weitere Informationen unter www.saev.de

Abschlussprüfung

Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Dienstag, dem 15. Mai 2012, 8.00 – 14.00 Uhr** durch.

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

- Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz
- Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
- BSZ Christoph Lüders Görlitz
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16, 02826 Görlitz
- Ruth-Pfau-Schule, Berufliches Schulzentrum der Stadt Leipzig
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von ca. Mitte Juni 2012 bis Mitte Juli 2012.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 15. Mai 2012 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2012 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei einer Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin oder des/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2012,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/

der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 15. März 2012** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Berichtigung

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2012, Seite 65, „Zwickauer Ärzteball 2012“, linke Spalte, 2. Absatz, 5. Zeile, muss es richtig heißen: „So soll retrospektiv des 150. Geburtstages von Prof. Dr. med. habil. Heinrich Braun am 1. 1. 2012 gedacht werden.“

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche 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.

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

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 12/C014
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 12/C015
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C016
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Mittweida

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/C017
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Freiberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 12/C018
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Zwickau-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/
Tiefenpsychologie
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur
Hälfte)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/
Tiefenpsychologie
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur
Hälfte)
Reg.-Nr. 12/C019

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Reg.-Nr. 12/C020

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 12/D008

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 12/D009
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D010

Löbau-Zittau

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich
Reg.-Nr. 12/D011
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.03.2012

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/D012

Sächsische Schweiz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 12/D013

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D014

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L012

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/L013

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 12/L014

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/L015

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Fahrsicherheit und Haftung bei Erkrankungen

R. Ebert

Zusammenfassung

Ausgehend von den für die Erteilung eines Führerscheines ärztlich relevanten Rechtsvorschriften (Fahrerlaubnisverordnung, Straßenverkehrsgesetz) wird auf die Grundlagen der Fahreignung eingegangen. Die Aufgaben des ärztlichen Gutachters und des therapeutisch tätigen Arztes werden dargestellt. Auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Multimorbidität älterer Fahrzeugführer wird hingewiesen. Unter Berücksichtigung möglicher Leistungseinschränkungen werden vertragliche und deliktische Haftung des Arztes in ihren Beziehungen Begutachtung der Fahreignung und Fahrtüchtigkeit sowie zur Fahrsicherheit genannt. Um Rechtsansprüche gegenüber begutachtenden und therapeutisch tätigen Ärzten zu vermeiden sollten Patienten ausführlich zu ihren kraftfahrrelevanten Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung der Wirkungen der verordneten Medikamente informiert werden.

1. Grundlagen der Fahreignung

In der ärztlichen Praxis stellen sich tagtäglich Patienten vor, die im Besitz eines Führerscheins sind und daraus stellt sich oftmals die Frage, inwieweit der betreffende Patient mit seinen Erkrankungen/Behinderungen und der bei ihm eingestellten Therapie gesundheitlich in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug im öffentlichen Verkehrsraum sicher zu führen. Bei einer Reihe von Erkrankungen/Behinderungen sind die Patienten oftmals nur mit einem Kraftfahrzeug in der Lage, ihren Arzt aufzusuchen, ihre Versorgungen zu verrichten und am kulturellen Leben teilzunehmen. Zweifelsohne werden zum Führen eines Kraftfahrzeuges gesundheitliche Voraussetzungen gefordert, die auch beim erkrankten oder älteren Fahrzeugführer erfüllt sein müssen. Im § 1 der **Fahrerlaubnisverordnung** (FEV) ist festgelegt, dass zum

Verkehr auf öffentlichen Straßen jeder zugelassen ist, wenn nicht für die Zulassung zu einzelnen Verkehrsarten eine Erlaubnis vorgeschrieben ist. Eine solche Regelung ist zwangsweise mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges bei eingeschränkter physischer oder psychischer Leistungsfähigkeit und den dadurch gegebenen Gefährdungsmöglichkeiten grundsätzlich auszuschließen. Deshalb sieht § 2 der FEV vor,

„(1) Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. Die Pflicht zur Vorsorge, namentlich durch das Anbringen geeigneter Einrichtungen an Fahrzeugen, durch den Ersatz fehlender Gliedmaßen mittels künstlicher Glieder, durch Begleitung oder durch das Tragen von Abzeichen oder Kennzeichen, obliegt dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einem für ihn Verantwortlichen.“

Das **Straßenverkehrsgesetz** schreibt dazu in § 2 vor,

„(1) Wer auf öffentlichen Straßen ein Kraftfahrzeug führt, bedarf der Erlaubnis (Fahrerlaubnis) der zuständigen Behörde (Fahrerlaubnisbehörde). Die Fahrerlaubnis wird in bestimmten Klassen erteilt. Sie ist durch eine amtliche Bescheinigung (Führerschein) nachzuweisen ...

Der Führerschein ist zu erteilen, wenn der Betreffende

- das erforderliche Mindestalter erreicht hat ... und
- zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet ist ...“.

Diese **Kraftfahreignung** ist nach Rechtslage für eine Reihe von Fahrerlaubnisklassen (Klassen A, A1, B, BE, L, M, S) gegeben, wenn der Bewerber um einen Führerschein den Sehtest bestanden hat und keine offensichtlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Zulassungsbehörde bekannt sind. Ein Führerschein wird dann unbefristet erteilt. Damit ist theoretisch eine Nutzung des Führerscheins über Jahrzehnte gegeben, ohne dass eine gesetzlich geforderte

ärztliche Untersuchung die Fahreignung bestätigen, einschränken oder verneinen könnte. Lediglich die Führerscheine der Klassen C1, C, C1E, CE, D1, D, D1E und DE bzw. die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung werden nach einer ärztlichen Begutachtung befristet erteilt.

In der Alltagspraxis ist hinsichtlich der Fahreignung sowohl der therapeutisch tätige Arzt, als auch der ärztliche Gutachter gefragt.

2. Begutachtung der Fahreignung

Dem ärztlichen Gutachter können nachstehende Bewerber bzw. Inhaber eines Führerscheins zur Begutachtung der Fahreignung vorgestellt werden:

- Bewerber um eine Führerschein der Klassen C1, C, C1E, CE, D1, D, D1E und DE bzw. die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung,
- Bewerber um eine Führerschein der Klassen A, A1, B, BE, L, M, T, S, wenn der Zulassungsbehörde gesundheitliche Mängel mit möglicher Beeinträchtigung der Fahreignung bekannt sind
- Nachuntersuchung von Führerscheininhabern nach Fristablauf,
- Führerscheininhaber nach Verkehrsverstößen bzw. bei Bekanntwerden gesundheitlicher Einschränkungen mit eventueller Relevanz zur Fahreignung.

Dem Gutachter obliegt es festzustellen, ob vom zu Begutachtenden ein Gefährdungssachverhalt beim Führen eines Kraftfahrzeuges ausgehen könnte. Darunter ist zu verstehen, wenn:

- nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden können oder
- in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (zum Beispiel hirnorganische Anfälle,

apoplektische Insulte, anfallsartige Schwindel- und Schockzustände, Bewusstseinsstrübungen oder -verlust) zu erwarten sind.

Insbesondere mit zunehmendem Alter ist von einer Abnahme der psychophysischen Leistungsfähigkeit, verbunden mit einer Multimorbidität, ab dem 60. Lebensjahr auszugehen (siehe dazu Verkehrssicherheitsberatung älterer Verkehrsteilnehmer, 2007; Robert-Koch-Institut, 1999; Anschütz, 1991). Dies macht sich in:

- Reduzierung der Leistungsgeschwindigkeit,
- Konzentrationsstörungen,
- Überforderung mit größerer Stress-Sensibilität bei komplexen Situationen,
- zunehmender Unsicherheit,
- Abnahme des Sehvermögens, sowohl die Sehschärfe, das Dämmerungs- und Nachtsehen sowie das Gesichtsfeld betreffend,
- veränderte Wahrnehmung von Krankheitssymptomen,
- Zunahme internistischer und degenerativer Erkrankungen mit Relevanz zur Fahrtätigkeit und
- hirnorganischen Veränderungen bemerkbar.

Bei der medizinischen Einschätzung der Fahreignung geht es neben den konkreten Krankheitsbildern im Wesentlichen um das Ausmaß funktioneller Defizite. Für die Beurteilung der Kraftfahreignung gelten die Leitlinien des Gutachtens „Krankheit und Kraftverkehr“ (siehe Gutachten „Krankheit und Kraftverkehr“; Schubert, W. et al., 2005 sowie Schubert, W. u. Mattern, R. 2005)

Bei bestehenden Erkrankungen und Leistungseinschränkungen sind:

- die bestehenden Anforderungen und Belastungen der Fahrtätigkeit in Abhängigkeit von der jeweiligen Fahrzeugklasse,
- der Verlauf, Ausmaß und Prognose der Erkrankung,
- die Lebensführung und Einstellung des Patienten,
- vorhandene bzw. zu schaffende Kompensationsmöglichkeiten sowie
- die bisherigen Erfolge der Therapie zu beachten.

Dabei ist der Gutachter verpflichtet:

- die Wissenschaftlichkeit seiner Ausführungen,
- die Nachvollziehbarkeit seiner Schlussfolgerungen,
- die verantwortliche Ausschöpfung der ihm gegebenen Möglichkeiten (Beschränkungen, Auflagen) sowie
- die mögliche prospektive Entwicklung der festgestellten Leiden/Erkrankungen zu berücksichtigen.

In der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung sind für Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen Kriterien für die Beurteilung der Eignung oder bedingten Eignung für die Fahrzeugklassen der Gruppe 1 und 2 einschließlich notwendiger Beschränkungen und Auflagen bei bedingter Eignung vorgegeben. Für Bewerber und Inhaber der Fahrerlaubnisklassen C, C1, D, D1 einschließlich der Anhängerklasse E sowie der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung enthält die Anlage 5 der Fahrerlaubnisverordnung Hinweise zur notwendigen Untersuchung psychischer Leistungsbereiche wie:

- Belastbarkeit,
- Orientierungsleistung,
- Konzentrationsleistung,
- Aufmerksamkeitsleistung sowie
- Reaktionsfähigkeit.

Die in der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung vorgenommenen Bewertungen gehen vom Regelfall aus. Es werden insbesondere Einzelentscheidungen eingeräumt, wenn Leistungsdefizite durch besondere menschliche Veranlagungen, Gewöhnung, besondere Einstellungen, Verhaltenssteuerungen und -umstellungen vorliegen.

Wenn die ärztliche Untersuchung ergibt, dass

1. von einem Kraftfahrer nach dem Grad der festgestellten Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und auch die

Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden können oder

2. von einem Kraftfahrer in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (zum Beispiel hirnorganische Anfälle, apoplektische Insulte, anfallsartige Schwindel- und Schockzustände, Bewusstseinsstrübungen oder -verlust und ähnliches) zu erwarten ist,

ist hinsichtlich der Kraftfahreignung und Fahrtüchtigkeit von einem **Gefährdungssachverhalt** auszugehen. Bei bedingter Gewährleistung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit können **Auflagen oder Beschränkungen** durch den Gutachter der Fahrerlaubnisbehörde (siehe VdTÜV-Merkblatt Kraftfahrwesen) im Einzelfall vorgeschlagen werden.

Derartige Beschränkungen können zum Beispiel betreffen:

- Fahrzeugart, -gewicht,
- Anhängerbetrieb,
- Sitzgestaltung,
- Sicherungseinrichtungen,
- Anordnung von Bedienelementen /Hebel, Schalter.

An Auflagen können zum Beispiel im Gutachten vorgeschlagen werden:

- Fahren mit Prothesen beziehungsweise Stützapparat,
- gesonderte Außenspiegel,
- betriebsbedingte Höchstgeschwindigkeit,
- Fahren mit speziellen Schuhen.

Durch die genannten Beschränkungen und Auflagen ist es oftmals erst möglich, dass die Betroffenen ein Fahrzeug sicher führen können. Durch das verantwortungsvolle Ausschöpfen der Möglichkeiten durch den Gutachter können sie unter Umständen wieder am beruflichen und sozialen Leben teilnehmen, was ohne Besitz eines Führerscheines oft nicht gegeben wäre.

3. Ärztliche Haftung

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen ist der **therapeutisch tätige Arzt** im Rahmen seines mit dem Patienten eingegan-

genen Behandlungsvertrages verpflichtet, sich Kenntnis über die Verkehrstauglichkeit seines Patienten zu verschaffen und ihn über mögliche negative Folgen der Diagnostik oder Therapie für die Fahreignung beziehungsweise Fahrtüchtigkeit zu informieren. Dabei hat der Arzt die Pflicht, sich über Häufigkeit und Gewohnheiten des Autofahrens zu informieren. Sollte dies nicht oder unvollständig erfolgt sein, könnte daraus ein Regressrisiko des Arztes im Sinne einer **vertraglichen Haftung** gegenüber dem Patienten als Fahrzeugführer im gleichen Maß auch gegenüber betroffenen haftenden Versicherungen oder drittgeschädigter Personen entstehen. Diese sich aus dem Behandlungsvertrag ergebende vertragliche Haftung betrifft Ärzte allein, gleichermaßen in Gemeinschaftspraxis aber auch Krankenhausgesellschaften und beinhaltet mögliche Schadensersatz- und Schmerzensgeldzahlungen.

Gegenüber dem Patienten ist die Arzthaftung abzuleiten aus:

- dem Heilauftrag,
- dem medizinischen Standard seines Fachgebietes,
- der Pflicht gegenüber dem Patienten zum Schutz vor Selbstgefährdung,
- der Pflicht zur Aufklärung,
- der Pflicht zur Warnung vor Störungen in Falle einer diagnostischen Maßnahme oder therapiebedingt,
- der Pflicht zur Überwachung des Patienten sowie
- der Pflicht zu einer nachhaltigen Information des Patienten.

Ein Verschulden des Arztes kann aber bereits vermutet werden, wenn er gegen die Regeln der ärztlichen Sorgfalt verstoßen hat, er an fachbezogenen Weiterbildungen nicht nachweislich teilgenommen hat oder er mangelnde pharmakotherapeutische Kenntnisse mit Relevanz zur Fahrtüchtigkeit aufweist.

Die **Fahrtüchtigkeit** ist die situations- und zeitbezogene Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges. Sie ist durch äußere Faktoren und

Beeinträchtigung des Fahrzeugführers rasch veränderbar. Nach einer Definition des Bundesgerichtshofes ist ein Fahrzeugführer fahruntüchtig, wenn er schwierigen Verkehrslagen, wie sie jederzeit eintreten können, nicht mehr gewachsen ist oder wenn Funktionsstörungen eintreten, die durch Willensanspannung nicht mehr ausgeglichen werden können. Von einer relativen Fahruntüchtigkeit geht der Gesetzgeber aus, wenn durch eine Erkrankung oder durch den Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten einzelne Leistungsbereiche der Fahrtüchtigkeit aufgehoben oder eingeschränkt sind. Bei Blutalkoholwerten von $< 1,1 \%$ kann bereits Fahruntüchtigkeit vorliegen. Bei Drogen bzw. Medikamenten existieren keine Grenzwerte. Hierbei ist zur Feststellung der relativen Fahruntüchtigkeit nach Kauert von folgenden Kriterien auszugehen:

- beobachtete Fahrauffälligkeiten,
- polizeiliche Beobachtungen am Verhalten des Fahrers,
- ärztliche Befunde der motorischen, vegetativen beziehungsweise psychischen Leistungsfähigkeit sowie
- Ergebnisse der toxikologischen Untersuchung.

Eine **deliktische Haftung** des Arztes könnte dann eintreten, wenn durch ihn wegen einer rechtswidrigen oder unerlaubten Handlung eine teilweise oder vollständige Fahruntüchtigkeit des Patienten mit entsprechenden Folgen eintritt.

Aus der Kenntnis der Risiken sowohl der ärztlichen Therapie als auch unter Umständen aus diagnostischen Verfahren ergibt sich für den Arzt eindeutig eine **Pflicht zur Aufklärung** des Patienten hinsichtlich einer eingeschränkten oder aufgehobenen Fahrtüchtigkeit. Diese Informationen sind dem Patienten durch den Arzt

- rechtzeitig,
- in verständlicher Form und
- auch bei seltenen Risiken

zu geben. Diese Informationen sollten in den Patientenunterlagen dokumentiert werden. Zweckmäßig ist es, dass an dem Gespräch ein Mitarbeiter der Praxis als Zeuge teilnimmt.

Darüber hinaus hat der Arzt für diese Aufklärung die Initiativepflicht. Er muss gegebenenfalls beim Patienten hinsichtlich einer Fahrzeugnutzung nachfragen und hat eine Pflicht zur Sicherung bei Erkennbarkeit einer Gefahr. Dadurch kann für den Arzt ein Interessenkonflikt entstehen, der im Einzelfall einer Abwägung bedarf. Sofern der Patient den Arzt nicht versteht, ist es erforderlich, notwendige Informationen an dem Patienten nahestehende Personen zu geben. Bei sprachunkundigen Personen sind nötigenfalls Angehörige oder Dolmetscher einzubeziehen. In besonderen Fällen ist die Einbeziehung eines Vormundschaftsgerichtes durch den Arzt zu erwägen. Derartige Informationen an Dritte sind zwangsläufig mit einer Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB verbunden. Unter Umständen kann man dem Patienten die Entbindung von der Schweigepflicht des Arztes vorschlagen, was allerdings nicht immer erfolgreich sein wird. In diesen Fällen wäre abzuwägen, ob von dem Patienten als Fahrzeugführer eine drohende Gefahr für Rechtsgüter ausgeht und Angehörige und/oder die zuständige Fahrerlaubnisbehörden vom Sachverhalt informiert werden. Eine drohende konkrete Gefahr für Personen und Sachwerte durch mögliche Handlungen des Patienten als Fahrzeugführer rechtfertigt eine Information des Arztes an Dritte und wird in der gegenwärtigen Rechtsprechung auch so gehandhabt. Ausgehend von der Komplexität der verkehrsmedizinischen Begutachtung und unter Berücksichtigung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bei Patienten, die ein Kraftfahrzeug führen, sind mögliche Folgen für Fahrzeugführer und Dritte bei eingeschränkter oder aufgehobener Fahrtüchtigkeit beziehungsweise Fahreignung zu beachten. Nur durch eine gründliche Arbeitsweise ist es möglich, Haftungsansprüche der Betroffenen oder von Dritten auszuschließen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Rolf Ebert
Stadtgutstraße 53, 01217 Dresden

Neurodermitis-Schulungen in Dresden

Ein interdisziplinäres Projekt

Katja Nemat¹, Susanne Abraham²

Aktuell startet die 35. Neurodermitis-Schulung in Dresden. Seit 2004 schult am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus ein interdisziplinäres Team aus Kinderärzten, Dermatologen, Psychologen und Ernährungsberatern regelmäßig Eltern, deren Kinder (im Alter von 0 bis 7 Jahren) unter einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis leiden. Die Dresdner Schulungseinrichtung ist durch die AG Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) anerkannt und wurde als Hospitationszentrum für die Neurodermitis-Trainer-Ausbildung zertifiziert. Zusätzlich wird derzeit die Effektivität von Neurodermitisschulungen für Erwachsene (ARNE) in einer multizentrischen Studie untersucht.

Am 16. und 17. März 2012 findet in Dresden die 9. Jahrestagung der AG Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) statt – organisiert vom Dresdner Neurodermitisschulungs-Team. Der Kongress findet traditionell als gemeinsame Jahrestagung mit der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS) statt.

Hintergrund

Neurodermitis ist die häufigste chronische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenz beträgt in der jetzt heranwachsenden Generation in Deutschland 13 Prozent (Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey des RKI)¹. Ausprägung, Lokalisation und Schweregrad variieren altersabhängig und interindividuell stark (Abb. 1 und 2). Häufig ist ein Verlauf in Schüben zu beobachten, gerade bei Säuglingen und jüngeren Kleinkindern mit mittelschweren

oder schweren Ekzemen fehlen jedoch oft die erscheinungsfreien Intervalle. Als kennzeichnend für die Neurodermitis in allen Lebensaltern gilt der ausgeprägte Juckreiz.

Die Mehrheit der Neurodermitiserkrankungen im Kindesalter verläuft erfreulicherweise leicht. Etwa die Hälfte der Kinder mit Ekzemen in den ersten drei Lebensjahren haben später fast erscheinungsfreie Haut. Auch bei initial schweren Säuglings-ekzemen kommt es im Verlauf bis zum Schulalter oft zu einer deutlichen Abmilderung der Symptomatik. Trotz dieser insgesamt günstigen Prognose ist der Leidensdruck in den Familien, insbesondere bei Kindern im Baby- oder Kleinkindalter, oft erheblich.

Lebensqualität bei Neurodermitis

Mehrfach konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität von Kindern und Erwachsenen mit Neurodermitis signifikant beeinträchtigt ist. Die Lebensqualitätsparameter sind hierbei, wenn ein Kind in der Familie betroffen ist, ebenso bei Eltern als auch Geschwistern messbar eingeschränkt^{2,3}. Im Vergleich mit anderen



Abbildung 1: Generalisiertes Ekzem, Säugling



Abbildung 2: Stamm- und beugenbetontes Ekzem, Kleinkind



Abb. 3: Einflussfaktoren auf die familiäre Lebensqualität bei Neurodermitis

¹ Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt (Kid) und Universitäts AllergieCentrum (UAC), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden

² Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitäts AllergieCentrum (UAC), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden



Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Krankheitsaktivität bei Neurodermitis, Darstellung modifiziert nach AGNES-Schulungsprogramm

chronischen Erkrankungen im Kindesalter werden beim generalisierten Ekzem sogar ausgeprägtere Beeinträchtigungen im Familienalltag und der Lebensqualität angegeben als bei Diabetes mellitus, Epilepsie oder Mukoviszidose⁴.

Verschiedene Faktoren tragen zu diesem Umstand bei (Abb. 3).

Eine zentrale Rolle spielt sicherlich die Beeinträchtigung des Nachtschlafs durch Juckreiz und Kratzen. Bei über 60 Prozent der Kinder mit Neurodermitis sind signifikante Schlafdefizite nachweisbar. Die Folgen sind Tagesmüdigkeit, Erschöpfungszustände, Stimmungsschwankungen und Konzentrationsschwierigkeiten bei Eltern und Kindern². Der teils massive Juckreiz betroffener Kinder belastet die Familie jedoch auch am Tag. Die Unmöglichkeit, den Juckreiz zu kontrollieren führt bei Eltern oft zu Frustration und Insuffizienzgefühlen. Weiterhin als belastend empfunden werden Einschränkungen im kindlichen Alltag bezüglich Kleidung, Ernährung und Freizeitaktivitäten. Insbesondere diätetische Einschränkungen führen bei Kleinkindern auch zu sozialen Prob-

lemen, wenn zum Beispiel gemeinsame Mahlzeiten in der Kindergartengruppe nicht uneingeschränkt möglich sind oder zur Kindergeburtstagsfeier eigenes Essen mitgebracht werden muss. Eine wichtige Botschaft der Neurodermitis-Elternschulung lautet daher, unnötige Diätverbote bei Kindern unbedingt zu vermeiden. Zwar leidet ein Drittel der Kleinkinder mit Neurodermitis auch unter einer Nahrungsmittelallergie (zum Beispiel gegenüber Kuhmilch, Hühnerei, Weizenmehl oder Soja), aber häufig werden Karenzdiäten ohne vorangegangene Diagnostik verordnet oder selbst initiiert. Gerade für Kinder in der Wachstumsphase ist eine sichere Diagnosestellung zu fordern, außerdem muss die Aktualität der (in der Regel zum Vorschulalter hin ausheilenden) Nahrungsmittelallergie in regelmäßigen Abständen überprüft werden⁵.

Inwieweit auch eine Stigmatisierung betroffener Kinder infolge der sichtbaren Hautveränderungen und des Juckreizes zur schlechten Lebensqualität beiträgt, ist nicht gut belegt, für Schulkinder jedoch zumindest anzunehmen. Unserer Erfahrung nach ist

die äußere Sichtbarkeit der Erkrankung des Kindes in jedem Fall ein Belastungsfaktor für die Eltern. Erhalten diese aus ihrem näheren und fernen Umfeld doch häufig eine Flut gut gemeinter, aber teils unqualifizierter „Ratschläge“ und Kommentare. Oft werden dabei verquere pathophysiologische Vorstellungen vermittelt, die insbesondere bei den Müttern Schuldgefühle erzeugen oder verstärken. Die Eltern fühlen sich letztlich noch mehr allein gelassen, wenn die einfachen Patentrezepte aus ihrem Umfeld bei ihrem Kind nicht wirken.

Triggerfaktoren bei Neurodermitis

Ein Hauptziel des Neurodermitis-Managements ist die Erkennung und Meidung individueller Schubfaktoren (Abb. 4). In den ersten Lebensjahren spielen Nahrungsmittelallergien bei einem Drittel der Kinder eine Rolle⁵. Im Jugend- und Erwachsenenalter sind Nahrungsmittelallergene seltener relevant. Stets ist bei Nachweis einer Nahrungsmittelallergie eine Ernährungsberatung sinnvoll, um die Karenzempfehlungen ernährungsphysiologisch angemessen umzusetzen.

Häufige perenniale Aeroallergene im Jugend- und Erwachsenenalter, welche zu einer Ekzemtriggerung führen können, sind Hausstaubmilben, Schimmelpilze und Tierepithelien. Maßnahmen zur Hausstaubmilbenreduktion können bei einer nachgewiesenen Sensibilisierung zu einer Besserung der Neurodermitis führen⁶. Auch während der saisonalen Pollenexposition kann bei bestehender Typ-I-Allergie häufig eine Exazerbation des Ekzems beobachtet werden. Stress wird von vielen Patienten als Schubausröser angegeben. In einer prospektiven Studie konnte gezeigt werden, dass Stress mit einer Latenz von drei Tagen zu einer signifikanten Zunahme des Juckreizes und der Erkrankungsintensität des Ekzems führen kann⁷.

Sowohl physikalische Reizfaktoren wie das Tragen von Wolle und mechanische Hautirritation durch Kratzen und Reibung als auch chemische Reize (insbesondere häufiges

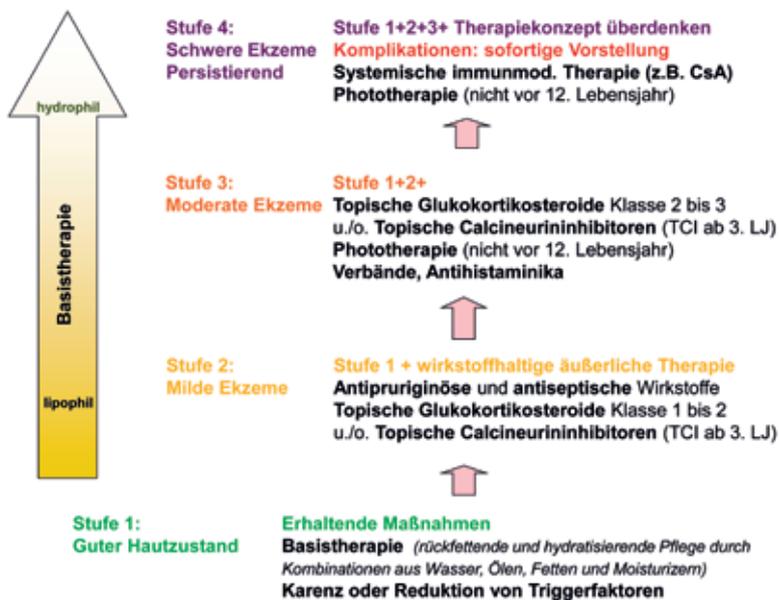


Abbildung 5: Behandlungsstufenplan bei Neurodermitis, modifiziert nach PRACTALL-Empfehlungen¹³ und ARNE-Modellprojekt

Schulungsinhalte:	
Tag 1	Medizinische Grundlagen (Begriffsklärung, Krankheitsbild/Pathogenese, Diagnostik), Juckreiz-Kratz-Zirkel
Tag 2	Psychologische Inhalte: Juckreiz und Kratzen, Kratzalternativen, Einflussfaktor Stress, Schlafprobleme, Bewältigungsstrategien
Tag 3	Ausgewogene, kindgerechte Ernährung; Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten, diagnostische Methoden, therapeutische Diäten; Alimentäre Allergieprävention
Tag 4	Therapiestufenplan Stufe 1 (Basistherapie): Salbenpraxis mit Vorstellung verschiedener Externa; Verbandstechniken, Bäder, Textilien
Tag 5	Therapiestufenplan Stufe 2 und 3: Antipruriginosa, Antiseptika, topische Steroide und topische Calcineurininhibitoren; virale und bakterielle Superinfektionen
Tag 6	Transfer der Schulungsinhalte in den Alltag, komplementäre Methoden, Entspannungsverfahren, Klärung nicht beantworteter Fragen

Abbildung 6: Inhalte der Neurodermitis-Elternschulung nach AGNES-Curriculum

Händewaschen) sind als mögliche Triggerfaktoren bekannt. Aber auch Temperaturschwankungen, Schwitzen und die Exposition zu Tabakrauch werden als Schubfaktoren angegeben. Obwohl UV-Licht auch therapeutisch eingesetzt wird, berichten manche Patienten über Ekzemexazerbation nach Sonnenlichtexposition.

Häufig lässt sich auf der Haut eine Kolonisation mit Staphylokokkus aureus nachweisen. Eine echte Superinfektion mit Staphylokokken imponiert klinisch als impetiginisier-

tes Ekzem. Ab dem Jugendalter kann der Hefepilz *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*) für eine Unterhaltung des Ekzems im Kopf- und Nackenbereich verantwortlich sein (*Head-neck-shoulder-dermatitis*)⁸.

Gefürchtet ist das Auftreten eines *Eczema herpeticum*, hervorgerufen durch eine Infektion mit Herpes simplex, und charakterisiert durch eine schnelle Ausbreitung herpetiformer Bläschen bei reduziertem Allgemeinzustand.

Bei grippalen Infekten und auch nach Impfungen ist oft mit einer

kurzfristigen Verschlechterung des Ekzems zu rechnen.

Die Durchführung der empfohlenen Impfungen in den ersten beiden Lebensjahren führt jedoch weder zu einer Zunahme an Nahrungsmittel- oder Pollen-Allergien noch zu einem erhöhten Auftreten des atopischen Ekzems⁹. Die nach STIKO empfohlenen Impfungen sollten somit altersentsprechend durchgeführt werden¹⁰. Insbesondere Varizellen können auch bei Vorliegen eines lediglich milden atopischen Ekzems einen schweren Verlauf mit Superinfektion nehmen.

Auch hormonelle Veränderungen können eine Verschlechterung der Neurodermitis zur Folge haben. In der Schwangerschaft kann dies durch die erforderliche Verschiebung der immunologischen Reaktionslage auf eine Th2-dominierte Immunantwort erklärt werden kann¹¹.

Therapie

Der Neurodermitis-Schulung entnommen hat das Therapie-Stufen-Schema Einzug in die aktuelle deutschsprachige S2-Leitlinie und internationale Empfehlungen gefunden^{12,13} (Abb.5).

Auf der ersten Stufe steht eine adäquate und konsequente Basistherapie sowie die Erkennung und die Meidung von Triggerfaktoren. Aufgrund der gestörten Hautbarriere kommt der rückfettenden Basistherapie eine grundlegende Funktion zu. Die Galenik ist anhand des Alters des Patienten, Lokalisation und Akuität des Ekzems auszuwählen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland die Basistherapie bei Neurodermitis nur eingeschränkt zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig ist, was die ohnehin erheblichen krankheitsbedingten Mehrkosten für die Familien weiter erhöht¹⁴. Entsprechend der Schwere des Ekzems und des klinischen Erscheinungsbildes kommen in den weiteren Therapie-Stufen topische Steroide und Calcineurininhibitoren, Antiseptika, Antipruriginosa sowie bei schweren Ekzemen im Erwachsenenalter zeitlich begrenzt UV-Therapien oder Ciclosporin A zum Einsatz.

Die systemische Gabe von Steroiden ist bis auf wenige Ausnahmefälle aufgrund des starken Rebound-Effekts und der möglichen Nebenwirkungen obsolet.

Topische Antibiotika werden nur bei lokalisierter bakterieller Superinfektion empfohlen, bei generalisiertem Verlauf ist eine antibiotische Systemtherapie sinnvoll. Bei einem Eczema herpeticatum ist die sofortige systemische virostatistische Behandlung einzuleiten¹².

Das Neurodermitis-Schulungs-Konzept, Erfahrungen und Evaluation

Patienten und Eltern haben einen hohen Informationsbedarf, dem häufig im Rahmen der Sprechstunde nicht hinreichend Rechnung getragen werden kann.

In einer kontrollierten Muticenterstudie zur Neurodermitisschulung von Kindern in drei verschiedenen Altersklassen und/oder ihren Eltern konnte eine signifikante Verbesserung des Hautzustandes und der Lebensqualität erzielt werden¹⁵. Daher empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Kostenübernahme einer Schulung. Neurodermitisschulungen werden an AGNES-Schulungszentren im gesamten Bundesgebiet nach einem einheitlichen Curriculum durchgeführt (www.neurodermitisschulung.de). In sechs Zeiteinheiten zu je zwei Stunden werden durch ein interdisziplinäres Team aus Dermatologie, Kinderheilkunde, Ernährungsberatung, Pflege und Psychologie Krankheitsbild und Pathophysiologie sowie Therapie des atopischen Ekzems, Ernährung und psychologische Inhalte besprochen (Abb. 6). Insbesondere dem Austausch der Schulungsteilnehmer untereinander kommt große Bedeutung zu. Die Effektivität der Schulung von erwachsenen Patienten,

angelehnt an das AGNES-Curriculum, wird derzeit durch eine multizentrische Studie (ARNE) untersucht. Nach erfolgter Evaluation wird diese gegebenenfalls regelmäßig angeboten werden können.

In den Kursen werden den Eltern, die – im Unterschied zu anderen chronischen Erkrankungen – oft selbst über die tagesaktuelle Pflege bzw. Therapie entscheiden müssen, umfangreiche medizinische Informationen gegeben. Sie erlangen durch die praxisbezogene Darstellung Handlungssicherheit, für ihr Kind die angemessene Creme und Verbandstechnik auszuwählen. Die Verbesserung des pathophysiologischen Verständnisses trägt in der Regel wesentlich zu einer Entlastung der häufig von Schuldgefühlen geplagten Eltern bei. Gerade Eltern von kleinen Kindern, die mit den Anforderungen der Erkrankung neu konfrontiert sind, profitieren sehr von einer Neurodermitisschulung, wobei diese optimalerweise kurz nach Diagnosestellung initiiert werden sollte. Aber auch Familien, die bereits mehrjährige Therapieerfahrung haben, gewinnen in der Schulung noch neue Erkenntnisse – manchmal können langjährige Missverständnisse geklärt werden – bzw. können bezüglich anhaltender Sorgen vor Nebenwirkungen der Therapie (vor allem mit topischen Steroiden) entlastet werden. In den Evaluationen eigener Schulungen wird insbesondere die Vermittlung fundierter Informationen und von Handlungssicherheit im Alltag positiv herausgestellt.

Weitere Informationen und Ausblick

Weitere Informationen zur Neurodermitisschulung in Dresden, Anmeldemodalitäten sowie Schulungsterminen erhalten Sie auf unserer Website: www.neurodermitisschulung-dresden.de.

Das Dresdner Neurodermitis-Schulungs-Team:

Dr. Susanne Abraham (Dermatologie), Dr. Ute Boashie (Dermatologie), Dr. Marlene Garzarolli (Dermatologie), Dr. Heidrun Gurth (Pädiatrie), Dr. Giada Heber (Dermatologie), Dipl. Psych. Katja Lämmerhirt, Dipl. Psych. Dr. Anja Lüdemann, Dr. Katja Nemat (Pädiatrie), Heike Oelmann (KS Dermatologie), Katja Plachta (Ernährungsberaterin/DGE), Dipl. oec. troph. Tessa Rehberg (Ernährungsberaterin/DGE), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Dermatologie/Arbeits- und Sozialmedizin).

Am 16. und 17. März 2012 findet in Dresden die 9. gemeinsame deutschlandweite Jahrestagung der Vereine AGNES (AG Neurodermitisschulung e.V.) und AGAS (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.) statt. Es werden circa 400 Teilnehmer erwartet (Ärzte, Kinderkrankenschwestern, Ernährungsberaterinnen, Psychologen, Physiotherapeuten). Das Tagungsprogramm sowie weitere Informationen sind unter www.tagung-agas-agnes.de einsehbar.

Für Ärzte, die Kinder mit atopischem Ekzem behandeln, bieten wir in Dresden regelmäßig ein zweitägiges Intensivseminar zum praktischen Neurodermitis-Management an. Bei Interesse finden Sie Informationen in den aktuellen Fortbildungskalendern sowie unter www.di-text.de.

Literatur beim Verfasser

E-Mail:

susanne.abraham@uniklinikum-dresden.de

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Susanne Abraham
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Caurus
01307 Dresden

Dr. med. Katja Nemat
Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt (Kid)
01067 Dresden

Wer ist schon normal?

Im Januar und Februar 2012 wurde von der Sächsischen Landesärztekammer in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene-Museum in Dresden eine Veranstaltungsreihe zu psychischen Störungen durchgeführt. Die fünf Fachvorträge in der Reihe „Wer ist schon normal?“ wurden von insgesamt 1.300 Gästen besucht.

Was ist normal? – Einführung

„Vor hundert Jahren hätten so manche Personen des heutigen öffentlichen Lebens eine eindeutige psychiatrische Diagnose bekommen“ formulierte Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, und, „dass sich die Ansichten zu ‘Was ist normal und was nicht?’ ändern können und auch stark vom gesellschaftlichen Kontext abhängig sind“. Er eröffnete damit am 11. Januar 2012 die Vortragsreihe zu psychischen Störungen. Insbesondere ging er auf die schwierige Unterscheidung von „normal“ und „krank“ ein, weil die Übergänge immer fließend sind und Symptome niemals losgelöst von persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren betrachtet werden dürften. In Deutschland nehmen psychische Erkrankungen nicht zuletzt wegen der immer älter werdenden Bevölkerung, aber auch wegen der Änderung des sozialen Umfeldes zu. Der Anteil der über 75-Jährigen mit riskantem Alkoholkonsum liegt bei 6,5 Prozent. Depressionen haben in dieser Altersgruppe 6,8 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen. Dies sei unter anderem darauf zurück zu führen, dass immer mehr Menschen allein leben und kaum soziale Kontakte haben. Die soziale Isolierung sei das häufigste Problem bei psychischen Störungen, nicht nur bei älteren Menschen, betonte Prof. Dr. Bach.

Zitterpartien: Angststörungen

Angst ist eine wichtige Emotion und physiologische Reaktion in Gefahrensituationen, die das Überleben des

Menschen sicherstellt. Allerdings können Angst und Panik auch in Situationen und Formen auftreten, die nicht bei allen Menschen mit Gefahr verknüpft sind. Die Differenzierung zwischen gesunder und pathologischer Angst und wann eine Angststörung vorliegt, erläuterte Dipl.-Psych. Katja Petrowski in ihrem Vortrag über Angststörungen. Dass Angststörungen mittlerweile keine Seltenheit mehr sind, zeigt sich in einer Studie, nach der bei 13 Prozent der deutschen Bevölkerung im Laufe des Lebens einmal eine Angststörung aufgetreten ist. Und acht Prozent aller Deutschen entwickeln spezielle Phobien. Des Weiteren gibt es soziale Phobien und generalisierte Angststörungen. Zu den Ursachen von Angststörungen können Bindungsstörungen in der Kindheit, wie der Tod eines Elternteils, alkoholabhängige Eltern oder Gewalt in der Familie gehören. Auch die Übertragung von Ängsten durch die Mutter auf das Kind (Zahnarztphobie/Höhenangst) spielen eine nicht unwesentliche Rolle. Aber es gibt auch hormonelle Ursachen zum Beispiel für Panikattacken. Bei Patienten, die darunter leiden, kann eine Hormonüberproduktion von CHR oder Cortisol vorliegen, wodurch der Angstpegel nicht abgebaut werden kann. Bevor aber eine solche Störung erkannt wird, haben diese Menschen zumeist eine langjährige Patientenkarriere beim Hausarzt oder in der Kardiologie hinter sich. Die Ausprägung der Angststörung kann zu eingeschränkter Lebensqualität, Alkoholabhängigkeit und Krankschreibung führen. Obwohl die Spontan-Remissionsrate gering ist, lassen sich Angststörungen gut behandeln. Welche psychotherapeutischen Interventionen und welche Bedingungen die Erfolgchancen einer Therapie von Angststörungen verbessern, wurde von Frau Dipl.-Psych. Petrowski unter Verwendung neuester empirischer Ergebnisse dargestellt. Erste Wahl ist nachweislich die Konfrontationstherapie in Verbindung mit Einzel- oder Gruppengesprächen sowie einer medikamentösen Behandlung. Die Anzahl der an Angststörungen erkrankten Personen nahm in den



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach und Dipl.-Psych. Katja Petrowski

letzten fünf Jahren um 27 Prozent zu. Diesem Ansturm sind die Versorgungsstrukturen laut Katja Petrowski derzeit in Sachsen nicht gewachsen. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Therapeuten liegt hier bei vier Monaten. „Eine Prävention von Angststörungen“, so Frau Petrowski auf Nachfrage aus dem Publikum, „findet praktisch nicht statt“.

Die Welt in Grautönen – Depression

Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Es ist eine affektive Störung, die mit einer Veränderung der Stimmungslage einhergeht. Eines der Hauptsymptome depressiver Episoden ist die gedrückte Stimmung des Patienten und der Verlust der affektiven Resonanz, das heißt der Patient ist durch Zuspruch nicht aufmunterbar. Aber auch eine Reihe anderer Symptome, wie unter anderem Antriebsminderung, Appetitminderung und Schlafstörungen bis hin zu Suizidgedanken, gehen mit Depressionen einher. Auch Kinder und Jugendliche können schon an Depressionen erkranken.

Der Psychiater Prof. em. Dr. med. habil. Werner Felber erklärte in seinem Vortrag, dass depressive Erkrankungen verschiedene Auslöser haben können: als Folge organischer Krankheitsprozesse oder veränderter Stoffwechselprozesse im Gehirn (endogene Depressionen), als Reaktion auf ein aktuell belastendes Ereignis oder auf eine länger andauernde Belastung, zum Teil aber auch ohne erkennbare Ursache, genetisch bedingt. Oft kehrt die Erkrankung in Episoden wieder, zwischen welchen bis zu zehn Jahre vergehen können.



Prof. Dr. med. habil. Werner Felber

„Die mangelnde oder verzögerte Behandlung führt häufig zur Chronifizierung, Rezidivierung oder auch zu einer Therapieresistenz“, so Prof. Dr. Felber.

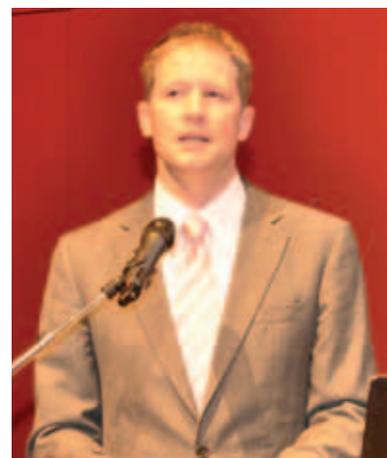
Im Lebensverlauf erkranken fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung an Depressionen. 80 Prozent der Erkrankten werden beim praktischen Arzt behandelt bzw. von diesem an Therapieeinrichtungen weiter überwiesen. Psychiatrisch behandelt werden meist nur schwere Ausprägungen, die Suizidalität und/oder wahnhaftige Gedanken aufweisen. Bei leichteren Depressionen ist die Behandlung mittels Therapie ausreichend, während diese bei schweren oder chronischen Fällen mit einer Pharmakotherapie verbunden wird.

Meist ist es eine Kombination mehrerer Faktoren, die zur Entstehung einer Depression führt. Frühe Traumata, zum Beispiel durch frühkindliche Deprivation, führen zu einem „biological priming“ mit einer Änderung der Rezeptorstruktur der „second-messenger“-Kaskade. In der ersten Latenzphase kommt es zu einer Reaktivierung durch psychologische Mechanismen wie Trauer oder Rollenwechsel oder „physiologische Ereignisse“ wie Operationen oder Unfälle. Durch das Fehlen einer adäquaten emotional-kognitiven Verarbeitung kommt es zu einer zweiten Latenzphase, in der im Gehirn psychobiologische Stressreaktionen erfolgen und eine erhöhte Menge CRH, Cortisol und β -Rezeptoren produziert werden. Dies führt dann zu einem Ausbrechen der Krankheit.

ADHS – eine erfundene Erkrankung?

Die Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, wird seit circa 150 Jahren in der Literatur beschrieben und ist seit 1980 in die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufgenommen. „ADHS beginnt bei den meisten Betroffenen bis zum 6. Lebensjahr“, erklärte Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner, ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus im vierten Vortrag der Reihe. Die psychische Störung weist drei Kernsymptome auf: Die Störung der Aufmerksamkeit, die motorische Hyperaktivität und Impulsivität. Dabei können verschiedene Ausprägungen auftreten: eine Störung des Sozialverhaltens, welches durch Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet ist oder aber auch die primäre Unaufmerksamkeit ohne andere Symptome, zu welcher bisher wenig geforscht wurde. Die Prävalenz liegt im Vorschulalter bei zwei Prozent und steigt im Schulalter auf fünf bis sieben Prozent an. Jungen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Damit einhergehen Probleme wie die Ausgrenzung durch Gleichaltrige, häufige Auseinandersetzungen mit Lehrern oder Eltern, und ein von den Betroffenen wahrgenommenes Gefühl des Andersseins. Die Störung kann mit einer etwas veränderten Symptomatik bis ins Erwachsenenalter (Prävalenz zwei bis drei Prozent) bestehen, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Zur Ausprägung von ADHS bei über 45-Jährigen existiert bisher keine Forschung.

ADHS ist zu 70 bis 80 Prozent genetisch angelegt. Ungünstige Umweltfaktoren wie Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Infektionen oder traumatische Hirnschädigungen in früher Kindheit, aber auch die Toxinexposition kann zum Ausbrechen einer solchen Störung führen. Allergien und bestimmte Nahrungsmittelunverträglichkeiten spielen dagegen eine untergeordnete Rolle. ADHS ist eine dimensionale Störung. Die Festlegung, ab wann eine Störung vorhanden ist, erfolgt nach



Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner

bestimmten Diagnosekriterien. Für eine verlässliche Diagnose müssen verschiedene Parameter wiederholt gemessen werden. Das Verhalten wird dazu in Bezug zum Alter, Entwicklungsstand und IQ gesetzt. Neben einer ausführlichen Exploration mit Eltern, Jugendlichen und Lehrern oder Erziehern, werden zum Teil andere Diagnoseverfahren wie Aktometrie, Videoring oder neuropsychologische Testung eingesetzt, die allerdings eine geringere Vorhersagewahrscheinlichkeit und Verlässlichkeit aufweisen.

Erste Wahl bei der Behandlung von ADHS sollte eine Psychotherapie sein, wenn diese nicht anschlägt, wird der Patient auf ein Methylphenidat eingestellt. Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Psycho- oder Pharmakotherapie oder einer Kombination von beiden erläuterte Prof. Dr. Rößner anhand einer Studie von van der Oord et al. (2008). Diese zeigt, dass gerade aus Perspektive der Lehrer, die besten Effekte auf das Sozialverhalten der betroffenen Kinder durch eine medikamentöse Behandlung erreicht werden, während eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie die Wirkung nur wenig erhöht. Optimal sind gleichzeitige Interventionen in der Familie, um eventuell verstärkende Umwelteinflüsse zu minimieren oder die Familie durch ein Elterntaining zu unterstützen, das hilft, die Kinder konsequent mit den richtigen Methoden zu erziehen. Ein solches wird unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Dresden angeboten.

Psychische- und Verhaltensstörungen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	27,6%	28,0%	27,9%	28,6%	29,0%	31,4%	31,9%

Quelle: Barmer GEK Arztreport 2012: Auszug aus der Tab. Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2004 – 2010 nach Diagnosekapiteln

AUSNAHME | ZUSTAND: Psychose und Schizophrenie

Krankheitszustände, die von einer schweren geistig-psychischen Störung gekennzeichnet sind, werden allgemein als Psychosen bezeichnet. Psychosen – die in der psychiatrischen Praxis aber eher als Symptomkomplexe verstanden werden – bedürfen einer genaueren Beschreibung der gestörten menschlichen Wahrnehmungsmuster und Funktionen, um eine Krankheit konkret benennen und behandeln zu können. Im Falle der Schizophrenie spricht man deshalb von schweren Psychosen, die mit Denkstörungen, Halluzinationen oder Wahn einhergehen.

Jene Krankheitsbilder, bei denen das Fühlen, Denken und Wollen der Betroffenen beeinflusst und wie von außen verändert und gesteuert wahrgenommen wird, erscheinen nicht nur den Patienten zumeist erschreckend. Vorurteile und Ängste im Umgang mit diesen Krankheiten und den davon Betroffenen sind weit verbreitet. Schließlich greifen die Symptome Funktionen der Psyche an, die den Kern des menschlichen Ichs und der individuellen Persönlichkeit ausmachen. Für einen adäquaten und stigmafreen Umgang mit der Erkrankung sind die Vermittlung von Wissen und die Auseinandersetzung mit diesen Themen grundlegend wichtig. Dieser Aufgabe sah sich auch Frau Dr. med. Karolina Leopold im fünften Vortrag der Reihe „Wer ist schon normal“ im Hygiene-Museum verpflichtet.

In ihrem anschaulichen Vortrag erläuterte Frau Dr. Leopold Diagnose, Genese, Epidemiologie und Therapiemöglichkeiten von schizophrenen Psychosen. Schon bei der Beschreibung der Krankheitsgruppen nach den auftretenden Merkmalen wurden sowohl der große Erfahrungsschatz der Psychiaterin als auch die

besonderen Zustände der Patienten deutlich. Schizophrenie äußert sich demnach unter anderem in einer Störung der Ich-Umwelt-Grenze, also einer Wahrnehmung der Welt als fremd und gemacht, in Halluzinationen oder einer wahnhaften Fehlbeurteilungen der Realität. Eine weitere Kategorie – die Gruppe der formalen Denkstörungen – erhielt ein besonders drastisches Bild durch die Beschreibung einer extremen Form des Konkretismus. Hier berichtete die Ärztin von einer Patientin, die aus Ermangelung der Fähigkeit zur Unterscheidung von abstraktem und konkretem Denken auf den Hinweis, sie solle wieder „auf den Boden zurück kommen“ aus dem Fenster sprang. Relativ unbekannt ist die schizophrene Ausprägung in Negativ-Symptomen. Diese durch das Fehlen essenzieller Antriebe gekennzeichnete Gruppe, die sich in Sprachverarmung, Genussverlust oder sozialem Rückzug zeigt, findet immer stärkere Beachtung nicht zuletzt deshalb, weil diese Merkmale bisher oft als Nebenwirkung der medikamentösen Therapie fehl gedeutet wurden.

Schizophrenie, welche bei etwa einem Prozent der Bevölkerung diagnostiziert wird, tritt in allen Kulturen gleichhäufig auf. Ein Fakt, der für Frau Dr. Leopold mit ausschlaggebend dafür ist, sich gegen anhaltende Theorien stark zu machen, wonach die Krankheit auch durch bestimmte westliche Erziehungsstile ausgelöst werden soll. Die Faktoren für eine Anfälligkeit bestehen nach dem heutigen medizinischen Stand aus einer Kombination von biologischen (genetischen) und psychosozialen Merkmalen. Die Krankheit an sich kann als eine Störung des neurologischen Netzwerkes im Gehirn begriffen werden. Genau hier setzen auch die etablierten Behandlungsmöglichkeiten über Neuroleptika und Antipsychotika ein. Eine Thera-

pie mit dem Ziel möglichst symptomfreien Lebens setzt sich dennoch aus einer Verbindung von medikamentöser Behandlung, Psychoedukation – Patienten und Angehörige müssen zu Experten werden – und Soziotherapie zusammen. Frau Dr. Leopold betonte zum Ende ihrer Ausführungen noch einmal die Wichtigkeit der frühzeitigen Krankheitserkennung für eine erfolgreiche Therapie. Um Betroffenen die Akzeptanz der immer noch stigmatisierten Diagnose zu erleichtern, nimmt die Bedeutung von neuen anonymen und unbürokratischen Hilfe-Angeboten zu, wie sie im Dresdener Früherkennungszentrum bereits praktiziert werden.

Den Abschluss der Reihe „Wer ist schon normal?“ bildete eine spannende Lesung unter dem Titel „Großstadtneurotiker“ mit Jens Sparshuh und Jakob Hein.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Maxi Moder M.A.
Martin Kandzia B.A.

Weitere Informationen/ Kontakt:
Angststörungen
Dr. phil. Dipl.-Psych. Katja Petrowski
Klinik & Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
www.psychosomatik-ukd.de
Forschungsbereich Angst- und
Bindungsforschung

ADHS
Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
www.kjp-dresden.de
Spezialambulanz für Kinder und
Jugendliche mit ADHS
Studien u. a. zur Wirkung von Elterntraining
bei ADHS und expansivem Problemverhalten

Psychosen und Schizophrenie
Dr. med. Karolina Leopold
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
http://psychiatrie.uniklinikum-dresden.de
Forschungsbereich Klinische
Psychopharmakologie

800 Jahre St. Georg in Leipzig

Im Jahre 2012 gilt es, des 800-jährigen Jubiläums eines der ältesten sächsischen und deutschen Krankenhäuser (Hospitäler) zu gedenken und dankbar auch jener aus mehr als 25 Generationen stammenden Menschen, die – bekannt und unbekannt – seither Patienten in Not beigestanden, Kranke gepflegt und sozial notleidende Bürger betreut haben.

Da besonders die alte Geschichte des Hospitals St. Georg in Leipzig in einem Beitrag im Sonderheft des „Ärzteblatt Sachsen“ anlässlich des 96. Deutschen Ärztetages in Dresden 1993 gewürdigt worden war, soll im aktuellen Beitrag die Geschichte nach der Friedlichen Revolution dargestellt werden. Auf die „alte“ Geschichte sei nur kurz zusammenfassend eingegangen.

Inzwischen sind neben zahlreichen Berichten und Würdigungen über die Unternehmensgruppe St. Georg in Leipzig in der örtlichen Presse zwei Publikationen aus dem Klinikum St. Georg in dessen Auftrag erschienen, die dem interessierten Leser eine umfangreiche Information über 800 Jahre St. Georg und den modernen Leistungsstand des heutigen Unternehmens sowie Trends der Entwicklung der modernen Heilkunde aus der Sicht der derzeit leitenden Ärzte für die verschiedenen Fachgebiete vermitteln (R. Haupt, K. Güldner und W. Hartig (Herausgeber) „800 Jahre St. Georg in Leipzig – ein Lesebuch“, Leipziger Universitätsverlag Leipzig 2011 und Andrea Minker (Herausgeberin) Kleinbuch 1212 bis 2012, Kranken-



Abbildung 2: Englischer Park mit Georgenhaus um 1800



Abbildung 3: Eingangsportal des Klinikums St. Georg in Leipzig-Eutritzsch mit dem Hl. Georg im Kampf mit dem Drachen

haus St. Georg in Leipzig, „Eine Zeitreise“, stoneart-Verlag, Leipzig 2011). Auf diese Neuerscheinungen sei neben dem genannten Sonderheft des „Ärzteblatt Sachsen“ 1993 ausdrücklich verwiesen.

Kurz seien nunmehr die Daten der „alten Geschichte“ aufgezeigt. Erhaltene Urkunden weisen die Gründung – Urkunde vom 20. März 1212 von Kaiser Otto IV. – Stiftung und Ausstattung des Thomasklosters und eines Hospitals – aus, die Stifterurkunde von 1213 bestätigt die Hospitalgründung „Spital sente Jorgen“ und legt Schwerpunktaufgaben fest: Betreuung armer Kranker, Schlafhaus für durchreisende Pilger und Asyl für Obdachlose. Die Urkunde von 1439 dokumentiert den Kauf des Hospitals vom Thomaskloster durch die Stadt Leipzig. Seither und bis heute ist diese medizinisch-soziale Einrichtung in städtischer Trägerschaft der Stadt Leipzig.

Der Beginn der „stationären“ Heilkunde (Krankenanstalt) begann mit dem Hospital vor dem Ranstädter Tor „westlich vor der Stadt (1212 bis 1631), (Abb. 1), von 1668 – 1701 bestand das Georgenhaus am Johannisplatz neben dem dort vormals gegründeten Johannishospitals, von 1701 bis 1871 am Brühl in einem der schönsten Barockgebäude in Leipzig (Abb. 2), nach dessen Abbruch wurden von 1871 bis 1892 wieder ältere Häuser am Rosenthal als Sitz des Hospitals genutzt, 1892 bis 1908 ein als Zwangsarbeitshaus errichtetes Haus St. Georg in Reudnitz (Georgine). Jeweils waren die Kapellen oder Kirchen der Hospitäler dem Heiligen Georg geweiht.

Seit seinem Bestehen war das Hospital St. Georg stets Krankenhaus, daneben langfristig Waisenhaus (auch für Findelkinder), Zuchtanstalt zur Verwahrung arbeitsscheuer Bürger, Asylheim und auch Pfründner-



Abbildung 1: Hospital St. Georg vor dem Ranstädter Tor nach einem Kupferstich von 1595

wohnheim, in das sich Bürger zur Altersversorgung einkaufen konnten. Auch Geisteskranke und Pestpatienten wurden im Hospital betreut, bis zur Gründung des Trierschen Instituts wurden Entbindungen durchgeführt. Die Finanzierung erfolgte über die Jahrhunderte besonders durch Stiftungen, Zuwendungen der Stadt, eigene handwerkliche Arbeiten (Seidenraupenzucht, Textilherstellung, Holzraspeln) und sogar durch Verleger Tätigkeit eines Leipziger Gesangbuches, durch Pfründnerbeiträge und durch Zinsen aus dem Hospitalvermögen.

In den Jahren 1908 bis 1913 erbaute schließlich Otto Wilhelm Scharenberg (1831 bis 1920) den größeren Teil des ursprünglich auf 12 Bettenhäuser und ein Infektionshaus geplanten Klinikums auf der Flur zwischen Eutritzsch und Wiederitzsch nördlich von Leipzig, dem heutigen Hauptstandort. Gebaut werden konnten 6 Bettenhäuser, statt der 12 geplanten und alle wirtschaftlich notwendigen Gebäude, Küche, Heizhaus, Wäscherei, Verwaltungsgebäude, Badehaus, Institut für Pathologie – somit für 980 Betten für reichlich 9,2 Millionen Reichsmark – ein für die Zeit hochmodernes Krankenhaus. Kriegsbedingt unterblieb damals der Bau weiterer 6 Bettenhäuser eines Röntgeninstitutes, zweier Ärzthäuser und einer Kirche (Abb. 3). Die Klinik- und Funktionsgebäude waren durch ein unterirdisches Gangsystem miteinander verbunden.

Vom Altbau 1913 sind noch nahezu im Original Jugendstil erhalten und renoviert die Ruheshalle im Badehaus (Abb. 4), – heute Institut für Physikalische Medizin – und die Aufbahrungs- und Andachtshalle im Institut für Pathologie und Tumordiagnostik (Abb. 5).

Viele erhaltene Teile von Jugendstilelementen von Scharenbergs Bau sind an Flieseingängen, Putzplastiken über Eingangstüren, Fenstergittern an Türen und Geländern in zahlreichen Gebäuden und auch an den Springbrunnen im Eingangshof noch heute zu bewundern.

Kriege hatten auch in der Vergangenheit die Entwicklung des Hospi-

tals nachhaltig beeinflusst. Niederbrennen im Schmalkaldischen Krieg 1546, Wiederaufbau, Niederbrennen im 30-jährigen Krieg, jeweils wegen Deckungsminderung anrückender Truppen, Wiederaufbau neben dem Johannishospital, Lazarettfunktion im Siebenjährigen Krieg 1757 bis 1763, während und nach der Völkerschlacht 1813, Lazarett im Deutschen Krieg 1866.

Und auch im Ersten Weltkrieg war das St. Georg Krankenhaus 1916 bis 1919 Lazarett, es wurden 11.896 Kriegsverletzte betreut. Ein Denkmal im nordwestlichen Teil des Parks ist aus Dankbarkeit dafür 1919 errichtet worden. Die Inschrift lautet:

„Zur Erinnerung an die im Weltkrieg 1914 bis 1919 hier gepflegten 11.896 Krieger“ und weiter „Tausende fanden, verletzt und von Kriegsdrangsal beladen, Heilung am heimischen Ort, wie sie nur Liebe vollbringt ...“ (Abb. 7). Auch im Zweiten Weltkrieg wurden Tausende von Kriegsverletzten im St. Georg behandelt und betreut.

Während eines schweren Bombenangriffs auf Leipzig am 20.2.1944 erlitt das Krankenhaus Bombenschäden, 19 Todesopfer waren zu beklagen, besonders im Luftschutzkeller des Verwaltungsgebäudes. Eine Gedenktafel erinnert heute daran.

Ein zweites Denkmal erinnert an die Rettung sowjetischer und polnischer Kriegsgefangener 1945 durch den Ärztlichen Direktor, Prof. Dr. med. habil. Carly Seyfarth, der eine Auslieferung zur Vernichtung und zum Abtransport dieser Gefangenen verweigerte. Die Geretteten errichteten eine Feldsteinpyramide (Abb. 8) nach der deutschen Kapitulation im Jahre 1945, ihr Dankschreiben wird im Klinikum aufbewahrt.

In der Zeit der DDR wurde mit dem Umbau des Saalsystems der Bettenhäuser begonnen, das Klinikum wurde als Bezirkskrankenhaus zur zentralen medizinischen Versorgungseinrichtung neben der Universität im Bezirk Leipzig, es erfolgte der Neubau der Fachschule für die Schwesternausbildung. Im Jahre 1988 erhielt das Bezirkskrankenhaus den Status eines Fortbildungszentrums der Akademie für Ärztliche Fortbil-



Abbildung 4: Ruheshalle im Badehaus



Abbildung 5: Aufbahrungs- und Andachtshalle im Institut für Pathologie und Tumordiagnostik



Abbildung 6: Springbrunnen im Innenhof des Verwaltungsgebäudes

dung in Berlin. Es fanden sehr zahlreiche Facharzttausbildungen im Klinikum statt. Sehr viele Promotionen und Diplomarbeiten wurden von Chefärzten betreut, auch Habilitationen wurden erfolgreich abgeschlossen. Das Klinikum war auch Fortbildungsstätte für viele ambulant tätige Kollegen.

Nach der friedlichen Revolution 1989 und der Vereinigung Deutschlands 1990 stand ein schwerer, auch



Abbildung 7: Dankesdenkmal der im Lazarett St. Georg behandelten Verwundeten 1914 – 1919

finanziell problematischer Neuanfang ins Haus. Rekonstruktionen, Modernisierungen, Neuausstattungen mit medizinischen Geräten im medizintechnischen und technischen Bereich wurden notwendig. Neubauten wurden geplant, die Umstellung

der Energieversorgung war erforderlich.

Die höchst erfolgreiche Entwicklung setzte 1993/1994 ein, als Prof. Dr. Karsten Güldner, von der Universität Leipzig kommend, als Krankenhausdirektor die Stabsführung übernahm und in großer Harmonie in der Krankenhausleitung mit der Leiterin des Pflegedienstes und dem Leitenden Chefarzt neue Entwicklungslinien festlegte. Wir fanden aus den roten Zahlen, in zahlreichen Gesprächen konnten wir unser Ministerium für unsere Erneuerungsvorhaben gewinnen und überzeugende Pläne für Rekonstruktionen und Neubauten erarbeiten, die Anerkennung und Genehmigung erfuhren.

Neue Aufgaben von Seiten der Stadt und des Landes kamen hinzu: 1991 Umbenennung in Städtisches Klinikum St. Georg, 1992 Ernennung zum Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig und Angliederung der Städtischen Frauenklinik im Eitingon-Krankenhaus, 1999 Integration der Klinik für Forensische Psychiatrie in Leipzig-Dösen, 2000 Integration des Städtischen Klinikums West mit Robert-Koch-Klinik und Stadtkrankenhaus Friesenstraße sowie Übernahme des Verbundes Gemeindenahe Psychiatrie, des Zentrums für Drogenhilfe und der Schulzahnklinik. Mit der Fertigstellung des Zentralbaus (Kliniken Neurologie, Traumatologie, Plastische- und Handchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neonatologie und Intensivmedizin) war auch die Frauenheilkunde in das Stammhaus eingezogen. 2001 nahm das Pflegeheim für Patienten im Wachkoma seine Arbeit im Klinikum auf, 2006 wurde das „Haus Leben“ gegründet und in der ehemaligen Klinik Friesenstraße eingerichtet und 2006 auch das Fachkrankenhaus Hubertusburg in Wermsdorf in die Unternehmensgruppe St. Georg eingegliedert mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Neurologie und Kinderklinik daselbst.

Somit war folgerichtig 2006 die Bildung einer neuen Einheit, der Unternehmensgruppe St. Georg notwendig. Sie besteht aus dem Eigenbetrieb der Stadt Leipzig: Städtisches Klinikum

mit Klinik für Forensische Psychiatrie, Zentrum für Drogenhilfe mit fünf Standorten und dem Unternehmensbereich medizinisch-soziale Wohnheime mit drei Standorten und aus der Klinikum St. Georg gGmbH mit fünf Tochtergesellschaften und den Verbund Gemeindenahe Psychiatrie. 25 Kliniken und Institute versorgen die Patienten. Das Schema darüber finden Sie in der Online-Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“ unter www.slaek.de. Besondere Entwicklungen und Aufgabenverteilungen sind in unserem Buch „800 Jahre St. Georg in Leipzig“ und auf dem digitalen Datenträger daselbst einschließlich der Leistungsdaten des Jahres 2010 zu erfahren. Die Unternehmensgruppe St. Georg ist somit an 17 Standorten in und um Leipzig vertreten und unterhielt 2010 einschließlich tagesklinischer Betten insgesamt 1.700 Betten, beschäftigte 2.524 Mitarbeiter und betreute im genannten Jahr mehr als 47.000 stationäre und teilstationäre Patienten, 140.000 ambulante Patienten, es wurden 17.000 stationäre und 3.000 ambulante Operationen durchgeführt.

Neben den beschriebenen Erweiterungen fanden umfangreiche innere inhaltliche und strukturelle Entwicklungen im Stammklinikum in Eutritzsch statt. Es fanden weitere Differenzierungen in den operativen und internistischen Fachgebieten statt, teilweise mit Bildung eigenständiger Kliniken und Instituten, unter anderem Klinik für Geriatrie und Geriatriische Rehabilitation, für Neurochirurgie, Abteilung für Neonatologie in der Kinderklinik, die nun auch vollständig in Eutritzsch präsent ist, ein Schlaganfallzentrum, eine Abteilung für Palliativmedizin, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie und viele weitere qualifizierte Entwicklungen in allen Kliniken und Instituten. Zu 75 Prozent betrifft unsere Versorgungsaufgabe Patienten im Rahmen der Regelversorgung, zu 25 Prozent nach der Schwerpunktversorgung, auf den Gebieten der Schwerstbrandverletzten und der Abteilung für hochinfektiöse Patienten sind wir Stätten der Maximalversorgung.

Enge Kooperationen und Partnerschaften bestehen mit der Belegab-



Abbildung 8: Steinpyramidenendenkmal sowjetischer und polnischer Kriegsgefangener

teilung für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie innerhalb der Klinik für HNO, mit dem auf dem Gelände neugebauten und eigenständigen sozial-pädiatrischen Zentrum, mit der Praxis für Nuklearmedizin und dem Kuratorium für Heimdialyse (Neubau auf dem Krankenhausgelände). Außerdem entstand auf dem Krankenhausgelände ein Ärztehaus mit neun Arztpraxen und einer öffentlichen Apotheke.

Alle Kliniken und Institute sind mit ihren derzeitigen und zukünftigen Aufgaben und Vorhaben ausführlich in unserem Jubiläumsbuch in 44 Beiträgen dargestellt.

Die hohe Qualität der Heilkunde ist nur möglich und wird gewährleistet in der interdisziplinären Zusammenarbeit in zahlreichen Zentren und Arbeitsgemeinschaften. Besondere Probleme in der Patientenversorgung auch unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen werden in einem Ethikkomitee besprochen.

Das Klinikum ist als Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig eingebunden in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften, 28 Chef- und Oberärzte haben die Berechtigung als Weiterbildungsleiter der Sächsischen Landesärztekammer für ihr Fachgebiet und für Zusatzweiterbildungen, das Gesamtklinikum ist als Weiterbildungsstätte von der Kammer berufen. Zwischen 30 bis 40 junge ärztliche Kollegen befinden sich in der Facharzt Ausbildung.

Wissenschaftliche und Forschungsleistungen von Ärzten des Klinikums, Habilitationen und Ausrichtung nationaler und internationaler Tagungen und Kongresse sind auf dem Tonträger im Buch zusammengefasst dargestellt.

Die umfangreichen Erweiterungen im Versorgungsspektrum der letzten zwei Jahrzehnte auf medizinischem und sozialem Gebiet und die hohe Qualität dieser Leistungen sind und waren nur möglich durch ein hoch qualifiziertes Management im Bereich der Verwaltung und der Finanzverwaltung des Klinikums, das über die letzten 19 Jahre von Prof. Dr. Güldner geführt wird. Die aktive Mitarbeit aller Mitarbeiter der Unternehmensgruppe, ihr Verständnis und



Abbildung 9: Rekonstruiertes und renoviertes „altes“ Bettenhaus 1



Abbildung 10: Neu erbauter Zentralbau (Haus 20) mit Hubschrauberlandeplatz

aktives auf Sparsamkeit und Effizienz gerichtetes Denken und Handeln bleiben dafür notwendig.

Die beschriebene Entwicklung erforderte in den letzten zwei Jahrzehnten eine umfangreiche Bau-, Rekonstruktions- und Ausstattungsbauarbeit. Wichtige Etappen seien genannt: Rekonstruktion der Bettenhäuser (Abb. 9) (Einzel- und Zweibettzimmer, Nasszellen moderne Stationsgestaltung in sechs Bettenhäusern abgeschlossen), Umbau der Infektionsstation, Neubau der Klinik für Schwerbrandverletzte, Neubau des Zentralbaus (Abb. 10), der zwei Bettenhäuser mit Zentralhalle nachempfunden mit Notfallaufnahme, großer Endoskopieabteilung, mehreren bereits genannten Klinikbereichen, sechs modernen Operationssälen

sowie der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie mit modernster Technik und einem Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach, Umbau eines Bunkers aus der Zeit des zweiten Weltkrieges in das Bestrahlungszentrum, Umbau des alten Zentraloperationssaals in eine Einrichtung für ambulante Operationen, Rekonstruktion des Badehauses für das Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, komplexe Rekonstruktion des Institutes für Pathologie und Tumordiagnostik, Umbau des Küchengebäudes in ein Zentrum für Krankenhausaufnahmen und Entlassungen einschließlich eines Andachtsraumes – Raum der Stille, Neubau der Küche und eines Krankenhausrestaurants, Umbau der Wäscherei in ein Zentrum für Klini-



Abbildung 11: Neu erbaute Krankenhausapotheke



Abbildung 12: Neu erbaute Kindertagesstätte

sche Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin nach Außenvergabe der Wäscheversorgung, Neubau der Krankenhausapotheke (Abb. 11) und eines Logistikzentrums mit einem Institut für Informationsverarbeitung.

Weiter erfolgten die Rekonstruktion des Verwaltungsgebäudes und die Angliederung des sozial-pädiatrischen Zentrums und damit die Beseitigung des letzten Kriegsschadens, die Rekonstruktionen der Robert-Koch-Klinik und der Neubau der Klinik West unmittelbar neben der Robert-Koch-Klinik in Leipzig-Grünau, Ergänzungsbau und Rekonstruktion der Klinik für Forensische Psychiatrie in Leipzig-Dösen, Rekon-

struktionen und Teilneubau in den Kliniken Hubertusburg und auch der Umbau der Poliklinik zu einem modernen Ambulanzzentrum sowie der Neubau einer Kindertagesstätte am Standort Eutritzsch (Abb. 12).

Fördermittel in Höhe von 194 Millionen Euro und 50 Millionen Euro aus Eigenmitteln flossen in diese gewaltigen Entwicklungsarbeiten der letzten 20 Jahre (Einzeldarstellung im Buch).

An allen stationären Standorten dienen gut gepflegte Parkanlagen zusätzlich als Genesungsstätte.

Der derzeitige erreichte Bauzustand in den einzelnen Standorten aus einer Kombination alter rekonstruierter Bauwerke nach 1913 und moderner

Neubauten lässt sich durchaus als harmonisch erleben – dank guter Architekten früher und heute.

All die erreichten baulichen und apparativen Entwicklungen bilden den äußeren Rahmen der oben beschriebenen Leistungssteigerungen auf den verschiedenen Gebieten der Diagnostik und Therapie. So wurde eine moderne und hochwertige Heilkunde in Kliniken und Ambulanzen möglich, gefördert durch ein modernes Management und optimale Wirtschaftsführung und verbunden mit hohen ethischen Maßstäben, einer großen Zuwendungsbereitschaft aller Mitarbeiter gegenüber unseren Patienten und Bürgern, verbunden auch mit einem umfangreichen kulturellen und seelsorgerischem Angebot.

Vielfältige internationale medizinisch-wissenschaftliche und ökonomische Kooperationen werden gepflegt und für die weitere Entwicklung der Unternehmensgruppe vielfältig genutzt.

Wir sind stolz auf diese unsere Entwicklung, dankbar für die möglich gewordenen Veränderungen und Verbesserungen in technischer und baulicher Art zum großen Nutzen besonders für unsere Patienten.

Wir sind aber auch dankbar den vielen Generationen vor uns, die mit ihrer Arbeit und ihrem Wissen kranke und hilfsbedürftige Bürger unserer Stadt betreut haben und so einen wichtigen Beitrag für die Daseinsfürsorge in dieser Stadt geleistet haben. So gehen wir als Unternehmensgruppe St. Georg als gesundheitlich-soziales Zentrum unter dem Motto „St. Georg – Heilung und mehr“ unseren Weg in das 21. Jahrhundert.

Uns bleibt die Verpflichtung, lernend den neuen Aufgaben der Heilkunde und der sozialen Betreuung gerecht zu werden und neben hohem Einsatzwillen, Fachwissen und -können den hilfsbedürftigen Bürgern heilende Hilfe, Geborgenheit und Nächstenliebe erlebbar zu machen.

Literatur beim Verfasser und in der Online-Ausgabe unter www.slaek.de

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig
Annegret Gahr

Nachruf für Dipl.-Med. Albrecht Einbock Ministerialdirigent a.D.

Am 2. Februar 2012 verstarb nach langer, schwerer Krankheit Herr Dipl.-Med. Albrecht Einbock, ehemaliger Ministerialdirigent im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.

Geboren am 4. November 1949 in Hartha studierte er nach dem Besuch der Kreuzschule Medizin in Berlin und Dresden. Nach der Approbation als Arzt absolvierte er von 1976 bis 1980 die Facharzt Ausbildung zum Allgemeinmediziner. 1978 wurde ihm der akademische Grad Diplom-Mediziner verliehen und 1980 erwarb er den Facharzt für Allgemeinmedizin. Von 1981 bis Juni 1990 leitete er die staatliche Arztpraxis in Sohland a.R. und verantwortete zusätzlich bis 1985 die Aufbauphase der Schnellen Medizinischen Hilfe im LK Görlitz.

Aufgrund der von der frei gewählten Volkskammer erfolgten Gesetzgebung zum Öffentlichen Gesundheitswesen und damit zur Bildung von Gesundheitsämtern wurde Herr Einbock am 1. Juli 1990 zum Amtsarzt im LK Görlitz berufen. Diese Verantwortung endete mit seiner Einstellung am 1. März 1991 als Referent im Referat „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ und gleichzeitiger Beauftragung mit der Referatsleitung und Stellvertretung des Abteilungsleiters Gesundheitswesen. Herr Einbock wurde in eine Verantwortung gestellt und nahm diese in einer Zeit an, in der einerseits noch nicht einmal ein Viertel der vorgesehenen Mitarbeiter eingestellt waren und andererseits die Gesamtheit der notwendigen Gesetze zur Gestaltung des Gesundheitswesens entsprechend der Aufgabenverteilung zwischen Bundes- und Länder-Verantwortung auszuarbeiten waren.

Für die Erarbeitung des „Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen“ (GDG) brachte er die Erfahrung beim Aufbau eines Gesundheitsamtes, aber auch das Wissen über die Strukturen in der ehemaligen DDR mit. Innerhalb weniger Monate wurde das



GDG unter kritischer Einbeziehung der Gesetze der Partnerländer Baden-Württemberg und Bayern erarbeitet und im November 1991 vom Landtag beschlossen. Ein grundsätzlicher neuer Weg wurde in Sachsen mit der Einbindung des Veterinärwesens inklusive der Lebensmittelüberwachung tierischer Produkte in das Gesundheitsressort gegangen. Dieser sächsische Weg wurde Jahre später auch in der Europäischen Union (EU) beschritten, indem der Verbraucherschutz der Generaldirektion Landwirtschaft entzogen und in die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz ressortiert wurde.

Noch in der ersten Legislaturperiode wurden das „Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens“, das „Sächsische Heilberufekammergesetz“ und das „Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ erarbeitet und im Landtag verabschiedet. Die Erarbeitung erfolgte in allen Fällen mit breiter Beteiligung von Vertretern der Wissenschaft und Praxis aus Sachsen und der Bundesländer.

Herr Einbock leitete diesen Prozess mit außerordentlich hohem persönlichen Einsatz und profunder Fachlichkeit. Die Herausforderungen waren jeweils sehr spezifisch. Bei dem Krankenhausgesetz und der parallel zu erarbeitenden Krankenhausplanung waren regionale disziplinspezifische Defizite und Disproportionen auszugleichen oder abzubauen und die stationäre Versorgung der akuten psychiatrischen Krankheiten in die Regelversorgung zu verankern.

Mit dem Heilberufekammergesetz wurde die Selbstorganisation und Selbstverwaltung dieser Berufe nach den Jahren zweier Diktaturen eröff-

net. Die Kammern bekamen die Verantwortung für Weiter- und Fortbildung, die Qualitätssicherung und die Ausgestaltung der Berufsordnung sowie das Recht berufsständische Versorgungswerke zu gründen. Bei der Formulierung des Sächs. PsychKG stand die Notwendigkeit und Verantwortung, die Bedingungen für die Wahrung von Würde und eigenverantwortlichem Leben der psychisch Kranken zu schaffen.

Diese intensive und fachlich breite Aufbauleistung brachte Herrn Einbock große Anerkennung weit über Sachsen. 1993 wurde er zum Abteilungsleiter „Gesundheitswesen“ durch die Staatsregierung ernannt. Weitere gesundheitspolitische Gesetze und Verordnungen unter seiner souveränen Verantwortung betrafen unter anderem die Schulgesundheitspflege, die sächsische Krankenhaushygiene-Rahmenverordnung. Auch die gesundheitspolitisch wichtige Weiterführung des Krebsregisters der DDR entsprechend des Einigungsvertrages für eine Übergangszeit und die Schaffung eines sächsischen Krebsregistergesetzes hat Herr Einbock mit großem Einsatz verfolgt und erreicht. Seit November 2004 hat er den Freistaat Sachsen im Verwaltungsrat des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen vertreten und wurde 2006 Vorsitzender des Verwaltungsrates.

2006 übernahm Herr Einbock die Leitung der Abteilung „Gesundheits- und Veterinärwesen, Gesundheitlicher Verbraucherschutz“. Er vertrat den Freistaat Sachsen auf Bundesebene, so zum Beispiel in der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden.

Herr Einbock bleibt in unser Erinnerung als ein sensibler Zeitgenosse, der mit Zuversicht und beharrlichem Einsatz die Chancen der friedlichen Revolution zur Gestaltung unserer Gesellschaft ergriffen und auf der Basis des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland sowie seiner vom christlichen Glauben geprägten Haltung mit fachlicher Kompetenz umgesetzt hat. Unser Andenken an ihn ist von Hochachtung geprägt.

Dr. rer. nat. Hans Geisler
Sächsischer Staatsminister für Soziales a. D.

15 Jahre Ausstellungen und Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Es begann wie so oft mit einer Idee: Das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer war im Bau und die Nutzung vielfältig geplant. Warum sollte das neue Haus nicht auch einen Rahmen bieten für Musik und Bildende Kunst, haben sich der Architekt Prof. Dr.-Ing. habil. Manfred Zumpe, und der damalige Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, gedacht, als sie 1995, ein Jahr vor der Fertigstellung des Kammergebäudes, über die Öffnung der Räume für kulturelle Zwecke sprachen. So war es nur logisch, dass im Wissen um die räumliche Not der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden zwischen dem Rektor Prof. Wilfried Krätzschar und Prof. Diettrich die Nutzung des Plenarsaales des gerade eben erbauten Kammergebäudes als Konzertsaal vereinbart wurde.

Aus der anfänglichen Idee entstand eine Tradition. Seit 1997 kommen nun im Kammergebäude Kunst und Heilkunst zusammen. Im Plenarsaal findet neben zahlreichen medizinischen Fachvorträgen an jedem ersten Sonntag im Monat eine „Junge Matinee“ statt. Sehr frühzeitig traten Studenten der Hochschule für

Musik im Rahmen dieser Konzertreihe auf. Später kamen Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik und des Heinrich-Schütz-Konservatoriums und seit 2011 die Musikschule des Landkreises Meißen hinzu.

Für die anspruchsvollen Konzerte stehen den Musikern optimale Bedingungen zur Verfügung. Ein Saal mit moderner Technik und geprüfter Konzertakustik sowie ein Steinway-Flügel verschaffen dem Besucher der Konzerte ein besonderes Hörerlebnis. Dieser musikalische Genuss wird durch die kontinuierlich sehr gute Zusammenarbeit zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und den beteiligten Einrichtungen ermöglicht. Vor allem die feinfühligte Auswahl von Musikern, Instrumenten und Stücken trug und trägt zu der in Dresden sehr erfolgreichen Veranstaltungsreihe bei.

Besondere Höhepunkte waren in den vergangenen Jahren thematische Konzerte und Konzertreihen wie Klavierwerke von Robert Schumann oder Ludwig van Beethoven, Werke von Johannes Brahms, selten aufgeführte Bläserkammermusik von Carl Maria von Weber, Lieder von Mendelssohn Bartholdy und Zeitgenossen, aus Oper und Operette, aber auch die Darbietungen aus den Meisterklassen Dresdner Musikprofessoren wie Ivan Ženaty, Annette Unger und Peter Rösel. Beliebt beim

Publikum sind die alljährlichen Adventskonzerte des Heinrich-Schütz-Konservatoriums und des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik, die Konzerte mit dem Streichensemble und dem „Jungen Kammerorchester“ mit Prof. Volker Dietzsch, aber auch die Konzerte „Jazzpirin und Betarock“ mit exzellent gespielter U-Musik und Jazz.

Damit ist es gelungen, der Kulturmetropole Dresden einen interessanten Veranstaltungsort hinzuzufügen und Schülern sowie Studenten Auftritts- und Übungsmöglichkeiten, wie für das Internationale Welt-Musik-Festival oder die Landes- und Bundeswettbewerbe „Jugend musiziert“, zu bieten.

Die positive Resonanz auf die Konzerte ist vor allem den begabten Musikern zu verdanken, die mit äußerstem Einsatz ein jedes Konzert zu einem besonderen Erlebnis werden lassen. In der Sächsischen Landesärztekammer treffen sie auf ein aufgeschlossenes und verständnisvolles Publikum, das mit Anteilnahme den künstlerischen Nachwuchs begleitet. Die Konzerte „Junge Matinee“ sind heute ein fester Bestandteil im vielfältigen Kulturangebot der Stadt Dresden.

Doch nicht nur in den Konzerten sind Begegnungen zwischen Künstlern, Ärzten und Kunstinteressierten möglich. Das Foyer des Kammergebäudes bietet mit seinen großen Flächen optimale Bedingungen für Ausstellungen der Malerei und Fotografie. Und so haben auf Initiative des ersten Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. med. Peter Schwenke, in den zurückliegenden 15 Jahren in 82 Ausstellungen Künstler aus Dresden und Sachsen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Unter den Ausstellenden waren so bekannte Künstler wie Karl-Heinz Adler, der Arzt Herbert Edel sowie Mandy Friedrich, Hubertus Giebe, Bernd Hahn, Angela Hampel, Siegfried Klotz, Gerda Lepke, Gudrun Trendafilov und Claus Weidensdorfer. Hinzu kamen thematische Ausstellungen



KM Prof. Volker Dietzsch mit dem jungen Kammerorchester des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

aus dem Bereich der Kunsttherapie und drei Ausstellungen des Institutes für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden und einer Ausstellung des Karl-Sudhoff-Institutes für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Die Vernissagen zu den Ausstellungen werden ebenfalls von Studenten der Hochschule für Musik begleitet. Je nach Vorstellung des Künstlers können die zahlreichen (Stamm-) Gäste und „Fans“ der jeweiligen Künstler klassische Darbietungen oder eigenwillige Improvisationen erleben.

In den vergangenen Jahren wurden aus einigen Ausstellungen Kunst-

werke für das Kammergebäude angekauft. Aus Anlass des Jubiläums „15 Jahre Konzerte und Ausstellungen“ hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer vor zwei Jahren die Erarbeitung und Herausgabe eines Bestandskataloges „Von Adler bis Zielonka – die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer“ beauftragt. Dieses Vorhaben wird von der Inter Versicherung großzügig unterstützt. Der Katalog wird von der ehemaligen Hauptgeschäftsführerin und langjährigen Organisatorin der Konzerte und Ausstellungen, Dr. jur. Verena Diefenbach, zusammen mit der seit 1999 zuständigen Kuratorin, Dr. sc. phil. Ingrid Koch, erarbeitet. Er wird anlässlich einer Jubiläumsausstellung im Sommer 2012 erscheinen und soll ehrenamtlich tätigen Kammermit-



Die Dresdner Salondamen 2005 beim Festakt 15 Jahre sächsische Heilberufekammern

gliedern sowie verdienstvollen Mitarbeitern überreicht werden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Sächsische Landesärztekammer

Kerstin Franke-Gneuß: „schichten. Radierung“

„Die Radierung bleibt mein Wesentliches“, so die Künstlerin über sich, in deren Atelier man auch auf interessante Malerei trifft, welche sich von der Anlage her – dem Bezug zur Natur und dem informell inspirierten Duktus – im Gleichklang mit den grafischen Arbeiten befindet. Die Motive der teils großformatigen Radierungen erinnern oft an Naturformen und -ereignisse wie schwankende Halme, starre Äste, herumspritzende Hagelkörner, aufgerissene Erdspalten oder eruptive Lichtaufbrüche. Dafür nutzt die Künstlerin die ganze Palette der Abstufungen zwischen Schwarz und Weiß und spannt gleichermaßen ihren Gestus von der feinsten Linie bis zur großflächigen Aussprengung. In jüngster Zeit wurde Kerstin Franke-Gneuß (geb. 1959 in Meißen) besonders vom Erlebnis der Weiten Nordamerikas, speziell der Landschaft um den Erie See, inspiriert.

Das grafische Schaffen findet seit 1993 seine „Fortsetzung“ in verwandten, plastischen Arbeiten für den Innen-, meist aber den Außenraum.



„Erie See“, 2011, Radierung (Aussprengung, Aquatinta, Kaltnadel), 45,5 x 60,5 cm (Druck)

Sie tragen Titel wie „Kaskade“, „Aufwind“, „Innere Mitte“ oder „Woge“. Man findet sie an öffentlichen Plätzen in Dresden und Chemnitz. Ihr Material sind zu „Bündeln“ geformte dünne „Stangen“ eines speziellen Acrylglases – Lichtsammelglas –, das bei Dunkelheit leuchtet, vereinzelt aber auch farbige Aluminiumrohre.

Ihr Handwerkszeug hatte Kerstin Franke-Gneuß an der Hochschule für Bildende Künste Dresden (1978 bis 1984) erworben. Künstler der internationalen Moderne wie Braque und

Giacometti, aber auch einheimische Abstrakte wie Glöckner und Kinder regten sie auf die eine oder andere Weise an. Grafische Arbeiten von Kerstin Franke-Gneuß sind in wichtigen Sammlungen vertreten.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. März bis 13. Mai 2012, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 15. März 2012, 19.30 Uhr.

Unsere Jubilare im April 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wetzlich, Armin
02977 Hoyerswerda
- 02.04. Prof. Dr. med. habil.
Fahlenkamp, Dirk
09573 Augustusburg
- 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
- 07.04. Dipl.-Med.
Sokolowsky, Larissa
01069 Dresden
- 10.04. Dipl.-Med. Friedrich, Sabina
08209 Auerbach
- 10.04. Dipl.-Med. Haase, Beate
04808 Wurzen
- 13.04. Dipl.-Med. Kämmer, Ilona
08304 Schönheide
- 16.04. Dr. med. Günsel, Manfred
01796 Dohma
- 16.04. Dipl.-Med. Schöbler, Barbara
04209 Leipzig
- 16.04. Dr. med. Suhr, Gundula
09600 Niederschöna
- 17.04. Dipl.-Med. Dietrich, Frank
02894 Reichenbach
- 19.04. Dr. med. Baaske, Monika
09439 Amtsberg
- 22.04. Dr. med.
Bahlmann, Gabriele
01219 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

65 Jahre

- 01.04. Dr. med. Heyne, Steffen
09224 Mittelbach
- 02.04. ZeiBig, Gisela
04157 Leipzig
- 05.04. Dipl.-Med. Rieder, Bernhard
04808 Wurzen
- 13.04. Fiedler, Christa
04779 Wermisdorf
- 17.04. Jahn, Sigrid
08371 Glauchau

- 18.04. Dr. med. Tröltzsch, Michael
04349 Leipzig
- 23.04. Dr. med. Winter, Matthias
04552 Lobstädt
- 25.04. Dr. med.
Lückenbach, Margot
01129 Dresden
- 27.04. Dr. med.
Morgenstern, Klaus
01259 Dresden
- 28.04. Prof. Dr. med. habil.
Volkman, Hans-Jürgen
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.04. Dr. med. Hahn, Leonore
01728 Possendorf

70 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 OT Zug
- 06.04. Dr. med.
Neubert, Ekkehart
01454 Ullersdorf
- 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.
Bräuninger, Bertfried
08451 Crimmitschau
- 15.04. Dr. med.
Martinson, Manfred
02943 Weißwasser
- 15.04. Dr. med. Schulz, Franziska
01069 Dresden
- 18.04. Dr. med. Roesner, Sabine
01307 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. Feurig, Sieglinde
01683 Nossen
- 22.04. Dipl.-Med. Wolf, Reinhard
02708 Löbau

- 23.04. Dr. med.
Zwahr, Dieter Gerhard
02625 Bautzen
- 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

75 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
- 07.04. Dr. med.
Büttner, Marie-Luise
08499 Mylau
- 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.
Dünnebie, 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
- 27.04. Prof. Dr. med. habil.
Bennek, Joachim
04316 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

80 Jahre

- 04.04. Dr. med. Kitlak, Christina
01796 Pirna
- 09.04. Prof. Dr. med. dent. Dr.
med. habil. Schaps, Peter
01326 Dresden
- 12.04. Dr. med. Große, Wolfram
04838 Eilenburg
- 17.04. Dr. med.
Reichardt, Horst-Peter
01471 Radeburg
- 17.04. Dr. med. Schmidt, Günter
08066 Zwickau
- 28.04. Dr. med. Frank, Irmtrud
01844 Neustadt/ i.Sachsen

81 Jahre

- 02.04. Dr. med.
Waurick, Astrid-Alexandra
04668 Großbothen
- 04.04. Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
- 11.04. Dr. med. Neumann, Günther
01309 Dresden

- 14.04. Dr. med. Mydlak, Joachim
04107 Leipzig
- 21.04. Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden

82 Jahre

- 01.04. Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach
- 03.04. Dr. med. Christoph, Irene
02625 Bautzen
- 08.04. Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau
- 17.04. Decker, Marga
08056 Zwickau
- 17.04. Dr. med. Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen
- 17.04. Dr. med. Lehmann, Dorothea
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 26.04. Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Dieter
01326 Dresden

83 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 19.04. Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

84 Jahre

- 01.04. Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
- 05.04. Dr. med. Kühn, Brigitte
08359 Breitenbrunn
- 16.04. Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz
- 26.04. Dr. med. Dix, Christa
09232 Hartmannsdorf

85 Jahre

- 03.04. Dr. med. Zerres, Maria
04299 Leipzig
- 22.04. Dr. med. habil.
Voigt, Günther
09113 Chemnitz

86 Jahre

- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
- 29.04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

87 Jahre

- 12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz

88 Jahre

- 02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

90 Jahre

- 18.04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

92 Jahre

- 15.04. Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
- 28.04. Dr. med. Kolbe, Christel
01099 Dresden

93 Jahre

- 05.04. Dr. med.
Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida

94 Jahre

- 23.04. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau

95 Jahre

- 18.04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer
Konzerte
Festsaal
Sonntag, 1. April 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Frühlingskonzert
Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 6. Mai 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Teilnehmer des 16. Internationalen
Schumann-Wettbewerbes stellen sich vor
Lieder von Schumann, Brahms, Schubert,
Wolf und Mahler
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung – Foyer und 4. Etage
Kerstin Franke-Gneuß
schichten.Radierung
14. März bis 13. Mai 2012
Vernissage: Donnerstag,
15. März 2012, 19.30 Uhr
Einführung: Sigrun Hellmich,
Kunstwissenschaftlerin, Leipzig
**Keine Ausstellung im Zeitraum
Juni bis September 2012 wegen
Umbauarbeiten.**

5. Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Medizinische Gutachten gehören nach der Zivilprozessordnung zur ärztlichen Berufsausübung und sind nach der Weiterbildungsordnung auch Bestandteil der Facharztweiterbildung. Basierend auf einer Empfehlung des Deutschen Ärztetages 2004 und einem Rahmencurriculum der Bundesärztekammer organisierte unsere Sächsische Landesärztekammer erstmalig 2007 einen Kurs zur medizinischen Begutachtung. Unter Federführung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, dem Referat Fortbildung mit Frau Dipl.-Ök. Carina Dobriwolski und Frau Dipl.-Kff. Anja Treuter sowie der wissenschaftlichen Leitung, Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch (Dresden) Arbeitsmedizin, Sozialmedizin; Priv.-Doz. Dr. med. habil. Eberhard F. Meister (Leipzig) Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Akademie für Fort- und Weiterbildung, Sächsische Landesärztekammer; Dr. med. habil. Herbert Fischer (Leipzig) Innere Medizin, vormals Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und Chefarzt Dr. med. Volker Rust (Brandis) Psychiatrie/Psychosomatik, Akademie Sozialmedizin fand dieser Kurs seither jährlich in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Priv.-Doz. Dr. Meister übernahm ab 2009 die verantwortliche wissenschaftliche Leitung und Ende 2010 schied Herr Dr. Rust aus der wissenschaftlichen Leitung und dem Referentenkreis aus.

Der Kurs besteht aus drei Modulen mit gesamt 40 Stunden, die sich auf fünf Tage (Freitag/Samstag) verteilen. Dabei wird ein breites Spektrum rund um das Gutachten behandelt aus unterschiedlicher Sicht, dabei medizinische, versicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Bezüge hergestellt und an Hand spezieller Fälle diskutiert. Insgesamt wurde eine allgemeine Gutachtersicht beibehalten, ohne zu tief auf die jeweiligen Fachspezifika einzugehen. Das soll und muss den speziellen Fortbildungen der Fachgesellschaften vorbehalten bleiben. Bisher waren insgesamt 19 Referenten eingebunden aus der Niederlassung, Instituten, Kliniken, Universität, der Rentenversicherung, der Sozialgerichtsbarkeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit. Nach den laufenden Auswertungen durch die Kursteilnehmer sowie aus aktuellen Anlässen konnte manche Anregung aufgenommen werden bzw. wurden durch die wissenschaftliche Leitung einzelne Themen angepasst und neue Referenten gewonnen. Bisher fanden fünf Kurse mit anhaltender Nachfrage statt, auch aus anderen Landesärztekammern. Je Kurs nahmen 30 bis max. 40 Ärzte aus den verschiedensten Facharzt Disziplinen – niedergelassen, angestellt, Öffentlicher Gesundheitsdienst oder Behörden – teil, davon waren rund 95 Prozent Fachärzte.

Die hohe Akzeptanz und die ausgesprochen positive Bewertung der Kurse sind besonders erfreulich. Fast alle Teilnehmer sahen die ausgewähl-

ten Themen als unbedingt notwendig an. Die Referenten wurden nach verschiedenen Teilaspekten fast immer mit gut und besser bewertet, ebenso wie das Drumherum wie Veranstaltungsort, Verpflegung und Organisation. Alle Teilnehmer erhielten zu Beginn eine Kursmappe mit umfangreichen Materialien, die sie zusätzlich mit persönlichen Notizen anreichern konnten sowie bei erfolgreichem Abschluss ein Zertifikat für die Kursteilnahme einschließlich 40 Fortbildungspunkten. 2010 wurde erstmals eine Teledialog-Anlage (TED) in der Sächsischen Landesärztekammer eingesetzt und für die Abschlussprüfung genutzt. Sowohl die Teilnehmer als auch die Referenten waren einhellig begeistert von den dadurch besseren Interaktionsmöglichkeiten und dem zügigeren Ablauf.

Der 6. Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ findet im Herbst 2012 in Dresden statt.

Erste Anmeldungen liegen bereits vor, zumal nur wenige Landesärztekammern dieses Curriculum anbieten.

Termine 2012 für Modul 1: 28. und 29.09., **Modul 2:** 12. und 13.10., **Modul 3:** 17.11.; nur komplett belegbar; 400,00 Euro, 40 Fortbildungspunkte.

Die erfolgreiche Teilnahme (multiple choice, TED) wird mit Zertifikat bestätigt. Anmeldungen nimmt das Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Treuter, Tel.: 0351 8267-325, Fax: 0351 8267-322, E-Mail: gutachterkurs@slaek.de entgegen.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Eberhard F. Meister
Dr. med. habil. Herbert Fischer
Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch



Sächsische
Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Besuchen Sie uns auch im Internet unter www.slaek.de.

Dort finden Sie vielfältige Informationen zur Weiter- und Fortbildung, zum Berufsrecht sowie zur An- und Ummeldung oder dem neuen Arztausweis.