

<b>Editorial</b>	Prioritäten	<b>140</b>
<b>Berufspolitik</b>	Arztzahlen in Sachsen	<b>141</b>
	STEX in der Tasche	<b>143</b>
	Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern	<b>144</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Geht es dem Ärztekittel an den Kragen?	<b>146</b>
	Ärztetikett ja/nein?	<b>146</b>
	Klinische Studien in der DDR	<b>148</b>
	Angebote für eine ambulante Ethikberatung	<b>149</b>
	Psychische Gesundheit minderjähriger Flüchtlinge	<b>150</b>
	Hilfe, die bleibt – German Doctors	<b>152</b>
	Update Diabetologie 2015	<b>154</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Gefahr aus dem Internet – Update 2016	<b>157</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Informationen zur Einstellung von Auszubildenden	<b>158</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>160</b>
	Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Sachsen	<b>161</b>
		<b>161</b>
<b>Leserbrief</b>	Dipl.-Med. Ulrike Thäle / Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer	<b>162</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Ehrenamtliche Richter beim Sächsischen Finanzgericht gesucht!	<b>159</b>
	25 Jahre Kreisärztekammer Dresden	<b>159</b>
	Neuer juristischer Berater der Gutachterstelle	<b>163</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>168</b>
		<b>168</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Mai 2016	<b>164</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Moderne Flugmedizin	<b>145</b>
	Liglikot und zurück	<b>167</b>
	Das nächste, bitte	<b>167</b>
	Erinnerungen sächsischer Ärzte	<b>168</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Dr. Carl Emil Willmar Schwabe	<b>169</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Katharina Lewonig Hinkeln – Malerei	<b>170</b>
		<b>170</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – Juni 2016	



Ärztetikett ja/nein?  
Seite 146



Psychische Gesundheit  
minderjähriger Flüchtlinge  
Seite 150



Ausstellung Katharina Lewonig  
Seite 170

Titelbild: German Doctors, Aufklärungskurs Slum Chittagong 2014  
© Richter

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

## Prioritäten



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLÄK

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

gemeinsam mit der großen Mehrheit meiner Generation bin ich nach wie vor unendlich dankbar, seit 25 Jahren in einer Demokratie leben und arbeiten zu können. Ich sehe darin eine Verpflichtung zur Mitgestaltung, aber zugleich kritischen Betrachtung unseres Gesundheitssystems. Das schließt die Körperschaften der Selbstverwaltung ebenso wie unsere Berufs- und Fachverbände selbstverständlich mit ein. Auf Bundesebene befinden sich bekanntermaßen einige in einem beklagenswerten Zustand.

Das größte Problem unserer Profession besteht gegenwärtig neben den vermeintlich völlig konträren Interessenlagen einzelner Arztgruppen in einer gesundheitspolitischen Orientierungslosigkeit. Dadurch war es in den letzten Jahren für die Politik vergleichsweise einfach, ihre Zielstellungen nahezu 100%ig umzusetzen. Gravierende Fehlentwicklungen zum Nachteil unserer Patientinnen und Patienten, wie die vielfach beklagte Ökonomisierung aller Medizinbereiche, waren die Konsequenz. Zahlreiche ethische Grundprinzipien des Arztseins wurden schrittweise außer Kraft gesetzt. Viele von uns fragen sich zu Recht: „Wie war das möglich?“

Ein wesentlicher Aspekt ist die bereits aufgeführte und in der

Öffentlichkeit wahrnehmbare, auch systembedingte Interessendivergenz innerhalb der Ärzteschaft. Es geht allzu oft um Verteilungskämpfe an der Sektorengrenze ambulant/stationär, aber auch innerhalb der Sektoren, zum Beispiel zwischen Haus- und Fachärzten. Wir beschäftigen uns mit Abrechnungsziffern und der Optimierung unserer Honorare sowie zumeist fragwürdigen IGeL-Leistungen und Selektivverträgen. Es wird ein Sonderärztetag veranstaltet, um die überhaupt noch nicht bekannten Ergebnisse jahrelanger Verhandlungen zu einer neuen Gebührenordnung (GOÄ) von vornherein zu konterkarieren. So wichtig die Detailfragen der Vergütung für unsere Berufsausübung und den Einzelnen sein mögen, dürfen wir uns nicht ständig in der Öffentlichkeit als Kleinkrämer im Neokapitalismus präsentieren, um uns im Nachhinein über das Primat der Ökonomie und der Ökonomen zu beklagen.

Wenn es den Körperschaften unserer Selbstverwaltung und den Berufsverbänden in naher Zukunft nicht gelingt, wieder substanzielle Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems abzuliefern, verlieren sie an Glaubwürdigkeit und damit schrittweise ihre demokratische Legitimation. Das große Thema der (bereits sehr nahen) Zukunft wird die weitere Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben und damit das gegenwärtige Krankenversicherungssystem sein. Es braucht keinen Propheten, um den Kollaps sowohl der GKV als auch der PKV in der jetzigen Form vorzusehen. Wir brauchen dringend zukunftssichere Konzepte und sollten auch in der Ärzteschaft keine Von-vornherein-Tabus zulassen.

Im Zusammenhang mit den Finanzierungsfragen sollte auch das Thema Priorisierung nicht vorschnell aufgegeben werden, nur weil viele von uns und vor allem die maßgeblichen Akteure in der Politik bis heute nicht verstanden haben, worum es dabei eigentlich geht. Insbesondere aus Sachsen kamen hierzu in der Vergangenheit wertvolle Beiträge, an die wir anknüpfen sollten.

Der tagtägliche Loyalitätskonflikt jeder Ärztin/jedes Arztes im Rahmen der individuellen Patientenbetreuung im Spannungsfeld von medizinisch Machbarem (ärztliche Ethik) und dem finanziell Leistbaren (gesellschaftliche Anforderung) muss gelöst werden. Überhaupt sehe ich hier am Beispiel der faszinierenden Innovationen in der Onkologie und deren ausufernden Kosten eine der größten Herausforderungen.

Im wenig bekannten „Handbuch der ärztlichen Ethik“ des Weltärztebundes sind verschiedene Wege zu einer gerechten Mittelverteilung beschrieben – eine empfehlenswerte Lektüre. Allgemeingültige Antworten finden sich dort nicht, dagegen wichtige Hinweise für eine substantiierte Diskussion, die wir nicht ausschließlich Politikern, Ökonomen und Medizinethikern (-theoretikern) überlassen dürfen.

Ich wünsche mir in der Ärzteschaft wieder eine programmatische Diskussion zu wirklichen Zukunftsthemen und, daraus abgeleitet, ernstzunehmende Vorschläge für die zukünftige Entwicklung unseres Gesundheitssystems. Die letzte umfassende Bestandsaufnahme der deutschen Ärzteschaft liegt mit dem viel zu wenig beachteten „Ulmer Papier“, beschlossen auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahre 2008, vor. Es ist an der Zeit, hier anzuknüpfen, um nach einer ausführlichen, wissenschaftlich begleiteten innerärztlichen Diskussion Vorschläge für eine Weiterentwicklung zu unterbreiten und dadurch die Entwicklung mitzugestalten. Dies sind wir gemeinsam über sektorale Grenzen und manche Partialinteressen hinweg unseren Patienten schuldig. Wir sind und bleiben deren maßgebliche Interessenvertreter.

## Arztzahlen in Sachsen

Zum 31.12.2015 lebten in Sachsen 23.776 Ärzte. Das sind 507 Ärzte mehr als im Jahr zuvor. 16.930 Ärzte sind derzeit in Sachsen auch ärztlich tätig (+ 297), davon 9.373 im stationären (+ 227) und 6.667 im ambulanten Bereich (+ 79).

Im ambulanten Bereich setzt sich trotz der steigenden Zahlen der Bedarf an Ärzten dagegen weiter fort. 2007 gab es noch 5.759 Ärzte mit eigener Praxis. Diese Zahl sank bis Ende 2015 um 384 auf 5.375 niedergelassene Ärzte. Dagegen stieg die Zahl der in Niederlassung angestellten Ärzte im Vergleich zu 2013 um 267 auf 1.292 Ärzte an.

„Dies zeigt, dass immer weniger Ärzte eine eigene Praxis übernehmen, sondern lieber als Angestellte zum Beispiel in Teilzeit in einer Praxis arbeiten. Bedenklich ist dies vor allem für die ländlichen Bereiche. Daher sollten Anstrengungen, wie das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Netzwerk ‚Ärzte

für Sachsen‘, unbedingt fortgesetzt werden, um den rückläufigen Trend im ambulanten Bereich zu stoppen“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck.

### Anteil der Ärztinnen nimmt weiter zu

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 170 auf 8.891. Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärzten beträgt jetzt 52,5 Prozent. Die Anzahl berufstätiger Mediziner erhöhte sich dagegen nur um 127 auf 8.039 (47,5 Prozent). Vor elf Jahren waren es noch 51 Prozent Ärzte und 49 Prozent Ärztinnen. Erik Bodendieck: „Diesem Trend wird an vielen sächsischen Krankenhäusern durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen wie Teilzeitmodelle und Kinderbetreuungsmöglichkeiten bereits Rechnung getragen.“

### Ausländische Ärzte

2.421 ausländische Ärzte aus 92 Nationen sind derzeit bei der Sächsischen Landesärztekammer insgesamt

gemeldet. Das sind 254 Ärzte mehr als 2014. Davon sind 2.183 berufstätig. Die Anzahl der syrischen Ärzte hat sich in den letzten zwei Jahren verdreifacht, von 52 auf 169. Die meisten ausländischen Ärzte stammen aus der Tschechischen Republik (370), der Slowakei (271), aus Polen (218), Rumänien (184), der Russischen Föderation (144), Bulgarien (116) und Ungarn (98). Aus Österreich, mit dem es einen Partnerschaftsvertrag mit dem Freistaat Sachsen gibt, kommen 78 Ärzte.

1.746 ausländische Ärzte arbeiten im stationären und 228 im ambulanten Bereich. Der Anteil der berufstätigen ausländischen Ärzte ist in Bezug auf die Gesamtzahl der berufstätigen Mediziner von 11,9 auf 12,1 Prozent gestiegen.

### Integration und steigender Bedarf

Erik Bodendieck betont ausdrücklich, „dass die ausländischen Kollegen vor allem in den ländlichen Regionen maßgeblich dazu beitragen, dass Patienten gut versorgt werden.

## Impressum

### Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478  
Offizielles Organ der  
Sächsischen Landesärztekammer

### Herausgeber:

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

### Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon: 0351 8267-161, Telefax: 0351 8267-162  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

### Redaktionskollegium:

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

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hüfner

### Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

### Verlag:

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

### Anzeigenverwaltung Leipzig:

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de)  
Anzeigendisposition: Livia Kummer  
Telefon: 0341 710039-92  
Telefax: 0341 710039-74  
E-Mail: [kummer@quintessenz.de](mailto:kummer@quintessenz.de)

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2016, gültig ab 1.1.2016.*

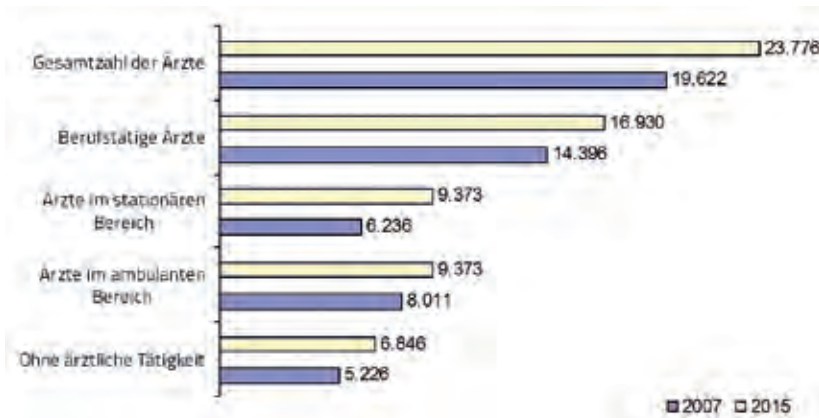
**Druck:** Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheber-

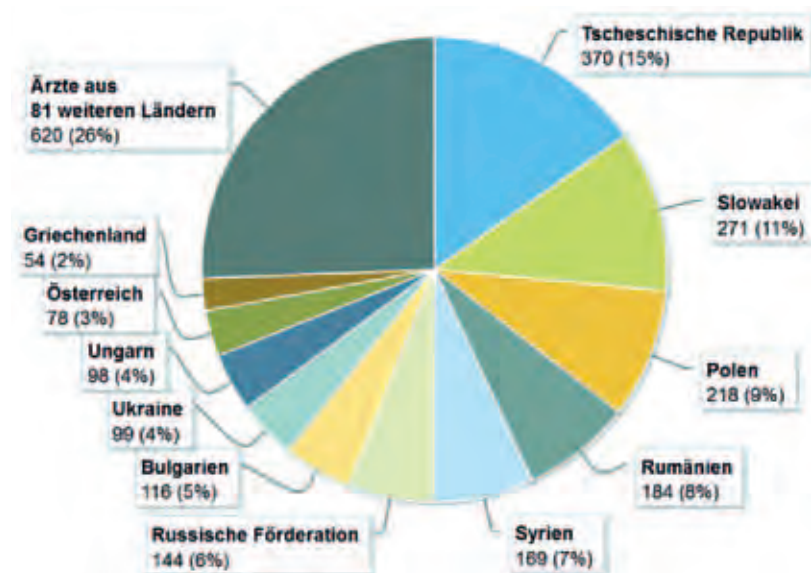
rechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

### Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 125,50 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 125,50 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 12,05 € zzgl. Versandkosten  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.



Grafik 1: Entwicklung der Arztlzahlen in Sachsen 2007 und 2015



Grafik 2: Ausländische Ärzte in Sachsen 2015

Ärzten oder mit den Patienten auf berufsbegleitende weiterführende Sprachkurse. Viele Krankenhäuser in Sachsen bieten bereits solche Sprachkurse an.

Zudem setzt sich die Sächsische Landesärztekammer engagiert für die Integration und die medizinische Versorgung von Flüchtlingen ein. Eigens dazu hat sie eine Koordinatorin abgestellt. Und über das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ wird nach Möglichkeiten gesucht, Ärzte unter den Asylbewerbern schneller in den Arbeitsprozess zu bekommen, denn der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit auch an Ärzten nimmt, bedingt durch den demografischen Wandel und die weitere Spezialisierung der Medizin, weiter zu.

Außerdem arbeitet eine zunehmende Anzahl von Ärzten auch in stationären Einrichtungen in Teilzeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. „Aus dem Anstieg der absoluten Zahlen kann daher nicht geschlussfolgert werden, dass es keinen Ärztebedarf mehr gibt. Vielmehr bietet der Freistaat weiterhin sehr gute Perspektiven für junge Ärzte, insbesondere für Hausärzte“, so der Präsident.

Einige Kliniken könnten den Betrieb mancher Stationen ohne die internationalen Ärzte nicht aufrechterhalten,

weil sie in Deutschland keine Mediziner finden“. Der Präsident setzt zur besseren Verständigung zwischen

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

## STEX in der Tasche – wie weiter?

### Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

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

Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte

**am 2. Mai 2016, ab 11.00 Uhr, in das Studienzentrum der Universität Leipzig, Liebigstraße 27, 04103 Leipzig**

sowie

**am 22. Juni 2016, ab 11.30 Uhr, in das Medizinisch-Theoretische Zentrum der TU Dresden, Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.**

Im Hörsaal findet ein Einführungsvortrag zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung statt und anschließend eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, von Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung.

Vor, während und nach der Plenarveranstaltung informieren und beraten Sie an ihren Ständen im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

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

Dabei stehen Themen im Mittelpunkt wie

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

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltungen ist gesorgt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei. Für Fragen, auch gerne vorab für die Podiumsdiskussion, stehen wir Ihnen unter [arzt-in-sachsen@slaek.de](mailto:arzt-in-sachsen@slaek.de) zur Verfügung.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Nachsorgepreis 2016

Die Deutsche Kinderkrebsnachsorge vergibt für zukunftsweisende Arbeiten, Projekte und Initiativen der stationären und ambulanten familienorientierten Nachsorge und Betreuung den Nachsorgepreis 2016. Der Förderpreis ist mit 10.000 Euro dotiert. Für die Vergaben des Nachsorgepreises sind Bestimmungen maßgebend, die bei der Deutschen

Kinderkrebsnachsorge angefordert oder unter [www.kinderkrebsnachsorge.de](http://www.kinderkrebsnachsorge.de) nachgelesen werden können.

Die Verleihung des Preises erfolgt Ende des Jahres 2016. **Bewerbungsfrist: 31. Juli 2016.**

Deutsche Kinderkrebsnachsorge – Stiftung für das chronisch kranke Kind, Tannheim, Gemeindegartenstraße 75, 78052 Villingen-Schwenningen, Telefon-Nr.: 07705 920182, E-Mail: [info@kinderkrebsnachsorge.de](mailto:info@kinderkrebsnachsorge.de)

## Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern

### Jahresbericht der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

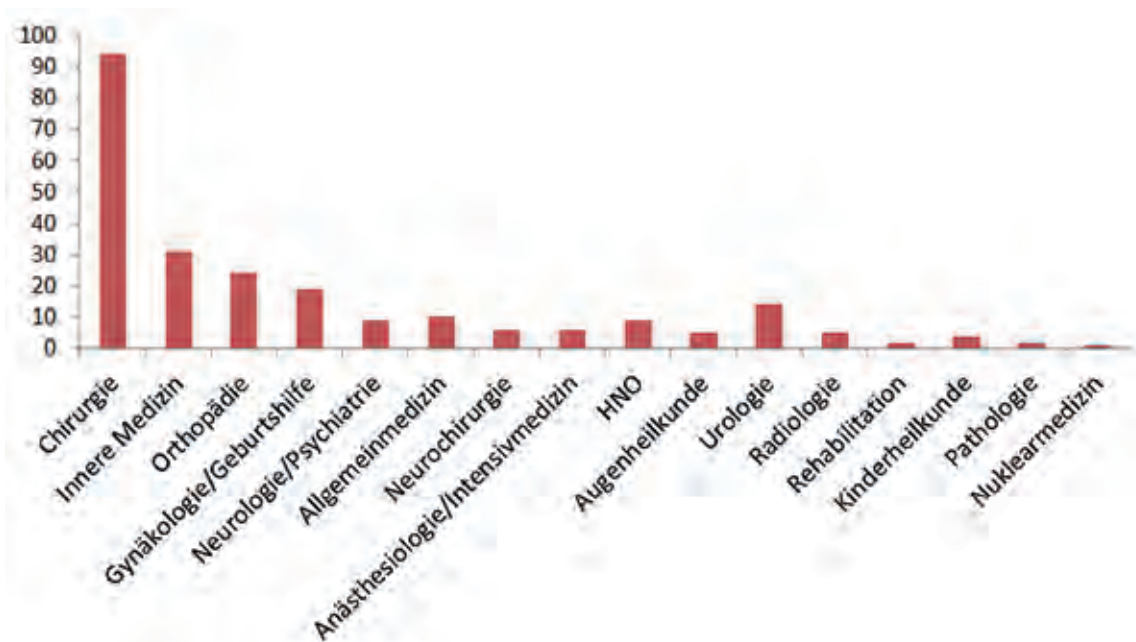
Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer hat ihren aktuellen Jahresbericht vorgelegt. 2015 sind dort 384 Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingegangen (2014: 359). In 244 Fällen wurde aufgrund der eingereichten Unterlagen eine Begutachtung wegen eines vermuteten Behand-

Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern und Praxen sowie der zunehmenden Bürokratie im Gesundheitswesen ein Indiz für die verantwortungsvolle Tätigkeit der Ärzte, Schwestern und Pflegekräfte.

Der Vorsitzende der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Dr. med. Rainer Kluge, betont: „Dass sich der steigende ökonomische Druck bisher nicht in den Zahlen der Gutachterstelle niedergeschlagen hat, liegt neben der verantwortungsvollen Tätigkeit des gesamten medizinischen Personals auch am Fehlervermeidungsmanagement der Kliniken.

Nuklearmedizin sowie neun Anträge auf das Fachgebiet HNO. Sechs entfielen auf die Fachbereiche Anästhesiologie/Intensivmedizin und fünf auf die Augenheilkunde. Des Weiteren wurden sechs Fälle in der Neurochirurgie und vier Fälle im Bereich Kinderheilkunde begutachtet. In der Rehabilitation gab es zwei Fälle und in der Pathologie einen Fall.

Zu mehr als 60 % sind die Antragsteller anwaltlich vertreten. Die Anerkennungsrates liegt bei etwa 20 %. Mit einem Prozentsatz von 90 bis 95 % sind die Vorgänge mit der Beurteilung durch die Gutachter-



Begutachtungen je Fachgebiet

lungsfehlers eingeleitet (2014: 271). Davon wurde in 49 Fällen ein Behandlungsfehler durch die Gutachterstelle festgestellt (2014: 61). Pro Jahr werden Patienten in Sachsen rund 32 Millionen Mal in den ambulanten und stationären Einrichtungen behandelt.

„Jeder Behandlungsfehler ist ein Fehler zu viel, denn hinter jedem Fehler steht auch ein Schicksal.“, so Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Und auch wenn die absolute Zahl der tatsächlichen Behandlungsfehler nicht gestiegen ist, sei die insgesamt geringe Anzahl an Fehlern trotz der extremen

Dennoch kann es zu Fehlern kommen, deren Ursachen man unbedingt auswerten und transparent machen muss, damit diese nicht mehr vorkommen.“

Von den 244 eingeleiteten Begutachtungen entfielen 147 auf den stationären Sektor, 16 auf Klinikambulanzen und 81 auf ambulante Praxen. 94 Anträge betrafen die Fachrichtung Chirurgie, 24 die Orthopädie, 31 die Innere Medizin, 19 die Fachrichtung Gynäkologie/Geburtshilfe, 14 auf die Urologie, neun die Neurologie/Psychiatrie, zehn Anträge bezogen sich auf die Allgemeinmedizin, fünf auf die Radiologie, einer auf die

stelle abgeschlossen. Die Bereitschaft der Ärzte, sich an den Verfahren zu beteiligen und zur Aufklärung beizutragen, ist nach wie vor sehr hoch. Zweck der Gutachterstelle ist es, Rechtsstreitigkeiten, mit welchen Patienten Ansprüche gegen einen Arzt wegen des Vorwurfes fehlerhafter ärztlicher Behandlung erheben, zu vermeiden und außergerichtlich zum Grunde des Anspruches zeit- und kostensparend beizulegen. Die Gutachterstelle kann nur im allseitigen Einverständnis der Parteien (Haftpflichtversicherer, Arzt, Patient) tätig werden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Moderne Flugmedizin

**Handbuch für Ärzte, Piloten, Fluglehrer, Flugschüler, Flugbegleiter und Flugreisende**  
**Jörg Siedenburg, Thomas Köpper (Hrsg.)**  
**Gentner Verlag Stuttgart 2015**  
**1. Auflage, 918 Seiten**  
**ISBN : 978-3-87247-709-5**  
**Preis: 79,00 Euro**

Wie der Titel verspricht, wendet sich das neu vorliegende umfangreiche Werk der Herausgeber Dr. med. Jörg Siedenburg und Prof. Dr. med. Thomas Köpper, gemeinsam erarbeitet mit einer Reihe namhafter Fachexperten, an einen ausgewählten Leserkreis. Das Buch hat zwölf Kapitel, die Einblick in die Flugmedizin geben, angefangen mit einer historischen Einführung, weitergeführt über physikalische und biodynamische Grundlagen, klinische Flugmedizin, gesundheitliche Tauglichkeit in der Flugmedizin, Flugpsychologie bis hin zu Notfällen beim Fliegen und Überleben nach Flugunfällen. Die Zahl der Menschen, die jährlich fliegen, liegt weltweit bei vielen Millionen, weil das Flugzeug zu einem der wichtigsten Verkehrsmittel im internationalen Kurz- und Langstreckenverkehr geworden ist. Moderne Verkehrsflugzeuge bewegen sich in Höhen, die für den Menschen absolut lebensfeindlich hinsichtlich extrem niedriger Lufttemperaturen, reduziertem Luftdruck und hohen Ozonkonzentrationen sowie niedriger Luftfeuchtigkeit sind. Daher ist es erforderlich, dass sowohl das Flugpersonal als auch die Flugbegleiter eine hohe Flugreisetauglichkeit haben und diese ständig medizinisch sichergestellt wird als auch die mitfliegenden Passagiere aller Altersgruppen eine gewisse Flugtauglichkeit mit sich bringen. In der zurückliegenden Zeit sind in den Medien zwar viele Artikel und Veröffentlichungen dazu erschienen, jedoch keine so umfangreich und detailliert wie im Buch „Moderne Flugmedizin“ dargestellt.

Das vorliegende Buch ist sowohl didaktisch wie auch methodisch gut aufbereitet und mit vielen Tabellen und farbigen Abbildungen versehen, die beim Studium keinesfalls zu Ermüdungen führen. Als außerordentlich informativ ist das Kapitel IV „Gesundheitliche Tauglichkeit in der Luftfahrt“ zu sehen, da hier der Blick auf die Fliegertauglichkeit gerichtet wird und insbesondere auch die Problematik der gesundheitlichen Problematik der Passagiere bei Flugreisen und bei Fluggästen mit Vorerkrankungen durchleuchtet wird.

Medizinische Zwischenfälle und Notfälle an Bord eines Verkehrsflugzeuges stellen für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dar. Nicht immer ist ein Arzt bei einem Verkehrsflug zugegen. Das Flug- und Begleitpersonal ist allerdings für medizinische Ersthilfe besonders geschult. Die technischen und logistischen Möglichkeiten haben in den zurückliegenden Jahren dazu geführt, dass auch Fluggäste mit chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und der Atemwege sicher einen Kurz- oder Langstreckenflug gefahrlos absolvieren können. Deshalb ist besonders auch den jüngeren ärztlichen Kollegen die Lektüre der „Modernen Flugmedizin“ zu empfehlen, da mit Sicherheit der



© Gentner Verlag

Bereich der Verkehrsfliegerei auch künftig im Rahmen der Globalisierung zunehmen wird und daher entsprechendes fachliches Wissen parat sein sollte.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
 Kohren-Sahlis

## Geht es dem Arztkittel an den Kragen?

Der Klinikkonzern Asklepios schafft den Arztkittel ab und steckt seine medizinischen Mitarbeiter bis zum Chefarzt in kurzärmelige, weiße Kasacks. Als Grund werden hygienische Probleme mit den keimbehafteten Arztkitteln angegeben. Diese Meldung rauschte durch den Blätterwald und löste eine ganze Reihe von Diskussionen aus.

Die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ hat den leitenden Krankenhaushygieniker des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Jutz Jatzwauk, um eine Stellungnahme gebeten, die wir nachfolgend abdrucken.

Ein Fazit vorab: Es gibt bisher keinen wissenschaftlich fundierten Grund, aus hygienischen Gründen auf den Arztkittel zu verzichten. Die vom Klinikkonzern angeführte Empfehlung des Robert-Koch-Institutes zur Verbesserung der Patientensicherheit durch Kurzarmbekleidung gibt es in dieser Form nicht!

Bleibt also die Frage, was die Konzernspitze mit diesem Vorstoß erreichen wollte. PR-Effekt oder „Konditionierung“ der Ärzteschaft? Offensichtlich hat es heiße Diskussionen unter den ärztlichen Mitarbeitern des Konzerns gegeben. „Man habe viel Überzeugungsarbeit leisten müs-

sen“, so äußerte sich zumindest ein Vertreter der Geschäftsführung gegenüber der Nachrichtenagentur dpa. Den jüngeren Medizinerinnen sei der Abschied vom Arztkittel leichter gefallen als den Chefärzten mit ihrem Modell mit „Silberknöpfen“. Diese Aussage führt meiner Meinung nach erschreckend vor Augen, wie die fachliche Kompetenz von Chefärzten im Unternehmen eingeschätzt wird und geht konform mit der zum Teil irrigen Meinung, dass „flache Hierarchien“ von Vorteil seien. Der Arztkittel ist aus meiner Sicht als eine Berufsbekleidung mit Wiedererkennungswert zu betrachten. Wenn ich als Patient in einem Krankenhaus bin und vor mir steht ein Mitarbeiter im kurzärmeligen Kasack, möchte ich nicht erst fragen müssen, ob es sich um einen Mitarbeiter aus dem Bereich der Pflege, einen Arzt oder sogar den Chefarzt handelt. In anderen Berufsgruppen diskutieren wir doch auch nicht über „Uniformen“ (Polizei, Rettungsdienste, Flugpersonal usw.).

Natürlich gibt es eine Tendenz, besonders unter den jüngeren ärztlichen Mitarbeitern, in Zivilkleidung aufzutreten. Ist das aber hygienisch, wenn damit zum Beispiel auch Untersuchungen oder Blutentnahmen durchgeführt werden?

Der Arztkittel ist sicher das geringste Problem in der Verbreitung nosokomialer Infektionen. Viel wichtiger sind ausreichende Händedesinfek-

tion, Verbesserung der Flächendesinfektion und Schulungen des Reinigungspersonals.

Wir werden über wichtige hygienische Vorbeugungsmaßnahmen im „Ärzteblatt Sachsen“ in Zukunft regelmäßig informieren. Denn es ist eine Tatsache, dass uns die MRSA-Problematik in zunehmendem Maße zu konsequenten Gegenmaßnahmen zwingt.

Was ist Ihre Meinung zum „Arztkittel“ und zur Einhaltung von Hygienevorschriften? Diskutieren Sie mit. Wir freuen uns darauf.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums des  
„Ärzteblatt Sachsen“

## Arztkittel ja/nein?

**Müssen weiße Arztkittel aus hygienischen Gründen ausgemustert werden?**

### Einleitung

Der Klinikkonzern Asklepios kündigte an, dass der klassische langärmelige Arztkittel ausgemustert und durch kurzärmelige Kleidung ersetzt wird. Anlass ist die Sorge vor der Übertragung von multiresistenten Erregern (MRE), besonders durch die langen Ärmel (1). Diese Maßnahme ist in keiner der nationalen wie internationalen Empfehlungen zur Prävention und Bekämpfung von Infektionen durch MRE enthalten. In der Literatur finden sich aber vereinzelt bereits vor zehn Jahren entsprechende Vorschläge (2, 3).

Der weiße Kittel (Visitenmantel) ist seit Ende des 19. Jahrhunderts die typische Arbeitskleidung (Berufsbekleidung) des Arztes. Er ersetzte mit Einführung der Asepsis den dunklen Gehrock, der bis dahin auch bei Operationen getragen wurde. Weiße Kittel konnte man im Gegensatz zum dunklen Gehrock problemlos bei hohen Temperaturen waschen. So begannen die Ärzte, weiße Kittel zu tragen.

Analog anderer Berufsgruppen (Koch, Portier) stellt der Arztkittel



heute eine „Uniform“ dar, welche sich nur teilweise rational erklären lässt. Der weiße Kittel kennzeichnet gegenüber Patienten den Träger als Angehörigen der Berufsgruppe der Ärzte. Die meisten Patienten messen Ärzten in weißen Kitteln eine höhere fachliche Kompetenz zu, als Ärzten, die in T-Shirt und Jeans behandeln (4). Bei Kindern oder psychiatrischen Patienten kann das allerdings ganz anders sein (5). Der Arztkittel ist gegenüber anderen Mitarbeitern ein Mittel, seinen Status in der beruflichen Hierarchie auszudrücken. Darüber hinaus schützen Kittel die mitunter darunter getragene private Kleidung (Hemd, Hose) vor Körpersekreten der Patienten. Die Taschen von Arztkitteln sind häufig Aufbewahrungsort für medizinische Utensilien, zum Beispiel Stethoskop, Reflexhammer oder Nachschlagewerke im „Kitteltaschenformat“ etc.

Nicht zuletzt stellt der Arztkittel auch eine Kleidung dar, die zumindest bei kurzzeitigem Aufenthalt im Freien vor Unterkühlung schützt. Alle diese Aufgaben könnten auch von anderer Berufskleidung geleistet werden, werden aber traditionell vom Arztkittel übernommen. Der (zugeknöpfte) Arztkittel schränkt die Beweglichkeit des Trägers im Rumpf- und Armbereich allerdings ein. Daher wird in klinischen Bereichen, die einen engen Patientenkontakt mit intensiven körperlichen Untersuchungs- und Therapieverfahren notwendig machen (zum Beispiel Intensivstationen), auch von Ärzten bereits seit Jahren Hose und kurzärmeliger Kasack (häufig auch farbig als sogenannte Bereichskleidung) getragen. Außerhalb dieser Bereiche tragen diese Kollegen aber meist wieder den weißen Visitenmantel.

### **Schutzwirkung des Arztkittels für Personal und Patienten**

Der Arztkittel schützt weder den Träger noch die Patienten vor Infektionen. Gemäß TRBA 250 (6) ist Schutzkleidung „jede Kleidung, die dazu bestimmt ist, Beschäftigte vor schädigenden Einwirkungen während der Arbeit oder deren Arbeits- oder Privatkleidung vor Kontamination



© Fotolia – Peter Atkins

durch biologische Arbeitsstoffe zu schützen“. Das trifft auf den Arztkittel definitionsgemäß nicht zu. In einer Übersichtsarbeit (7) haben RÜDEN und SCHULZE-RÖBECKE den infektionspräventiven Wert von Arbeitskleidung prägnant zusammengefasst:

„Das Tragen von Arbeitskleidung mag aus vielerlei Gründen sinnvoll oder opportun sein. So ist zum Beispiel der Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitskleidung desinfizierend zu reinigen, falls sie mit Krankheitserregern verunreinigt ist. Weiter oben wurde jedoch gezeigt, dass sie weder dem Personal noch den Patienten zum Schutz vor der Infektion oder Kolonisation mit Krankheitserregern dient. Es gibt keine wissenschaftlich fundierten Hinweise darauf, dass der infektionspräventive Effekt der Arbeitskleidung den der Privatkleidung übersteigt.“

### **Infektionsgefahr durch Arztkittel**

In zahlreichen Publikationen wurde nachgewiesen, dass die Berufskleidung medizinischen Personals mit Mikroorganismen kontaminiert ist, die nosokomiale Infektionen auslösen können (8, 9, 10). MRSA, VRE sowie Clostridium difficile wurden wiederholt von der Kleidung isoliert. Arztkittel, aber auch gleichermaßen die (häufig kurzärmelige) Berufskleidung des Pflegepersonals waren betroffen (11). Besonders kontaminiert waren die Taschen der Berufskleidung, wobei ein Zusammenhang mit der Händedesinfektion der Mitarbeiter nachweisbar war (12).

Es ist daher nicht auszuschließen, dass Berufskleidung in Einzelfällen eine Rolle bei der Transmission nosokomialer Infektionserreger spielt. Ausbrüche nosokomialer Infektionen, die nachweislich auf kontaminierte Berufskleidung oder gar die Ärmel von Berufskleidung zurückzuführen waren, sind bisher aber nicht bekannt geworden. An Textilien haftende Keime lösen sich zudem nur schlecht vom textilen Gewebe (13). Häufig wird bei Risikopatienten oder -eingriffen bereits jetzt patientenbezogene Schutzkleidung getragen, werden die Arztkittel zuvor abgelegt oder es wird generell kurzärmelige Bereichskleidung getragen.

Es ist sinnvoll, zukünftig sowohl für Ärzte wie auch Pflegepersonal von der Konfektion und dem Tragekomfort optimierte Berufskleidungen anzubieten, die möglicherweise auch antimikrobielle Eigenschaften besitzen könnten (14). Kürzere Ärmel

sind dabei sicher ein Faktor. Da aber vor allem die Taschen der Berufskleidung einen kritischen Punkt darstellen, der zu einer Kontamination der Hände führen kann, wird das Tragen einer kurzärmeligen Berufskleidung allein sicher nicht zu einer wesentlichen Senkung der nosokomialen Übertragung von multiresistenten Erregern führen. Auch bei kurzärmeliger Berufskleidung kann man ein kontaminiertes Stethoskop mit nicht desinfizierten Händen in die Taschen stecken oder sich auf ein Patientenbett setzen. Kurzärmelige Berufsbeleidung ersetzt nicht die Beachtung der Grundregeln des aseptischen Arbeitens. Schon heute arbeiten

Ärzte in zahlreichen Praxen sowie in Krankenhäusern mit Kasack oder Polo-Hemd und Hose anstelle des Arztkittels. Wenn man jedoch die bekannten und für die jeweilige Tätigkeit geschätzten Gebrauchseigenschaften des Arztkittels beibehalten möchte, genügt es auch, sich zukünftig Arztkittel mit etwas kürzeren Ärmeln (ca. 10 cm über dem Handgelenk) anzuschaffen. Oder sich einfach vor der Arbeit die Ärmel des Arztkittels bis unterhalb des Ellenbogens „hochzukrempeln“.

Wenn überhaupt, wird der Verzicht auf Visitenmäntel nur einen geringfügigen Beitrag zur Reduktion nosokomialer Infektionen leisten. Evidenz

dafür existiert jedenfalls bisher nicht. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die Verbesserung der Handhygiene, deren Einfluss auf die Übertragung nosokomialer Infektionen auch im modernen Gesundheitswesen überzeugend nachgewiesen werden konnte.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:  
Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil.  
Lutz Jatzwauk  
Dr. med. Kristina Hochauf-Stange  
Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
Zentralbereich Krankenhaushygiene  
und Umweltschutz  
Fetscherstraße74, 01307 Dresden

## Klinische Studien in der DDR im Auftrag westlicher Pharmafirmen

### Abschlussbericht des Forschungsprojekts des Institutes für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité

Als im Mai 2013 der Spiegel seine Story über die „Günstige Teststrecke“ lancierte, machten Worte von „schnellem Profit“ und „Menschenversuchen“ die Runde. Es war die Rede vom „Versuchslabor Ost“, in dem „unerprobte Arzneien“ eingesetzt wurden. Nur wenige Stimmen rieten zur Besonnenheit und Genauigkeit im Umgang mit diesem Kapitel der west-östlichen Vergangenheit, das keineswegs so unbekannt war, wie der Spiegel damals glauben machen wollte.

Der vielfach geäußerte Verdacht ethischer und rechtlicher Grenzverletzungen gab den Anlass für ein breit angelegtes Forschungsvorhaben. Die Studie wurde von einem unabhängigen Forschungsteam unter Leitung von Prof. Dr. Volker Hess am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Charité in Berlin durchgeführt. Ein internationaler wissenschaftlicher Beirat von unabhängigen Experten und Expertinnen aus Medizin und

Geschichtswissenschaft unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Carola Sachse (Universität Wien) hat die Forschungen begleitet. Am 15. März 2016 legte das Forschungsteam seinen Abschlussbericht vor.

Danach ergaben sich für den Zeitraum von 1961 bis 1990 Hinweise auf bis zu 900 klinische Studien, die im Auftrag von Westfirmen in der DDR durchgeführt wurden. Davon sind 321 Studien für eine genauere Analyse archivalisch hinreichend dokumentiert. Die Auftraggeber waren überwiegend branchenführende bundesdeutsche, aber auch schweizerische, französische, britische und US-amerikanische Firmen. Insgesamt wurden Aufträge von 75 Firmen aus 16 westlichen Ländern nachgewiesen. Als Prüfzentren fungierten 120 Universitätskliniken, Bezirkskrankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, die sich über das gesamte Gebiet der DDR verteilten.

### Standards der Studien

Die westlichen Auftragsstudien in der DDR waren überwiegend Teil von größeren multinationalen und multizentrisch angelegten Arzneimittelprüfungen. Die Teilstudien wurden in allen angeschlossenen Prüfzentren, ob in der DDR oder in anderen Ländern, nach den gleichen Standards durchgeführt. Diese Standards entsprachen – auf beiden Seiten des

Eisernen Vorhangs – nicht den heutigen Regeln, sondern wurden im Zuge der Weiterentwicklung internationaler ethischer Regeln und nationaler Gesetze nach und nach konkretisiert. Systematische Verstöße gegen die historisch jeweils geltenden Regeln konnten für die in der DDR durchgeführten Studien nicht nachgewiesen werden.

Der Befund hinsichtlich der Aufklärung und Einwilligung von Patienten bleibt unvollständig: In allen geprüften archivierten Studienberichten sind Einverständniserklärungen anonymisiert und listenförmig dokumentiert. Über die tatsächliche Praxis der Aufklärungsgespräche liegen jedoch nur vereinzelte Informationen aus Interviews mit Patienten und Prüfärzten der DDR-Kliniken sowie Monitoren der auftraggebenden Firmen vor. Sie lassen vermuten, dass zumeist den jeweils geltenden Regeln und dem historischen Verständnis des Arzt-Patientenverhältnisses entsprechend gehandelt wurde.

### Devisen für die DDR – Zeit- und Effizienzgewinn für Westfirmen

Die DDR-Behörden stellten westlichen Unternehmen das Gesundheitssystem ihres Staates als Forschungseinrichtung zur Verfügung, um knappe Devisen für die eigene überschuldete Planwirtschaft zu erwirtschaften. Die Annahme, die klini-

schen Studien seien in der DDR besonders „billig“ zu haben gewesen, wird der komplexen Sachlage nicht gerecht. Der entscheidende betriebswirtschaftliche Vorteil auf Seiten der westlichen Auftraggeber war nicht das geringere Honorar, sondern der beträchtliche Zeit- und Effizienzgewinn, den die aufsichtführenden Behörden des diktatorischen DDR-Regimes gewährleisteten, indem sie Einzelinteressen von Prüfzentren und Prüfärzten deckelten und öffentliche Kritik ausschalteten und so für eine zügige operative Durchführung

sorgten. Das ökonomische Ungleichgewicht bot westlichen Arzneimittelherstellern aber noch weitere Vorteile: Anhand einer Reihe von Einzelfällen lässt sich laut Forschungsgruppe zeigen, wie sich Pharmafirmen gezielt das Gefälle der medikamentösen Versorgung zwischen Ost und West zunutze machten, um in der DDR Studiendesigns zu realisieren, die im Westen zum jeweiligen Zeitpunkt so nicht mehr durchführbar waren.

Das Forschungsprojekt wurde wesentlich von dem bzw. der Bun-

desbeauftragten der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer und der Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur gefördert und finanziert. Auch die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Sachsen sowie der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) haben sich an der Finanzierung beteiligt.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Angebote für eine ambulante Ethikberatung

Medizinisches Handeln bedarf neben einer Indikation auch der Einwilligung des Patienten. Die Verantwortung wird klar und eindeutig auf die Beteiligten verteilt. Dennoch wissen alle im medizinischen Bereich tätigen Personen, wie schwierig gerade Entscheidungen bei unheilbar kranken Menschen sein können. Weder die medizinische Indikation, noch der individuelle Wille lassen sich für die Beteiligten in jedem Fall sofort und eindeutig bestimmen. Auf der ärztlichen Seite sollen fachliche Leitlinien bei diesen Entscheidungen helfen. Zur Umsetzung des Patientenwillens sind Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gesetzlich geregelt. Trotz dieser Hilfen bleiben jedoch häufig Situationen, in denen Entscheidungen schwerfallen. Zur fachlichen Beratung im stationären Bereich entstanden dazu zwar Ethikkomitees in den letzten Jahren. Doch ihre Beratungskompetenz steht zu meist nur den Mitarbeitern der Einrichtung zur Verfügung. Für niedergelassene Ärzte gibt es solche Strukturen nicht.

Auf Initiative des Arbeitskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer haben sich die Ethikkomitees der Universitätskliniken Dresden und das Klinikum St. Georg bzw. das St. Elisabeth-Kran-

kenhaus in Leipzig bereit erklärt, für Anfragen niedergelassener Ärzte zur Verfügung zu stehen.

Das Komitee für klinische Ethikberatung (KKE) der Universitätsklinik Dresden erreichen Sie über: Dr. med. Birgit Gottschlich, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, E-Mail: birgit.gottschlich@uniklinikum-dresden.de.

Das Ethikkomitee des Klinikums St. Georg Leipzig erreichen Sie über Prof. Dr. med. Arved Weimann, E-Mail: arved.weimann@sanktgeorg.de.

Das Ethikkomitee des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig erreichen Sie über Dr. med. Andreas von Aretin, E-Mail: aretin@ek-leipzig.de.

Der Arbeitskreis Ethik in der Medizin bietet zudem seit einigen Jahren Möglichkeiten der kollegialen Unterstützung an. In einem ersten Schritt wird vor Ort über die Erfahrungen aus den Treffen der sächsischen Ethikkomitees berichtet und zu praktischen Empfehlungen diskutiert. Es

besteht die Möglichkeit, dass Sie die Mitglieder des Arbeitskreises Ethik in der Medizin zu einer Veranstaltung, zum Beispiel über die Kreisärztekammer einladen, in denen einerseits Möglichkeiten zur regionalen Ethikberatung diskutiert, andererseits aber auch Anforderungen bzw. Wünsche zu Unterstützungen durch die Sächsische Landesärztekammer beschrieben werden können. Anfragen richten Sie bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Telefon 0351 8267160, E-Mail: k.koehler@slaek.de.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich in einem konkreten Fall an das Ethikkomitee des Krankenhauses zu wenden, wo der Patient zuletzt gelegen hat. Dort hat man die medizinischen Unterlagen, kennt ihn vielleicht noch und das Krankenhaus könnte sich selbst zu der Fragestellung äußern.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Psychische Gesundheit minderjähriger Flüchtlinge

Im vergangenen Jahr kamen Schätzungen zufolge eine Million Flüchtlinge nach Deutschland. Der genaue Anteil Minderjähriger ist noch nicht bekannt, und die Angaben hierüber sind sehr verschieden. Ein Teil dieser Kinder kommt ohne die Begleitung von volljährigen Angehörigen. Die Flucht ist schon für Erwachsene traumatisierend, für Kinder und hier besonders für die unbegleiteten Minderjährigen ist sie noch schwerer zu verarbeiten.

Am 30. September 2015 referierte zu diesem Thema im Rahmen des Interdisziplinären Fortbildungssemesters der Sächsischen Landesärztekammer Frau Dr. phil. Johanna Unterhitzberger. Sie ist Mitarbeiterin im Team von Frau Prof. Dr. Rosner (Fachbereich Psychologie I in der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt) und betreut in der psychotherapeutischen Hochschulambulanz unter anderem unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zum Beispiel mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

Studien, die sich mit der psychischen Gesundheit minderjähriger Flüchtlinge beschäftigen, zeigen Hinweise auf erhöhte Raten verschiedener psychischer Störungsbilder. Hierbei werden in erster Linie Depressionen, Angst-, Verhaltens-, Somatisierungs- und verlängerte Trauerstörungen genannt. Besondere Beachtung findet die Posttraumatische Belastungsstörung, welche auch im Folgenden intensiver thematisiert wird.

Zwei deutsche Studien berichten von einem Anteil zwischen 16 und 19 % Posttraumatischer Belastungsstörung bzw. erhöhter posttraumatischer Stresswerte in Bezug auf Flüchtlinge. Internationale Studien kommen sogar auf deutlich höhere Werte zwischen 19 und 54 %.

Deutlich wird dadurch aber auch, dass zwischen 50 % und 80 % der Flüchtlinge nicht an einer PTBS erkrankt sind.



Syrische Flüchtlingskinder im Januar 2016

© UNICEF/UN07227/AI Saleh

Die Studienlage unterscheidet sich in den einzelnen Zahlen, übereinstimmend ist allerdings die Aussage, dass der Anteil an Kindern mit PTBS unter den Geflüchteten im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht ist. Betrachtet man die Gruppe der PTBS-Diagnostizierten genauer, fällt auf, dass die geflüchteten Kinder nicht nur häufiger erkranken, sondern auch an höheren Schweregraden leiden als die an PTBS leidenden nicht geflüchteten Kinder.

Erklärbar ist dies dadurch, dass die Gruppe der Flüchtlinge im Vergleich zu Nichtflüchtlingen ein erhöhtes Risiko hat, traumatisierende Ereignisse zu erleben. Dabei spielen nicht nur Kriegserlebnisse und sonstige Fluchtgründe im ursprünglichen Heimatland eine Rolle, sondern auch die Flucht selbst birgt ein erhöhtes Risiko für traumatisierende Erlebnisse.

Bei den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen fällt auf, dass sie im Vergleich zu Kindern, die im Familienverband geflüchtet sind, insgesamt an mehr psychischen Erkrankungen, also auch vermehrt an PTBS leiden.

Überraschenderweise ist die Mehrheit der Minderjährigen jedoch gesund und ihre Erlebnisse konnten sie so gut verarbeiten, dass sie die Kriterien für die Diagnose einer PTBS nicht erfüllen. Wichtig ist hierbei, dass nicht das Erleben einer potenziell traumatisierenden Situation ein

hinreichendes Diagnosekriterium ist – entscheidend ist, wie die Verarbeitung dieses Erlebnisses geschieht und ob die Kinder Störungen aufweisen, die zu Symptomen führen. Wenn eine gesicherte Diagnose gestellt werden kann, ist die Frage, ob unser westliches Krankheitsbild übertragbar auf andere Kulturen ist. Können wir sagen, dass, so wie wir eine PTBS definieren und diagnostizieren, dies auch in anderen Ländern auf der Welt so möglich ist? Ein Problem ist, dass häufig die Diagnosen auf Basis des Erlebens eines traumatischen oder mehrerer traumatischer Ereignisse gestellt werden, aber leider nicht präzise erhoben wird, welche Symptome eigentlich vorliegen. Hier gilt es, weiter Erfahrungen zu sammeln und wissenschaftlich aufzuarbeiten.

Viele erkrankte Jugendliche, die eigentlich eine Behandlung bräuchten, erhalten sie nicht. Dies hat mehrere Gründe.

Zum einen gibt es strukturelle Barrieren:

- Die unklare Finanzierung: ist eine PTBS ein Notfall im Sinne des Asylbewerberleistungsgesetzes? Eine entsprechend komplizierte Antragsstellung verzögert den Therapiebeginn oft unnötig.
- Optimal wären muttersprachliche Therapeuten, auf die natürlich in der Regel nicht zurückgegriffen werden kann.

- Die Therapie unter Zuhilfenahme eines Dolmetschers verändert immer den Kontakt zum Patienten, darüber hinaus ist die Kostenübernahme für die Dolmetschertätigkeit oft schwierig zu erreichen. Laut Studienlage scheint eine Zusammenarbeit mit Dolmetschern den Therapieerfolg als solchen allerdings nicht zu beeinträchtigen.
- Manche Therapeuten schätzen sich als interkulturell nicht kompetent genug ein.
- Unabhängig von der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge sind gerade ländliche Regionen in Deutschland schon jetzt psychotherapeutisch unterversorgt.

Zum anderen gibt es individuelle Barrieren, zum Beispiel kann die Unwissenheit der Flüchtlinge die therapeutische Arbeit behindern.

- Dass es Menschen gibt, die auf die Behandlung psychischer Probleme spezialisiert sind, also ein „Arzt für den Kopf und für die Seele“, ist häufig unbekannt.
- Das Bild der seelischen Gesundheit oder Krankheit ist in den Heimatländern der Flüchtlinge ein ganz anderes als hierzulande. „Bin ich verrückt, wenn ich immer wieder diese Bilder sehe?“ ist eine der häufigsten Fragen, die es in der therapeutischen Arbeit anzugehen gilt. Vorurteile und Ängste spielen hier eine große Rolle.
- Zum Symptomcluster der PTBS gehört die Vermeidung. Wenn der Patient über seine Erlebnisse sprechen oder Fragen dazu beantworten muss, ist dies schwierig und schmerzhaft für ihn.

Letztendlich zentral ist aber die Frage, welche Art der Traumatherapie gewählt werden sollte. Eine effektive Form der Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TFKVT) wurde hinsichtlich ihrer klinischen Wirksamkeit bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Dabei gab es auch eine Subgruppe von unbegleiteten

Minderjährigen. Insgesamt zeigte sich bei dieser Therapieform eine klinische Verbesserung.

Auffällig erschien gerade in der Patientengruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF), dass diese eine sehr hohe Resilienz und viele verbliebene Ressourcen aufweisen.

Interessierten wird zum Einstieg in die traumafokussierte Therapie auf ein Onlinetraining <https://tfcbt.musc.edu> empfohlen, in dem eine modulartige Arbeit möglich ist. Generell finden die Sitzungen mit einem Elternteil des Patienten statt, bei UMFs ist dies ein/e Bezugsbetreuer/in. Als Vorteile dieser Therapieform wird die relativ kurze Therapiezeit genannt. Sie kann mit einem Kurzzeitantrag 25 + 6 Stunden abgedeckt werden und beinhaltet dann die großen Bereiche der Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Zudem gilt die TFKVT als kultursensibler Ansatz, bei dem sich immer wieder die Möglichkeit ergibt, auf die kulturellen Aspekte einzugehen.

Als Fazit postulierte die Referentin, was für eine gute Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlingskinder notwendig ist:

- Der Zugang zur Therapie sollte so hürdenlos wie möglich gestaltet werden, wobei die Dolmetscherfrage eine sehr große Rolle spielt.
- Die Diagnosestellung sollte gesichert und vereinheitlicht werden.
- Eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten ist eine *conditio sine qua non*.



Flüchtlingskinder in Serbien, Januar 2016

© UNICEF/UN08799/Vas

- Hinsichtlich der Therapeutenqualifizierung ist die Auswahl geeigneter evidenzbasierter Therapieverfahren wichtig sowie eine Unterstützung im Bereich der interkulturellen Kompetenzen.

Alle diese Maßnahmen zusammen sollten die Perspektive und die Versorgungslage der therapiebedürftigen traumatisierten Flüchtlingskinder verbessern helfen. Dabei gilt es zu beachten, dass die unbegleiteten Flüchtlinge meist in pädagogischen Wohngruppen untergebracht sind und insofern intensiv betreut werden. Sie haben, soweit das möglich ist, ein gefestigtes Umfeld und soziale Unterstützung.

Dies ist bei den Flüchtlingskindern, die mit ihren Eltern nach Deutschland kommen, oft anders. Gerade die Bezugspersonenarbeit gestaltet sich hier eher schwierig, vor allem bei Eltern, die selber von einer post-

traumatischen Belastungsstörung betroffen sind. Manche der offenen Fragen können noch nicht beantwortet werden, aber die Probleme sind nicht unüberwindbar. Alle Beteiligten forschen und lernen weiter.

Alle Quellen zum Vortrag sind in der folgenden Publikation einsehbar: Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refu-

gee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15:260

Dr. phil. Johanna Unterhitzenberger  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Ostenstraße 25, 85072 Eichstätt

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Anmerkung der Redaktion: Zu ergänzen sei der Hinweis, dass eine Traumatisierung natürlich nicht erst oder nur während der Flucht entsteht. Um schon vor Ort zu helfen, hat das Kinderhilfswerk der Vereinten Natio-

nen, UNICEF, in seinem bisher größten Einsatz in Syrien als auch in den Nachbarländern Jordanien, Libanon, Irak und Türkei insgesamt über 650 Mitarbeiter im Einsatz, um Kinder und Familien vor Ort mit dem Nötigsten zu versorgen. Sie organisieren Impfkampagnen, versorgen Menschen in Städten und Flüchtlingscamps mit Trinkwasser, richten Notschulen und Kinderzentren ein und ermöglichen den Zugang zu Schule, psychosozialer Hilfe und Ausbildung.

## Hilfe, die bleibt – unterwegs mit German Doctors

In den letzten Jahren nach meiner Praxisabgabe habe ich sechs Mal in den ärmsten Ländern der Welt als Ärztin gearbeitet. Ich war auf den Philippinen auf Mindanao und Cebu mit der „rolling clinic“ unterwegs und arbeitete in Slums von Bangladesch, Indien und Nairobi (Kenia). Dort habe ich die verschiedensten Projekte kennengelernt.

German Doctors – früher „Ärzte für die Dritte Welt“ – ist eine Hilfsorganisation, die in den ärmsten Ländern der Welt und in abgeschiedenen Gegenden ärztliche Grundversor-

gung leistet „for poorest of poor“. Wir Ärzte arbeiten sechs Wochen hintereinander kostenlos, oft im Jahresurlaub und tragen die Hälfte der Flugkosten. So kann ein Großteil der Spendengelder direkt in die Projekte fließen. Vor Ort arbeiten wir mit von uns geschultem einheimischen Personal. In jedem Land ist unsere Unterstützung auf die besonderen Bedingungen des Landes und des Erkrankungsspektrums angepasst. Durch meine Einsätze in verschiedenen Ländern habe ich neben unserer akuten ärztlichen Hilfe auch die Nachhaltigkeit der verschiedensten Ergänzungsprojekte unserer Organisation erfahren. Darüber möchte ich hier in diesem Artikel berichten.

In den Slums von Kalkutta (Indien) begegnen wir einer hohen Prävalenz

von Mangelernährung und Tuberkulose. Wir fahren als „rolling clinic“ in die verschiedensten Slums und behandeln die üblichen Grunderkrankungen, aber fühlen uns manchmal ohnmächtig hinsichtlich obiger Problematik. Im Slum Santoshpur finanziert German Doctors jetzt ein Kinderentwicklungsprojekt mit einheimischen Mitarbeitern zur Vorbeugung von Mangelernährung und Tbc. Dazu gehören die Qualifikation der Frauen über Ernährungskurse, Hygieneaufklärung, Analphabetismus-Kurse und Arbeitsförderungsprogramme (zum Beispiel Nähzirkel). Hier arbeiten wir eng mit der einheimischen Organisation „women and children development“ zusammen und hoffen, dieses Projekt bald ganz in indische Hände zu geben. Das andere Problem ist die hohe Erkrankungszahl an Tuberkulose. Indien steht laut WHO an erster Stelle in der Prävalenz in der Welt. Täglich entdecken wir bei Kindern und Erwachsenen die verschiedensten Formen der Tuberkulose. Oft können die schwer Erkrankten die teure stationäre Behandlung nicht bezahlen, sodass es viele Therapie-Abbrecher gibt. Um insuffiziente Therapie mit Multiresistenzen zu vermeiden, wird von uns eine Kinder- und Frauenstation finanziert. Angeschlossen ist ein Internat für geheilte Kinder, damit sie erst im stabilisierten Zustand in ihre misslichen häuslichen Verhältnisse zurückkehren. Oft muss ein Obolus an die Eltern gezahlt werden, denen das Kind als Arbeitskraft auf den Müllbergen fehlt.



Bewohnte Müllhalden in Cebu City, Philippinen, 2016

© Richter



Behandlung im Slum, Cebu City, Philippinen, 2016

© Richter

Im Matahare-Valley in Nairobi (Kenia) mit ca. 300.000 Bewohnern unterhält German Doctors eine kleine „Poliklinik“ (Bakara-Segen) mit sechs deutschen Ärzten. Alles andere sind einheimische Angestellte. Neben den üblichen Erkrankungen sind hier vordergründig Tropenerkrankungen, Sichelzellanämien, sexuell übertragbare Erkrankungen, Tuberkulose und vor allem AIDS-Erkrankungen zu behandeln. Seit ca. 2004 haben wir ein AIDS-Center im Slum aufgebaut für Früherkennung und Therapie. Bis 2010 hat sich dadurch die Testanahme von 64 % auf 100 % erhöht. Allein schon durch Aufklärung, Bildung von Selbsthilfegruppen und Ausbildung von Health-Workern erhöht sich die Akzeptanz der Erkrankungen und zeigt sich insbesondere eine Senkung der Neuerkrankungen. Auch dieses Zentrum wird nur noch von unserer Dauerärztin fachlich betreut. Auch hier galt unser Ziel: Anregen – Aufbauen – Weiterbilden – Übergeben.

In Bangladesh, eines der ärmsten und dicht bevölkerten Länder der Welt, liegt das Hauptproblem in der hohen Kindersterblichkeit (62/1.000 Geburten) durch Mangelernährung und Vitamindefizite (Vitamin A und D). Niemals zuvor habe ich so viele extrem unterernährte Kleinkinder gesehen. Wir unterhalten eine Feedingstation, wo gefährdete Kinder

täglich ernährt und betreut werden. Aber um Nachhaltigkeit zu erreichen, haben wir durch unsere Health-Worker vor Ort in den Slums Selbsthilfegruppen gebildet, wo die Frauen sich beraten lassen können über richtiges Kochen, Breastfeeding, Kontrazeption und anderes. Neuerdings wird daran gearbeitet, auch Alphabetisierungskurse und Arbeitszirkel anzubieten. In diesem armen islamischen Land ist es besonders wichtig, das Selbstbewusstsein der Frauen zu stärken.

Seit 1985 arbeitet German Doctors mit „rolling clinics“ auf den Philippinen in der schwer erreichbaren Bergwelt von Mindanao und Mindora und mitten in den Müllhalden von Manila und Cebu City. Man kann es kaum fassen, unter welchen Bedingungen ein Mensch leben kann. Um die Müllhalden der Großstädte haben sich Hüttendörfer gebildet und die Menschen leben von der Müllsortierung. Es reicht das Geld nur zum Nötigsten des Überlebens. Durch Verbrennung des Mülls, Kochen am offenen Feuer und Fehlernährung aus Mangel finden wir gerade in den Slums eine Zunahme der chronischen Erkrankungen wie COPT, Diabetes und Hypertonie. Die meisten könnten sich die Behandlung nicht leisten, daher betreuen wir auch viele chronisch Kranke. Vor jeder Sprechstunde bleiben wir unse-

rem Grundsatz treu: Aufklärung und Bildung über medizinische Alltagsfragen.

Daneben laufen auch auf den Philippinen präventive Projekte. Ein medizinisch interessantes Projekt möchte ich nennen, das seit 2012 mit Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung durchgeführt wird. Ziel ist die Senkung der hohen Erkrankungshäufigkeit an Bilharziose auf den Inseln durch die Arbeit auf den Reisfeldern. Der Einsatz von Enten in zehn Dörfern von Mindanao mit statistischer Begleitung ergab schon jetzt eine Senkung der Bilharziose-Häufigkeit und eine Steigerung des Reisertrages auf 15 bis 20 %. Einfach nur dadurch, dass die Enten den Zwischenwirt des Wurmes, die Wasserschnecke, vertilgen. In der Wasserschnecke entwickeln sich die Larvenstadien (Mirazidien und Zerkarien), die über die Haut die Menschen dann infizieren. Zusätzlich düngt der Kot die Reispflanze und der Boden wird festgetreten. Zum Schluss gibt es ein Mehr an Fleisch, das wiederum gut ist für die Senkung des Eisendefizits.

In all diesen Einsätzen hat mich immer wieder berührt und zugleich auch erschüttert, mit welcher Fröhlichkeit und Gelassenheit, aber auch einen gewissen Fatalismus diese Armut und Not ertragen werden. Ich bin dann immer ganz dankbar, in Europa zu leben mit unseren positiven Lebenschancen. Man kehrt zurück mit einem tiefen Gefühl der Befriedigung, mit seinen bescheidenen Möglichkeiten für den Einzelnen vor Ort etwas getan zu haben. Bei jedem Einsatz nimmt man auch neue fachliche Erfahrungen mit zurück. Daneben denke ich auch mit Achtung und Dankbarkeit an die vielen Spender aus Deutschland, die diese Projekte erst ermöglichen, sodass durch die nachhaltige Wirksamkeit unserer Arbeit die Hoffnung besteht, dass wir ein klein wenig mithelfen, die Lebensbedingungen in diesen armen Ländern zu verbessern.

## Update Diabetologie 2015

Synopsis wichtiger neuer Erkenntnisse und Empfehlungen, vorgetragen zum Symposium anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld am 24.10.2015 in der Sächsischen Landesärztekammer und zum XX. Symposium Metabolisch-Vaskuläres Syndrom 2015 vom 11. bis 13.12.2015 in Dresden-Radebeul

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, würdigte in seiner Laudatio die Lebensleistung von Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld. Die Schwerpunkte seiner umfangreichen wissenschaftlichen Arbeit lagen in der Beschreibung des Metabolischen Syndroms (gemeinsam mit Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leonhardt). Dieser Artikel wurde anlässlich des 65. Geburtstages von Herrn Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, dem Nestor der Sächsischen Stoffwechselschule, in Würdigung der grundsätzlichen Arbeiten für dieses Konzept geschrieben. Prof. Dr. med. habil. Hans Haller hatte als Klinikdirektor grundlegende Untersuchungen zur Entwicklung dieses Konzepts initiiert und geleitet. Weiter hat Prof. Dr. Markolf Hanefeld eine große Zahl von Studien zum Diabetes mellitus Typ 2, bei Fettstoffwechselstörungen und Adipositas geleitet. Wichtige Studien sind die Diabetesinterventionsstudie, die STOP-NIDDM-Studie und die ORIGIN-Studie. Daneben war Prof. Dr. Hanefeld ein Lehrer für Generationen von Ärzten und er hat eine große Zahl von Promovenden und Habilitanten betreut.

Prof. Dr. med. habil. Andreas Birkenfeld, sein Nachfolger im Zentrum für klinische Studien der GWT-TUD GmbH, sprach zum Thema „HbA1c und stabile Glukosehomöostase als Ziele einer modernen Diabetestherapie“. Er stellte die Bedeutung des postprandialen Blutzuckers als Würdigung der Lebensleistung von Prof. Dr. Hanefeld in den Mittelpunkt seines Vortrags. Er zeigte, dass hohe



Prof. Dr. med. habil. Dr. h.c. Markolf Hanefeld © Uniklinikum

postprandiale Blutzuckerwerte ein signifikanter Risikofaktor für die Entstehung von Gefäßkomplikationen sind. Bei bestimmten Fragestellungen ist die Messung der postprandialen Glukoseexkursionen sogar der Aussagekraft des HbA1c-Wertes zur Risikoerfassung überlegen. Wenn es therapeutisch gelingt, die postprandialen Glukoseexkursionen zu minimieren, reduziert man damit auch das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko dieser Patienten. Ziel einer modernen Diabetestherapie sollte daher neben dem Erreichen des Ziel-HbA1c-Wertes auch die Verminderung des postprandialen Glukoseanstiegs sein. Eine solche Therapie führt langfristig zur Verhinderung von Komplikationen, was als Metabolic Memory bezeichnet wird.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sabine Fischer sprach zum Thema „Fortschritte und Ziele in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen bei Diabetikern“. Sie ging auf die besondere Bedeutung erhöhter Blutfettwerte bei Diabetikern und auf die speziellen Aspekte der diabetischen Dyslipidämie, besonders infolge der Veränderungen in der Zusammensetzung der Lipoproteine, ein: erhöhte Konzentration der VLDL, erhöhter Triglyzeridgehalt der VLDL, erhöhter Triglyzeridgehalt der LDL, damit verschlechterte LDL – Rezeptorbindungsfähigkeit, bei Triglyzeriden > 1,7 mmol/l Bildung der small dense LDL und erniedrigtes HDL-C. Die Veränderungen in der Zusammensetzung der Lipoproteine sind eine wichtige Ursache für die Atherogenität des Diabetes. Prof. Dr. Hanefeld konnte in der Diabetesinterventionsstudie zeigen, dass erhöhte post-

prandiale Triglyzeridwerte bei Diabetikern das Risiko für einen Myokardinfarkt erhöhen.

Die LDL-C-Spiegel sind bei Diabetikern oft nur gering erhöht oder liegen im Bereich einer nichtdiabetischen Vergleichspopulation. Da bei Diabetikern das Risiko für kardiovaskuläre Gefäßkomplikationen aber im Vergleich mit einer Normalpopulation erhöht ist, liegen die LDL-C-Zielwerte besonders niedrig, wie in den Europäischen Leitlinien dokumentiert ist: Der LDL-C-Wert soll bei allen Typ 2-Diabetikern und bei Typ 1 Diabetikern mit Endorganschäden < 1,8 mmol/l liegen. Wichtige Medikamente zur Erreichung dieses Ziels sind die Statine und nach Vorliegen der Daten der IMPROVE-IT-Studie Ezetimibe.

Mit den PCSK9-Hemmern steht eine innovative und auch pathophysiologisch sehr interessante neue Therapieoption zur massiven Senkung erhöhter LDL-C-Werte zur Verfügung.

In seinem Vortrag zum Thema „Die diabetische Nephropathie – als Schicksal: Fortschritte und Bewährtes in der Therapie“ betonte Herr PD Dr. med. habil. Frank Pistrosch, dass die diabetische Nephropathie als Hauptrisikofaktor für die kardiovaskuläre Mortalität gilt: Bei Vorliegen einer schweren Niereninsuffizienz (eGFR < 30 ml/min) erhöht sich die Mortalität sowohl von Typ 1- als auch Typ 2-Diabetikern um etwa das 8-fache. Deshalb kommt der Verzögerung des Progresses der diabetischen Nephropathie ein besonderer Stellenwert in der Therapie des Diabetes mellitus zu. Anhand aktueller Daten wurde belegt, dass sowohl eine gute Blutzuckerkontrolle (bereits ab Diagnose des Diabetes) als auch eine Blutdruckoptimierung günstige Effekte auf den Progress der Nephropathie zeigen. Die ADVANCE-Studie zeigte, dass zur Vermeidung eines Falles von terminaler Niereninsuffizienz bei Hochrisikopatienten mit Makroalbuminurie durch intensive Blutzuckerkontrolle über fünf Jahre bereits eine number needed to treat von 44 genügt. Zu beachten sind die Therapiebeschränkungen vieler oraler Antidiabetika bei eingeschränkter



Nierenfunktion, um Nebenwirkungen, insbesondere Hypoglykämien, zu vermeiden.

Frau Dr. med. Elena Henkel diskutierte das Thema „Hypoglykämie als Risikofaktor für kardiovaskuläre Komplikationen und Mortalität: Wer ist gefährdet?“ Hypoglykämien können iatrogene Folgen einer inadäquaten Diabetes-Therapie durch absolute oder relative Insulin- bzw. Sulfonylharnstoff-Überdosierung sein. Epidemiologische Daten belegen, dass schwere Hypoglykämien (laut Definition Fremdhilfe erforderlich) mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen assoziiert sind und möglicherweise zur Schwere der Komplikationen sowie deren Ausgang beitragen.

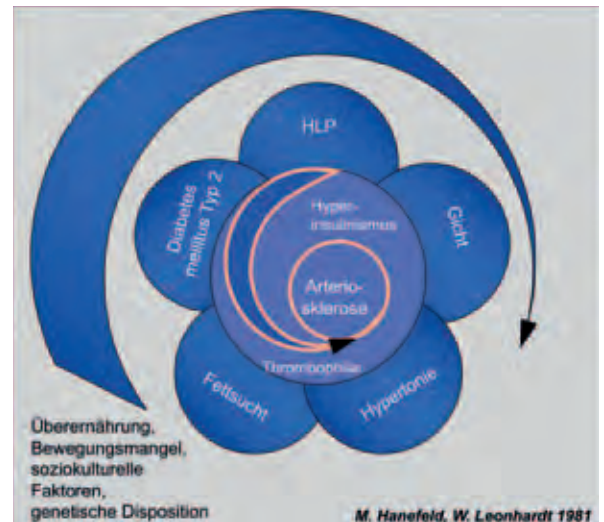
Die mit parallelem CGM („continuous glucose monitoring“) und EKG-Recording gewonnenen Daten zeigen, dass starke Blutzuckerschwankungen sowie schwere Hypoglykämien (Glukosewert < 3,1 mmol/l in CGM) mit ventrikulären Herzrhythmusstörungen assoziiert sind. Die Mehrzahl der Hypoglykämien tritt nachts auf und ist asymptomatisch. Verglichen mit Patienten ohne schwere Hypoglykämieepisoden hatten Patienten mit schweren Hypoglykämien eine 10-fach höhere Inzidenz von ventrikulären Tachykardien. Schwere Hypoglykämien treten gehäuft bei eingeschränkter Nierenfunktion unter Sulfonylharnstoffderivaten und/oder Insulin auf.

Mit zunehmendem Alter und der Diabetes-Dauer steigt das Hypoglykämie-Risiko. Bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen (Hochrisikopatienten) begünstigen niedrige TSH-Werte sowie die Therapie mit Diuretika (und Hypokaliämie) das Auftreten von ventrikulären Herzrhythmusstörungen.

Eine individualisierte Diabetes-Therapie (Medikamentenwahl, Therapieziele), „aggressive“ Patientenschulung, regelmäßige Laborkontrollen (unter anderem TSH, Kalium), Langzeit-EKGs sowie kontinuierliches Glukosemonitoring können in praxi helfen, die Sicherheit der insulinbedürftigen Patienten zu gewährleisten. Schwere Hypoglykämien sollten immer vermieden werden!

Prof. Dr. med. Michael Nauck aus Bochum sprach zum Thema: „Therapie nach Metformin“. Die Therapie des heterogenen Typ 2-Diabetes sollte individualisiert werden. Dabei spielen Alter, Begleiterkrankungen und die jeweilige Hypoglykämie-Gefährdung die entscheidenden Rollen. Je nachdem sollte eine normnahe Blutzucker-Kontrolle „stringent“, das heißt unter allen möglichen Anstrengungen oder „weniger stringent“, also nur, wenn es leicht und ohne Komplikationen erreichbar ist, angestrebt werden. Bei der Auswahl der Medikamente stehen heute mindestens sieben Klassen mit unterschiedlichen Eigenschaften, Vorteilen und Problemen zur Verfügung, aus denen man einzelne oder mehrere Medikamente für den individuellen Patienten auswählen kann, die zu seinem Profil passen. DPP-4-Hemmer (Saxagliptin, Alogliptin und Sitagliptin) haben in kardiovaskulären Sicherheitsstudien ihre Unbedenklichkeit (mit Ausnahme vermehrter Herzinsuffizienz-bedingter Krankenhausaufnahmen mit Saxagliptin), aber keine Reduktion von kardiovaskulären Endpunkten bewiesen. Besonders wegweisend sind die Befunde mit dem SGLT-2-Hemmer Empagliflozin: Eine Behandlung Herz-vorerkrankter Patienten führte zu einer reduzierten Notwendigkeit, eine Herzinsuffizienz stationär zu rekompensieren, und zu einer signifikant reduzierten Sterblichkeit. Dies wird zu einem zunehmenden Gebrauch von Medikamenten dieser Klasse führen. Es muss allerdings geklärt werden, ob auch andere Subpopulationen innerhalb des Typ 2-Diabetes in gleichem oder ähnlichem Maße profitieren.

Der Jubilar, Prof. Dr. med. Hanefeld, fasste in seinem Vortrag mit dem Thema: „Metabolisches Syndrom und Frailty als Wegweiser für eine Risiko-/Nutzen-basierte Therapie des Typ 2 Diabetes in ‚best ages‘ und im Alter“ wichtige Erkenntnisse für den praktischen Alltag in der Behandlung von Diabetikern zusammen. In diesem Altersbereich ist das Metabolische Syndrom endemisch mit ~ 50 % der Bevölkerung. Die damit verbun-



dene Multimorbidität bedingt in vielen Fällen eine Behandlung mit mehr als fünf Medikamenten, sodass Interaktionen mit Antidiabetika eine erhöhte Gefahr für Hypoglykämien, akute kardiovaskuläre Komplikationen und Herzinsuffizienz zur Folge haben.

Bei Senioren potenziert sich die Gefährdung durch Hypoglykämien und Nierenfunktionsstörungen zusätzlich durch weitere chronische Erkrankungen, Ess- und Trinkstörungen, depressive Verstimmungen und Gedächtnisstörungen sowie Wissenslücken. Dieses als Frailty-Syndrom (Verletzlichkeitssyndrom) benannte, sehr komplexe Krankheitsgeschehen erfordert eine sorgfältige Risiko-/Nutzenanalyse und individuelle Ziele mit HbA1c-Werten von 7 bis 8 %. Die Zielwerte sollten sich an der ferneren Lebenserwartung orientieren. Für Senioren haben Lebensqualität, Sicherheit und Praktikabilität der Diabetestherapie höchste Priorität. Bei Medikamenten bedeutet das Orientierung auf antihyperglykämisch wirkende Substanzen ohne Hypoglykämierisiko (Metformin, Acarbose, DPP IV Inhibitoren und langwirksame GLP1-Analoga) sowie bei Insulinbedürftigkeit niedrige Dosen von Basalinsulinen. In best ages sollte der HbA1c-Wert < 7 % gesenkt werden. Die Behandlung sollte hier den aktuellen Sächsischen Leitlinien folgen mit einer großzügigen Indikation für SGLT2-Inhibitoren (unter Beachtung der Einschränkungen aufgrund des Alters und der Einschränkungen sowie Kontraindikationen bei einge-

schränkter Nierenfunktion, nicht mit Schleifendiuretika kombinieren!)

Anlässlich des Jubiläums wurde das Programm des XX. Symposiums Metabolisch Vaskuläres Syndrom 2015 um zwei internationale Symposien erweitert, die sich zum einen mit dem postprandialen Stoffwechsel als Schrittmacher und Risikofaktor der Folgekrankheiten des Metabolischen Syndroms beschäftigten und zum anderen die Entwicklung des Konzeptes und der dazu vorliegenden Grundlagenforschung vom Beginn bis zur Gegenwart darstellten.

### **Symposium „The Metabolic Syndrome – a postprandial disease“**

Dieses Symposium stand unter der Ägide der EASD Studiengruppe Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Den Vorsitz führten B. Itzhak (Haifa) und D. Owens (Cardiff). L. Monnier (Montpellier) – der führende Experte zum Thema glykämische Variabilität legte eindrucksvolle Daten vor, die zeigen, dass rasche Blutzuckerschwankungen den oxidativen Stress auf die Gefäßwand und die  $\beta$ -Zellen erhöhen, auch dann, wenn das HbA1c  $< 7\%$  liegt. A. Ceriello (Barcelona) – der Erstbeschreiber des „Metabolic Memory“ und Autor der IDF Guidelines referierte zum Thema „Postmeal glucose management“ die aktuelle Datenlage zur postprandialen Hyperglykämie als eigenständigen kardiovaskulären Risikofaktor. Das dadurch fehlgesteuerte Metabolic Memory wurde von J. Drzewoski (Lodz) auf molekularer und zellbiologischer Ebene dargestellt.

Die zweite Sitzung wurde von P. Segal (Jerusalem) und O. Schnell (München) moderiert. Sie stand unter dem Thema „Mikro- und makrovaskuläres Outcome in Bezug auf Qualität der Diabeteskontrolle“. J. Skrha (Prag) wies auch anhand eigener Untersuchungen nach, dass rasche Blutzuckerschwankungen für die Entwicklung von Mikroangiopathien an Augen und Nieren eine über das HbA1c hinausgehende Bedeutung haben. Dass die orale Immunmodulation auch in der Prävention

des Typ 1 Diabetes helfen kann (durch orale Gabe von Insulin an gefährdete Kinder), wurde von A. Ziegler (München) demonstriert – Arbeiten, die auch mit dem PLID in Dresden (E. Bonifacio) durchgeführt werden.

Der aktuelle Stand zu Outcome-Studien mit intensiver Glykämiekontrolle wurde von I. Raz (Tel Aviv) zusammengefasst. Als Resümee ergibt sich daraus, dass eine nur auf HbA1c-Kontrolle gerichtete Therapie die Mortalität bei Typ 2 Diabetes nicht senkt. Über den aktuellen Stand, die fortwährende Notwendigkeit und die Zukunft von großen Diabetes-Outcome-Studien referierte H. Gerstein (Hamilton, Canada). Wie die beeindruckenden Ergebnisse der EMPA-REG-Studie zeigen, sind hier durchaus noch große Möglichkeiten zur Prävention von kardiovaskulären Komplikationen und Herzinsuffizienz mit neuartigen Antidiabetika, zum Beispiel SGLT2-Inhibitoren gegeben.

### **Symposium „Prevention and treatment of the Metabolic Syndrome – a global perspective“**

Der Sonntagvormittag war „State-of-the-Art-lectures“ zu diesem Thema gewidmet und wurde gemeinsam von dem Transcampus-Projekt Kings College, London, und der Medizinischen Fakultät der TU Dresden sowie dem Deutschen Diabeteszentrum getragen.

In einem eindrucksvollen Eröffnungsvortrag stellte Sir George Alberti (London), der Übervater der aktuellen Definitionen zum Metabolischen Syndrom, die Entwicklung des Begriffes, der Grenzwerte und Konzepte dar. Vor allem ihm ist es zu danken, dass 2008 die verschiedenen, teilweise konkurrierenden Definitionen zu einer allgemein anerkannten weltweiten Definition zusammengeführt werden konnten. A. Pfeiffer (Berlin) referierte im Anschluss die Kernelemente der Prävention des Metabolischen Syndroms durch Ernährungsumstellung. Auch hier geht Qualität vor Quantität (Kalorienbuchhalterei). T. Temelkova-Kurktschiew (Sofia) referierte die essenzielle Bedeutung von physischer Konditionierung und körperlicher Fitness für ein langes Leben

ohne alt zu werden und die Verhinderung eines Metabolischen Syndroms mit langer Gebrechlichkeit (Frailty Syndrome) im Alter über Siebzig. Eine Übersicht über die Möglichkeiten der interventionellen Therapie der Adipositas gab H. Lebovitz (New York): Magenbanding, bariatrische Chirurgie und als Neuestes Elektrostimulation von Magennerven. Die aktuellen Fortschritte in der Inselforschung, bei denen das Paul-Langerhans-Institut in Dresden eine führende Rolle spielt, wurden von M. Solimena (Dresden) vorgestellt. Glukotoxizität und Lipotoxizität sind zentrale und frühe pathogene Mechanismen für die Endothelfunktionsstörungen bei Diabetes – das gilt nicht nur für diabetesbezogene Komplikationen, sondern auch für Makroangiopathien (Herzinfarkt, Schlaganfall, plötzlicher Tod, Herzinsuffizienz), wie E. Standl (München) in seinem Übersichtsreferat überzeugend darlegte. „Intestinal Microbiota – das geheime Organ“ war Thema von J. Gräßler (Dresden). Hier eröffnet sich ein ganz neuer Blick auf das sehr komplexe Ursachengefüge (Common soil) für den globalen Tsunami des Metabolischen Syndroms (MS). Wieweit wir daraus auch Nutzen für die Prävention des MS ziehen können, bleibt der Zukunft vorbehalten. Ein weiteres zukünftiges Forschungsfeld zur Pathogenese des MS – „Inflammation und Wachstumsfaktoren“ – wurde von T. Chavakis (Dresden) vorgestellt. Hemmung der Inflammation kann die Progression der diabetischen Nephropathie bremsen. Antikörper gegen VEGF haben sich in der Behandlung der diabetischen Retinopathie und des Maculaödems als erfolgreiche neue Therapieprinzipien etabliert. Diese innovativen Beiträge der Forschung zum Metabolischen Syndrom, vorgetragen von zwei Dresdner Top-Wissenschaftlern, vermittelten einen hoffnungsvollen Ausblick auf zukünftige Erfolge der Schola Metabolica Dresdensis.

Anschrift der Verfasserin:  
Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Fischer,  
Medizinische Klinik und Poliklinik III,  
Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden,  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

## Gefahr aus dem Internet – Update 2016

Vor 13 Jahren hatten wir an dieser Stelle unter dem gleichen Titel zu diesem Thema publiziert. Als im Februar dieses Jahres das Lukaskrankenhaus in Neuss durch ein Computervirus lahm gelegt wurde, erwachte das Bewusstsein für Gefahren aus dem Internet bei uns Ärzten wieder.

Was ist nun neu und anders geworden in den letzten dreizehn Jahren? Als im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4, 2003, S. 136, der oben genannte Artikel erschien, waren Praxiscomputersysteme nur selten zwingend mit dem Internet verbunden. Heute ist das anders. Vertragsärzte übertragen ihre Abrechnungsdaten über eine sichere Internetverbindung – das KV-Safenet – an die Kassenärztliche Vereinigung, Fernwartung über das Internet gehört praktisch zum Servicestandard, Radiologen übertragen ihre digitalen Röntgenbilder von Praxis zu Praxis und an den meisten Computerarbeitsplätzen in modernen Praxen ist das Surfen im Internet problemlos möglich. Die Politik fordert von uns Ärzten die Nutzung der modernen Kommunikationswege, um Geld zu sparen, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Alle diese Prozesse werden über das Internet abgewickelt mit dem heute jedes Praxiscomputersystem verbunden ist. Wie sieht es aber mit der Sicherheit unserer Systeme aus? Die Absicherung von Computernetzen – die bereits mit zwei verbundenen Computern in einer kleinen Praxis beginnen – mit zwei Systemen gehört heute zum Standard. Zum einen ist ein sogenannter Firewall (vom engl. Brandmauer) eingerichtet, der nur bestimmte Türen, die die Techniker Ports nennen, in unsere Systeme öffnet. So gibt es Ports für die Fernwartung, den Mailempfang, den Mailversand und das Surfen im Internet. Jeden dieser Ports kann man sperren oder öffnen, um diese Aktionen zu ermöglichen oder eben nicht zu ermöglichen. Zum anderen laufen auf allen Systemen Virens Scanner, die

Schadsoftware erkennen und blockieren.

Was ist nun neu an der Schadsoftware „locky“, die das Krankenhaus in Neuss lahm gelegt hat. Erlauben Sie mir vorher mit einem Mythos aufzuräumen. Hollywood präsentiert immer wieder Filme, in denen es genialen, aber weltfremden Hackern gelingt, sich direkt in fremde Computernetze einzuhacken. Die Gefahr, dass so etwas in einem Praxiscomputersystem passiert, ist verschwindend gering. Warum soll ein Hacker sich die Mühe machen, unter enormem Aufwand die Barrieren des Praxiscomputersystems zu überwinden, wenn das Einbringen von Schadsoftware, die dann enormen Schaden anrichten kann, viel einfacher und billiger ist. Die gefürchtete aktuelle Schadsoftware wird in der Regel – natürlich unbeabsichtigt – durch einen Mitarbeiter im System installiert. Sie kennen die Geschichte von Troja – auch die Schadsoftware kommt auf diesem Weg zu uns. Das hölzerne Pferd, das wir in unsere Praxis lassen, ist in der Regel eine E-Mail mit einem Anhang, der durch einen aktiven Klick geöffnet werden muss. Wird hier nicht geklickt, wird die Schadsoftware nicht installiert. Wenn doch, haben wir ein mehr oder minder großes Problem, vor dem uns leider auch die modernen Virens Scanner nicht schützen können.

Mit der neuen Schadsoftware haben kriminelle Hacker einen ebenso genialen wie perfiden Weg gefunden, unsere Sicherheitssysteme zu überwinden. Wir laden unsere Mails herunter und finden dort regelmäßig unerbetene elektronische Post, zum Teil mit Anhängen. Dort wird uns verkündet, wir hätten eine Rechnung nicht bezahlt, etwas gewonnen oder ein Fax erhalten. Wir bräuchten nur auf den Anhang zu klicken und alles wäre geklärt. Neu ist, dass sich die Schadsoftware nicht im Anhang befindet, deshalb kann der Virens Scanner sie nicht lokalisieren. Im Anhang befindet sich ein Link zu einer Adresse im Internet, von dem wir dann mit unserem Klick die Schadsoftware herunterladen und starten. War der Schädling „locky“ der Übeltäter, verschlüsselt er

blitzschnell die Daten auf dem Rechner und den im Netzwerk freigegebenen Laufwerken. Sind das Patientendaten, dann ist in dem Moment die IT der Praxis oder Klinik unbenutzbar. Danach erhält man die freundliche Aufforderung, eine bestimmte Summe einer nicht nachverfolgbaren Internetwährung – meist Bitcoins – an eine Adresse im Internet zu senden. Danach würde man den Entschlüsselungscode erhalten. Sollten nach dieser Meldung die anderen Rechner im Netz noch auf die Patientendaten zugreifen können, schalten Sie sofort den befallenen Rechner aus und informieren Sie Ihren Servicepartner.

Wie kann man sich nun vor solch einem Riesenräger schützen. Einen hundertprozentigen Schutz gibt es nicht. Allerdings kann die Beachtung einfacher Regeln Schaden verhindern:

1. Öffnen Sie keine Post, deren Absender Sie nicht kennen, sondern löschen Sie diese sofort.
2. Sollten Sie Punkt 1. nicht konsequent umsetzen, so klicken Sie auf keinen Fall auf den Anhang dieser Post.
3. Regeln Sie, wer von Ihren Mitarbeitern die Praxispost empfangen darf, und weisen Sie diese Mitarbeiter ein, sich an Punkt eins und zwei zu halten.
4. Das Surfen im Internet sollte auf Praxis- oder Klinikcomputern grundsätzlich nicht erlaubt sein. Ihr Servicepartner kann das gegebenenfalls für Sie ausschalten. Ihre Mitarbeiter sollten ihre persönlichen Mails mit ihren Smartphones empfangen oder über WLAN in einem zweiten Netz (siehe Punkt 5).
5. Wenn unbedingt gesurft werden soll, dann leisten Sie sich für wenige Euro im Monat einen zweiten Internetzugang, mit dem Sie ein WLAN-Netz etablieren, das nicht mit dem Praxisnetz verbunden ist. Dafür brauchen in der Regel keine extra Kabel verlegt werden. Verschiedene Kabelfernsehanbieter bieten kostengünstige Upgrades, dann gibt es zum Fernsehen noch Internet dazu.

- Einfach den Router an die Fernsehdose anschließen und Sie haben WLAN. Sie stellen sich einen kleinen Laptop auf den Schreibtisch, mit dem Sie gefahrlos über Ihr WLAN im Internet surfen können. Dieser oder ein Mini-PC können sogar über einen Umschalter (einen KVM-Switch) Ihre Maus und Tastatur mitbenutzen, sodass Sie mit einem Knopfdruck auf den Internetrechner und zurückschalten können. Die letzte Empfehlung finden Sie bereits im Artikel im „Ärztenblatt Sachsen“, Heft 4, 2003. S. 136, sie ist bis heute aktuell.
6. Selbstverständlich ist natürlich, dass Sie in Ihrem Praxisnetz einen

immer aktuellen Virenschanner vorhalten, denn nicht alle Viren kommen wie „locky“ zu Ihnen, es gibt auch andere Wege.

7. Eine tägliche Datensicherung erlaubt es, Ihrem Servicepartner wenigstens den Zustand vom Vortag wiederherzustellen – auch das sollte konsequent durchgeführt werden. Hierbei sollten Sie darauf achten, dass Sie Sicherheitskopien über mehrere Tage an einem sicheren Ort, möglichst von der restlichen Rechentechnik getrennt, aufbewahren.

Elektronische Praxiscomputersysteme erleichtern uns die Arbeit erheblich, die überbordende Bürokratie wäre

ohne diese elektronischen Helfer kaum zu bewältigen. Auch die elektronische Kommunikation zwischen Praxen und zwischen Praxen und Krankenhäusern wird in Zukunft zunehmen. Das wird unsere Arbeit erleichtern und dem Patienten nützen. Wir sollten uns das nicht von kriminellen Elementen vergällen lassen. Die konsequente Einhaltung weniger Regeln und der Einsatz des gesunden Menschenverstandes sind hier sicher hilfreich. Wir werden Sie in dieser Frage auf dem Laufenden halten.

Dr. med. Lutz Pluta  
Telematikbeauftragter

## Informationen zur Einstellung von Auszubildenden

### Was müssen Sie tun, wenn Sie in Ihrer Praxis eine/n Auszubildende/n einstellen möchten?

Alle Unterlagen, die Sie für einen Vertragsabschluss benötigen, einschließlich des Formblattes für die Anmeldung in der Berufsschule, erhalten Sie auf Anforderung von der Sächsischen Landesärztekammer.

### Ausbildungsbeginn

Ausbildungsbeginn ist der 1. August eines Jahres. Bei Vertragsbeginn nach dem 1. September ist nach dem Berufsbildungsgesetz eine reguläre Zulassung zur Abschlussprüfung drei Jahre später nicht gegeben, sondern erst zum nächsten Prüfungstermin. Im Rahmen von Einzelfallprüfungen sind eine Verkürzung der Ausbildungszeit oder eine vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung möglich. Bitte beachten Sie dazu die Veröffentlichung der Prüfungsordnung sowie die Beschlüsse des Berufsbildungsausschusses im Internet.

### Berufsausbildungsvertrag

Der Auszubildende (Ärztin/Arzt) schließt vor Beginn der Berufsausbildung mit

der/dem Auszubildenden einen Berufsausbildungsvertrag ab.

Bitte beachten Sie:

Der Vertrag muss vom Auszubildenden und der/dem Auszubildenden unterschrieben werden. Bei minderjährigen Auszubildenden müssen zusätzlich die gesetzlichen Vertreter den Vertrag unterschreiben.

Die drei Ausbildungsverträge und der Antrag auf Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse sind im Original unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Ausbildungsvertrages, bei der Sächsischen Landesärztekammer zur Registrierung einzureichen. Eine Kopie des Abschlusses der allgemein bildenden Schule und bei unter 18-Jährigen eine Bescheinigung über die Erstuntersuchung nach § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz sind beizufügen.

Wesentliche Änderungen zum Berufsausbildungsvertrag (zum Beispiel Vertragsauflösung, Krankheitszeiten, Namens- und Adressänderungen, Mutterschutzzeiten und eventuell Erziehungsurlaub) sind vom auszubildenden Arzt unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Bekanntwerden, der Ärztekammer schriftlich zu melden.

### Ausbildungsplan

Die Ausbildung muss geplant werden, damit das Ausbildungsziel in

der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann. Der Auszubildende in der Praxis muss bei der Erfüllung seiner Ausbildungsaufgaben strukturiert vorgehen.

Nach § 6 der Ausbildungsverordnung haben Auszubildende unter Zugrundelegung des Ausbildungsrahmenplans für ihre Auszubildenden einen Ausbildungsplan zu erstellen. Eine von dem Rahmenplan abweichende zeitliche und sachliche Gliederung ist zulässig, soweit betriebliche Besonderheiten es rechtfertigen.

Im Ausbildungsplan ist durch den Ausbilder konkret zeitlich festzulegen, welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt vermittelt werden sollen. Die sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildung ist für die einzelne Praxis festzuschreiben.

Den Beteiligten ermöglicht der Ausbildungsplan von Anfang an eine genaue Orientierung über den inhaltlichen und zeitlichen Ablauf der Ausbildung in der Praxis.

### Jugendarbeitsschutzuntersuchung

Jugendliche, die in das Berufsleben eintreten, dürfen nur beschäftigt werden, wenn

- sie innerhalb der letzten vierzehn Monate von einem Arzt untersucht worden sind (Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz) und

- dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Maßgeblich dafür ist das Datum des Vertragsbeginns.

Die Bescheinigung über die Erstuntersuchung nach § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz ist in Kopie bei der Ärztekammer einzureichen.

### Anmeldung in der Berufsschule

Der Ausbilder (Arzt/Ärztin) meldet die Auszubildende in der Berufsschule an (Formblatt). Der Einzugsbereich der Berufsschule richtet sich nach dem Wohnort der Auszubildenden.

Die Auszubildende besucht im 1. und 2. Ausbildungsjahr an zwei Tagen in der Woche das jeweilige Berufliche Schulzentrum (im 3. Ausbildungsjahr an einem Tag).

Ein Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden wird bei Jugendlichen mit acht Stunden auf die Ausbildungszeit angerechnet. Bei Volljährigen finden die Berufsschulzeiten mit der tatsächlich stattgefundenen Unterrichtszeit einschließlich der Pausen Anrechnung als Ausbildungszeit.

### Ausbildungszeit

Die durchschnittliche wöchentliche Ausbildungszeit beträgt bei Auszubildenden 40 Arbeitsstunden.

Es bleibt dem auszubildenden Arzt überlassen, die Arbeitsstunden unter

Berücksichtigung gesetzlicher Vorschriften auf die einzelnen Wochentage nach den Erfordernissen der Praxis zu verteilen.

Dabei dürfen Jugendliche nicht mehr als acht Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 8 ArbSchG). Wenn an einzelnen Werktagen die Arbeitszeit auf weniger als acht Stunden verkürzt ist, können Jugendliche an den übrigen Werktagen derselben Woche 8,5 Stunden beschäftigt werden.

Bei Volljährigen kann die Ausbildungszeit auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.

### Beschaffung der Schutz- und Berufskleidung/Durchführung erforderlicher Schutzimpfungen

Der Auszubildende ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen. Der Auszubildende stellt die notwendige Schutzkleidung unentgeltlich zur Verfügung und trägt die Kosten für deren Reinigung.

Der Ausbilder darf Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung nur von Mitarbeitern ausüben lassen, die an der arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge teilgenommen haben. In die arbeits-

medizinische Pflichtvorsorge sind auch Auszubildende einzubeziehen. Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge müssen auch Impfungen angeboten werden, wenn die Infektionsgefahr im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht und ein Impfstoff vorhanden ist.

Alle Kosten der Vorsorge inkl. Impfungen sind vom Arbeitgeber zu tragen.

### Belehrung über die Verpflichtung zur Einhaltung der gesetzlichen Schweigepflicht

Die/Der Auszubildende ist über die Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch aufzuklären.

Für weitere Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referates Medizinische Fachangestellte unter Tel.-Nr.: 0351/8267 170, -171 und -173 gern zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Ehrenamtliche Richter beim Sächsischen Finanzgericht gesucht!

Am 31.12.2016 endet die Amtszeit der bisher beim Sächsischen Finanzgericht tätigen ehrenamtlichen Richter/innen. Bis zum Jahresende muss daher die Neuwahl für die kommende 5-jährige Wahlperiode (2017 – 2021) erfolgen. Die ehrenamtlichen Richter/innen wirken gleichberechtigt mit den Berufsrichtern bei der Rechtsfindung in Streitigkeiten mit und üben dadurch auch erheblichen

Einfluss auf die Auslegung steuerrechtlicher Normen aus.

Die Wahl nimmt ein Wahlausschuss auf der Grundlage von Vorschlagslisten vor, zu deren Zusammenstellung die Berufsverbände zu hören sind.

Interessenten bitten wir, sich bis zum 27. April 2016 bei uns zu melden, gerne auch per E-Mail unter [hgf@slaek.de](mailto:hgf@slaek.de). Erforderlich sind die Angabe des Vor- und Zunamens, des Geburtsdatums, der Berufsbezeichnung und der Wohnanschrift.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

Sächsische Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Kreisärztekammer Dresden (Stadt)



25 Jahre Kreisärztekammer Dresden

**Fest auf Schloss Albrechtsberg  
am 7. Mai 2016**

*mit der Reinhard Stockmann Band und  
ärztlich-künstlerischen Höhepunkten*

**Ballkarte „Kronensaalebene“**  
für Mitglieder KÄK 80 € / Nichtmitglieder 100 €

**Ballkarte „Gartensaalebene“**  
für Mitglieder KÄK 65 € / Nichtmitglieder 85 €

**Anmeldung:** Kreisärztekammer Dresden (Stadt)  
Sekretariat: Frau Riedel  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Tel. 0351 8267-134 • Fax 0351 8267-132  
Telefonische Anmeldung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr  
E-Mail: [info@kreisaeztekammer-dresden.de](mailto:info@kreisaeztekammer-dresden.de)  
[www.kreisaeztekammer-dresden.de](http://www.kreisaeztekammer-dresden.de)

## 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.kv.sachsen.de](http://www.kv.sachsen.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
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/C013	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitzer Land	11.05.2016
16/C014	Psychiatrie und Psychotherapie	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	11.05.2016
16/C015	Chirurgie (hälftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Stollberg	25.04.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/C016	Innere Medizin/SP Kardiologie/ZB Balneologie u. Med. Klimatologie	Vogtlandkreis	25.04.2016
16/C017	Innere Medizin/SP Gastroenterologie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Zwickau	25.04.2016
16/C018	Radiologie (hälftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	25.04.2016
<b>Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>			
16/C019	Laboratoriumsmedizin (hälftiger Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	25.04.2016
16/C020	Laboratoriumsmedizin (hälftiger Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	25.04.2016

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.

Anzeige



**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/D018	Ärztliche Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häufiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.05.2016
16/D019	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	25.04.2016
16/D020	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.05.2016
16/D021	Nervenheilkunde (häufiger Vertragsarztsitz)	Bautzen	25.04.2016
16/D022	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Meißen	11.05.2016
16/D023	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Meißen	25.04.2016
16/D024	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Meißen	25.04.2016

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
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/L009	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.05.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/L010	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	11.05.2016
16/L011	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	25.04.2016
16/L012	Chirurgie/SP Gefäßchirurgie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	25.04.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/L013	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	25.04.2016

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.

## Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Sachsen

Am 1. Januar 2017 beginnt die nächste Legislaturperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen). Alle sächsischen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten 2016 sind aufgerufen, ihre Vertreter zu wählen. Ärzte und Psychotherapeuten,

die Mitglieder der KV Sachsen sind, haben das passive und das aktive Wahlrecht. Die Wahlbekanntmachung wurde am 31.03.2016 versandt. Allgemeine Grundsätze der Wahl sind in der Wahlordnung der KV Sachsen enthalten ([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de)).

Die Auslegung der Wählerlisten in den Bezirksgeschäftsstellen erfolgt in der Zeit vom 6. bis zum 19. April 2016. Wahlvorschläge können in der

Zeit nach Erhalt der Wahlbekanntmachung bis zum 2. Mai 2016, 18.00 Uhr, eingereicht werden. Als Wahlfrist legte der Wahlausschuss die Zeit vom 3. Juni bis zum 17. Juni 2016, 18.00 Uhr fest.

Rückfragen zur Wahl sind per E-Mail [vv.wahl@kvsachsen.de](mailto:vv.wahl@kvsachsen.de) oder unter Tel.: 0351 8290-610 bzw. 0351 8290-639 möglich.

Dr. med. Stefan Windau  
Vorsitzender der Vertreterversammlung

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Auerbach	Abgabe: zum 30.06.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
Augenheilkunde	Mittlerer Erzgebirgskreis	Abgabe: nach Absprache

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) Weiterführung in jeder Form möglich	Zittau Ort: Kurort Jonsdorf	Abgabe: nach Vereinbarung
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Innere Medizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017

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

## Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege

### Leserzuschrift zum Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2016

Sehr geehrte Damen und Herren, anbei übermittle ich Ihnen einige Gedanken zu oben genannten Beitrag. Diese Originalie basiert auf viel Arbeit, beinhaltet viel Wissenswertes, verursachte aber auch Irritation. Letztere veranlasste mich zu diesem Schreiben.

Zunächst Dank und Anerkennung dafür, dass zu dem wichtigen praktischen Problem der Altenpflege ein so umfangreicher Beitrag erschien. Als Ärztin im Ruhestand und als Angehörige einer langjährig zu Pflegenden hat er mich besonders interessiert.

In dem Beitrag wird ausführlich dargestellt, dass in den stationären

Einrichtungen, die an der Studie zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Altenpflege (FEM) teilgenommen haben, durch spezielle Pflegeschulung, FEM-Beauftragten-Training, Informationsbrochüren, eine 290-seitige Leitlinie sowie diverses Werbematerial FEM nachweislich reduziert werden konnten, ohne negative Auswirkungen gegenüber den Kontrollgruppen.

Ich frage mich allerdings, ob unter den Alltagsbedingungen der stationären Pflege, wie ich sie über vier Jahre als Angehörige miterlebte, diese Maßnahmen zur Reduzierung der FEM realisiert werden können.

Die Pflegerschulung, FEM-Beauftragten-Training, Ausgabe von Infomaterial kann ich mir zwar als eventuell machbar vorstellen, aber ob und wie die von mir erlebten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte eine 290-seitige Leitlinie zur Kenntnis nehmen können, ist mir unvorstellbar. Ich erlebte ihre harte Arbeit unmittelbar, ihre Erschöpfung und Gereiztheit. Bei sol-

chen Bedingungen eine Leitlinie von 290 Seiten vorzugeben, erscheint mir fragwürdig.

Es kann in der Pflegepraxis leicht passieren, dass die Unterscheidung zwischen FEM und einfachen, notwendigen Pflegehilfen schwerfällt. So erlebte ich zum Beispiel, dass bei einer gehunfähigen Patientin für das längere Sitzen im Rollstuhl allein im Zimmer der Haltgurt angelegt werden musste, um einen Sturz durch Abrutschen aus dem Rollstuhl zu vermeiden. Diese einfache Pflegehilfe wurde vom Pflgeteam zunächst als FEM gesehen und sollte juristisch entschieden werden. Ich konnte dafür keinerlei Verständnis haben. Letztlich wurde dieser Fall so geklärt, dass meine Betreuerunterschrift und die Unterschrift der blinden (!) Patientin genügte, um die einfache und hilfreiche Maßnahme durchführen zu können.

Ich hätte mir gewünscht, dass in oben genanntem Beitrag auf die praktisch wichtige Unterscheidungs-



frage – FEM oder einfache Pflegehilfe? – etwas ausführlicher eingegangen worden wäre. Wie wurde diese Problematik in den Studien gehandhabt?

Auch hat es mich irritiert, dass die Sorge vor Sturz und Verletzung keine Indikation für gegebenenfalls ausnahmsweise FEM sein kann.

Wieso sind Stürze und Verletzungen keine konkrete und erhebliche Gefahr, das heißt bei zu Pflegenden als Bagatellen zu werten? Was sind vergleichsweise dazu besonders schwerwiegende Gründe?

Vielleicht wäre zu meinen angeschnittenen Fragen nochmal eine klärende Stellungnahme möglich

Mit freundlichen Grüßen  
Dipl.-Med. Ulrike Thäle

**Antwort zum Leserbrief von Frau Dipl.-Med. Ulrike Thäle**

Vielen Dank für die Lektüre und kritische Rezeption unseres Beitrages. Gerne antworten wir auf die Fragen und hoffen zur Klärung beizutragen.

Die umfangreiche wissenschaftsbasierte Leitlinie wurde als Nachschlagewerk bereitgestellt. Das Schulungs- und Informationsprogramm basiert auf der Leitlinie. Dies ist das übliche Vorgehen bei der Implementierung von Leitlinien. Selbstverständlich wurde nicht von allen Pflegenden

erwartet, dass sie die 290-seitige Leitlinie durcharbeiten. Für die Verbreitung des Inhalts der Leitlinie wurden Flyer und Kurzfassungen für Pflegende sowie Angehörige und weitere Interessierte erstellt, die auf 16 Seiten alle wesentlichen Inhalte darstellen.

Eine Unterscheidung zwischen freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) und Pflegehilfen kann nicht getroffen werden. Wir beziehen uns auf die gesetzlichen Regelungen, die wir in dem Beitrag ausgiebig dargelegt haben. Wenn Pflegende gefragt würden, wären alle FEM in ihrem Verständnis eine Pflegehilfe, um Pflege zu erleichtern, die Person durch FEM vor Verletzung zu schützen oder aber andere Personen zu schützen und einen geordneten Pflegeablauf zu garantieren. Diese Argumentation greift jedoch zu kurz. Der Gesetzgeber hat eindeutig bestimmt, dass FEM nicht angewendet werden dürfen, da sie ein schwerer Eingriff in die Freiheit einer Person sind. Freiheit und Integrität sind hohe Güter einer jeden Person, die nur in Ausnahmefällen mit selbständiger Einwilligung des Einwilligungsfähigen oder richterlicher Genehmigung verletzt werden darf. Zuvor sind alle anderen Optionen zu prüfen, die FEM überflüssig machen. In Studien mit großen Stichproben wie den unsrigen ist es probat und indiziert,

FEM-Freiheit als Goldstandard zu definieren, wohlwissend, dass niemals alle FEM vermieden werden können und einige eine Doppelfunktion haben können, wie ein therapeutischer Tisch, der eine Stabilisierung im Sitzen für eine Person nach Schlaganfall bedeuten und überhaupt erst Sitzfähigkeit herstellen kann.

FEM sind kein probates Mittel zur Sturzprävention. Dies ist konsistent durch Studien nachgewiesen und durch mehrere wegweisende Gerichtsurteile unterstrichen worden. Das heißt, alle anderen Maßnahmen der Sturzprävention sind vor der Anwendung einer FEM erschöpfend anzuwenden. Aus wissenschaftlicher Sicht fehlt der Nachweis, dass mit der Anwendung von FEM wirkungsvoll Stürzen und sturzbedingten Verletzungen vorgebeugt werden kann. Im Gegenteil haben Studien zur Reduktion von FEM gezeigt, dass die Anzahl der Stürze und sturzbedingten Verletzungen nicht ansteigt, wenn FEM weggelassen werden. Somit fehlt auch die antizipierte Wirksamkeit von FEM und damit entfällt die pflegfachliche Begründung.

Auch im Namen der Mitautoren,  
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,  
Medizinische Fakultät, Institut für  
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

**Neuer juristischer Berater der Gutachterstelle**

Zum 1. April 2016 wurde Herr Karl Schreiner, Präsident des Landgerichts Leipzig a. D., vom Kammervorstand zum neuen juristischen Berater der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen berufen. Er folgt in diesem Amt Herrn Harald Kirchmayer, der seine Tätigkeit zum 31. Mai 2016 beendet. Karl Schreiner, in Edenkoben/Pfalz geboren, war nach seinem Jurastudium in Mainz und Freiburg i. Br. als



Karl Schreiner

© privat

Richter, Staatsanwalt und Notarvertreter in Baden-Württemberg tätig. Während seiner Tätigkeit als Vorsitzender Richter an den Landgerichten Karlsruhe und Leipzig war er mit Arzthaftungssachen befasst. Von Mai 2000 bis März 2016 übte er das Richteramt am Landgericht Leipzig aus, seit Dezember 2006 in der Funktion des Präsidenten des Landgerichts.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

## Unsere Jubilare im Mai 2016 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 01.05. Oesterreich, Dieter  
08491 Netzschkau
- 01.05. Dr. med.  
Schuster, Hans-Jürgen  
08547 Jössnitz
- 01.05. PD Dr. med. habil.  
Voigt, Theresa  
04277 Leipzig
- 03.05. Dipl.-Med. Rudolph, Sigrun  
09573 Augustusburg
- 03.05. Ulle, Gudrun  
09113 Chemnitz
- 05.05. Dipl.-Med. Friedrich, Gabriele  
09471 Königswalde
- 05.05. Dipl.-Med.  
Morgenstern, Rosemarie  
08112 Wilkau-Haßlau
- 05.05. Dr. med.  
Niederstrasser, Wolfgang  
09116 Chemnitz
- 06.05. Dipl.-Med. Scheitz, Karin  
08064 Zwickau
- 06.05. Dr. med. Tetzlaff, Wilfried  
01237 Dresden
- 07.05. Dr. med. Dassow, Hannelore  
04316 Leipzig
- 07.05. Dipl.-Med. Raum, Doris  
01594 Riesa-Nickritz
- 08.05. Prof. Dr. med. habil.  
Fauler, Joachim  
01099 Dresden
- 09.05. Eydelman, Nina  
04299 Leipzig
- 09.05. Dr. med. Hantusch, Alojs  
02625 Bautzen
- 10.05. Dipl.-Med. Klamm, Joachim  
01591 Riesa
- 10.05. Prof. Dr. med. habil.  
Klingelhöfer, Jürgen  
09125 Chemnitz
- 11.05. Dr. med. Heydel, Gerlinde  
08301 Schlema
- 11.05. Dipl.-Med. Klarner, Bernd  
08648 Bad Brambach
- 14.05. Dr. med. Grzegorek, Rudolf  
02826 Görlitz
- 15.05. Dr. med.  
Becker-Pohl, Kerstin  
09131 Chemnitz
- 15.05. Dipl.-Med. Böhm, Angelika  
01705 Freital
- 15.05. Dr. med. Erler, Michael  
06198 Salztal

- 16.05. Dr. med. Buhl, Eckart  
02779 Großschönau
- 16.05. Dr. med. Schnering, Gabriele  
02979 Hoyerswerda
- 16.05. Dipl.-Med. Wendt, Heinz  
04107 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Adler, Frank  
01705 Freital
- 19.05. Dr. med. Jähmig, Mathias  
09127 Chemnitz
- 20.05. Dipl.-Med. Götze, Gabriele  
01067 Dresden
- 20.05. Dipl.-Med. Kupka, Jutta  
04347 Leipzig
- 21.05. Zill, Waltraud  
01796 Pirna
- 22.05. Franke, Steffi  
08412 Werdau /  
OTKönigswalde
- 22.05. Dr. med. Knopke, Ingrid  
08393 Meerane
- 23.05. Dr. med. Drechsler, Gerd  
01589 Riesa
- 23.05. Dr. med. Tautenhahn,  
Hans-Christian  
01809 Dohna
- 24.05. Dr. med.  
Beckert-Oehler, Petra  
08289 Schneeberg
- 26.05. Dr. med.  
Hochmuth, Christian  
08064 Zwickau
- 28.05. Dr. med. Storch, Hans  
01324 Dresden
- 30.05. Dr. med. Nichterlein, Beate  
01728 Babisnau
- 70 Jahre**
- 03.05. Jähnichen, Eva-Maria  
01454 Radeberg
- 04.05. Doz. Dr. med. habil.  
Schuster, Rolf  
01445 Radebeul
- 05.05. Dr. med. Conti, Regina  
04651 Bad Lausick
- 06.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Schmidt, Heiner  
01723 Wilsdruff
- 22.05. Dr. med. Seydlitz, Lutz  
04155 Leipzig
- 27.05. Dipl.-Med. Hager, Eva  
04289 Leipzig
- 29.05. Dipl.-Med. Fiedler, Christina  
04107 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Neumann, Sibylle  
04329 Leipzig
- 31.05. Dr. med.  
Wagner-Schulz, Hannelore  
09599 Freiberg

### 75 Jahre

- 01.05. Drozd, Gerda  
04179 Leipzig
- 01.05. Dr. med. Ischt, Eva  
08328 Stützengrün
- 02.05. Dr. med.  
Schober, Ekkehard  
04860 Süptitz
- 02.05. Dipl.-Med. Zochert, Gerd  
04105 Leipzig
- 03.05. Dr. med. Takev, Brigitte  
09599 Freiberg
- 04.05. Conrad, Ludwig  
04654 Frohburg
- 04.05. Dr. med. Klemm, Sigrid  
01324 Dresden
- 05.05. Dr. med.  
Kohlschmidt, Bärbel  
02994 Bernsdorf
- 05.05. Dr. med. Vogt, Klaus  
09661 Hainichen
- 05.05. Dr. med. Weise, Roland  
04279 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Pohl, Hannelore  
04275 Leipzig
- 08.05. Prof. Dr. med. habil.  
Schöche, Jochen  
09113 Chemnitz
- 09.05. Dr. med.  
Hempel, Heidemarie  
08134 Wildenfels
- 09.05. Schreiber, Angelika  
04821 Waldsteinberg
- 10.05. Dr. med. Brückner, Daghild  
08228 Rodewisch
- 11.05. Dr. med. Eckel, Frieder  
02763 Bertsdorf
- 11.05. Dr. med. Heß, Gisela  
04416 Markkleeberg
- 11.05. Dr. med. Völkl, Christina  
09232 Hartmannsdorf
- 12.05. Dr. med. Bloßfeld, Volker  
01097 Dresden
- 12.05. Dr. med. Clar, Ursula  
04347 Leipzig
- 12.05. Dr. med. Herrmann, Gert  
01097 Dresden
- 13.05. Dr. med. Stein, Manfred  
04279 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Wetzstein, Eckhard  
01279 Dresden
- 14.05. Dr. med. Rothe, Ute  
01737 Oberhermsdorf
- 14.05. Dr. med. Schubert, Klaus  
01445 Radebeul
- 15.05. Dr. med. Matzig, Barbara  
09128 Chemnitz
- 16.05. Zenker, Brigitte  
01904 Steinigtwolmsdorf

- 17.05. Dr. med.  
Nestler-Wutzig, Brigitte  
04249 Leipzig
- 17.05. Dr. med. Picek, Adolf  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 17.05. Dr. med. Unger, Christl  
01187 Dresden
- 18.05. Dr. med. Oldenburg, Fritz  
01187 Dresden
- 19.05. Dr. med. Friedrich, Monika  
04289 Leipzig
- 19.05. Dr. med. Schindler, Rita  
01833 Stolpen
- 19.05. Trautmann, Ute  
08468 Reichenbach
- 19.05. Dr. med. Zieger, Bernd  
01796 Pirna
- 21.05. Horn, Helga  
09648 Mittweida
- 23.05. Dr. med. Bartzsch, Antje  
01067 Dresden
- 24.05. Dr. med. Diebel, Gerlinde  
04157 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Dimter, Erika  
04451 Panitzsch
- 27.05. Gärtner, Dieter  
02747 Herrnhut
- 28.05. Dr. med. Lempert-  
Tscharaktschiewa, Christa  
09111 Chemnitz
- 29.05. Dr. med. Troll, Klaus  
09122 Chemnitz
- 30.05. Dr. med. Müller, Frank  
09128 Kleinolbersdorf-  
Altenhain
- 31.05. Dr. med.  
Hochmuth, Walter  
08328 Stützengrün
- 31.05. Dr. med. Horn, Annemarie  
01326 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Helbig, Brigitte  
04277 Leipzig
- 01.05. Dr. med. Hengst, Roland  
09577 Braunsdorf
- 01.05. Dr. med. habil.  
Kammel, Horst  
02694 Malschwitz
- 01.05. Sänger, Christa  
01309 Dresden
- 01.05. Dr. med.  
Steinhöfel, Hildegard  
09130 Chemnitz
- 02.05. Dr. med. Schedel, Friedhold  
04509 Delitzsch
- 03.05. Dr. med.  
Schweigert, Christoph  
08280 Aue
- 04.05. Dr. med. Schlünz, Gisela  
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.05. Dr. med. Hartung, Ingrid  
04318 Leipzig
- 07.05. Dr. med.  
Köhler, Hans-Heinrich  
08064 Zwickau
- 10.05. Klosterknecht, Sigrid  
09423 Gelenau
- 10.05. Dr. med.  
Koitschew, Charlotte  
01309 Dresden
- 11.05. Pankow, Ruth  
02977 Hoyerswerda
- 11.05. Dr. med. Schmidt, Christine  
09130 Chemnitz
- 14.05. Dr. med. Müller, Dieter  
08209 Auerbach
- 15.05. Dr. med. Börnig, Christine  
01705 Freital
- 15.05. Dr. med. Bredemeyer, Inge  
01159 Dresden
- 17.05. Prof. Dr. med. habil.  
Haupt, Rolf  
04129 Leipzig
- 17.05. Dr. med. Scholz, Adolf  
01900 Kleinröhrsdorf
- 17.05. Dr. med. Steinert, Sabine  
04779 Wernsdorf
- 18.05. Dr. med. Körner, Lothar  
08112 Wilkau-Haßlau
- 18.05. Prof. Dr. sc. med.  
Müller, Erich  
01069 Dresden
- 20.05. Böhm, Ingrid  
04357 Leipzig
- 20.05. Dr. med. Heinecke, Maria  
01796 Pirna
- 20.05. Weise, Dieter  
09366 Stollberg
- 21.05. Hohlfeld, Ludwig  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 24.05. Dr. med. Hesse, Irmgard  
01277 Dresden
- 25.05. Prof. Dr. med. habil.  
Jaroß, Werner  
01734 Rabenau
- 81 Jahre**
- 02.05. Prof. Dr. sc. med.  
Ulrich, Christa  
04229 Leipzig
- 05.05. Dr. med. Kreutz, Wolfgang  
09128 Chemnitz
- 05.05. Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Ingrid  
04299 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Lorenz, Manfred  
01139 Dresden
- 07.05. Albersmeyer, Klaus  
01099 Dresden
- 07.05. Dr. med. Petzholdt, Walter  
01844 Neustadt
- 08.05. Dr. med. Kade, Renate  
04275 Leipzig
- 08.05. Päßler, Sibylle  
08132 Mülsen
- 09.05. Dr. med. Hettmer, Margrit  
04860 Torgau
- 11.05. Prof. Dr. med. habil.  
Hanitzsch, Renate  
04277 Leipzig
- 12.05. Scott, Eberhard  
01819 Kurort Berggießhübel
- 15.05. Dr. med. Eißmann, Hans-Jörg  
04107 Leipzig
- 16.05. Dr. med. Lonitz, Maria  
08525 Plauen
- 16.05. Dr. med. Seidel, Ute  
09113 Chemnitz
- 17.05. Dr. med. Bartel, Oskar  
01445 Radebeul
- 21.05. Dr. med. Alber, Hans  
04680 Colditz
- 21.05. Dr. med.  
Hillmann, Siegfried  
04736 Waldheim
- 28.05. Dr. med. Engelmann, Vera  
04103 Leipzig
- 30.05. Dr. med. Gessner, Günter  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 31.05. Dr. med. Kowalski, Stephan  
04425 Taucha
- 82 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Ludwig, Martha  
04109 Leipzig
- 03.05. Däumer, Doris  
01326 Dresden
- 06.05. Dr. med. Passehr, Gisela  
02906 Niesky
- 07.05. Dr. med. Goßrau, Gerhard  
01239 Dresden
- 07.05. Dr. sc. med.  
Kollande, Gerold  
04159 Leipzig
- 10.05. Dr. med. Büchner, Helga  
04317 Leipzig
- 12.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Matz, Martin  
01277 Dresden
- 13.05. Dr. med.  
Wolz-Unterdörfer, Ursula  
01259 Dresden
- 14.05. Dr. med. Martsch, Maria  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 17.05. Dr. med. Trülzsch, Arnold  
01309 Dresden

- 20.05. Dr. med. Rotermundt, Fredo  
04107 Leipzig  
22.05. Luther, Monika  
01326 Dresden  
23.05. Henkel, Renate  
01217 Dresden  
24.05. Dr. (YU) Darian, Tomo  
04229 Leipzig  
26.05. Dr. med. Frach, Gudrun  
01324 Dresden  
29.05. Prof. Dr. med. habil.  
Krauß, Anneliese  
04299 Leipzig  
31.05. Dr. med. Oertel, Günter  
08527 Plauen

**83 Jahre**

- 01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud  
02827 Görlitz  
04.05. Prof. Dr. med. habil.  
Hörmann, Dieter  
04103 Leipzig  
04.05. Meichsner, Johanna  
08060 Zwickau  
06.05. Dr. med. Lohnke, Udo  
02977 Hoyerswerda  
09.05. Dr. med. Schneider, Günter  
04289 Leipzig  
11.05. Günnel, Wolfgang  
08428 Langenbernsdorf  
11.05. Dr. med. Kleine-Natrop, Erika  
01326 Dresden  
16.05. Dr. med. Zschornack, Peter  
01920 Crostwitz  
16.05. Dr. med.  
Zwingenberger, Gerta  
09496 Marienberg  
20.05. Dr. med. Mesewinkel, Wiltrud  
02827 Görlitz  
22.05. Dr. med. Holfert, Gisela  
01705 Freital  
31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula  
04157 Leipzig

**84 Jahre**

- 06.05. Dr. med.  
Hermann, Annemarie  
08468 Reichenbach  
09.05. Dr. med. Bloß, Helmut  
01734 Rabenau  
21.05. Dr. med. habil.  
Görisch, Isolde  
04103 Leipzig  
21.05. Dr. med. Steingrüber, Günter  
04103 Leipzig  
23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte  
04416 Markkleeberg  
27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth  
01454 Radeberg

- 30.05. Dr. med.  
Strauzenberg, Gisela  
01731 Kreischa OT Saida

**85 Jahre**

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

**86 Jahre**

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

**87 Jahre**

- 08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard  
01468 Moritzburg/Boxdorf  
08.05. Dr. med. Müller, Peter  
01309 Dresden  
08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand  
04668 Grimma

- 15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda  
01324 Dresden  
16.05. Dr. med. Schröter, Klaus  
09131 Chemnitz

**88 Jahre**

- 31.05. Dr. med. Focker, Karl  
01217 Dresden

**89 Jahre**

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

**90 Jahre**

- 21.05. Prof. Dr. med. habil.  
Schmidt, Helga  
04279 Leipzig

**91 Jahre**

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

**92 Jahre**

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

**94 Jahre**

- 16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred  
04420 Markranstädt

**Ab April 2016:  
Geburtstagsliste erst  
ab 65. Lebensjahr**

Das Redaktionskollegium hat in der Sitzung am 4. Februar 2016 beschlossen, ab der Ausgabe April 2016 mit der namentlichen Nennung der Geburtstage ab dem 65. Lebens-

jahr, derzeitiges Renteneintrittsalter, zu beginnen. Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Sächsischen Landesärztekammer, Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon-Nr.: 0351 8267 161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.

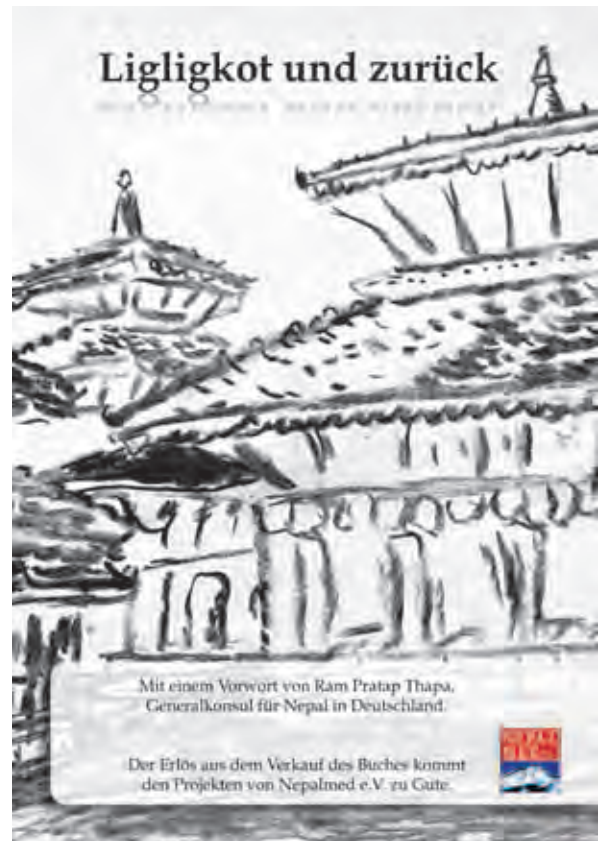
## Liglikot und zurück

Das Buch mit Erfahrungen und Eindrücken zahlreicher deutscher und nepalesischer Helfer entstand in Vorbereitung zum 15. Jahrestag von Nepalmed. Die gemeinnützige Organisation, die nepalesische Initiativen im Gesundheitswesen unterstützt, wurde 2000 von dem Grimmaer Arzt Dr. med. Arne Drews zusammen mit 13 Medizinern und Geisteswissenschaftlern gegründet.

Drews, der auch Herausgeber der vorliegenden Geschichtensammlung ist, verrät in seinem Vorwort, warum es diesen zunächst schwer einordenbaren Band gibt. Es ist ein Buch, das uns Westeuropäern die besonderen Lebens- und Arbeitsbedingungen in einer abgelegenen Bergregion in einem Land wie Nepal näherbringen möchte. Eher ein Alltags- als ein Reiseführer. Authentisch, doch nicht immer ganz ernst gemeint, sammelt er Erlebtes, Erzähltes und Erdachtes mit einem hehren Ziel: uns für dieses Land zu gewinnen.

Im Zentrum der Arbeit von Nepalmed wie auch der meisten Geschichten des vorliegenden Bandes steht das Hospital Ampipal im Himalaya. In dessen Bannkreis spielen sich die vielen kleinen, besonderen Begebenheiten ab, die von dem hohen Enga-

gement der Ärzte und Entwicklungshelfer wie von der Langmut der Einwohner zeugen und die das Buch so interessant machen. Ganz nah kommt die fremde Welt aber in den kleinen, kurzen Erzählungen von den Menschen. Etwa von dem 16-jährigen Hausmädchen Maya, die „erst wenn alle Teller voll sind und niemand mehr einen Nachschlag möchte [...] auf einem kleinen Hocker, in der Ecke der Küche sitzend, mit den Händen isst.“ Oder von Ama, die „im unteren Teil des Hauses wohnt“, die viel singt, lacht, trinkt, deren Kinder sie nicht mehr besuchen, die „mit einem Auge immer die Hühner im Blick hat.“ Den besonderen, medizinischen Erfahrungsgewinn bringt ein schwedischer Arzt im letzten Bericht auf den Punkt: „Die Ärzte sind gut ausgebildet und haben gelernt, ihre Fähigkeiten und ihre Sinne zu nutzen, statt die Ergebnisse komplizierter Messungen durch teure Apparate. Ich bin mir sicher, dass schwedische Medizinstudenten viel lernen würden, wenn sie einige Monate dort verbringen könnten. Ich hoffe, dass wir das in die Tat umsetzen können.“ Das ist es wohl, worum es im Kern geht: etwas „in die Tat umsetzen“. „Liglikot und zurück“ mit einem Vorwort von Ram Pratap Thapa, Gene-



ralkonsul für Nepal in Deutschland, erschien 2015 und kann über Nepalmed e.V. bestellt werden. Der Erlös des Buches kommt den Projekten des Vereins zugute.

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Das Nächste, bitte

**Jürgen Buhr**  
**Arzt in zwei Systemen**  
**Verlag am Park Berlin 2015**  
**135 Seiten, Paperback**  
**ISBN 978-3-945187-18-0**  
**Preis: 14,99 Euro**

Der Autor Jürgen Buhr war 44 Jahre als Arzt vorrangig in Bützow in Mecklenburg tätig, davon 22 Jahre in der DDR und 22 Jahre in der BRD. Seine Erfahrungen hielt er in seinem Buch „Das Nächste, bitte“ fest.

In dem Buch skizziert der heute 72-jährige Kollege stichpunktartig seine Eindrücke und Erfahrungen, die er als Jugendlicher in der DDR systemangepasst zwangsläufig

machen musste, um Medizin studieren zu können sowie seine Berufserfahrungen im System des Sozialismus.

Zwar kam dann 1989/1990 ersehnt, doch unverhofft, die Wende und dem reisefreudigen Mediziner tat sich nun die Welt hinter dem eisernen Vorhang auf. Jetzt kam er auch, nachdem er im Osten Anerkennung als Arzt gefunden hatte, im Westen mit dem Status Arzt als Unternehmer in Berührung. Da Buhr fast genauso lange in der DDR praktizierte, wie nun auch in der BRD, so wurde er mit den Vor- und Nachteilen des Gesundheitswesens in beiden Systemen vertraut und er resümiert: Nicht alles war schlecht im Osten. Daher wundert es nicht, dass er sein Buch



„Das Nächste, bitte“ titelt. Wer allerdings Lösungsansätze für ein besseres und nicht-kommerzialisiertes Gesundheitswesen sucht, wird sie nicht finden. Nach Ansicht des Autors war einiges im Gesundheitssys-

tem der DDR besser geregelt, insbesondere da heutzutage Gesundheit mehr und mehr zur Ware geworden ist. Die vorliegenden 135 Seiten lassen sich flüssig und entspannt lesen und geben einen Einblick in das Zeit-

und Sittenbild der letzten 60 Jahre. Daher kann das Buch einem breiten Leserkreis empfohlen werden.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Kohren-Sahlis

## Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949 – 1989



**2015, limitierte Auflage,  
223 Seiten, zahlr. Fotos,  
geb. Format 15 x 21 cm**

**Hrsg. Sächsische  
Landesärztekammer  
ISBN 978-3-00-048031-7  
Schutzgebühr 8,00 EUR  
(nicht im Handel erhältlich)  
Bestellung per E-Mail:  
presse@slaek.de oder  
Fax: 0351 8267-162**

### Leserstimmen

Einige Kapitel des Buches haben mich in meine Kindheit und Jugendzeit versetzt. Die anfordernde Arbeit in den beschriebenen Jahren habe ich an meinem Vater, der 40 Jahre lang „Praktischer Arzt und Geburtshelfer“ war, miterlebt. Meine Frau und ich versuchten auch, 40 Jahre in der Nachfolge als niedergelassene „Allgemeinärzte“ meinem Vater nachzueifern, der für uns ein Vorbild an Fleiß und Caritas war.

Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau  
Ehemaliger Alterspräsident der Sächsischen  
Landesärztekammer

Ich habe das Buch mit großem Interesse gelesen. Es ist wichtig, diese Zeitzeugnisse für die späteren Ärztegenerationen zu bewahren und weiterzugeben und so die Erinnerung an Vergangenes wach zu halten.

Dr. jur. Verena Diefenbach, Radebeul  
Ehemalige Hauptgeschäftsführerin der  
Sächsischen Landesärztekammer

Ich finde, dieses Buch ist ein erstklassiges Stück Zeitgeschichte. Es hat verdient, bekannt zu werden. Ich bin sicher, es wird bei vielen Sachsen (und nicht nur hier) auf großes Interesse stoßen. Meine Glückwünsche zu dieser gelungenen Publikation!

Michael Lohnherr, Dresden  
Ehemaliger Geschäftsführer der Sächsischen  
Dampfschiffahrt

Hinweis: Das Buch kann bei der Sächsischen Landesärztekammer, Telefon 0351 8267161, per E-Mail redaktion@slaek.de, bestellt werden. Es ist nicht im Buchhandel erhältlich.

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzert – Festsaal

Sonntag, 8. Mai 2016

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Endspurt zum Bundeswettbewerb“

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 5. Juni 2016

11.00 Uhr – Junge Matinee

Violine plus – „Weiss(t) (Mo)zart Du von Bach?“

Klassische und romantische Werke gefühlvoll bis virtuos von Beethoven,

Mozart, Wieniawsky, Weiss, Brahms u.a. dargeboten von Studierenden der Klasse Prof. Annette Unger der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Am Klavier: Dariya Hryniv

### Lunchbuffet

Für das Lunchbuffet ist Reservierung unter der Tel.-Nr. 0351 8267 110 erforderlich.

### Programmorschau

25. September 2016, 11.00 Uhr  
Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen

### Ausstellungen im Foyer und

#### 4. Etage

Katrin Feist

Vom satten Gelb der Fahrbahnmarkierung – Malerei  
bis 24. April 2016

Katharina Lewonig

Hinkeln – Malerei und Zeichnung

28. April 2016 bis 10. Juli 2016

Vernissage: Donnerstag,

28. April 2016, 19.30 Uhr

Einführung: Susanne Greinke, Kunstwissenschaftlerin, Hochschule für Bildende Künste Dresden

Rita Geißler

Im Licht – Malerei, Zeichnung, Grafik

28. Juli bis 23. Oktober 2016

Vernissage: Donnerstag,

28. Juli 2016, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Kulturjournalistin, Dresden

## Dr. Carl Emil Willmar Schwabe

15. 6. 1839 – 8. 1. 1917

### Bedeutender Pionier der homöopathischen und phytopharmakologischen Pharmazie

Als junge Frau litt meine Mutter unter einer schlecht heilenden Gesichtswunde. Nach Einnahme „einer Medizin von Dr. Schwabe“ schloss sich die Wunde. Nach diesem Erfolg bestellte die Familie bei Schwabe häufiger Arzneien. Auch Kara Ben Nemsí führt in Karl Mays „Durch die Wüste“ eine homöopathische Reiseapotheke von Willmar Schwabe mit, aus der er Mittel an Kranke großzügig verteilt. Bis zum heutigen Tag werden Therapeutika aus der Schwabeschen Produktion gerne verwendet.

Die Familie von Willmar Schwabe stammt aus Auerbach im Vogtland, einer Stadt mit heute ca. 19.000, 1875 etwa 5.300 Einwohnern. Vater Carl Robert Schwabe besaß in der früheren Reichsstraße Nr. 2, heute Nikolaistraße 18, eine Apotheke. Hier wurde Willmar Schwabe als 2. Kind am 15.6.1839 geboren. In diesem anmutigen Städtchen verbrachte der bekannte Apotheker und Schöpfer der homöopathischen Arzneimittelkunde die ersten Lebensjahre. Nach dem Schulbesuch in Auerbach, Plauen und Dresden absolvierte Willmar Schwabe eine Apothekerlehre in der Marienapotheke Dresden und danach in Bielefeld. Es folgte 1861 – 1863 ein Pharmaziestudium in Leipzig. Nach dem pharmazeutischen Staatsexamen mit dem Prädikat vorzüglich in Leipzig promovierte Schwabe 1863 hier über das Cinchonin. Anschließend übernahm er die Verwaltung der „Homöopathischen Centralapotheke von Täschner & Co.“ in Leipzig. Während seines Studiums wurde Schwabe zu einem überzeugten Anhänger der Homöopathie und der Lehren Samuel Hahnemanns (1755 – 1843). 1865 genehmigte ihm der Stadtrat die Gründung eines eigenen pharmazeutischen homöopathischen Unternehmens, sodass Willmar Schwabe

1866 mit 26 Jahren, in Leipzig die „Homöopathische Centralofficin Dr. Willmar Schwabe“ gründete. Die hier fabrikmäßig auf pflanzlicher Grundlage hergestellten homöopathischen Urtinkturen als Grundlage von Arzneien wurden an andere Apotheken und ins Ausland verkauft. In einem eigenen Institut wurden Aufbereitung und Herstellungskontrolle der pflanzlichen Produkte für die Homöopathie erforscht und standardisiert. Bei der fabrikmäßigen Herstellung von Homöopathika fanden die Originalvorschriften von Hahnemann Anwendung. Hohe Qualität war ein wesentlicher Teil von Schwabes Erfolg.

„Ich möchte jedes Arzneimittel auf Echtheit und Reinheit untersuchen und Normalwerte an wirksamen und charakteristischen Stoffen aufstellen“ äußert Dr. Schwabe 1866. Als erstes phytopharmazeutisches Produkt erschien 1878 eine Hamamelissalbe auf dem Markt. Gleichzeitig eröffnete der rührige Unternehmer einen eigenen Verlag mit Druckerei in dem vorwiegend homöopathische Literatur, medizinische Fachliteratur, Gesundheitsratgeber und die „Allgemeine homöopathische Zeitung“ (1910 – 1942) verlegt wurden. 1872 erschien in diesem Verlag das von Schwabe verfasste homöopathische Standardwerk „Pharmakopoea Homöopathika Polyglotta“ das in mehrere Sprachen übersetzt wurde und genaueste Anleitungen zur Herstellung homöopathischer Arzneimittel enthält. 1934 erklärte man dieses Werk zum offiziellen homöopathischen Arzneibuch (HAB).

Dr. W. Schwabe führte in Leipzig zusätzlich ein behördlich genehmigtes „Grosso Importgeschäft homöopathischer Fabrikate“, aus dem später die „Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co.“ und die „Homöopathische Union“ hervorgingen. Zielstrebig eröffnete Dr. Schwabe 1871 in Leipzig die „Homöopathische Zentralapotheke zum Samuel Hahnemann“ und erwarb 1878 die homöopathische Centralapotheke am Thomaskirchhof, die fortan unter seinem Namen geführt wurde. Das Unternehmen Dr. Schwabe wuchs rasant



Dr. Carl Emil Willmar Schwabe

© Wikipedia

und erkämpfte sich ein fast uneingeschränktes homöopathisches Monopol mit zahlreichen Niederlassungen in Europa. Dr. Willmar Schwabe hatte eine hilfsbereite Seele, die sich anrühren ließ von dem Leid und der Hilfsbedürftigkeit anderer Menschen. Große und kompakte Menschen wie Dr. Schwabe sind erfahrungsgemäß oft sensibel und mitfühlend. Als Mitbegründer und von 1892 bis 1904 als Vorsitzender der „Gemeinsamen Ortskrankenkassen für Leipzig und Umgebung“ und als Mitglied des Leipziger Stadtverordnetenkollegiums trat der zum Geheimrat ernannte Schwabe für die Kranken und Schwachen ein und förderte das allgemeine Wohl. Diesbezüglich bekleidete er von 1890 – 1895 außerdem das Amt eines unbesoldeten Stadtrates von Leipzig. Dr. Willmar Schwabe ließ 1871 in Leipzig eine private Poliklinik bauen, in der Kranke behandelt und auch Ärzte homöopathisch ausgebildet wurden, eine Investition in die Zukunft. 1889 kaufte er im Westerzgebirge die Güter Gleesberg bei Schwarzenberg und Forstel bei Raschau und 1897 Bad Augustusbad bei Radeberg, um diese als Genesungsstationen für Kranke zur Verfügung zu stellen. 1904 wurden diese Genesungseinrichtungen als „Dr. Wilhelm Schwabeschen Heimstättenstiftung“ der Ortskrankenkasse übergeben. Die beiden Güter sind heute

Pflegeheime, die Kureinrichtung Augustusbad ist verfallen. Nach dem Tod des Unternehmensgründers Dr. Willmar Schwabe führte sein Sohn, Hofrat und Apotheker Willmar Schwabe, das Unternehmen bis 1935. Danach übernahmen die Brüder Willmar Schwabe, Apotheker und Arzt, und Wolfgang Schwabe, Apotheker und Dipl.-Kaufmann, das Unternehmen und bauten es weiter aus. Man entwickelte nun verstärkt pflanzliche Arzneimittel. 1946 siedelte die Familie Schwabe in den Westteil Deutschlands über und baute ein neues Werk in Karlsruhe Durlach auf. Vertrieb und Forschung wurden neu organisiert. Durch die Gründung der Homöopathie-Union 1961 teilte sich das Unternehmen in die Sparten Phytopharmaka und Homöopathie, wobei sich die Firma

Schwabe jetzt überwiegend auf die Herstellung von Phytopharmaka konzentrierte. Seit 2003 werden auch Nahrungsergänzungsmittel gefertigt. 1976 übernahm Klaus Peter Schwabe, Diplomchemiker, und 1977 Wolf Dietrich Schwabe die geschäftsführende Unternehmensleitung.

Die ehemalige Betriebsstätte in Leipzig Paunsdorf wurde 1952 nach Verstaatlichung zum VEB Homöopharm Dr. Wilhelm Schwabe, der 1957 zum VEB Arzneimittelwerk Leipzig (LAW) umgewandelt wurde. Dieses Werk wurde ab 1970 ein eigenständiger Kombinatbetrieb innerhalb des VEB Arzneimittelwerkes Dresden. Hieraus entstand 1990 die Leipziger Arzneimittel GmbH, die wiederum im Jahre 2000 durch die Riemser Arzneimittel AG Greifswald (Insel Riems) über-

nommen wurde. In der am 31.12.1996 geschlossenen Homöopathischen Central-Apotheke am Thomas-Kirchhof in Leipzig öffnete am 17.7.1999 das Sächsische Apothekenmuseum. Dr. Willmar Schwabe war eine bedeutende Persönlichkeit Sachsens, die noch heute anerkannte Qualitätsstandards in der industriellen Herstellung von Homöopathika einführte und außerdem als erfolgreicher Buchautor und Verleger wirkte. In den 1990er-Jahren wurde Dr. Willmar Schwabe mehrfach in der Tagespresse geehrt, und seine Vita wurde in die Bücher „Berühmte Vogtländer“ und „Hundert sächsische Köpfe“ aufgenommen. Er führte die Homöopathie und die gesamte Pharmazie ein ganzes Stück voran.

Dr. med. Jürgen Fege, Berthelsdorf

## Katharina Lewonig Hinkeln – Malerei

Für ihre farblich abgewogene, zugleich lebhaft Malerei schöpft die Künstlerin aus der sie umgebenden

äußeren Welt, aber auch ihrer Befindlichkeit und ihren Erinnerungen. Ihre Arbeiten – Malerei wie Grafik – zeigen eine abstrahierte Formensprache, die den Betrachter zugleich zu vielfältigen Assoziationen anregt. In diesen Kontext ordnet sich auch die kommende Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer ein, die den Titel „Hinkeln“ trägt. Wer die Bilder betrachtet, dem werden Viereckanordnungen auffallen, die an Spiele aus der Kinderzeit erinnern. Das, was hier „Hinkeln“ heißt – so sagte man wohl in der Hochbörde, wo Katharina Lewonig (Jahrgang 1954) aufwuchs –, nennt man hierzulande „Huppekästchen“. Die Adaption dieser einst auf die Straße respektive den Fußweg mit Kreide gezeichneten Figuration, in die man punktgenau hüpfen musste, gibt nun in unterschiedlichen Farbnuancen und Variationen, einzeln oder in Überlagerungen einer Bildreihe Lewonigs Struktur.

Ihr Rüstzeug erhielt die Künstlerin an der Hochschule für Bildende Künste Dresden, wo sie zunächst Theatermalerei (1974 – 1977) und später Bühnen- und Kostümbild studierte (1981 – 1986). In den darauf folgenden Jahren war sie freiberuflich als Bühnenbildnerin, ebenso aber als

Malerin tätig. Sie erhielt Aufträge von verschiedenen Theatern, darunter in Dresden, und wirkte zudem an baugebundenen Projekten. Nach 1989 arbeitete sie mit verschiedenen freien Theaterinitiativen wie dem Dresdner Stadt-Theater Fassungslos zusammen und schuf für Theater-treffen, etwa in Greiz und Gera, Installationen im Freiraum. Seit dem Jahr 2000 erhielt sie wiederholt Lehraufträge, darunter an der Hochschule für Bildende Künste Dresden, wo sie seit 2004 als Künstlerische Mitarbeiterin wirkt. Katharina Lewonig erhielt verschiedene Arbeitsstipendien, etwa für Grafik, darunter an der Litografika Akademin Tidaholm (Schweden), sowie 1999 den Förderpreis des Landes Thüringen. Ihre Arbeiten waren im In- und Ausland zu sehen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



aus der Serie „Hinkelbilder“ – #02 2015,  
Acryl auf Leinwand, 90 x 110

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 28. April bis 10. Juli 2016, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 28. April 2016, 19.30 Uhr**