

Editorial	Einigkeit macht stark	92
Berufspolitik	7. Wiener Symposium Veranstaltung „Chancen und Perspektiven“ für Ärzte in Weiterbildung „Was hab' ich?“	93 94 95
	KarMed – Karrierebedingungen und Karrierebrüche bei Ärztinnen	95
	6. Deutsch-Polnisches Symposium 2015	98
Gesundheitspolitik	10. Nationales Treffen der Netzwerke Diabetischer Fuß	99
	Erstes Peer-Review-Verfahren 2013 in der Intensivmedizin in Sachsen	100
	Sächsische Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle Pathologie“	105
Medizinische Fachangestellte	Urlaubsansprüche für MFA – Das sollten Sie wissen!	107
	KarriereStart 2015	108
	Zwischenprüfung „Medizinische Fachangestellte“	109
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	109
Originalie	Multiparametrische-MRT der Prostata	111
Tagungsbericht	Crystal und Co. in der Schwangerschaft – Konsequenzen für das Kindeswohl	115
Leserbriefe	Dr. med. Heinrich Günther / Friedrich R. München	116
	Dr. Christof Grübler / Dr. med. Klaus Heckemann	117
	Dipl.-Med. Hans-Georg Pampel	122
Verschiedenes	Weltärztorchester in Dresden	117
Medizingeschichte	100 Jahre AOK-Poliklinik in Dresden	118
Personalia	Jubilare im April 2015	123
Kunst und Kultur	Ausstellung: Heidrun Rueda	125
	Einhefter Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2015 Vorstellung der Kandidaten zur Kammerwahl



Informationsveranstaltung für
Ärzte in Weiterbildung
Seite 94



6. Deutsch-Polnisches
Symposium 2015
Seite 98



100 Jahre AOK in Dresden
Seite 118

Titelbild: Kandidaten zur Kammerwahl, Wahlperiode 2015 – 2019
© SLÄK

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

Einigkeit macht stark



© SLÄK

Immer wieder fällt mir auf, dass Probleme – hier die innerärztlichen – besonders dort entstehen, wo nicht oder zu wenig miteinander geredet wird. Es ist wie in einer Ehe: Man kann ohne einander nicht sein und miteinander nur, wenn es auch ein Mit-Ein-Ander gibt. Achtung, Respekt, gegenseitiges Verständnis und das Wohlwollen im tieferen Sinne sind Voraussetzungen dafür, einig zu sein. Tun wir das nicht, wird es uns Ärzten gehen wie es der römische Offizier Gaius Petronius bereits 100 n. Chr. beschrieb: „Wir übten mit aller Macht. Aber immer, wenn wir begannen, zusammengeschweißt zu werden, wurden wir umorganisiert. Ich habe später gelernt, dass wir oft versuchten, neuen Verhältnissen durch Umorganisation zu begegnen.“

Es ist eine phantastische Methode. Sie erzeugt die Illusion des Fortschritts, wobei sie gleichzeitig Verwirrung schafft, die Effektivität mindert und demoralisierend wirkt.“

Wir werden also gelebt, unterwerfen uns den sogenannten „Ersatzvornahmen“ anstatt selbst zu gestalten und

dies aber auch zu kommunizieren. Unterläßt man das, sind Missverständnissen Tür und Tor geöffnet.

Man kann nicht erwarten, dass Politiker oder Juristen unsere Gedanken, unsere ethischen Erwägungen oder unsere fachliche Logik nachvollziehen können, wenn man nicht auf diese zugeht, um zu erklären und unsere Sicht zu begründen. Politiker lassen sich – wenn sie klug sind – beraten, aber wie repräsentativ sind diese Berater, wenn sie sich im direkten Umfeld befinden? Die Wahrscheinlichkeit, relevante Informationen für politisch-juristische Entscheidungen zu bekommen, dürfte mit dem Quadrat der Entfernung der Informationsquelle sinken. Also führt unser Weg nicht daran vorbei, das, was uns bewegt, nach „oben“ zu transportieren. Es kostet ein wenig Mühe, aber es lohnt sich.

Wir alle haben in der Region Politiker, die zu Gesprächen bereit sind – und sei es nur vor einer bevorstehenden Wahl. Und auch der Weg nach Dresden, Berlin oder Bonn ist heutzutage keine Hürde, man muss ihn nur gehen. Was uns zunächst aber hindert, uns verständlich zu machen, ist die eigene Uneinigkeit. Zuallererst müssen wir innerärztlich kommunizieren, miteinander sprechen und gemeinsam Entscheidungen treffen. Dafür kann unser eigener Horizont nicht weit genug sein.

Wir hätten es leichter, wenn wir das Wesen unserer Berufung, nämlich für den Patienten da zu sein, vielleicht etwas bedingungsloser annehmen würden. Hier fallen mir spontan gleich mehrere Baustellen ein, die wir mit zu verantworten haben oder selbst verbessern könnten. So sind stringente Sektorengrenzen mehr „Stein des Anstoßes“ als förderlich für eine harmonische Patientenbetreuung. Wartezeiten werden von

Politikern geregelt, wenn wir es nicht schaffen, im Interesse des Kranken und nicht des eigenen Vorteils wegen zu priorisieren. Betriebswirte diktieren uns fabrikähnliche und nur noch ökonomisch orientierte „Leistungserbringung am Kunden“, wenn wir nicht unsere moralisch-ethischen Wurzeln wiederfinden.

Ein neues Qualitätsinstitut wird Mess- und Regelgrößen erfinden, um sich selbst eine Existenzgrundlage zu geben, die ohne unser Zutun in Sanktionismus und Frustration führt. Heilen ohne Prävention zäumt das Pferd von der falschen Seite auf. Tarifpolitik wird Gleichmacherei weichen, wenn wir schweigen und uns nicht einen und wie das Bund Streichhölzer unzerbrechlich werden. Auch Bürokratie entsteht dort, wo sich die, um die es geht, nicht mehr miteinander abstimmen. Was wäre ein Team ohne Einigkeit, die zugegebenermaßen gelegentlich erstritten werden muss. Es gibt genügend Vorbilder in unserem Beruf, die die Ärzteschaft zusammengeschweißt haben, die sogar in schlimmen historischen Kontexten das Wesen des Arztseins hochgehalten haben. Politischer Aktionismus wird uns und unsere Moral heute besonders dann treffen, wenn er dieses Wesen nicht erkennt und wertschätzt. Wer kommuniziert, horizontal wie auch besonders im Klinikalltag vertikal, ist dem nicht mehr hilflos ausgesetzt. Gelegenheiten gibt es viele, nicht nur Ärztetage sind dazu trefflich geeignet. Wir haben einen sprechenden Beruf, also sollten wir diese Fähigkeiten nutzen, weiterhin gemeinsam Ziele zu suchen, die wir schweigend nie finden werden.

Dazu eignen sich der Kollegenkreis, die Fach- und Berufsgesellschaften, die Stammtische sowie die Gremien der Sächsischen Landesärztekammer.

Dr. med. Rainer Kobes
Vorstandsmitglied

7. Wiener Symposium

Ärztliche Versorgungsformen

Bereits zum siebten Mal lud die Österreichische Ärztekammer Ende Januar 2015 zu ihrem Wiener Symposium ein. Kammerpräsident Dr. Artur Wechselberger konnte erneut viele deutsche Vertreter von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften begrüßen, darunter den Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck. Letztgenannter stellte die „Ambulanten Versorgungsformen in Deutschland und die Schnittstellenfunktion des Hausarztes“ im Rahmen eines Vortrags vor. Herr Bodendieck erläuterte vor allem die Schnittstellen in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere zum Krankenhaus (Einweisungs- und Entlassmanagement), zu anderen (Fach-)Ärzten, zur ambulanten Pflege, zur stationären Pflege, zu anderen medizinischen Fachberufen (Psychotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungsberatung uvm.) und zu den Versicherungen (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften).

Vorträge zum (deutschen) Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und zur Bedeutung eines Krankenhauses im ländlichen Raum für die Sicherstellung komplexer Versorgungsstrukturen rundeten diesen Themenkomplex ab. Dabei zeigten sich die österreichischen Vertreter besonders interessiert an den Strukturen des MVZ, die in dieser Form in Österreich nicht existieren.

Ein weiterer Themenblock befasste sich mit der Palliativversorgung sowohl in Österreich als auch in Deutschland, verdeutlicht am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern. Insoweit besteht in Österreich die Tendenz, dass das „institutionalisierte“ Sterben in Heimen zunimmt, während das in Krankenhäusern abnimmt. Dazu stehen eine Vielzahl von unterstützenden Maßnahmen zur Verfügung, wie etwa mobile



Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer; Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Wolfgang Gagzow, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Hanns-Diethard Voigt, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern; Dr. med. Jens-Uwe Schreck, Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg; Dr. med. Birgit Gäbler, Referatsleiterin Weiterbildung/Prüfungswesen der Sächsischen Landesärztekammer (v.l.) © SLÄK

Dienste, Schulungen, die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger, die Pfarre, etc. Besondere Beachtung erfuhr der Vortrag des Vizepräsidenten der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Mayer, zur/zum Spitalsärztin/Spitalsarzt 2025. Vor dem Hintergrund des zum Teil auch in Österreich schon existierenden Ärztemangels, insbesondere in ländlicheren bzw. abgelegeneren Regionen hat sich ein Expertengremium Gedanken zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Zukunft gemacht. Dabei geht es in erster Linie um die Bündelung von Ressourcen, wie etwa die

Einrichtung jeweils nur einer Fachabteilung im Krankenhaus pro Region oder die Errichtung von ärztlichen Gruppenpraxen. Hier ist für die Zukunft noch viel gemeinsames Diskussionspotenzial gegeben.

Am Rande des Symposiums nutzen die sächsischen Teilnehmer die Gelegenheit, sich mit den österreichischen Partnern über die Fortsetzung der Zusammenarbeit bzw. über weitere gemeinsame Projekte zu verständigen.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Veranstaltung „Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“

Zum nunmehr siebten Mal luden die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank die Ärzte in Weiterbildung und die PJ-ler in Sachsen zu einer gemeinsamen Informations-, Beratungs- und Fortbildungsveranstaltung am 7. Februar 2015 in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer ein. Rund 140 Kolleginnen und Kollegen, PJ-ler und andere interessierte Teilnehmer kamen der Einladung nach.

In seinem einführenden Vortrag stellte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, die ärztliche Selbstver-

waltung und insbesondere ihre Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung dar. Gleichzeitig informierte er über die umfangreichen Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit und Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich sowie im öffentlichen Gesundheitswesen. Hierbei konnte er die ausgezeichneten Berufsperspektiven für Ärzte in Sachsen hervorheben. Anschließend übermittelte Dipl.-Med. Heidrun Böhm, Leiterin des Referats „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz“ im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, das Grußwort der Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Barbara Klepsch.

Die Teilnehmer hatten im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer die Möglichkeit, sich an zahlreichen Informationsständen ausführlich über berufliche Möglichkeiten, Tätigkeitsbereiche, Förderungen sowie Weiterbildungsoptionen für angehende Ärzte im Freistaat Sachsen zu informieren. Am Beratungsstand der Sächsischen Landesärztekammer erhielten die Teilnehmer Antworten auf generelle Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung und zur Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin. Sie wurden aber auch ganz persönlich für ihren Weg zur gewünschten Facharztbezeichnung beraten. Die Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gaben den angehenden Ärzten Auskunft zur Niederlassung, zu freien Weiterbildungs- bzw. Praxisstellen und wo und für welches Fachgebiet Praxisnachfolger gesucht werden. Große Zuwendung erhielt auch in diesem Jahr der Informationsstand des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, an welchem sich die Teilnehmer detailliert über berufliche Möglichkeiten in diesem Sektor informieren konnten. Unterstützungsangebote für alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit wurden am Informationsstand des Netzwerkes „Ärzte für

Sachsen“ präsentiert. Hier konnten die Teilnehmer zudem eine Zusammenstellung familienfreundlicher Angebote sächsischer Kliniken erhalten, die jungen Ärzten als erste Orientierungshilfe dienen soll. Auch die Sächsische Ärzteversorgung war mit zwei Mitarbeiterinnen vertreten, welche die angehenden Ärzte bei den wichtigen Fragen zur Altersvorsorge berieten.

In zehn Workshops konnten sich die Teilnehmer eingehend zu verschiedenen Themen rund um die Tätigkeiten als Arzt im Krankenhaus oder in der Niederlassung informieren. Erfahrene Kolleginnen und Kollegen berichteten zu medizinisch-fachlichen Themen wie zum Beispiel Stressmanagement, Verhalten im OP und ärztliche Gesprächsführung. Aber es wurden auch Workshops angeboten, die sich mit Fragen zur ärztlichen Berufsausübung beschäftigten, zum Beispiel verschiedene Niederlassungsmöglichkeiten, Finanzierung einer Praxis, Steuerfragen und vieles mehr.

Darüber hinaus fand in diesem Jahr eine Podiumsdiskussion zu dem Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ statt. Dieses Thema steht immer öfter im Fokus der Berufsentscheidungen von Ärzten und kristallisiert sich als erheblicher Wettbewerbsvorteil für Kliniken und Praxen heraus.

Die durch die Teilnehmer sehr positiv evaluierte Veranstaltung und das sehr gute Feedback der Mitveranstalter und der Mitarbeiter der Krankenhäuser lassen uns mit Elan die im nächsten Jahr am 6. Februar 2016 stattfindende Veranstaltung vorbereiten.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Jeanette Kuhnert B.A.
Sachbearbeiterin Ärztlicher Geschäftsbereich



Andrang an den Informationsständen

© SLÄK



Ärzte in Weiterbildung informieren sich

© SLÄK

„Was hab' ich?": Ehrenamt jetzt auch für Ärzte im Ruhestand

Das gemeinnützige Projekt „Was hab' ich?“ hat sich zum Ziel gesetzt, Patienten ihre medizinischen Befunde verständlich zu machen. So sollen diese ihrer Krankheit bewusster entgegentreten können. Bereits seit 2011 „übersetzen“ zahlreiche Medizinstudierende und Ärzte ehrenamtlich Befunde in eine für medizinische Laien verständliche Sprache – mehr als 22.000 Patienten konnte damit schon geholfen werden. Jetzt werden Ärzte im Ruhestand gesucht, die mit ihrem umfangreichen Wissen die Studierenden unterstützen wollen.

Das Angebot auf washabich.de ist für Patienten völlig kostenlos. Dies ist hunderten Medizinerinnen aus ganz Deutschland zu verdanken, die sich seit Projektstart ehrenamtlich engagieren. Die Studierenden und derzeit vorwiegend jungen Ärzte profitieren dabei vor allem von der Verbesserung ihrer Fähigkeiten in laienverständlicher Kommunikation. Jeder von ihnen erhält dafür zu Anfang eine umfangreiche Kommunikations-

Ausbildung. Doch auch in fachlicher Hinsicht benötigen sie Unterstützung: „Damit wir noch mehr erreichen können, wollen wir nun auf die große Erfahrung berenteter Ärzte zurückgreifen“, erklärt Johannes Bittner, Mitgründer von „Was hab' ich?“.

Die Vision der „Was hab' ich?“ – Gründer ist es, zwei Medizinergenerationen zusammenzubringen, die gemeinsam für den Patienten fundierte individuelle und laienverständliche Gesundheitsinformationen erstellen. Gerade bei Fachfragen könnten die angehenden Ärzte von der jahrelangen Erfahrung der Mediziner im Ruhestand profitieren. Zunächst ist angedacht, zehn berentete Ärztinnen und Ärzte aus Dresden und Umgebung in das Projekt zu integrieren. Dazu gehören eine intensive persönliche Einführung und Unterstützung während des Ehrenamts. Den Umfang seines Engagements kann dann jeder ehrenamtliche Mitarbeiter selbst bestimmen.

Sie möchten das Projekt als Arzt im Ruhestand ehrenamtlich unterstützen?
Schreiben Sie an kontakt@washabich.de
oder rufen Sie an unter (0351) 41 88 90-0.

Zur Website: <https://washabich.de>

Beatrice Brülke, Dresden

„KarMed – Karrierebedingungen und Karrierebrüche bei Ärztinnen“

Ergebnisse des qualitativen Leipziger Teilprojekts

Zusammenfassung:

Das Verbundprojekt KarMed¹ untersuchte die förderlichen und hinderlichen Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf von Frauen in

der medizinischen Profession. Das Vorhaben verfolgte damit das übergeordnete Ziel, Interventionen auf der Ebene der Arbeitsstrukturen und Weiterbildungsbedingungen aus Sicht der Ärztinnen abzuleiten.

Auf allen Stufen der fachärztlichen Weiterbildung sowie den daran anschließenden möglichen Karriere-stufen konnte das Leipziger Teilprojekt seitens der Arbeitsorganisation und der Arbeitskultur Formen von Diskriminierung rekonstruieren, die sich auf das weibliche Geschlecht sowie (potenzielle) Mutterschaft beziehen. Dabei spielen bestimmte Institutionen, wie der/die Vorgesetzte/r, aber auch intransparente Weiterbildungsbedingungen sowie implizite Arbeitsideale von Vollzeit-tätigkeit und arbeitszeitlicher Kontinuität

¹ Das diesem Kommentar zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und Mitteln des Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union unter den Förderkennzeichen 01FP1241/01FP1242 und 01FP1243/01FP1244 von 2008 bis 2014 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Autorinnen.



Einschränkungen der Berufsbiografie bei Ärztinnen noch immer vorhanden. © Alliance - Fotolia.com

eine exponierte Rolle in der Förderung und eben auch in der Behinderung der Karrieren von Ärztinnen.

Kommentar:

Trotz des höheren Anteils weiblicher Studierender zu Beginn und auch zum Abschluss des Studiums der Humanmedizin (GWK 2013; Statistisches Bundesamt 2012, 2014) dominieren in den *leitenden* Positionen sowohl der Organisationen der Krankenversorgung, als auch der medizinischen inner- und außeruniversitären Forschung hingegen nach wie vor Männer: Nur ca. 13 % der berufstätigen Ärztinnen steigen in höhere und höchste Leitungspositionen im klinischen Bereich auf (Hohner et al. 2003) und der Anteil der Ärztinnen an Professuren (C/W- und Juniorprofessuren) liegt bei nur knapp 20 % (GWK 2013). Ärztinnen bleiben also, trotz zunächst bester Voraussetzungen durch Ausbildung und Motivation, im Berufserfolg, gemessen an Status und Einkommen, hinter den Ärzten zurück.

Worin lassen sich die Ursachen dieser „Schere“ (Abele 2006) finden?

Um diese Frage zu beantworten, wurden in dem Verbundprojekt „KarMed“ gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf von Frauen in der medizinischen Profession untersucht. Im Leipziger Teilprojekt wurden dazu längsschnittlich im Verlauf von fünf Jahren bis zu vier Interviews mit Ärztinnen und deren Partner sowie Gruppendiskussionen mit Ärztinnen und Ärzten geführt. Aus insgesamt 150 Interviews mit Ärztinnen (und ihren Partner), die sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Berufskarriere befanden, und 21 Gruppendiskussionen mit Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung rekonstruierten wir Einflüsse auf die Karriereverläufe für Ärztinnen auf vier Ebenen:

- 1) Arbeitsstrukturen, Arbeitskultur und Arbeitsorganisation,
- 2) soziale Interaktionsprozesse des personellen Systems im Krankenhaus,
- 3) individuelle berufliche Orientierung, Paararrangement und Familie sowie
- 4) gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Förderliche und hinderliche *Arbeitsstrukturen* wurden in jeder Phase der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowohl in Bezug auf die weibliche Geschlechtskategorie (das heißt Diskriminierung als „Frau“, „weiblich“, „Ärztin“) als auch auf Schwangerschaft beziehungsweise Familienvereinbarkeit (das heißt Diskriminierung als „Schwangere“, „Mutter“) berichtet. Dabei spielen Institutionen wie intransparente Weiterbildungsbedingungen sowie implizite Arbeitsideale von Vollzeitätigkeit und arbeitszeitlicher Kontinuität eine exponierte Rolle. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der arbeitspolitischen Kultur der Befristung von Verträgen, welche zu einem Dilemma und somit dem Hinausschieben des Kinderwunsches auf Seiten der Ärztinnen führen können. Wenn Ärztinnen während der Weiterbildungszeit schwanger werden, erleben sie einen häufig

von ihnen bereits antizipierten Ausbildungs- und Karriereknick. Der Einfluss, den der Arbeitgeber Krankenhaus, die Regeln des Arbeitsmarktes sowie die Facharztweiterbildung auf den privaten Bereich der Familiengründung haben können, wird hier besonders eklatant. Unter diesen Bedingungen kann die Gefahr bestehen, dass die Ärztinnen ihren Beruf nach der Geburt des Kindes nicht wieder aufnehmen oder im günstigeren Fall im Krankenhaus in Teilzeit arbeiten. Die Tätigkeit in einer Niederlassung oder in Teilzeit bedeutet jedoch im Allgemeinen das Ende einer Karriere in Richtung Leitungsposition. Flexible und an die Bedarfe der Ärztinnen angepasste Arbeitszeitregelungen, Arbeitsverträge über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung sowie transparente Weiterbildungsbedingungen könnten auf dieser Ebene die erfolgreichen Karriereverläufe von Ärztinnen fördern.

Weiterhin zeigen *Bedingungen auf der personellen Ebene* (Vorgesetzte, Kollegen, Betriebsräte, etc.) erheblichen Einfluss auf die Karrieren von Ärztinnen. Einige Ärztinnen erlebten zum Beispiel eine deutliche Abwertung von Schwangerschaft durch Vertreter/-innen der klinischen Arbeitsstruktur durch ihre Deutung als „Bewerberin zweiter Klasse“. Von anderen Ärztinnen in unserem Sample wurde darüber hinaus ein erschwerter beruflicher Aufstieg aufgrund der Zuordnung zur weiblichen Geschlechtskategorie (ohne Bezugnahme auf Familiengründung) berichtet. Die persönliche Förderung und Unterstützung der Vorgesetzten und des Kollegiums jedoch kann auf dieser Ebene positive Auswirkungen auf die Karriereverläufe von Ärztinnen zeitigen.

Neben diesen arbeitsstrukturellen und -kulturellen Faktoren, konnten *individuelle Faktoren sowie Aspekte der Paarbeziehung und des familialen Systems* als die Karriere beeinflussend herausgestellt werden. Dazu zählen unter anderem die berufliche Orientierung und das berufliche Selbstverständnis der Ärztinnen. So finden wir bei neun Ärztinnen eine hohe Karriereorientierung, die

jedoch bei sechs Ärztinnen durch Brüchigkeit gekennzeichnet ist oder deren Karriere bereits als abgebrochen gewertet werden kann, trotz zunächst höchster Motivation. Der Vereinbarkeitskonflikt zeigt sich besonders anhand der Aufteilung von Familienarbeit, wonach sich die Ärztinnen für die Kinderbetreuung beziehungsweise die Organisation derselben in der Partnerschaft als hauptverantwortlich empfinden, was zu einer Mehrbelastung führt und als Traditionalisierungs- oder Mutterschaftsfall bezeichnet werden kann (Kortendiek 2004: 389). Innerhalb des medizinischen, aber auch des familialen Systems, wird diese Vereinbarkeitsproblematik in einigen Fällen an die Ärztinnen zurückgebunden: Diese Ärztinnen individualisieren und internalisieren die eingeschränkten Karrieremöglichkeiten dann und naturalisieren vor allem die Brüche („Frauen ist Karriere nicht gegeben“).

Verstärkend tragen dazu dann auch *gesellschaftliche Bedingungen*, wie beispielsweise unzureichende Kinderbetreuungsmöglichkeiten bei. Diese ausgewählten Ergebnisse verdeutlichen die Multimodalität der Einflüsse auf die Karriereverläufe von Ärztinnen. Und sie zeigen damit, dass auch Arbeitsstrukturen im Krankenhaus vor, während und nach der fachärztlichen Weiterbildung enorm zur widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen als Frauen und als Ärztinnen beitragen können (Becker-Schmidt 2004; Knapp 1990). Sie tun dies, indem sie weibliches Geschlecht, Schwangerschaft und Mutterschaft abwerten, die Entscheidung für Familiengründung für die gesamte folgende Berufsbiografie verallgemeinern und schließlich die

fachärztliche Weiterbildung enorm verzögern. Ärztinnen mit und ohne Kinder(wunsch) – bis zu einem gewissen Grad auch aktive Väter – werden dadurch während ihrer Ausbildung in eine zwiespältige Situation versetzt und sowohl in ihrer Berufs- als auch in ihrer privaten Entwicklung behindert. Gründe werden hier vielfältig diskutiert und weisen in verschiedene Richtungen. Zum einen spielt die homosoziale Reproduktion der Verhältnisse eine bedeutende Rolle. Korrespondierend dazu können sich Widerstände daraus ergeben, dass die gerechte Teilhabe von Frauen in Führungspositionen immer auch eine Verschiebung tradierter männlicher Machtverhältnisse darstellt. Und es geht um die Dominanz spezifischer Arbeitskulturen im medizinischen Feld, die unter anderem dazu führt, dass die „Qualität“ der Tätigkeit vor allem an der Bereitschaft zu quantitativ langen Arbeits- und Anwesenheitszeiten gemessen wird und weniger an der fachlichen Arbeit an und mit den Patienten. Trotz gleichzeitiger förderlicher Strukturen im Krankenhaus bzw. während der Weiterbildung zeichnen sich also Diskriminierungspraxen ab, die das Dilemma in erheblichem Maße mit erzeugen, in dem sich Ärztinnen zwischen Familiengründung beziehungsweise Familienengagement respektive beruflichem Aufstieg entscheiden müssen.

Für die Umsetzung förderlicher Maßnahmen in die Praxis wird aktuell ein weiteres Vorhaben² gefördert, welches sich den Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin widmet. Dazu werden verschiedene Maßnahmen zu gendergerechten Arbeitsorganisation an Kliniken durchgeführt.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift für die Verfasser:
Dr. phil. Swantje Reimann
Prof. Dr. phil. Dorothee Alfermann
Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (Fragas)
c/o Institut für Sportpsychologie und Sportpädagogik
Jahnallee 59, 04109 Leipzig
E-Mail: spopsy@uni-leipzig.de
Telefon: 0341 – 97 31630

² Das Verbundvorhaben „TransferGenderMed – Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin“ wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und Mitteln des Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union unter den Förderkennzeichen 01FP1433 und 01FP1437 gefördert; siehe www.transfergendermed.de

6. Deutsch-Polnisches Symposium 2015



Vom 23. bis 25. April 2015 laden die Sächsische Landesärztekammer und die Niederschlesische Ärztekammer ihre Mitglieder sowie alle interessierte Ärzte zum 6. Deutsch-Polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ nach

Görlitz ein. Das Symposium widmet sich den aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Deutschland und Polen. Auch die europäischen Einflüsse auf die nationale Gesundheitspolitik aus Sicht der Ärzte werden angesprochen. In weiteren Fachvorträgen geht es um demografische Entwicklung und ärztliche Versorgung diesseits und jenseits der gemeinsamen Grenze. Ärztliche Behandlungsfehler und die strafrechtliche Verantwortlichkeit sowie die Berufshaftpflicht der Ärzte werden ebenfalls thematisiert. Auch der Hygiene im Krankenhaus (MRSA) widmet sich ein Vortragsteil.

Zu den namhaften Referenten gehören Cezary Przybylski, Marschall von Niederschlesien, Hanna Suchocka, ehemalige Ministerpräsidentin Polens, Justizministerin und Botschafterin beim Heiligen Stuhl, sowie Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, und Dr. Konstanty Radziwiłł, Vizepräsident der Polnischen Ärztekammer. Mit einer Video-Botschaft wird sich Prof. Jerzy Buzek, ehemaliger Ministerpräsident Polens, an die Teilnehmer wenden.

Eröffnet wird das Symposium am 23. April 2015 im Dom Kultury in Zgorzelec. Ulf Großmann, Präsident der Kulturstiftung des Freistaates Sachsen spricht zu „Görlitz – über die Via Regia nach Görliwood“. Die Fachtagung findet am 24. April 2015 in der Landskron Kulturbrauerei Görlitz statt.

Ein internationaler Festabend für alle Teilnehmer wird anschließend ausgerichtet. Den Abschluss des Treffens bildet ein ökumenischer Gottesdienst in der Pfarrkirche St. Peter und Paul.

Teilnehmergebühr

120 EUR für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer
170 EUR für Nichtmitglieder
(Die Teilnehmergebühr beinhaltet den Bustransfer ab Dresden, zwei Übernachtungen und VP, Festabend sowie das Rahmenprogramm.)

Anmeldung

Anmeldungen sind nur noch bis 20. März 2015 per E-Mail an symposium2015@slaek.de oder per Fax an 0351 8267 412 möglich. Hinweis: Die Anmeldung ist nur verbindlich in Verbindung mit der Zahlung der Teilnahmegebühren. Eine eigene Anreise oder eine verkürzte Teilnahme kann nicht verrechnet werden. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Information

Das vorläufige Programm sowie ein Anmeldeformular finden Sie im Internet unter www.slaek.de → Ärzte → Fortbildung. Organisatorische Rückfragen an Frau Weitzmann, Telefon: 0351 8267 401 oder E-Mail an symposium2015@slaek.de. Es werden vier Fortbildungspunkte vergeben.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

10. Nationalen Treffen der Netzwerke Diabetischer Fuß

Das 10. Nationale Treffen der Netzwerke Diabetischer Fuß fand am 5. bis 6. September 2014 in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die Jubiläumsveranstaltung der aus dem Fußnetz Köln hervorgegangenen „Wanderveranstaltung“ zählte einen Besucherrekord und füllte den Plenarsaal in der Sächsischen Landesärztekammer mit Teilnehmern aus der ganzen Bundesrepublik. Die Programmgestaltung folgte dem interdisziplinären Anspruch der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms und vereinte teilnehmende Ärzte mit Podologen, Wundfachkräften und Orthopädieschuhmachern und Orthopädietechnikern. Somit war es möglich, die Diskussion mit den Erfahrungen aus der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms aus den verschiedenen Regionen zu führen.

Die thematisch an praktischen Gesichtspunkten orientierten Plenarvorträge demonstrierten die pathologische Anatomie des Fußes bei Neuropathie, Bedeutung und Beherrschung des aktuell sehr wichtigen Umgangs mit Patienten bei Verdacht auf krankenhaushygienisch relevante Keime wie MRSA bis hin zur Vorstellung eines Versuchs zur standardisierten Fotodokumentation von Lokalbefunden und Wunden. Das Programm wurde ergänzt durch Workshops zur Röntgendiagnostik



Die Organisatoren waren ebenso wie alle Teilnehmer der Veranstaltung intensive Zuhörer.
© Evelyn Bruns, cid

am Diabetischen Fuß und zum MRT-Einsatz bei Charcot-Fuß sowie zu speziellen Fragen der Schuhversorgung. Die Präsentation aller Themen war durch einen hohen Praxisbezug und einen immer hervorgehobenen interdisziplinären Ansatz geprägt, was die ganze Tagung zu einem spannenden Fortbildungserlebnis werden ließ.

Wir haben noch viel zu tun, um die prinzipiellen Möglichkeiten zur Behandlung von Diabetischen Fußbefunden in der Behandlungsrealität abzubilden. Kritische Themen waren zum Beispiel die mangelnde Verfügbarkeit von erfahrenen Chirurgen für kleine ambulante Eingriffe am Fuß und die Schnittstellenproblematik bei Erstdiagnose von Läsionen: Wie arbeiten Diabetologen, Podologen und Chirurgen in den entsprechenden Territorien vernetzt zusammen. Erfahrungen und Potenziale der

Zusammenarbeit und dabei auftretende Schnittstellenprobleme waren Gegenstand der Diskussion. Neue Erfahrungen bei der Behandlung ausgewählter Befunde wurden vorgestellt, so eine Methode zur minimalinvasiven Durchtrennung von Beugersehnen bei klinisch relevanten Krallenzehen.

Ein weiterer Schwerpunkt war der Stand der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern. In Anbetracht dessen, dass viele Leistungen im EBM nicht kostendeckend abgebildet sind, wird versucht, mit unterschiedlichen Vertragsmodellen Abhilfe zu schaffen. Die positiven Erfahrungen bei der Lösung von Finanzierungsproblemen durch Verträge mit einzelnen Krankenkassen wurden diskutiert. Vorgelegt wurden auch erste Ergebnisse vom Einsatz von Wundberatern durch die DAK, um den sachgerech-

ten und damit kosteneffizienten Einsatz von Verbandsstoffen zu befördern.

Dresden zeigte sich von repräsentativer Seite und bot den bundesweit angereisten Teilnehmern in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer und auch bei der Abendveranstaltung auf den Lingnerterrassen eine angenehme Atmosphäre für einen intensiven Erfahrungsaustausch.

Es erging die Einladung zum 11. Netzwerktreffen für den 4. bis 5. 9. 2015 nach Hamburg.

Dr. med. Cornelia Woitek, Wurzen,
Dr. Dirk Hochlehner, Dresden
Dr. med. Hannes Rietzsch, Dresden



Ratgeber zum gesunden Schuh

© Evelyn Bruns, cid

Erstes Peer-Review-Verfahren 2013 in der Intensivmedizin in Sachsen

I. Einführung zum Verfahren

Dr. med. Patricia Klein, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer

Die Methode des Peer Review ist ein alt bewährtes ärztliches Verfahren, welches als unbürokratisches und flexibles Instrument der Förderung von Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung dient.

Peer-Review-Verfahren bieten Ärzten die Chance, auf Ebene der Patientenversorgung das Konzept der

externen und internen Qualitätsentwicklung mit dem Konzept des lebenslangen Lernens durch einen kollegialen Austausch miteinander zu verbinden. Die sächsischen Pathologen haben diese Chance bereits seit dem Jahr 1999 erkannt und ein Peer-Review-Verfahren Pathologie im Freistaat Sachsen implementiert und kontinuierlich weiterentwickelt.

Die ersten Impulse für die Einführung von freiwilligen Peer Reviews in Krankenhäusern gingen 2008 von der Initiative Qualitätsmedizin (www.initiative-qualitaetsmedizin.de) sowie von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (www.dgai.de), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv-

und Notfallmedizin (www.divi.de) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (www.bda.de) aus. Ziel des Peer-Review-Verfahrens Intensivmedizin in Sachsen ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen freiwilligen Qualitätsbeurteilung durch Fachkollegen aus anderen Einrichtungen und unterschiedlichen Berufsgruppen. Das Peer-Review-Team ist interdisziplinär und multiprofessionell aus Ärzten und Pflegekräften zusammengesetzt.

Auf Augenhöhe tauschen die Peers untereinander Informationen anhand eines strukturierten Fragenkataloges aus und können so Stärken und auch Schwächen identifizieren, analysieren und diskutieren. Eine systematische Selbstbewertung vor dem Besuch des externen Peer-Teams wird durch die Fremdbewertung beim Peer-Review ergänzt, und so können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt werden. Die Peers suchen primär nicht nach Fehlern oder Mängeln, sondern geben der Einrichtung ein Feedback aus externer Perspektive. So werden nach dem Prinzip der Kollegialität der offene Informationsaustausch und das voneinander Lernen erst ermöglicht.

Die Ideen, Ansätze und Konzepte zur Qualitätsverbesserung in den Inten-



Peer-Review-Kurs 2014

© SLÄK

siveinrichtungen werden so von Anfang an gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet, die Teilnehmer können im direkten Austausch voneinander lernen.

Als Peer kommen nur Ärzte und Pflegekräfte zum Einsatz, die selbst auf einer Intensivstation tätig sind und eine 1,5-tägige Schulung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer ([www.slaek.de/Ärzte/Qualitätssicherung/Peer Review Intensivmedizin](http://www.slaek.de/Ärzte/Qualitätssicherung/Peer_Review_Intensivmedizin)) absolviert haben. Vorbereitend müssen sie noch zwei Peer-Review-Verfahren als Hospitanten begleitet haben. Die Besuche bleiben für die jeweilige Intensivstation kostenfrei, es werden nur die Fahrtkosten der Peers in Rechnung gestellt. Nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit muss aber jede Organisation, die sich einem Peer Review unterziehen möchte, ihrerseits Peers unentgeltlich zur Verfügung stellen. Durch die wechselseitigen Besuche wird der kooperative Ansatz unterstrichen, und so lernen die Peers beide Rollen des Peer-Review-Verfahrens kennen und schätzen.

Das Referat Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer begleitet dabei die administrativen sowie organisatorischen Abläufe des Peer Reviews Intensivmedizin und stellt über die Teilnahme an der freiwilligen Qualitätskontrolle eine Bescheinigung mit dem Siegel der Sächsischen Landesärztekammer aus. Von der Sächsischen Landesärztekammer werden für die Peer Reviews ca. zehn Fortbildungspunkte für Besucher und Besuchte anerkannt.

II. Erfahrungsbericht zur Erstellung des Selbstbewertungsbogens

Dr. med. Birgit Gottschlich, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden

Nach Beantragung des Peer-Review-Verfahrens bei der Sächsischen Landesärztekammer und der terminlichen Absprache des Teambesuchs war die Selbstbewertung unserer Station anhand des 52-Fragen-Bogens der nächste Schritt. Dieser Selbstbewertungsbogen beinhaltet wesentliche Fragen zur Organisation, zu den Mitarbeitern und ihrer Teamentwicklung, zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, zu Qualitätsindikatoren und zum Berichtswesen. Alle Items werden hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen und der prozessualen Umsetzung bewertet. Die Skala reicht von 1 (= trifft nicht zu) bis 4 (= alle Teilaspekte treffen zu).

Von Anfang an war es für uns selbstverständlich, diese Arbeit als gemeinsames Projekt von ärztlichem und pflegerischem Personal ausführen zu lassen. Eine Arbeitsgruppe von mehreren Ärzten und Pflegekräften diskutierte gleichberechtigt und engagiert unter Leitung eines erfahrenen Moderators. Aufgrund der zahlreichen Fragen und des umfangreichen Diskussionsbedarfs wurden insgesamt drei Termine à 90 Minuten erforderlich. Am Ende konnte dem Peer-Team ein von Ärzten und Pflegekräften akzeptierter und konsen-

zierter Selbstbewertungsbogen vorgelegt werden.

Die Erfahrungen des geschilderten Vorgehens waren durchweg positiv (s. Kasten). In der Diskussion zeigte sich, dass sowohl zwischen als auch innerhalb der Berufsgruppen verschiedene und zum Teil sogar gegensätzliche Einschätzungen existieren.

1. Die Diskussion schafft eine Vereinheitlichung des Kenntnisstandes der Beteiligten und weist gleichzeitig Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis auf.
2. Die Diskussion fördert die argumentativen Fähigkeiten der Beteiligten.
3. Die Diskussion fördert den Teamgedanken.
4. Die Diskussion fördert die Konsensfähigkeit der Beteiligten.
5. Die Maßnahme dient der Mitarbeitermotivation und trägt damit zur Qualitätssteigerung bei.

Besonders bemerkenswert waren die Unterschiede in der strukturierten Weiterbildung zwischen den Berufsgruppen sowie die unterschiedliche Wahrnehmung der Teamfähigkeit und der Teamentwicklung. Verbesserungspotenziale konnten so bereits im Vorfeld des Peer-Team-Besuchs herausgearbeitet und damit Schwerpunkte für die weitere Entwicklung festgelegt werden. Ein interner Themenkatalog mit Priorisierung der wichtigsten Handlungsfelder wurde auf unserer Station damit bereits im Vorfeld erstellt.



Peer-Review-Gespräch

© ANE-ITS

Die Erhebung bzw. Erstellung des Selbstbewertungsbogens ist ein wichtiges und nützliches Instrument zur Standortbestimmung der Station. Der Zeitaufwand für die Erstellung ist überschaubar und vertretbar, das Verfahren könnte jederzeit (zum Beispiel jährlich) wiederholt werden. Die drängendsten Probleme werden durch diese Beurteilung sichtbar und können im Weiteren fokussiert betrachtet und gelöst werden. Eine Gleichberechtigung der Teilnehmenden sowie das Fehlen hierarchischer Strukturen, verbunden mit kritischer Reflexionsfähigkeit, sind Grundvoraussetzungen für eine wahrheitsgetreue Selbstbeurteilung. Voraussetzung ist die Moderation der Diskussion durch eine kompetente Person. Die Erstellung bzw. Beschäftigung mit dem Selbstbewertungsbogen in einem multiprofessionellen Ansatz kann allen Intensivstationen mit und ohne folgendem Peer-Review-Team-Besuch nur empfohlen werden.

III. Erfahrungsbericht zur Frage: „Warum Peer Review in der Pflege?“

Carolin König, Elblandklinikum Radebeul, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivtherapie

Als Anfang 2013 meine Chefin anbot, an einer Weiterbildung für das Peer-Review-Intensivmedizin-Verfahren teilzunehmen, war ich zunächst skeptisch. Wie viele Qualitätsverfahren hatte ich als leitende Schwester einer Intensivstation in den vergangenen Jahren schon kennengelernt, in denen wir zwar geschult, aber niemals aktiv einbezo-

gen wurden, als es um die Reflexion unserer eigenen Arbeit ging? Während der zweitägigen Schulung zum Peer in der Sächsischen Landesärztekammer revidierte ich meine Meinung jedoch schnell. Da saßen Ärzte und Pflegekräfte an einem Tisch, die ein gemeinsames Interesse daran hatten, die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und zuzulassen, dass man aus den Stärken Anderer etwas lernen kann und dass Schwächen das Potenzial für alle enthalten, sich weiter zu entwickeln. Mit Respekt vor der Arbeit des Anderen, mit dem Bewusstsein, dass wir nur gemeinsam mehr Zufriedenheit in unserem beruflichen Sein erlangen können – dies vernahm ich dort. Mir wurde aber auch klar: Wir als Pflegenden müssen uns aktiv in diesen Prozess einbringen und dürfen uns nicht hinter den Ärzten zurücklehnen, denn hier geht es genauso um unsere Arbeit.

Im Herbst 2013 nahm ich dann an einem Peer Review des Universitätsklinikums Leipzig teil. Aus einem Haus der Regelversorgung kommend, war es für mich eine herausfordernde Sache. In der anfänglichen sehr offenen und von Respekt geprägten Gesprächsrunde wurden uns die Strukturen und Abläufe der Intensivstation dargestellt sowie unsere Fragen, welche sich nicht zuletzt auch aus einem Selbstbewertungsbogen der Klinik ergaben, beantwortet. Allerdings geschah dies nicht ohne einen kleinen Beigeschmack. Warum antworten auf pflegerelevante Fragen oft Ärzte bzw. nicht unmittelbar am Stationsprozess Beteiligte? Sind wir skeptischer gegenüber solchen Verfahren, oder setzen wir uns selbst in die zweite Reihe?

Der zweite Teil des Peer Reviews beinhaltete anschließend den praktischen Einblick in das Stationsleben. Hier trennten sich Ärzte und Pflegenden, um gezielt aus ihren Erfahrungen heraus Sachverhalte analysieren zu können. Für die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit war dies wohl die richtige Aufteilung. Man hinterfragt letztendlich ja auch seine eigene Arbeit und kommt nicht selten zu Erkenntnissen, die es mit-

zunehmen gilt. Zudem werden Problemfelder sowohl offener angesprochen. Zumindest ansatzweise, denn wer gibt schon gerne Schwächen zu oder spricht in solch einem Verfahren negativ über die andere Berufsgruppe? Vielleicht geht es aber auch anders? Dies wird in weiteren Verfahren hinterfragt werden müssen. Mir persönlich hat dieser Tag insbesondere eine Erkenntnis gebracht: Wenn wir lernen, ohne Wertigkeit Sachverhalte zuzugeben, aufzunehmen und zu hinterfragen, dann werden wir neue Lösungsansätze finden, um unsere Arbeit zufriedener für alle gestalten zu können.

Damit dieses Peer-Review-Verfahren Ärzten, Schwestern, Pflegern und Patienten eine wirklich neue Arbeits- und Lebensqualität bringt, müssen wir auf „Augenhöhe“ agieren, uns eben einbringen in dieses Verfahren. Pflegenden und Ärzten auf den Intensivstationen sollten es als eine Chance sehen, sich mit beruflich Gleichgesinnten auszutauschen, etwas zu bewegen in manchmal zu sehr eingefahrenen Strukturen. Von einander lernen, ist keine Frage der Größe eines Hauses oder der beruflichen Stellung. Wir alle können profitieren, wenn uns bewusst ist, um was es hier geht.

IV. Erfahrungsbericht über das Peer-Review-Verfahren auf den Interdisziplinären Operativen Intensivstationen (IOI) des Universitätsklinikums Leipzig

Prof. Dr. med. Hermann Wrigge, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Das intensivmedizinische Peer Review basiert auf Freiwilligkeit und Gegenseitigkeit. Kollegialität, das heißt gegenseitiges Visitieren und Lernen auf Augenhöhe, ist Basis des Peer-Review-Verfahrens.

Auch an unserer Klinik setzte in den Monaten vor dem ersten Peer Review ein Vorbereitungsprozess ein, im Rahmen dessen zunächst alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter in mehreren Informationsveranstaltungen über die für das Peer Review relevanten, von der DIVI zer-

tifizierten Qualitätsmarker sowie den Ablauf des Verfahrens informiert wurden. Dies erschien uns nicht nur essenziell für die Akzeptanz und das Gelingen des Reviews, sondern setzte auch eine Diskussion über Inhalte und Abbildung der Qualitätsmarker auf den jeweiligen Stationseinheiten unserer Klinik als wichtigen Bestandteil des Qualitätsprozesses in Gang.

Der Peer-Review-Besuch erfolgte durch vier Intensivmediziner und zwei Fachpflegekräfte aus verschiedenen sächsischen Kliniken. Seitens unserer Klinik nahmen das leitende ärztliche und pflegerische Personal der visitierten drei Intensivbereiche der IOI teil. Zunächst gab der Klinikdirektor einen Überblick über Leitbild, Strukturen, Kennzahlen, Organisationsaspekte und das Leistungsprofil der Klinik. Daraufhin wurden orientierend am im Vorfeld bearbeiteten Selbstbewertungsbogen Fragen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zu den intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren besprochen. Es kam zu einem offenen und kollegialen Erfahrungsaustausch mit lösungsorientierter Diskussion, die von Fachkompetenz, Genauigkeit, Fairness und Respekt geprägt war. Kollegiale Anregungen zur Verbesserung einzelner Prozesse wurden hier bereits benannt und erste Gedanken zur Umsetzung formuliert. Beeindruckend war das straffe und konzentrierte Arbeiten des gesamten Teams über drei Stunden. Die anschließende gemeinsame

Begehung unserer Intensivstationenbereiche fand in drei Gruppen für die jeweiligen Stationseinheiten statt. Jedes Peer-Review-Team wurde durch einen ärztlichen Kollegen unserer Intensivstationen begleitet, um das Team und die befragten Mitarbeiter zu unterstützen. Bettseitig wurde dann die Erfüllung der zuvor besprochenen evidenzbasierten Prozesse und Qualitätsindikatoren anhand der elektronischen Kurvendokumentation (PDMS) überprüft und die tatsächliche Durchdringung standardisierter Abläufe hinterfragt. Grundvoraussetzung hierfür waren Vertrauen und Bereitschaft zur Transparenz sowie der sensible Umgang mit konstruktiver Kritik auf Augenhöhe unter Gewährleistung von Vertraulichkeit gegenüber Dritten. Die Begehungen der Intensivstationen nahmen zwei Stunden in Anspruch. Nach Beratung der Peers in Klausur erfolgte das Abschlussgespräch mit Feedback in Form einer SWOT-Analyse, bei der Stärken, Verbesserungspotenziale, Chancen und Risiken benannt wurden, um damit gemeinsam Lösungsansätze zu erarbeiten. Zusammenfassend konnten wir feststellen, dass das Peer Review ein wertvolles Evaluationsverfahren darstellt, das sowohl den Erfahrungsaustausch von Intensivstationen strukturiert und verbessert, als auch ein professionelles Verständnis von Qualität befördert. Damit werden wertvolle Impulse für die kontinuierliche interne Qualitätssicherung und -entwicklung gegeben.

V. Richtlinie „Peer Review Intensivmedizin im Freistaat Sachsen“

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, Vorsitzende des Ausschusses Qualitätsmanagement und Frau Mag. iur. Ulrike Minkner, Sachbearbeiterin Qualitätssicherung

Nach den zwei durchgeführten Verfahren zum Peer Review Intensivmedizin im Freistaat Sachsen im Jahr 2013 wurde in einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch in der Sächsischen Landesärztekammer am 09. Dezember 2013 beschlossen, eine Richtlinie zur Freiwilligen Qualitätskontrolle – „Peer Review Intensivmedizin im Freistaat Sachsen“ zu entwickeln. Vorbild lieferte die seit langem etablierte Richtlinie zur Freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie in Sachsen.

Herr Prof. Wrigge und Frau Priv.-Doz. Dr. Eberlein-Gonska betonten in diesem Zusammenhang die Bedeutung eines Vorstandsbeschlusses für die Weiterentwicklung des Verfahrens. Die Erarbeitung des Richtlinien textes „Peer Review Intensivmedizin im Freistaat Sachsen“ unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den beiden Pilot-Verfahren war ein hartes Stück Arbeit und wurde in der Vorstandssitzung im Dezember 2014 als Richtlinie verabschiedet. Sie beinhaltet neben allgemeinen Angaben zur Zielsetzung eines Peer-Review-Verfahrens auch Angaben zum Kompetenzprofil der Peers, zur Rollenverteilung innerhalb des Peer-Review-

Teams und zu den grundsätzlichen Anforderungen an den Ablauf und die Durchführung eines Peer Reviews Intensivmedizin.

Zur inhaltlichen Koordination und Verfahrensorganisation enthält die Richtlinie folgende Regelungen:

Das Referat Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt die Durchführung aller Peer-Review-Verfahren Intensivmedizin hinsichtlich des zu stellenden Antrags auf Zertifizierung als Fortbildungsveranstaltung, übermittelt die beim Peer Review zu verwendenden aktuellen Formulare und bereitet die Teilnehmerliste sowie die Teilnahmebescheinigungen für die Peers vor. Damit ist die Sächsische Landesärztekammer der erste Ansprechpartner für interessierte Intensivstationen. Im Sinne der Kostenneutralität des Verfahrens obliegt die Koordination und Organisation des Peer-Review-Tages (Terminplanung, Einladungen und Planung der Zusammensetzung des Peer-Teams) dem Koordinator.

Am Tag des Peer Reviews leitet der Koordinator oder der Teamleiter das Peer-Review-Team, ist Hauptansprechpartner für die zu besuchende Einrichtung und sorgt dafür, dass alle erhobenen Informationen und festgelegten Qualitätsziele, Lösungsansätze und abgeleiteten Maßnahmen (aus der Fremdbewertung, im kollegialen Dialog und im Abschlussgespräch) zur Vorbereitung des Peer-Review-Berichts schriftlich gesichert werden. Letztlich ist der Koordinator für die Berichterstellung und die Weiterleitung bestimmter Unterlagen verantwortlich.

Im Nachgang eines jeden Peer-Review-Verfahrens stellt die Sächsische Landesärztekammer der besuchten Einrichtung eine Bescheinigung über die freiwillige Teilnahme an einem Peer Review nach dem Verfahren der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer aus. Für diese Teilnahmebescheinigung wurde eine befristete Gültigkeit von drei Jahren fest-

gelegt. Die Bescheinigung wird mit dem Siegel der Sächsischen Landesärztekammer versehen.

Nach jedem Peer Review findet eine Evaluation statt. Das erste Feedback seitens der Klinik folgt im Anschluss an das Verfahren und das zweite Feedback entsprechend sechs Monate später, bei dem auch über den Stand der eingeleiteten Maßnahmen berichtet werden kann. Für die bundesweite Auswertung werden die ausgefüllten Evaluationsbögen von der Sächsischen Landesärztekammer in Kopie an die Bundesärztekammer weitergeleitet.

Auch zur Einhaltung des Datenschutzes und zur Finanzierung (Reisekosten und Versicherungsschutz) enthält die Richtlinie Bestimmungen.

Damit ist die Richtlinie zur Freiwilligen Qualitätskontrolle – „Peer Review Intensivmedizin im Freistaat Sachsen“ eine verbindliche und vor allem strukturierte Grundlage für die Durchführung des Verfahrens. Interessenten können sich über die Voraussetzungen zur Teilnahme auf der Internetseite der SLÄK informieren ([www.slaek.de/Ärzte/Qualitätssicherung/Peer Review Intensivmedizin](http://www.slaek.de/Ärzte/Qualitätssicherung/Peer_Review_Intensivmedizin)). Durch die Festlegung der administrativen und organisatorischen Abläufe wird in der Richtlinie eine gemeinsame, mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen abgestimmte, Basis für alle künftigen Verfahren zur gegenseitigen Qualitätsbeurteilung in der Intensivmedizin im Freistaat Sachsen geschaffen. Wir hoffen damit, das Vertrauen in ärztlich gestaltete Maßnahmen im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu intensivieren und vor allem Ihr Interesse zu wecken!

VI. Ausblick, Formalien, Ansprechpartner

Dr. med. Patricia Klein, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer

Im November hat der zweite Kurs in Sachsen nach dem Curriculum der Bundesärztekammer stattgefunden, es wurden insgesamt 25 Ärzte und Pflegekräfte geschult. Die Teilnehmer wurden alle von interessierten Krankenhäusern in die Fortbildung

„geschickt“. Der Bedarf für dieses kollegiale und ressourcenschonende Qualitätsmanagementverfahren ist also groß, geplant ist im November 2015 ein weiterer Kurs.

Interessierte Kliniken sollten sich zunächst intensiv mit der Richtlinie auseinandersetzen und diskutieren, inwieweit sich die Einrichtung für dieses Verfahren entscheidet. In jedem Fall sollten zumindest eine Pflegekraft und ein Arzt bzw. eine Ärztin der jeweiligen Intensivstation geschult sein.

Ansprechpartner bei der Sächsischen Landesärztekammer sind:

Frau Ulrike Minkner,
Tel.: 0351 8267 395, quali@slaek.de
Frau Dr. med. Patricia Klein,
Tel.: 0351 8267 310, aegf@slaek.de

Als Vorbereitung auf das konkrete Peer Review ist eine Selbstbewertung im Team der entsprechenden Intensiveinheit notwendig, für die je nach Größe und Spektrum der Station zwischen zwei und vier Stunden benötigt werden. Die Unterlagen erhält man von der Sächsischen Landesärztekammer, wenn die Terminplanung mit dem Koordinator abgeschlossen ist.

Das Peer Review selbst findet ganztägig statt und setzt die ständige Anwesenheit des zuständigen Chefarztes, der ärztlichen und der pflegerischen Stationsleitung voraus. Das Review-Team besteht immer aus einem ärztlichen Koordinator bzw. Teamleiter und einem weiteren Arzt und einer Pflegekraft, gegebenenfalls noch einem Hospitanten. Der Tag selbst gestaltet sich im Wechsel von Gesprächsrunden mit der konkreten Begehung der Station im laufenden Betrieb. Das gesamte Behandlungs-Team wird immer wieder mit einbezogen. Abschließend werden die Stärken und auch die Schwächen der Intensiveinheit miteinander besprochen und Maßnahmen andiskutiert.

Die Umsetzung des im Review gemeinsam identifizierten Verbesserungspotentials obliegt letztendlich immer der Intensiveinheit selbst in

den Folgemonaten. Sechs Monate später erfolgt eine erneute Evaluation, um zu klären, welche Maßnahmen umgesetzt werden konnten.

Fazit:

Beim Peer-Review-Verfahren Intensivmedizin handelt es sich um ein strukturiertes, relativ einfaches und ressourcenschonendes Qualitätsmana-

gementverfahren. Es arbeitet berufsgruppenübergreifend und bezieht im Gegensatz zu manch anderem Verfahren alle Mitarbeiter der Intensivstation mit ein. Aber auch bei diesem Verfahren kommt es darauf an, dass sich die ärztliche und die pflegerische Leitung der Intensivstation klar für dieses Verfahren positionieren und dass der zuständige Chef-

arzt eindeutig hinter dieser Entscheidung steht. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, kann mit relativ geringem Aufwand viel erreicht werden. Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt Sie dabei!

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Sächsische Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle Pathologie“ – Peer Review Verfahren neu gefasst

Zusammenfassung

Die Bedeutung des Peer-Review-Verfahrens wurde bereits 1991 im Positionspapier der Bundesärztekammer

zur Qualitätssicherung in der Pathologie herausgestellt. Hieraus entwickelte sich die Initiative sächsischer Pathologen, dieses Instrument der Qualitätssicherung im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer einzuführen. Damit waren die sächsischen Pathologen die Vorreiter in diesem Verfahren, das bundesweit in den vergangenen Jahren ein breites Interesse der Ärzteschaft gefunden hat.

Derzeit haben sich 16 Institute und Gemeinschaftspraxen (von sachsenweit 22 Einrichtungen) für Pathologie und Zytologie zur Ausübung einer interinstitutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen, auch zwei Einrichtungen aus anderen Kammerbereichen nehmen teil. Ziel ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurtei-

lung (Stichprobenfallanalyse) durch Fachkollegen anhand definierter Kriterien. Eine positive Bewertung führt zur Empfehlung der Ausstellung einer Teilnahmebescheinigung seitens der Sächsischen Landesärztekammer.

Insgesamt fanden von 1999 bis 2014 70 Peer-Review-Verfahren statt (45 in der Gruppe Westsachsen (Koordinator Priv.-Doz. Dr. Habeck) und 25 in der Gruppe Ostsachsen (Koordinator Prof. Dr. Baretton)).

Die Methode des Peer Reviews ist ein Verfahren der externen Qualitätssicherung, das als unbürokratisches, flexibles und auf den kollegialen Austausch fokussiertes Instrument der Förderung von Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung dient. Es ist damit ein wichtiges Instrument des internen Qualitätsmanagements. Auf freiwilliger Basis verbinden Peer-Review-Verfahren das Konzept der Qualitätsentwicklung mit dem Konzept des lebenslangen Lernens. In diesem Rahmen gibt es einen offenen Informationsaustausch mit Fachkollegen aus anderen Einrichtungen auf Augenhöhe. Ausführlich wurde dazu in der Märzausgabe des „Ärztblatt Sachsen“ 2013 berichtet.

Die am 1. Februar 2006 erstmalig vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschlossene Richtlinie wurde jetzt durch Vorstandsbeschluss vom 3. Dezember 2014 umfangreich fachlich aktualisiert und ergänzt.

Denn das Fachgebiet der Pathologie hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel in seinen Aufgaben erlebt. Stand früher die klinische Obduktion ganz im Vordergrund der Tätigkeit des Pathologen, ist heute die präintra-postoperative Untersuchung von Zell- und Gewebematerial lebender Patienten der „Goldstandard“ aller diagnostischer Verfahren und einer differenzierten Therapieplanung. Demzufolge ist der pathomorphologischen Diagnostik ein extrem hoher Qualitätsanspruch immanent, da ihre Ergebnisse die therapeutischen Konsequenzen für die Patienten

entscheidend beeinflussen. Folglich sind die Anforderungen an das Fachgebiet der Pathologie deutlich gestiegen, indem die Dokumentation, Messung und Bewertung definierter Kriterien und Kennzahlen kritische Erfolgsfaktoren für die Tätigkeit des Pathologen darstellen und damit zugleich die Brücke zu Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements schlagen.

Methodisch basiert das Peer-Review-Verfahren Pathologie auf der Stichprobenfallanalyse unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität, das heißt der diagnostischen und epikritischen Aussage für die weitere diagnostische und therapeutische Strategie des behandelnden Arztes.

Jährlich mehrfach treffen sich die leitenden Pathologen im Wechsel in einem der Institute/Praxen, wobei innerhalb von drei Jahren alle Teilnehmer ein Peer-Review-Verfahren erhalten. Für die betreffenden Einrichtungen werden nach Zufallskriterien die Untersuchungsfälle (Histologie, Zytologie, Obduktionsfälle) nach festgelegten Kriterien ausgewählt. Zusätzlich erfolgt eine Begehung der Einrichtung zur Orientierung. Die Fälle, der die Sitzung ausrichtenden Institution werden in der Regel vom Koordinator des „Peer-Review-Verfahrens Pathologie“ ausgewählt; für seine eigene Einrichtung von dem Teilnehmer, bei dem das vorhergehende Treffen stattgefunden hat. Neben den Präparaten (Histologie, Zytologie und Immunhistologie) sind anonymisierte Kopien der Untersuchungsanträge und der Befunde der jeweiligen Fälle vorzulegen.

Im Vordergrund der „Freiwilligen Qualitätskontrolle – Pathologie“ stand und steht der gemeinsame Konsens, der Wissens- und Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Fortbildung. Das Peer-Review-Verfahren soll dabei helfen, die Qualität zu verbessern und insbesondere auf die innere Qualitätssicherung nachhaltig Einfluss zu nehmen. Damit besteht eine klare intrinsische Moti-

vation, die über mehr als 15 Jahre aufrechterhalten werden konnte.

Die aktuelle Überarbeitung der Richtlinie nimmt die kontinuierliche und komplexe Weiterentwicklung des Fachgebietes auf und beinhaltet daher jetzt auch unter anderem:

- regelmäßige externe Kontrollen (Ringversuche) für diagnostische Methoden,
- Beurteilung der hygienischen Anforderungen,
- Beurteilung der leitliniengerechten Aufarbeitung.

Die aktuelle Richtlinie und weiterführende Informationen haben wir auf unserer Internetseite www.slaek.de und dort unter Ärzte – Qualitätssicherung – Peer Review Pathologie bereitgestellt. Mit dieser Richtlinie steht dem Verfahren ein organisatorisches Dokument zur Seite, das gleichzeitig kombiniert ist mit den aktuellen fachlichen Fragestellungen der Thematik. Das Papier wird von der Sächsischen Landesärztekammer gemeinsam mit den verantwortlichen Pathologen regelmäßig überprüft und auch zukünftig ressourcenschonend an die fachlichen Praxisgegebenheiten angepasst.

Für Rückfragen zum Verfahren kontaktieren Sie Frau Rändler, Tel.: 0351 8267 381, quali@slaek.de.

Prof. Dr. med. habil. Gustavo Bruno Baretton
Koordinator der Peer-Group-Pathologie
Ostsachsen

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jörg-Olaf Habeck
Koordinator der Peer-Group-Pathologie
West Sachsen

Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende Ausschuss Qualitätsmanagement
der Sächsischen Landesärztekammer

Kerstin Rändler
Referat Qualitätssicherung
Sächsische Landesärztekammer

Urlaubsansprüche für MFA – Das sollten Sie wissen!

1. Wechsel von Vollzeit auf Teilzeit

Reduziert eine Medizinische Fachangestellte (MFA) ihre Arbeitszeit in Hinblick auf die Anzahl der Arbeitstage/Woche, führt dies grundsätzlich auch zu einer Reduzierung der Urlaubstage. Erfolgt dies im laufenden Kalenderjahr, kann es möglich sein, dass noch Urlaubsansprüche aus dem Vollzeitarbeitsverhältnis offen sind. Bislang wurde dieser Urlaub auf das Teilzeitarbeitsverhältnis umgerechnet, mithin zur Anzahl der (Teilzeit-)Arbeitstage ins Verhältnis gesetzt.

Diese Rechtsprechung hat das Bundesarbeitsgericht (Az. 9 AZR 53/14) nunmehr aufgegeben und entschieden, dass der während der Vollzeitbeschäftigung erworbene Urlaubsanspruch voll erhalten bleibt. Zur Begründung führte das Gericht aus, dass der Arbeitnehmer den Urlaub nicht nach Wochen, sondern nach Arbeitstagen gerechnet erworben hat.

Beispiel: Eine MFA hat einen Urlaubsanspruch von 24 Arbeitstagen, sie reduziert ihre Arbeitszeit zum 01.07. des Jahres von fünf auf vier Arbeitstage. Ihr Urlaub für die 2. Jahreshälfte reduziert sich damit von zwölf auf zehn Urlaubstage. Aus den ersten sechs Monaten hat sie noch einen Urlaubsanspruch von acht Tagen offen. Dieser wird nunmehr ungekürzt zu den zehn Urlaubstagen für das 2. Halbjahr addiert.

2. Urlaub während Mutterschutz und Elternzeit

Des Öfteren erreichen uns Anrufe sowohl von Ärzten als auch von MFA zum Thema Urlaubsanspruch während Ausfallzeiten aufgrund Mutterschutz und/oder Elternzeit. Hier gilt folgende Differenzierung:

Ausfallzeiten wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote gelten als Beschäftigungszeiten mit

der Folge, dass auch für diese Zeiträume der Urlaubsanspruch besteht, siehe § 17 Mutterschutzgesetz. Wird etwa unmittelbar mit Feststellung der Schwangerschaft ein Beschäftigungsverbot erteilt, weil zum Beispiel Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei weiterer Beschäftigung gefährdet ist, kann es passieren, dass die werdende Mutter während der gesamten Schwanger-

schaft ausfällt, jedoch trotzdem für den gesamten Zeitraum Urlaubsansprüche entstehen.

Im Fall der Inanspruchnahme von Elternzeit kann der Arbeitgeber den Urlaub für jeden vollen Monat der Elternzeit um ein Zwölftel kürzen, § 17 Bundeselternzeit- und Elternzeitgesetz.

Hat die Arbeitnehmerin vor Beginn des Mutterschutzes/der Elternzeit den ihr zustehenden Urlaub nicht (vollständig) erhalten, kann sie ihn nach Ablauf des Mutterschutzes/der Elternzeit im dann laufenden oder auch im nächsten Urlaubsjahr in Anspruch nehmen.

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

KarriereStart 2015

„Zukunft selbst gestalten“ – unter diesem Motto fand die 17. Messe KarriereStart vom 23. bis 25. Januar 2015 in der Messe Dresden statt. Die Sächsische Landesärztekammer war bereits das fünfte Mal auf der Karrieremesse vertreten. Hintergrund der Teilnahme ist der zunehmende Fachkräftemangel auch auf dem Gebiet der Medizinischen Fachangestellten.

Mit ihrem Schwerpunkt „Berufliche Bildung im Fokus“ stellte die Messe die duale Ausbildung in den Mittelpunkt. Die Sächsische Landesärztekammer traf hier mit ihren Informationsangeboten zum Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten den thematischen Kern der Messe. An ihrem Stand warb sie für den interessanten, abwechslungsreichen und anspruchsvollen Beruf. Für alle Fragen rund um das Berufsbild standen den zahlreichen Interessenten die Mitarbeiterinnen des Referates Medizinische Fachangestellte der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung. Unterstützt wurden sie dabei von Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres.

Viele Besucher nutzten die Chance für eine umfassende Beratung zu allen Fragen der Berufsausbildung, zu Ausbildungsanforderungen und Besonderheiten des Berufes, der sich von Pflegeberufen abgrenzt.

435 Aussteller – so viele wie nie zuvor – präsentierten sich auf Sachsens größter Karrieremesse am wachsenden Wirtschafts- und Wirtschaftsstandort Dresden. Der



Beim „Blutabnehmen“ am Übungsarm testen die Besucher ihre Fähigkeiten. © SLÄK



Frau Majchrzak vom Referat MFA-Ausbildung im Gespräch mit Messebesuchern.

© SLÄK

wiederholte Ausstellerrekord der Messe KarriereStart resultiert vor allem aus der verstärkten Suche der Unternehmen nach Fach- und Nachwuchskräften. Auch die Besucherzahlen haben im Vergleich zum Vorjahr um vier Prozent zugenommen.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 29. Juni 2015, 9.00 – 11.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

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

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Säch-

sischen Landesärztekammer. **Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum 31. Mai 2015 zu erfolgen.**

Auszubildende und UmschülerInnen 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 UmschülerInnen 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 zum Medizinischen Fachangestellten/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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-

sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kvsachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
15/C013	Allgemeinmedizin*)	Annaberg-Buchholz	13.04.2015
15/C014	Allgemeinmedizin*)	Annaberg-Buchholz	13.04.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/C015	Orthopädie	Chemnitz, Stadt	24.03.2015
15/C016	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Döbeln	13.04.2015
15/C017	Neurologie und Psychiatrie	Mittlerer Erzgebirgskreis	13.04.2015
15/C018	Augenheilkunde	Zwickau	13.04.2015
15/C019	Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie (häufiger Versorgungsauftrag)	Zwickau	13.04.2015
15/C020	Psychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Zwickau	13.04.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/D005	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	13.04.2015
15/D006	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dresden, Stadt	13.04.2015
15/D007	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	13.04.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
15/L006	Allgemeinmedizin*)	Grimma	24.03.2015
15/L007	Innere Medizin*)	Leipzig	13.04.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/L008	Neurologie und Psychiatrie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	13.04.2015
15/L009	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	13.04.2015
15/L010	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	13.04.2015
15/L011	Innere Medizin / Endokrinologie (häufiger Versorgungsauftrag)	Leipzig, Stadt	24.03.2015
15/L012	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Delitzsch	24.03.2015

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


Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Innere Medizin*)	Löbau (in Bernstadt a.d.Eigen)	Abgabe: ab sofort

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

 <p>Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts</p>	<p>Informationen Vorträge Konzerte Ausstellungen Besuchen Sie uns auf der Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Termine und Informationen unter www.slaek.de oder bei Facebook.</p>
---	--

Multiparametrische-MRT (mp-MRT) der Prostata

Erfahrungen nach sieben Jahren bildgebender Diagnostik

J. Thiele¹, A. Hamza²

Zusammenfassung

Das Prostatakarzinom ist der häufigste maligne Tumor des Mannes. Mit steigender Inzidenz in den europäischen Industrieländern und erhöhter Lebenserwartung ist die Früherkennung, insbesondere aber die Stadieneinteilung für eine adäquate Therapie für den Patienten von großer auch psychosozialer Bedeutung (Heijmink, S.; Fütterer, J.; Hambrock, T.; et al., 2007; Hoeks, C.; Barentsz, J.; Hambrock, T.; et al., 2011; Otto, R.; Thörmer, G.; Seiwerts, M.; et al., 2014). Die etablierten Verfahren der digitalen rektalen Untersuchung (DRU), des transrektalen Ultraschalls (TRUS) und die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) sind teilweise hoch sensitiv und andererseits unspezifisch, so dass die ubiquitäre Durchführung einer Biopsie nach den Kriterien der S3-Leitlinie empfohlen wird (AWMF-Register-Nummer 034-0220L, Version 2.0, 2011). Wird lediglich eine Bestrahlung des histologisch gesicherten Karzinoms angestrebt, finden sich in der MRT die besten Testgüteparameter zur Differenzierung der Tumorausdehnung (Nakashima, J.; Tanimoto, A.; Imai, Y.; et al., 2004; Wang, L.; Hricak, H.; Kattan, M.; et al., 2006).

Die multiparametrische-MRT der Prostata (mp-MRT) kann nach histologischer Sicherung und Stadieneinteilung des Prostatakarzinoms zusätzliche Informationen zur Multifokalität und zur Lage des Tumors zur Prostatapfel liefern. Mit der Möglichkeit der nicht invasiven hochauflösenden

Schnittbilddiagnostik der Prostata selbst sowie durch die Diffusionsanalyse (Diffusion Weighted Imaging, DWI), die dynamische Kontrastmittelanalyse während der Kontrastmittelinjektion (Dynamic Contrast Enhancement, DCE) und die fakultative biochemische Analyse des Prostatagewebes (1H- Magnetresonanzspektroskopie) ist in einem kompakten Untersuchungsgang eine verbesserte Risikostratifizierung zu erreichen (Barentsz, J.; Richenberg, J.; Clements, R.; et al., 2012; Röthke, M.; Blondin, D.; Schlemmer, H.-P.; et al., 2013). Hoffnungsvoll erscheint der diagnostische Ansatz, durch die multiparametrische-MRT der Prostata eine Einschätzung über die Aggressivität des Tumors zu geben (Turkbey, B.; Pinto, P.; Mani, H.; et al., 2010; Woodfield, C.; Tung, G.; Grand, D.; et al., 2010). Aus einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2014 geht hervor, dass die multiparametrische Kernspintomographie der Prostata eine Spezifität von 62 % und Sensitivität von 90 % in der Detektion des Prostatakarzinoms aufweist (Jie, C., Rongbo, L., Ping, T., 2014).

Methode

Die kernspintomographische Bildgebung der Prostata beruht auf der charakteristischen Relaxation der Wasserstoffmoleküle, bestimmt durch die chemische Bindung der unterschiedlichen Gewebe in einem Magnetfeld. Molekulare Eigenschaften des Gewebes sind für die Signalqualitäten und den Kontrast verantwortlich. Die Hochfeldtechnologie erlaubt bei verkürzter Messzeit eine adäquate, hochauflösende Schnittbilddarstellung ohne die Verwendung einer Transrektalspule. Dadurch wurde die Compliance und Akzeptanz der Patienten verbessert.

Standardmäßig durchgeführte **T2-gewichtete MRT-Aufnahmen** der normalen Prostata sind in der Lage, die periphere Zone (signalintens, hell) von der Transitionalzone und zentralen Zone sowie periurethralen Zone (mittel signalintens, heterogen) zu unterscheiden. Ein zartes fibromuskuläres Band erscheint als Grenzzone. Das Prostatakarzinom grenzt



Abb. 1: MRT Prostata, T2-Wichtung transversal, nativ. Helle Außenzone (Pfeil). Inhomogene Zentralzone und Transitionalzone (innen).

sich gegenüber den normalen hellen Drüsenanteilen relativ dunkel ab (Abb. 1).

Die Sensitivität der T2-gewichteten Aufnahmen allein ist zur Detektion eines Prostatakarzinoms aufgrund der postentzündlichen Gewebeveränderungen relativ gering.

Die **Diffusionsanalyse** (Diffusion Weighted Imaging, DWI) ist eine neue kernspintomographische Messung des Prostatagewebes. Sie ermöglicht die Beurteilung der gestörten Brownschen Molekularbewegung (Freiheitsgrad der Wassermoleküle) in einem soliden Gewebe, zum Beispiel zwischen den Zellen. Die Berechnung und Diskriminierung des effektiven Diffusionskoeffizienten (Apparent Diffusion Coefficient, ADC) kennzeichnet den malignen Tumor als hypointense Herdläsion (Abb. 2).

Die fokale Diffusionsstörung mit unterschiedlich pathologischen ADC-Werten ist ein wichtiger Marker für die Spezifität der Methode.

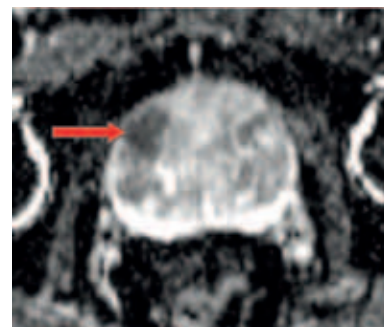


Abb. 2 Diffusionswichtung, ADC-Bild, transversal. Dunkle Läsion (Pfeil) – Prostatakarzinom.

¹ HELIOS Klinik Schkeuditz, Abteilung Radiologie

² Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig, Klinik für Urologie und Andrologie

Mit der **dynamischen Kontrastmittelunterstützten MRT** des Prostatagewebes (Dynamic Contrast Enhancement, DCE) ist die Auswertung weiterer gewebespezifischer Parameter möglich.

Die Verwendung von hochkonzentriertem Gadolinium-Kontrastmittel und ausreichend schnellen Bildsequenzen in T1-Wichtung kann das charakteristische Anflutungsverhalten des Gewebes ermittelt und in einer Signal-Zeit-Kurve grafisch dargestellt werden. Auf die Kontrastmitteluntersuchung kann auch unter dem Aspekt der Nierenfunktionsstörung methodisch nicht verzichtet werden.

Sie ist noch ubiquitärer Bestandteil der mp-MRT. Bei Malignomen ändert sich die Permeabilität zwischen extra- und intravasalem Raum und zeigt im ersten Teil der Kontrastmittelkurve einen schnellen Anstieg der Signalintensität auf 200 – 400 % des Ausgangswertes und postinitial ein negatives Plateauphänomen (Abb. 3a und b).

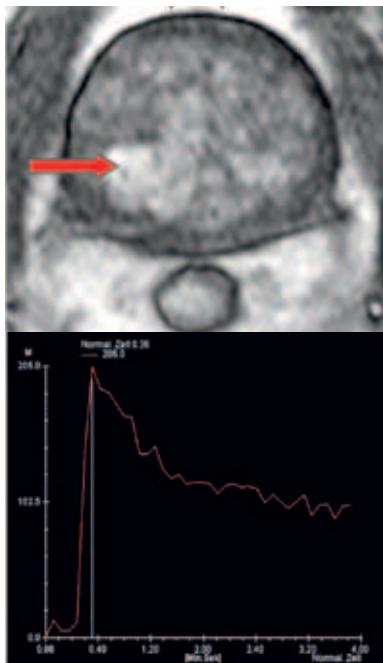


Abb. 3a und b: MRT, schnelle T1-Wichtung, dynamische Kontrastmitteluntersuchung. Frühphase der KM-Aufnahme (links). Grafische Darstellung des Signalintensitätsverlaufes (rechts). Im Bereich des Prostatakarzinoms (Pfeil) sind ein steiler Kurvenanstieg und ein Kurvenabfall („Auswascheffekt“) erkennbar.

Die **Spektroskopie (fakultativ)** ist eine kernspintomografische Messung der Prostata, bei der drei definierte biochemische Metaboliten aus dem Gewebe bestimmt werden. Unter der Voraussetzung, dass die normale Prostata in einem hohen Maß Citrat enthält, steigt innerhalb des Prostatakarzinoms die Konzentration von Cholin und Kreatin an, und das Verhältnis gegenüber Citrat verändert sich (Abb. 4).

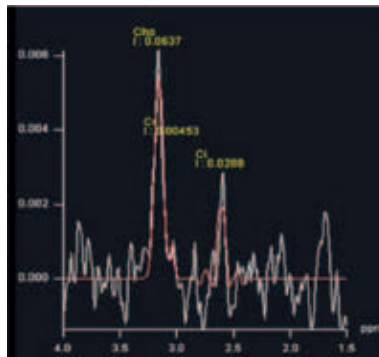


Abb. 4: MR-Spektroskopie (MRS). Anstieg des Cholin-Metaboliten (linker Peak) gegenüber dem Citrat-Metaboliten (rechter Peak) bei einem Prostatakarzinom.

Die **T1-gewichteten MRT-Aufnahmen unter Fettsuppression** nach der Kontrastmittelanreicherung ergänzen die multiparametrische-MRT Untersuchung der Prostata hinsichtlich der Darstellung der Prostatakapself, des neurovaskulären Bündels, der Samenblasen sowie der lokalen Lymphknoten (Abb. 5).

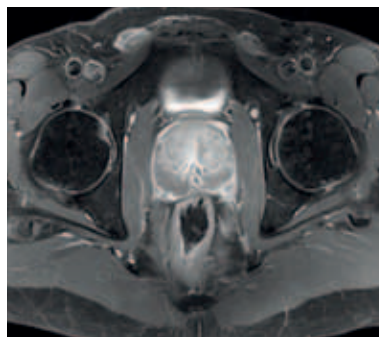


Abb. 5: MRT, T1-Wichtung nach Kontrastmittelgabe, transversal. Vermehrtes Enhancement der Prostatakapself und des neurovaskulären Bündels. Differenzierung der Urethra und der Ausführungsgänge der Samenblasen. Benigne Prostatahyperplasie.

Auswertung

Mit der Ausarbeitung von Europäischen Leitlinien zur Auswertung der multiparametrischen-MRT der Prostata im Jahr 2012 gelingt es in Anlehnung an die BI-RADS Klassifikation in der Mamma-Diagnostik, eine Quantifizierung der Einzelparameter durchzuführen und in einem Score von 1 bis 5 die Wahrscheinlichkeit der Malignität aus den Bilddaten zu bestimmen. Mit der neuen Klassifikation MR PI-RADS (Barentsz, J.; Richenberg, J.; Clements, R.; et al., 2012) werden die Läsionen aus:

- T2-gewichteten Aufnahmen
- Diffusionswichtung
- Dynamischen Kontrastmitteluntersuchung
- (fakultativ) Spektroskopie

aufgrund der Bildmerkmale mit einem Punktwert versehen und summiert, so dass ein Gesamtpunktwert von 4 bis 20 die PI-RADS Klassifikation festlegt (Tab. 1). Die Autoren unterscheiden zwischen der Auswertung von drei Methoden bzw. vier Methoden und nehmen dabei Rücksicht auf die gering verbreiteten Möglichkeiten der MR-Spektroskopie.

Indikationen für eine multiparametrische-MRT der Prostata

Die Sensitivität der rektalen Untersuchung (DRU) für das lokalisierte Prostatakarzinom ist sehr gering und damit als alleiniges Früherkennungsmerkmal ungeeignet. Im PSA Bereich von bis 4 ng/ml hat die DRU einen positiven prädiktiven Wert (PPV) von 5 – 30 % (Carvalho, G.; Smith, D.; Mager, D., 1999).

Die Genauigkeit der Prostatabiopsie zur Erkennung eines Karzinoms hatte bei einem positiven rektalen Tastbefund (DRU) eine Sensitivität von nur 18 % (Richie, J.; Catalona, W.; Ahmann, F.; et al., 1993). Eine weitere Verbesserung der Karzinom-Entdeckungsrate besteht in der Biopsie bei pathologischer Veränderung des PSA-Wertes, PSA-Velocity, PSA-Ratio, TRUS inkl. Elastografie (Carter, H.; Pearson, J., 1997; Chen, Y.; Luderer, A.; Thiel, R.; et al., 1996).

Tabelle 1: PI-RADS Klassifikation nach den Bilddaten der multiparametrischen-MRT der Prostata

PI-RADS-Klassifikation	Definition	Summenscore bei T2, DWI, DCE	Summenscore bei T2, DWI, DCE und MRS
1	höchstwahrscheinlich benigne	3, 4	4, 5
2	wahrscheinlich benigne	5, 6	6 – 8
3	unklarer Befund	7 – 9	9 – 12
4	wahrscheinlich maligne	10 – 12	13 – 16
5	hochwahrscheinlich maligne	13 – 15	17 – 20

In den ESUR Prostata MR-Leitlinien von 2012 (Heidenreich, A.; Bellmunt, J.; Bolla, M.; et al., 2011) wird zusätzlich unter bestimmten Kriterien eine ergänzende MRT-Untersuchung zu dem etablierten Verfahren des TRUS-Biopsie empfohlen. Dabei kommt es neben der bildgebenden Darstellung des biopsisch gesicher-

ten Prostatakarzinoms zu einer multiparametrischen Analyse und Klassifikation (PI-RADS) der Läsion. Bei „unklaren“ bzw. „wahrscheinlich malignen“ Läsionen (PI-RADS >2) ist eine gezielte Re-Biopsie durchzuführen.

Unserer Erfahrung nach zeigen insbesondere die Biopsien in den Regi-

onen des Apex, der basalen Anteile und der Zentralzone (paraurethral) sowie die ventralen Karzinome nicht selten Nachweisprobleme.

Mit dieser Strategieempfehlung eröffnet sich gleichzeitig die Möglichkeit, dass es häufiger als bisher zu einer kernspintomographischen Bildgebung nach negativer TRUS-Biopsie kommt. Kleinste Tumorinseln ab 4 mm werden durch bessere MRT-Messverfahren, wie sie die Diffusionsbildgebung (DWI) darstellt, kernspintomografisch entdeckt. Besteht zusätzlich eine Veränderung der Vaskularisation in diesem Herd (Dynamische Kontrastmitteluntersuchung) und liegt eine fokale Signalminde- rung in T2-Wichtung vor, kann die Läsion lokalisiert und mit Hilfe der ESUR-Leitlinien nach PI-RADS klassifiziert werden. Durch die Segmentzuordnung der Läsion und die digitale Verwendung der Bilddaten für den Urologen ist eine gezielte TRUS-Biopsie möglich. Eine Fusionierung von MRT-Bildern mit den Aufnahmen des transrektalen Ultraschalls ist auch heute schon technisch ausgereift und wird an Zentren praktiziert (Marks, L.; Young, S.; Natarajan, S., 2013).

Die variablen Einzelbefunde der multiparametrischen Kernspintomographie der Prostata kommen nur durch klare Paradigmen in der radiologischen Auswertung zu einem therapierelevanten Befundergebnis.

Die multiparametrische-MRT kann auf Frühzeichen des Prostatakarzinoms hinweisen und Voraussetzung für eine gezielte Biopsie sein.

Tabelle 2: ESUR prostate MR guidelines 2012

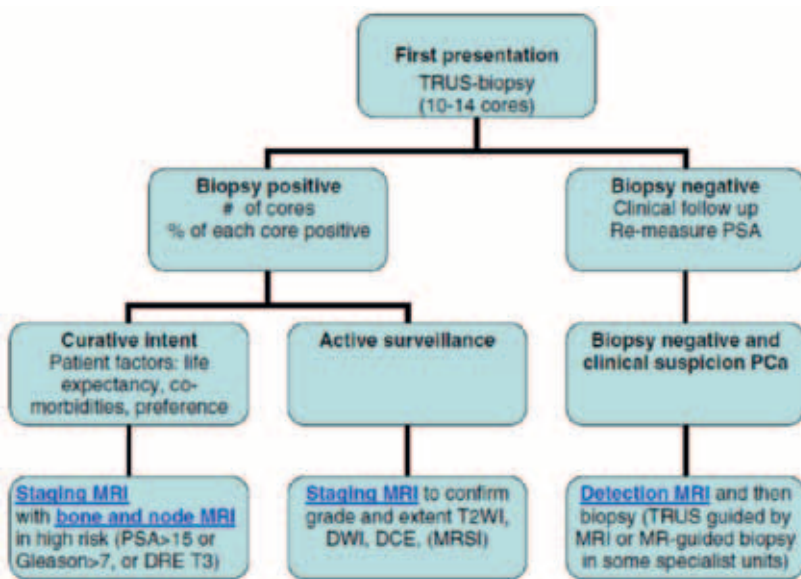


Tabelle 3: Empfehlung zur Durchführung einer multiparametrischen-MRT der Prostata

falls Biopsie positiv

- zur Planung einer Operation (staging)
Bestimmung der Größe und Lage des Tumors (Gleason > 7 oder PSA >15)
- bei aktiver Beobachtung (active surveillance)
Bestimmung der Größe und Lage des Tumors sowie spezifischer MRT-Parameter

Falls Biopsie negativ

- zur erneuten Suche des Tumors
ggf. gezielte wiederholte Biopsie bei MR PI-RADS >2 unter Verwendung der Bilddokumente für die MRT/Ultraschall-Fusionsbiopsie

Die multiparametrische Schnittbild-darstellung der Prostata ist prinzipiell in der Lage, ein nicht-invasives Tumorstaging durchzuführen. Die Differenzierung zwischen peripherer

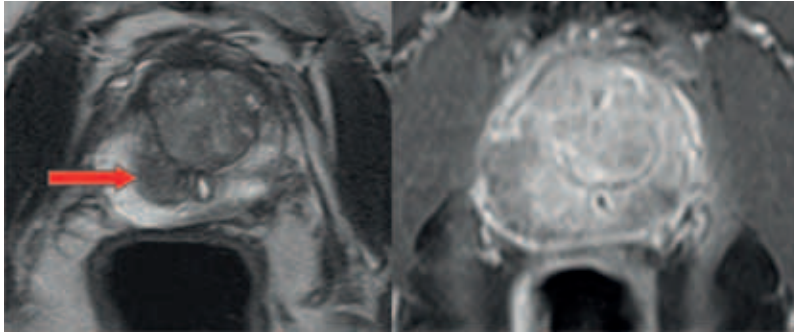


Abb. 6a und b: T2-Wichtung (links) und T1-Wichtung nach KM-Applikation (rechts). Nachweis einer dunklen Herdläsion (Pfeil) in der Transitionalzone. Die Prostatakapsel ist nach Kontrastmittelapplikation hell abgrenzbar (rechtes Bild) und nicht infiltriert.

Zone und zentraler Zone als auch die hochauflösende Darstellung der Prostatakapsel und die Diffusionsbildgebung im Bereich der Samenblasen und der Lymphknotenregionen sind gegenüber der Computertomographie deutlich von Vorteil (Abb. 6a und b).

Zusammenfassung

In den sieben Jahren der Durchführung der multiparametrischen-MRT der Prostata (2008 bis 2014) am Klinikum haben wir bei 2.500 Patienten eine zunehmende Akzeptanz der Methode in Ergänzung zur DRU, zum TRUS und PSA-Monitoring erfahren. Die Untersuchungszeit von 35 Minuten ist den vielfältigen Messparameter geschuldet, die in einer Sitzung ermittelt werden. Eine Endorektalspule haben wir von Beginn an bewusst nicht eingesetzt und damit den Zuspruch der Patienten verbessert ohne auf eine hochauflösende Bildqualität zu verzichten.

Der Einsatz der Kernspintomografie bei der Entdeckung und dem Staging des Prostatakarzinoms entwickelte sich in den letzten zehn Jahren durch die Standardisierung der Methode und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Radiologie und Urologie. Heute können wir sowohl auf die ESUR-Leitlinien für die rechtfertigende Indikation als auch auf die standardisierte Auswertung der MRT-Parameter (PI-RADS Klassifikation) zurückgreifen. Auf eine multiparametrische-MRT der Prostata zu verzichten, bedeutet bei negativer Erstbiopsie und einem PSA-Wert über 4 ng/ml auch, ein zusätzliches nicht invasives und etabliertes diagnostisches Verfahren außer Acht zu lassen.

Die kostenintensive Methode der Kernspintomographie verbessert neben TRUS und PSA-Bestimmung die Spezifität der nicht invasiven Tumordiagnostik und erhöht die Ziel-

genauigkeit der Biopsie. Sie ist Teil der MRT/Ultraschall-Fusionsbiopsie, Grundlage der fokalen Tumortherapie und kann als eine Methode des Therapiemonitoring eingesetzt werden. Unserer Meinung nach werden in Zukunft die medizinischen Vorteile des gezielten Einsatzes der mp-MRT gegenüber den gesamtgesellschaftlichen Kosten überwiegen.

Das ergänzende bildmorphologische MRT-Staging nach positiver Biopsie ist für die individuelle Therapiewahl des Patienten von zunehmender Bedeutung. Ob ein stanzbiopisches Karzinom aus einem kompakten Zellverband von 1 bis 2 cm oder aus kleinen mikroskopischen Tumorseln gewonnen wurde, ist für die Therapieentscheidung bei Patienten mit relevanten Nebenerkrankungen und im höheren Lebensalter hilfreich. Es ist in Zukunft denkbar, durch die multiparametrische-MRT sogenannte „signifikante“ und „nicht-signifikante“ Tumoren zu differenzieren, um dem Patienten eine adäquate Behandlung zu empfehlen. Das wird Aufgabe der Forschung auch auf dem Gebiet der Kernspintomografie in den nächsten Jahren sein.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jens Thiele
HELIOS Klinik Schkeuditz
Leipziger Straße 45
04435 Schkeuditz
jens.thiele@helios-kliniken.de

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Programmorschau

Konzert – Festsaal

Sonntag, 29. März 2015
11.00 Uhr – Junge Matinee
Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 10. Mai 2015
11.00 Uhr – Junge Matinee
Sächsisches Landesgymnasium für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage
Jochen Fiedler
Landschaft und Garten –
Ölbilder. Pastelle
bis 22. März 2015
Heidrun Rueda
Spannweiten – Malerei und Zeichnung
Vernissage: Donnerstag,
26. März 2015, 19.30 Uhr
Einführung: Matthias Zwarg, Chemnitz

**Bezirksstelle Leipzig der
Sächsischen Landesärztekammer**
Braunstraße 16, 04347 Leipzig
Malereien von Beat Toniolo
bis 10. Juni 2015

Erratum

Im Artikel „Die Fuggerei in Augsburg“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2015, hat sich ein Fehler eingeschlichen:

Seite 74, 2. Spalte, 9. Zeile von oben muss es richtig heißen (1459 – 1525) Seite 76, 3. Spalte, 11. Zeile „Jakob Fugger starb 1525“.

Crystal und Co. in der Schwangerschaft – Konsequenzen für das Kindeswohl

Am 26.11.2014 lud die Fachkommission „Häusliche Gewalt – Gewalt in der Familie“ zu einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Crystal und Co. in der Schwangerschaft – Konsequenzen für das Kindeswohl“ in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer ein. Das Auditorium umfasste insgesamt 161 Teilnehmer, darunter 63 Ärzte und Ärztinnen. Die weiteren Teilnehmer waren Hebammen, Familienhebammen, Mitarbeiter von Sozialämtern und Sozialen Diensten sowie Familienfürsorgerinnen. Diese kamen aus ganz Sachsen, viele auch aus kleineren Krankenhäusern und ländlichen Gebieten.

Bereits im Grußwort des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, überbracht vom Vizepräsidenten, Erik Bodendieck, wurde auf die Bedeutung dieses Themas hingewiesen, insbesondere auf die entscheidende Rolle des Wissenstandes der Ärzteschaft.

Prof. Dr. med. habil. Guido Fitze moderierte diese Veranstaltung sehr fachkompetent und als engagierter Arzt auf dem Gebiet des Kinderschutzes. Er wies insbesondere auf die lange Tradition und die bisherigen Erfolge des Kinderschutzes in Sachsen hin und betonte hierbei, dass alle in dem Bereich des Kinderschutzes Tätige zusammenarbeitende Kollegen sind. Die Einnahme von Crystal in der Schwangerschaft ist kein Randproblem mehr.

Der Toxikologe Priv.-Doz. Pietsching auf die Ursachen des steigenden Crystal-Konsums auch in der Schwangerschaft ein. Er erläuterte insbesondere die Nachweisbarkeitsdauer von Wirkstoffen bzw. des Konsums in Blut, Urin und Haaren. Die Gefahr des Crystal-Konsums in der Bevölkerung zeigt sich bereits in der Kriminalitätsstatistik. Im Rechtsmedizinischen Institut Dresden wurden seit 2009 bereits 13 Todesfälle

infolge akuten Crystal-Konsums bzw. Folgeschäden des Konsums obduziert.

Dr. med. Katharina Nitzsche aus der Frauenklinik der Universitätsklinik Dresden zeigte eindringlich die Folgen für den möglicherweise pathologischen Schwangerschaftsverlauf auf. Eine exakte Anamnese, die Beachtung des äußeren Erscheinungsbildes der Schwangeren, die Kenntnis des Schwangerschaftsverlaufes und die Beobachtung des Verhaltens der Schwangeren sind unerlässlich für die ärztliche Verdachtsdiagnose eines möglichen Crystal- bzw. Btm-Missbrauchs in der Schwangerschaft. Das weitere Vorgehen bei einem positiven Drogenscreening (unter anderem Aufklärung über die Befunde, stationäre Überwachung des Kindes, Abstillen der Mütter, gelbe Mappe, Hilfsangebote) wurde anschaulich erläutert.

Das sogenannte neonatale Abstinenzsyndrom stellte Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger von der Intensivtherapiestation der Kinderklinik des Universitätsklinikums Dresden vor. Dieses tritt in der Regel nach ca. 40 – 60 Stunden auf. Auf die Probleme für die Neugeborenen bei Hausentbindungen oder bei frühzeitiger Entlassung aus einer Klinik wurde ausdrücklich hingewiesen. Die Probleme der Betreuung der Kinder nach der Klinikentlassung wurden von Dr. med. Christoph Kretschmar vom Sozialpädiatrischen Zentrum im Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt dargestellt. Ebenso wurde auf die Langzeitfolgen des Crystal-Konsums bei Eltern (Rückfallquote) und Kindern (emotionale und soziale Instabilität, unsichere Bindung) eingegangen. Hierbei ist die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie unbedingt erforderlich.

Frau Lorenz von der Kinderschutzgruppe am Universitätsklinikum Dresden stellte die „Gelbe Mappe“ bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch Btm-Konsum der Kinde-eltern vor. Diese Anleitung zeigt die Vorgehensweise und die Aufgaben der Ärzte, des Sozialdienstes und der Pflege auf. Hinweise hierzu finden



Prof. Dr. med. habil. Christine Erfurt, Dr. med. Uwe Schmidt und Dr. med. Elke Siegert (v.l.)

© SLÄK



Das Auditorium

© SLÄK

sich auch unter www.kinderschutzgruppe@uniklinikum-dresden.de. Herr Lippmann (Amtsleiter des Jugendamtes Dresden) und Herr Fiedler (Richter am Familiengericht Dresden) gingen insbesondere auf die Hilfsmöglichkeiten, aber auch auf die möglichen Sanktionen – zum Beispiel Inobhutnahme des Kindes, Entzug der elterlichen Sorge – und deren gesetzliche Grundlagen ein. Die abschließende Diskussion wurde von den Teilnehmern rege und lange genutzt, um mit den Fachvertretern ins Gespräch zu kommen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter zu vernetzen. **Aufgrund der bestehenden großen Nachfrage wird diese Fortbildungsveranstaltung am 20.05.2015 wiederholt werden.** Hierzu sind alle interessierten Zuhörer wiederum sehr herzlich eingeladen.

Prof. Dr. med. habil. Christine Erfurt
Direktorin Institut für Rechtsmedizin
Medizinische Akademie Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel. 0351 4582601

„Steigender Crystal-konsum in Sachsen“ und „Gewalt an der Seele“

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2014

Die oben genannten Beiträge zeigen die Schwäche und Problematik einer Medizin deutlich, die nicht an den Ursachen angreift, sondern erst dann, wenn – wie in der Kasuistik – „das Kind in den Brunnen gefallen“ ist. Eine extrem ungünstige Relation zwischen dem enormen, vor allem personellen Ressourceneinsatz und den eher bescheidenen therapeutischen Erfolgen (Linderung von Verhaltensauffälligkeiten, begrenzte Wiedererlangung selbstbestimmter Lebensführung usw.) bei Kindeswohlgefährdungen und Suchterkrankungen ist offensichtlich – nicht zuletzt wegen der bedrohlich steigenden Inzidenz. Zumindest eine Reflexion der zugrundeliegenden Ursachen in den oben genannten Arbeiten wäre wünschenswert gewesen. Diese Ursachen führen weg von Befunddetails und hin in eine kulturelle Dimension unsres Lebens und in soziale Zusammenhänge.

Liegt der Gewalt an der Seele, liegt den Suchterkrankungen ein Defizit an frühkindlicher Zuwendung zugrunde? Wenn dies zutrifft, so müssen die Rahmenbedingungen auf den Prüfstand, unter denen sich Elternschaft heute vollzieht: Kinder

sind Armutsrisiko im reichen Deutschland, Elternschaft ist im Pro-Kopf-Einkommen und im Rentenrecht eklatant benachteiligt.

Liegt die Lösung in einer als „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ gerühmten KITA-Fremdbetreuung vom Kleinstkindalter an? In der Realität verbirgt sich dahinter oft eine Unterordnung der Familie unter den Beruf, meist als Doppelbelastung der Mütter. So sinnvoll, bildend und fördernd sich eine zeitlich begrenzte und qualitativ gute Fremdbetreuung in KITAs in Studien für bestimmte Subgruppen auch erwiesen hat – die unkritische Übertragung dieser Ergebnisse auf jede Fremdbetreuung ist unzulässig, aber dennoch politisch und in den Medien üblich. In einigen Bundesländern liegt der Betreuungsschlüssel für Kinder unter drei Jahren in KITAs weit unter den sozialpädiatrischen Erfordernissen; Defizite an persönlicher Bindung und Zuwendung mit langfristigen sozialen Folgen sind absehbar – gerade auch in Sachsen. In Analogie könnte man feststellen: Die Regierung würde kein Investitionsprogramm für ein Autowerk unterstützen, in dem Autos unter riskanten Bedingungen produziert werden. Aber unser Kostbarstes, nämlich unsere Kinder als die Bürger von morgen, werden vielerorts inakzeptablen Bedingungen ausgesetzt – und dies mit Steuermitteln.

Ein System ist krank, wenn es seine Zukunftsträger derart benachteiligt – die demografischen Folgen sind

längst bekannt und werden verdrängt, die verheerenden psychosozialen Folgen waren Gegenstand beider Arbeiten. Die darin beschriebenen aufwändigen symptomatischen Therapien werden wegen der bedrohlich steigenden Inzidenz immer mehr Ressourcen binden, und sozial unzureichend geprägte Kinder und Jugendliche werden auch die Volkswirtschaft lähmen.

Wäre es nicht an der Zeit, dies ehrlich anzusprechen und die bekannten Wurzeln dieser Krankheiten offen darzustellen und gesellschaftliche Fehlentwicklungen mit soziologischer Expertise zu identifizieren? Kinder zu haben, scheint heute allein „Privatvergnügen“ – dass sie die einzige Basis gesellschaftlicher Zukunft sind und damit Sinn unsres Daseins, scheint die moderne „Zivilisation“ zu vergessen. In der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist zu lesen: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der des gesamten Volkes“. Es erfordert daher neben der in den oben genannten veröffentlichten Arbeiten geschilderten individualmedizinischen Expertise auch kompetentes und entschlossenes salutogenetisches Denken und Handeln auf der Makro-Ebene, um unserer Verantwortung als Ärzte gerecht zu werden.

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden

Gelungene Integration ausländischer Ärzte

Editorial Heft 2/2015

Eben las ich den Artikel „Gelungene Integration ausländischer Ärzte!“ von Herrn Prof. Dr. med. habil. Schulze und Herrn Prof. Dr. med. habil. Oeken im „Ärzteblatt Sach-

sen“. Ganz herzlichen Dank für die klaren und sehr klugen Worte, mit denen die Autoren den unverzichtbaren Beitrag der ausländischen Ärzte für unser sächsisches Gesundheitswesen hervorheben. Danke auch an die Autoren und das Team vom „Ärzteblatt Sachsen“, dass Sie unsere Verpflichtung betonen, ausländischen Menschen in Not beizustehen. Ich schließe mich Ihrem Gedanken voll und ganz an, dass wir

nicht nur die schönen Seiten der Globalisierung genießen können, sondern uns auch den daraus resultierenden Verpflichtungen stellen müssen.

Es sind die richtigen Worte zur rechten Zeit!

Herzliche Grüße
von
Friedrich R. München, Leipzig

Editorial 2/2015

Sehr geehrter Herr Prof. Schulze, sehr geehrter Herr Prof. Oeken,

für Ihre Stellungnahme zum Umgang mit Kollegen aus anderen Ländern danke ich Ihnen, da damit auch meine Meinung ausgesprochen worden ist.

SIKO – STIKO

Warum gibt es eine „Sächsische Impfkommision“ (SIKO) und eine „Ständige Impfkommision“ (STIKO) am Robert-Koch-Institut und was sind die aktuellen Unterschiede in den Impfeempfehlungen („Ärztblatt Sachsen“, Heft 11/2014) und den Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) („Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/2015)

Aus Sicht der KV Sachsen wurde von den Herren Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl und Dr. med. Dietmar Beier ein sehr informativer Übersichtsartikel zur Thematik SIKO/STIKO

Welt Ärzte Orchester in Dresden

Geige statt Skalpell

Am 24. April 2015, 20.00 Uhr, findet in der Dresdner Kreuzkirche ein Benefizkonzert des Weltärzteorchesters statt. Der Erlös des Dresdner Konzertes kommt der HOPE-Kapstadt-Stiftung und der STIFTUNG MICHAEL – einer Stiftung für Epilepsie – zugute.

Das World Doctors Orchestra verbindet musikalischen Genuss mit karitativem Engagement. Ärzte aus der ganzen Welt, mittlerweile aus rund 50 Nationen, musizieren gemeinsam für Not leidende Menschen. Viele von Ihnen haben Medizin und Musik studiert und wollen durch ihre gemeinsame Passion, die Musik, Geler für medizinische Hilfsprojekte einspielen. Dabei tragen die Musiker übrigens alle Reisekosten selbst, damit die gesamten Konzerteinnahmen gespendet werden können.

Erlauben Sie, dass ich einen Gesichtspunkt noch hinzufügen möchte.

Die Mitarbeit ausländischer Kollegen in Deutschland gibt für die Bewohner Deutschlands reichlich Anlass zu Dankbarkeit gegenüber diesen Kollegen.

Sollten wir Nutznießer dieser Mitarbeit nicht über die Dankbarkeit hinaus noch etwas leisten, eindgenk der

publiziert. Tatsächlich wird auch die KV Sachsen hin und wieder mit der Frage konfrontiert, warum in Sachsen die Empfehlungen von zwei Impfkommisionen existieren und welchen rechtlichen Rahmen diese haben.

An dieser Stelle wollen wir nochmals hervorheben, und das betrifft auch die „aktualisierten Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfeempfehlung E1 – ab 1. Januar 2015“, dass die Krankenkassen die Kostenübernahme von SIKO-Empfehlungen, welche über die Empfehlungen der STIKO hinausgehen, aktiv in die Sat-

Das Orchester tourte bisher durch die USA, Japan, China, Taiwan, Chile, Yerevan und weitere Länder. Es trat unter anderem in Sälen wie der Berliner Philharmonie und der Cleveland Severance Hall auf.

Zur Einstimmung auf das Konzert kann ab 17.00 Uhr ein Pre-Dinner im renommierten Taschenbergpalais Dresden genossen werden. Hier wird der Dirigent eine Konzerteinführung geben. Die Dinner-Plätze sind limitiert.

Eine rechtzeitige Reservierung wird empfohlen.

Zur Aufführung gelangen:
Richard Wagner, Ouvertüre zu Die Meistersinger von Nürnberg
Antonín Dvorák, Cellokonzert in h-moll, Op. 104
Robert Schumann, Symphonie Nr. 4 in d-moll, Op. 120
Dirigent: Stefan Willich
Solist: Ludwig Quandt, Violoncello

Bedürfnisse der Bevölkerung der Herkunftsländer der ausländischen Kollegen?

Vielleicht erfolgt dies auch, ohne dass es bislang an meine Ohren gedrungen ist?

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. med. Christof Grübler, Dresden

zung aufnehmen müssen. Die KV Sachsen würde es sehr begrüßen, wenn sich alle Krankenkassen zu diesem Schritt entscheiden könnten. Bis dahin wird es leider Krankenkassen geben, die den Empfehlungen der SIKO, welche über die Empfehlungen der STIKO hinausgehen, nur teilweise oder auch gar nicht folgen und damit weiterhin in Einzelfällen sinnvolle und wirtschaftliche Impfungen nur als Privatleistungen erbracht werden können.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dr. med. Klaus Heckemann,
Vorstandsvorsitzender



Ärzte des World Doctors Orchestra während eines Benefizkonzertes zugunsten einer HIV-Stiftung in Südafrika. Hier mit lokalem Jugendchor.

© WDO

Das Konzert steht unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Stanislaw Tillich und Oberbürgermeisterin Helma Orosz.

Tickets erhalten Sie über:
www.carus-management.de,
Tel. 0351 - 458-5007/-4469

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

100 Jahre AOK-Poliklinik in Dresden

Eine neue Form der medizinischen Versorgung für das „Volk“ im Wandel der Zeit

Einleitung

Warum sollte man eine Poliklinik würdigen? Warum auch noch ausgerechnet eine Poliklinik der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), der damals und heute mächtigsten gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland? Die gesetzlichen Krankenkassen bürden den Kassenärzten Budgetierungen von Leistungen, Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln auf. Die ärztliche Therapiefreiheit ist eingeschränkt. Einige Leser werden sich noch an die Polikliniken in der DDR erinnern, die wenigsten an die Zeit davor. Sie waren keine sozialistische Erfindung! Diese Form der Patientenversorgung bewährte sich schon in den Gesellschaftssystemen davor, in Sachsen seit 1900. Die politischen Rahmenbedingungen im Land haben jedes Mal die Struktur der Einrichtungen verändert. Das Prinzip blieb das Gleiche: Viele verschiedene angestellte Ärzte und anderes medizinisches Personal in verschiedenen Spezialisierungen wirken vereint unter einem Dach im kollegialen Austausch mit innovativen Ideen und mit mehr Möglichkeiten, schwierige Fälle zu behandeln, als es einem einzelnen Arzt möglich wäre. Dabei nutzte man gemeinsam Diagnostik- und Therapieeinrichtungen. Häufig waren die Polikliniken zentral gelegen. Im Fall der Kassenpoliklinik wurden die Ärzte direkt bei der Krankenkasse angestellt. Die Krankenkasse stellte die Räumlichkeiten, bezahlte das Material und das Hilfspersonal für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und kümmerte sich gemeinsam mit den Klinikleitern um die Wirtschaftlichkeit des sogenannten „Eigenbetriebes (Poliklinik)“. Die Patienten waren AOK-Versicherte und deren Angehörige.

Betrachtet man diese 1914 gegründete Poliklinik seit ihrer Entstehung, dann kommen spannende Zusam-



AOK-Gebäude am Sternplatz 1914, Geschäftsbericht der AOK 1914

menhänge zum Vorschein und Personen tauchen auf, die es verdient haben, an dieser Stelle gewürdigt zu werden. Die Medizin lebt von Menschen, die als Patienten kommen und von den Menschen, die sich um diese kümmern. Immer geht es um die Kosten, die dabei entstehen, früher und heute. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie und warum die AOK-Poliklinik entstand, wie sie sich entwickelte und letztlich aufgelöst wurde.

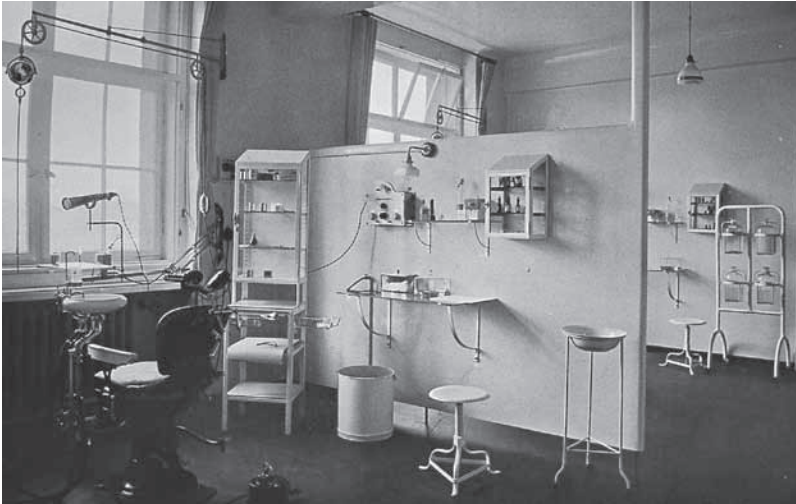
Deutsches Reich bis 1914

Sachsen war Ende des 19. Jahrhunderts hochindustrialisiert und hatte eine hohe Bevölkerungsdichte. Mit Einführung der Bismarckschen Sozialgesetzgebung und deren mehrfacher Veränderung wurde ein zunehmender Teil der Dresdener Bevölkerung Pflichtmitglied in der Dresdener Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Das Vermögen der AOK stieg stetig. Auch die Verwaltung hatte ungeahnte Ausmaße angenommen sowohl in Bezug auf die Aufgaben, denn neben der Krankenversicherung musste auch die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung verwaltet werden, als auch personell und räumlich, denn die Quittungskarten mit Wertmarken wurden in Karteien geführt. Die AOK funktionierte nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung. Ein gewählter Kassenausschuss, bestehend aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern, bestimmte den Werdegang der AOK. Der Neubau des Gebäudes am Sternplatz sollte

zwei Ansprüche erfüllen: den räumlichen der Kassenverwaltung und den beträchtlich gestiegenen Leistungsanforderungen der Versicherten in der Krankenversicherung. Die Bewilligung und das Erbringen der Leistungen erfolgten dann in einem Gebäude. Das bedeutete kurze Wege für Versicherte und Leistungserbringer. Ziel war es, Therapie und Prävention für alle finanzierbar zu machen und der Prävention in jeder Abteilung immer größeren Raum zu geben. Vorbilder für die Dresdener Poliklinik waren die AOK-Polikliniken in Leipzig und Chemnitz.

Die Umsetzung der Pläne begann mit der Grundsteinlegung am 2.11.1912. Julius Fräßdorfs Hammer schläge begleiteten folgende Worte: „Krankheit und Not zu wehren, des Volkes Wohlfahrt zu mehren, dem diene dies hier zu errichtende Haus.“¹ Die königlichen Bauräte Schilling und Gräbner entschieden sich beim Bau des AOK-Gebäudes für eine vollständig geschlossene Stahl-Beton-Konstruktion vom Fundament bis zur Dachspitze, welches eine große Festigkeit und den raschen Aufbau ermöglichte. Die künstlerischen Elemente des Gebäudes gestaltete der Bildhauer Selmar Werner. Mit Rücksicht auf den Publikumsverkehr, darunter viele Kranke, wurde auf die Verwendung von Holz möglichst verzichtet. Zur Ausstat-

¹ Geschäftsbericht AOK Dresden 1912, 8 f., zit S. 9. Der Kassenvorsitzende Julius Fräßdorf (1857 – 1932)



Zahnärztlicher Arbeitsplatz, Geschäftsbericht der AOK 1914

zung des neuen Gebäudes gehörten unter anderem Lüftungsanlagen, Personenaufzug, elektrische Licht- und Kraftanlage, Telefonanlage, Blitzschutzanlage, Be- und Entwässerungsanlage, Warmwasserheizung und Wassertoiletten.

Nach nur 17 Monaten Bauzeit wurde im April 1914 die erste Abteilung der Poliklinik im Gebäude am Sternplatz eröffnet. Die Zahnklinik der AOK Dresden unter Leitung von Dr. Heinrich Rudolf Richter (geb. 1878) wurde mit zwölf zahnärztlichen Arbeitsplätzen eingerichtet. Assistenten kamen aus ganz Deutschland und fanden in der Zahnklinik hervorragende Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Ein Zahntechnisches Labor war ebenfalls vorhanden. Die ärztlichen Leistungen umfaßten die Gebiete zahnärztliche Chirurgie, konservierende und prothetische Zahnheilkunde sowie Kinderzahnheilkunde. Chirurgische Eingriffe wurden teilweise sogar in Narkose durchgeführt. Extraktionen waren von Anfang an die häufigsten Eingriffe. Erklärte langfristige Ziele waren die Sanierung der Mundhöhlen und die vorbeugende Füllung von kleineren Defekten. Anfangs war die Schmerz- und Kariesbehandlung jedoch vorrangig, da noch im Jahr der Kliniköffnung der Erste Weltkrieg begann.

Die seit Bestehen der AOK vorhandene Vertrauensärztliche Einrichtung erhielt 1914 im Gebäude Räumlichkeiten für die beiden hauptamtlich tätigen Vertrauensärzte Hofrat Dr. Adolf Behrens (1855 – 1924) und

Sanitätsrat Dr. Albin Burkhardt (geb. 1885). Kritiker behaupteten, dass diese Einrichtung der „Gesundpresse“ der arbeitsunfähigen Versicherten dienen solle. Sie bewilligte aber auch die begehrten Kuren in den AOK Genesungsheimen und untersuchte die Personen, die Antrag auf eine freiwillige Versicherung bei der AOK gestellt hatten.

Erster Weltkrieg 1914 – 1918

Die Physikalische Heilanstalt der Poliklinik der AOK unter Leitung von Dr. Alfred Doberenz (geb. 1872) war ein umfangreich ausgestattetes, über große Räumlichkeiten verfügendes Institut. Bei Eröffnung handelte es sich um ein einzigartiges Institut in Deutschland. Die Therapiemöglichkeiten umfaßten alle damaligen Gebiete der physikalischen Therapie mit insgesamt 64 verschiedenen Einzelanwendungen: Abteilung A für Hydrotherapie und Massagen, Abteilung B für Lichttherapie, Abteilung C für Elektrotherapie, Abteilung D für Gymnastik und Abteilung E das Inhalatorium. Auch waren Puls-, Atmungs- und Blutdruckmeßgeräte zur wissenschaftlichen Therapiekontrolle der verabreichten Prozeduren vorhanden. „Die Anstalt steht allen bei der Kasse tätigen Ärzten für ihre Kranken zur Verfügung.“

Die Gründung der Beinklinik 1915 war besonders fortschrittlich und beispielgebend für Deutschland. Sie entsprach dem hohen Bedarf in Dresden, den Patienten eine Spezialbehandlung durch einen erfahrenen

Arzt, hier Dr. Ernst Reinhold Dufeldt (1867 – 1918), zu ermöglichen. Er kümmerte sich schon seit 15 Jahren um die Patienten mit *Ulcus cruris* in Dresden. Dies geschah, bevor die Fachbehandlung chronischer Beinleiden in ärztlichen Kreisen anerkannt wurde und der Verein der Spezialärzte für Beinleiden e.V. mit Forderungen nach gezielter, wissenschaftlich fundierter, einheitlicher und erfolgversprechender Behandlung an die Öffentlichkeit trat. Die Gründe für den großen Zulauf in die Klinik sah Dufeldt darin, daß die Kranken ambulant behandelt wurden, keine Bettruhe benötigten und daher ihrer Arbeit nachgehen konnten. Es handelte sich zunehmend um Männer mit Stehberufen und schwerer körperlicher Arbeit. Dauer der Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und Invalidität spielten dabei eine große Rolle.

Mit Mobilmachung zum Ersten Weltkrieg litten sämtliche Abteilungen unter Personalmangel. Hinzu kam noch der erhöhte Bedarf an Akutbehandlungen sowohl in der Zahnklinik als auch in der Physikalischen Heilanstalt. Während des Krieges wurden keine Beihilfen zum Zahnersatz gewährt. 1917 hatte der Bedarf an Zahnersatz so zugenommen, dass die Versicherten wesentlich länger darauf warten mussten als üblich. Aber die Zahnklinik hatte aufgrund vorsorgender Einkäufe der AOK keinen Mangel an Material wie zum Beispiel Gold. 1918 arbeiteten durchschnittlich nur die Hälfte der Zahnärzte. Auch Zahntechniker fehlten. Von 1916 bis 1919 wurden verwundete und kranke Kriegsteilnehmer unter Benutzung sämtlicher Abteilungen inklusive Röntgenabteilung in der Physikalischen Heilanstalt behandelt. Wegen der insgesamt höheren Inanspruchnahme, infolge der Mitnutzung durch die Militärbehörde einerseits und der Nachbehandlung der epidemisch aufgetretenen Grippeerkrankungen im Jahre 1918 andererseits, stellten sich schnell Verzögerungen bei der Gabe der Anwendungen ein. Die ursprüngliche Raumaufteilung und Ausstattung in der Physikalischen Heilanstalt reichte dadurch nicht mehr aus. Bei

der Beschaffung der Zusätze für die Hydrotherapien gab es während des Krieges Schwierigkeiten, trotzdem konnten alle verordneten Kurprozeduren durchgeführt werden. Die ersten Radiumanwendungen erfolgten ab 1917 in Form von Trinkkuren und Radiumvollbädern.

Ab 1915 gab es eine bleibende Veränderung bei den Versicherten Mitgliedern der AOK. 1884 hatten Männer mit einem Drittel überwogen, ab 1915 waren mehr Frauen als Männer versichert. Das wirkte sich auf die Art der nötigen Behandlungen aus.

Weimarer Republik 1918 – 1933

Ab 1919 normalisierte sich die Personalsituation und die Kliniken dokumentierten bis 1931 steigende Inanspruchnahme in allen Abteilungen. Daraufhin wurden die Abteilungen technisch und räumlich erweitert. Ende 1919 waren Arbeitsmittel, Apparate, Reagenzien und Materialien entweder nicht mehr im Handel erhältlich oder sehr teuer geworden. Die AOK konnte mit vorher angeschafften größeren Vorräten für alle Kliniken diese Zeit finanziell gut überstehen. Außerdem hatte die AOK ihr Hauptvermögen in das Grundstück und Gebäude am Sternplatz und die Ausstattung der Einrichtungen investiert, sodass sie die große Inflation 1923 und Umwandlung in Reichsmark nicht so schwer traf wie andere Krankenkassen. Mit Kürzungen von Kassenleistungen in jedem Bereich senkte die AOK zusätzlich Ausgaben. Aber die Versorgung der Kassenpatienten in der Poliklinik ging kontinuierlich weiter. Schwieriger hingegen wurde die Vergütung der niedergelassenen Kassenärzte und Apotheker und somit auch der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Das 1924 aus der Physikalischen Heilanstalt ausgegliederte Röntgeninstitut der AOK Dresden am Sternplatz entwickelte sich von einem der ersten Röntgeninstitute in Dresden zu einem der größten und modernsten diagnostischen Röntgeninstitute in Deutschland in der Zeit der Weimarer Republik. Die Röntgenuntersuchungen und Durchleuchtungen wurden ein zunehmend unentbehrliches

diagnostisches Hilfsmittel der Ärzte. Die kontinuierliche Leitung des Röntgeninstitutes lag bei Johannes Karl Hugo Görner (1867 – 1959), der großen Wert auf die Nachwuchsausbildung legte.

Die Ehe- und Sexualberatungsstelle der AOK Dresden in der Poliklinik wurde 1926 eröffnet und war damit eine der ersten in Deutschland. Dort wurden vorrangig AOK-Versicherte und deren Angehörige betreut. Die Leitung übernahm der Arzt Dr. Rainer Fetscher (1895 – 1945). Fetscher hat ab 1921 als Assistent am Hygiene-Institut in Dresden gearbeitet. Er legte großen Wert auf die Betrachtung des Menschen in seinem sozialen, beruflichen und räumlichen Umfeld. Die Arbeit des Leiters beinhaltete sowohl Eheberatungen mit Ausstellung von Gesundheitszeugnissen als auch Sexualberatungen, wobei zweite praktisch überwogen und Beratungen zu Verhütungsmitteln und Sterilisierungen einschlossen. Schwangerschaftsunterbrechungen wurden von Fetscher nicht vorgenommen. Sein Ziel war es, Erbleiden wirksam zu verhindern und Leid in Familien zu vermeiden. Die Ehe- und Sexualberatungsstelle der AOK Dresden entwickelte sich zu einer der bedeutendsten und hochfrequentesten in Deutschland und Europa Ende der 20er-Jahre. Sie unterstreicht die innovative und wissenschaftliche Bedeutung Dresdens für die Geschichte der Sozialhygiene und hygienische Volksaufklärung in Deutschland. Wichtig erscheinen in diesem Zusammenhang die Deutschen Hygieneausstellungen und die Errichtung des Deutschen Hygienemuseums in Dresden.

Das chemisch-mikroskopische Laboratorium, im Krieg 1918 eröffnet, und das Röntgeninstitut wurden über die Jahre zunehmend von Ärzten sowohl innerhalb der Poliklinik als auch von außerhalb für die verbesserte Diagnostik vor allem in Zweifelsfällen bei der Krankenbehandlung genutzt und geschätzt. Die genaue Zusammensetzung von Körpersäften und Stoffwechselprodukten des Körpers wurden festgestellt. So untersuchte man auch auf die Erreger der Gonorrhoe,

Syphilis und Tuberkulose. Besonders die Vertrauensärzte nutzten das Laboratorium für ihre Gutachten.

Die Verwendung und Neuanschaffung von Geräten, die stetige räumliche Ausweitung der Abteilungen und das zunehmende Personal in allen Kliniken dokumentieren die kontinuierliche Erweiterung und Entwicklung der Poliklinik.

Die Patientenzahlen und die Behandlungen hatten enorme Ausmaße angenommen. Die höchste Zahl an Patienten verzeichnete die Zahnklinik 1930 mit 54.892 und die höchste Zahl an Behandlungen wurde für die Physikalische Heilanstalt 1931 mit 226.693 an 164.647 Patienten angegeben. 1929 – 1931 fand auch orthopädisches Kinderturnen mit guten Erfolgen statt. Aus finanziellen Gründen wurden diese Kurse jedoch eingestellt, sodass Langzeitergebnisse nicht bekannt wurden. Die Krankenstube und Heilmittelabgabestelle, in der auch Medikamente abgegeben wurden, war wirtschaftlich sinnvoll aus Zeit-, Geld- und Qualitätsgründen und entwickelte sich zu einem politischen Mittel der AOK Dresden, sich gegen die Forderungen der Apotheken zu schützen. Auch konnte sich die AOK mit der Poliklinik von Engpässen in der Leistungserbringung der niedergelassenen Ärzte zum Beispiel während des Ärztestreiks 1919 befreien. Nachteilig für die ärztliche Tätigkeit in Anstellung in der Klinik war die Überprüfbarkeit der Therapie und die Möglichkeit der AOK-Verwaltung, Einfluß auf die Behandlung und auf die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Zahnersatz zu nehmen. Aus finanzieller Sicht waren dies allerdings Vorteile für die AOK-Versicherten. Sie erhielten Leistungen, die ohne Zugehörigkeit zur Krankenversicherung aus eigenen Mitteln meist nicht bezahlbar gewesen wären. Finanzielle und räumliche Verbindungen der AOK bestanden auch zur Schulzahnklinik Dresden und zum Königlichen Ambulatorium für Massage und Krankengymnastik unter Prof. Ernst Willem Smitt. Aus zweitem ging später die heutige Ausbildungsstätte für Physiotherapeuten in Dresden hervor.

Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg 1933 – 1945

Im Sinne von Gleichschaltung und Zentralisierung wurde das gesellschaftliche Leben und so auch das Gesundheitswesen umstrukturiert. Der Kassenvorstandsausschuss wurde aufgelöst. Ein neuer Kassenvorsitzender leitete nun selbständig und mit voller alleiniger Verantwortung als Reichskommissar die AOK. Von Kassenseite wurde betont, dass es sich bei der Kassenklinik um eine Zweckeinrichtung mit dem Ziel einer besseren und preiswerten Versorgung der Versicherten handle, die Kliniken keine Erwerbsquelle für die AOK darstellten und dass kein politisches Prinzip dahinter stehe. Dennoch wurde die Poliklinik durch die nationalsozialistische Umgestaltung der Krankenversicherung weitgehend zerstört. Die Versorgung der Versicherten übernahmen nun überwiegend die niedergelassenen Kassenärzte. Die meisten Einrichtungen fielen den Veränderungen des Kassensartrechtes ab 1931 und den neuen ideologischen Zielen ab 1933 zum Opfer. Die Zahnklinik löste sich quasi von selbst auf: Die Assistenzärzte ließen sich nieder und der Klinikchefarzt ging in den Ruhestand. 1934 wurde die Eheberatungsstelle geschlossen. Fetscher wirkte ab 1934 als praktischer Arzt aktiv gegen Antisemitismus und Faschismus. Den ab 1932 durchgeführten Rentabilitätsprüfungen der Eigenbetriebe der AOK Dresden hielten dauerhaft nur die Physikalische Heilanstalt, das Röntgeninstitut, die Heilmittelabgabestelle und die Vertrauensärztliche Einrichtung stand, letztere wurde sogar personell erweitert. Sie blieben bis zur Zerstörung bei den Bombenangriffen auf Dresden 1945 bestehen. Das Gebäude wurde im Vergleich zu den umgebenden Gebäuden wenig beschädigt.

Sowjetische Besatzungszone 1945 – 1949

Nach Kriegsende wurde im Gebäude nach relativ kurzer Zeit die medizinische Versorgung der Dresdener Bevölkerung wieder aufgenommen. Die Sozialversicherung wurde im Gebiet der Sowjetischen Besatzungs-

zone auf eine Kasse zentralisiert und fast die gesamte Bevölkerung war gesetzlich sozialversichert. Die Sozialversicherungskasse (SVK) Dresden befand sich im AOK-Gebäude am Sternplatz.

Deutsche Demokratische Republik 1949 – 1990

Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurde ab 1949 durch die sozialistische Planwirtschaft und Gesundheitsprogramme bestimmt. Die ambulante Versorgung führten demnach überwiegend die Polikliniken,

Ambulatorien, poliklinischen Ambulanzen, staatliche Arzt- und Zahnarztpraxen und Betriebspolikliniken bzw. -ambulatorien durch.

Die Poliklinik Stadtzentrum am Sternplatz wurde mit Wiedereröffnung der Zahnklinik am 1.7.1951 ins Leben gerufen. Die Leitung für neun zahnärztliche Arbeitsplätze übernahm Dr. H. Craney, dieser hatte seine Ausbildung in der AOK Zahnklinik als Assistent absolviert, war 1921 – 1937 Leiter der Zahnstation im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, hatte danach in einer Praxis in Dresden gearbeitet und kam wieder

Chronologie

1884	Gründung der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Dresden
1884 bis 1911	AOK-Versicherte in Dresden von 8 % auf 23,6 % der Dresdner Bevölkerung
1911	Reichsversicherungsordnung
Vorbilder für die Poliklinik:	
ab 1894	Physikalische Therapie in den Genesungsheimen der AOK Dresden in Zitzschewig
ab 1900	Zanderinstitut AOK Leipzig
ab 1905	Zahnklinik der AOK Chemnitz
Bau des Gebäudes:	
2.11.1912	Grundsteinlegung am Sternplatz
1.10.1913	Nutzung der ersten Räume
1913	Krankenstube eröffnet
30.12.1913	Einzug der AOK Hauptverwaltung
AOK-Poliklinikabteilungen und deren Leiter:	
April 1914	Zahnklinik eröffnet, Dr. med., Dr.dent.H.R. Richter (geb.1878)
1914	Vertrauensärztliche Einrichtung, Kgl. sächs. Hofrat Dr. med. A. Behrens (1855 – 1924) und San.-Rat Dr. med. A.Burkhardt (geb.1865)
1915	Physikalische Heilanstalt eröffnet, Dr. med. A. Doberenz (geb.1872)
1916	Heilmittelabgabestelle eröffnet
August 1917	Eröffnung der Röntgenabteilung der Physikalischen Heilanstalt
April 1918	Chemisch-mikroskopisches Laboratorium eröffnet, Dr.phil.R.Pitschke (1857 – 1932)
Januar 1919	gesonderte Bestrahlungsabteilung eröffnet, Dr. med. B. A. Korn (1873 – 1942)
Oktober 1924	Röntgeninstitut eröffnet, Dr. med. J. K. H. Görner (1877 – 1959) – blieb 21 Jahre Chefarzt
1925	Krankenstube nur noch für Hilfeleitungen
November 1926	Ehe- und Sexualberatungsstelle eröffnet, Dr. med. R. Fetscher (1895 – 1945)
1926	neuer Leiter der Physikalischen Heilanstalt: SR Dr. med. F.A. Harzer (1885 – 1970)
1928	Errichtung von 11 vertrauensärztlichen Kommissionen
Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg:	
17.3.1933	Erste Verordnung zur Neuordnung der Krankenversicherung
7.4.1933	„Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“
3.7.1934	„Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“
April 1934	Schließung der Zahnklinik
1934	Eheberatungsstelle geschlossen
1938 bis 1945	„status quo“ das heißt Fortbestehen als Eigenbetrieb der AOK für Physikalische Heilanstalt, Röntgeninstitut, Leibbindenabgabestelle, Vertrauensärztliche Einrichtung
Sowjetische Besatzungszone:	
1949	SVK Dresden
1951	Poliklinik Stadtzentrum am Sternplatz eröffnet mit der Zahnklinik, Dr. Heinrich Craney
1952	Röntgeninstitut mit Röntgenarchiv
1959	Leitung der Zahnklinik wechselt: Claus Boruvka (1931-2000)
Bundesrepublik Deutschland:	
Seit 1991	Hauptverwaltungsgebäude der AOK Sachsen



Portrait H. Craney. Quelle: Privatarchiv

zurück zum Sternplatz bis er 1958 in den Ruhestand trat. Ein zahntechnisches Labor war angeschlossen. Noch 1952 sollte das Röntgeninstitut mit Röntgenarchiv seine Arbeit beginnen. Weitere Abteilungen waren 1952 die Orthopädische Abteilung mit Elektrophysikalischer Abteilung und Chirurgische, Innere und Gynäkologische Abteilung sowie ein klinisch-diagnostisches Laboratorium. Hinzu kamen 1962 Eheberatung, Augen-Abteilung, Nerven-Abteilung, Kinder-Abteilung, Kieferorthopädische Abteilung und Jugend-Zahnabteilung. 1959 übernahm Claus Boruvka (1931 – 2000) die Leitung der Zahnklinik. Die Jugendzahn-pflege wurde im Vergleich zu Vorkriegszeiten erweitert. Die Bezirksstomatologische Poliklinik in Dresden galt neben der Poliklinik in Rostock als Musterbeispiel für den gesamten DDR-Maßstab.

Heilstätten für Tuberkulose

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2015

Sehr geehrter Herr Juettemann, sehr geehrte Redaktion, die Beschäftigung mit der Geschichte unseres Heilwesens im „Ärzteblatt Sachsen“ halte ich für interessant, nützlich und für die jüngere Generation lehrreich. Allerdings sollten die Fakten gut recherchiert sein. Was die Aussagen zur Klinik Hohwald im oben genannten Artikel

Zusammenfassung

Die AOK-Poliklinik war von Anfang an als große, moderne Institution geplant. Sie nahm bis zum Ende der Weimarer Republik eine Gestalt an, die deutschlandweit Vorbildcharakter errang. Die in den Abteilungen erzielten Behandlungsergebnisse verhalfen der Naturheilkunde in Form der Physikalischen Therapie zur Aufnahme in die universitäre Ausbildung in Medizin. Die zahnärztliche Prophylaxe und Therapie wurde verbessert. Die Röntgendiagnostik und -therapie wurde verfeinert, die Archivierung verbessert. Ärztlicher Nachwuchs erhielt eine vorbildliche Ausbildung – frühzeitig auch Frauen. Spezialisierte und erfahrene Ärzte behandelten die arbeitende Bevölkerung, die sich vor Gründung der AOK keine solchen Behandlungen hätte leisten können. Die Poliklinik erfreute sich unter den Kassenversicherten zunehmender Beliebtheit. Auch der nationalsozialistische Umbruch konnte die Poliklinik nicht komplett zerstören, weil die verbliebenen Abteilungen trotz strengster Prüfung wirtschaftlich arbeiteten. Im Sozialismus erfolgte die ambulante Versorgung der Bevölkerung fast ausschließlich in Polikliniken und Ambulatorien innerhalb der Einheitsversicherung. Der Vorsorge und Nachsorge kam eine besondere Bedeutung zu. Das Gesundheitswesen litt unter einer gravierenden Unterfinanzierung und benötigte immer größere Staatszuschüsse. Seit der Wiedervereinigung der beiden

betrifft, ist das nur teilweise der Fall. Die Klinik mit Grundbesitz und Gebäuden erhielt 1990 die LVA Sachsen zurück.

Betrieben wird aber seitdem ein Orthopädisches Fachkrankenhaus, keine Reha-Klinik.

Versuche beides (Krankenhaus und Reha-Klinik in einem Gelände) 1990 zu etablieren, scheiterten damals.

Betreiber des Krankenhauses war 1990/1991 das Land Sachsen.

Bereits Anfang 1992 (nicht „nach 1994“) übernahmen die privaten Memory-Kliniken als Betreiber das Orthopädische Fachkrankenhaus bis

Deutschen Staaten sind in vielen ehemaligen Poliklinikgebäuden Praxisgemeinschaften, Gemeinschafts- und Einzelpraxen für die medizinische Versorgung vorhanden. Die neuen Organisationsformen in der vielfältigen ambulanten Versorgung der Bevölkerung sind nun Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit kompliziertem strukturellem Aufbau und darin tätigen angestellten Ärzten.

Die überbordende Dokumentationspflicht, der Datenschutz, gesetzliche Verpflichtungen zu Medizinprodukten und Medizintechnik sowie betriebswirtschaftliche Zwänge (wie steigende Kosten für Personal, Versicherungen und Miete) führen auf der ärztlichen Seite dazu, dass sich immer weniger junge Mediziner in das unternehmerische Risiko einer Niederlassung begeben wollen. Auf der anderen Seite werden die Kosten durch die demografische Entwicklung hin zur alternden Gesellschaft und durch den medizinischen Fortschritt steigen. Aus dem geschichtlichen Rückblick heraus müssen strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Vielleicht wäre dann eine verbesserte Form der Poliklinik – vielleicht sogar der „kasseneigenen“ – eine Alternative?

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:
Dr. med Kerstin Haym, Dresden,
Promotion 2005 „Struktur und Aufgaben der
AOK-Poliklinik Dresden“

zur Insolvenz der Betreibergesellschaft. Dieses traurigste Kapitel der Klinikgeschichte bedarf nach meiner Auffassung noch der Aufarbeitung.

Richtig ist, dass seit 1998 die Asklepios-Gesellschaft das Fachkrankenhaus für Orthopädie und Rheumaorthopädie mit beachtlichen Erfolgen betreibt. Es handelt sich aber nicht um eine Reha-Klinik.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Med. Hans-Georg Pampel
FA für Orthopädie/Chirotherapie
(von 1986 bis 1993 in der Klinik Hohwald tätig)

Unsere Jubilare im April 2015 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Arendt, Thomas
04229 Leipzig
- 04.04. Dr. med. Augustin, Ricarda
01728 Possendorf
- 04.04. Dr. med. Dworatzek, Sabine
01309 Dresden
- 05.04. Dr. med.
Hammer, Karl-Heinz
08107 Kirchberg
- 05.04. Kolle, Achim
04315 Leipzig
- 06.04. Dr. med. Richter, Ursula
04105 Leipzig
- 06.04. Dipl.-Med. Vettters, Barbara
01328 Dresden
- 08.04. Dr. med. Deppe, Wolfgang
01326 Dresden
- 09.04. Dipl.-Med. Grabowski, Paul
01324 Dresden
- 09.04. Dr. med. Stupka, Klaus
02827 Görlitz
- 10.04. Dr. med. Hendrischk,
Christiane-Ulrike
02977 Hoyerswerda
- 12.04. Dr. med. Einert, Gerlinde
01328 Dresden
- 13.04. Dipl.-Med. Gurn, Eveline
08107 Kirchberg
- 14.04. Dipl.-Med. Berndt, Margitta
02747 Herrnhut
- 14.04. Dipl.-Med. Frimmel, Sigrid
04275 Leipzig
- 14.04. Dipl.-Med. Gieseler, Karla
01738 Dorfhain
- 15.04. Prof. Dr. med. habil.
Schuster, Volker
04177 Leipzig
- 16.04. Dr. med.
Holzmüller, Michael
09125 Chemnitz
- 17.04. Dr. med. Walter, Ute
02627 Weißenberg
- 18.04. Dr. med. Meisel, Silke
01307 Dresden
- 19.04. Dr. med. Weißer, Margit
04416 Markkleeberg
- 20.04. Dipl.-Med. Krüger, Thomas
08606 Oelsnitz
- 21.04. Dr. med. Lautenbach, Beate
01737 Kurort Hartha
- 21.04. Dr. med. Vogel, Andreas
04425 Taucha
- 26.04. Dr. med. Dornig, Beate
02708 Löbau
- 26.04. Dipl.-Med. Nowak, Uwe
01109 Dresden

- 26.04. Dr. med. Pinner, Angelika
09429 Warmbad Wolkenstein
- 28.04. Dr. med. Stoye, Matthias
09247 Röhrsdorf
- 29.04. Dr. med.
Spiegler, Klaus-Dieter
07937 Zeulenroda-Triebes
- 30.04. Dipl.-Med. Striebing, Rüdiger
09128 Chemnitz

65 Jahre

- 02.04. Dipl.-Med. Pfeiffer, Ludwig
01309 Dresden
- 03.04. Dipl.-Med. Kuttner, Gabriele
02763 Zittau
- 04.04. Dipl.-Med. Helbig, Marion
09235 Burkhardtsdorf
- 05.04. Dr. med. Lenk, Martina
08058 Zwickau
- 08.04. Dr. med. Simmank, Brigitte
01589 Riesa
- 12.04. Dr. med. Kunath, Hans
09648 Mittweida
- 12.04. Dr. med.
Weihermüller, Albrecht
08468 Reichenbach
- 15.04. Dr. med. Hauswald, Bettina
01139 Dresden
- 17.04. Baumann, Beate
08485 Lengenfeld/V.
- 17.04. Dr. med. Gruschinske, Barbara
01279 Dresden
- 19.04. Dipl.-Med. Zernisch, Ulrike
01309 Dresden
- 21.04. Prof. Dr. med. habil.
Gerhartz, Heinrich
01468 Moritzburg
- 21.04. Dipl.-Med. Günther, Monika
01773 Altenberg /
OT Schellerhau
- 21.04. Dr. med. Hofmann, Ines
04229 Leipzig
- 21.04. Prof. Dr. med. habil.
Reichenbach, Andreas
04105 Leipzig
- 21.04. Dipl.-Med. Zillinger, Regina
02894 Vierkirchen
- 24.04. Dipl.-Med. Kaulfuß, Ingrid
01814 Bad Schandau
- 25.04. Dr. med.
Groskopf, Cornelia
04519 Rackwitz
- 26.04. Dr. med. Fuchs, Karl-Friedrich
09113 Chemnitz
- 26.04. Dr. med. Jacob, Jürgen
04229 Leipzig
- 28.04. Nönnig, Siegfried
09228 Chemnitz
- 28.04. Politschuk, Wassili
01587 Riesa
- 29.04. Dipl.-Med. Hahn, Susanna
08280 Albernau
- 29.04. Dr. med. Kupfer, Manfred
09116 Chemnitz

- 29.04. Dr. med. Schnering, Holger
02977 Hoyerswerda

70 Jahre

- 02.04. Dr. med. Schädlich, Ralf
09468 Geyer
- 03.04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Quietzsch, Detlef
09224 Chemnitz
- 03.04. Dr. med. Quietzsch, Jürgen
08547 Jöbnitz
- 04.04. Prof. Dr. med. habil.
Zipprich, Bernt
04509 Delitzsch
- 07.04. Dr. med.
Hilbert, Heidemaria
01445 Radebeul
- 09.04. Dr. med. Limbach, Irmtraud
01589 Riesa
- 12.04. Dr. med. Zenker, Wilfried
01904 Steinigtwolmsdorf
- 13.04. Prof. Dr. med. habil.
Ravens, Ursula
01097 Dresden
- 15.04. Dr. med. Gentsch, Egon
04749 Ostrau
OT Noschkowitz
- 17.04. Dr. med. habil.
Thulin, Harald
01277 Dresden
- 21.04. Dr. med.
Brettschneider, Siegbert
04668 Otterwisch
- 22.04. Dipl.-Med.
Espenhain, Markus
01237 Dresden
- 23.04. Dr. med. Völker, Dagmar
04105 Leipzig
- 24.04. Dr. med.
Berthold, Gert-Rainer
01307 Dresden
- 24.04. Dr. med. Käßner, Rolf
01187 Dresden
- 25.04. Dr. med. Handschuh, Irene
04683 Naunhof
- 29.04. Dr. med. Roch, Renate
01468 Moritzburg

75 Jahre

- 01.04. Dr. med. Föst, Hans-Dietrich
01277 Dresden
- 02.04. Dr. med. Fricke, Adelheid
01796 Pirna
- 02.04. Dr. med. Puchta, Barbara
01259 Dresden
- 02.04. Dr. med. Unger, Roland
01796 Pirna
- 02.04. Dr. med. Wölflick, Edith
09376 Oelsnitz
- 03.04. Dr. med. Höhne, Wulf
04105 Leipzig
- 07.04. Prof. Dr. sc. med.
Klötzer, Bernd
04299 Leipzig

- | | | | | | |
|--------|--|--------|---|--------|--|
| 07.04. | Dr. med. Kurzawa, Bernd
02894 Reichenbach | 28.04. | Dr. med. Böhme, Barbara
01326 Dresden | 14.04. | Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg |
| 08.04. | Sawenkowa, Gisela
01067 Dresden | 29.04. | Windisch, Jochen
09306 Rochlitz | 16.04. | Dr. sc. med.
Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04758 Cavertitz |
| 08.04. | Dr. med. Voigtland, Ursula
09116 Chemnitz | 30.04. | Dr. med. Girod, Gertraude
01277 Dresden | 25.04. | Hinze, Fritz
04435 Schkeuditz |
| 09.04. | Dr. med. Fischer, Günter
09337 Hohenstein-Ernstthal | 30.04. | Dr. med. Martin, Brunhilde
09427 Ehrenfriedersdorf | 29.04. | Hantschel, Ingeborg
02708 Löbau |
| 10.04. | Dr. med. Robel, Klaus-Jürgen
01728 Bannewitz | | 80 Jahre | 29.04. | Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick |
| 10.04. | Dr. med. Schmidt, Walter
04442 Zwenkau | 02.04. | Dr. med. Beyer, Winfried
04105 Leipzig | | 82 Jahre |
| 10.04. | Schmidt, Gerold
07952 Pausa | 03.04. | Dr. med. Gatzke, Romald
09112 Chemnitz | 07.04. | Dr. med. Schmidt, Wolfgang
09130 Chemnitz |
| 10.04. | Dr. med. Unger, Harald
08132 Mülsen | 07.04. | Dr. med. Börner, Christine
09496 Satzung | 08.04. | Haack, Helga
09355 Gersdorf |
| 12.04. | Dr. med. Robel, Elke
01728 Bannewitz | 09.04. | Dr. med. Eigenberger, Horst
09123 Chemnitz | 10.04. | Dr. med. Haidar, Ruth
01662 Meißen |
| 14.04. | Dr. med.
Edelmann, Marianne
09599 Freiberg | 10.04. | Drees, Inge
01069 Dresden | 11.04. | Dr. med. Kieß, Egon
01445 Radebeul |
| 14.04. | Dr. med. Felder, Klaus
04416 Markkleeberg | 11.04. | Dr. med. Effler, Klaus
01217 Dresden | 12.04. | Dr. med. Theile, Inge
04319 Leipzig |
| 14.04. | Dr. med.
Schwarzmann, Erhard
04159 Leipzig | 11.04. | Dr. med. Jänke, Dietmar
01683 Nossen | 14.04. | Dr. med. Mühler, Isolde
04105 Leipzig |
| 15.04. | Dr. med. Geutner, Gudrun
09117 Chemnitz | 11.04. | Dr. med. Lehmann, Doris
01279 Dresden | 22.04. | Dr. med. Hecht, Siegfried
04109 Leipzig |
| 16.04. | Dr. med. Kößling, Ursula
04288 Leipzig | 13.04. | Dr. med. Donaubauer, Horst
04774 Dahlen | 26.04. | Brockelt, Waldtraut
01277 Dresden |
| 17.04. | Gerwald, Margit
01445 Radebeul | 13.04. | Dr. med. Pinzer, Barbara
01326 Dresden | 26.04. | Dr. med.
Schultze, Hans-Ulrich
04357 Leipzig |
| 18.04. | Dr. med. Schulze, Klaus
08060 Zwickau | 14.04. | Prof. Dr. med. habil.
Schuh, Dieter
01328 Dresden | | 83 Jahre |
| 19.04. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schmidt, Christian
01809 Heidenau | 15.04. | Dr. med. Hofmann, Eike
09648 Mittweida | 04.04. | Dr. med. Kitlak, Christina
01796 Pirna |
| 20.04. | Dr. med. Metzsig, Heide
04564 Böhlen | 16.04. | Priv.-Doz. Dr. med.
Paul, Dieter
01129 Dresden | 09.04. | Prof. Dr. med. dent. Dr.
med. habil. Schaps, Peter
01326 Dresden |
| 21.04. | Dr. med. Simmich, Karin
01157 Dresden | 19.04. | Dr. med. Bauch, Ursula-Ruth
09117 Chemnitz | 12.04. | Dr. med. Große, Wolfram
04838 Eilenburg |
| 21.04. | Dr. med. Trommler, Siegfried
08525 Plauen | 21.04. | Dr. med. Hartmann, Rita
09599 Freiberg | 17.04. | Dr. med.
Reichardt, Horst-Peter
01471 Radeburg |
| 22.04. | Dr. med. Noack, Hartmut
09376 Oelsnitz | 21.04. | Täubert, Wolfgang
04277 Leipzig | 28.04. | Dr. med. Frank, Irmtrud
01844 Neustadt/ i.Sachsen |
| 23.04. | Dr. med. Bartel, Gerda
01445 Radebeul | 23.04. | Dr. med. Grunert, Christa
09235 Burkhardtsdorf | | 84 Jahre |
| 23.04. | Dr. med. Budach-Gamaleja,
Anne-Karin
01307 Dresden | 24.04. | Hamann, Ilse
08525 Plauen | 02.04. | Dr. med.
Waurick, Astrid-Alexandra
04668 Großbothen |
| 23.04. | Dr. med. Herrmann, Gisela
01277 Dresden | 29.04. | Dr. med.
Frischalowski, Hans-Joachim
04425 Taucha | 04.04. | Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig |
| 23.04. | Dr. med. Kraut, Harald
01445 Radebeul | | 81 Jahre | 11.04. | Dr. med.
Neumann, Günther
01309 Dresden |
| 24.04. | Dr. med.
Moldenhauer, Ingrid
04103 Leipzig | 03.04. | Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz | 21.04. | Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden |
| 26.04. | Dr. med. Franke, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz | 06.04. | MUDr.
Westphäliger, Alena
01259 Dresden | | 85 Jahre |
| 26.04. | Waldleben, Monika
01109 Dresden | 07.04. | Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf | 01.04. | Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach |
| 27.04. | Dr. med. Gräbner, Dieter
04668 Großbardau /
OT Waldbardau | 07.04. | Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringswalde | 08.04. | Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau |
| | | 13.04. | Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig | | |

- 17.04. Decker, Marga
08056 Zwickau
- 17.04. Dr. med. Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen
- 17.04. Dr. med.
Lehmann, Dorothea
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 26.04. Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Dieter
01326 Dresden

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

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

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

- 89 Jahre**
- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden

- 90 Jahre**
- 12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz

- 91 Jahre**
- 02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

- 93 Jahre**
- 18.04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

Heidrun Rueda Spannweiten Malerei und Zeichnung

Die Malerin Heidrun Rueda (Jahrgang 1963) – heute in Biesenthal bei Berlin ansässig – hat eine langjährige Verbindung nach Dresden. Die gebürtige Magdeburgerin studierte in den 1990er-Jahren an der Hochschule für Bildende Künste Dresden Malerei und Grafik, absolvierte zudem ein zweijähriges Meisterschülerstudium. Die Bilder jener Zeit zeigten sich flächig, andeutungsweise auch zeichenhaft. In Farben und Formen schlugen sich bildnerische Eindrücke und Erfahrungen mehrerer Studienaufenthalte zwischen 1991 und 2000 in Peru, Bolivien und Chile nieder.

Gleichwohl erfuhr die malerische Handschrift der Künstlerin später manche Wandlungen. So entstanden in den Jahren nach 2000 großformatige, nach fotografischen Vorlagen gearbeitete Bildserien, die sich mit Landschaften sowie Flugzeugen auseinandersetzen, das Thema Mensch – Technologie – Natur berührten. Letzteres setzte sich in einer ihrer jüngsten Ausstellungen im Kloster Chorin (2014) fort, die unter anderem die Tierwelt dieser Region zum Gegenstand wählte. Die mit mehreren Stipendien (sächsisches Landestipendium 1996, Stiftung Kulturfonds Berlin 1999, Künstlerhaus Schloss Wiepersdorf 2004)



„Regenwolke“, 1997, 18 x 24 cm, Guache

und Nominierungen Geehrte tritt obendrein als Zeichnerin hervor. Hier setzt sie sich sowohl mit Literatur auseinander als auch mit Ereignissen wie der Entführung der Passagiermaschine Landshut 1977. Die vielfältig arbeitende Künstlerin schuf dazu den Comic „Mogadischu. Geschichte einer Flugzeugentführung“. Zudem entstanden mehrere Wandgestaltungen. Auf die Bandbreite ihres Schaffens weist nun auch der für die Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer gewählte Titel „Spannweiten“. Werke der Künstlerin befinden sich unter anderem in Museen in Frederikshavn/Dänemark, Frankfurt/Oder

und Offenbach, in namhaften Bibliotheken in Berlin, Budapest, Frankfurt/Main, München, Paris und Wolfenbüttel sowie in einer Reihe Unternehmen, darunter den Deutschen Werkstätten Hellerau, wo Heidrun Rueda nach ihrem Studium ein Atelier hatte.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der vierten Etage vom 26. März bis 24. Mai 2015, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 26. März 2015, 19.30 Uhr