

Editorial	Arztbild 2.0	132
Berufspolitik	Mut, Demut und Achtsamkeit	133
	Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	137
	Gesundheitskonferenz 2013	140
	Kammervorstand trifft sächsische Fachgesellschaften	141
	Im Interview: Ärztinnen in Führungspositionen	142
Gesundheitspolitik	Tagungsbericht Schwangerschaft als Entscheidungsfalle	147
	Fortbildungscurriculum zum Antibiotika-Einsatz	148
	Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2011	149
Recht und Medizin	Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Sachsen	153
	Patientenrechtegesetz	160
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	141
	Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte in Leipzig und Dresden	154
	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	155
	Fortbildungsangebote 1. Halbjahr 2013	155
	Goldenes Doktordiplom	155
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	156
Leserbriefe	Notfallrettung oder Krankentransport	
	Dr. med. Kristin Hontzek/Dr. med. Lutz Röhnert/Jan Danny Scheithauer/Dr. med. Tim Weiske	
	Kommentar von Dr. med. Michael Burghardt/Dr. jur. Alexander Gruner	157
	KV Sachsen zum Artikel Fluenz®	159
Personalia	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. H.-J. Heberling	161
	Jubilare im Mai 2013	162
Medizingeschichte	Sigbert Ganser – ein bedeutender sächsischer Psychiater	164
Feuilleton	Das Osterreiten in der Oberlausitz	166
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2013	



Gesundheitskonferenz 2013
Seite 140



Kammervorstand trifft
Fachgesellschaften
Seite 141



Pränataldiagnostik
Seite 147



Das Osterreiten
Seite 166

Titelbild: Dr. Sigbert Ganser (Gemälde von Robert Sterl)
© Robert-Sterl-Haus, Naundorf

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

Arztbild 2.0



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
© SLÄK

„Edel sei der Mensch, hilfreich und gut!“ postulierte Goethe in seinem (vermutlich) 1782 entstandenen Gedicht „Das Göttliche“. Die Ärzteschaft als Teil des Ganzen wird hierbei weder besonders hervorgehoben noch von diesem Wunsche befreit. Uns allen ist diese Zeile wohlbekannt. 231 Jahre später findet sich im Februar-Editorial des „Arzteblatt Sachsen“ die Bedeutung des ärztlichen Ethos im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und medizinischer Machbarkeit und schreibt diesem eine besondere und steuernde Rolle zu.

Wie soll aber nun der ideale Arzt beschaffen sein, welche Eigenschaften sollten ihn auszeichnen, um in der Versorgungsrealität bestehen zu können? Eine der vielen möglichen Antworten gibt eine Studie der Universität Regensburg aus dem Jahr 2002, die den idealen Arzt aus Sicht der Medizinstudenten charakterisiert (Dieter von Schmädel und Katja Götz: Das Arztideal bei Medizinstu-

denten. Allgemeinarzt. 2002;22:738-774). Kompetent, aufmerksam, interessiert, sympathisch und freundlich sollten wir uns präsentieren. Ist das für uns immer durchsetzbar? Vor allem – wie bekommt der Nachwuchs diese Werte vermittelt? Die beschriebenen Eigenschaften lassen keine medizinische Wertung zu, beschreiben vielmehr soziale Kompetenz und Umgangsformen. Ist Einflussnahme auf diese sogenannten „soft skills“ an der Universität überhaupt möglich und notwendig? Im klassischen Kurssystem lässt sich das sicher nicht direkt vermitteln. Betrachten wir im Kontinuum von Aus-, Weiter- und Fortbildung einmal die Verantwortung des Lehrenden, lässt dies unser Handlungspotenzial klar erkennen. Besonders bei der direkten Mitarbeit von Studenten in der Sprechstunde im Rahmen der Lehrpraxistätigkeit wird mir dies deutlich. Von meiner Seite lässt sich dabei ein weiter Bogen bereits erwachter als auch noch schlummernder Persönlichkeitskompetenz entdecken. Mit der jüngsten Novelle der Approbationsordnung verbringen die künftigen Kollegen im Rahmen der Allgemeinmedizin nunmehr zwei Wochen im Blockpraktikum in hausärztlichen Praxen. Der größte Erkenntnisgewinn offenbart sich hierbei in der Neubewertung der Kompetenzfelder (haus)ärztlichen Handelns. Viele sind von der Breite der Gespräche, deren Tiefen und Untiefen überrascht, erleben die medizinisch-technischen Aspekte eher begleitend. Natürlich ist dieser Effekt von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich stark ausgeprägt. Geht man aber von der Tatsache aus, dass gut die Hälfte der niedergelassenen Kollegen in der Primärversorgung arbeiten (sollten), werden die Brisanz des Problems und die Handlungsmöglichkeiten deutlich. Im Bereich der Aus- und der Weiterbil-

dung werden noch viel mehr Kollegen benötigt, um Studenten oder Weiterbildungsassistenten neben dem rein fachlichen Wissen auch diese Felder des täglichen Handelns – möglichst im 1:1 Kontakt zu vermitteln. Beide sächsische Fakultäten freuen sich auf entsprechende Verstärkung aus dem niedergelassenen Kreis.

Jedes Jahr verabschiedet die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus in Dresden ihre Absolventen mit einem feierlichen Festakt in das künftige Berufsleben. Gleichzeitig werden hier in der vom Förderverein der Fakultät und des Universitätsklinikums organisierten Veranstaltung auch die Carus-Förderpreise für hervorragende Promotionen vergeben. Wie in jedem Jahr war der Höhepunkt der Veranstaltung jedoch der Festvortrag. Am 15. Dezember 2012 konnte hierzu der renommierte Arzt, Wissenschaftler und Pionier der Palliativmedizin in Deutschland, Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, gewonnen werden, der an der Universität Lusanne/Schweiz tätig ist. Seine drei an die künftigen Kollegen adressierten Wünsche wurden aus dem palliativmedizinischen Kontext heraus erarbeitet. Dieser Festvortrag nimmt in seinen Thesen grundlegende Eigenschaften, aber auch Probleme unseres Berufstandes auf. An vielen Stellen werden Sie die eingangs zitierten Wünsche an den idealen Arzt wiederfinden. Die gewählte Darstellung war im Moment des erlebten Vortrages so gewaltig, dass wir Ihnen diesen Vortrag zur direkt nachfolgenden Lektüre anempfehlen möchten. Gleichzeitig möchte ich an dieser Stelle Prof. Dr. Borasio für die Weitergabe seines Vortrages danken.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Mut, Demut und Achtsamkeit

Liebe Kolleginnen und Kollegen des Examensjahrgangs 2012, eigentlich ist heute ein Tag der Freude für Sie, denn Sie haben Ihr Studium erfolgreich abgeschlossen und bekommen heute Ihre Examen-surkunden überreicht. Diese Freude wird allerdings ein klein wenig getrübt durch Forschungsergebnisse aus der Medizindidaktik, die eindeutig belegen, dass Sie in den vergangenen sechs Jahren:

- perfekt gelernt haben, eine Sprache zu sprechen, die außer Ihnen und Ihren Kollegen niemand versteht, vor allem nicht die Patienten und ihre Angehörigen,
- Ihre Empathiewerte, also Ihr Einfühlungsvermögen für leidende Menschen, im Vergleich zum Studienanfang dramatisch gesunken sind, und
- Sie für den Umgang mit den teilweise schweren Belastungen, die Ihnen im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit bevorstehen, unzureichend bis überhaupt nicht vorbereitet wurden.

Das ist leider keine persönliche Meinung, sondern es sind evidenzbasierte und reproduzierbare Feststellungen. Und jetzt wird es Sie vielleicht wundern, wenn ich Ihnen im Angesicht dieser Tatsachen von ganzem Herzen meine Gratulation überbringe – denn Sie haben die Chance, einen der schönsten Berufe, die es auf der Welt überhaupt gibt, zu ergreifen. Dieser Beruf kann für Sie zu einer unerschöpflichen Quelle der persönlichen Bereicherung werden (die materielle Bereicherung können Sie als zukünftige Ärzte heutzutage getrost vergessen, aber darauf kommt es im Leben nicht an).

Damit es so wird und damit Sie diesen noch langen und anspruchsvollen Weg gut gehen können, habe ich heute für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, drei Wünsche mitgebracht, die ich Ihnen gerne auf Ihrem Berufsweg mitgeben möchte. Um zu verdeutlichen, welchen Bezug diese

Wünsche zu Ihrer klinischen Tätigkeit haben, werde ich sie anhand eines klinischen Fallbeispiels erläutern. Der Fall ist in seiner Gesamtheit zwar konstruiert, aber jedes einzelne Teil ist wirklich so passiert und wird Ihnen in der einen oder anderen Form mit Sicherheit in Zukunft begegnen.

Es geht um eine 35-jährige Patientin, nennen wir sie Frau K., die wegen unklarer Unterbauchbeschwerden ins Krankenhaus kommt. Sie sind, frisch aus dem Studium kommend, der zuständige Assistent oder die zuständige Assistentin auf der Station. Die Untersuchungen ergeben sehr schnell das Vollbild eines fortgeschrittenen, metastasierten, inoperablen Ovarialkarzinoms. Die Lebenserwartung von Frau K., die verheiratet ist und zwei Kinder im Alter von drei und fünf Jahren hat, beträgt bestenfalls wenige Monate. Der Stationsarzt ist im Urlaub, und der Oberarzt sagt Ihnen im Vorbeigehen „Bitte klären Sie die Patientin heute über die Diagnose auf, sie soll dann morgen nach Hause gehen, wir können nichts mehr für sie tun, und wir brauchen das Bett“.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier kommt mein erster Wunsch für Sie: Ich wünsche Ihnen für Ihren beruflichen Lebensweg ganz viel Mut. In solchen und ähnlichen Situationen werden Sie ihn brauchen. Allerdings: Wer von Ihnen jetzt denkt, dass er diesen Mut braucht, um diese schwierige Aufklärungsaufgabe zu



Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio
© SLÄK

meistern, der hat leider schon die überholten Hierarchievorstellungen mancher Mediziner allzu erfolgreich eingepflegt bekommen. Das Gegenteil ist der Fall: Sie brauchen diesen Mut, um dem Oberarzt höflich aber bestimmt zu antworten, dass dies keine Aufgabe ist, die Sie allein machen können. Die Überbringung einer solchen Diagnose gehört zu den schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben im ärztlichen Beruf. Und dabei kommt es vor allem aufs Zuhören an. Wie der große dänische Philosoph Søren Kierkegaard sagte:

„Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu

denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.“¹

Um die Brisanz der eben beschriebenen Situation etwas zu verdeutlichen: Kein Chirurg käme jemals auf die Idee, eine komplexe Operation einem Anfänger ohne jede Supervision durchführen zu lassen. Und wenn er das täte, wäre er rechtlich für die Folgen verantwortlich. Nicht anders verhält es sich mit dem Ansinnen des Oberarztes bezüglich der Aufklärung von Frau K.. Dieses Ansinnen ist in doppelter Hinsicht unangemessen: Gegenüber der Patientin und gegenüber dem Assistenten. Es hat schon Fälle gegeben, bei denen Assistenten nach einer solchen traumatisierenden Überforderung den Beruf aufgegeben haben. Und doch gehört eine gehörige Portion Mut dazu, sich auf angemessene, höfliche aber bestimmte Weise zu wehren und den Oberarzt um Hilfe zu bitten. Er soll Ihnen zeigen, wie's geht. Das wird er in den meisten Fällen gerne tun, und seine Achtung für Sie wird nicht sinken, sondern steigen. Und wenn das einmal nicht der Fall sein sollte, wechseln Sie sofort die Stelle. Ihre Marktaussichten sind heute so gut, dass Sie sich so was nicht gefallen lassen müssen.

Mut und Standhaftigkeit brauchen Sie übrigens auch, um systemimmanenten Verlockungen der Gesundheitsbranche zu widerstehen. Das ist nicht ganz einfach, Sie kennen den Spruch von Oscar Wilde: „I can resist everything but temptations.“ Auf die Gefahr hin, Sie zu desillusionieren, muss ich Ihnen offenbaren, dass es nur drei primäre Steuerungsfaktoren des modernen Gesundheitssystems gibt. Sie lauten: erstens Geld, zweitens Geld, drittens Geld. Sie werden Teil eines durchökonomisierten Sys-

tems, in dem Patienten wie Ärzte primär unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden, und es gibt viele Instanzen, die ein hohes Interesse an der Beeinflussung Ihrer Entscheidungen haben, was in dieser Situation als Orientierungshilfe dienen kann, ist der mancherorts aus der Mode gekommene Begriff des Anstands. Anstand, das ist das Gefühl, das einem in bestimmten Situationen zuflüstert: „Das tut man nicht.“ Da sollten Sie ganz genau hinhören. Beispiel: Man lässt sich von einer Pharmafirma nicht zum Mittagessen einladen. Punkt. Ausnahmslos. Das tut man nicht. Zum Abendessen zweimal nicht, und zum Kongress mit Flugreise und Hotel schon dreimal nicht. Scheinbar harmlose Gefälligkeiten sind in Wahrheit der erste Schritt einer Strategie der sanften Korruption, und Sie kommen damit schleichend in ein Netzwerk von Abhängigkeiten, aus dem Sie sich nur sehr schwer werden befreien können. Merken Sie sich den englischen Spruch: „There is no such thing as a free lunch.“ Das wird Ihnen helfen, gute Entscheidungen zu treffen. Und noch wichtiger: Schließen Sie keine Verträge ab, die Ihre Vergütung an Zielvorgaben koppeln, die mit dem Wohl Ihrer Patienten kollidieren könnten. Denken Sie daran: Wenn alle Ärzte sich weigern würden, würde es solche Verträge schlicht nicht geben. Erinnern Sie sich an das ärztliche Gelöbnis, das hier gleich folgen wird und in dem es heißt: „Wohl und Wehe der Patienten sollen stets mein Handeln bestimmen.“ Handeln Sie stets nach dem kategorischen Imperativ von Immanuel Kant, der besagt, dass Ihr Handeln immer auch als Grundlage einer allgemeingültigen Maxime taugen können muss. Haben Sie den Mut, wenn es drauf ankommt, auch ganz klar Nein zu sagen. Diesen Mut wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme nun zu meinem zweiten Wunsch, und dafür kehren wir wieder zu unserem Fall zurück: Die Aufklärung von Frau K. konnte nach Ihrem beherzten Einschreiten auf gute Weise vom Oberarzt und Ihnen

durchgeführt werden: In Ruhe, mit ausreichend Zeit, in Anwesenheit des Ehemanns der Patientin und mit viel Raum für Fragen. Sie haben es auch geschafft, den Oberarzt zu überreden, der Patientin noch ein paar Tage Zeit zu geben, um sich von dem Schock zu erholen und die weitere Versorgung zu planen. Frau K. scheint das Ganze mit bewunderungswürdiger Fassung zu tragen. Am nächsten Tag, es ist schon abends, schauen Sie, bevor Sie die Station verlassen, noch einmal bei ihr vorbei. Sie setzen sich an ihren Betttrand und sagen erst einmal gar nichts. Frau K. schweigt auch ganz lange und fängt dann hemmungslos zu weinen an. Sie ist völlig verzweifelt, die Vorstellung, zu sterben und ihre Kinder zurückzulassen, ist für sie furchtbar. Sie schaut Sie an und fragt Sie: „Warum ich? Ich habe immer versucht, gesund zu leben, habe niemandem etwas getan, habe mich so bemüht, um für meine Kinder eine gute Mutter zu sein – warum soll ich jetzt sterben und sie alleine lassen?“ Wer von Ihnen jetzt glaubt, eine Antwort auf diese Frage geben zu können, der sollte besser noch mal in sich gehen. Es gibt nämlich auf diese Frage keine Antwort – jedenfalls keine, die man mit Worten ausdrücken kann. Die Antwort auf diese Frage, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind Sie selbst. Es kommt nicht auf Ihre Worte an, sondern auf Ihre Präsenz – im Bewusstsein der Tatsache, dass das unendliche Leiden einer sterbenden Mutter etwas ist, was allein schon unsere schiere Vorstellungskraft übersteigt. In diesem Sinne wäre eine Antwort etwa in dem Stil „Ich kann Sie gut verstehen“ völlig unangemessen, denn das können wir als Ärzte schlicht nicht. Was wir brauchen, um mit solchen Situationen fertig zu werden, und das ist mein zweiter Wunsch für Sie, ist Demut. Demut, um zu erkennen, dass es Dinge gibt, die wir nicht ändern können. Demut, um zu begreifen, dass es Dinge gibt, die wir nicht einmal verstehen können. Demut, um sich immer wieder bewusst zu werden, dass – egal wie schwer krank mein Patient ist – ich mir niemals hundertprozentig sicher

¹ Søren Kierkegaard: Synpunkter for min Forfatter Virksomhet (Der Gesichtspunkt für meine Wirksamkeit als Schriftsteller). In: S. K.: Die Schriften über sich selbst. Regensburg: Eugen Diederichs 1951, S. 38 – 39.

sein kann, dass er vor mir sterben wird. Und Demut, um sich immer wieder an die alte – aber immer noch gültige – Definition des Arztberufes zu erinnern, die da lautet: „Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“.

Zu diesem Wunsch möchte ich Ihnen die Geschichte eines anderen Patienten kurz erzählen, nennen wir ihn Herr M.

Herr M. war ein erfolgreicher Geschäftsmann, bevor er mit 48 Jahren an amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankte. Die ALS ist eine unheilbare Krankheit mit fortschreitendem Muskelschwund und Lähmungen, die in zwei bis drei Jahren zum Tode durch Atemlähmung führt. Bei seinem ersten Besuch in unserer Ambulanz war die Erkrankung schon fortgeschritten, seine Arme und Beine waren fast vollständig gelähmt, und er war somit das, was man hierzulande für gewöhnlich einen „Pflegefall“ nennt. Umso mehr erstaunte mich seine Ruhe und friedvolle Ausstrahlung. Seine Sprache war noch intakt, und er erzählte mir, dass er nach der Diagnose eine schwere Depression mit Suizidgedanken durchlitten hatte. Auf Rat eines Freundes hin hatte er sich dann der Meditation zugewandt und das hatte seine Einstellung zum Leben grundlegend verändert. „Wissen Sie“, sagte er mir einmal, „so komisch es klingt, aber ich meine, dass meine Lebensqualität heute besser ist als vor der Erkrankung, trotz meiner schweren Behinderung. Damals hatte ich keine Zeit, war erfolgreich und gestresst. Jetzt habe ich viel Zeit und habe vor allem gelernt, in dieser Zeit zu leben, einfach dazusein.“

Die erste Reaktion könnte sein, an der psychischen Gesundheit des Patienten zu zweifeln. Wie in aller Welt kann man sagen, dass man mit ALS glücklicher ist als ohne? Für viele Ärzte, die die Krankheit kennen, wäre die Diagnose ALS ein Grund zum sofortigen Suizid. Genau genommen stellt eine solche Aussage unser ganzes Wertesystem als Mediziner, unsere Heilungs- und Handlungsethik in Frage und muss des-

halb sofort als krankhaft deklariert werden. Nur, Herr M. zeigte keinerlei Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Er war sehr entspannt, und man konnte feststellen, dass er versuchte, die Gesprächssituation für alle so angenehm wie möglich zu gestalten. In einem weiteren Gespräch stellte er fest, dass er sich in der Tat nicht unbedingt „glücklicher“ fühlte, im allgemeinen Sinne des Wortes. Seine Behinderung, seine fortschreitende Atemlähmung, die Angst, seine Sprechfähigkeit zu verlieren waren ihm sehr wohl schmerzhaft bewusst. „Aber“ sagte er, „das ist es genau, worum es geht: Bewusstheit. Wenigstens bin ich mir jetzt dessen bewusst, was ich erlebe, was ich früher nicht war, und kann daher auch kleine Freuden viel intensiver genießen.“

Herr M. war einer meiner wichtigsten Lehrer. Die Begegnung mit ihm war für mich ein Schlüsselerlebnis, um einen Perspektivenwechsel durchzuführen: Wir sollten uns als gesunde Ärzte davor hüten, die „armen, alten, kranken Patienten“ etwas von oben herab zu bemitleiden, denn wir wissen nicht, ob es nicht vielleicht in Wahrheit genau andersherum ist und wir die Bemitleidenswerten sind, wir diejenigen, die die Hilfe der Patienten noch viel nötiger haben als diese unsere. Diese Demut wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor ich Ihnen meinen dritten Wunsch mitgebe, erzähle ich Ihnen den Schluss der Geschichte mit der Patientin, der sich tatsächlich genau so zugetragen hat: Nach einigen Monaten kam Frau K. auf unsere Palliativstation in einem sehr schlechten Zustand. Ihr Tumor hatte auf die verschiedenen Chemotherapien nicht angesprochen und inzwischen den ganzen Bauchraum ausgefüllt. Die Darmtätigkeit war praktisch zum Erliegen gekommen, und die Schmerzen durch den Druck der Tumormassen auf die Eingeweide waren unerträglich. Zudem verursachte der Druck von unten auf Zwerchfell und Lunge immer wieder Atemnot.

Innerhalb einiger Tage konnten Schmerzen und Atemnot mit Medikamenten gut gelindert werden, die Darmtätigkeit blieb aber minimal. Es bestand kein Zweifel darüber, dass der Patientin nur noch wenige Wochen Lebenszeit verblieben. Die Hoffnung unseres Teams war, dass die Besserung des Allgemeinzustandes durch die palliativmedizinische Behandlung der jungen Frau ermöglichen würde, sich auf gute Art und Weise von ihrer Familie (Eltern, Ehemann und den zwei kleinen Kindern) zu verabschieden. Das trat aber nicht ein, und zwar aus einem für uns Ärzte unerwarteten Grund.

Neben den beschriebenen Beschwerden litt Frau K. unter einer rechtshirnigen Metastase. Diese hatte eine Lähmung der linken Körperseite, insbesondere von Gesicht und Arm, zur Folge. Wir hatten dem keine große Bedeutung beigemessen, da die Patientin aufgrund ihres Tumors ohnehin bettlägerig und pflegebedürftig war. Ansonsten war sie aber durchaus in der Lage, zu kommunizieren und auch selbständig mit der rechten Hand zu essen.

Was wir alle unterschätzt hatten: Die Lähmung der linken Körperhälfte störte die Patientin in ihrem Körperbild und Selbstbewusstsein mehr als alles andere an ihrem Gesundheitszustand. Sie war darüber tief deprimiert, wollte keine Form von psychosozialer Hilfe annehmen, redete nicht mehr mit ihrem Ehemann und weigerte sich, ihre Kinder zu sehen. Die Familie litt unbeschreiblich unter dieser Situation, die einen guten Abschied unmöglich zu machen drohte.

In dieser verfahrenen Situation bat ich die Kollegen des CyberKnife-Zentrum München um Hilfe. Das CyberKnife ist eine hochmoderne Form der Strahlenschirurgie. Dabei werden mit Hilfe eines computergesteuerten Präzisionsgeräts die Strahlen genau dort gebündelt, wo die Geschwulst sitzt, und das gesunde Gewebe wird geschont. Das Problem: Es handelte sich um eine damals noch ganz neue Technik, die mehrere Voraussetzungen erforderte. Unter anderem sollte

die Geschwulst möglichst klein sein, und der Patient sollte einen einigermaßen guten Allgemeinzustand aufweisen. Beides traf nun auf unsere Patientin überhaupt nicht zu. Ich bat die Kollegen trotzdem, die Patientin anzuschauen und nach Möglichkeit Messung, Planung und Durchführung der Bestrahlung in einer Sitzung statt der üblichen drei durchzuführen, weil die Patientin das sonst nicht überleben würde. Das taten die Kollegen dann auch, wofür ich ihnen bis heute dankbar bin.

Schon ein Tag nach der CyberKnife-Behandlung spürte die Patientin, wie der Druck in ihrem Kopf nachließ und sie den linken Arm wieder bewegen konnte. Am zweiten Tag konnte sie die linke Hand bis Schulterhöhe heben, und die Gesichtslähmung hatte sich deutlich gebessert. „Praktisch“ gesehen hatte sich damit an ihrem Zustand wenig geändert, sie war immer noch bettlägerig und ihre Prognose war unverändert – aber ihre Gemütslage war wie verwandelt. Sie unterhielt sich mit den Pflegenden und trank sogar (ein Schlückchen) Sekt mit ihrem Ehemann, sie holte ihre Kinder wieder zu sich und regte eine Abschiedsfeier an. Diese wurde vom Seelsorger der Palliativstation für und mit der ganzen Familie gestaltet. Wenige Tage später starb die Patientin friedlich im Kreise ihrer Familie und im Beisein ihrer Kinder.

Angesichts dieses Fallberichts ließe sich einwenden, das sei nun wirklich Ressourcenverschwendung gewesen: Eine derart teure Methode anzuwenden, nur um den Gemütszustand einer ohnehin sterbenden Patientin für wenige Tage aufzuhellen – wo bleibt da die Relation zwischen Aufwand und Wirkung? Diejenigen unter Ihnen, denen die wichtige Veränderung für die Patientin in ihrer Sterbephase nicht ausreicht, sollten bedenken, dass die Wirkung dieser Maßnahme nicht auf die letzten Tage der Patientin beschränkt bleiben wird. Durch die Möglichkeit eines guten Abschiednehmens ist den Angehörigen eine erschwerte Trauerphase erspart geblieben, den

Kindern möglicherweise sogar eine ernsthafte psychische Traumatisierung. Das Erlebnis einer würdevollen und friedlichen Sterbephase wird die Einstellung der Angehörigen zu Tod und Sterben für die Dauer ihres Lebens beeinflussen, was bei den Kindern eine Nachwirkung über geschätzt ca. 70 bis 80 Jahre bedeutet. Das ist Palliativmedizin.

Ich werde oft gefragt, wie ich es denn aushalten würde, einen so schrecklichen Beruf zu haben und als Palliativmediziner ständig mit Tod und Sterben konfrontiert zu sein. Das Gegenteil ist der Fall: Die Arbeit in der Palliativmedizin und Sterbebegleitung ist ein großes Geschenk. Es ist sogar ein doppeltes Geschenk: Zum einen ist es das Bewusstsein um die eigene Endlichkeit, das eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs ist. Zum anderen ist es die einmalige Chance die wir haben, von unseren sterbenden Patienten das Leben zu lernen. In einem arabischen Gedicht steht: „Die Menschen schlafen, solange sie leben. Erst wenn sie sterben, erwachen sie.“ Pfarrer Peter Frör, der langjährige Leiter der Seelsorge am Klinikum Großhadern in München sagte dazu: „Sterbende, die ihr Erwachen zulassen, nehmen uns mit hinein in eine Welt, in der eine andere Wachheit herrscht, als wir sie sonst kennen.“

Und damit komme ich zu meinem letzten Wunsch für Sie: Damit Sie von der großen Chance profitieren können, die Ihnen dieser wahrhaft wunderschöne Beruf bietet, wünsche ich Ihnen Achtsamkeit. Achtsamkeit für die Geschenke, die unsere Tätigkeit täglich mit sich bringt. Achtsamkeit nicht nur für die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien, sondern auch für die Bedürfnisse Ihrer eigenen Familie und für Ihre eigenen Bedürfnisse. Achtsamkeit für die kleinen und großen Wunder des Lebens, die Ihnen helfen werden, über schwierige Zeiten hinwegzukommen. Achtsamkeit für die Schönheit um uns herum. Gehen Sie, wenn Sie das Glück haben, in der wunderschönen Stadt

Dresden zu arbeiten, regelmäßig in die Gemäldegalerie, gehen Sie in die Oper, gehen Sie in die Natur spazieren, und genießen Sie die herrliche Landschaft. Sie wissen ja: Zeit hat man nicht, Zeit nimmt man sich. Nehmen Sie sich diese Zeit. Gehen Sie mit offenen, wachen Augen durch die Welt, bereit, sich immer wieder aufs Neue überraschen und

bezaubern zu lassen. Diese Achtsamkeit wünsche ich Ihnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lange Rede, kurzer Sinn: Sie sind die Zukunft unserer Medizin. Seien Sie mutig. Bleiben Sie demütig. Und bleiben Sie achtsam. Das wünsche ich Ihnen allen von Herzen und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Tagung der Kreisärztekammern

Arztbild und Nachwuchs

Auf dem jährlichen Frühjahrestreffen der Vorsitzenden der Kreisärztekammern und des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer kamen neben der aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik insbesondere die Rolle der Ärzte als Vorbilder für den ärztlichen Nachwuchs und der Wandel des Arztbildes zur Sprache. Der Vizepräsident, Erik Bodendieck, gab zu Beginn zuerst einen Überblick über die aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen und ging dabei auf die Schwerpunkte seit Jahresbeginn ein.

Abschaffung Praxisgebühr

Die Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 war in Bezug zum bürokratischen Aufwand aus seiner Sicht richtig. Aber es fehlt weiterhin ein wirksames Steuerungsinstrument

für Arztbesuche und Arzthopping. Die Allgemeinmediziner haben keine Übersicht, wohin ein Patient noch zur Behandlung geht. Die Politik wird aufgefordert, ein Steuerungsinstrument zu finden, da die vollen Wartezimmer auf eine weitere Zunahme der Arztbesuche hindeuten.

Neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Herr Bodendieck stellte auch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie vor. Die Änderungen der Einteilung der Planungsbereiche seit 1. Januar 2013 beziehen sich auf die sogenannten Mittelbereiche in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Die Mittelbereiche orientieren sich an Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsverbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden und damit an dem zu erwartenden Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen. Mit der neuen Planung haben sich die Planungsbereiche in

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio
Lehrstuhl für Palliativmedizin
Universität Lausanne
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Av. Pierre Decker 5, CH-1011 Lausanne
T +41 21 314 02 88, F +41 21 314 09 22
borasio@chuv.ch, www.chuv.ch

Teile dieses Vortrags basieren auf Passagen aus dem Buch von G.D. Borasio „Über das Sterben: Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen“, C.H. Beck-Verlag 2012.



Erik Bodendieck, Vizepräsident, und Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vorstandsmitglied

© SLÄK

Deutschland von bisher 395 auf jetzt 883 mehr als verdoppelt. Das feinere Planungsraster ermöglicht es, Versorgungslücken, aber auch Überversorgung schneller zu erkennen und zu schließen. Der Landesausschuss kann auf regionaler Ebene zum Zweck einer homogenen und stabilen Versorgung von dieser Raumgliederung abweichen, indem Planungsbereiche



Dr. med. Mathias Cebulla, Dipl.-Med. Brigitte Köhler, Dr. med. Stefan Hupfer (v.l.)

© SLÄK

zusammengelegt werden. Durch die neue Bedarfsplanung entstehen neue Verhältniszahlen. Danach beträgt die Verhältniszahl für alle Planungsbereiche einheitlich 1.671 Einwohner je Hausarzt (Ausnahme für das Ruhrgebiet 2.134 Einwohner). Diese Verhältniszahlen können um einen Demografiefaktor angepasst werden und berücksichtigt so die gegenwärtige Verteilung der Ärzte als auch die im Bundesgebiet unterschiedliche Alterung der Bevölkerung.

Arztzahlen in Sachsen

In diesem Zusammenhang berichtete der Vizepräsident über die aktuellen Arztzahlen für Sachsen. Aktuell leben im Freistaat 22.160 Ärzte (31. Dezember 2012). Dies sind 578 Ärzte mehr als im Jahr zuvor (21.582). Darunter befinden sich 1.821 (+ 201) ausländische Ärzte aus 91 Nationen. 15.934 Ärzte sind derzeit in Sachsen

berufstätig (+ 365), davon 8.623 im stationären (+ 266) und 6.488 (+ 84) im ambulanten Bereich.

Im ambulanten Bereich setzt sich der Bedarf an Ärzten weiter fort. Waren es 2007 noch 5.759 Ärzte mit eigener Praxis, sank die Zahl 2012 auf 5.536 niedergelassene Ärzte (- 223). Dagegen stieg die Zahl der in Niederlassung angestellten Ärzte im Vergleich zu 2011 um 92 und im Vergleich zu 2007 um 475 auf 952 Ärzte an.

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 191 auf 8.265. Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärzten beträgt jetzt 52 Prozent. Die Anzahl berufstätiger Mediziner erhöhte sich dagegen nur um 174 auf 7.669 Ärzte (48 Prozent). Vor zehn Jahren waren es noch 51 Prozent Ärzte und 49 Pro-

zent Ärztinnen. Diesem Trend der Feminisierung wird schon durch vorhandene, familienfreundliche Arbeitsbedingungen wie Teilzeitmodelle und Kinderbetreuungsmöglichkeiten bereits Rechnung getragen. Eine Übersicht dazu findet sich unter www.aerzte-fuer-sachsen.de.

Die meisten ausländischen Ärzte stammen aus Osteuropa, wie der Tschechischen Republik (273), der Slowakei (212), aus Polen (199), Rumänien (149), der Russischen Föderation (122), Bulgarien (85), Ungarn (82) und der Ukraine (74). Aus Österreich dagegen, mit dem es einen Freundschaftsvertrag mit dem Freistaat Sachsen gibt, kommen 77 Ärzte. Von den ausländischen Medizinern arbeiten 1.433 Ärzte im stationären und 240 im ambulanten Bereich, davon 84 in einer Niederlassung und 156 Ärzte sind in einer Niederlassung angestellt. Der Anteil der ausländischen Ärzte beträgt in Bezug auf die berufstätigen Mediziner in Sachsen 10,5 Prozent (2011: 9,2 Prozent). Zahlreiche Kliniken bieten Integrationsmaßnahmen, wie Sprachkurse an. Auch dazu gibt es eine Übersicht unter www.aerzte-fuer-sachsen.de.

Transplantationsdebatte

Ende des letzten Jahres wurden die Manipulationsvorwürfe bei Transplantationen an der Uniklinik Leipzig bekannt. Die Manipulation bei der Organverteilung sieht Herr Bodendieck als eine Folge des Meld-Score-Vergabeverfahrens. Aus diesem Grund gibt es in Deutschland Überlegungen zu möglichen Änderungen des Allokationsverfahren, aber auch zur Verringerung der Transplantationszentren. Zudem sollen stärkere Kontrollen und schärfere berufsrechtliche Konsequenzen Manipulationen verhindern. Der Wettlauf nach immer mehr Organverpflanzungen sollte ebenfalls eingedämmt werden.

Korruption und Bonusverträge

Immer wieder werden Korruptionsvorwürfe gegen Ärzte erhoben. Insbesondere der GKV-Spitzenverband betreibt hier eine Nadelstichpolitik bezüglich der angeblich hohen Zahl



Dipl.-Med. Ulla Tuschcherer, Dipl.-Med. Andreas Koch, Dr. med. Einar Köhler (v.l.)

© SLÄK

von Falschabrechnungen. Aber auch in Sachen Bonusverträge werden permanent unrichtige Behauptungen aufgestellt.

Eine Priorisierung könnte in Bezug auf Korruption und Bonusverträge etwas ändern. Allerdings ist die Debatte dazu politisch sehr schwierig, weil keine Partei damit Stimmen im Wahlkampf gewinnen kann. Eine Arbeitsgruppe bei der Bundesärztekammer unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze will trotzdem ein Arbeitspapier formulieren, auf dessen Basis eine politische und gesellschaftliche Diskussion in Gang gebracht werden soll.

99 Prozent der sächsischen Ärzte halten sich an berufsrechtliche und berufsethische Maßstäbe, betonte der Vizepräsident. Dennoch ist es aus Sicht der Landesärztekammer notwendig, immer wieder auf die Einhaltung der Berufsordnung hinzuweisen, um Vorwürfen jeglicher Art zu begegnen (siehe auch Beitrag Prof. Dr. med. Borasio in diesem Heft).

In der Diskussion wurde deutlich, dass Ärzte Vorbilder für den ärztlichen Nachwuchs sind und sich dessen auch bewusst sein sollten. Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wiesen darauf hin, dass neben der fachlichen Qualifikation auch die Persönlichkeit eine wichtige Rolle spielt. Medizinstudenten und junge Ärzte nehmen sehr genau wahr, wie

sich ein Chefarzt verhält, wie er sein Team führt oder wie er auf ökonomische Herausforderungen reagiert. Dass nicht alle jungen Ärzte den Ansprüchen eines Chefarztes in Bezug auf Fachlichkeit oder Umgangsformen entsprechen, ist auch bekannt. Aber auch hier gilt die wichtige Funktion des Vorbilds. Das Lernen voneinander, über Generationen hinweg, war schon immer der einzig richtige Weg.

Wandel des Arztbildes – aus soziologischer Sicht

Der Fachvortrag widmete sich ganz speziell dem Thema „Wandel des Arztbildes“. Frau Dr. phil. Katja Götz von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg begann ihre Übersicht mit dem historisch entstandenen Arztbild, den gesellschaftlichen Erwartungen und schloss mit den heutigen politischen und rechtlichen Anforderungen an diese Profession. Wie sich das Arztbild der Zukunft weiterentwickelt und ausgestaltet, hängt danach maßgeblich auch von der Ärzteschaft ab.

Der ideale Arzt sollte kompetent, aufmerksam, interessiert, sympathisch und freundlich sein. (von Schmädell & Götz 2002). Nach wie vor genießt der Beruf des Arztes innerhalb der Bevölkerung in Deutschland das höchste Ansehen (Institut für Demoskopie Allensbach 2011). Die Kernaufgaben, die an den Beruf des Arz-



Dr. phil. Katja Götz

© SLÄK

tes gestellt werden, wie zum Beispiel das Erkennen und Behandeln von Krankheiten oder die Unterstützung in Krisensituationen, werden durch neue gesellschaftliche Erwartungen erweitert. Die Ausrichtung auf die Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns wird die traditionellen Rollenerwartungen tendenziell in den Hintergrund drängen. Eine Professionalisierung wird von Deprofessionalisierungstendenzen bzw. der Anpassung des ärztlichen Handelns an die vorherrschenden Rahmenbedingungen (Ökonomie/Bürokratie) begleitet. Autonomieverlust als auch Fremdbestimmung stellen die Ärzte heute vor neue Herausforderungen (Gieseke 2009).

Derzeit drängt eine neue Ärztegeneration auf den Arbeitsmarkt: „Generation Y“. Sie haben eine breite medizinische Ausbildung und Vorstellungen von ihren Arbeitsbedin-

gungen, die aufgrund des bereits bestehenden Arztmangels gesundheitspolitisch Berücksichtigung finden sollten. Diese auf Work-Life-Balance ausgerichtete, mit Teamorientierung ausgestattete und multimedial vernetzte Generation der

Informationsgesellschaft kann einen wesentlichen Beitrag zu der Forderung nach einer Umstrukturierung des Gesundheitswesens liefern (Schmidt et al. 2011). Diese Forderung besteht in einer nachhaltigen Finanzierung sozialer Sicherungs-

stelle, der Veränderung von Verfahrensabläufen in der gesundheitlichen Versorgung sowie einer multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gesundheitskonferenz 2013

„Gesunde Stadt – Gesunde Bürgerschaft“

Unter dem Motto „Gesunde Stadt – Gesunde Bürgerschaft/Gesundheit in Kommunen gestalten“ richtete die Stadt Dresden in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer am 16.3.2013 eine Gesundheitskonferenz zur Auswertung des Stadtgesundheitsprofils 2012 der Sächsischen Landesärztekammer aus.

Dabei bildeten Impulsreferate zu den Themen „Von der Gesundheitsförderung und Prävention zur Versorgung“, „Bewegung für gesunde Lebensführung“ und „Einfluss von Demografie und sozialem Status auf die Gesundheit“ die Grundlage für fünf Workshops, in denen 130 Vertreter aus der Kommunal- und Landespolitik, der Verbände und Vereine, der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Wissenschaft sowie interessierte Bürger, gemeinsam mit Fachexper-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze begrüßt die Oberbürgermeisterin der Stadt Dresden, Helma Orosz, und die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Christine Clauß (v.l.)

© SLÄK

ten Maßnahmen für die kommunale Gesundheitsförderung entwickelten. In seiner Begrüßung hob der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, hervor, dass eine gesunde Bürgerschaft keine Pflicht des Staates, sondern vielmehr logische Voraussetzung seiner Funktionsfähigkeit sei.

Dabei spielen psychische Krankheiten eine immer größere Rolle. Gerade was die Vorbeugung körperlicher Schäden und die Förderung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen angeht, könnten die öffentliche Verwaltung, die Städte, Gemeinden und Landkreise durchaus etwas bewirken.

In diesem Zusammenhang verwies er auf das Gesundheitsziel „Aktives Altern“, das in Sachsen erfolgreich umgesetzt wird.

Auch die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz Christine Clauß machte am Beispiel der Umsetzung der Gesundheitsziele „Aktives Altern“ und „Gesund Aufwachsen“ die erfolgreiche Harmonisierung der kommunalen- und der Landes-Gesundheitsförderung deutlich. Oberbürgermeisterin Helma Orosz betonte die Möglichkeit der Steigerung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung, wenn starke Partner zusammen agieren.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Kammervorstand trifft Sächsische Fachgesellschaften

Am 13. März 2013 traf sich der Kammervorstand mit Vertretern der Sächsischen Fachgesellschaften zu einem berufspolitischen Erfahrungsaustausch. Neben der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Tagespolitik standen die Themen Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte auf der Tagesordnung.

Der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, informierte über die Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen und hob insbesondere den hohen Anteil ausländischer Kollegen hervor (10,6 Prozent aller berufstätigen Ärzte), ohne die in manchen Regionen eine ärztliche Versorgung inzwischen undenkbar wäre. Zudem verwies er auf die steigende Zahl berufstätiger Ärztinnen (52 Prozent aller berufstätigen Ärzte). Informationen zum aktuellen Sachstand beim Thema Organspende, zu den Diskussionen über die Korruptionsvorwürfe gegenüber Ärzten, der Zukunft der Hochschulmedizin und der politisch schwierigen Debatte über das Thema

Priorisierung rundeten seinen Berichtsteil ab.

In ihrem Vortrag zu aktuellen Fragen der ärztlichen Ausbildung an der Schnittstelle zur Weiterbildung stellte Frau Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Vorsitzende des Ausschusses Ärztliche Ausbildung, das Auswahlverfahren der Studenten an den beiden Medizinischen Fakultäten im Freistaat dar. Dabei betonte sie, dass nicht zuletzt aufgrund des hohen Frauenanteils schon im Studium veränderte Rahmenbedingungen nötig seien. Hoch motivierte Studenten mit großem Fachinteresse würden nach Absolvierung des gut strukturierten Studiums einen „Praxischock“ erleiden, bedingt durch die hohe Bürokratie, die zum Teil fehlende Anleitung bei der Patientenbetreuung durch erfahrene Fachärzte, die herrschenden Hierarchien, die Arbeitsüberlastung und die zunehmende Ökonomisierung der Medizin. Aus Sicht der jungen Assistenzärzte sei die Weiterbildung zu verbessern, etwa durch die Erweiterung der Möglichkeiten einer Teilzeitweiterbildung oder einer verlässlicheren Strukturierung des Wegs zum Facharzt.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, berichtete über aktuelle Fragen der ärztlichen Weiterbildung. So soll die derzeit laufende Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung zum Deutschen Ärztetag im Jahr 2014 beschlossen werden. Wichtig sei dabei, dass die Grundstruktur, also die Trias Facharztkompetenz, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildung, erhalten bleiben soll. Neu ist die Aufnahme von sogenannten Kompetenz-Lernzielen und die Überarbeitung der Richtzahlen. Prof. Dr. Köhler mahnte an, dass es gelingen müsse, eine sektorenübergreifende Weiterbildung zu initiieren.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, gab den Anwesenden einen umfassenden Überblick über die vielfältigen Fortbildungsaktivitäten und -maßnahmen der Sächsischen Landesärztekammer.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 5. Mai 2013
11.00 Uhr – Junge Matinee
Junge Preisträger stellen sich vor
Preisträger des Landeswettbewerbes „Jugend musiziert“ stellen sich vor.
Es wird Musik für Violine und Klavier dargeboten von Schülerinnen und Schülern des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen
Foyer und 4. Etage
Stephanie Marx
Grafik

27. März bis 20. Mai 2013
Vernissage: Donnerstag, 28. März 2013,
19.30 Uhr
Einführung: Hubertus Giebe, Maler,
Dresden

Hommage an das Musikland Sachsen

Das Tübinger Orchester gastiert im Freistaat
Sonntag, 28. 4. 2013, 19.30 Uhr
Theater Meißen
Mittwoch, 1. 5. 2013, 19.30 Uhr
Evangelische Kreuzkirche Görlitz
Robert Volkmann: 1. Sinfonie d-Moll op. 44
Albert Dietrich: Violinkonzert op. 30
Robert Schumann: Abendmusik
Leitung: Dr. med. Norbert Kirchmann
Solist: Jochen Brusck-Violine
Karten gibt es jeweils an der Abendkasse.
Volkmann und Dietrich wurden in der

Nähe von Meißen geboren.
Die Sinfonie von Volkmann gilt als die wichtigste ihrer Zeit zwischen Schumann und Brahms, zwischen den Jahren 1850 bis 1876.
Das Violinkonzert des Schumannschülers Dietrich, der in seiner Zeit hoch angesehen war, wurde zum Beispiel von Brahms sehr geschätzt und von ihm in Wien aufgeführt. Noch vor einem Jahr wurde Dietrichs Oper „Robin Hood“ in Erfurt erfolgreich wiederentdeckt.
Die „Abendmusik“ von Schumann wurde bisher weltweit nur einmal aufgeführt – in der Dresdner Frauenkirche. Das seit 1984 von Dr. Kirchmann gegründete Tübinger Orchester ist in seiner Region seit Jahren für seine ausgesuchten Raritätenkonzerte bekannt.

Ärztinnen in Führungspositionen

Die Medizin wird weiblich. Frauenquote in der Medizin. Verdienstunterschiede Männer und Frauen. Drei Schlagwörter, die aktuell viel besprochen werden.

Wie die reale Situation in Sachsen zeigt, fragte das „Ärzteblatt Sachsen“ unter dem Motto „Weibliche Vorbilder in der Medizin“ direkt bei Ärztinnen in Führungspositionen ab. Im Folgenden finden Sie die Interviews mit fünf leitenden Ärztinnen an sächsischen Kliniken.

Dr. med Constanze Junghans, Ärztliche Leiterin Paracelsus Klinik Bad Elster



Seit wann sind Sie als ärztliche Leiterin tätig?

Seit 1. Juni 2003.

Was gefällt Ihnen an dieser Position?

Es gefällt mir, die interessante und anspruchsvolle Führungsrolle eines interdisziplinären Teams, bestehend aus hochqualifizierten Ärzten und Dipl.-Psychologen, spezialisierten Pflegefachkräften, Physio-, Sport-, Ergotherapeuten, Diätassistenten und Sozialarbeitern zu übernehmen. Eine solche Tätigkeit bietet eine hervorragende Möglichkeit, wichtige medizinische und personelle Entscheidungen zur weiteren Optimierung der onkologischen und orthopädischen Rehabilitation, insbeson-

dere der Anschlussheilbehandlungen, in unserer Klinik gemeinsam mit dem Verwaltungsdirektor auch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes treffen zu können. Des Weiteren gefällt mir der permanente fachspezifische Auf- und Ausbau von Kooperationen, um unserem hohen Qualitätsanspruch bei der optimalen Betreuung unserer onkologischen Patienten weiter gerecht werden zu können sowie auch die Realisierung von Managementaufgaben zur dauerhaften Standortsicherung und Entwicklung eines regionalen onkologischen Versorgungsnetzes mit Kollegen der Akutkliniken und niedergelassenen Onkologen.

Durch die ausgezeichnete Unterstützung meiner ärztlichen Kollegen bin ich in der Lage, auch in dieser Führungsposition eigene Patienten zu betreuen. Dies ist mir unverändert sehr wichtig.

Ist in dieser Position die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben?

Ja, wobei entsprechende Rücksichtnahme sowie Motivation durch meinen Ehemann, der bis heute selbst als Internist in sehr verantwortungsvollen Leitungsfunktionen arbeitet, durch unsere immer verständnisvollen Kinder sowie die stetige und großzügige Unterstützung durch unsere Eltern gegeben waren.

Sie sprechen Ihre Kinder an, in welchem Abschnitt Ihrer beruflichen Karriere haben Sie diese bekommen? Inwiefern haben diese ihren Karriereverlauf beeinflusst?

Ich bin glückliche Mutter von zwei inzwischen erwachsenen Kindern. Unsere Tochter wurde 1983, einen Tag nach meiner letzten Staatsexamensprüfung geboren und unser Sohn 1989 nach abgeschlossener Facharztausbildung für Innere Medizin.

Ich war stets intensiv bestrebt, Familie und Beruf in Einklang zu bringen, was mir mit familiärer und kollegialer Unterstützung auch gelang. Selbstverständlich gab es auch kritische Phasen, zum Beispiel bei Personalengpässen, notwendiger Absicherung von Nacht- und Wochenend-

diensten, erforderlichen Hospitationen und Qualifikationen sowie Erkrankungen unserer Kinder.

Ich bin mir durchaus bewusst, dass dies für meine Kinder immer eine Gratwanderung war. Unsere Kinder haben meinen beruflichen Werdegang zu keiner Zeit negativ beeinflusst. Mein vorrangiger Wunsch, eine Familie zu haben, hat mich motiviert, die erforderlichen Ausbildungsabschnitte stets zielstrebig und zeitgerecht abzuschließen, um danach mehr Zeit meinen Kindern widmen zu können. Da mein Ehemann und ich zur gleichen Zeit Studium sowie auch Facharztausbildung abschlossen, war dies nur mit gegenseitiger Rücksichtnahme und sehr guter familiärer Unterstützung möglich. Unsere Kinder waren schon früh selbstständig, übernahmen zeitig Verantwortung und sind immer zuverlässige „Partner“ gewesen. Dafür bin ich ihnen äußerst dankbar.

Welche individuellen und systembedingten Hürden mussten Sie auf dem Weg zur ärztlichen Leitung Ihrer Klinik bewältigen?

Im Jahr 1990 arbeitete ich als Stationsärztin in einer kardiologischen Abteilung der Staatsbäder Bad Brambach/Bad Elster.

Systembedingt wurde die Übernahme der staatlichen Rehabilitationskliniken durch Private Träger vorbereitet. Dies bedeutete plötzlich berufliche Unsicherheit, die wir zuvor nie kannten. Eine vorübergehend geplante Kurzarbeit war für mich nicht akzeptabel, sodass ich mich kurzfristig entschloss, ein Angebot in der Pharmazeutischen Industrie anzunehmen. Nach kurzzeitiger Außendiensttätigkeit wurde mir von der Konzernleitung die Regionalleitung Sachsens übertragen. Während dieser Zeit absolvierte ich Qualifikierungsmaßnahmen zu Führung und Management, die mir heute sehr nützlich sind. Außerdem erhielt ich viele neue Impulse, konnte meinen Blickwinkel deutlich erweitern. So baute ich schon damals wertvolle Kontakte zu Kollegen in den Akutkliniken auf, zum Beispiel bei der Vorbereitung regionaler und überregionaler Weiterbildungen, die ich selbst

nutzen konnte und lernte auch die Bedeutung der ärztlichen Zusammenarbeit in verschiedenen Kliniken kennen.

Mein Ziel war aber, unbedingt die Arbeit am Patienten wieder aufzunehmen.

1994 erhielt ich als Oberärztin die Möglichkeit zum Aufbau der internistischen Onkologie in der bereits bestehenden gynäkologisch/onkologischen Abteilung der Paracelsus Klinik Am Schillergarten. Dazu ermöglichte mir die Klinikleitung ausgezeichnete Hospitationsmöglichkeiten. Die Abteilung Internistische Onkologie übernahm ich 1996. Durch Unterstützung meiner ärztlichen Kollegen und der Klinikleitung konnte ich während meiner Tätigkeit als Oberärztin die Subspezialisierung für Hämatologie und Internistische Onkologie beenden.

Dafür waren sechs Monate Hospitation in der Klinik für Innere Medizin/Onkologie am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau notwendig, bei der mich die onkologisch verantwortlichen Kollegen intensivst unterstützten.

Spezielle Hürden hatte ich nicht zu bewältigen.

Nach Erhalt der Subspezialisierung übernahm ich drei Monate später, auf Bitten der Unternehmensleitung, die Ärztliche Leitung unserer Klinik.

Welche familienfreundlichen Maßnahmen gibt es in Ihrer Klinik und was sehen Sie als die optimalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind an?

In unserer Klinik gibt es das Gleitzeitmodell bei Festlegung der Arbeitszeit, Überstundenregelung, individuelle vertragliche Regelungen (zum Beispiel vorübergehende Teilzeitbeschäftigung oder Veränderung im Schichtdienst) und Angebote der externen Supervision. Bei auftretenden Problemen ist jederzeit eine persönliche Klärung mit Verwaltungsdirektor und Ärztlicher Leitung möglich.

Es gibt auch Möglichkeiten zur Durchführung sportlicher Aktivitäten für Mitarbeiter und Ehepartner und Unterstützung bei der Wohnungssuche, KITA-Plätzen. Diese Maßnah-

men halte ich für äußerst familienfreundlich. Als optimale Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind erachte ich das Gleitzeitmodell bei Festlegung der Arbeitszeit, die bedarfsgerechte vorübergehende Teilzeitarbeit, die individuellen Arbeitsverträge (Dienstzeit, vorübergehende Entlastung bei Wochenend- und Nachtdiensten) und die Berücksichtigung der familiären Situation sowie ein gutes soziales Netz. (Wohnort – Arbeitsstätte – KITA-Regelung in Nähe des Arbeitsplatzes oder an Einrichtung gebunden – Schule). Wichtig sind auch kurze Arbeitswege und gute Verkehrsanbindungen.

Sind Sie der Meinung, dass beim Aufstieg in eine höhere Position an Frauen und Männer gleiche Anforderungen gestellt werden?

Ja, erfahrungsgemäß haben Frauen und Männer die gleichen Qualifizierungsmöglichkeiten sowie auch gleiche Anforderungen, insbesondere bedingt dadurch, dass familiäre Verantwortung heutzutage durch beide Ehepartner getragen wird.

Sind Sie der Meinung, dass sich weibliche Vorbilder in der Medizin positiv auf das Selbstbewusstsein von anderen Ärztinnen auswirken und diese sich dadurch eher eine Führungsposition zutrauen?

Ja, wenn man sich idealerweise mit ihnen identifizieren kann – mit seinen Wünschen, Vorstellungen, Ansprüchen an Beruf und Familie – und man erkennt, dass die Umsetzung realistisch ist.

Sind Sie für eine Frauenquote oder sehen Sie Alternativen, um mehr Medizinerinnen zu einer Führungsposition zu ermutigen?

Ich bin gegen eine Frauenquote. Wichtig ist es, jungen Kolleginnen Anerkennung für gute fachliche Kompetenz und hohes Engagement zu zeigen, ihnen Vertrauen zu signalisieren, ihr Selbstbewusstsein zu stärken, aber auch Unterstützung anzubieten zur Realisierung gewünschter Qualifikationen, Hospitationen und vieles mehr. Davon habe ich immer profitiert.

Besondere Fähigkeiten sollen gefördert werden, dies steigert die Anerkennung der Kollegin und stärkt das Team. Wir sollten junge Kolleginnen ermutigen, auch Problemzeiten aktiv zu bewältigen. Für mich als Frau ist eine intakte Familie, offenes Ansprechen von Problemen und das „Führen im Team“ sehr wichtig.

Ich möchte unsere jungen Kolleginnen unbedingt zu der Auffassung motivieren, dass uns unsere Kinder nicht in der beruflichen Entwicklung behindern!

Wichtig ist eine gute Kommunikation, so dass Kinder und Eltern jederzeit Probleme offen ansprechen können und so gemeinsame Lösungswege gefunden werden.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, unsere Kinder in viele Entscheidungen mit einzubeziehen, die freie Zeit wirklich gemeinsam zu nutzen und sie wissen zu lassen, dass sie am wichtigsten für uns sind.

Dr. med. Nicola Kotschy-Lang, Fachärztin für Innere Medizin, Arbeitsmedizin und Allergologie; Ärztliche Direktorin Klinik Falkenstein



© BG-Klinik Falkenstein

Seit wann sind Sie als ärztliche Leiterin tätig?

Ich bin seit 1. Oktober 1993 als ärztliche Leiterin tätig.

Was gefällt Ihnen an dieser Position?

Es gefällt mir das Organisieren und Mitgestalten der Klinik, die Möglichkeit der Vorträge und Kontakt zu Wissenschaftlern.

Ist in dieser Position die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben?

In meiner Position ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit Abstrichen gegeben.

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Abschnitt Ihrer beruflichen Karriere haben Sie diese bekommen? Inwiefern haben diese ihren Karriereverlauf beeinflusst?

Ich habe eine Tochter, die 1997 geboren wurde. Retrospektiv war deshalb eine Habilitation nicht möglich.

Welche individuellen und systembedingten Hürden mussten Sie auf dem Weg zur ärztlichen Leitung Ihrer Klinik bewältigen?

Als Hürde würde ich den Umzug in ein anderes Bundesland ansehen.

Welche familienfreundlichen Maßnahmen gibt es in Ihrer Klinik und was sehen Sie als die optimalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind an?

Als optimale Arbeitsbedingung für Ärztinnen mit Kind sehe ich eine flexible und verkürzte Arbeitszeit an. In unserer Klinik besteht die Möglichkeit der Teilzeitarbeit, jedoch nicht für die leitende Position.

Sind Sie der Meinung, dass beim Aufstieg in eine höhere Position an Frauen und Männer gleiche Anforderungen gestellt werden?

Nein, dieser Meinung bin ich nicht.

Sind Sie der Meinung, dass sich weibliche Vorbilder in der Medizin positiv auf das Selbstbewusstsein von anderen Ärztinnen auswirken und diese sich dadurch eher eine Führungsposition zutrauen?

Ja, ich denke, ein weibliches Vorbild in der Medizin kann sich positiv auswirken.

Sind Sie für eine Frauenquote oder sehen Sie Alternativen, um mehr Medizinerinnen zu einer Führungsposition zu ermutigen?

Eine Frauenquote halte ich nicht für erforderlich. Medizinerinnen sollten

in der Rhetorik für Sitzungen und Vorträge besonders geschult werden, um sich durchzusetzen.

Dr. med Kornelia Sturz, Ärztin für Psychiatrie; Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Medizinische Leiterin der Klinik am Waldschlößchen, Dresden



© Gutzeitfotografen

Seit wann sind Sie als ärztliche Leiterin tätig?

Ursprünglich habe ich auf Lehramt studiert. Doch schnell wurde mir klar, dass ich Psychotherapeutin werden will. Deshalb habe ich das Lehramtsstudium abgebrochen und als Krankenschwester gearbeitet, bevor ich mit dem Medizinstudium begonnen habe. Nach einigen Jahren Berufserfahrung habe ich mich dann nach einer leitenden Funktion umgesehen. Durch persönliche Kontakte bekam ich die Stelle der stellvertretenden Ärztlichen Direktorin einer neuen Klinik und habe dafür meine bisherige sichere Stelle als Oberärztin aufgegeben. Das war ein sehr großer Schritt und er hat mir einige schlaflose Nächte bereitet. Aber dieser Schritt war ein ganz wichtiger für meine weitere Entwicklung. Seit 2001 bin ich jetzt als ärztliche Direktorin tätig.

Was gefällt Ihnen an dieser Position?

Es hat mir schon immer gefallen, etwas zu bewegen und etwas zu gestalten. Und ich wollte schon immer eine leitende Position übernehmen, etwas in Gang bringen und meine Kompetenz an Kolleginnen weitergeben. Eine solche Tätigkeit ist auch

sehr abwechslungsreich. Der Auslöser dafür war eine frühere Kollegin und leitende Ärztin, die mir gezeigt hat, dass ich auch als Frau eine solche Funktion übernehmen kann. Allerdings ist man manchmal etwas weit von den Patienten entfernt.

Ist in dieser Position die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben?

Ich gebe zu, dass es schwer ist. Und der Wechsel in die leitende Position machte bei mir auch einen Umzug notwendig. Zugleich gibt man sein soziales Umfeld auf. Aber da ich keine Kinder habe, konnte ich mich sehr viel intensiver um meine Arbeit kümmern als Ärztinnen mit Kindern. Mit Blick auf das Familienleben müssen aber immer Abstriche in Kauf genommen werden.

Welche individuellen und systembedingten Hürden mussten Sie auf dem Weg zur ärztlichen Leitung Ihrer Klinik bewältigen?

Leitende ärztliche Positionen sind auch heute noch fast nur von Männern besetzt. Dies bedeutete für mich, dass ich mich in der Zusammenarbeit mit Kollegen anders durchsetzen und verhalten musste. Frauen führen anders, und sie konzentrieren sich auf die wesentlichen Dinge, ohne sich durch Konkurrenzkämpfe besonders hervortun zu müssen. Aber ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass Männer in Sachsen besser mit starken Frauen umgehen können als die Kollegen in den alten Bundesländern.

Welche familienfreundlichen Maßnahmen gibt es in Ihrer Klinik und was sehen Sie als die optimalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind an?

In unserer Klinik in Dresden beschäftigen wir fast nur Ärztinnen. Dies liegt daran, dass Frauen für den Bereich der Psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie besser geeignet sind. Deshalb fördere ich meine Kolleginnen sehr. Fast alle meine Angestellten arbeiten in Teilzeit. Von den angestellten Frauen befinden sich immer mindestens drei im Mutterschutz oder in der Eltern-

zeit. In den letzten vier Jahren sind zehn Kinder von Mitarbeiterinnen auf die Welt gekommen. Ich achte sehr darauf, dass meine Mitarbeiterinnen Dienst und Familie vereinbaren können, auch wenn das im ärztlichen Alltag manchmal nur schwer möglich ist.

Sind Sie der Meinung, dass beim Aufstieg in eine höhere Position an Frauen und Männer gleiche Anforderungen gestellt werden?

Ich habe die ersten Jahre fast nur mit Männern gearbeitet. Und manchmal hatte ich das Gefühl, dass sie ein Problem mit weiblichen Führungskräften haben. Frauen müssen nach meiner Wahrnehmung auch mehr leisten als ein Mann, um die gleiche Anerkennung zu erreichen. Und Männern werden Fehler eher verziehen.

Sind Sie der Meinung, dass sich weibliche Vorbilder in der Medizin positiv auf das Selbstbewusstsein von anderen Ärztinnen auswirken und diese sich dadurch eher eine Führungsposition zutrauen?

Dem kann ich nur voll und ganz zustimmen, da ich selbst diese Vorbildwirkung kennengelernt habe. Ich hatte eine Chefin, die ich sehr bewundert habe. Ich selbst sehe mich auch als Vorbild für meine Kolleginnen, denen zu zeigen, dass auch eine Ärztin leitende Funktionen übernehmen kann. Zugegeben, mit Kindern wäre meine jetzige Tätigkeit schwer zu bewältigen, da ich täglich 10 bis 11 Stunden, manchmal auch am Wochenende arbeite. Mit Kindern müsste ich meinen Arbeitsalltag ganz anders gestalten. Aber es wäre möglich.

Sind Sie für eine Frauenquote oder sehen Sie Alternativen, um mehr Medizinerinnen zu einer Führungsposition zu ermutigen?

Eine Frauenquote halte ich für überflüssig. Frauen sollten sich einfach mehr zutrauen und sich auch um leitende Stellen mehr bewerben. Dazu muss die Kinderbetreuung verbessert werden. Dazu gehören mehr Plätze, längere Öffnungszeiten und keine Schließzeit in den Sommermonaten.

Dipl.-Med. Christina Pfeiffer, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Chefärztin Psychiatrie, Ärztliche Direktorin St.-Marien-Krankenhaus Dresden



Seit wann sind Sie als ärztliche Leiterin tätig?

Seit drei Jahren.

Was gefällt Ihnen an dieser Position?

Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der inneren Struktur der Klinik, gemeinsam mit anderen Konzepten entwickeln, Einflussnahme auf die Atmosphäre des Hauses.

Ist in dieser Position die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben?

Ja. Aber ein gut funktionierendes Familiensystem ist nötig. Es wird Hilfe benötigt, ohne die eine Familie mit Kindern wegen der auch unregelmäßigen Dienstzeiten und Verpflichtungen nicht gelingen kann.

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Abschnitt Ihrer beruflichen Karriere haben Sie diese bekommen? Inwiefern haben diese ihren Karriereverlauf beeinflusst?

Ja. Die Kinder bekam ich am Anfang meiner Berufstätigkeit. Zu diesem Zeitpunkt stand die Facharztausbildung im Vordergrund, was mit Kindern gut möglich war. Eine Oberarztposition war mit Kindern möglich. Die Übernahme der Klinikleitung erfolgte erst, als die Kinder erwachsen waren.

Welche individuellen und systembedingten Hürden mussten Sie

auf dem Weg zur ärztlichen Leitung Ihrer Klinik bewältigen?

Im DDR-System wäre eine Klinikleitung aus politischen Gründen nicht möglich gewesen und wurde in diesem Wissen auch nie angestrebt. Hürden gab es sonst keine.

Welche familienfreundlichen Maßnahmen gibt es in Ihrer Klinik und was sehen Sie als die optimalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind an?

In der Klinik ist Teilzeitarbeit möglich und phasenweise Arbeit in Abteilungen, die eine individuellere Arbeitszeitgestaltung zulassen.

Sind Sie der Meinung, dass beim Aufstieg in eine höhere Position an Frauen und Männer gleiche Anforderungen gestellt werden?

Im Wesentlichen ja, aber bei Frauen wird mehr die Frage gestellt, ob sie belastbar sind und ob sie wegen ihrer Kinder ausfallen, das heißt, sie werden kritischer geprüft.

Sind Sie der Meinung, dass sich weibliche Vorbilder in der Medizin positiv auf das Selbstbewusstsein von anderen Ärztinnen auswirken und diese sich dadurch eher eine Führungsposition zutrauen?

Ja. Es könnte selbstverständlicher werden, dass Frauen Führungspositionen innehaben.

Sind Sie für eine Frauenquote oder sehen Sie Alternativen, um mehr Medizinerinnen zu einer Führungsposition zu ermutigen?

Keine Frauenquote, weil dies auch eine abwertende Beurteilung zulässt, eine „Quotenfrau zu sein“. Im täglichen Alltag sollten Frauen ermutigt werden, ihren eigenen Führungsstil zu entwickeln und zu leben. Ihre Leistungsfähigkeit und ihre Ideen sollten Wertschätzung erfahren, damit Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit sich gut entwickeln kann.

**Dr. med. Ursula Schüwer,
Ärztin für Neurochirurgie, Neuro-
logie, Rehabilitationswesen; Ärzt-
liche Direktorin der HELIOS Klinik
Schloss Pulsnitz**



Seit wann sind Sie als ärztliche Leiterin tätig?

Ich bin seit September 1995 Ärztliche Direktorin der HELIOS Klinik Schloss Pulsnitz.

Was gefällt Ihnen an dieser Position?

In der Leitungs- und Führungsposition über den ärztlichen Bereich hinaus alle medizinisch-rehabilitativ relevanten Fragen zu koordinieren und zwar für alle beteiligten Berufs- und Fachabteilungen und dies in enger Zusammenarbeit mit der kaufmännischen Leitung. Dies umfasst die Interessen der Ärzteschaft ebenso wie die Zusammenführung der Aufgaben und Interessen aus dem pflegerischen, therapeutischen Bereich, wie die besonderen Fragestellungen der Umsetzbarkeit der Anforderungsprofile der Kostenträger für den rehabilitativen Bereich, das Erfüllen der gesetzlichen Anforderungen, wie zum Beispiel der Hygienemaßnahmen, die Sicherung der medizinischen Dokumentation und der Qualitätssicherung. Dies naturgemäß in Abwägung des personellen und medizinischen Bedarfs unter Berücksichtigung einer sich verändernden Patientenstruktur.

Ist in dieser Position die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben?

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist nicht im Voraus gegeben, sondern muss geschaffen werden, dieses Problem beginnt bereits auf der Ebene der Oberärztinnen. Neben der eigenen personengebundenen Organisationsfähigkeit und Strukturiertheit der ärztlichen Leiterin ist seitens der Familie eine Akzeptanz der ärztlichen Tätigkeit ebenso Voraussetzung wie eine größere Flexibilität. Hier spiegeln sich grundsätzliche Lebensentscheidungen wider, wie die Frage: „Studiere ich Medizin oder Jura? Werde ich Arzt oder Richter? Bin ich grundsätzlich bereit, Haus-, Bereitschaft- oder Notdienste in meinem Berufsleben zu absolvieren, oder stehe ich nur ab und an alle paar Monate für einen Bereitschaftsdienst zur Verfügung?

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Abschnitt Ihrer beruflichen Karriere haben Sie diese bekommen? Inwiefern haben diese ihren Karriereverlauf beeinflusst?

Nein.

Welche individuellen und systembedingten Hürden mussten Sie auf dem Weg zur ärztlichen Leitung Ihrer Klinik bewältigen?

Als Zugereiste aus den Altbundesländern wurde zu Beginn meiner Tätigkeit in Sachsen nur vereinzelt von einigen Mitarbeitern die Frage gestellt, ob eine ärztliche Leiterin in der Lage sei, eine derartig große Rehabilitationsklinik mit 318 Betten leiten zu können, und ob mit einer Leiterin aus den Altbundesländern eine Vernetzung mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen gelingen könnte.

Welche familienfreundlichen Maßnahmen gibt es in Ihrer Klinik und was sehen Sie als die optimalen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen mit Kind an?

Seit mehreren Jahren bieten wir für ärztliche Kolleginnen mit oder ohne Kind die Möglichkeit an, Teilzeittätigkeiten hier in der Klinik vereinbaren zu können. Neben der Tätigkeit der 0,5- und 0,8-Teilzeitbeschäftigung besteht ein großes Netzwerk zu

Kindereinrichtungen, um jedweden anderen Engpass ebenfalls ausgleichen zu können.

Sind Sie der Meinung, dass beim Aufstieg in eine höhere Position an Frauen und Männer gleiche Anforderungen gestellt werden?

Während meiner universitären Ausbildung zur Neurochirurgin in den Altländern wurde das höhere Anforderungsprofil an Ausbildungsassistentinnen klar und deutlich von Fachärzten formuliert: „Frauen an Universitäten müssen 25 bis 30 Prozent mehr Leistungen erbringen als männliche Assistenten.“ Erschwerend kam hinzu, dass es keine unbefristeten Verträge gab, sondern für die Ausbildungszeit die Verträge auf zwei Jahre befristet waren – dies war geschlechtsunspezifisch.

Sind Sie der Meinung, dass sich weibliche Vorbilder in der Medizin positiv auf das Selbstbewusstsein von anderen Ärztinnen auswirken und diese sich dadurch eher eine Führungsposition zutrauen?

Durch meine langjährige Tätigkeit kann ich nur bestätigen, dass sich leitende ärztliche Mitarbeiterinnen als Vorbilder sicherlich positiv auf das Selbstbewusstsein jüngerer Kolleginnen auswirken. Nach meiner bisherigen Erfahrung sehe ich jedoch nicht den Rückschluss, dass sich eine deutlich höhere Anzahl der ärztlichen Kolleginnen dadurch auch eine Führungsposition zutraut und diese tatsächlich leben will. Nach meiner Erfahrung suchen viele nach Erreichen der Gebietsbezeichnung einen familienfreundlichen Kompromiss durch Inanspruchnahme von Teilzeitstellen und den damit verbunden größeren Freiraum für die Familie.

Sind Sie für eine Frauenquote oder sehen Sie Alternativen, um mehr Medizinerinnen zu einer Führungsposition zu ermutigen?

Diese Diskussion sollte nicht oberflächlich geführt werden und durch profilneurotische Politiker(innen) in eine einseitige Richtung geführt werden. Unabhängig davon, ob ärztliche Leiterin oder Leiterin in einem Wirt-

schaftsunternehmen, beinhaltet eine Leitungsfunktion auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die eine bestimmte Konfliktbereitschaft ebenso beinhaltet wie die Fähigkeit, zu motivieren, zu kommunizieren, Konflikte zu lösen, Aufgaben zu delegieren, zu organisieren und gegebenenfalls unangenehme Entscheidungen

Schwangerschaft als Entscheidungsfalle

Im Jahr 2012 gab es in Deutschland drei neue Entwicklungen zu vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen: Die begrenzte Zulassung von Präimplantationsdiagnostik (PID), eine Fortbildungspflicht für Ärzte, die genetische Beratungen durchführen, sowie die Zulassung eines pränatalen Bluttests, der ohne invasive Diagnostik eine Aussage darüber ermöglichen soll, ob das zu erwartende Kind mit dem Gendefekt Trisomie 21 auf die Welt kommen wird.

Diese Entwicklungen gaben den Anlass für eine gemeinsame Tagung der Sächsischen Landesärztekammer und des Deutschen Hygiene-Museums Dresden unter dem Titel: „Wenn ich das vorher gewusst hätte – Schwangerschaft als Entscheidungsfalle“. Rund 180 Gäste folgten den Vorträgen zu Auswirkungen von PID und Blut-Präna-Test auf Entscheidungen in der Schwangerschaft, zur Rolle des Arztes im Entscheidungsprozess und zu den gesellschaftlichen Erwartungen und der Realität im Umgang mit behinderten Kindern.

In den anschließenden Workshops wurden diese Themen vertiefend und Konsequenzen für die ärztliche Beratung diskutiert. Im Workshop zur Rolle des Arztes im Entscheidungsprozess machte Frau Prof. Dr. med. Evelin Schröck, Direktorin Institut für Klinische Genetik an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden, deutlich, dass Ärzte gesetzlich verpflichtet sind, Schwangere umfassend über die diagnosti-

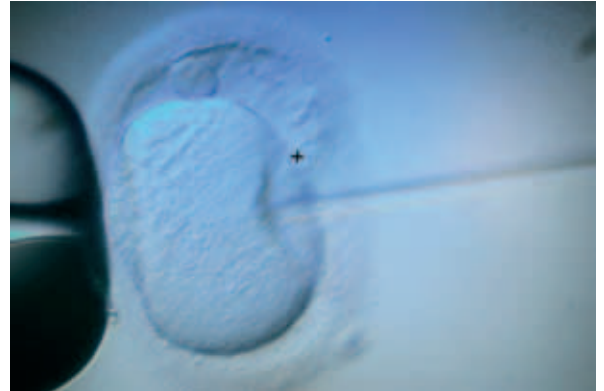
zu treffen. Dies kann nur zum Teil durch Führungsseminare oder sonstige Coachingmaßnahmen modifiziert werden, entscheidend ist jedoch, die entsprechende Person muss es wollen. Auch für die ärztliche Leiterin heißt dies, sie kann nicht zu jeder Zeit im Klinikalltag „Everybody's Darling“ sein, sondern sie

schen Möglichkeiten aufzuklären. Dies gilt für das Schwangerschaftsgesetz genauso wie für das Gendiagnostikgesetz. Es kommt deshalb nicht darauf an, ob bei der Schwangeren Anzeichen für ein bestimmtes diagnostisches Verfahren vorliegen, sondern vielmehr darauf, dass die Schwangere umfassend aufgeklärt wurde. Dr. phil. Nils B. Heyen, Soziologe am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung Karlsruhe, vertrat eine andere Position. Für ihn ist eine gute professionelle Beratung dadurch gekennzeichnet, dass die Schwangere ein konkretes Beratungsanliegen äußert, auf welches der Arzt beratend eingeht. In der Diskussion mit den Teilnehmern des Workshops wurde aber deutlich, dass Schwangere vom Arzt vor allem wissen möchten, „ob alles in Ordnung ist“, ohne genau zu wissen, was sie damit meinen. Frau Prof. Schröck vertritt deshalb in ihrer Beratung die Kompetenzperspektive. Sie stellt ihren Patienten so viele Informationen zur Verfügung, wie diese für eine kompetente Entscheidung für oder gegen ein diagnostisches Verfahren benötigen. In der weiteren Diskussion kristallisierte sich heraus, dass die soziale Kompetenz des Arztes eine wesentliche Rolle für den Entscheidungsprozess spielt. Der Arzt trägt die Verantwortung für die Aufklärung. Und die Art und Weise der Aufklärung beeinflusst die Entscheidungsfähigkeit einer Schwangeren erheblich. Jede Augenbewegung, jeder Mundwinkel oder jedes unbedachte Wort kann bei hochsensiblen schwangeren Frauen eine Panikreaktion auslösen. Frau Prof. Schröck begrüßt deshalb ausdrücklich die fakultativen psychosozialen oder psychologischen Vorlesungen für Medizin-

muss die Führungsposition mit allen positiven und negativen Aspekten ausfüllen wollen.

Wir danken den Ärztinnen für die Interviews.

Knut Köhler M.A.,
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Kandzia M.A.



Eizellbefruchtung

studenten. Dies hätte es früher nicht gegeben, sodass ein Arzt sich seine sozialen Kompetenzen erst durch viel Erfahrung aneignen musste. Zudem waren sich die anwesenden Ärzte darin einig, dass berufsbegleitende Fortbildungskurse wie Balintgruppen oder Psychosomatik unabdingbar für die ärztliche Tätigkeit seien.

Die Teilnehmer der Tagung plädierten zudem für eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Hebammen und Schwangerschaftsberatungsstellen, um eine psychosoziale Betreuung auch außerhalb von Arztpraxen in einer nichtmedizinischen Umgebung zu ermöglichen. Leider sei dies noch nicht einmal bei allen Frauenärzten eine Normalität. In Sachsen gibt es ein breit angelegtes Netzwerk von Schwangerschaftsberatungsstellen, das auch umfassend zur Pränataldiagnostik berät. Informationen zu den Beratungsstellen findet man im Internet.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fortbildungscurriculum zum rationalen Antibiotika-Einsatz

14. – 15. Juni 2013 in Dresden

Im August 2010 fand die Auftaktveranstaltung zur Gründung des MRE (multi-resistente Erreger)-Netzwerkes in Sachsen statt, das durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) koordiniert wird. Neben regionalen Netzwerken, die von den Gesundheitsämtern organisiert werden, haben sich in diesem Kontext am SMS auch die „Landesarbeitsgemeinschaft Multi-resistente Erreger“ mit Vertretern der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen (wie Sächsische Landesärztekammer (SLÄK), Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), Krankenhausgesellschaft Sachsen, Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Krankenkassen et cetera) sowie die beiden Arbeitsgruppen „AG Hygienemaßnahmen/Kommunikation“ und „AG Surveillance und Antibiotika-Strategie“ gebildet. Oberstes Anliegen der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie ist die Beförderung eines rationalen Antibiotika-Einsatzes, was sich in der Folge positiv auf die Resistenz-Situation der Erreger auswirken wird. Als langfristige Zielsetzungen für den Freistaat Sachsen wurden in diesem Zusammenhang definiert: Erhebung möglichst flächendeckender Daten zum Auftreten von Resistenzen bei Erregern im ambulanten und stationären Bereich, die Bereitstellung dieser Daten für Ärzte als Entscheidungshilfe für die Antibiotika-Therapie, Erhebung von und Information über Daten zum Antibiotika-Verbrauch in medizinischen Einrichtungen, die Gegenüberstellung von Antibiotika-Verbrauchs- und Resistenzdaten sowie Vermittlung von Strategien für eine rationale Antibiotika-Anwendung.

An der Umsetzung oben genannter Zielstellungen wird derzeit gearbeitet. So wurde von der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie ein „**Fortbildungscurriculum zum rationalen Einsatz von Antibiotika**“ initiiert. Dieses Curriculum wird in Kooperation mit der SLÄK, in deren Händen die Organisation liegt, und der KVS durchgeführt. Es findet am **14. Juni 2013** (nachmittags) sowie am **15. Juni 2013** (ganztags) statt.

Anmeldung bei der SLÄK:
Referat Fortbildung,
Tel.: 0351 8267327
Fax: 0351 8267322
E-Mail: fortbildungskurse@slaek.de.

Insbesondere niedergelassene Ärzte sollen angesprochen werden, da die Antibiotika-Verordnungsdichte im ambulanten Bereich ca. 85 Prozent des Gesamtordnungsvolumens ausmacht (Kern, W. und Nink, K., 2011).

In der Fortbildungsveranstaltung werden folgende Themen behandelt:

Mikrobiologische Diagnostik als Basis der Antibiotika-Therapie

- Grundlagen der Infektionsdiagnostik, Materialentnahme und -versand,
- Schnellteste in der Praxis,
- Interpretation von Antibiogrammen.

Antibiotika – Grundlagen

- Die wichtigsten Antibiotika: Wirkungsspektrum, antibakterieller Wirkungsmechanismus, Resistenz, Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, unerwünschte Wirkungen, Interaktionen mit anderen Medikamenten und Nahrungsmitteln, Besonderheiten der Anwendung bei bestimmten Patientengruppen (Kinder, ältere Menschen, Schwangere, Stillende, Patienten mit eingeschränkter Nieren- bzw. Leberfunktion),

- Grundregeln des Antibiotika-Einsatzes,
- Einflussfaktoren auf die Antibiotika-Verordnung.

Therapie der Infektionen wichtiger Organsysteme (einschließlich klinischer Fallbeispiele)

- Respirationstrakt (Otitis media, Otitis externa, Rhinosinusitis, Tonsillopharyngitis, Bronchitis, Pneumonie),
- Augen (Konjunktivitis und andere Augen-Infektionen),
- Urogenitaltrakt (Pyelonephritis, Zystitis, Urethritis, Prostatitis, Reinfektionsprophylaxe, sexuell übertragene Erkrankungen),
- Gastrointestinaltrakt (Campylobacter-, Salmonellen-, Shigellen-, EHEC-, Yersinien-, Clostridium difficile-, Helicobacter pylori- und andere bakterielle Infektionen),
- Haut, Weichgewebe (Impetigo, Erysipel, Phlegmone, Follikulitis, Furunkel, posttraumatische Infektionen (Bissverletzungen, Piercing und andere)).

Infektionen bei bestimmten Patientengruppen (einschließlich klinischer Fallbeispiele): Patienten vor/nach Auslandsreisen; Patienten mit Infektionen durch Tierkontakte, Implantat-Infektionen.

Multi-resistente Erreger in der ambulanten Versorgung (einschließlich klinischer Fallbeispiele): Diagnostik, Therapie, Beratung von Patienten und Angehörigen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Ingrid Ehrhard
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen
Abteilung Medizinische Mikrobiologie
Jägerstraße 10
01099 Dresden
E-Mail: ingrid.ehrhard@lua.sms.sachsen.de
Für die AG Surveillance und Antibiotika-Strategie des MRE-Netzwerkes Sachsen am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2011

Viszeralchirurgie: Cholezystektomie (Modul 12/1)

Vorwort

Auch im Jahre 2011 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

Dokumentationspflichtig waren wiederum alle Cholezystektomien mit und ohne Gallengangrevision, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt wurden. Simultane Cholezystektomien im Rahmen eines anderen Eingriffes (zum Beispiel: Kausch-Whipple-Operation oder Gastrektomie) waren nicht zu erfassen. Hierfür gibt es andere OPS-Nummern, die den QS-Filter nicht auslösen, eine exakte Dokumentation ist also schon im Operationssaal erforderlich.

Vom AQUA-Institut wurden im Modul 12/1 nur noch fünf der bisher bekannten sieben Qualitätsindikatoren vorgegeben. Der Qualitätsindikator „Postoperative Wundinfektion“ wurde bereits 2009 nicht mehr ausgewertet. Als Grund hierfür wurden die immer kürzeren stationären Verweildauern genannt, welche eine exakte Abbildung der Infektionsra-

ten nicht mehr gewährleisten. Die Datenfelder für Wundinfektion und Kontaminationsgrad sind in den Erfassungsbögen nicht mehr vorhanden. Da jedoch das AQUA-Institut besonders im Hinblick auf eine sektorübergreifende Qualitätssicherung den Versorgungsauftrag erhalten hat – und damit sollten Wiederaufnahmen auf Grund einer Wundheilungsstörung und auch die ambulante Weiterbehandlung des Patienten nicht verlorengehen – ist dieses Argument für uns nicht unbedingt nachzuvollziehen.

Weiterhin wurden die Qualitätsmerkmale „Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase“ und „Erhebung eines histologischen Befundes“ nicht mehr ausgewertet. Der Strukturierte Dialog der vergangenen Jahre hatte gezeigt, dass beide Indikatoren bundesweit zu 100 Prozent erfüllt werden. Eine weitere Fortführung dieser Indikatoren ist auch unserer Meinung nach überflüssig.

Erstmals waren 2010 zusätzlich auch Indikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität aufgenommen wurden. Diese wurden im Jahr 2011 zumindest teilweise ausgewertet.

Bei der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Kliniken (in anonymisierter Form) wurden diejenigen Abteilungen herausgefiltert, deren Ergebnisse außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese Kliniken wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines Strukturierten Dialogs gebeten. Der Strukturierte Dialog ist nunmehr

abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vollständig vor, sodass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

Basisauswertung

Im Jahre 2011 wurden von 61 teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt 8.196 Cholezystektomien (Vorjahr: 8.319) im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst. Die Anzahl der durchgeführten Gallenblasenentfernungen ist damit in den letzten zehn Jahren keinesfalls angestiegen, sondern sogar gesunken (Tabelle 1). In 27,1 Prozent wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 25,7 Prozent). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstiegs an akuten Behandlungsfällen erneut fortgesetzt.

Die Zahl der laparoskopisch beendeten Eingriffe lag mit 85,5 Prozent erneut auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung (Vorjahr 85,4 Prozent), die Umsteigerate ist mit 5,4 Prozent nahezu identisch mit dem Vorjahr (Tab. 1). Die Operationsmethode NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery) wurde im Vorjahr in 207 Fällen dokumentiert und spielte bereits damals mit 2,5 Prozent eine untergeordnete Rolle. 2011 wurden lediglich 60 Patienten (0,7 Prozent) sachsenweit mit dieser Methode versorgt. 52,0 Prozent aller operierten Patienten waren 60 Jahre und älter (Tab. 1). Der Altersmedian blieb mit 60 Jahren konstant.

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamtzahl	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681	8.596	8.284	8.472	8.319	8.196
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9	83,6	82,1	84,7	85,4	85,5
konventionell	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6	9,9	11,5	10,2	9,5	9,1
laparoskop. begonnen, konventionell beendet	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,0	5,1	5,1	5,4
Alter > 60 Jahre	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9	51,3	52,3	51,9	52,1	52,0
Thromboseprophylaxe	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3	99,2	99,2	99,2	99,3	99,2
histologische Untersuchung	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3	99,2	99,2	99,4	99,3	n.e.
Letalität	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,6	1,3!	0,9	1,0	1,0

n.e.: nicht erfasst

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,2 Prozent der Patienten durchgeführt, dieser Wert hat sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert. Im Jahr 2010 wurde in 99,3 Prozent eine histologische Untersuchung des Operationspräparates dokumentiert, dieser Indikator wurde 2011 wie oben erwähnt nicht mehr erfasst.

Die Gesamtleitfähigkeit (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) war mit 1,0 Prozent identisch zum Vorjahr (Tab. 1). Diesbezüglich wird im entsprechenden Qualitätsindikator noch Stellung genommen.

Tab. 1 zeigt zunächst die Daten von ausgewählten Parametern der letzten zehn Jahre im Verlauf. Im Jahr 2003 waren nicht alle Datensätze auswertbar, man kann jedoch davon ausgehen, dass bis zum Jahr 2005 in Sachsen jährlich etwa 9.000 Cholezystektomien durchgeführt wurden. Seit 2006 ist ein Rückgang an Gallenblasenentfernungen bis auf den Tiefstand von 2011 zu beobachten. Da die fünf noch ausgewerteten Qualitätsindikatoren in ihren Referenzbereichen in den letzten Jahren nahezu unverändert beibehalten wurden, können die Ergebnisse gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation.

Referenzbereich: ≤ 5 Prozent.

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das wurde in 1,7 Pro-

zent der Fälle so dokumentiert. Damit lag Sachsen deutlich unter dem vom AQUA-Institut vorgegebenen Referenzbereich von $\leq 5,0$ Prozent. Bei einer Schwankungsbreite von 0,0 – 5,4 Prozent lagen drei Kliniken außerhalb des Referenzbereichs. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs handelte es sich häufig um ein Dokumentationsproblem. Aber auch die Entlassungsdiagnose Gallenblasenpolyp scheint den QS-Filter auszulösen, zwei der betroffenen Kliniken wurden dadurch erst auffällig. Die Indikation zur Entfernung der Gallenblase ist ab einer Polypgröße von 6 mm auch ohne Konkremente oder Symptome gegeben. Die Indikation zur Cholezystektomie wird im Freistaat Sachsen somit leitliniengerecht gestellt.

Qualitätsmerkmal: eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren.

Referenzbereich: 95 Prozent-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund ($\leq 6,0$ Prozent) bei laparoskopisch begonnenen Operationen.

Vom AQUA-Institut wurde wie auch für das Jahr 2010 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich festgelegt (siehe oben). Hier liegt Sachsen mit 2,9 Prozent (Vorjahr 3,0 Prozent) nahezu identisch mit dem Vorjahr und damit noch deutlich unter diesem Wert, der Anstieg an dokumentierten Komplikationen zwischen 2008 und 2009 hat sich damit aber bestätigt (Tab. 2). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 ist mit 0,0 – 18,6 Prozent erheblich.

Das Feld „sonstige Komplikation“ gibt es seit 2004 im Erfassungsbogen und macht weiterhin circa 50 Prozent der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Die Auswertung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass hier häufig ein Dokumentationsfehler vorlag und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend.

Fünf Kliniken lagen außerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs und wurden im Strukturierten Dialog angeschrieben. Bei der Klinik mit 18,6 Prozent lag ein eindeutiges Dokumentationsproblem vor, eine entsprechende Schulung wurde durchgeführt. Die anderen vier Kliniken lagen nur knapp oberhalb des Referenzbereichs. Neben Fehldokumentationen lagen auch echte Komplikationen, vor allem Nachblutungen, Zystikusstumpfsuffizienzen, intraabdominelle Abszesse und Biliome vor. Ein Behandlungsfehler konnte bei keiner Klinik festgestellt werden. Alle diese Kliniken wurden letztendlich als unauffällig eingestuft. Als besonders schwerwiegende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 14 Patienten (0,2 Prozent) diese Komplikation dokumentiert. Im Vorjahr wurden 13 Verletzungen des Hauptgallenganges gemeldet (ebenfalls 0,2 Prozent). In zwei Fällen handelte es sich jedoch um eine Fehldokumentation, sodass nur elf echte DHC-Verletzungen verblieben. Somit ist ein leichter Anstieg dieser schweren Komplikation zu verzeichnen.

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Komplikationen gesamt	2,8	3,8	3,6	2,3	3,0	2,9	7,3	10,5	10,5
Blutung	1,1	1,4	1,3	1,0	1,2	1,1	2,2	3,6	3,5
periphere Gallengangsverletzung	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,6	1,3	1,2
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,4	0,4
sonstige	1,4	2,1	2,0	1,1	1,6	1,5	4,7	6,7	7,2

Tabelle 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			Laparoskopisch		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	3,0	4,0	4,1	13,1	15,2	21,6	1,9	2,7
Pneumonie	0,6	0,7	0,7	3,7	3,3	4,6	0,3	0,4	0,3
kardiovaskuläre Komplikationen	1,1	1,1	1,3	5,7	4,5	7,1	0,6	0,8	0,7
tiefe Bein-/Becken-venenthrombose	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0
Harnwegsinfekt	0,2	0,3	0,3	0,7	1,3	1,5	0,2	0,2	0,2
sonstige	1,6	2,6	2,8	6,6	10,5	14,9	1,0	1,8	1,6

Auch dieses Jahr wurden alle Fälle im Strukturierten Dialog unter Hinzunahme der anonymisierten Operationsberichte und Epikrisen ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler oder ein fahrlässiges Verhalten konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden.

Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikationen

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen
Referenzbereich: jeweils das 95 Prozent-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist Tab. 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr sind in allen Gruppen die Werte an dokumentierten Komplikationen nahezu identisch. Die vorgegebenen Referenzbereiche wurden in allen drei Gruppen deutlich unterboten. (Referenzbereiche: Gruppe 1 = alle Patienten: 7,8 Prozent, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 5,7 Prozent, und Gruppe 3 = offene Operationen: 32,0 Prozent). Somit ist diesbezüglich in Sachsen eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist weiterhin eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken vorhanden. In der Gruppe 1 wurden fünf Kliniken, in der Gruppe 2 vier Kliniken und in der Gruppe 3 drei Kliniken im Rahmen des Strukturierten Dialogs um eine Stellungnahme gebeten. In Auswertung der Antwortschreiben zeigte sich, dass in

dem Feld „sonstige“ häufig Fehltragungen vorgenommen wurden, zum Beispiel Doppeltrennung einer Nachblutung sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Auch die Wundinfektionen, welche ja seit 2010 nicht mehr direkt abgefragt werden, wurden wie im Vorjahr häufig in dieses Feld eingetragen und könnten durchaus Ursache für den Anstieg der „Allgemeinen postoperativen Komplikationen“ zwischen 2009 und 2010 sein. Wie auch bei dem Qualitätsmerkmal „eingriffsspezifische Komplikationen“ wurden über 50 Prozent aller Komplikationen unter „sonstiges“ dokumentiert.

Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate.
Referenzbereich: 95 Prozent-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund ($\leq 2,65$ Prozent).
Eine Reintervention ist ein erneuter operativer oder interventioneller Eingriff nach einer Operation wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen.
Bis 2010 gab es einen Referenzbereich von $\leq 1,5$ Prozent, bezogen auf alle laparoskopisch operierten

Patienten der Risikoklasse ASA 1 – 3 ohne akute Entzündung. Somit wurden nur elektive Operationen bei Patienten mit geringem Risiko betrachtet. In Sachsen liegt die Reinterventionsrate diesbezüglich bei 1,0 Prozent (Tab. 4). Für diese Gruppe wurde im Jahr 2011 jedoch kein Referenzbereich mehr festgelegt. Neu ist dafür der Qualitätsindikator: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Reinterventionen“. Bei einer Schwankungsbreite von 0 – 2,98 Prozent lagen drei Kliniken knapp oberhalb des Referenzbereiches. Diese wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben. Als Ursachen für eine Reintervention kamen Nachblutungen sowie ein Cholangios, häufig aber auch operative Wundrevisionen bei Wundheilungsstörungen in Betracht. Keine Klinik wurde als qualitativ auffällig eingestuft.

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität.
Referenzbereich: Sentinel Event (siehe Text).
Die Gesamtletalität in Sachsen war mit 1,0 Prozent identisch mit dem Vorjahr. Der Höchstwert von 2008 mit 1,3 Prozent ist damit aber nicht erreicht (Tab. 1 u. 5). Auch bundesweit war damals die Letalität im gleichen Ausmaß gestiegen. Für diesen

Tabelle 4: Reinterventionen (in Prozent)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
alle Fälle	2,6	2,8	2,2	2,4	1,9	2,6	2,4
offen-chirurgische Operation	6,6	8,6	7,1	7,0	6,6	9,0	8,6
laparoskopische Operation	2,0	1,3	1,1	1,2	0,9	1,2	1,0

Qualitätsindikator wurde deshalb im Jahr 2008 ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Im Rahmen der Einzelfallanalysen konnte gezeigt werden, dass neue Operationsmethoden wie NOTES oder NOS (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) bundesweit nicht zur Erhöhung der Letalitätsrate beitrugen. Auffällig war und ist die deutliche Zunahme des Anteils von schwerkranken Patienten (ASA 4 und 5), hier ist auch die Letalität entsprechend hoch. Möglicherweise wurden diese Patienten früher konservativ behandelt und gingen vorher nicht in die Qualitätssicherung ein. Vom AQUA-Institut wurde die „Sentinel-Event“-Überprüfung bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 bis 3 nicht mehr gefordert. Dafür wurde ein neuer Indikator: „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ eingeführt. Für dieses Qualitätsmerkmal wird nicht nur die ASA-Klassifikation verwandt, es gehen auch Alter, akute Entzündung, Operationsmethode und weitere Faktoren in die Berechnung ein. Für diesen Indikator wurde ein „Sentinel Event“ gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden.

Erstmals wurden 2010 vom AQUA-Institut Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Datenvalidität eingeführt. Von ehemals acht dieser Indikatoren wurden 2011 noch die folgenden drei in der Auswertung berücksichtigt:

AK3 – keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Referenzbereich: < 100 Prozent
 Auffällig sind Kliniken ohne jegliche Komplikation. Die Auswertung erfolgt für Krankenhäuser mit mindestens 150 Fällen.
 Nur eine Klinik musste angeschrieben werden, welche ihre korrekte Dokumentation bestätigte und damit als unauffällig eingestuft werden konnte.

AK6 – keine Reinterventionen

Referenzbereich: < 100 Prozent
 Zu diesem Qualitätsindikator gehören Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation. Auffällig sind Kliniken ohne jede Reintervention. Es wurden ebenfalls nur Krankenhäuser mit einer Fallzahl von mindestens 150 betrachtet.
 Da die Ergebnisse aller Kliniken innerhalb des Referenzbereiches lagen, wurde kein Strukturierter Dialog durchgeführt.

AKV1 – Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Referenzbereich: >= 95 Prozent
 Eine Klinik lag außerhalb des Referenzbereiches. Es wurden Software-Probleme als Ursache für die Unterdokumentation angegeben, welche inzwischen gelöst worden seien.
 Durch die Änderung der Richtlinie zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses wird dieser Indikator ab 2012 entfallen, da ab diesem Erfassungsjahr die Dokumentationsrate pro Leistungsbereich berechnet wird.

Damit wird bei einer Dokumentationsrate pro Leistungsbereich von unter 95 Prozent für jeden nicht dokumentierten Datensatz bereits ein Abschlag in Höhe von 150,00 Euro festgelegt. Somit ist eine doppelte Abfrage über die externe Qualitätssicherung nicht mehr erforderlich.

Nach Auswertung dieser drei Indikatoren ist die Datenvalidität in Sachen gewährleistet.

Die Fachgruppe bedankt sich recht herzlich für die hohe Auskunftsbereitschaft der beteiligten Kliniken und die sachlich geführte Diskussion mit der Qualitätssicherungsgruppe.

Ausblick

Die Fachgruppe Chirurgie kann feststellen, dass eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen. Dies wird auf Landesebene in den bekannten Modulen auch 2013 fortgesetzt. Bundesweit wurde der Auftrag zur Qualitätssicherung seit Januar 2010 dem AQUA-Institut übergeben. Ziel war und bleibt eine sektorübergreifende Qualitätssicherung. Neue Module beziehungsweise die Änderung der bisherigen Erfassungsbögen sind bislang ausgeblieben. Unsererseits wäre in diesem Zusammenhang die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten.

Dr. med. Henry Jungnickel
 Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie der
 Sächsischen Landesärztekammer

Tabelle 5: Letalität

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
alle Fälle	0,7	0,6	1,3	0,9	1,0	1,0
offen-chirurgische Operation	5,3	4,3	8,8	7,4	6,7	8,0
laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3
ASA 1-3	0,4	0,4	0,8	0,5	0,6	0,5
ASA 4/5	17,9	20,0	27,2	28,8	28,3	28,8

Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Sachsen

Ärzte werden von Suchterkrankungen nicht verschont, und keine Erkrankungsgruppe, keine Abhängigkeitsvariante bleibt ausgeschlossen. Im Vergleich zur Bevölkerung bilden sich in verschiedenen Untersuchungen sowohl höhere als auch niedrigere Morbiditätsquoten für Ärzte ab. Man kann wohl von 1,5 bis 2 Prozent Abhängigen und zusammengefasst 5 Prozent Abhängigen und Missbräuchlern unter der Ärzteschaft ausgehen. Substanzbezogen präferiert Alkoholabhängigkeit deutlich, die Bundesärztekammer beschrieb zweitplatziert im Oktober 2012 aber in 25 Prozent der Fälle die Abhängigkeit von Medikamenten. Berichtet wurden Fälle von Propofolabhängigkeit, auch mit Todesfolge. In Sachsen hatten wir zuletzt eine Zunahme von Fentanylabhängigkeit erfasst. Insgesamt wurde die Kammer in den letzten beiden Jahren verstärkt von erkrankten Kollegen angesprochen oder von dritter Seite über Missbrauch, Abhängigkeitsverdacht, belegte Abhängigkeit oder justiziable Konsequenzen von Missbrauch und Abhängigkeit informiert. Für Selbstmelder hat die Kammer schon vor Jahren drei Kontaktpersonen benannt. Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach (Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung), Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser (Leiterin Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung) und Herr Dr. med. Frank Härtel (Suchtbeauftragter, Vorsitzender der Kommission „Sucht und Drogen“) stehen für telefonische Erstkontakte mit der Kammer zur Verfügung. Frau Kaiser ist berufstätig in der Kammer unter Tel.-Nr. 0351 8267-380 zu erreichen. Anonyme Kontaktaufnahme ist zwar möglich, begrenzt aber die Hilfemöglichkeiten der Kammer auf Informationsvermittlung, gleich ob Betroffene, Angehörige oder Vorgesetzte diesen Weg suchen. Die Rechtsabteilung der Kammer (Dr. jur. Alexander Gruner oder Ass. jur.

Michael Kratz), der Ausschuss Berufsrecht (Dr. med. Andreas Prokop) oder die Kommission „Sucht und Drogen“ (Dr. med. Frank Härtel) werden eher von dritter Seite als von abhängigen Kollegen kontaktiert und nehmen sich dann gemeinsam der Klärung des jeweiligen Vorganges an. Sie bilden die Beratungskommission Sucht (BKS), die für die Unterstützung der suchtkranken Kollegen und die Abstimmung der nötigen Maßnahmen zuständig ist und direkten Kontakt zu den Betroffenen sucht. Es wird regelhaft ein persönlicher Gesprächskontakt zwischen dem betroffenen ärztlichen Kollegen und der BKS in der Kammer vereinbart für die Klärung der Problematik und die individuelle Festlegung des weiteren Vorgehens. Eine spätere Wiederholung des Gesprächstermins kann zweckmäßig sein nach diagnostischer Klärung und gewonnener Krankheitseinsicht. Ziele der Interventionen für die erkrankten Ärzte durch die BKS sind die Erhaltung der Berufsfähigkeit, der Vorrang von Diagnostik und Therapie gegenüber Sanktionen, die Erwartung eigenaktiven Bemühens betroffener Kollegen und persönliche kontinuierliche Mitarbeit zur Bewältigung der Suchtproblematik. *Conditio sine qua non* ist Abstinenz für abhängigkeitserkrankte Ärzte zum Erhalt der Berufsfähigkeit. Nachsorge gehört stets mit individuell vereinbarten Auflagen über eine Zeitspanne von mindestens zwei Jahren verpflichtend dazu. Um getroffene Vereinbarungen und Festlegungen in Therapie und Nachsorge kontrollieren zu können, ist eine Entbindung der Behandler erkrankter Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber der BKS erforderlich. Durch diese Transparenz wird die Einbeziehung anderer Behörden wie zum Beispiel der approbationsrechtlich zuständigen Landesdirektion bei günstigem Verlauf entbehrlich. Nach § 3 Abs. 3 Satz 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) können juristische Maßnahmen in gewissem Umfang gestundet werden. Somit tritt für erkrankte Kollegen bei kooperativer Mitarbeit an ihrer Behandlung kein Nachteil auch nach Selbstmeldung

ein. Es wird aber vorsorglich darauf hingewiesen, dass strafrechtliche Vorgänge gegenüber berufsrechtlichen Vorrang haben. Eigeninitiative Mitarbeit Betroffener, die Erkrankung zu überwinden und mit der BKS zusammenzuarbeiten wird aber auch dann prognoserelevant positiv beachtet.

Der Ablauf der Interventionen gestaltet sich folgendermaßen: Sucht ein Kollege selbst den Kontakt zur Kammer, wird er von der gewählten Kontaktperson erste Anregungen zum weiteren Vorgehen erhalten. Diese kann er selbst umsetzen. Überwiegend wird aber der Kontakt zur BKS hergestellt, ein persönliches Gespräch vereinbart und in der Kammer stattfinden. Auch nach Informationen durch Dritte wird die BKS den persönlichen Kontakt herstellen. Eine Kollegen in Praxen oder Krankenhäusern aufsuchende Vorgehensweise der BKS ist nicht beabsichtigt. In dem Gespräch werden dann bei Abhängigkeitsverdacht die weiteren Interventionen in Diagnostik und Therapie fixiert. Sowohl für ambulante Behandlung, für stationäre Diagnostik, Therapie und Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) hat die BKS präferierte Praxen und Einrichtungen, die empfohlen werden können. Behandler und Einrichtungen auszuwählen, sieht die BKS als eigenen Entscheidungsspielraum betroffener Kollegen. Wir wollen aber hier die stationären Einrichtungen benennen, mit denen bereits langjährig positive Erfahrungen in der Betreuung suchtkranker Kollegen bestehen. Für den Regierungsbezirk Leipzig ist das die Suchtabteilung des SKH Alt-Scherbitz, für den Chemnitzer Regierungsbezirk die Suchtabteilung des Asklepios Fachklinikums Wiesen und für den Dresdener Regierungsbezirk die Suchtabteilung des SKH Arnsdorf. Die erkrankten Kollegen sind nicht an die wohnortnahe Klinik ihres Regierungsbezirkes gebunden. Für Entwöhnungsbehandlungen stehen die sächsischen Rehakliniken oder die Oberbergkliniken mit ihren auf Ärzte spezialisierten Konzepten zur Auswahl. Andere Einrichtungen aufzusuchen, ist die stets mögliche individuelle Entscheidung der betrof-

fenen Kollegen. Die Notwendigkeit einer stationären Therapie wird durch die Wahl des Behandlungsortes nicht relativiert. Auch für die Nachsorge bestehen Wahlmöglichkeiten zwischen niedergelassenen Kollegen und zum Beispiel den psychiatrischen Institutsambulanzen der drei genannten Kliniken. Ein zweijähriger Nachsorgemindestzeitraum mit Psychotherapie, Selbsthilfegruppenbesuch und mit klinischen wie Laborkontrollen ist jedoch notwendig. Zur Finanzierung gibt es die Festlegung, dass indizierte Entwöhnungsbehandlungen auch von der Sächsischen Ärzteversorgung liquidiert werden. Der Klärung auch dieser Frage dient das Gespräch zwischen

BKS und betroffenen ärztlichem Kollegen. Tritt ein Rückfall mit erneutem Substanzkonsum im Verlauf ein, empfiehlt sich der umgehende, am besten eigenaktiv hergestellte Kontakt zum Behandler. Dieser wird dann die Behandlung entsprechend akzentuieren und die BKS vereinbarungsgemäß informieren. Letztere wird dann erneut tätig.

Ein Problem sind anonyme Mitteilungen Dritter. Sie erlauben keine gezielte Reaktion der Kammer. Wir bitten deshalb in jedem Fall klare Angaben zur Verfügung zu stellen. Die Kammer und die BKS werden ja tätig für den Schutz von Patienten und Kollegen. Bei den häufig unqualifizierten Vorwürfen gegen die Ärz-

teschaft in der veröffentlichten Meinung brauchen wir Ärzte keine weiteren Problemfelder zum Schaden unseres Berufsstandes.

Kommt keine Vereinbarung zwischen BKS und erkranktem Kollegen zustande, werden berufsrechtliche und gegebenenfalls andere juristische Maßnahmen unumgänglich.

Die bisherigen Erfahrungen der letzten Jahre stimmen die BKS jedoch optimistisch. Weit überwiegend waren positive Verläufe zu verzeichnen, die Berufsfähigkeit blieb, mit besserer Lebensqualität verknüpft, erhalten.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

STEX in der Tasche – wie weiter?

„Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen“

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu zwei

Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte

am 6. Mai 2013 ab 10.15 Uhr
in das Carl-Ludwig-Institut
der Universität Leipzig,
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig
sowie

am 6. Juni 2013 ab 12.00 Uhr
in das Medizinisch-Theoretische
Zentrum der Technischen
Universität Dresden,
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.

Nach einem Einführungsvortrag im Hörsaal zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung und einer anschließenden Podiumsdiskussion zum Thema Weiterbildung mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, von Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung informieren und beraten Sie an ihren Ständen im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen Sachsens und der Sächsischen Apotheker- und Ärztekammer:

zu Weiterbildung, Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- Öffentlichen Gesundheitsdienst,

zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Weiterbildung und Karrierechancen im Krankenhaus,

- Weiterbildung im ambulanten Bereich,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltungen ist gesorgt.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei. Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen unter Arzt-in-Sachsen@slaek.de gerne zur Verfügung.

Die Einladungsflyer können Sie sich etwa vier Wochen vor der jeweiligen Veranstaltung von der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de herunterladen.

Dr. med. Birgit Gäbler
Komm. Ärztliche Geschäftsführerin

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 3. Juni 2013, 9.00 bis 11.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Teilnehmer an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die

Anmeldung zur Zwischenprüfung muss bis zum 30. April 2013 erfolgen.

Auszubildende und Umschüler sind aufgefordert, das Ausbildungsnachweisheft am Tag der Zwischenprüfung bei der Aufsichtsführung zur Sichtung durch die Sächsische Landesärztekammer einzureichen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der

Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171/173 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Fortbildungsangebote

Einladung zu neuen Fortbildungsangeboten im ersten Halbjahr 2013 der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Unsere Akademie hat sich entschlossen, anstelle des interdisziplinären Fortbildungssemesters, bisher jeweils mittwochs, in diesem Jahr Sonnabendveranstaltungen zu wichtigen Themen der ärztlichen Versorgung anzubieten. Dadurch soll – hoffentlich vielen Interessierten – die Möglichkeit gegeben werden, die fachübergreifenden Themen in sowohl zeitlich als auch inhaltlich konzentrierter Form zu erörtern.

Bisher stehen folgende Veranstaltungen fest:

13. April 2013, 09.30 – 13.30 Uhr
„Screening und Prophylaxe – zwischen Augenmaß und Überfluss“, wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Julia-Felicitas Neidel und Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong.

01. Juni 2013, 09.30 – 13.30 Uhr

„Suchtrisiken und Suchterkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und im Alter“, wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Frank Härtel.

14. – 15. Juni 2013, (14.00 – 18.00 Uhr und 09.00 – 17.15 Uhr)

„Curriculum zum rationalen Antibiotikaeinsatz“, Kooperationsveranstaltung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der AG Surveillance und Antibiotika-Strategie des MRE Netzwerkes im Freistaat Sachsen. wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Ingrid Ehrhard.

Bitte beachten Sie, dass bei jeder Veranstaltung eine Anmeldung erbeten wird. Einzelheiten der Programme bitten wir, der Fortbildungsbeilage des „Ärzteblatt Sachsen“ oder von unserer Homepage unter www.slaek.de zu entnehmen. Gern steht Ihnen unser Referat Fortbildung für Fragen zur Verfügung.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch in diesem Jahr soll es wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Promotionsbüro
Frau Manuela Hirche
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
E-Mail: manuela.hirche@charite.de

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

Facharzt für Innere Medizin/SP Nephrologie/Dialysepraxis
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 13/C018
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2013

Facharzt für Innere Medizin/SP Nephrologie/Dialysepraxis
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 13/C019
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2013

Annaberg

Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 13/C020
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2013

Praktischer Arzt
Reg.-Nr. 13/C021

Mittweida

Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 13/C022
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2013

Zwickauer Land

Psychologischer Psychotherapeut/Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie
Reg.-Nr. 13/C023

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 13/C024

Freiberg

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 13/C025

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.05.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 13/D018
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2013

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.05.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: IV. Quartal/2013

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Januar 2014

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: ab Januar 2014

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Anstellung in einem MVZ ab sofort möglich

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2013

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
geplante Praxisabgabe: 2014

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunschweigstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter **www.aerzteblatt-sachsen.de!**

Jetzt auch mobil unter **m.aebsax.de**



Notfallrettung oder Krankentransport

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2013

Sehr geehrte Damen und Herren, ich habe eine Nachfrage zur Thematik Ihres Artikels „Notfallrettung oder Krankentransport“ der Ausgabe 2/2013.

Oft kommt es im OND vor, dass spät abends oder nachts eine stationäre Einweisung notwendig wird, aber kein vital bedrohlicher Notfall vorliegt. Eigentlich würde als Transportmittel ein KTW ohne fachlich-medizinische Betreuung ausreichen, dieser ist aber bei uns nur bis zu einer bestimmten Uhrzeit verfügbar (ca. 16.00Uhr), sodass aufgrund dessen der RTW geschickt wird, um den Patienten liegend zur Einweisung ins KKH zu bringen.

Bis jetzt habe ich auch dann immer auf das Eintreffen gewartet, ohne eigentliche ärztliche Leistungen in diesem Zeitraum zu erbringen, aber was tun, wenn bereits der nächste Patient wartet? Muss ich auch hier warten, obwohl lediglich der Transport organisiert wurde?

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Kristin Hontzek, Dommitzsch
9. 2. 2013

Sehr geehrte Autoren des oben genannten Beitrags!

Ich denke, mit diesem Beitrag haben Sie zwar die Rechtslage ordentlich dargelegt, gehen aber an der Realität voll vorbei und demotivieren zusätzlich noch „willige“ Kollegen! Wie sieht es denn im Alltag aus? Die Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitsbereich beschäftigen sich mit sich selbst und haben es versäumt, Ärztenachwuchs in Deutschland den Job attraktiv zu machen. Immer größere KV-Dienstbereiche machen immer weitere Wege erforderlich (o.k. dafür weniger Dienst) – man muss schon sehen, dass man rumkommt, zumindest bis zum nächsten Morgen, wenn die Sprechstunde wieder beginnt. Nichts mit Ausruhen (BAT gilt ja bei uns nicht)!

Deshalb wird der Kollege wieder los gefahren sein (zumal ja kein echter

Notfall vorlag – sondern so wie es sich darstellt, eine nachgelagerte Sprechstunde mit Symptome und Beschwerden schon in der Tagespflege). So, weiter im Text: Die Rettungsassistenten (waren doch sicher die Beschwerdeführer) in ihrer unendlichen Weisheit haben auch ordentlich nach Recht und Gesetz gehandelt und den Kollegen angezinkt, aber eben auch nicht wirklich nachgedacht, denn es steht ja wohl jedem „Erwachsenenqualifiziertem“ frei, den Notarzt im Falle von Unsicherheit nachzufordern! Voraussetzung ist aber, ein Notarzt steht zur Verfügung – womit wir beim nächsten Elend wären: In vielen Notarztbereichen gibt es immer öfter gar keinen Notarzt, welcher Dienst macht, weil schlicht und ergreifend Notärzte auf dem Land fehlen. Als Beispiel schauen Sie sich bitte einmal den Dienstplan Kirchberg und Lichtenstein an, aber auch in Zwickau hat es zum Beispiel am 24. Dezember geklemmt.

Dieses Thema wird nach meinem Empfinden einfach ignoriert (unter dem Motto „wird schon nichts passieren“). Die Dummen sind die Bürger und irgendwann sogar ein Notarztkollege, der auch mal Hilfe braucht. Zudem kommt dann keiner, weil der Notarzt selbst krank ist und Notärzte fehlen. Danke allen in den Führungsgremien der Ärzteschaft für diese Fürsorge für uns Kollegen!

Aber nochmal zum Thema: Also wahrscheinlich war kein Notarzt da und somit hätte man den KV-Dienst ja auch nochmal kontaktieren können – oder !? Wenn ich hier im Zwickauer Land zu Nachtzeiten und am Wochenende einen KTW möchte, bekomme ich regelmäßig zu hören, dass keiner vorgehalten wird und ich möge doch einen RTW nehmen. Der kommt sofort (und bringt auch für den Betreiber des RTW mehr Geld ein). Sie sehen also: so einfach ist es nicht im Leben, und die Dinge so abstrakt zu betrachten, wie es die Autoren getan haben, ist schlicht und ergreifend falsch! Aber vielleicht kann ich eine Diskussion lostreten oder beitragen, die Organisation im Rettungsdienst zu überdenken und den Mangel an Notärzten auf dem

Land zu beheben (eventuell Alternativen zu den verkrusteten Notarzdindikationen – zu ehemals sicher recht guten NA-Ausbildungsanforderungen usw.)!

Das alles ist nicht böse gemeint, aber ich denke, der Kollege hat nichts falsch gemacht. Die Bedingungen sind schlecht geworden und gehören geändert!

Mit freundlichem Gruß
Dr. med. Lutz Röhnert, Kirchberg
10. 2. 2013

(Ich bin übrigens auch schon Mitte 50, wie hier fast alle Kollegen (viele noch älter), die den Laden noch irgendwie am Laufen halten!)

Wer ist „Opfer“, wer „Täter“?

Einleitung: Die Ehefrau eines an Demenz und Parkinson erkrankten Patienten, welcher offensichtlich infektgetriggert einen Schwächeanfall erlitten hatte, konsultierte den Notruf 112. Dieser verwies auf den Kassenärztlichen Bereitschafts-(Vertragsarzt-)dienst (KV-Dienst), welcher eine Einweisung via Rettungsdienst veranlasste. Ein häufiges Procedere, welches die Problematik der Interaktion der unterschiedlichen Versorgungssysteme widerspiegelt.

Trotz hoher Expertise der Autoren wird dem KV-Arzt ein schuldhaftes Verhalten vorgeworfen, das Verhalten der RTW-Besatzung aber als „zu würdigend“ beschrieben.

Behauptung: Der Mediziner hat lege artis gehandelt, das RD-Personal nicht. Entscheidungsrelevante Informationen fehlen oft, womit die Meinungen der Autoren unzureichend nachvollziehbar sind!

Begründung: Der Artikel beschreibt die Symptome des Mannes über den gesamten Nachmittag. Der Mann kommt mit dem Pflegeplatz-Fahrdienst nach Hause gegen 17.00 Uhr und gegen 19.30 Uhr wurde der Notruf verständigt. Zu keiner Zeit ist die Rede von Bewusstseinsstrübung, Atemnot/Atembeschwerden oder Kreislaufinstabilität. Letztendlich lassen die „Schwäche“, die Diarrhoe und die Komorbiditäten die Entscheidung des Leitstellenmitarbeiters nachvollziehen, dass dies primär in die Zuständigkeit des KV-Dienstes fällt. Jener traf innerhalb einer reich-

lichen Stunde (20.45 Uhr) ein; strukturelle Besonderheiten, Einsatzzahlen und Prioritätenabwägungen bleiben unbekannt. Der bestellte RTW kam 21.15 Uhr. Die Diagnosestellung, die Absprache mit der Ehefrau und Initiieren des Procedere (Kontaktaufnahme geeignete Zielklinik, Bestellung Transportmittel) füllen die Zwischenzeit. Da der RTW im Regelfall max. 10 Minuten benötigt, war der KV-Dienst mindestens bis 21.05 Uhr vor Ort. Dies geht aus dem Artikel leider nicht eindeutig hervor, gleichermaßen bleibt zweifelhaft, ob durch den KV-Dienst explizit ein „Transport“ oder ein „Rettungs-“, bzw. „Krankentransportwagen“ initiiert wurde. Die verbale Vermischung dieser unterschiedlichen Fahrzeugtypen ist in den Leitstellengesprächen oftmals präsent, zumal aber ein höher ausgestattetes Fahrzeug schlussendlich eher die Patientenversorgung stärkt und womöglich in Anbetracht der Alarmierungszeit (rund 21.00 Uhr) gar keine KTWs mehr vorgehalten wurden; dazu gibt es keine Aussage. Das „nach unten transponieren“ höher gestellter Fahrzeuge ist dann üblich und hat nur Abrechnungsbesonderheiten. Der KV-Dienst bestellte am ehesten einen Transport mit dem Gedanken des Liegens, der psychischen Betreuung, bzw. bei Veränderung der Ist-Situation, dem qualifizierteren Einschreiten der Besatzung, als es die Ehefrau wohl tun könnte. Für nunmehr geschätzte 10 min. ließ der Mediziner den Patienten wieder allein, mit dem Wissen der qualifizierten Einweisung (Absprachen getroffen, Transport bestellt, Informationen erteilt). Bei derartiger Organisieren geht man davon aus, dass eine Verordnung von Krankenhausbehandlung und Verordnung zur Krankenförderung ausgestellt wurden; Aussagen dazu fehlen. Die RTW-Besatzung findet einen kranken, „hilflosen“ Menschen, nicht akut vital bedroht (Aussage des Mediziners), mit einer organisierten Einweisung zur Diagnostik und Therapie durch einen Arzt vor. Nun wird 45 Minuten (21.15 bis 22.00 Uhr) über ein „Übernahmeverschulden“ diskutiert, weil ein Patient liegend

und betreuend transportiert werden soll, anstelle den Transport in das geeignete Krankenhaus (Grund- und Regelversorgung) unverzüglich durchzuführen. Begründung: sie dürften nicht transportieren, sie müssten zu Hause belassen (über Nacht!), da eventuelle „Maßnahmen“ nicht möglich wären (Welche auch immer?!). In Häuslichkeit ent-/belässt nur der Arzt oder der Patientenwunsch mit (Transport-)Verzichtsaufklärung. Eine Kliniktherapie aufgrund der Gesamtsituation war anzustreben, akuter Interventionsbedarf vor Ort wurde verneint. Beim Verlassen des KV-Dienstes (die Gründe, wie z.B. mögliche weitere Patienten, bleiben unerwähnt) war die Transportfähigkeit des Patienten gegeben. Die RD-Mitarbeiter erwägen also gegen ärztliche Einweisung zu handeln und behaupten bei einer möglichen Verschlechterung des Zustandes im RTW nichts machen zu können (Wer dann?). Im Fall einer Verschlechterung in den 10 Minuten zwischen KV-Dienst und RTW-Eintreffen bzw. während des Transportes wären die Nachforderung des Notarztes und die Anwendung der Notkompetenzen die zu ergreifenden Maßnahmen gewesen. Vom KV-Dienst zu fordern, den Transport im RTW zu begleiten, kann nicht ernst gemeint sein. Dies verbieten: versicherungsrechtliche Gründe, unterschiedliche Trägerschaften sowie (Zusatz-) Qualifikationen. Es gibt Versorgungsgebiete mit Mediziner, die im KV-Dienst und im Notarztdienst bestellt sind; eine Aussage dazu fehlt. Fraglich bleibt, warum der Transport über rund 15 Minuten zu einem Haus der Grund- und Regelversorgung (selbst im ländlichen Bereich) in einem RTW so unverantwortbar sei, dass man es ablehnen müsse, aber das alleinige, therapiefreie Belassen zu Hause über Nacht eine Alternative darstellen soll? Weiterhin müsste man die Rettungsassistenten, wenn diese vor Ort Recht gehabt hätten und ein manifeste Grund vorgelegen hätte, dass die Transportfähigkeit nicht bestand oder sich eine akute Gefährdung entwickelt, erneut zur Verantwortung ziehen, da diese den Transport schlussendlich, nach langer Diskus-

sion, durchführten, und somit dann wider besseren Wissens gehandelt hätten und das ohne Notarzt!

Ergebnis:

1. Der Arzt war in angemessener Zeit vor Ort. Die genauen Umstände sind unbekannt.
2. Die einzige, zielführende Maßnahme vor Ort, die Einweisung (Transport) wurde zügig organisiert. Eine verbale Übergabe an das RTW-Personal hätte keinen weiteren Informationsgewinn forciert. Die einzige zuzumutende Maßnahme ist die Notarznachforderung bei Komplikationen.
3. Ein KTW wäre möglicherweise ausreichend – ein höher ausgestattetes Fahrzeug kann in einer geringeren Versorgungsstufe eingesetzt werden. Strukturelle Bedingungen sind unbekannt.
4. Das RD-Personal wollte anfänglich gegen ärztliche Anweisung handeln! Ihre Aufgabe ist die Überwachung der Vitalparameter und hier der betreuende Transport ohne Zeitverzug. Das Auslassen des Notarztrufes, bei aufkommender Indikation, würde ein Übernahmeverschulden darstellen; eine Mitnahmeverweigerung erfüllt eher den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung.
5. Die Autoren unterlassen es, Schlüsselstellen zu Entscheidungen und Aktionen der Beteiligten aufzuzeigen. Einzelne Kernaussagen sind nicht reproduzierbar bzw. sogar als falsch anzusehen.
6. Die unterschiedliche Gestellung der Systeme „KV-Dienst“ und „Rettungsdienst/Notarztdienst“ lassen Reibungspunkte zu Lasten der Patientenversorgung entstehen. Eine Förderung zur Verflechtung könnte die Versorgungsqualität merklicher steigern als die Kritik einzelner Mediziner.

Jan Danny Scheithauer, Burgstädt
11. 2. 2013

Sehr geehrte Damen und Herren, im oben genannten Artikel wird längst überfällig ein wichtiger Sachverhalt thematisiert. Über die inhaltliche Richtigkeit besteht im dargelegten Fall uneingeschränkter Konsens.

Weit häufiger jedoch ist die Sachlage so, dass eben gerade zu den sogenannten Unzeiten für KTW – prädisponierte Patienten mangels Verfügbarkeit kein KTW zur Verfügung steht. Dies betrifft insbesondere die Wochenenden und Feiertage und den ländlichen Bereich.

Ich würde daher eine Ergänzung oder eine Verhaltensempfehlung befürworten, wie dann in solchen Fällen die Verfahrensweise unter dem rechtlichen Hintergrund ist, wenn eben der verfügbare RTW als Ersatz für den nicht verfügbaren KTW gerufen werden muss.

Ich bitte Sie als Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ um eine Veröffentlichung, sinnvollerweise mit einer Handlungsempfehlung seitens der Autoren in einer der folgenden Ausgaben.

Dr. med. Tim Weiske, Borna

Kommentierung der Leserbriefe

Die Zahl von Leserbriefen zu unserem Beitrag zeigt, dass das Thema von größerem Interesse ist. Nach der Beschwerde der Ehefrau des Patienten an die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hielten wir es für wichtig, den Vorgang öffentlich zu machen, um Unklarheiten im Umgang mit den Strukturen von Rettungsdienst und Krankentransport herauszustellen. Mit großem Nachdruck stellen wir fest, dass sich eben nicht die Rettungsdienstmitarbeiter an die SLÄK gewandt haben, sondern die verunsicherte Ehefrau. Somit erscheint uns auch die Gremienschelte („Führungsgremien der Ärzteschaft“) des Kollegen Dr. Röhner für unangemessen. Kernpunkt unserer Erläuterungen sind die Feststellungen zum Unterschied von Krankentransport und Notfallrettung, wie sie seit nunmehr 23 Jahren in allen von der SLÄK veranstalteten Kursen betont werden und auch der strukturellen Realität entsprechen. Danach dient der Krankentransportwagen (KTW) dem Transport des Nichtnotfallpatienten und der Rettungswagen (RTW) dem Notfallpatienten. Wenn ein anwesender Arzt einen RTW anfordert, muss er vor

Ort warten und im Regelfall den Transport begleiten, um die ärztliche Behandlungskette nicht abzubrechen. Stellt er allerdings Einvernehmen mit der RTW-Besatzung her, dass diese sich „zutraut“, den Patienten auf dem Transport alleine zu versorgen, ist er zur Begleitung nicht verpflichtet. Wir lehren auch den Rettungsdienstmitarbeitern, dass sie eben nicht leichtfertig diese Betreuung übernehmen, sondern nach eigener verantwortungsvoller Einschätzung entscheiden, ob sie dies können (Übernahmeverschulden). Und somit haben wir auch ausdrücklich das Verhalten der Rettungsdienstler als korrekt bewertet.

In mehreren Briefen wurden wir auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam gemacht. Es wurde richtigerweise bemerkt, dass recht häufig statt des bestellten KTW durch die Rettungsleitstellen ein RTW bereitgestellt wird und sich daraus Unsicherheiten ergeben. Die Antwort ist eindeutig: Wenn ein Arzt einen KTW bestellt und dies auf dem Transportschein vermerkt und ihm dafür der RTW „geschickt“ wird, muss er selbstverständlich nicht warten und auch nicht den Transport begleiten, weil er ja mit Bedacht das niedriger qualifizierte Transportmittel angefordert hat. Er ist dann (wie oft durch die Rettungsdienstmitarbeiter gefordert) auch nicht verpflichtet, den Transportschein zu ändern. Ein eigenmächtiges Ändern des Kreuzes von „KTW“ auf „RTW“ durch Rettungsdienstmitarbeiter ist als Urkundenfälschung zu bewerten.

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

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Neuer Influenza-Lebendimpfstoff (Fluenz®)

Das „Ärzteblatt Sachsen“ hat im Heft März 2013 einen Leserbrief abgedruckt, der sich auf einen Artikel in den KVS-Mitteilungen (11/2012) „Fluenz® – Nur im Einzelfall zu Lasten der GKV verord-

nen bezog. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen beantwortete den Leserbrief wie folgt:

Sehr geehrte Frau Dittrich, sehr geehrte Herren, wir haben uns sehr gefreut, dass Sie sich mit dem Thema Fluenz® und unserem, im Novemberheft 2012 der KVS-Mitteilungen erschienenen Artikel, sehr intensiv beschäftigt haben. Aus Sicht der KV Sachsen besteht zwischen unserem Artikel und Ihrer Antwort auf diesen kein Dissens. Im Gegenteil könnte man beide unter der Überschrift: „Der neue Influenza-Lebendimpfstoff (Fluenz®), ein großer Fortschritt für Kinder aber nur im Einzelfall verordnungsfähig“ zusammenfassen.

Unabhängig von der individuellen Bewertung der Wirksamkeit des jeweiligen Impfstoffes kann ein Vertragsarzt eine Influenzaimpfung nur in zwei Fällen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Entweder handelt es sich um eine Pflichtleistung, welche von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen und im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht wird oder es handelt sich um eine Satzungsleistung. Die Satzungsleistungen werden von jeder Krankenkasse in der eigenen Satzung festgelegt und orientieren sich in Sachsen in den meisten Fällen an den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO).

Da für die Pflichtleistungen Influenzaimpfstoffe ausgeschrieben wurden und der KV Sachsen erste Regressanträge wegen Nichtbelieferung von Rabattverträgen bekannt sind, sehen wir es als unsere Pflicht an, entsprechend zu informieren. Zum Schutz der Vertragsärzte vor Regressen sollte nur im begründeten Einzelfall, welcher im Falle eines Regressantrages von der Prüfungsstelle auch abgefragt wird, auf Fluenz® als Impfstoff zurückgegriffen werden.

Die Empfehlungen der SIKO stellen wie bereits erwähnt oftmals die Grundlage für die Satzungsregelung der Kasse dar, ziehen allerdings keine automatische Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV nach sich. Auf die Aufnahme von Leistungen

einer Krankenkasse in die eigene Satzung hat die KV Sachsen keinen Einfluss. Es finden dazu auch keine Verhandlungen im Beisein der KV Sachsen statt. Außer der IKK classic gibt es derzeit keine Krankenkasse, die die generelle Influenza-Impfung aller Kinder bezahlt.

Die Modalitäten einer Kostenübernahme von Fluenz® durch die Barmer GEK sind der KV Sachsen nicht bekannt, da es sich hierbei um eine Vereinbarung zwischen der Kasse und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands handelt. Die Pressemitteilung in der Onlineausgabe der Pharmazeutischen Zeitung vom November 2012 deutet darauf hin, dass die Kosten der Fluenz®-Impfung nicht für alle Kinder übernommen werden. Wörtlich heißt es: „Allerdings finanziert der Versicherer die Spray-Impfung nur für Kinder, die nicht älter als sechs Jahre sind und für die eine Grippeimmunisierung durch die ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfohlen wird. Dies sind zum Beispiel Kinder mit schweren Grunderkrankungen.“

Interessierte Patienten können im fachlichen Rahmen der Zulassung und der Empfehlungen der SIKO selbstverständlich immer geimpft werden. Dann muss allerdings eine Privatliquidation erfolgen.

Bitte verstehen Sie unsere Ausführungen nicht als Affront gegen wissenschaftliche Erkenntnisse. Im Zuge unserer gesetzlich übertragenen Aufgaben sind wir dazu verpflichtet, die

gesetzlichen Regelungen umzusetzen und die Vertragsärzte in diesem Sinne zu informieren und zu beraten, nicht zuletzt, um sie auch vor Regressen zu schützen.

– die Redaktion –

Kommentar des arznei-telegramm® zu SCHUSTER et al.

Die Autoren „bedauern“ eine angeblich „wissenschaftlich gänzlich unbegründete Argumentation gegen FLUENZ von Seiten des arznei-telegramm®“. Eine solche Globalkritik ist starker Tobak. Das einzige vorgebrachte inhaltliche Argument, das arznei-telegramm® negiere „Teilaspekte“ wie die „gute Schutzwirkung gegenüber Influenza-assoziierten akuter Otitis media... und rekurrenden Influenza-assoziierten Atemwegsinfektion“, trifft noch nicht einmal zu: Diese Teilaspekte werden genannt und im Gesamtzusammenhang diskutiert, zum Beispiel:

„... Hinreichende Belege dafür, dass der Lebendvirusimpfstoff gegenüber Plazebo oder inaktivierter Vakzine die Gesamtrate akuter Mittelohrentzündungen, tiefer Atemwegsinfekte oder von Krankenhausaufnahmen vermindert, finden wir nicht. Dokumentiert ist lediglich eine Minderung Influenza-assoziierten Mittelohrentzündungen im Vergleich zu Plazebo bzw. inaktiviertem Impfstoff. ...“ (arznei-telegramm® 2012; 43: 74-5) Die Bedeutung von Teilaspekten wie

die Minderung Influenza-assoziierten Mittelohrentzündungen bleibt offen, wenn man dabei Gesamtaspekte wie die Gesamtrate akuter Mittelohrentzündungen unberücksichtigt lässt. Die Gesamtrate wird auch in der von SCHUSTER et al. – und übrigens auch vom arznei-telegramm® – zitierten Arbeit von BLOCK et al. 2011 nicht herangezogen. Eine Metaanalyse errechnet aktuell für Kinder ab zwei Jahre, für die der Lebendimpfstoff zugelassen ist, in Bezug auf die Gesamtrate der akuten Mittelohrentzündungen keine signifikante Senkung gegenüber Plazebo (HEIKKINEN et al. 2012).

Der Einfluss von FLUENZ auf Influenzaerkrankungen bzw. Atemwegsinfektionen wird im arznei-telegramm® in Bezug auf Alter und Begleiterkrankungen differenziert beschrieben. Insgesamt läuft die Schmähkritik ins Leere. Es bleibt bei der Schlussfolgerung des arznei-telegramm®: „Bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, für die eine Impfung gegen Influenza von der Ständigen Impfkommission empfohlen wird, ist die Studienlage unzureichend.“

Wolfgang BECKER-BRÜSER
Redaktion arznei-telegramm®
Interessenkonflikt: keiner

Berlin, 6. März 2013

BLOCK, S.L. et al.: *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2011; 30: 203-7

HEIKKINEN, T. et al.: *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2012 Dec. 26 (Epub ahead of print) DOI: 10.1097/INF.0b013e3182840fe7

Patientenrechtegesetz

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, sogenanntes Patientenrechtegesetz, ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Die einzelnen Artikel dieses Gesetzes haben die Aufnahme umfangreicher gesetzlicher Vorschriften des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die Patientenbeteiligungsverordnung, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundesärzteordnung

zum Gegenstand. Ziele des Gesetzgebers sind

- die Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im BGB,
- die Förderung einer Fehlervermeidungskultur,
- die Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern,
- Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern,
- Stärkung der Patientenbeteiligung und der Patienteninformation.

Bereits bestehende gesetzliche Vorgaben sowie Rechtsprechungen der

letzten Jahre wurden zusammengefasst. Weitere aktuelle Informationen finden Sie im Internet beispielsweise unter <http://www.aerztekammerberlin.de> → Ärzte → Recht → Aktuelle Gesetzesänderungen.

Ab dem Juniheft 2013 wird sich auch das „Ärzteblatt Sachsen“ mit den Änderungen und den dann mit Sicherheit schon gesammelten Erfahrungen befassen.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Heberling

*13.02.1941

† 14.01.2013



Am 14. Januar 2013 verstarb Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Heberling kurz vor Vollendung seines 72. Lebensjahres.

Mit ihm verlieren wir einen herausragenden Internisten, der insbesondere die Entwicklung der ostdeutschen Endokrinologie nachhaltig prägte.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Heberling wurde 1941 in Zeitz geboren.

Im Jahr 1959 legte er sein Abitur ab und studierte anschließend bis 1965 in Leipzig Medizin. 1966 folgte die Facharztausbildung an der Medizinischen Klinik des Bezirkskrankenhauses „St.Georg“ Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. Horst Julich.

Diese harte Schule, mit der Betonung klassischer medizinischer Tugenden, wie präziser Anamneseerhebung und gründlichster klinischer Untersuchung des Patienten hat ihn nachhaltig geprägt. Viele vom ihm ausgebildete junge Ärzte auf dem Weg zum Internisten oder Allgemeinmediziner haben später von dieser Herangehensweise profitiert. Entsprechend des fachlichen Profils dieser Klinik konzentrierte sich Prof. Dr. Heberling zunächst auf kardiopulmonale Erkrankungen. 1971 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Prof. Dr. Heberling erlebte die Situation in der DDR als zunehmend einengend. Vorbereitungen zur „Republikflucht“ führten in die Stasi-Haft. In dieser

Situation fand er ab 1974 bei Prof. Dr. med. habil. Dieter Lohmann im Stadt Krankenhaus Leipzig-Friesenstraße die Möglichkeit zum beruflichen Neuanfang und legte das Fundament für seine Lebensaufgabe: die Etablierung einer modernen Endokrinologie. Mit Konsequenz und Elan baute er in den folgenden Jahrzehnten eine endokrinologische Abteilung auf, die bald überregionale Bedeutung hatte und zu einem der wenigen endokrinologischen Zentren der DDR wurde. Neben den häufigen Schilddrüsenerkrankungen waren es vor allem der Hyperparathyreoidismus und die Hypophysenerkrankungen, die den Arbeitsschwerpunkt bildeten. Ein weitgespanntes Netz von Kooperationen ermöglichte die komplexe Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen. Schon früh widmete sich Prof. Dr. Heberling auch dem Problemgebiet der Osteoporose, das in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem seiner Arbeitsschwerpunkte wurde.

Die Ergebnisse der aktiven wissenschaftlichen Arbeit wurden von Prof. Dr. Heberling in etwa 100 Publikationen, mehreren Buchbeiträgen und ungezählten Vorträgen dargestellt und führte ihn 1983 zur Habilitation. In den darauffolgenden Jahren wurde in seinem Labor zunehmend die zelluläre Ebene durch Arbeit mit Schilddrüsengewebekulturen und ab Mitte der 90er-Jahre auch die Molekularbiologie methodisch erschlossen und die Ergebnisse in international renommierten Journalen publiziert. Die aussichtsreiche Platzierung bei dem Bewerbungsverfahren für den Lehrstuhl für Innere Medizin/Endokrinologie an der Universität Leipzig in den frühen 90er-Jahren ist ein weiterer Beleg für seine wissenschaftliche Qualität ebenso wie die Berufung zum apl. Professor an der Universität Leipzig im Jahr 1996.

Nach langer Tätigkeit als Oberarzt – seit 1981 – wurde Prof. Dr. Heberling 1994 Chefarzt des Stadtkrankenhauses Friesenstraße.

Die folgenden Jahre zwischen 1994 und 2006 waren gekennzeichnet durch einen tiefgreifenden Wandel nicht nur im ostdeutschen Gesundheitswesen, der vielerorts zu Kran-

kenhaus- oder Abteilungsschließungen führte. Als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin gelang es ihm, das Stadt Krankenhaus medizinisch und wirtschaftlich gesund zu entwickeln. Seit 2000 gehört die Klinik zum Klinikum „St.Georg“. Eine langfristig gesicherte Perspektive der Klinik einschließlich ihrer Schwerpunkte auf den Gebieten Diabetes und Endokrinologie, Intensivtherapie und nichtinvasive Kardiologie, Gastroenterologie und Hämatologie/Onkologie ergab sich durch den Bezug eines Neubaus, der 2004 als „Medizinische Klinik West“ in Betrieb genommen wurde.

Nach dem Ausscheiden aus der Klinik war Prof. Dr. Heberling noch bis zu seinem 70. Lebensjahr im ambulanten Bereich tätig.

Die Darstellung des beruflichen Schaffens von Prof. Dr. Heberling bliebe unvollständig, würde man nicht seine Aktivitäten als klinischer Lehrer würdigen. Mehrere Generationen von Ärzten wurden vom ihm für die Innere Medizin und insbesondere für die Endokrinologie und deren wissenschaftliche Aspekte begeistert. Die überdurchschnittlich gute Versorgung des Leipziger Raumes mit Endokrinologen ist zu einem wesentlichen Teil sein Verdienst.

Selbstverständlich war für Prof. Dr. Heberling auch ein sehr aktives Engagement in vielen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und für die Weiter- und Fortbildung der Ärzte und des Pflegedienstes. Er war langjährig in den Vorständen der Sächsischen Gesellschaften für Innere Medizin sowie für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien tätig.

Prof. Dr. Heberling gelang es in seiner Berufslaufbahn die Expertise des Spezialisten mit dem Gesamtblick des Internisten zu verbinden, ambulante und stationäre Betreuung der Patienten zu kombinieren und klinische Erfahrung durch wissenschaftliche Arbeit zu bereichern.

Unser Mitgefühl gilt seiner Familie, seiner Frau Dr. med. Ingrid Heberling und seinen beiden Kindern, die auch die ärztliche Laufbahn eingeschlagen haben.

Dr. med. Jürgen Krug, Leipzig
Dr. med. Bernhard Kottwitz, Leipzig

Unsere Jubilare im Mai 2013 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.05. Dr. med. Kandler, Marion
09599 Freiberg
- 01.05. Dr. med. Schenderlein, Frank
01129 Dresden
- 03.05. Prof. Dr. med. habil.
Doering, Thorsten
08645 Bad Elster
- 04.05. Dr. med. Pfeiffer, Reinhardt
04416 Markkleeberg
- 04.05. Dipl.-Med. Scheibler, Ursula
04275 Leipzig
- 04.05. Prof. Dr. med.
Werner, Andreas
01324 Dresden
- 05.05. Dr. med. Pfüller, Petra
09131 Chemnitz
- 05.05. Dipl.-Med.
Sörensen, Henriette
01187 Dresden
- 06.05. Prof. Dr. med. habil.
Keim, Volker
04317 Leipzig
- 07.05. Dr. med. Friedrich, Gabriele
08371 Glauchau
- 07.05. Dipl.-Med. Placht, Reinhold
09661 Hainichen
- 08.05. El Naggar, Shawki
03172 Guben
- 08.05. Dr. med. Theissig, Petra
01917 Kamenz
- 09.05. Dr. med. habil.
Doberenz, Ingeborg
01189 Dresden
- 09.05. Dipl.-Med. Zilles, Monika
09573 Augustusburg/
OT Grünberg
- 13.05. Dr. med. Sättler, Elke
09577 Niederwiesa
- 14.05. Dipl.-Med. Bendig, Jürgen
04288 Leipzig
(Liebertwolkwitz)
- 14.05. Carl, Ingrid
01309 Dresden
- 14.05. Dipl.-Med. Müller, Andreas
08359 Breitenbrunn
- 14.05. Dr. med. Otto, Lothar
04416 Markkleeberg
- 14.05. Dr. med. von Korff, Maren
01109 Dresden
- 14.05. Dipl.-Med. Zindler, Lilo
02906 Niesky
- 15.05. Dr. med. Helmholz, Gabriele
07551 Gera
- 15.05. Dr. med. Schenke, Holger
01477 Arnsdorf
- 19.05. Dr. med.
Dworzanski, Regina
01744 Dippoldiswalde
- 20.05. Dipl.-Med. Eber, Eva-Maria
08056 Zwickau
- 20.05. Dipl.-Med. Haroske, Petra
01277 Dresden
- 20.05. Dipl.-Med. Penzel, Annedore
08645 Bad Elster

- 23.05. Dipl.-Med.
Aschermann, Juliane
04229 Leipzig
- 23.05. Dr. med. habil.
Wünsche, Angelika
04299 Leipzig
- 24.05. Dipl.-Med. Storch, Ingeborg
04288 Leipzig
- 25.05. Dipl.-Med. Pötzl, Walter
04860 Weidenhain
- 27.05. Dr. med. Schmidt, Kristina
01157 Dresden
- 29.05. Dr. med. Auerswald, Elke
09337 Hohenstein-Ernstthal

65 Jahre

- 05.05. Berger, Christl
08349 Johanngeorgenstadt
- 05.05. Dr. med. Teichmann, Albrecht
04299 Leipzig
- 09.05. Dipl.-Med.
Scheithauer, Rainer
09390 Meinersdorf
- 10.05. Müller, Renate
08340 Schwarzenberg
- 11.05. Dipl.-Med.
Böhm, Wolf-Rüdiger
01219 Dresden
- 12.05. Doz. Dr. med. habil.
Schindler, Christof
04207 Leipzig
- 12.05. Prof. Dr. med.
von Salis-Soglio, Georg
04229 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Ulbrich, Brigitte
09123 Chemnitz
- 31.05. Dr. med. Köhler, Erhard
01662 Meißen

70 Jahre

- 02.05. Dr. med. Gebbert, Antje
02827 Görlitz
- 03.05. Dr. med. Braha, Barbara
09633 Halsbrücke
- 04.05. Dr. med. Löbel, Albrecht
09113 Chemnitz
- 04.05. Dr. med. Reimer, Günter
04779 Wermisdorf
- 05.05. Dr. med. Roßmann, Karin
01917 Kamenz
- 06.05. Dr. med. Griebisch, Giselher
04109 Leipzig
- 09.05. Dr. med. Aschermann, Götz
04229 Leipzig
- 09.05. Dr. med. Paul, Stefan
09117 Chemnitz
- 10.05. Dr. med. Köllner, Lutz
04720 Döbeln
- 11.05. Dr. med. Gaikowski, Sabine
09116 Chemnitz
- 11.05. Dr. med. Kurze, Gunter
04720 Großweitzschen
- 11.05. Modelmog, Ingeborg
02894 Vierkirchen
- 11.05. Dr. med. Skorsetz, Ingrid
09127 Chemnitz
- 12.05. Dipl.-Med.
Danneberg, Gudrun
04316 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Berger, Karin
01824 Kurort Gohrisch

- 13.05. Dr. med. Drubig, Jochen
01662 Meißen
- 13.05. Koppelt, Ingrid
02923 Horka
- 14.05. Wirsam, Dietmar
08485 Lengenfeld
- 15.05. Dr. med.
Konnegen, Veronika
01277 Dresden
- 15.05. Dr. med. Schlosser, Hjalmar
08645 Bad Elster
- 17.05. Dr. med. Deten, Sieglinde
04288 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Piehler, Uwe
08060 Zwickau
- 18.05. Dr. med. Walden, Ingrid
01471 Radeburg
- 19.05. Dr. med. Schaub, Maike
04539 Groitzsch
- 20.05. Dr. med. Orth, Stefan
09244 Lichtenau
- 21.05. Dr. med.
Leonhardt, Wolfgang
01097 Dresden
- 23.05. Dr. med. Gerber, Wolfgang
02739 Eibau
- 24.05. Prof. Dr. med. Mücke, Jürgen
04107 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Hadlich, Gerold
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 25.05. Dipl.-Med. Wagler, Antje
01279 Dresden
- 26.05. Dr. med. Männel, Astrid
09127 Chemnitz
- 27.05. Dr. med. Naumann, Uta
04451 Borsdorf
- 29.05. Dr. med. Arnold, Regina
04229 Leipzig
- 29.05. Dr. med. Hellwing, Peter
09634 Siebenlehn
- 29.05. Luther, Peter
09599 Freiberg
- 31.05. Dr. med. Frank, Manfred
08606 Oelsnitz

75 Jahre

- 02.05. Dr. med. Schlegel, Friedrich
08265 Erlbach
- 03.05. Dr. med. Richter, Eberhard
01309 Dresden
- 06.05. Dr. med. Otto, Karl
09236 Claußnitz
- 06.05. Dr. med. Schwenk, Karin
08541 Plauen
- 07.05. Dr. med. Kreyß, Hannelore
04774 Dahlen
- 07.05. Dr. med. Vieweg, Karlheinz
09518 Großbrückerswalde
- 08.05. Dr. med. Pietzsch, Sigrid
01809 Heidenau
- 08.05. Wehner, Margita
01129 Dresden
- 08.05. Dr. med.
Wunderlich, Barbara
04643 Geithain
- 10.05. Dr. med. Gräber, Siegfried
01844 Neustadt
- 10.05. Hartenstein, Werner
04654 Frohburg
- 10.05. Dr. med.
Schuldt, Hans-Jochen

09575 Eppendorf/
Kleinhartmannsdorf
12.05. Dr. med. Endesfelder, Helga
09114 Chemnitz
12.05. Dr. med. Hallbauer, Hermann
09224 Grüna
12.05. Dr. med. Stalke, Liane
02625 Bautzen
14.05. Dr. med. Freidt, Bernd
01906 Burkau
14.05. Dr. med. Neumann, Anni
04159 Leipzig
15.05. Dr. med. Lorenz, Dieter
08371 Glauchau
15.05. Spannemann, Gisela
09212 Limbach-Oberfrohna
16.05. Dr. med. Passauer, Ingrid
01307 Dresden
17.05. Dr. med. Schulz, Karin
04318 Leipzig
20.05. Dr. med. Moser, Ilse
08548 Syrau
24.05. Neubert, Henry
01157 Dresden
26.05. Dr. med. Brandhoff, Christa
08301 Schlema
26.05. Dr. med. Fleischer, Brigitte
02826 Görlitz
27.05. Dr. med. Doss, Brigitte
08058 Zwickau
27.05. Dr. med. Rucker, Gisela
01728 Bannewitz
29.05. Dr. med. Büttner, Bärbel
01662 Meißen
30.05. Dr. med. Köhler, Eberhard
04159 Leipzig
31.05. (Lützschena- Stahmeln)
Dr. med. Gutberlett, Ilse
04129 Leipzig

80 Jahre
01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud
02827 Görlitz
04.05. Prof. Dr. med. habil.
Hörmann, Dieter
04103 Leipzig
04.05. Meichsner, Johanna
08060 Zwickau
06.05. Dr. med. Lohnke, Udo
02977 Hoyerswerda
06.05. Winkelmann, Ilse
08209 Auerbach
08.05. Dr. med. Dorok, Hans
08141 Reinsdorf
09.05. Dr. med. Schneider, Günter
04289 Leipzig
11.05. Günnel, Wolfgang
08428 Langenbernsdorf
11.05. Dr. med. Hornig, Gerhard
04552 Borna
11.05. Dr. med. Kleine-Natrop, Erika
01326 Dresden
16.05. Dr. med. Zschornack, Peter
01920 Crostwitz
16.05. Dr. med.
Zwingenberger, Gerta
09496 Marienberg
20.05. Dr. med. Mesewinkel, Wiltrud
02827 Görlitz
22.05. Dr. med. Holfert, Gisela
01705 Freital

24.05. Dr. med. Ziemer, Hanna
04177 Leipzig
31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula
04157 Leipzig

81 Jahre
06.05. Dr. med.
Hermann, Annemarie
08468 Reichenbach
09.05. Dr. med. Bloß, Helmut
01734 Rabenau
21.05. Dr. med. habil.
Görisch, Isolde
04103 Leipzig
21.05. Dr. med. Lorenz, Volker
08062 Zwickau
21.05. Dr. med. Steingrüber, Günter
04103 Leipzig
23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte
04416 Markkleeberg
27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth
01454 Radeberg
30.05. Dr. med. Strauzenberg, Gisela
01731 Kreischa OT Saida

82 Jahre
01.05. Dr. med. Kluttig, Günther
02779 Hainewalde
06.05. Stopat, Wilfried
09573 Leubsdorf
09.05. Dr. med. Stein, Ursula
01187 Dresden
25.05. Dr. med. Taraben, Abdunur
04317 Leipzig

83 Jahre
06.05. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
06.05. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
08.05. Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
10.05. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
16.05. Dr. med. Jehring, Renate
01326 Dresden
20.05. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
24.05. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
24.05. Streller, Horst
01109 Dresden
29.05. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen

84 Jahre
08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
08.05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Grimma
15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
16.05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
25.05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig

10.05. Doz. Dr. med. habil.
Strobel, Hardy
04416 Markkleeberg
11.05. Dr. med. dent.
Majunke, Hannelore
08396 Waldenburg
30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden

86 Jahre
03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut
01324 Dresden
12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau
19.05. Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital

87 Jahre
02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig

88 Jahre
08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz

89 Jahre
19.05. Dr. med.
Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz

90 Jahre
22.05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz

91 Jahre
10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred
04420 Markranstädt
20.05. Dr. med. Rangs, Erika
08685 Bad Elster

92 Jahre
14.05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna
15.05. Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida

94 Jahre
09.05. Dr. med.
Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
23.05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

Sigbert Ganser – ein bedeutender sächsischer Psychiater

Im Rahmen der räumlichen Erweiterungen unserer Landesärztekammer, die vor allem der Fort- und Weiterbildung zugute kommen, wurden verschiedene Räume mit Namen bedeutender sächsischer Ärzte benannt, unter ihnen wurde auch der sächsische Psychiater Sigbert Ganser geehrt. Ein Anlass, um über diesen verdienstvollen Kollegen in unserem Ärzteblatt kurz zu berichten.

Sein Wirken in Dresden fällt in eine Zeit zwischen Mitte des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts, in der sich eine strukturierte psychiatrische Betreuung zu entwickeln begann, die versuchte, eine für die damalige Zeit „humane“ psychiatrische (damals „Irren“-) Versorgung zu realisieren. Im Deutschen Reich waren 1898 bereits 142 öffentliche Anstalten mit 559 Ärzten und 55.877 Kranken sowie 120 Privatanstalten mit 182 Ärzten und 18.210 Kranken registriert (Pandy 1908). Im Jahre 1861 entstand auch in Dresden ein „Asyl für Sieche“, das den Beginn der städtischen Betreuung darstellte (Ganser 1907). Diese städtische psychiatrische Klinik war ein dringendes Erfordernis geworden, zumal die von 1815 bis 1864 bestehende „chirurgisch-medizinische Akademie“ Geistesranke nicht aufnahm und im Krankenhaus Friedrichstadt nur begrenzt acht Patienten am Tag notdürftig betreut wurden (Meisel 1985).

Im weiteren Zeitverlauf musste eine größere Einrichtung in Dresden geschaffen werden, die nach dem Muster von sogenannten „Stadtasylen“ installiert wurde, wobei die bekannten deutschen Psychiater Kraepelin und Ganser konzeptionell wirksam waren.

Im Dresdner Anzeiger vom 7. Mai 1888 war zu lesen, dass nachmittags vier Uhr in würdiger Weise die Weihe der Neubauten der Siechenhausgruppe vorgenommen wurde. Der Veranstaltung wohnten „Pfleger, abkömmliche Aufsichtsbeamte neben zahlreichen Herren des Rates bei.“ Die Anstalt wurde von Ganser geführt. Sie hatte 1890 551 Zugänge im Jahr. 1910 waren es dann 1173; sie verfügte über 152 Betten, behandelt wurde unter anderem mit Dauerbädern; Beschäftigung spielte eine große Rolle (Nitsche 1911).

Ganser (1907) hat die Heilanstalt selbst genau beschrieben, was sowohl die Patienten und ihre Erkrankungen wie auch den Personalstand anging. Einer seiner Assistenten und Schüler war der Psychiater Max Emil Hugo Ilberg, der später auch eine für Sachsen bedeutsame psychiatriegeschichtliche Rolle spielen sollte. Er wird hier erwähnt, weil er, unter anderem auch psychiatriehistorisch schriftstellerisch tätig, Ganser in seinem Wirken beschrieben hat. Dieser sei ein Arzt gewesen, der die besondere Fähigkeit besaß, mit den Patienten und auch den Angehörigen ins Gespräch zu kommen. Es sei eine Persönlichkeit von vornehmer gütiger Ruhe gewesen, die sich auch sehr um die Ernährung und Kleidung der Patienten mühte und mit den Mitarbeitern gepflegt umging. Er sei oft durch „geistvolle Vorträge“ in den wissenschaftlichen Vereinen jener Zeit hervorgetreten, zumal er der langjährige Vorsitzende der „Dresdner Gesellschaft für Natur und Heilkunde“ war (Ilberg 1923).

Ganser bildete zu seiner Zeit 100 Assistenzärzte aus. Wichtig für sein

gesundheitspolitisch öffentliches Wirken war seine Tätigkeit im Sächsischen Landesgesundheitsamt und in der Forensischen psychiatrischen Vereinigung Dresdens.

Im Landesgesundheitsamt machte er sich verdient, indem er sich für Wohlfahrtseinrichtungen einsetzte. Die von warmer Menschlichkeit getragene Einstellung drückte sich auch in klaren Stellungnahmen zur Euthanasie und die Diskussion um die Vernichtung „unwerten Lebens“ aus, die damals aufkam und in der Veröffentlichung der Autoren Binding und Hoche zur Vernichtung unwerten Lebens einen ersten Höhepunkt 1920 erreichte. Auf der 163. Sitzung der Forensisch-psychiatrischen Vereinigung Dresdens am 22. Juni 1912 betonte er, dass das Leben unantastbar sei, auch die Schwachen und Idioten hätten Lebensrechte, und ökonomische Erwägungen hätten zurückzustehen (Allg. Z. für Psychiatrie 1923, S. 438).

Zu den Lebensdaten Sigbert Gansers: Er wurde 1853 in Rhauen/Trier geboren, besuchte das Gymnasium in Münster und studierte Medizin in Würzburg, Strassburg und München. 1876 promovierte er in Würzburg und wurde 1880 habilitiert mit einer Arbeit „Zur vergleichenden Anatomie über das Maulwurfsgehirn“. 1877 bis 1884 war er Assistenzarzt bei v. Gudden (jenem Arzt, der in Zusammenhang mit dem Tode des Bayerischen Königs Ludwig II. ums Leben kam), 1884 war er kurzzeitig als Oberarzt in Sorau (Schlesien) tätig (Kraepelin 1983). 1886 wurde er als Nachfolger von Emil Kraepelin, der einen Lehrstuhl in Dorpat übernahm, Oberarzt im Stadtkrankenhaus Dresden; 1889 übernahm er quasi chefärztlich die Leitung des „Irren- und Siechenhauses“ in der Löbtauer Straße. In diesem Jahr ehelichte er Mary, geb. Cloete-Brown. Ab 1922 war er dann Direktor der Dresdner „Heil- und Pfllegeanstalt“. Ganser wurde vielfach geehrt, unter anderem wurde er 1908 „Geheimer Sanitätsrat“, und er war Träger des „Ritterkreuzes I. Klasse des Albrechtsordens mit Krone“. Sigbert Ganser ist in der Fachwelt heute noch bekannt, weil er ein psychiatrisches



Dr. Siegbert Ganser (Gemälde von Robert Sterl)
© Robert-Sterl-Haus, Naundorf

Syndrom beschrieb, das später auf Antrag Kraepelins nach ihm benannt wurde (siehe Übersicht).

In einem Vortrag am 23. Oktober 1897 in der „Versammlung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen“ in Halle berichtete er „Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand“ und schilderte damit das psychopathologische Syndrom, das sich bis heute im Diagnostikmanual der ICD-10 gehalten hat. Der Vortrag wurde auch publiziert (Ganser 1904). Weitere Themen, mit denen sich Ganser befasste, waren Hysterie in Beziehung zum Alkoholismus, Alkohol und Geisteskrankheiten, vergleichende anatomische Studien.

Über diese Arbeiten hinaus spielte Sigbert Ganser eine bedeutsame Rolle im wissenschaftlichen Leben Mitteldeutschlands. Er gehörte zu den Gründern der „Vereinigung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen“, die am 24. und 25. April 1897 in Leipzig installiert wurde und der „Belebung collegialer Beziehungen sowie zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten...“ dienen sollte und Gebiete Thüringens und Sachsen-Anhalts mit einschloss. Die Tagungen fanden jeweils in Dresden, Halle, Jena und Leipzig statt [Archiv für Psychiatrie 31 (1897), 975-993]. Nach der Wiedervereinigung wurde diese Idee wiederbelebt in den „Mitteldeutschen Psychiatrietagen“, die regelmäßig an den genannten Orten stattfinden. Ganser und auch Ilberg bestimmten die Inhalte der jährlichen Tagungen wesentlich mit; sie

Ganser-Syndrom

Originalbeschreibung 1897

- unsinnige Antwort in Richtung auf die Frage
- Zerstreuung
- Gedächtnisstörung
- traumhafte Benommenheit
- ratloser Gesichtsausdruck
- verminderte Schmerzempfindlichkeit
- zeitliche und örtliche Desorientierung
- langsame Rückbildung
- summarische Erinnerung

DSM – III - R

- ungenaue Antworten auf Fragen
- Amnesie
- Desorientiertheit
- Wahrnehmungsstörungen
- Fugue
- Konversionssymptome (Gruppe der dissoziativen Störungen)

ICD – 10 F 44.80

- Vorbeiantworten
- andere dissoziative Störungen (psychogene Ätiologie liegt nahe)

führten häufig den Vorsitz der Veranstaltungen. Inhaltlich waren diese wissenschaftlichen Konferenzen im Wesentlichen von einer sich ihrer naturwissenschaftlichen Grundlagen bewusst werdenden Nervenheilkunde bestimmt. Auch allgemeine Versorgungsfragen, forensische Begutachtung und charakterologische Fragen wurden thematisiert. Neben dem sächsischen Verein gab es in Deutschland weitere sieben wissenschaftliche Gesellschaften und acht Zeitschriften, die sich der Psychiatrie widmeten (Pandy 1908).

Will man Gansers Wirken kurz zusammenfassen, so ist zu konstatieren: Er war der erste Chef einer Dresdner Psychiatrischen Klinik, er hat das geistige Leben der Stadt als Vorsitzender des Vereins für Nervenheilkunde mitbestimmt, er war aktiv in der sächsischen Medizinalpolitik

und hat sich mit der Beschreibung eines psychiatrischen Syndroms ein dauerhaftes Denkmal gesetzt.

Das Bild von Ganser auf dem Titelblatt des „Ärzteblatt Sachsen“ stammt von dem bekannten Dresdner Maler Robert Sterl (1867 bis 1932), der von 1904 bis 1932 Professor an der Dresdner Kunstakademie war, dort zeitweilig auch Rektor. Er galt als Vertreter des Impressionismus, gehörte der Dresdner Secession an, war ein gefragter Portraitmaler, unter anderem war er auch Ehrendoktor der Leipziger Universität. Er begründete eine Maltradition, die über Kretschmar zu Klotz führte; von Letzterem hat die Sächsische Landesärztekammer mehrere bedeutende Werke erworben.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig

Das Osterreiten in der Oberlausitz

Der Prozessionszug ist wohl mehrere hundert Meter lang. Das Schlagen der Hufe war schon zu hören als man die prächtigen Pferde noch nicht sah. Jetzt hört man auch das Schnauben der kräftigen Tiere, die festlich geschmückt sind. Auf ihrem Rücken die Männer in Frack und Zylinder. In ihren Händen das Kreuz Jesu und andere Symbole der katholischen Kirche. Křižerjo werden sie auf sorbisch genannt. Kreuzreiter also. Besser bekannt als Osterreiter.

Was am Ostersonntag in den sorbisch-katholischen Regionen der Oberlausitz zu bestaunen ist, ist gelebte Tradition. Die Sorben sind ein westslawisches Volk in Sachsen. Das Osterreiten ist eine typische und ganz eigene sorbisch-katholische Tradition. Wenn man österliche Bräuche in Sachsen kennenlernen möchte, bietet dieses Spektakel im Wortsinne das meiste zu sehen. An dieser Zeremonie sind mehrere Oberlausitzer Orte mit ihrer ganzen Einwohnerschaft beteiligt. Schon die Vorbereitung benötigt viel Zeitraum, auch weil extra für diesen Anlass die schönsten Pferde aus ganz Deutschland nach Sachsen geholt werden. Osterreiten ist im Kern die Verkündigung von der Auferstehung Jesu Christi. Die Osterreiter – das sind die katholischen Männer einer Gemeinde – ziehen hierzu auf feierlich ge-



© Berthold, Dresden



Ankunft der Osterreiter im Kloster St. Marienstern

© Berthold, Dresden

schmückten Pferden von ihrer Gemeinde zu benachbarten Kirchspielen. Nachdem sie gemeinsam den Ostergottesdienst in der Heimatkirche begangen haben, umreiten sie diese mehrfach und werden gesegnet. Auf seinem Weg zur Zielgemeinde durchquert der Prozessionszug weitere Orte. Auch dabei wird die Kirche umritten, man singt sorbische, bei einem der Züge auch deutsche Kirchenlieder und spricht beim Verlassen der Orte seine Gebete laut. An der Spitze der Prozession reiten der Fahnenträger sowie die Träger des Kreuzes und der Christusstatue. Angekommen am Zielort wird die frohe Botschaft von der Auferstehung verkündet und Ross und Reiter werden verköstigt. Hierbei ist der ganze Ort auf den Beinen, um sich von seiner besten Seite zu zeigen. Die Reiter sollten sich als einigermaßen trinkfest erweisen. Das bei jedem Halt angebotene Gläschen mit Hochprozentigem abzulehnen, gilt als ungastlich.

Brauch ist, dass die besuchte Gemeinde ihrerseits einen Gegenbesuch durchführt. Die beiden Prozessionen, die aus mehreren hundert Pferden bestehen können, dürfen sich nicht kreuzen. Der Glaube daran, dass dies Unglück bedeutet würde, weist zurück auf die heidnischen Ursprünge dieser Tradition. Denn wie bei so vielen der christlichen Riten bilden heidnische Bräuche die Folie, der im Laufe der Christianisierung eschatologische Inhalte eingeschrieben wurden. Ursprünglich galt der slawische Brauch einer guten Ernte.

Das Umreiten des Kirchspiels leitet sich ab vom Umreiten der Felder der benachbarten Bauernhöfe. Hierbei sollten die Geister des Winters vertrieben werden und man betete für ein gutes Jahr und eben für eine reiche Ernte. Eine erste urkundliche Erwähnung dieses Brauchs findet sich übrigens bereits im Jahr 1490.

Die heutigen Prozessionen konzentrieren sich auf das Gebiet der katholischen Oberlausitz zwischen Kamenz und Bautzen. Es sind mittlerweile neun Züge mit insgesamt mehr als 1.600 Pferden, die von den Beteiligten in Eigenregie organisiert und aus der eigenen Tasche finanziert werden. Als größte Prozession gilt die von Wittichenau nach Ralbitz und vice versa mit mehr als 400 Pferden. Weitere wichtige Routen sind die zwischen Bautzen, Radibor und Storchta sowie die Crostwitz-Panschwitz-Prozession. Dem Osterreiten verwandt ist das Ostersaatreiten Ostritz-Marienthal zum berühmten Kloster St. Marienthal.

Das sorbische Osterreiten ist altes gepflegtes Brauchtum. Die Überlebenskraft dieser Tradition erweist sich nicht zuletzt in der Fähigkeit, das allem Religiösen gegenüber feindlich gestimmte DDR-Regime überdauern zu haben.

Nähere Informationen zu dieser österlichen Tradition sowie zu den einzelnen Strecken und Zeiten der Osterreiter finden Sie auf www.sorben.org unter „Bräuche“.