

# Ärzteblatt Sachsen

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

gegründet 1990



**Teamwork – wie Alt und Jung sich ergänzen**  
**Themenheft Generationen**

## Inhalt



Gelingendes Altern  
Seite 9



Arbeitszeitmodelle –  
ein Wunschkonzert?  
Seite 16



Das komplexe Bild  
der Altersdepression  
Seite 38

<b>EDITORIAL</b>	• Generationen – Wie Jung und Alt sich ergänzen . . . . .	4
<b>GENERATIONEN PHILOSOPHIE UND ETHIK</b>	• Der lange Atem des Glücks . . . . .	6
	• Gelingendes Altern . . . . .	9
	• Das Arztbild der Zukunft . . . . .	13
<b>GENERATIONEN IN MEDIZINISCHEN ARBEITSWELTEN</b>	• Das Miteinander beginnt mit Gemeinsamkeiten . . . . .	15
	• Arbeitszeitmodelle – ein Wunschkonzert? . . . . .	16
	• Der Mensch im Mittelpunkt einer sich wandelnden Arbeitskultur in der Medizin . . . . .	20
	• Der „Generationenkonflikt“ in der Ärzteschaft . . . . .	24
	• Die jungen Alten . . . . .	26
	• Drei Generationen – eine Hausarztpraxis . . . . .	28
	• Bericht aus einem langen Arztleben . . . . .	29
	• Der Arztberuf im Spiegel historischer Epochen . . . . .	32
<b>GENERATIONEN IM INTERVIEW</b>	• Katja Baumann . . . . .	35
	• Dr. med. Anne-Sophie Hajduk . . . . .	36
	• Dr. med. Winfried Rieger . . . . .	37
<b>GENERATIONEN MEDIZIN</b>	• Das komplexe Bild der Altersdepression . . . . .	38
	• Ärzte als Patienten . . . . .	41
<b>GENERATIONEN IN DER KUNST</b>	• Greis und Kind in Porträts des Malers Max Langer . . . . .	42
<b>KAMMERWAHL 2023</b>	• Kammerwahl 2023 – Kandidieren Sie jetzt! . . . . .	45
<b>BERUFSPOLITIK</b>	• Ärzte für Sachsen: On Tour in Nordsachsen . . . . .	47
<b>AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN</b>	• Einladung Kreisärztekammer Dresden (Stadt) . . . . .	48
	• Einladung Kreisärztekammer Erzgebirgskreis . . . . .	48
<b>MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE</b>	• Konzerte und Ausstellungen . . . . .	48
<b>MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE</b>	• Pflicht zur Freistellung für den Unterricht an der Berufsschule . . . . .	49
<b>MITTEILUNGEN DER KVS</b>	• Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen . . . . .	50
<b>PERSONALIA</b>	• Bestandene Facharztprüfungen . . . . .	53
	• Jubilare im Dezember 2022 . . . . .	54
<b>IMPRESSUM</b>	. . . . .	52
<b>EINHEFTER</b>	• Fortbildung in Sachsen – Januar 2023	

# Generationen – Wie Jung und Alt sich ergänzen

Liebe Leserinnen und Leser,

vor etlichen Monaten, mitten in Coronazeiten, noch vor Ausbruch des Ukrainekrieges, entschied sich die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“, ein Themenheft „Generationen“ aufzulegen. Unterstützt wurde die Idee und Umsetzung von Dr. med. Ute Göbel, Vorsitzende der Kommission Senioren. Die Bedeutung des Generationenzusammenhalts und dessen Verlustes war gerade in den Phasen von Lockdown, Isolation, familiärer Trennung schmerzhaft sichtbar geworden.

Bereits die Definition des Begriffs „Generation“ hat viele Facetten: biologische, soziologische, genealogische, metaphorische. In diesem Heft konzentrieren wir uns auf ethisch-philosophische Aspekte, auf ärztliche Generationen und deren Miteinander. Wir möchten die gesellschaftliche Prägung unterschiedlicher aufeinanderfolgender (ärztlicher) Alterskohorten darstellen und hoffen, damit den Diskurs innerhalb unserer Kammer und unserer Leserschaft weiterhin anzuregen.

Ganz persönlich habe ich inzwischen nun mindestens vier ärztliche Generationen kennengelernt. Bereits als kleines Kind konnte ich meine Mutter bei ihrer (geliebten) Arbeit beobachten und habe noch ihre Klagen über die mangelhafte Qualität der Arztbriefe der Assistenzärzte von damals (leise lächelnd) im Ohr, wenn ich mich heute als Hausärztin durch Entlassmanagementspapierwust kämpfe – mit Glück ist sogar ein guter Entlassungsbrief dabei. Als junge Weiterbildungsassistentin hatte ich begonnen, im Seniorenausschuss der Dresdner Kreisärztekammer zu arbeiten. Ein Vierteljahrhundert später bin ich immer noch dabei und beobachte mit Interesse, dass es mittlerweile schon mindestens zwei Generationen bei unseren ärztlichen Senioren gibt und auch hier den einen oder anderen kleinen Generationenkonflikt. Und als wirklich bereichernd finde ich, meine nächste Generation in unseren wunderschönen Beruf einsteigen und viele ihrer Vertreterinnen und Vertreter ähnlich kämpferisch wie wir gegen Fehlentwicklungen in der Medizin einzutreten zu sehen. Was bei uns „Ärztenschwemme“, AiP für ein Gehalt auf Sozialhilfeniveau und Niederlassungsstopp waren, sind heute Ärztemangel, überbordende Dokumentationsbürokratie



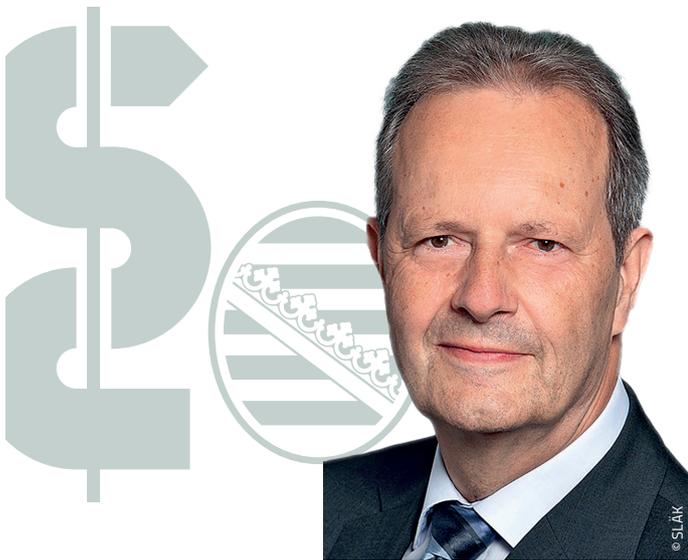
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich

und Fehlbelastung. Hier können wir letztlich nur gewinnen, wenn wir gemeinsam, generationsübergreifend für unsere Patientinnen und Patienten und uns selbst einsteigen – und unsere generationsspezifischen Erfahrungen teilen. Erkenntnis ist reflektierte Erfahrung!

Generationenkonflikte sind beschrieben, seitdem die Menschheit schriftliche Zeugnisse hinterlassen hat. Nicht umsonst gehören die babylonischen Klagen und Sokrates' Schimpfen über die junge Generation zu den immer wieder gern aktuell verwendeten Zitierstandards. Allein diese Tatsache sollte uns bei Auseinandersetzungen mit anderen Generationen eine gewisse Gelassenheit verleihen. Kritikloser Ahnenkult und Jugendwahn sind pathologische Auswüchse. Was uns allen gut tut, ist Akzeptanz, was wir einander entgegenbringen sollten, ist neben Vertrauen Respekt und Toleranz. Und womit wir die „wichtigen!“ Konflikte vermutlich am besten bewältigen, ist Offenheit auf allen Seiten und Sinn für Humor.

Höchstwahrscheinlich werden Sie beim Blättern sehr schnell konstatieren: „Aber dieses wichtige Thema fehlt ja völlig!“ Zum Beispiel „Kinder“, „Zukunft“, „Klima, Umwelt“! Das stimmt. Auch das umfangreichste Sonderheft lässt nur begrenzt Platz. Daher sei an dieser Stelle schon angekündigt: die nächsten Themenhefte werden folgen. Bis dahin hoffen wir, dass Sie dieses Ärzteblatt zum interessierten Lesen animiert, zum Nachdenken fordert, und wir freuen uns auf Ihre Reaktionen, Kritik, Anregungen – und sehr gern neue Texte!

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ will mit dem Mehrgenerationenheft Verbindungen und Besonderheiten der Altersgruppen sächsischer Ärzte in fachlicher Verantwortlichkeit bei Versorgung, Lehre und Forschung in Kollegialität und Solidarität aufzeigen.

Wenngleich die materiellen Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem in Deutschland vergleichsweise noch ideal sind, so stoßen sie durch vielfältige Einflüsse doch an Grenzen. Staat und Krankenkassen reagieren mit reglementierenden Gesetzen und Verordnungen, die die ärztliche Arbeit in Freiberuflichkeit behindern.

Dieses Spannungsfeld zwischen den Ärzten, der Gesellschaft und Politik ist eine Problematik, die alle Ärztegenerationen betrifft. Unsere ärztliche Arbeit bewegt sich gegenwärtig und in Zukunft zwischen fachlichen Ansprüchen, ökonomischen Möglichkeiten, kritischer Jurisprudenz und leider immer noch überbordender Bürokratie.

In diesem Heft werden die altersspezifischen Prägungen, Sichtweisen und Lebenseinstellungen von Ärzten verschiedener Generationen zur Arbeits- und Lebensgestaltung in der Patientenversorgung dargestellt.

Angesichts rasanter dynamischer Entwicklungen in moderner Medizintechnik und Kommunikation ergeben sich immer neue Handlungsfelder für Ärzte. Dabei ist ein Wandel des Arztbildes in Abhängigkeit von sozialen Normen, Erwartungen und moralischen Wertvorstellungen in der Gesellschaft zu beobachten. Hierzu gehören neue Erfahrungen, Metho-

den und Ansprüche in Betreuung, Lehre und Forschung, die nur in einem gedeihlichen Miteinander funktionieren. Bei der immer schnelleren Erfüllung anstehender Aufgaben treten aber auch zwischen den Generationen Konflikte auf, die es positiv aufzulösen gilt, da wir als ärztliche Kolleginnen und Kollegen untereinander im beruflichen Alltag eng miteinander verbunden sind.

Orientierung geben unter anderem das ärztliche Gelöbnis und die Weiterbildungsordnung, die ein gedeihliches Miteinander von Jung und Alt und Alt und Jung beinhalten. In der Patientenbetreuung und -versorgung werden tradierte Arzttypen, zum Beispiel das paternalistische durch das partnerschaftliche Modell, oder auch die Einzelpraxis durch MVZ oder Gemeinschaftspraxis abgelöst. In der neuen Rollenerwartung werden vom Arzt heute neben seiner aktuellen Fachexpertise ein besonderes Organisationstalent, Sinn für wirtschaftliches Handeln, ethisches Kostenbewusstsein ohne das Ökonomismus seine Tätigkeit bestimmt, erwartet. Auch als Gesundheitsmanager und Dienstleister müssen Ärzte ihre Leistungen strikt am Wirtschaftlichkeitsgebot ausrichten und ihre Indikationsstellungen priorisieren um Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden.

Dem drohenden Mangel an ärztlicher Arbeitskraft wirkt die Sächsische Landesärztekammer mit dem erfolgreichen Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen mit der jährlichen Finanzierung von 20 Studienplätzen in Ungarn entgegen.

Neue gesundheitliche Herausforderungen einer überalterten langlebigen Bevölkerung ergeben sich bei degenerativen Erkrankungen (Alzheimer, Stoffwechsel- und Skelettkrankheiten, psychosomatische Störungen) sowie einer Multimorbidität, die oft ein multiprofessionelles Arbeiten im Team erforderlich macht.

Um auf der Berufsprestige-Skala der deutschen Bevölkerung auch weiterhin einen vorderen Platz einnehmen zu können, bedarf es bei allem medizintechnologischen Fortschritt der unabdingbaren empathisch ärztlichen Zuwendung mit den direkten klinischen Untersuchungsmethoden von Anamnese und klinischer Staturerhebung beim leidenden Menschen, dem Patienten, denn – es darf die Kunst des Heilens nicht verloren gehen\*! ■

\*(modifiziert nach Bernard Lown).

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident

# Der lange Atem des Glücks

J. Römelt

Wünschen Sie sich ein langes Leben? Ja, es ist nicht schön, wenn junge Menschen sterben müssen. Und auch ich möchte nicht so früh sterben, sondern das Leben auskosten dürfen. Die Chance haben, mich zu entfalten und einen Lebensbogen zu erfahren, der so lange reicht, dass ich lebendig, glücklich, erfüllt sein kann vom Leben.

Möchten Sie alt werden? Wenn die Frage so gestellt ist, dann fällt die Antwort schwerer. Was erwartet uns als alte Menschen? Schmerzen? Behinderungen? Langeweile? Einsamkeit?

Möchten Sie sehr alt werden? Auf diese Frage werden wohl die meisten heute mit Nein antworten. Sie denken an dauerndes Kranksein, vielleicht an den Rollstuhl, an die große Abhängigkeit, die damit verbunden ist. Den Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung. Und doch gehören die Phasen von Krankheit, Alter und Behinderung zum Leben dazu, ja, man möchte sagen, gerade zum modernen Leben mit seinen vielfältigen medizinischen Hilfen. Mit dem Angebot von Intensivmedizin und Rehabilitation. Mit den Medikamenten, die uns fit halten und schützen. Mit den Operationen, die uns heilen und das Leben verlängern. Wir erfahren diesen Reichtum der Medizin und der Lebenshilfe in einer Weise, wie es die Generationen vor uns nicht zur Verfügung hatten.

Manch einer sehnt sich trotz alledem danach, endlich sterben zu können, wenn am Ende das Leben eben zur Last zu werden droht, oder das Alleinsein oder der Verlust gesundheitlicher „Lebensqualität“ einfach zu drückend sind.

Man kann die dahinterstehende Sehnsucht verstehen: Durch die Möglichkei-

ten vielfältiger medizinischer Hilfen hat sich die Altersphase verlängert und sind die Optionen für Krankheiten reichhaltiger geworden. Es ist schon paradox, dass auf der einen Seite die Chancen der Gestaltung gewachsen sind. Und so ist vieles menschlicher geworden. Schmerz und Leid werden gemildert.

---

**Durch die Möglichkeiten vielfältiger medizinischer Hilfen hat sich die Altersphase verlängert und sind die Optionen für Krankheiten reichhaltiger geworden.**

---

Auf der anderen Seite aber verlangt die Auseinandersetzung mit Krankheit und Behinderung, mit dem Alter und schließlich mit dem Sterben eine wesentlich längere und existenziell herausfordernde, persönlich reflektierte Bewältigung. Hier liegt eine der größten Anfragen heutiger Suche nach Menschlichkeit in der persönlichen und gesellschaftlichen Lebensführung.

Nicht wenige erhoffen sich heute sehr viel von der neuen Rechtsgestaltung der Sterbehilfe. Das Sterben zu erleichtern, der Schutz vor unerträglichen Schmerzen oder sich lang hinziehenden Prozessen in Krankheit und Alter, der Wunsch am Ende des Lebens ruhig einschlafen zu können – all das motiviert die großen Hoffnungen, die sich mit dem „selbstbestimmten Sterben“ verbinden.

Ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum assistierten Suizid in diesem Sinne einfach die Befreiung von alten Tabus? Der notwendige Schutz

vor unzumutbaren Härten, die paradoxerweise gerade durch die Möglichkeiten der modernen Medizin entstanden ist?

Die Sächsische Landesärztekammer teilt in dieser Situation das Anliegen, das Sterben menschlich zu gestalten. Ja, vielleicht ist das Bedürfnis nach einem menschlichen Sterben zusammen mit der Sehnsucht nach Frieden wohl der entscheidendste Ort heutiger Suche nach Humanisierung moderner Kultur.

## Selbstachtung auch im Leid

Aber das Glück hat einen langen Atem: Die Selbstachtung und Selbstwertschätzung auch im Leid, die vernünftige Balance zwischen Ertragen von Schmerzen und Vermeidung ihrer zerstörerischen Härte, die gemeinsame gesellschaftliche Kultur der Solidarität mit den Leidenden und der Überwindung der Lasten des Leids kennen vielfältige Ressourcen der Menschlichkeit.

Es geht darum, Wertschätzung und Achtung für sich selbst gerade auch im Leid und in den belasteten Situationen des Lebens zugänglich zu machen. Nicht vorschnell urteilen, zu unterscheiden, Vertrauen zu haben, dass es Möglichkeiten der Suche nach Leben auch unter Belastung gibt. Es geht nicht um falsche Geduld in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Leid, aber darum, die Kranken und Leidenden nicht an den Rand der Gesellschaft zu drängen.

Es gibt ein Glück, das sich schenkt, wenn ich erleben darf, dass auch das belastete Leben mein Vertrauen, meine Wertschätzung für mich selbst, die Wertschätzung durch andere, Freundschaft und Liebe nicht zerstören kann. Sicher, man darf es nicht übertreiben.

Ich muss Schmerzen nicht bis zur Unerträglichkeit aushalten. Ich darf hoffen, sterben zu dürfen. Anderen den Abschluss ihres Lebens von Herzen gönnen, damit sie sich nicht quälen müssen. Aber muss man dafür töten? Ist eine ausgestreckte Hand nicht besser? Auf alle Fälle Vertrauen ...

Es ist bedrückend, wenn das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen den jungen und alten Menschen in unserer Gesellschaft eine fraglose Sicherheit verliert, die auf die Solidarität derer hoffen darf, die zur Sorge um Menschen in gesundheitlichen Situationen aufgerufen sind. Eine solche Entsolidarisierung zwischen den Generati-

onen darf nicht das Ergebnis der vielfältigen Optionen, welche die moderne Medizin und das gegenwärtige Leben bereithält, sein!

Es ist klar: Leid, Schmerz und der Tod umgibt eine undurchdringliche Dunkelheit. Sie bleiben als oft schrecklicher Widerspruch zum Leben, als unfassbare Geste der Verneinung, als zermürbende Verletzung eine nicht selten kaum zu ertragende Belastung. Und doch macht auch der Widerstand gegen ihre unmenschliche, ja totalitäre Gewalt einen Sinn, weil das Vertrauen in die Solidarität der Gesellschaft die Dunkelheit mit dem Samenkorn der Geduld erfüllen können, damit die

Gesellschaft den Kranken und Ausgegrenzten, den verletzbaren Menschen am Rande zugewandt bleibt.

### Respekt vor den Gefühlen und Wünschen Kranker und Sterbender

Vielleicht kann man es so ausdrücken: Diejenigen, welche die Kranken und Sterbenden versorgen und ihnen an die Seite gestellt sind, stehen vor der Verpflichtung, alles zu tun, damit von ihnen bleibende Wertschätzung auch wirklich erfahren werden kann, ihre Selbstachtung nicht zerstört wird. Es geht um das tiefe Zutrauen, dass die Gesellschaft jeden Einzelnen nie, das heißt in keiner Phase des Lebens, „im Stich lässt“.

Eine solche Deutung schließt ein, dass in der Begegnung mit Kranken und Sterbenden, die über ihren Tod nachdenken, die Begleitung in tiefem Respekt vor den Gefühlen und Wünschen der Betroffenen zu gestalten ist!

### Die Begleitung der Entscheidungen

Einer solchen Verständnisweise geht es darum, Patienten in den Entscheidungen am Lebensende zu unterstützen: Dass sie oft ganz bewusst zwischen therapeutischen Anstrengungen und dem Verzicht auf aussichtslose Behandlungen wählen müssen und auch dürfen. Gleichzeitig geht es auch um die Sorge, Kranke und Sterbende davor zu schützen, aus Gefühlen der Nutzlosigkeit und Verzweiflung heraus zu früh aufzugeben oder sogar zu meinen, die Selbsttötung wählen zu müssen. Eine Tötungshandlung ist mit ihrer Zerstörung von Leben nur schwer psychisch und spirituell, ja menschlich integrierbar. Ohne die psychologischen Einsichten im Detail aufzuführen zu können (präsuizidales Syndrom, Autoaggression, Bilanz) belastet eine (Selbst-)Tötung den Einzelnen und sein unmittelbares menschliches Umfeld schwer. Das ist der Grund, warum man differenzieren muss.

### Widerstand gegen die gesellschaftliche Ausgrenzung der alten und kranken Menschen und der Sterbenden

Vor allem aber geht es darum, Widerstand gegen die gesellschaftliche Ausgrenzung der alten und kranken Menschen, ja der Sterbenden zu leisten: Über das Bemühen um die Unterstützung Kranker und Sterbender, ja der Menschen mit Sterbewunsch hinaus lässt sich das Anliegen auf die Formel bringen: Unfähigkeit, dem Leid irgendwie einen Sinn zu geben, kann zur Intoleranz gegenüber den Leidenden werden. Schon jetzt bringen Eltern immer seltener die Kraft auf, Kinder mit prä-

natal erhobenen Befunden zur Anlage schwerer Behinderung in das Leben zu begleiten (90 Prozent der Kinder, bei denen vorgeburtlich eine Veranlagung zum Down-Syndrom entdeckt wird, werden abgetrieben). Und die Altenheime berichten zum Beispiel von der zunehmenden Isolation ihrer Bewohner, weil sich Angehörige oder Freunde überfordert fühlen, das Leid und den körperlichen, ja psychischen Verfall mitanzusehen.

Die Berichte, welche die niederländischen Kontrollkommissionen für die Sterbehilfe regelmäßig veröffentlichen, zeigen eine Ambivalenz: Die „liberale Euthanasie“ standardisiert die (Selbst-)Tötung in einer ähnlichen Weise, wie die pränatale Diagnostik die Abtreibung genetisch belasteter Kinder. Es sind die 70- bis 80-Jährigen, die nach dieser Statistik vor allem die Tötung suchen. Und es sind bestimmte Krankheitsformen, die ein solches Handeln vor allem wählen lassen: Menschen mit unheilbaren Krebserkrankungen und neurologischen Erkrankungen [1]. Spiegelt sich darin eine Mutlosigkeit, mit bestimmten Formen des Krankseins und des Leides zurechtzukommen zu können, schon in einer Art vorzeitigen Suche nach Schutz und Sicherheit, die mit dem selbst gewählten Tod verbunden werden? Das könnte Menschen in den entsprechenden Situationen unter Druck setzen, die Möglichkeit zur Selbsttötung zu verlangen.

Ja, diese Entwicklung wirft die dringende Frage auf: Wird die Gesellschaft die Kraft bewahren, Menschen in Krankheit und Leid nicht auszugrenzen? Ihnen besonders den geduldigen Weg in den Tod mit allen Mitteln und in bedingungsloser Unterstützung zu erleichtern, ohne sie einfach abzuschieben oder gar ihren Ausweg in den Suizid zu akzeptieren?

Es ist gut, entschieden auf das menschliche Potenzial zu vertrauen, dass im

Verzicht auf unsinnige Behandlungen, in einer sachgerechten Schmerzbehandlung und vor allem in einer unverbrüchlichen Solidarität derer gegeben ist, die den Kranken und Sterbenden begleiten. Der ganze Reichtum palliativer Medizin, der Hospizarbeit, der Assistenz bei Behinderung und der ganzheitlichen menschlichen Begleitung durch Ärztinnen und Ärzte, durch Freundinnen, Freunde und Angehörige – diesen Reichtum muss man in die Waagschale werfen, um einen Schutzraum für Kranke und Sterbende anzubieten.

Niemand soll mit dem Gefühl alt werden und sterben müssen, von allen verlassen zu sein und am Ende vom dunklen Netz der Einsamkeit, der Ohnmacht und Verlorenheit verschlungen zu werden. Das gemeinsam geteilte Leben, der solidarische Raum menschlicher Nähe und gemeinsam geteilte „spirituelle“ Ressourcen, soll zum Ort der vertrauensvollen Kommunikation werden, an dem die ehrliche Suche und der sensible Austausch über die menschliche Gestaltung des Alters und ein menschliches Sterben in verlässlicher Fürsorge für einander, mutiger persönlicher Selbstbestimmung und befreiender Beziehung zum menschlichen Umfeld möglich sind. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) →  
Presse/ÖA → Ärzteblatt



Prof. Dr. Josef Römelt lehrt an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Erfurt Moralthologie und Ethik  
E-Mail: [josef.roemelt@uni-erfurt.de](mailto:josef.roemelt@uni-erfurt.de)

# Gelingendes Altern

T. Rentsch

Der Prozess des Alterns ist das menschliche Werden zu sich selbst. Um uns selbst zu begreifen, müssen wir unsere Leiblichkeit, unsere Verletzlichkeit und unsere Endlichkeit in unser Selbstverständnis aufnehmen. Denn nur so begreifen wir die Kostbarkeit, die Einmaligkeit und die Unersetzlichkeit jedes Einzelnen und unserer selbst. Es gilt aus philosophischer und moralischer Sicht, eine Ethik der Lebensalter neu zu entwickeln, die es in der Antike schon einmal gab.

Diese Ethik sah mit Platon und Aristoteles, dass es uns in unserer konkreten Lebenszeit jeweils um das Gute und um das Glück geht. Das müssen wir sinnvoll und vernünftig zu begreifen lernen. Dazu gehören sowohl das gute Zusammenleben mit unseren Mitmenschen als auch die Aspekte des Alleinseins und der Einsamkeit. Nur, wenn wir beide Aspekte verstehen, können wir auch ein Verständnis der Ganzheit unseres Lebens erreichen.

## Wie lässt sich unser Werden zu sich selbst begreifen?

Wir müssen, können und dürfen, soweit möglich, unser Leben gestalten. Unser Leben ist daher diese Gestaltwerdung unserer selbst. In dieser Gestaltwerdung geht es jeweils um die konkrete Verbindung der Einmaligkeit und der Ganzheit unserer selbst, das heißt um die Herausbildung unserer personalen Identität. Für die Kindheit, die Jugend und die Reife bis zum Erwachsensein ist dies alles völlig klar und bekannt. Aber was bedeutet es mit Blick auf die spätere Lebenszeit?

Wir erleben als alternde Erwachsene viele tiefgreifende Wandlungen unserer selbst. Auch in die spätere Lebenszeit

treten wir ohne Möglichkeiten vorheriger Probe in einen einmaligen Prozess ein, so, wie dies schon in den Phasen unserer Reifung war. Deutlich muss uns im Blick auf unsere jeweilige Lebenserfahrung unsere Unvertretbarkeit durch andere werden. Diese einmalige Ganzheit zeigt sich sozial und praktisch in jeder konkreten Lebenssituation. Nur ich kann tun, was ich tun kann, als Tochter oder Sohn, als Mutter oder Vater, als Schwester oder Bruder, als Lehrer, als Großvater, als Kranker oder Gesunder. Und da dies wiederum für alle Mitmenschen auch gilt, müssen wir Gefühl und Kraft dafür gewinnen, diese Vielgestaltigkeit zu begreifen.

Denn in unserer Lebenszeit entfaltet sich in und mit unserer Endlichkeit die Unwiederholbarkeit und Unwiederbringlichkeit unseres gemeinsamen wie einsamen Lebens, die Unumkehrbarkeit der Lebensbewegung und die Unvorhersehbarkeit der jeweiligen Zukunft. Es gilt, zu begreifen, was dies praktisch und ethisch bedeutet.

Es ist meines Erachtens grundverkehrt, angesichts des Alterns eine negative, pessimistische oder gar tragische Sicht

des Elends des menschlichen Daseins zu entwickeln. Vielmehr vertrete ich die Auffassung, dass wir von der Normalität, Universalität und Kontinuität des Menschseins durch alle Lebensphasen hindurch ausgehen sollten. Es ist falsch, zu denken, dass die Alten und sehr Alten gleichsam wie ein exotischer Stamm fremd inmitten ansonsten nur junger, unbeschwerter, kerngesunder, in Liebe, Konsum und Glück schwelgender Menschen leben. Dieses durch manches oberflächliche Medium vermittelte Zerrbild verkennt, dass die Verletzlichkeit, die Leidbedrohtheit und Schutzlosigkeit alle Phasen des menschlichen Lebens wesentlich prägen. Vom hilflosen Kleinkind brauchen wir gar nicht erst zu reden. Aber denken wir an die vielfältigen Probleme der Pubertät, der Ausbildung in einer oft sehr harten Leistungsgesellschaft, die großen Problemkomplexe der Liebe, der Partnerschaft, der Ehe und der Erziehung, so wird deutlich, dass die Sinnsuche aller Menschen durchgängig nur zusammen mit ihrer Gefährdung zu verstehen ist und bleibt. Erst vor diesem Hintergrund wird auch das Alter als Chance begreifbar. Um diese Sinndimension zu klären,

müssen wir den Prozess der Menschwerdung im Altern, den Prozess des Werdens zu sich selbst, genauer erfassen.

### Aspekte des Alterns

Zunächst lassen sich folgende Aspekte unterscheiden: das leibliche Altern, das seelisch-geistige Altern, das soziale und das kulturelle Altern. Die Leiblichkeit prägt zutiefst alle unsere Lebensphasen: die Hilflosigkeit des Kleinkindes nach der Geburt, aber auch unsere Verletzlichkeit im späteren Leben. Diese Mangelhaftigkeit wird im Alter immer größer. Hinzu kommen die seelischen, die geistigen und die sozial-kulturellen Aspekte.

Der englische Dichter Oscar Wilde hat dies in seinem berühmten Roman „Das Bildnis des Dorian Gray“ in dem unerhörten Satz zugespitzt: „Die Tragödie des Alters beruht nicht darin, dass man alt ist, sondern dass man jung ist.“ Was meint er? Wir bringen eine in jüngeren Jahren ausgebildete Persönlichkeit ins Alter mit, eine Lebenserfahrung, mit der wir vertraut sind und mit der wir aktiv und produktiv im Leben standen. Man könnte von einer Art Verspätung unseres Ankommens im Alter angesichts unseres bisher erworbenen Lebensverständnisses sprechen. Der Philosoph Schopenhauer lehrte, man müsse erst alt geworden sein, um zu erkennen, wie kurz das Leben ist. Durch das Altern kommt es außerdem zu schweren Verlusterfahrungen sowohl im sozialen wie auch im kulturellen Bereich. Dass Angehörige und sehr nahestehende Mitmenschen verloren gehen, gehört zu den größten Belastungen dieser Lebenszeit. Aber auch viele gemeinsame Erfahrungen, Lebenszusammenhänge und Üblichkeiten schwinden, sodass das Werden zu sich selbst mit einer Vereinzelung, ja mit einem Fremdwerden in der Welt verbunden ist. All dies muss einbezogen werden, um die lebensphilosophi-

sche Frage zu klären, was das Altern ethisch und moralisch bedeutet. Unser gegenwärtiger gesellschaftlicher Wandel hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer mehr beschleunigt und gesteigert. Wir erleben eine Zivilisation der Hochgeschwindigkeit. Noch einmal steigert sich dieser Prozess durch die Digitalisierung. All dem steht aber unsere Verletzlichkeit und Endlichkeit ganz grundsätzlich gegenüber und sogar entgegen. Denn die Lehren der großen moralisch-ethi-

## Wir erleben eine Zivilisation der Hochgeschwindigkeit. Noch einmal steigert sich dieser Prozess durch die Digitalisierung.

schen Traditionen mit Bezug auf den Alterungsprozess bestehen nicht in Devisen wie „immer höher, immer schneller, immer weiter, immer mehr“, sondern gerade in Einsichten in die Begrenztheit und Kostbarkeit unserer endlichen Lebenszeit.

Diese Perspektiven wurden viele Jahrhunderte lang unter dem uns heute leider weniger geläufigen Begriff der Weisheit beziehungsweise der Altersweisheit entwickelt. Und zwar ganz lebensnah, ganz lebenspraktisch, gar nicht „idealistisch“, beschönigend oder gar verklärend. Das Alter erscheint hier ganz wesentlich zunächst als Chance zur Einsicht in die begrenzten Möglichkeiten des Menschen. An unserer Erfüllungs- und Glücksorientiertheit im Alter besteht daher kein Zweifel. Aber das – ich möchte sagen: zunehmend „hautnahe“ – Erfahren der Begrenztheit erst erlaubt es, unser eigenes Leben als Gestaltwerdung unserer selbst wirklich zu verstehen. Die Angewiesenheit auf

Gemeinschaft und ihre Kostbarkeit wird intensiv erfahrbar, auch durch Verluste.

Die Erfahrung der Vergänglichkeit und der Flüchtigkeit manchen Glücks vermag eine Kraft zur Befreiung von Illusionen und zur gelassenen Täuschungslosigkeit freizusetzen, die Goethe als Entsagung gestaltet hat und die bei ihm nichts Kläglich-Verzichtendes besitzt, sondern die höchste Form menschlicher Selbstbehauptung und Lebenskraft ist.

Zu bereifen ist unser Werden zu uns selbst nämlich auch als ein Endgültigwerden. Das Leben wird überschaubar, und wir können lernen, das Wichtige vom Unwichtigen dauerhaft zu unterscheiden. Endlichkeit und Sinn, Begrenztheit und Erfüllung werden erkennbar und einsichtig, und dies bereits, ohne dass wir religiöse Traditionen einbeziehen. Gelassenheit und Zufriedenheit werden ganz konkret erfahrbar und damit auch das wahre, beständige, lebenstragende Glück.

### Was bedeutet das Alter für eine humane Kultur?

Was lernt eine hochmoderne Gesellschaft ethisch aus der nicht wegzubringenden, nicht wegzuverdrängenden Tatsache des Alterns, ja der Präsenz von immer mehr alten Menschen? Wenn wir den Spieß ethisch umdrehen, dann dürfen wir nicht mehr nur fragen, wie die beeinträchtigten, benachteiligten, gehandicapten, nutzlosen, langsamen, auf Hilfe und Ansprache angewiesenen, dem Ende zu lebenden Alten mit der modernen, durchgestylten, hoch komplexen Hochgeschwindigkeitsgesellschaft zurecht kommen, sondern umgekehrt – und das ist die ethische Kehre –, was diese Gesellschaft von der Tatsache des Alterns und ihrem Sinn lernen kann, ja sogar dringend lernen muss.

Sie kann und muss eine Lektion an Bescheidenheit lernen. Ihr Prinzip des „immer höher, immer schneller, immer weiter, immer mehr, immer komplizierter, immer perfekter, immer intensiver, immer exzessiver, immer lauter, immer bunter, immer informierter“ – dieses Prinzip bleibt ethisch, existenziell und sinnbezogen betrachtet doch nicht viel mehr als ein Quantifizierungsmodell.

Die Bäume wachsen aber nicht in den Himmel. Wir benötigen ein Bewusstsein des humanen Sinns der Endlichkeit, Begrenztheit und Verletzlichkeit des Menschen, ein Bewusstsein vom Wert der Langsamkeit, des Innehaltens, des ruhigen Zurückblickens, der Mündlichkeit – des wirklichen Gesprächs zwischen konkreten Personen, schließlich der Zurückhaltung und Zurücknahme. Langsamkeit, Innehalten und konkrete Mündlichkeit sind nämlich paradoxerweise die wesentlichen Möglichkeiten, den Verendlichungsprozess durch die Gewinnung von Tiefe zu besiegen. Das ruhige Zurückblicken – und nur es – vermag zur befreienden Lebensklärung zu verhelfen. An diese humanen Sinnqualitäten bleiben alle sonstigen gesellschaftlichen Steigerungs- und Beschleunigungsprozesse bleibend zurückgebunden. Humane Würde im gelassenen Umgang mit der eigenen Endlichkeit nicht nur bewahren, sondern erst eigentlich gewinnen – das ist es, was eine sehr moderne Gesellschaft vom Altern als dem einzigen menschlichen Selbstwertungsprozess lernen kann, den wir kennen. Hören wir also den alten Menschen zu – sie haben etwas sehr Wichtiges mitzuteilen.

In der gesellschaftlichen Gegenwartsdiskussion ist in diesem Themenbereich der Gebrauch der Worte „Überalterung“, „Rentnerschwemme“ und sogar „Methusalem-Komplotz“ sehr weit verbreitet. Diese abschätzigen, hochproblematismatischen Wortgebräuche weisen indirekt auf die fundamentale Ungeklärtheit der tiefgreifenden Tatsache hin,

dass wir aus vielen Gründen (Wohlstand, gute Versorgung, medizinischer Fortschritt) immer länger leben, immer älter werden. Dass dies eindeutig „mehr kostet“, das ist evident. Es gilt aber an dieser Stelle bereits, aus Gründen des common sense, des „gesunden Menschenverstandes“, an das Selbstverständliche zu erinnern: dass wir, auf jeden Fall die große Mehrheit der Menschen, gerne leben und sie sich freuen, noch länger gut leben zu können. Denn diese Lebensdimension betrifft nicht

---

### Langsamkeit, Innehalten und konkrete Mündlichkeit sind nämlich paradoxerweise die wesentlichen Möglichkeiten, den Verendlichungsprozess durch die Gewinnung von Tiefe zu besiegen.

---

nur jeden von uns ganz zentral, sondern diese Dimension sind wir selbst, existenziell und irreduzibel. Und jeden von uns gibt es nur einmal, nie vor, nie nach seinem Leben. Diese Einmaligkeit und Einzigkeit, sie ist verbunden mit der praktischen Dimension der Menschenwürde. Und sie steht in extremem Kontrast zur herabwürdigenden Rede von der „Überalterung“ und der Klage über die Kosten dieses Prozesses.

#### Phänomen der Individualisierung

Hinzu kommt zur Problematik dieses Prozesses das sehr bestimmende gesamtgesellschaftliche Phänomen der Individualisierung, das auf internationaler, weltpolitischer Ebene mit den Phänomenen des Neonationalismus verbunden ist. Was gut ist für ihn, für sie, das sollte jeder oder jede selbst für sich entscheiden. Wir können tun und lassen, was wir wollen, so die Botschaft einer „freien“ Wirtschaft und der sich

selbst steigernden liberalen Zivilgesellschaft. Diese gravierenden Prozesse gesellschaftlicher Transformation sind im Problembereich des Alterns verbunden mit den ständigen Fortschritten in der Medizin, gerade auch in der Gerontologie und Gerontopsychiatrie. Ebenso sind sie mit den fortschreitenden Transformationsprozessen der modernen, spätmodernen und postmodernen Gesellschaften verbunden, wobei schon diese Sprachbildungen wiederum auf die Offenheit, die Unabgeschlossenheit und vor allem die Nichtvorhersehbarkeit hinweisen, die die gegenwärtige Orientierungslosigkeit und verbreitete vielfach wirksame Ungewissheit der Gesellschaften des Westens und ihrer Menschen prägen.

Die Prozesse der Individualisierung gehen einher mit der sich immer weiter steigernden Säkularisierung, mit dem Schwund der Bedeutung religiöser Bindungen und überhaupt mit dem Schwund kultureller Standards, kollektiver Bindungen und sozialer Gemeinschaften, wie sie die traditionellen und auch noch die modernen Gesellschaften über Jahrhunderte prägten, ja ausmachten.

#### Erziehung zum ganzen Leben

Es ist nicht möglich, die Grundfrage nach einem gelingenden Altern in unserer Zeit ohne die Berücksichtigung dieser höchst relevanten soziokulturellen Entwicklungen zu klären und zu beantworten. Die Philosophie hat die Aufgabe, die anthropologischen, ethischen und moralischen Klärungen zu leisten, um diese so wichtige Frage für die Gegenwart angemessen und tragfähig zu reflektieren und Antworten auszuarbeiten. Aber dies geht nicht „von oben herab“, sondern muss auch die gegenwärtigen sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Aspekte dieser fundamentalen Problematik mit einbeziehen und kritisch reflektieren.



Erst so wird die tiefgreifende philosophische Grundlagenreflexion in ihrer Bedeutung für unsere Gegenwart angemessen klarwerden.

Daher benötigen wir dringend die Einrichtung und Institutionalisierung eines gesamtgesellschaftlichen Bildungs- und Aufklärungsprojektes mit dem Titel und Ziel einer Erziehung zum ganzen Leben.

Dieses Projekt umfasst eben gerade auch die gesamte spätere Lebenszeit, das Gelingen des Lebens im Älterwerden, in der Hochaltrigkeit, angesichts von Hilfsbedürftigkeit, Krankheit, Sterben und Tod. Es ist für unsere bisherige Bildungs- und Aufklärungskultur seit ganz langer Zeit flächendeckend charakteristisch und prägend, dass im Bereich der Erziehung zum Leben das Projekt der Sexualaufklärung völlig im Zentrum stand und steht. Es geht darum, erwachsen zu werden, die Pubertät gut zu bewältigen, die eigene und die je andere Sexualität kennen und gesund gestalten zu lernen, auf jeden Fall tiefgreifende Gefahren und Fehler (zum Beispiel Geschlechtskrankheiten oder ungewollte Schwangerschaften) auszuschließen. „Aufgeklärt“ wurde eindeutig zum gelingenden Sexualleben. Dieser gesamte Ansatz stand im Einklang mit dem common sense der

modernen westlichen Zivilisation, die Wohlstand, Wohlbefinden und ein gutes Leben des Konsums und Genusses anstrebte.

Demgegenüber gab es keinerlei Ansatz für eine Erziehung zum ganzen Leben. Die oberflächliche, verbreitete Meinung schien etwa zu sein: Wenn man dann erst einmal erwachsen ist, läuft sowieso alles wie bekannt, dann muss jeder sowieso sehen, wie er zurechtkommt, das ergibt sich schon. Damit verbunden war und ist eine nicht bewusste Verdrängung der Dimensionen der zweiten Lebenshälfte, Altern, Sterblichkeit, Tod. Während in der Unterhaltungsindustrie in den Krimis ständig Mord und Totschlag zur Spannungssteigerung gegenwärtig waren und sind (im Fernsehen von morgens bis abends auf sehr vielen Sendern) wollte man in der Lebenswirklichkeit von Endlichkeit und Sterblichkeit möglichst nicht viel hören.

Es gilt nun, auch im Blick auf die sich steigernde Lebenszeit in unseren spätmodernen Gesellschaften („Überalterung“), dieses evidente und eklatante Defizit zu überwinden. In den Schulen und Gymnasien sollte ein neues Fach zum ganzheitlichen Lebensverständnis eingeführt werden. Es könnten aber

auch interdisziplinäre Kurse konzipiert werden. In Kooperation der Fächer Biologie und Philosophie/Ethik könnte das Aufklärungsprojekt auch realisiert werden. Es müsste auf jeden Fall einen festen Ort im Unterricht erhalten. Neben der Lektüre grundlegender Texte zum Altern könnten zum Beispiel Besuche und Praktika der Klassen in Altersheimen und Pflegeheimen organisiert werden. Die zentralen Themen der Hilfe und Pflege, der Sterbehilfe und des sinnvollen Umgangs mit Bedürftigkeit und Verletzlichkeit müssen Schwerpunkte des Unterrichts bilden. Auf diese Weise könnte das Projekt Aufklärung zum ganzen Leben institutionell in die öffentliche Bildung und Kommunikation einbezogen werden. Auch die Kooperation mit dem Geschichtsunterricht wäre denkbar, durch die die komplexen Formen der Kulturen des Alterns und Sterbens in der Geschichte und in anderen Lebensformen thematisiert werden könnten.

In gesellschaftskritischer Sicht darf das Altern weder verdrängt noch geringgeschätzt und gar „abgeschoben“ werden. Es geht darum, dass unsere Gesellschaft Altern, Hochaltrigkeit und Hilfsbedürftigkeit in Hilfe und Pflege als zentrale soziale und humane Aufgabe begreift und wirklich angemessen umsetzt. Denn: Das Altern und die Alten gehören mitten in unser Leben. ■



In Memoriam: Prof. Dr. Thomas Rentsch lehrte seit seiner Berufung auf die Gründungsprofessur 1992 am Institut für Philosophie an der Technischen Universität Dresden. Er verstarb am 14. April 2022 im Alter von 67 Jahren.

# Das Arztbild der Zukunft

J. Schulze

Die ethischen Grundwerte des Arztbildes – Wissenschaftlichkeit, Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung – haben einen unverändert hohen Stellenwert. Unter Berücksichtigung der rasanten Entwicklung der modernen Medizin und den gestiegenen gesellschaftlichen Erwartungen bedarf es in der Gegenwart und Zukunft zusätzlicher Qualifikationen, die über die historisch tradierten Merkmale für den „guten Arzt“ hinausreichen.

Diese neuen Anspruchshorizonte ergänzen und vertiefen das Verhältnis zwischen Patienten, Gesellschaft und dem ärztlichen Berufsstand und werden unter anderem mit folgenden Attributen beschrieben: Professionalität, Managementkompetenz, Teamfähigkeit, Transparenz, Achtung der Patientenautonomie, ökonomisches Kalkül für die Solidargemeinschaft, Förderung des öffentlichen Wohles. Wegen dieser Grundeinstellung und dem beruflichen Selbstverständnis wurde Ärztinnen und Ärzten zu allen Zeiten eine hohe gesellschaftliche Anerkennung zuteil – ob als Schamane, als ärztliche Samariter, als Hausarzt oder als Spezialist, heiltechnischer Experte oder sogenannter Leistungserbringer. Das besondere Vertrauensverhältnis, das Ärztinnen und Ärzte in der Gesellschaft mit Seelsorgern und Juristen teilen, muss täglich in Praxis, Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst immer wieder neu erworben werden.

Ebenso wie die Wünsche und Vorstellungen der Patienten und der Allgemeinheit an die Ärzteschaft, kann man die Erwartungen und berechtigten Forderungen des ärztlichen Berufsstandes an die Gesellschaft formulieren. Es

handelt sich um zehn Thesen zum Arztbild der Zukunft und die Bedeutung der Ärzte für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens angesichts steigenden Ärzte- und Versorgungsbedarfs.

Zukunft kann nur beschrieben werden durch Herkunft, deshalb beginnen diese Thesen mit einer Rückbesinnung auf die Alleinstellungsmerkmale des Arztberufes in der Patientenversorgung:

## **These 1: Ärztliche Alleinstellungsmerkmale**

Ärzte sind die maßgeblichen Träger und Gestalter des Gesundheitswesens wegen ihrer spezifischen Berufsrolle als dominante Player im Gesundheitssystem, straff organisiert in Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

## **These 2: Ärztliches Bekenntnis zur Freiberuflichkeit**

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Diese Freiberuflichkeit steht nicht für Beliebigkeit und Pfründesicherung, sondern für professionelle Autonomie in öffentlichem Auftrag.

## **These 3: Vertrauensstellung der Ärzte**

Für den Patienten sind Ärzte Experten und unverzichtbare Vertrauenspersonen in einem!

Kern ärztlicher Ethik ist die Sorge um das Patientenwohl.

## **These 4: Unattraktivität der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung**

Insbesondere bedingt durch Fremdbestimmung, Überreglementierung, Bürokratisierung und Ökonomisierung. Forderung nach Verbesserung der Rahmenbedingungen und leistungsgerechter Honorierung ärztlicher Arbeit, Reduzierung von Bürokratie, Priorisierung statt

Rationierung, Schaffung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen.

## **These 5: Unteilbarkeit der ärztlichen Rolle**

Eine patientenorientierte Medizin braucht keine Fraktionierung der ärztlichen Profession in Bachelor, Master oder Heiltechnokraten, sondern den „ganzen Arzt“.

## **These 6: Desillusionierung falscher Heilerwartungen**

Unsere Gesellschaft muss wieder lernen, mit Krankheit, Alter und Tod zu leben. Ärztinnen und Ärzte sind keine omnipotenten „Halbgötter in Weiß“, sondern die besten Anwälte der Patienten.

## **These 7: Schwerpunkte ärztlicher Tätigkeit in Zukunft**

Ärzte fördern Eigenverantwortung für Gesundheit und unterstützen chronisch Kranke und pflegebedürftige Patienten, größtmögliche Lebensqualität zu erlangen.

## **These 8: Kommunikative Fähigkeiten und Teamorientierung sind für Ärzte von morgen unverzichtbar**

Synergien statt Konkurrenz der verschiedenen Gesundheitsberufe fördern!

## **These 9: Primat des Patientenwohls als Leitprinzip im Gesundheitswesen stärken**

Die Patienten vertrauen ihren Ärzten mehr als dem Gesundheitssystem.

## **These 10: Potenzial ärztlicher Kompetenz und Verantwortlichkeit erkennen und wertschätzen**

Die in der medizinischen Versorgung tätigen Menschen sind die wichtigsten Ressourcen im Gesundheitswesen Deutschlands!

Die Ärzte der Zukunft werden sich in hohem Maße mit dem durch „Big Data“ immens zunehmenden medizinischen Fachwissen täglich auseinandersetzen und die Flut an Informationen zum Wohle ihrer Patienten filtern müssen. Darüber hinaus ergeben sich für die Zukunft mehrere paradigmatische Veränderungen, die für die Medizin und die Ärzteschaft von großer Bedeutung sein werden:

- Es wird zu einer weiteren Auflösung der Grenze zwischen dem medizinischen Bereich und dem Life-Style-Sektor kommen.
- Die traditionelle Krankheitsorientierung wird zunehmend zu einer Gesundheitsorientierung.
- Der Fokus wandert von Schädigungen und Defiziten zu Ressourcen, Möglichkeiten und Perspektiven.
- Klassische Methoden der Diagnostik und Therapie werden hinter Methoden der Molekularen Medizin, der Prädiktion, der Prävention und des Monitorings zurücktreten.
- Nach der Phase der quantitativen Leistungsausweitung in der Medizin, hat jetzt eine Phase zur Optimierung und Priorisierung der Versorgung beispielsweise durch die Initiativen „Klug Entscheiden“, „Choosing Wisely“ (AWMF/DGIM) oder „Nachhaltige Medizin“ (Schweiz) begonnen.

Eine Gesundheitspolitik, die auch in Zukunft ein patientenorientiertes Gesundheitswesen und engagierte ärztliche Körperschaften als wesentliche Systemgestalter haben möchte, darf diese nicht ausbremsen. Das gilt sowohl für den dynamischen Strukturwandel auf Ebene der medizinischen Versorgung als auch im Hinblick auf die

Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf Ebene der Systemsteuerung.

Abschließend sei auf das aktualisierte „Ärztliche Gelöbnis“ in der Deklaration von Genf vom November 2017 verwiesen, weil es in kurzen klaren Aussagen den ethisch-moralischen Anspruch der heutigen Ärzte beschreibt.

Neu eingefügt wurde eine eminent wichtige Passage zur „Ärztegesundheit“: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“ Das heißt im Klartext, dass nur der Arzt heilen, helfen und begleiten kann, der sich gesund erhält, dem eine vernünftige „work-life-Balance“ gelingt und dem sein Beruf Freude und Erfüllung bringt. Auch in Zukunft wird das Arztbild nicht durch Roboter und künstliche Intelligenz allein geprägt, sondern durch ärztliche Zuwendung in Empathie und Menschlichkeit.

Das Primat des Patientenwohls – was auch als „Nutzen“ beschrieben werden kann – gehört zu den zentralen Werten der Medizin. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) definiert den Begriff des Nutzens als „kausal begründete positive Effekte“ einer medizinischen Intervention im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte, dies im Vergleich zu einer klar definierten anderen Therapie, einem Placebo oder keiner Behandlung. Solche positiven Effekte können sein: die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität. Auch deshalb ist es nicht antiquiert, sich gegen Ten-

denzen in der heutigen Medizin zu wenden, die im Patienten nur den „Fall“ sehen, der vor allem preisgünstig versorgt werden soll. Wo Profitsicherung im Gesundheitswesen zur Maxime wird, schwindet die Faszination unseres Berufes. Die Medizin insgesamt muss auch in Zukunft in einem angemessenen Korridor als Daseinsfürsorge ökonomieunabhängig arbeiten können.

Aus aktuellem Anlass soll zum Schluss auf die diesjährige Tagung des Weltärztebundes verwiesen werden, die anlässlich des 75-jährigen Jubiläums der Bundesärztekammer am 6. Oktober 2022 in Berlin stattfand.

Die wissenschaftliche Sitzung stand unter dem Motto „Medizinethik in einer globalisierten Welt“. Herausragend war neben weiteren der Festvortrag von Prof. Alena Buyx, der Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates, die zum Thema „Medizin der Zukunft – Arztrolle im Wandel“ sehr praxisnah referierte.

Der Höhepunkt des Symposiums war die Annahme des durch die Bundesärztekammer aktualisierten Grundsatzdokumentes „Internationaler Kodex für Medizinethik des Weltärztebundes“, das allen an der Thematik vertiefend interessierten Kollegen zur Lektüre empfohlen wird ([www.wma.net](http://www.wma.net)). ■

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident

Beitrag basiert auf „Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“, Sächsische Landesärztekammer (Hg.) Kap. 7, S. 372 ff.

# Das Miteinander beginnt mit Gemeinsamkeiten

C. Schifferdecker

In der aktuellen Debatte über die demografische Entwicklung fällt auf, dass es eine starke Polarisierung der Diskussion über und mit den „Jungen“ einerseits und den „Alten“ andererseits gibt. Das „Miteinander“ der Generationen wird dagegen viel zu selten fokussiert. So, als wären die heutigen Alten nicht die Jungen von gestern. Als hätten sie keinerlei Gespür und Verständnis für die Themen, die junge Menschen bewegen, die ihnen Angst machen, die sie dringend behandelt wissen wollen. Es bedarf des Dialogs der Generationen beziehungsweise der Möglichkeiten hierfür, um einander wirklich „verstehen“ zu können. Wenn nicht beide Seiten offen sind, einander interessiert und neugierig auszufragen, bleibt das gegenseitige Verständnis allzu leicht auf der Strecke. Das Miteinander beginnt mit der Entdeckung von Gemeinsamkeiten.

Die Themen und Fragen, die Herausforderungen für „die Jungen“ und „die Alten“ sind bei genauerer Betrachtung gar nicht so weit voneinander entfernt, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Die Generationen sind miteinander durchaus imstande, ihre Gemeinsamkeiten intuitiv zu erfassen und zu reflektieren. Dafür braucht es Raum – oder besser gesagt: Räume und Zeit.

Es geht darum, einander einzubeziehen, das Verbindende und nicht das Trennende zu suchen und zu betrachten. Die Themen sind ähnlich, wenn nicht sogar in vielen Bereichen gleich. Sie fühlen sich nur verschieden an, weil junge Menschen im Umgang mit den Lebens-Themen „Anfänger“ sind und

ältere Menschen auf ihre Erfahrung zurückgreifen können.

Zum Beispiel das Thema Selbstbestimmung/Selbstständigkeit: Was der Eine (Junge) erst erreichen möchte, möchte der Andere (Alte) möglichst lange behalten beziehungsweise etwa im Falle einer Erkrankung möglichst umfassend wiedererlangen. In beiden Fällen geht es um die Freiheit von Fremdbestimmung. Was braucht ein junger Mensch? Was braucht ein älterer Mensch? Ein gemeinsamer Nenner lässt sich deutlich erkennen: es ist der Wunsch, mit den eigenen Ressourcen und Potenzialen und auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden. Und nicht über Defizite und Mängel. Entscheidend sollte die Betrachtung sein: Was kann ich als junger Mensch „schon“? Wo liegen meine jugendlichen Kompetenzen, die ich gewinnbringend in den Generationendialog einbringen kann? Und umgekehrt: Was kann ich als älterer Mensch „noch“? Wie kann ich meinen reichen Erfahrungsschatz teilen im Dialog mit der Jugend?

Ein typischer Stolperstein für ein Miteinander der Generationen sind die jeweiligen Stereotype. Wer assoziiert schon „gesund“, „engagiert“, „ungeduldig“ mit ALT und umgekehrt wer „hilflos“, „vergesslich“ und „gelassen“ mit JUNG? „Altern“ allerdings beginnt mit dem ersten Lebenstag. Diese Zuschreibungen müssten angesichts der rasch zunehmenden Diversität aller Generationen eigentlich längst ausgedient haben.

Eine weitere Hürde für Generationendialoge ist, dass – zuletzt während der Corona-Pandemie – über die Generationen geschrieben wird; allerdings ohne dass sie selbst zu Wort kommen. Die Meinungsmacher sind eher Lobbys und

Verbände als die Protagonisten und Protagonistinnen selbst.

Angesichts der demografischen Entwicklung wird ein Umdenken aber unumgänglich sein. Ein zentrales Handlungsfeld ist die Arbeitswelt: Einstellungen und Verhalten gegenüber älteren und jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollten in den Chefetagen von Wirtschaft und Verwaltung konsequent zum Thema gemacht werden. Alter als Gewinn und Chance für das Unternehmen, aber auch Alter als spezifische Anforderung – etwa was adäquate Anforderungsprofile betrifft (zum Beispiel Gesundheit am Arbeitsplatz, Prävention) – sind Aspekte, denen in möglichst altersgemischten Teams mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Gemeinsamer Alltag, ob am Arbeitsplatz oder in der Freizeit, in gemeinsamen Konzerten oder Ausstellungen, beim Basteln an Fahrrädern/Autos oder in der digitalen Sphäre – das selbstverständliche Miteinander ohne Verbissenheit und gegenseitiges Misstrauen sind die Schlüssel für einen neuen, nachhaltigen Generationenvertrag. ■



Christiane Schifferdecker  
Landesseniorenbeauftragte  
Stabsstelle Seniorenpolitik  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und  
Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
E-Mail: seniorenpolitik@sms.sachsen.de

# Arbeitszeitmodelle – ein Wunschkonzert?

## Flexible Arbeitszeitmodelle als Garant für Mitarbeiterzufriedenheit und Standortattraktivität

M. Samland, A. Hofmann

In den großen chirurgischen Fachgebieten ist das Leben mit Familie und Beruf ein Spagat [1]. Ein Alltag abseits der klassischen Rollenverteilung, bei der ein Elternteil die Haus- und Erziehungsarbeit übernahm, während der Partner seiner beruflichen Tätigkeit nachging, war in der Vergangenheit nur schwer realisierbar. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf beschäftigt jedoch die kommende Generation junger Chirurginnen und Chirurgen [2].

Die Chirurgie, mit Ausnahme kleinerer Fachbereiche wie zum Beispiel die Hand- und Fußchirurgie, die Augenheilkunde oder die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, schien lange eine männlich dominierte Welt mit strengen Hierarchien zu sein. In den letzten Jahren ist jedoch ein langsamer, aber stetiger Wandel zu verzeichnen: Chirurgische Fachgebiete haben zunehmend Schwierigkeiten, ihre Stellen zu besetzen [3]. Ein Grund dafür ist der stete Rückgang männlicher Bewerber; im Jahr 2020 sind bereits 65 Prozent der Absolventen des Medizinstudiums weiblich [4] und auch insgesamt stellen Frauen mittlerweile die Mehrheit unter den Akademikern dar [5]. In der sächsischen Ärzteversorgung sind immerhin 57 Prozent der Mitglieder weiblich [6].

Neben dem Beruf ist die Familiengründung oft fester Bestandteil der Lebensplanung junger Ärzte. Mit den Möglichkeiten von Elternzeit und Elterngeld haben sich die Bedingungen für Eltern seit der Einführung im Jahr 2007 deutlich gebessert. Zudem zeigt sich im Wandel der Generationen auch eine gesellschaftlich akzeptierte und geforderte Aufweichung der klassischen

Rollenbilder. Auch die in der Chirurgie tätigen Väter wollen zunehmend eine festere Rolle bei der Erziehung ihrer Kinder einnehmen – anders als es noch der so genannten „Baby-Boomer Generation“ oder der „Generation X“ möglich war [7]. Die neuen Möglichkeiten der Elternzeit erfreuen sich auch unter den männlichen Kollegen immer größerer Beliebtheit. Konzepte partnerschaftlicher Aufteilung von Haushalt und Kindererziehung auf Augenhöhe sind längst allgegenwärtig [8].

Die Autoren befinden sich in Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Beide gehören zur sogenannten „Generation Y“. Ein Privatleben – und damit Freizeit für Hobbys und Familie – soll neben der fundierten Ausbildung im Beruf möglich sein. Die Autoren engagieren sich berufspolitisch im Jungen Forum O und U der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) insbesondere für die Etablierung von funktionierenden Teilzeitmodellen. Notwendig ist dabei ein Aufeinander-Zugehen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, um geeignete Lösungen zu finden. Dabei bedarf es einer großen Flexibilität des Arbeitgebers und auch dessen Bereitschaft, Mehraufwand für



© Oksana Kuzmina/Fotolia

eine zufriedenstellende und faire Planung in Kauf zu nehmen. Vonseiten der Arbeitnehmer sind Offenheit, Kreativität, persönliches Engagement sowie Entgegenkommen bei der Suche nach Lösungen gefragt, um geeignete Modelle zu finden. Je reibungsloser dabei der Ablauf für alle gelingt, desto attraktiver wird der Arbeitgeber für den Nachwuchs.

**Elternzeit**

Viele Kolleginnen und Kollegen sind mit den Begrifflichkeiten Elternzeit und Elterngeld bereits vertraut. Die Ausgestaltung ist jedoch in vielen verschiedenen Varianten möglich. Die Elternzeit ist ein besonderer Lebensabschnitt, der eine Arbeitsunterbrechung oder -reduktion für die Kindererziehung ermöglicht. Das Arbeitsverhältnis ruht klassischerweise während der Elternzeit und für den Arbeitgeber entstehen in dieser Zeit keine Kosten. Der Arbeitnehmer wiederum kann eine finanzielle Unterstützung des Staates in Form von Elterngeld in Anspruch nehmen. Das Elterngeld wird seit dem Jahr 2013 auf Basis des Bruttoeinkommens berechnet und für zwölf Monate gezahlt, wenn lediglich ein Elternteil Elternzeit nimmt. Nehmen beide Elternteile Elternzeit, kann die Elternzeit auf bis zu 14 Monate verlängert werden und es wird für die beiden sogenannten Partnermonate die Elterngeldzahlung fortgeführt. Wird die Berufstätigkeit unterbrochen, können bis zu 67 Prozent des Durchschnittseinkommens der letzten zwölf Monate (maximal 1.800 Euro monatlich) gezahlt werden. Das Elterngeld ist dabei steuerfrei, unterliegt jedoch dem Progressionsvorbehalt – es wird also zum Gesamteinkommen hinzugerechnet, wenn es um die Ermittlung des individuellen Steuersatzes geht. In Tabelle 1 sind verschiedene Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung während der Elternzeit aufgelistet.

2015 wurde das sogenannte ElterngeldPlus eingeführt. Möchte man nach der Geburt des Kindes in Teilzeit arbei-

ten, dann lässt sich mit ElterngeldPlus der Bezug von Elterngeld verlängern. Bereits ein übernommener Dienst wöchentlich entlastet die Kollegschaft und ermöglicht gleichsam, am klinischen Alltag teilzuhaben. Der Gesetzgeber sieht eine Beschäftigung mit bis zu 30 Wochenstunden in der Elternzeit vor, durch die nach Ende des Bezugszeitraumes für Elterngeld abschlagsfrei „dazuverdient“ werden kann [17]. Die Regularien des ElterngeldPlus stellen insgesamt einen deutlichen Gewinn für Eltern dar. Bisher ist dieses Modell jedoch im medizinischen Bereich wenig etabliert. Dabei kann die flexible Gestaltung der Elternzeit vom Arbeitgeber genutzt werden, um die Personalplanung absehbarer zu strukturieren. Eine Idee wäre es für den Arbeitgeber, die Konzepte weiter auszubauen und aktiv den jungen Kolleginnen und Kollegen anzubieten, während der Elternzeit in reduzierter Form weiter zu arbeiten. Oft ist dies auch im Interesse des Arbeitnehmers, regelmäßig während der Elternzeit Dienste zu übernehmen. Damit bleibt man fachlich „am Ball“ und kann zur Entlastung des Teams beitragen.

**Teilzeit**

Nach der Elternzeit besteht kein automatischer Anspruch auf eine Teilzeitstelle. Die Möglichkeiten der Teilzeitarbeit werden in der Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Teilzeit – alles, was Recht ist“ übersichtlich dargelegt [18]. Jeder Arbeitnehmer mit einem Arbeitsverhältnis über sechs Monate hat das Recht, die Arbeitszeit zu verringern, geregelt im

Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) [19]. Der Wunsch auf Arbeitszeitreduzierung sowie der genaue Umfang der Verringerung muss dem Arbeitgeber spätestens drei Monate vor dem Beginn angezeigt werden. Er soll dabei auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angeben. Dass mit dem Arbeiten in Teilzeit auch eine Reduzierung des jeweiligen Entgeltes verbunden ist, versteht sich von selbst [20] – ebenso wie die Verlängerung der Weiterbildungszeit, die entsprechend in Kauf genommen werden muss.

In einer heterogenen Kliniklandschaft mit einer Vielzahl an Fachbereichen und Abteilungen kann kein universelles Teilzeitmodell zur Anwendung kommen. Daher liegt es an den Arbeitnehmern und Arbeitgebern aktiv und kreativ an der Ausgestaltung von Modellen zu arbeiten. Im Folgenden sollen daher einige Vorschläge für Teilzeitmodelle, die zum Teil bereits in der eigenen Klinik etabliert werden konnten, diskutiert werden (Tab. 2). Die Autoren können nur für deren Anwendung in der Klinik und nicht für den ambulanten Sektor sprechen.

Der Vorteil des klassischen Modells „Classic“ mit täglicher Stundenreduzierung besteht in der Regelmäßigkeit und einfachen Handhabung. Anwendung kann dieses Modell in der Sprechstunden- oder Ambulanzbesetzung finden, auch das Arbeiten als Stationsarzt ist begrenzt möglich. Dennoch zeigen sich bei diesem Modell in gängigen Klinikstrukturen schnell Probleme, wie C. F. (34 Jahre, 1 Kind) bestätigt: „Im klinischen Alltag mit Schicht- und Nachtdiensten stößt dieses Modell aber

Tab. 1: Übersicht zu Elterngeld und ElterngeldPlus, adaptiert nach [16]

Elternzeit	Auszahlung	Max. Bezugszeitraum	Erwerbstätigkeit
Basiselterngeld	65 % des Netto-Einkommens vor der Geburt, maximal 1.800 €	12 bzw. 14 Monate	Bis zu 30 Wochenstunden, volle Anrechnung auf Basiselterngeld
ElterngeldPlus	Max. 50 % des errechneten Basiselterngeldes	24 bzw. 28 Monate	

Tab. 2: Übersicht verschiedener Teilzeitmodelle, zur Verfügung gestellt von Dr. Lisa Rosch (AN = Arbeitnehmer; AG = Arbeitgeber).

Teilzeitmodell	Beschreibung	Pro	Contra
Classic	Das klassische Modell mit täglicher Stundenreduzierung.	regelmäßige Arbeitszeit, planbar für AG und AN	keine Dienste möglich, kaum OP Tage
Classic Vario	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 2 bis 5 Tage mit Variation der wöchentlichen oder monatlichen Stundenzahl.	hohe Flexibilität für AN und AG	begrenzte Integration in das Dienstsysteem, wenig OP Tage
Jobsharing	Zwei Arbeitnehmer teilen sich eigenverantwortlich eine Stelle. Dies ist besonders für Führungskräfte geeignet.	hohe Flexibilität für AN	Vertrauensverhältnis nötig
Team	Es wird nur vorgegeben, wie viele Mitarbeiter anwesend sein müssen, die Arbeitszeiten werden im Team abgestimmt.	sehr hohe Flexibilität, kann bei klaren Vorgaben zu hoher Zufriedenheit der AN führen	Schnittstellenprobleme
Invest	Man arbeitet in Vollzeit und füllt sich damit ein Guthaben-Zeitkonto, um ein Sabbatical herauszuarbeiten.	ermöglicht längere Auszeit/ Sabbatical bei verlässlicher Bezahlung	Umsetzung für AG im Stellenschlüssel schwierig

schnell an seine Grenzen. In der Realität wird um 14.00 Uhr keine Ablöse kommen, um die Sprechstunde oder Stationsarbeit fortzuführen. Es besteht daher die Gefahr, die gleiche Arbeit, die Kolleginnen und Kollegen in acht oder neun Stunden schaffen, in weniger Zeit leisten zu müssen.“

Das Teilzeitmodell „Classic Vario“ verteilt die wöchentliche Arbeitszeit auf variabel zwei bis fünf Tage. Variiert wird dabei die tägliche, wöchentliche oder monatliche Stundenzahl. „Dienstags bis donnerstags habe ich acht Stunden-Tage und mittwochs stets 12-Stunden-Dienste“, erläutert J. B. (33 Jahre, 2 Kinder) ihr bisheriges 80-prozentiges Teilzeitmodell. Dadurch habe sie montags und freitags stets frei. Gerade wenn der Partner ebenfalls ärztlicher Kollege ist, kann es in den Stress der allmonatlichen Dienstplangestaltung etwas verlässliche Kontinuität reinbringen, wenn feste Tage für Dienste und auch am Wochenende eine Teilnahme am regulären Dienstsysteem angeboten werden. Der Vollständigkeit halber werden noch die Teilzeitmodelle des „Jobsharings“, des Modells „Team“ und des Modells „Invest“ in Tabelle 2 aufgezählt, wobei die letztgenannten aktuell in der OUP keine Anwendung finden.

Die Befürwortung von Teilzeitmodellen und Unterstützung seitens des Arbeitgebers ist nach Meinung der Autoren der wichtigste erste Schritt für ein gutes und langjähriges Beschäftigungsverhältnis.

### Umsetzung heute

In Sachsen sind 975 Ärzte im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie tätig (Stand 2018) [9]. Der Anteil an Teilzeitbeschäftigten steigt jährlich um 4,6 Prozent [10] und liegt im bundesweiten Schnitt bei 26 Prozent [11]. In Sachsen sind 28,9 Prozent der Ärztinnen und 9,3 Prozent der Ärzte teilzeitbeschäftigt [12] – ein deutlicher Zuwachs im Vergleich zu 2007. „Eine steigende Anzahl von Ärzten arbeitet in Teilzeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Deshalb gibt es weiterhin einen Ärztebedarf trotz der steigenden Zahlen. Der Freistaat bietet wegen des zunehmenden medizinischen Bedarfs weiterhin sehr gute Perspektiven und Fördermaßnahmen für junge Ärzte“, so Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer [13].

Das Universitätsklinikum Leipzig bietet für seine über 6.000 Mitarbeitenden ein umfangreiches Betreuungsangebot an und trägt damit dem meistgenannten Wunsch nach einer Kinderbetreu-

ung während der Arbeitszeit Rechnung [21]. Dennoch gibt es hier noch großes Potenzial: Eine ausreichende Anzahl an Kita-Betreuungsplätzen und andere „weiche“ Faktoren sind für die Attraktivität des Standortes von großer Bedeutung. Es zeigt sich, dass Maßnahmen für Familienfreundlichkeit zu kürzeren Erwerbsunterbrechungen führen – sie stellen damit eine Win-win-Situation für Arbeitgeber und Arbeitnehmer dar [22].

Im Folgenden wird die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie (OUP) des Universitätsklinikums Leipzig (UKL) als eine familienfreundliche Klinik vorgestellt, die schon seit vielen Jahren einen hohen Anteil von Ärztinnen und Ärzten in Teilzeit beschäftigt. In der durch ein Klinikboard geführten Klinik für OUP werden verschiedenste Arbeitszeitmodelle unterstützt. Dabei sind Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen offen, neue Wege zu gehen [14]. Aktuell sind in der OUP 60 ärztliche Mitarbeiter beschäftigt, darunter 21 Ärztinnen. In Teilzeit arbeiten zwei Oberärztinnen, zwei Fachärztinnen, ein Facharzt, fünf Assistenzärztinnen und zwei Assistenzärzte (20 Prozent). 75 Prozent der Teilzeitbeschäftigten sind somit weiblich. Minderjährige Kinder hat 45 Prozent der

ärztlichen Mitarbeiterschaft. Die Teilzeitbeschäftigung wird dabei auf die unterschiedlichste Weise gelebt: Mit wenigen Ausnahmen nehmen die Teilzeitkräfte am Schichtdienst teil. Aufgrund der Organisationsstruktur der OUP [15] ist ein flexibler Einsatz fachbereichsübergreifend möglich. Zweifelsfrei ist die Umsetzung dieser Konzepte mit einem deutlich erhöhten planerischen und organisatorischen Aufwand verbunden. Abläufe in der Klinik wurden daher erneut durchdacht und Dienstpläne neu konzipiert, um den Alltag reibungsloser zu gestalten. Dabei müssen die Interessen aller Beteiligten aufeinander abgestimmt werden, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Reibungspunkte sind hier die pünktliche und zuverlässige Übergabe an die Dienstmannschaft sowie die Übernahme spontan anfallender Mehrarbeit hauptsächlich durch Kollegen in Vollzeit.

Die teilzeitarbeitenden Kolleginnen und Kollegen werden als wichtige Ressource geschätzt und eingeplant. Elementar ist auch die dauerhafte Mitarbeiterbindung im Rahmen von Elternzeiten im Sinne einer Erleichterung des Wiedereinstiegs nach der Geburt eines Kindes, die an der OUP bereits umgesetzt wird. Besondere Erwähnung verdient die Auszeichnung der OUP mit dem Button des Deutschen Ärztinnenbundes „Schwanger? Hier arbeiten Sie adäquat weiter“ im Juni 2022.

Allerdings muss auch beim Thema Teilzeit, Elternzeit und Familienfreundlichkeit die finanzielle Ausstattung der Kliniken in der heutigen Zeit betrachtet werden.

Es ist nicht nur ein erhöhter Verwaltungsaufwand durch steigende Mitarbeiterzahlen, der zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kliniken durch Teilzeitkonzepte führt. Im Vergleich zu Vollzeitkräften, die im gesetzlichen Rahmen Überstunden und Mehrarbeit leis-

ten, fallen bei diesen Lösungen höhere Lohnnebenkosten an. Dies ist durch die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie Renten- und Arbeitslosenversicherung begründet, die eine Kappung der Sozialabgaben und damit auch des Arbeitgeberanteils bei Vollzeitkräften bewirkt [25].

Der erhöhte organisatorische Aufwand erfordert zudem eine stringente Dienstplanung und weitere Anstrengungen zur Ermöglichung anderer Abwesenheiten wie Dienstreisen oder Weiterbildungen.

Auch die wissenschaftliche Arbeit sowie Lehrverpflichtungen müssen entsprechend organisiert werden.

### Resümee

Im Hinblick auf die Zukunft der medizinischen Versorgung können wir uns ein Scheitern des Ausbaus der Familienfreundlichkeit an finanziellen Aspekten nicht leisten. Das Vorleben von Teilzeitmodellen „von oben“ durch (auch weibliche) Vorbilder in Führungspositionen motiviert auch junge Kolleginnen und Kollegen zu diesem Schritt [26]. Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte bewältigen inzwischen den Spagat zwischen Beruf und Familie [1]. Wer behauptet, Familie und Chirurgie lasse sich nicht vereinbaren, untergräbt diese Leistung [27]. Die Vereinbarkeit von einem Familienleben neben dem Beruf führt bei den Arbeitnehmern zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und Steigerung der Arbeitsmotivation, was wiederum zu einer höheren Klinikbindung führt. In Zeiten von Fachkräftemangel bringen familienfreundliche Angebote also einen erheblichen Wettbewerbsvorteil. Auch im Hinblick auf die nachkommende Generation ist es schon jetzt unabdingbar, Anreize zu schaffen und Möglichkeiten auszubauen [28]. Die durch die Sächsische Landesärztekammer veröffentlichte Folgebefragung zur

Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte [12] ergab, dass 78,6 Prozent der Ärzte und 72,7 Prozent der Ärztinnen mindestens ein Kind haben und dass die mittlere Anzahl an Kindern bei Ärzten (2,2) signifikant höher lag als bei Ärztinnen (1,9). Es scheint, dass beide Geschlechter gleichermaßen den Spagat zwischen Familie und Beruf bewältigen. Die Ausgestaltung der partnerschaftlichen Aufteilung der Familienorganisation und Kindererziehung sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Wichtig ist, dass die Vereinbarkeit nicht nur in Teilzeit, sondern auch in Vollzeit selbstverständlich sein sollte.

Da es jedoch noch immer kaum Untersuchungen zum Thema familienfreundliche Maßnahmen im klinischen Alltag gibt, sind Studien vonnöten, die die Rolle klinikspezifischer Rahmenbedingungen auf die Beschäftigtenzahl, die Arbeitnehmerzufriedenheit und Geschlechterzusammensetzung der Ärzteschaft eruieren.

Das heißt, „Teilzeitmodelle – ein Wunschkonzert“. Ein gelungenes Konzert, bei dem der Arbeitgeber als verantwortungsvoller Dirigent auftritt und gemeinsam mit den Mitarbeitenden Wünsche diskutiert und Lösungen findet. Applaus vom Publikum gibt es auch, denn die innovativen Ansätze von heute sichern die Krankenversorgung von Morgen. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) →  
Presse/ÖA → Ärzteblatt



© A. Kähler Fotografie

Korrespondierende Autorin  
Dr. med. Marie Samland  
E-Mail: [jf@marsam.de](mailto:jf@marsam.de)

# Der Mensch im Mittelpunkt einer sich wandelnden Arbeitskultur in der Medizin

Wir gemeinsam mit diversen Blickwinkeln

K. Engelmann<sup>1</sup>, M. Valtink<sup>2</sup>, A. Lohse<sup>3</sup>,  
M. Sedlmayr<sup>4</sup>, F. Bathelt<sup>4</sup>, I. Reinecke<sup>4</sup>,  
B. Sedlmayr<sup>4</sup>, A. Röhle<sup>5</sup>, E. Bibrack<sup>5</sup>

## Einleitung

Gesellschaftlich stehen Bereiche mit einem hohen sozialen Engagement, Bildung, Lehre und Wissenschaft, wie die Medizin, vor einem Wandel. Die medizinische Versorgung ist vor allem aus Sicht gesetzlich Versicherter in den letzten Jahren spürbar schlechter geworden. Auch Ärztinnen und Ärzte kritisieren vermehrt das deutsche Gesundheitssystem und die Arbeitswelt Medizin [1]: Ärztemangel, Kostendruck, fehlende Unterstützung durch die Gesundheitspolitik sowie die wenig vorbereitete Digitalisierung verschlechtern die Situation in den Krankenhäusern [1–4]. Wie kann das „System Medizin“ mit seinen zum Teil isoliert voneinander arbeitenden Organisationsformen zukunftsfähig bleiben angesichts gesellschaftlicher Megatrends

und Herausforderungen, die sich aus Demographie, Digitalisierung, zunehmender Diversifikation und dem immer rascher voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritt ergeben? Verschiedene Blickwinkel sind nötig, um sich dieser komplexen Aufgabe zu nähern.

Medizin findet in Organisationen statt, zum Beispiel in einem Krankenhaus, welche aus Mitgliedern bestehen, die austauschbar sein müssen, aber auch Individuen mit eigenen Bedürfnissen sind [5]. Diese Dualität als Individuum und konvertiblem Mitglied darf nicht vernachlässigt, sondern muss mitgedacht werden. In der Medizin wurden

den Blick auf die im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen. Innere Faktoren oder Soft Skills blieben mangels geeigneter organisationspezifischer Möglichkeiten unberücksichtigt, obwohl die Aufgaben und Ziele der Organisation nur mit ihren verschiedenen Mitgliedern bewältigt und erreicht werden können.

Politik sowie Patientinnen und Patienten fordern eine individualisiertere Medizin, unter anderem weil Forschungsentwicklungen sich rascher, innovativer und mit zunehmender Therapieviefalt zeigen. Hier braucht es den gemeinsamen Blick auf Daten für bessere Versorgung und klinische Forschung durch

Megatrends sind zum Beispiel Individualisierung, Urbanisierung, Neo-Ökologie, Silver Society, Gesundheit, Sicherheit, Konnektivität, Gender Shift, Network

aus: Health Trend Map 2020, [www.zukunftsinstitut.de/healthreport](http://www.zukunftsinstitut.de/healthreport)

aufgrund des ökonomischen Drucks zunehmend prozessual und abgrenzend gestaltete, hierarchische Vorgehensweisen entwickelt, zum Beispiel wurden in Krankenhäusern Kernprozesse der Krankenversorgung aufgeteilt. Dadurch wurden Aufgaben und Berufsgruppen separiert und notwendiges interprofessionelles Arbeiten erschwert, beispielhaft ist das inzwischen aus verschiedenen Richtungen kritisierte Fallpauschalen-System [6, 7]. So entstanden auch wirtschaftlich abgegrenzte Sektoren für verschiedene Versorgungsformen, zum Beispiel ambulant und stationär, mit entsprechendem wirtschaftlichem Erfolg, aber ohne

interdisziplinäres und interprofessionelles, teambasiertes Arbeiten. Entsprechend kann auch die Digitalisierung nur gemeinsam vorangebracht werden. Wir müssen daher den Blick auf die Menschen in der Arbeitswelt Medizin mit Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Digitalisierung lenken, um mit einem gemeinsamen Verständnis und aus diverseren Blickwinkeln gezielter und umfassender behandeln zu können. Beispielhaft für einen dafür notwendigen, stärker vernetzten und interdisziplinären Datenaustausch ist das durch die Medizininformatikinitiative [8] finanzierte Projekt MiHUBx (siehe „Digitalisierung“).

<sup>1</sup> Augenklinik am Klinikum Chemnitz gGmbH

<sup>2</sup> Stabstelle Gleichstellungs- und Diversity Management, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

<sup>3</sup> Technische Universität Chemnitz, Professur Arbeitswissenschaft und Innovationsmanagement, Cluster Innovation Management

<sup>4</sup> Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

<sup>5</sup> MITZ – Medizinisch-Interprofessionelles Trainingszentrum, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

## Organisation

Wenn sich die Behandelnden in ein System ohne ausreichenden Raum zur persönlichen oder teamgestützten Entwicklung einfügen müssen, ist ein gemeinsamer Blick auf Patientinnen und Patienten schwierig. Ausbildung, Innovation und Entwicklung sind kaum zu bewältigen in einer Medizin, die seit Jahren einem fortschreitenden ökonomischen Systemwandel unterworfen ist und natürliche Bedürfnisse der Personen im Behandlungs- und Arbeitspro-

Menschen, wie eine Studie der Klinik Wartenburg in Bayern zur chronotyporientierten Personalplanung zeigt [11]. In der Medizin müssen äußere und innere Faktoren gleichberechtigt berücksichtigt werden. Mitsprache und Mitentscheiden und damit auch Zufriedenheit finden keinen Raum in einer Struktur, in welcher nur mit Mühe und hohem Aufwand der zunehmenden Komplexität und den Herausforderungen durch gesellschaftliche Megatrends begegnet werden kann.

same und in Wechselwirkung stehende, aber getrennt verantwortete Wertschöpfung, die Arbeit am Menschen. Dadurch entstehen Konflikte zwischen pflegenden und ärztlichen Kräften, die aufwändige Kommunikations- und Entscheidungsprozesse erfordern. Zudem sind weitere an der Wertschöpfung beteiligte Akteure wie Haus- und Fachärzte oft zu wenig integriert [12]. Die inhomogene bis fehlende Digitalisierung, überbürdende und veraltete Bürokratie sowie ungenügende Berücksichtigung ärztlicher Werte und Vorstellungen führen bei Ärztinnen und Ärzten zu Erschöpfung bis hin zum Burn-Out und Drop-Out [13]. Evaluierungen anhand einfach messbarer Faktoren zur Steigerung der Effizienz sichern dem Menschen mit seinen Werten in der Medizin keine ausreichende Zufriedenheit [14]. Die Akteure des Gesundheitswesens müssen gemeinsam Änderungen fördern, um Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Auszubildende, Studierende und nichtmedizinisches Personal in den Zielen und Visionen zu verbinden.

Sozialpsychologisch gleichen sich Menschen in ihren Bedürfnissen, wie modellhaft in der Maslowschen Bedürfnispyramide erklärt wird. Diese inneren Faktoren werden in den meisten Organisationsformen anerkannt, aber nicht immer genügend berücksichtigt, zum Beispiel ist die Work-Life-Balance außerhalb der Organisation Krankenhaus eher gewährleistet. In der Klinik

„Die aus meiner Sicht zwei größten Herausforderungen für ärztliches Personal hängen eng miteinander zusammen: Der immense Zeitaufwand, der mit Dokumentation, Arztbriefen, Hinterher-telefonieren verbracht wird und dann für angemessene Arzt-Patienten-Interaktionen fehlt und die katastrophale technische Infrastruktur im Gesundheitswesen, die verhindern, dass oben genannte Aufgaben effizienter erledigt werden können.“

J. Steinhäuser, Medizinstudent im PJ, Technische Universität Dresden

zess, zum Beispiel Übernahme von Verantwortung, Selbstwertgefühl und Wissensgenerierung, kaum berücksichtigt. Das Krankenhaus ist ein Element des Gesundheitsmarktes geworden und unterliegt ökonomischen Anforderungen. Es ist aber auch ein Ort, in dem Menschen für Menschen eintreten und täglich füreinander individuell und qualitätsbewusst handeln wollen und müssen. Finden diese Werte zu wenig Berücksichtigung, folgt der Abstieg und Ausstieg aus dem nicht auf den Menschen ausgerichteten System [9, 10]. Aber wie können individuelle Bedürfnisse in einer großen Organisation beachtet werden? Ein Beispiel: Über viele Jahre wurden im pflegenden und ärztlichen Bereich Schichtpräferenzen, zum Beispiel anhand des individuellen Biorhythmus oder familiärer Bedürfnisse, kaum beachtet. Heute werden Präferenzen durch Selbstorganisation im Team wieder berücksichtigt. Dies stärkt Zufriedenheit und Arbeitskraft der

## Gegebenheiten und Herausforderungen

### Bürokratie und Burn-Out in der Organisation Krankenhaus – wie kommen wir da heraus?

Die meisten Krankenhäuser haben eine unzeitgemäße, traditionell lineare Organisationsstruktur mit hierarchischer Diktion vom scheinbar Höhergestellten zum scheinbar Niedergestellten. Personengebundene Entwicklungen trennen zum Beispiel Pflege und ärztlicher Bereich. Dies erschwert die gemein-

„Lehre, Praxis, Forschung fußen auf veralteten Strukturen und Denkweisen. Die Engagierten zerreiben sich zwischen Neugestaltung des Medizinstudiums, Versorgung der Patientinnen und Patienten, Feierabendforschung, unbezahlten Überstunden und Diensten, die nicht als Arbeitszeit gelten. Dazu sind sie bei der Anerkennung von Weiterbildungszeiten abhängig von Chefs und Kammern. Medizin muss die Bedürfnisse der Patienten und der Medizinerinnen und Mediziner beachten.“

A. Röhle, Ärztin und Dozentin, MITZ Medizinische Fakultät Technische Universität Dresden

dagegen sind individuelle Bedürfnisse wie Übernahme von Verantwortung oder selbstverwirklichendes Arbeiten unter anderem aufgrund getrennter Bereiche kaum möglich. Eine Änderung der (Führungs-)Strukturen in der Medizin hin zu mehr Wertschätzung individueller Bedürfnisse kann helfen, Arbeitsbedingungen gesünder und nachhaltiger zu entwickeln. Gesellschaft, Politik und Ärzte müssen gemeinsam die Qualität von Prozessen und Entwicklungen durch Einbeziehung diverser Blickwinkel steigern [15].

### Die Medizin wird individueller und diverser – und nun?

Diversität beschreibt sichtbare und nicht-sichtbare Aspekte, zum Beispiel Gender, Alter/Lebenserfahrungen, Ethnie/Herkunft, sozialer Stand, Behinderungen/Beeinträchtigungen, und findet sich sowohl im medizinischen Personal als auch in den Patientinnen und Patienten. Obwohl Diversität in der Medizin eine besondere Rolle spielt, ist sie überwiegend androzentriert gestaltet. Aber Patientinnen und Patienten sind nicht (wie in den meisten Lehrbüchern dargestellt) männlich konnotierte Neutra und zum Beispiel Frauen sind keine kleinen Männer. Es macht einen Unterschied, ob ein Patient oder eine Patientin von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt wird, vor allem auch für FLINTA\*<sup>1</sup>. Unterschiede gezielt anzuerkennen und zu adressieren ist sowohl in der Versorgung als auch für die in der Medizin Beschäftigten essenziell. Dies anzuerkennen, erhöht die Qualität der

<sup>1</sup> FLINTA\* steht für Frauen, Lesben, intergeschlechtliche, nichtbinäre, trans- und agender Personen, wobei der Stern all die Personen inkludiert, die sich nicht unter einem der Buchstaben wiederfinden, aber wegen ihrer Geschlechtsidentität in der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft ebenfalls marginalisiert werden.

„Mehr Frauen für Karrieren in Führungspositionen zu begeistern und den wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich stark machen, dazu benötigt es ein Umfeld, das es jungen Medizinerinnen und Mediziner ermöglicht, Wissenschaft und Praxis gut miteinander zu verbinden.“

Prof. E. Troost, Dekanin Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung und damit auch ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz.

Nachhaltigkeit, Sinnhaftigkeit und Relevanz sind die positiven Impulse für die nachfolgenden Generationen forschender Ärztinnen und Ärzte. Eine zukunftsfähige Arbeitswelt erfordert divers zusammengesetzte Teams, stärkere Vernetzung und ein agil aufgebautes Ökosystem anstelle eines einschränkenden Top-Down, um Teamentscheidungen, Kreativität und Motivation zu fördern. Dies erfordert zusätzliche Kriterien bei der Personalauswahl der Führungskräfte: Entscheidungen für Führungspersonen dürfen nicht nur an quantifizierbare Leistungszahlen geknüpft werden, sondern auch anhand ihrer Soft und Social Skills, also wie gut sie die ihnen unterstellten Personen mit Wertschätzung, einer selbstverständlichen Fehlerkultur und transparenter, angstfreier Kommunikation stärken können. Um junge Ärztinnen und Ärzte für die Medizin zu begeistern, darf Kompetenz nicht auf messbare Zahlen reduziert und auf ökonomisch bedingte Konkurrenz gesetzt werden, sondern Teams müssen sich durch Vernetzung, Interprofessionalität, Einbindung in Entscheidungsprozesse und Diversität auszeichnen, um dem Drop-Out wirkungsvoll zu begegnen.

### Digitalisierung – Fluch oder Segen?

#### Aktuelle Probleme und zukünftige Chancen

Digitalisierung und künstliche Intelligenz können in der Medizin Arbeitsab-

läufe in hoher Qualität automatisieren und optimieren. Dies ermöglicht den Beschäftigten in Versorgung und Forschung mehr Zeit für wertschöpfende Arbeiten. Auch komplexere Funktionalitäten mit einem zusätzlichen Mehrwert für Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Systeme zur Unterstützung der Rekrutierung für Studien, Wissen zu Therapieerfolgen, prospektiver Diagnostik und Therapieentscheidungen wie beispielsweise in der Onkologie und Radiologie, können bereitgestellt werden. Über Harmonisierung von Daten und Anbindung von Kliniken und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen können IT-Lösungen die Kommunikation verbessern für eine schnellere und passgenauere Behandlung. Neben Effizienzsteigerung und Erhöhung der Sicherheit kann Digitalisierung somit auch eine Basis für gemeinsame Forschung schaffen, den wissenschaftlichen Austausch unterstützen und bisher gebundene Kapazitäten freisetzen für eine menschliche Medizin auf höchstem Niveau.

Die Medizininformatik Initiative [16] und das mit der COVID-19-Pandemie entstandene Netzwerk Universitätsmedizin [17] bieten Chancen zum Aufbrechen lokaler Datensilos. Dagegen werden bestehende Maßnahmen auf Landes-, Bundes- und Europaebene, zum Beispiel das Krankenhaus-Zukunftsgesetz, der European Health Data Space und die Telematikinfrastruktur, aufgrund eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses, hohem Umstellungsaufwand, Fehleranfälligkeit der IT-Systeme oder mangelnder

Kommunikation zwischen Herstellern und Anwendern kaum genutzt [18, 19]. Die Ablehnung verwundert nicht, da Ärztinnen und Ärzten diese Systeme ohne Mitsprache „aufgezwungen“ wurden oder sie keinen Mehrwert und Nutzen darin erkennen. Wesentlich für den Erfolg neuer digitaler Lösungen ist die Akzeptanz der Anwender, daher müssen diese in die Konzeption einbezogen und Systeme anhand ihrer konkreten Bedürfnisse entwickelt werden. Die Anwenderinnen und Anwender wiederum müssen digitale Kompetenzen für die Anwendung der Systeme entwickeln. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hier der Schlüssel zum Erfolg, auch um dem massiven Genderbias in der digitalen Welt zu begegnen [20].

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Schlüssel zum Erfolg

Damit Ärztinnen und Ärzte vom Digitalisierungsschwung profitieren können, müssen die Anwendungen anwenderzentriert gestaltet und optimal in den Arbeitsprozess eingebunden sein. In interdisziplinären Teams bringen Entwickler beziehungsweise Informatiker ihre technischen Kompetenzen ein, Anwender spezifisches Wissen über ihre Arbeitsprozesse und ihr Arbeitsumfeld, Arbeits-, Sozial- und Geisteswissenschaftler tragen zur systematischen Prozesserfassung, strukturierter Prozessdarstellung und ergonomischen Systemgestaltung bei. Eine die Disziplinen übergreifende Kommunikation ist unbedingte Voraussetzung, aber auch Herausforderung, und erfordert Offenheit, Respekt und Wertschätzung, Reflektieren anderer Sichtweisen, Akzeptanz von geeigneteren Methoden aus anderen Disziplinen und Zeit für gemeinsames Lernen. Ein positives Beispiel ist das sogenannte „Agile Usability Engineering“ [21], bei welchem ausgehend von einer Analyse der Anwenderinnen und Anwender, Arbeitsprozesse und Arbeitsumgebung

die Bedürfnisse abgeleitet und als Nutzungsanforderungen spezifiziert werden. In kurzen Entwicklungszyklen werden Lösungen entwickelt und mit den Anwendern zwischenevaluert. Bedürfnisse, Bedarfe, Hindernisse, aber auch persönliche und organisatorische Barrieren werden über empirische Akzeptanzerhebungen [22, 23] frühzeitig und kontinuierlich erkannt, um entsprechende Lösungen zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist der „Medical Informatics Hub in Saxony – MiHUBx“ – einer von sechs regionalen Knotenpunkten der digitalen Medizin-Infrastruktur in Deutschland [8]. MiHUBx soll die wegberaubende Arbeit der Medizininformatik-Initiative aus den Unikliniken in alle Bereiche des Gesundheitssystems integrieren: von der örtlichen Hausarztpraxis über das regionale Krankenhaus bis zur angeschlossenen Rehabilitations- und Pflegeeinrichtung. Die technischen Arbeiten im MiHUBx werden begleitet durch Befragungen, Interviews und Arbeitstreffen, um kontinuierlich alle Stakeholder (Entwickler, medizinisches Personal, Forschende, Patienten) einzubinden, fortlaufend die Akzeptanz zu evaluieren und den Erfolg sicherzustellen. Ergänzend werden Konzepte zur Stärkung der digitalen Kompetenzen der Anwenderinnen und Anwender entwickelt und eine Infrastruktur für Lehrinhalte, Aus- und Weiterbildungsangebote geschaffen.

### Ausblick

Die neue Arbeitswelt wird professionell begleitet und interprofessionell betrieben. Moral und Ethik, Nutzen und Qualität, Arbeitsinnovation und Philosophie werden in Entscheidungsfindungen durch innovative Teams einbezogen, separierende Strukturen sind aufgebrochen. Ausgewogene Work-Life-Balance und Diversitätskompetenz fördern die Kreativität und Motivation.

I. Die Medizin der Zukunft ist ein gemeinsames Konstrukt aus

Praxis, Forschung und Lehre unter der Prämisse von Sinnhaftigkeit, Anwendbarkeit, Nachhaltigkeit und gesellschaftlichen Werten. Sie ist überwiegend weiblich, nutzt KI und Telemedizin. Medizinerinnen und Mediziner arbeiten in Teams für die individualisierte Behandlung der Patientinnen und Patienten.

- II. Die Forschung der Zukunft ändert den Kodex zu einer guten wissenschaftlichen Praxis und bewertet Forschungsideen stärker. Sie reduziert das Primat der Kennzahlen und nutzt ein Diversity-Management zur Neugestaltung von Werte-orientierten Kriterien.
- III. Die Lehre der Zukunft ist eng verknüpft mit Praxis und Forschung und ist ein iterativer, dynamischer Prozess. Dem exponentiell wachsenden Fachwissen begegnet sie mit methodischen überfachlichen Kompetenzen. Sie vermittelt die Fähigkeit zur Selbstreflexion, lebenslangem Lernen und der Nutzung digitaler Ressourcen und trainiert verstärkt soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen. ■

Langfassung des Beitrages und Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Presse/ÖA → Ärzteblatt



Korrespondierende Autorin  
Prof. Dr. med. habil. Katrin Engelmann  
Augenklinik am Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz  
E-Mail: k.engelmann@skc.de

# Der „Generationenkonflikt“ in der Ärzteschaft

## Eine jugendliche Analyse

F. Lenz

In Zeiten von Corona, Umweltkatastrophen und Krieg ein fast nachrangiges Thema und doch scheint die Verständigung der Generationen wichtiger denn je. Schließlich wird in der Veränderung von heute der Grundstein für eine bessere Zukunft gelegt. Und trotzdem wird die „Problematik“ um die Generation Y schon mehrere Jahre erörtert und findet immer wieder neuen Anklang.

Den Ursprung fand dieser Artikel im Deutschen Ärzteblatt. Im März 2020 wurde dort der vermeintliche Konflikt, man muss schon fast sagen „mal wieder“ diskutiert. Dabei schienen die Lager der Chefärzte, nicht selten Generation der Babyboomer genannt, und der Nachwuchsärzte, Generation XYZ, unvereinbar im Clinch zu liegen. Das zugrundeliegende Klischee besagt, dass eine junge, wohlgebettete Gruppe von Ärztinnen und Ärzten mehr darauf bedacht ist, die eigene Familien- und Freizeitplanung voranzutreiben, als die Interessen ihrer Patienten umzusetzen.

Dem gegenüber stehen angeblich ihre Vorgesetzten, welche sich jede Sprosse ihrer Karriereleiter in unendlich langen Diensten und vollständiger Selbstaufgabe erarbeiten mussten. In den Nebelschwaden dieses Konflikts und dem gebetsmühlenartigen Wiederholen der Pauschalaussagen gehen konstruktive Lösungen häufig unter. Im Rahmen eines Vortrages unter Chefärzten der Kinder- und Jugendmedizin wurde eine solche vermeintlich konstruktive Lösung vorgeschlagen: Die

Generation der Vorgesetzten müsse sich mit den aktuellen Gegebenheiten der revolutionierenden Jugend abfinden, um nicht bald alleine arbeiten zu müssen. Schlägt man „sich abfinden mit“ im Duden nach, so findet man Synonyme wie dulden, in den sauren Apfel beißen oder sich begnügen. Diese Begriffe erscheinen dem geneigten Leser eher negativ belegt. Ist es um den Nachwuchs der Ärzteschaft so schlecht bestellt, dass man sich damit

---

**Die Absolventenzahlen steigen, doch ist die Zahl an Studienplätzen dem Bedarf kaum gewachsen, sodass aus einer Ärzteschwemme ein Ärztemangel wurde.**

---

abfinden muss? Man möchte doch das Gegenteil behaupten. Im Folgenden sollen Diskussionspunkte erörtert und mit dem ein oder anderen Klischee aufgeräumt werden:

Ein Grundproblem in jedem Disput über die vermeintlich unterschiedliche Arbeitsmoral zwischen den Altersklassen besteht in dem mangelnden Verständnis für die Umgebungsstrukturen, die sich im Laufe der Jahre massiv gewandelt haben. Viele Vorgesetzte entstammen einer Zeit, in der freie Stellenwahl ein Luxus war. Sowohl die Ärzteschwemme als auch die staatliche Lenkung verhinderten die unabhängige Entscheidung über Arbeitsort, Fachge-

biet oder Klinik. Der Konkurrenzkampf war riesig und die Medizin ein männerdominierter Berufszweig, in der die „Götter in Weiß“ unangezweifelt durch die Patienten ihrer Arbeit nachgehen konnten. 72-Stunden-Dienste waren eher die Regel als die Ausnahme und wer etwas erreichen wollte, sah sich gezwungen, in Überstunden die Ergebnisse des eigenen Selbststudiums am Patienten auszutesten. So hört man Berichte von Operationen, in denen ein Assistenzarzt mit dem Lehrbuch in der Hand den Kollegen am Tisch anleitete. Als Arzt im Praktikum wurde Vollzeit für ein Minimalgehalt gearbeitet, aber jeder war froh, überhaupt eine Stelle zu haben.

Was es allerdings nicht gab, waren überbordende Notaufnahmen mit Patienten, denen der Begriff Selbsthilfe ein Fremdwort war. Es gab keine DRG-Vergütung, sondern lange Liegezeiten brachten den Erlös, sodass das Wechselspiel interventionsgetriggelter Zu- und Abgänge sich nicht wie ein Hamsterrad drehte. Und die Lebenserwartung der Patienten lag in einem Bereich, in dem nicht multimorbide Pflegebedürftige die Pflegeheime füllten, sondern in der Pflege ihrer Angehöriger in der Häuslichkeit verstarben, bevor sie rezidivierend die Intensivstationen bevölkerten. Das Anspruchsdenken hat sich in einer globalisierten und digitalen Welt ebenfalls verändert, eine 24/7-Mentalität hat sich eingeschlichen. Jetzt, sofort und immer scheint das neue Credo zu sein. Die Medizin selbst nahm ebenso in den letzten Jahren eine geradezu rasante Entwicklung.

Die feine Spezialisierung steht heutzutage dem Generalisten von früher gegenüber. Durch all die Veränderungen steigt der Bedarf an Ärzten und Ärztinnen. Die Absolventenzahlen steigen, doch ist die Zahl an Studienplätzen dem Bedarf kaum gewachsen, sodass aus einer Ärzteschwemme ein Ärztemangel wurde. Zudem wird der Arztberuf weiblicher. Der völlig berechtigte Wunsch nach einer Familie sorgte dafür, dass Ärztinnen und Ärzte in Mutterschutz und Elternzeit dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Dadurch stehen einer steigenden Arbeitslast tatsächlich weniger Ärzte gegenüber.

Und in dieser ganzen Entwicklung finden sich nun die Generationen und müssen einen Konsens zur Verständigung zwischen den unterschiedlichen Gegebenheiten finden:

Die schwarzen Schafe an beiden Fronten ausgenommen, ist zunächst allen das primäre Ziel gemein, in erster Linie die Patienten gut und kompetent versorgen zu wollen. Auf dieser Grundlage müssen Strukturen geschaffen werden, die das zu einer beiderseitigen Zufriedenheit ermöglichen.

### Arbeitszeit

Die intensive Belastung in Diensten ist mit der vor Jahren nicht zu vergleichen. 72-Stunden-Dienste waren früher schon nicht wünschenswert, aber kein verantwortungsvoller Arzt würde sich das heutzutage noch zumuten wollen. In allen anderen Berufen ist die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes eine Selbstverständlichkeit, dazu zählen auch Maximalarbeitszeit und Mindestpausen. Bereitschaftsdienste haben häufig ihren Namen nicht verdient, sondern sind Präsenzdienste. Und obwohl mit dem Gut Gesundheit gearbeitet wird, findet sich im Gegensatz zu anderen Branchen in der Medizin nach wie vor keine flächendeckende Arbeitszeiterfassung. Daraus resultiert, dass

die Generation XYZ nicht mehr fordert, als die Einhaltung geltender juristischer Grundlagen. Dies kann und darf nicht als fehlende Motivation interpretiert werden. Kein Patient möchte durch einen Arzt behandelt werden, der aufgrund seiner Arbeitsbelastung nicht in der Lage ist, sich zu 100 Prozent zu konzentrieren. Dazu ist es auch notwendig, dass es Zeiten zur Regeneration gibt. Durch die Ökonomisierung und Arbeitsverdichtung ist die Diensthäufigkeit aber so gestiegen, dass häufig keine zwei zusammenhängenden Tage arbeitsfrei sind. Dies ist jedoch kein isoliertes Problem junger Assistenzärzte. Auch im Facharztbereich steigt die Dichte an Hintergrunddiensten deutlich an. So trifft die Arbeitsverdichtung alle Generationen gleichermaßen.

### Ausbildung

Learning-by-doing scheint mittlerweile häufig zum Standard geworden zu sein. Dem Vernehmen nach ist das schon immer so gewesen. Aber ist das der richtige Ansatz? War das nicht schon immer falsch? Alle Seiten könnten davon profitieren, wenn eine gute Ausbildung am Patienten stattfindet. Doch leider bleibt selbst den wirklich motivierten Auszubildenden häufig dafür zu wenig Zeit. Der Patientensicherheit ist damit nicht gedient. Der Wunsch, gut angeleitet zu werden, um ein selbstständiger und kompetenter Arzt zu werden, ist jedenfalls allgegenwärtig. Nicht zuletzt deshalb wird wiederholt gefordert auch Ausbildung im Vergütungssystem abzubilden.

### Status-Quo

Aus dieser ganzen Gemengelage ist eine Situation entstanden, in der aufeinander mit dem Finger gezeigt wird und man sich von einer gemeinsamen Lösung eher weiter entfernt. Das unter Corona an seine Grenzen gestoßene und marode Gesundheitssystem, wel-

ches bis auf den letzten Tropfen ausgezogen wurde, trägt sein Übriges dazu bei. Eine strukturelle Änderung scheint nicht in Sicht. Die Generation XYZ resigniert und flüchtet: in die Teilzeit, in patientenferne Arbeitsbereiche, aus dem Beruf. Der übrige Teil geht dagegen auf die Barrikaden, um sich Veränderungen zu erkämpfen. Dadurch werden immer extremere Forderungen laut, was leider viel zu häufig als fehlende Motivation oder Unlust interpretiert wird. Doch wir haben richtig Lust! Lust darauf gute Ärztinnen und Ärzte zu sein, Lust darauf unsere Patienten gut zu behandeln, insgesamt einen guten Job zu machen. Das geht aber nur mit einer guten Ausbildung. Diese darf zur Befriedigung von ökonomischen Wünschen nicht außerhalb der Regelarbeitszeit und damit auf Kosten der eigenen Gesundheit stattfinden, denn ein kranker Arzt kann auch keinem anderen Kranken mehr helfen.

Also lasst uns nicht in den sauren Apfel beißen und uns nur mit der Situation abfinden. Lasst uns der Gegenwart angemessene Lösungen für beide Seiten finden! Denn letztlich haben wir ein gemeinsames Ziel und das ist nur mit der Erfahrung der Babyboomer und dem Einsatz der Generation XYZ gemeinsam zu erreichen. Die Corona-Krise hat gezeigt, dass gemeinsam tolle Lösungen möglich sind. Das geht aber nur, wenn man die Vorurteile über Bord wirft, um zusammen an einem Strang zu ziehen. ■



Dr. med. Fabian Lenz, Meißen

# Die jungen Alten

## Wir sind die, die Ihr kriegen könnt

S. Kraul

Wir, die Millennials, kommen in unser bestes Alter. Generation Y [Why] macht der Generation Z Platz, die Baby-Boomer sollten uns Platz machen. Wir haben „fertig gelernt“ und sind in dem Alter angekommen, Verantwortung im großen Stile zu tragen und selbst Führungspositionen zu übernehmen. Wir haben Träume – wir wollen „sinnerfüllende Arbeit und Freizeit mit hohem Maße an sozialer Sicherheit verbinden“, wie es so passend in einer Vortragsreihe der Heinrich Böll Stiftung 2018 geschrieben steht [1]. Es sind die ausformulierten Träume der vorherigen Generation. Y – Why – warum – wir hinterfragen, wir beobachten und wir wollen die Veränderung.

Wir haben uns gemeinschaftlich die Anerkennung einer Elternzeit in der Gesellschaft, eine Reduktion der Wochenarbeitszeit für Männer und Frauen und eine pünktlich endende Arbeitszeit erarbeitet. Oder doch nicht?

Noch immer gibt es Vorurteile und schiefe Blicke, wenn jemand in Teilzeit arbeitet. Noch immer fehlt die Arbeitskraft, wenn ein Kollege für zwei Monate in Elternzeit geht, noch immer kämpft man mit schlechtem Gewissen, wenn man pünktlich nach Hause geht. Wir wollen nicht weniger arbeiten, sondern eben auch für unsere Familie da sein. Denn die „Care“-Arbeit macht sich nicht von alleine. Und so ist die gesellschaftliche und gemeinschaftliche Anerkennung der sogenannten Care-Arbeit genauso wichtig, wie die Gleichstellung von Mann und Frau. Der Gender Care Gap zeigt den unterschiedlichen Zeitaufwand, den Frauen und Männer für

unbezahlte Sorgearbeit aufbringen. Die Erhebung 2012/2013 zeigt, „dass Frauen täglich 87 Minuten mehr Care-Arbeit verrichten als Männer, was einem Gender Care Gap von 52,4 % entspricht“ [2]. Noch immer leisten Frauen im Haushalt und in der Gemeinde mehr Arbeit als Männer. Viele Männer sind bestrebt, die Frauen dabei zu unterstützen und wir finden uns in einer Zeit wieder, in der beide Geschlechter sich in ihrer Rolle als Haus- und Arbeitsmensch versuchen zu finden. Zu unserer Generation Y gehört, das Männer UND Frauen arbeiten gehen UND beide in der Familien- und Hausarbeit helfen. Die Mehrbelastung steigt nun für beide Geschlechter.

Doch wir wollen es so. Niemand möchte zu Hause bleiben und „nur“ Familie machen. Zur Karriere in einer funktionierenden mitteleuropäischen klassischen Familie gehören mindestens zwei.

Ich bin in der ehemaligen DDR aufgewachsen, meine Eltern waren beide Ärzte. Beide Elternteile und die „sozialistische Erziehung“ haben sich um uns gekümmert. Zur Wende gab es einen Cut. Mein Vater ging in den „Westen“, dort konnte man mehr Geld verdienen. Meine Mutter verwirklichte sich ihren Traum, selbstständig und unabhängig zu arbeiten. Sie gründete mit einer Kollegin eine Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin. Mein Bruder und ich waren zwölf und zehn Jahre alt. Man könnte meinen, wir Kinder waren aus dem „Gröbsten raus“ und konnten schon auf uns selbst aufpassen.

Was haben wir Kinder getan in dieser Zeit der Unabhängigkeit? Das heutige „Zocken“ (Video-/Handyspiele) ist das

damalige „Glotzen“ (Fernsehen gucken). Wir waren unbeaufsichtigt und haben uns mit Schnitte, Snacks und Bofrost selbst versorgt. Jena, 1991, es ist 19.30 Uhr, mein Bruder filmt mit der neuen Hi8-Videokamera: Ich sitze auf dem Ecksofa vor dem Fernseher und knabbere Chips; ein Schwenk aus dem Fenster zum Parkplatz: meine Mutter, voll bepackt mit Akten und Einkäufen. In weißen Kinderlettern geschrieben, fährt der Satz „Mutti kommt von der Arbeit“ übers Bild.

Wir begriffen aber auch, welche Möglichkeiten sich uns auftaten. Wir wurden neugierig, wollten die Welt bereisen, konnten Entscheidungen selber treffen. Ein Austauschjahr in Amerika, die Erfindung des Internets und die Möglichkeit des unbegrenzten Wissens machten die Welt für uns immer größer.

Das klassische Pendant zur „DDR-Kindheit“ der 1980er Jahre ist mein Mann. Er wuchs in Baden-Württemberg und Bayern auf. Er war ein klassisches Ärztekind der BRD. Der Vater strebte eine Uni-Karriere an, folgte den Rufen zum Professor in verschiedene Städte. Die Mutter ebnete dem Ehemann den Weg dazu. Sie versorgte die drei Kinder und zeitweise auch die Schwiegereltern. So konnte sie nicht mehr ihrer Berufung als Kinderärztin nachgehen. Es gab keine Kinderkrippe oder Hort, die die Kinderversorgung mitübernehmen konnten. Mein Mann und seine Brüder bekamen den Vater nur selten zu Gesicht.

Auch hier taten sich neue Wege für die nächste Generation auf: Sie nutzten die Freiheit, wenn der Vater nicht zu Hause war oder holten das Auto aus der Ga-

rage, wenn der Schlüssel noch steckte. War dies das große Glück für jedes Elternteil? Muss man Abschlüge machen, um anderen den Aufstieg zu ermöglichen? Braucht man mehr Geld, um glücklicher zu werden? Die Fragen sind unendlich. Wir wollen Antworten finden, in dem wir es versuchen.

Die Gemeinsamkeit unser beider Kindheitserfahrung ist die bleibende Idee, es anders machen zu wollen. Wir sind auch Arzt und Ärztin geworden, teilen unsere Care-Arbeit und erziehen die Kinder gemeinsam.

Wir haben den Wunsch, unsere Beziehungen zu pflegen und Zeit zu haben für alle Anliegen. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Es gibt nur ein Ausprobieren. Es gibt die Möglichkeiten, Chancen zu nutzen und sie auch zu geben. Es ist die Aufgabe der Älteren, Neues zuzulassen, zu staunen und zuzuhören. Es ist die Aufgabe der Jüngeren, zu staunen, zu respektieren und zuzuhören. Siehe da, es ähnelt sich. Wir ähneln uns. Wir sind alle Menschen, mit Wünschen, mit Plänen, die sich zerwerfen und die sich täglich neugestalten. Wir müssen alle mit den aktuellen Umständen zu Rande kommen. Es geht um Zusammenhalt, um Kollegialität und soziales Miteinander.

Wir 30- bis 45-Jährigen staunen nicht schlecht, wenn die jungen motivierten Studierenden und neuen Assistenzärztinnen und -ärzte pünktlich gehen wollen oder gar auf ihre Mittagspausen pochen, gar im Praktischen Jahr schon in Teilzeit gehen. Haben wir uns noch kaum getraut, was damals gar nicht üblich war, wird es immer mehr zur Selbstverständlichkeit. Was? Zeit zu haben und sich Zeit zu nehmen. Für was? Für sich und für die anderen.

Es geht nicht darum, andere zu verdrängen. Wir sehnen uns danach, dazu zu gehören. Das Bild des klassischen Arztes wandelt sich. Es heißt jetzt Ärzt:in sowie Studierende. Schließlich gibt es mehr Frauen in der Medizin. Für das Jahr 2015 zählt das Statistische Bundesamt bundesweit 89.998 Medizinstudierende in allen Fachsemestern, davon 54.638 Frauen. Von den rund 11.000 Erstsemestern an den staatlichen Hochschulen sind es oftmals über 60 Prozent Frauen, die im Studienjahr 2016 gestartet sind. Bei den Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums liegt der Frauenanteil bei 65 Prozent [3].

Es ist an der Zeit, Veränderungen nicht nur wahrzunehmen, sondern sie auch vorzunehmen. Eine berufstätige Frau,

die Familie hat, wird sich kaum mehr einer 60-Stunden-Praxis auf dem Land zuwenden (auch die Männer suchen nach anderen Möglichkeiten). Unsere Gesellschaft wandelt sich: Nicht mehr Alleingänger, sondern Teamplayer ist das Motto. So haben es uns die Schulen und die unendlichen Möglichkeiten beigebracht. Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte nimmt deswegen zu. Nicht, weil wir uns der Verantwortung entziehen wollen, sondern weil wir sie aufteilen müssen. Ich bin gespannt auf die nächste Generation, die wieder alles anders macht. Ich hoffe, ich werde bereit dafür sein.

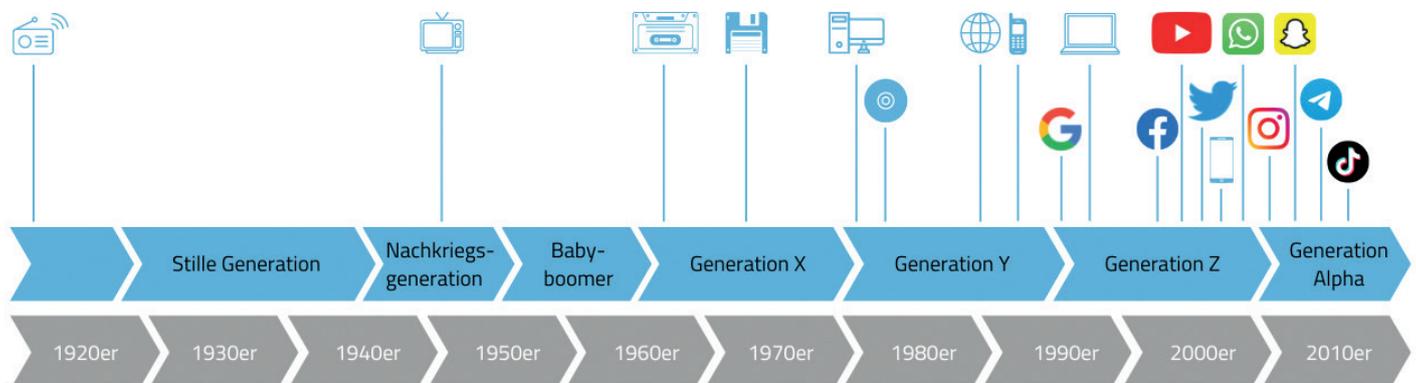
„Schon bald müssen wir uns entscheiden zwischen dem richtigen Weg und dem leichten.“  
(Dumbledore in „Harry Potter und der Orden des Phönix“) ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) →  
Presse/ÖA → Ärzteblatt



Swantje Kraul, Leipzig

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN



Quellen: [www.pewresearch.org](http://www.pewresearch.org); Klaffke M., Nachkriegsgeneration bis Generation Z, Springer Gabler, 2021; <https://mccrindle.com>

# Drei Generationen – eine Hausarztpraxis

U. Taube

Seit etwa 30 Jahren wusste nahezu jeder im Dorf, wo die Außenstelle der Poliklinik Herrnhut, die sogenannte Arztstation Berthelsdorf, zu finden ist, kannte die Sprechzeiten des jeweils dorthin delegierten Arztes und die Gemeindegemeinschaft, welche eigentlich rund um die Uhr Dienst hatte. Ärztliche Hausbesuche erfolgten mit dem Fahrdienst, je nach Dringlichkeit beziehungsweise außerhalb der Sprechzeiten zusätzlich und über eine Einsatzzentrale koordiniert durch den DHD (Dringender Hausbesuchsdienst) oder die SMH (Schnelle Medizinische Hilfe). So oder ähnlich sah die Standardkonstellation für die ambulante medizinische Primärversorgung im ländlichen Raum in der ehemaligen DDR aus, die ich selbst als Patientin von Kindesbeinen an, als Vorpraktikantin im Kreis-krankenhause (einjähriges verpflichtendes Pflegepraktikum nach dem Abitur und vor dem Medizinstudium) und als Medizinstudentin an der Universität Leipzig bis zum Physikum 1989 erlebte. Auf bereits mehr als 20 Berufsjahre

blickte zu diesem Zeitpunkt eine Allgemeinmedizinerin und Betriebsärztin zurück. Als faszinierend empfand sie die Chance, die Arztstation in Berthelsdorf als Hausärztin in eigener Niederlassung weiterzuführen. Der Herausforderung des Praxisaufbaus unter völlig geänderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen stellte sie sich konsequent unter anderem auch mit Ideenreichtum und Improvisationstalent. Die Aufbruchsstimmung in der gesamten Gesellschaft empfand sie dabei als „Rückenwind“. Neu orientieren mussten sich genauso die Patienten im veränderten Gesundheitssystem. Da galt es, Vertrauen nicht nur in der Arzt-Patienten-Beziehung im engeren Sinne, sondern auch in neuartige medizinische Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Mit ihrer Tätigkeit hat die Kollegin dem historisch gewachsenen Praxisstandort und mir als im Jahre 2002 frisch gebackener Fachärztin für Allgemeinmedizin eine Perspektive eröffnet. Das gefühlt immer noch „neue“ Gesundheitssystem war für mich seit dem



Ute Taube nach dem Umzug in die neuen Praxisräume, 2006

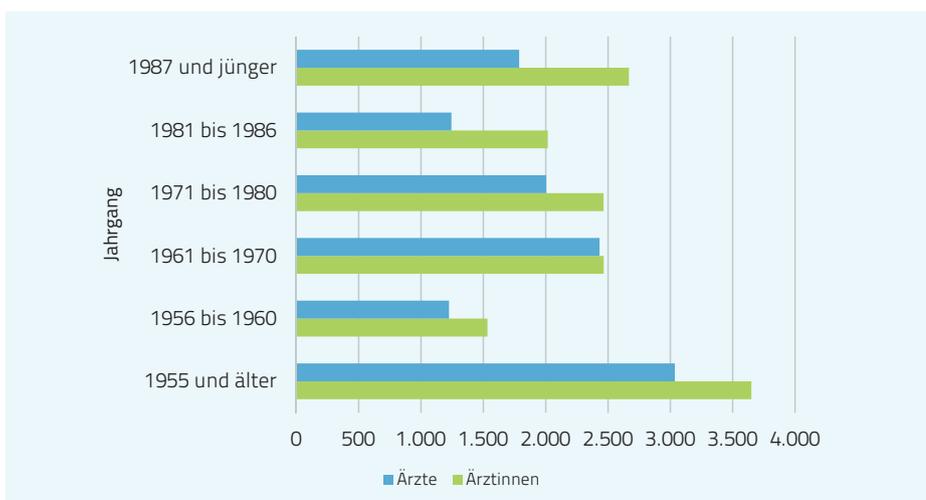
Physikum Studien- und Arbeitsalltag. Der Wunsch, mich als Landärztin in eigener Praxis niederzulassen, hatte mich aus Baden-Württemberg zurück in die Oberlausitz nach Berthelsdorf geführt. An die Worte meiner Vorgängerin bei der Schlüsselübergabe kann ich mich noch gut erinnern. „Nun machen Sie etwas draus, möglichst etwas Gutes.“

„Sind Sie die Neue?“ fragte man mich beim ersten Einsatz im Bereitschaftsdienst mit ADAC-Straßenatlas auf dem Beifahrersitz. Beeindruckt haben mich von Anfang an die Offenheit und Herzlichkeit der Patienten. Dass die Hausarztpraxis im Dorf bleibt, wurde damals und wird heute geschätzt.

Heute gibt es ein deutlich erweitertes diagnostisches und therapeutisches Praxisspektrum in größeren modernisierten Räumen direkt im Nachbargebäude der ehemaligen Arztstation und eine neue zukunftsweisende Perspektive durch die Erweiterung der Praxis um einen zweiten Standort in Herrnhut und die Zusammenarbeit mit einer jungen Fachärztin für Allgemeinmedizin. „Ist sie Ihre neue Kollegin?“ – wurde nachgefragt.

Ja, wir sind ein Team – generationenübergreifend. ■

## ZAHLEN, DATEN, FAKTEN



Altersstruktur der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, Quelle: SLÄK

Ute Taube, Berthelsdorf

# Bericht aus einem langen Arztleben

M. Burgkhardt

Nach absolvierten 46 Jahren im Arztberuf soll mein Blick zurückgehen und begründen, weshalb ich meine Berufsentscheidung zu keiner Zeit bereut habe. Ich entstamme einer alten Leipziger Arzt- und Künstlerfamilie mit christlich-liberalem Weltbild: mein Vater war Pulmologe, mein Großvater war praktischer Arzt, der andere Großvater Pfarrer.

Damit war für mich schon als Kind vorstellbar, dass ich Arzt werden könnte und es machte mir als Kind Freude, meinen Großvater mit dem Fahrrad bei den Hausbesuchen im Leipziger Musikviertel zu begleiten.

Der Weg zum Medizinstudium war aber steinig, ich konnte nicht auf direktem Wege das Abitur ablegen, arbeitete nach dem Abschluss der Polytechnischen Oberschule über vier Jahre als Hilfspfleger und legte an der Volkshochschule das Abitur ab.

Die Studienzeit ab 1968 an der Alma Mater Lipsiensis war eine wunderbare Zeit.

Besonders prägend war die anatomische Ausbildung unter Prof. Rolf Bertolini, kurzweilig und brillant. Prof. Bertolini sollte ich in höheren Studienjahren noch einmal in seiner Funktion als Direktor für Erziehung und Ausbildung kennenlernen, als er mir die Rückkehr in das einjährig unterbrochene Medizinstudium nach meiner Exmatrikulation aus disziplinarischen Gründen wegen Faschingsunfuges ermöglichte.

Zum Ende des Studiums 1975 stand die Absolventenvermittlung an, die, wie alles in der DDR, gut durchgeplant war. In unserem Falle war es der sogenannte Schwerpunktbezirk Karl-Marx-Stadt, der für eine Facharztausbildung

in Frage kam. Man konnte wohl einen Wunsch zur Fachrichtung oder zum Arbeitsort äußern, der aber nur in seltenen Fällen berücksichtigt wurde. Man war gut beraten, wenn man sich entweder auf die Fachrichtung oder den Einsatzort orientierte.

Mein Wunsch war die Fachrichtung Chirurgie in meiner Heimatstadt Leipzig und der meiner Frau die Anästhesiologie am gleichen Ort. Die Lenkungscommission, die auch von Mitgliedern der FDJ-Leitung des Studienjahres mitbesetzt war, hatte einen Gegenvorschlag. Ich sollte Chirurgie in Schneeberg/Erzgebirge erlernen, meine

Frau die Anästhesie in Sangerhausen/Mansfelder Land, allerdings mit der Einschränkung, dass die überwiegende Ausbildungszeit in Eisleben zu erfolgen hat, weil Sangerhausen keine Ausbildungsberechtigung für ihr Wunschfach vorweisen konnte. Wir verfügten über kein Auto und hatten eine kleine Wohnung in Leipzig. Wohnungen in Sangerhausen und Schneeberg oder gar Eisleben konnten uns nicht angeboten werden. Somit unterschrieben wir nicht diese Angebote, sondern vertrauten auf den Rat eines guten Freundes, indem wir einfach warteten, welche Stellen zum Abschluss des Studiums nicht vermittelt werden konnten. Das Warten lohnte sich, denn meine Frau bekam eine Ausbildungsstelle zur Gynäkologin am Kreis Krankenhaus Borna. Mir wurde eine Ausbildungsstelle Urologie an der Poliklinik Leipzig-Südwest zugewiesen.

Und damit begann das nicht Erwartete, denn als ich mich in dieser ambulanten medizinischen Einrichtung vorstellte, bekam ich mitgeteilt, dass man keinen Arbeitsplatz für einen Urologen habe; ich möge mich um eine Ausbildungsstelle an einer der drei Leipziger Urolo-



Abb. 1: Operationssaal der Urologischen Universitätsklinik Leipzig, 1980

gischen Kliniken bemühen, zu denen man mich delegieren würde. Das tat ich und bekam eine Zusicherung von der soeben neugegründeten Urologischen Universitätsklinik und hatte das Glück unter dem neu aus Erfurt berufenen Prof. Dr. Ferdinand Dieterich sieben Jahre arbeiten zu können.

Die äußeren Arbeitsbedingungen waren schwierig. Die Urologische Klinik wurde im September 1975 gegründet, die baulichen Bedingungen in der „alten“ Hautklinik waren schlecht und irgendwie stand alles auf Neugründung. Andererseits zog mit dem ersten urologischen Ordinarius ein völlig neuer Geist ein, aber die Räumlichkeiten, ein altes Saalsystem mit 24 Betten, weitere kleinere Zimmer und schlechte Sanitärösungen, forderten geradezu bauliche Änderungen. Also begannen Umbauarbeiten bei laufender Patientenbelegung und der

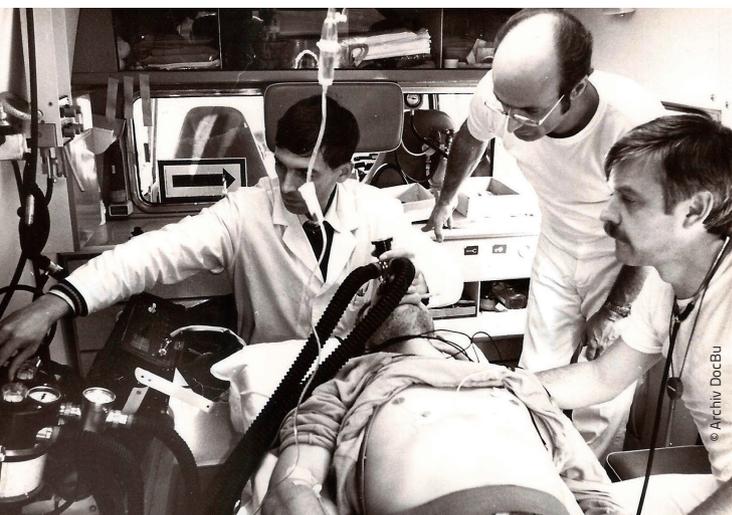


Abb. 2: Blick in ein Fahrzeug der Dringlichen Medizinischen Hilfe (DMH) Leipzig, 1989

Planung aller urologischen operativen Eingriffe. Die Operationen fanden im alten Operationssaal der Hautklinik statt, selbstverständlich ohne Klimaanlage und mit einer spartanischen Ausstattung (Abb. 1). Dennoch wurden hier große Tumor- und geschlechtsangleichende Operationen, sowie Operationen an den Nebenschilddrüsen durchgeführt. Da nur ein Operationstisch zur Verfügung stand und mehrere Durchgänge geplant wurden, legte der Chef drastische Maßnahmen zur Zeitoptimierung fest, die unter anderem darin bestanden, dass die Operateure den Operationstrakt, der nur aus zwei kleinen Räumen bestand, auch in den Pausen nicht verlassen durften.

Unvergessen waren die strengen Anforderungen, die der Klinikdirektor an die ärztliche Disziplin und an die patientenzentrierte Verhaltensweise legte. Man mag es heute sich kaum noch vorstellen, aber der Operateur musste sich am Bett dem Patienten vorstellen und selbstverständlich postoperativ mehrfach persönlich nach dem Operierten schauen. Eine Lieblingsfrage des Chefs bei der Visite lautete an den Patienten: „Wer hat Sie denn operiert?“ Und wenn der Patient nicht aus der weißen Visitenwolke den Operateur herauspicken

konnte, dann wurde die Krankenakte gezogen und nach dem Operationsbericht geschaut. Der echte Katastrophenfall war, wenn der Bericht noch nicht geschrieben war. Dann wurde die Visite abgebrochen und es fanden hochnotpeinliche Befragungen der Kollegen statt. Die täglichen Dienstbesprechungen im Zimmer des Direktors waren quälend lange, be-

fassten sich mit dem Verlesen von Arztbriefen und waren für die jungen Väter unter den Assistenten, die noch in die Kindergärten zum Abholen ihres Nachwuchses mussten, kaum erträglich. Apropos „Väter“: Erst Anfang der 1980er Jahre war die erste Frau in den Kreis der rund 20 Männer aufgenommen worden, um Urologin zu werden. Und die ersten Urologinnen hatten es nicht leicht und mussten hart gesotten sein.

Wir waren eine stattliche Zahl von Urologen, die selbstverständlich alle in der Klinik Bereitschaftsdienst verrichten mussten. Der Dienst begann nach einem normalen Arbeitstag, ging bis zum nächsten Morgen, woran sich dann wieder ein normaler Arbeitstag anschloss. Demzufolge war es bei den Wochenenddiensten so, dass man samstags anrückte und montags nach dem Normalarbeitstag wieder nach Hause ging. Eine Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit gab es nicht.

Immerhin hatte die Teilnahme an den sogenannten Hintergrunddiensten und Nierenentnahmediensten einen Vorteil, weil man auf diese Weise die Berechtigung zur Beantragung eines privaten Fernsprechanchlusses bekam.

Und weil die Entlohnung eines Arztes eher bescheiden war, suchte man sich weitere Arbeiten. Diese waren: allgemeinmedizinische Hausbesuchsdienste in den städtischen Polikliniken oder Dienste im Rahmen der Dringlichen Medizinischen Hilfe (DMH), also des Rettungsdienstes (Abb. 2). Und diese Dienste wurden vom staatlichen Gesundheitswesen relativ gut bezahlt. Wenn man, wie ich, zur Stammbesatzung der DMH-1 in Leipzig gehörte, bekam man für den 24-Stunden-Dienst 240 Mark bezahlt, was in Anbetracht des monatlichen Grundgehältes eines jungen Arztes (700 Mark) stattlich war.

Und weil mir diese Tätigkeit gefiel, beschloss ich nach dem Erwerb des Facharztes hauptamtlich im Rettungswesen als Ärztlicher Leiter der SMH in einem Thüringer Landkreis zu arbeiten. Das war eine lehrreiche Zeit, weil man neben dem täglichen Rettungsdienst auch außerhalb der Regelarbeitszeit nachts der einzige Arzt im Kreiskrankenhaus und auf der Straße war.

Weil es allerdings den staatlichen Stellen nicht möglich war, unserer Familie in der Region eine Wohnung zu besorgen, beendete ich nach einem Jahr meine Tätigkeit und ging nach Leipzig zurück. Dort fand ich schnell eine Beschäftigung an einer der größten Polikliniken der DDR, der Poliklinik Ost, in der ich allgemeinmedizinisch arbeiten konnte (Abb. 3).

In der Poliklinik mit 16 Fachabteilungen arbeiteten 330 Menschen, überwiegend Frauen, die ihre Arbeitsplätze in 26 Außenstellen hatten. Diese Außenstellen waren in umfunktionierten Wohnungen untergebracht. Das sogenannte Haupthaus war eine alte Fabrikantenvilla des ehemaligen Leipziger Industriellen Karl Krause; jetzt mit Röntgenabteilung, Chirurgie, Allgemeinmedizin und Kinderabteilung. Die Poli-

linik war für die medizinische Versorgung von etwa 50.000 Menschen zuständig; sie war werktäglich von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr und samstags von 7.00 bis 13.00 Uhr geöffnet.

Von 1983 bis 1986 war ich, wie das gute Dutzend Allgemeinmedizinerinnen, dort tätig, machte Sprechstunden, absolvierte Hausbesuche und war, wie meine Kolleginnen, für die täglichen Gesundheits- und Sozialprobleme erste Anlaufstelle. Zunehmend wurde man für seine Patienten zur Klagemauer, die Stimmung unter den Menschen war schlecht und die allgemeine Versorgungslage gleichfalls. Im Jahr 1986 wurde ich mit 41 Jahren in die Funktion des Ärztlichen Direktors berufen und man wies mich darauf hin, dass eine meiner wesentlichen Leitungsfunktionen der sogenannte Zurückdrängungsprozess sei. Damit war gemeint, dass die hohe Zahl von Ausreiseantragstellern minimiert werden sollte. Gleichzeitig beauftragte mich der Kreisarzt als höchstchargierter politischer ärztlicher Funktionär im Territorium weitere Ärztinnen und Ärzte, die wegen ihrer Ausreiseanträge aus den Universitätskliniken entlassen worden waren, in die Poliklinik zu übernehmen.

Die Situation in der sanierungsbedürftigen Poliklinik wurde zunehmend kompliziert, die Kohlebelieferung für die insgesamt 70 Berliner Öfen in den Außenstellen und einen großen Heizkessel für das Haupthaus stagnierte. Dann gab es eine Kesselhavarie, weil ein Kesselglied durchgerostet war. Einen Ersatz gab es nicht, sodass wir in Eigeninitiative Material auf dem sogenannten zweiten Warenkreislauf selbst beschaffen mussten und in einer Wochenendaktion den Kessel reparieren ließen.

Im Jahr 1989 war dann jede Führung durch sogenannte übergeordnete Organe zusammengebrochen, woraus

die ostdeutsche Revolution resultierte. Auch das Gesundheitswesen war genauso betroffen, wie die sonstige Gesellschaft. Das

Schicksal der Polikliniken war praktisch besiegelt. Der Versuch, die Poliklinik Ost zu retten und sie in ein Gesundheitszentrum in einer freien Trägerschaft zu überführen, scheiterte zum einen an den mangelnden politischen Bereitschaften für eine solche Entwicklung und zum anderen an den Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte, in die freie Niederlassung zu gehen. Damit war meine Aufgabe als Ärztlicher Direktor erledigt und ich wandte mich anderen Aktivitäten zu. Zunächst gründete ich die Landesrettungsschule Sachsen als pluralistischen Verein der Hilfsorganisationen und wurde deren erster Leiter. Nach Erledigung dieser Aufgabe berief man mich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst meiner Heimatstadt. 1993 schließlich ging ich zusammen mit meiner Frau in die freie Niederlassung; zunächst als praktischer Arzt, dann als Facharzt für Allgemeinmedizin. Diese fachübergreifende Gemeinschaftspraxis betrieben wir bis 2017 und gaben sie dann an das Medizinische Versorgungszentrum des Leipziger St. Elisabeth-Krankenhauses ab, in dem wir für drei Jahre noch im Anstellungsverhältnis arbeiteten.

Meine Arbeit gab mir nach der Wende viele Möglichkeiten, mich auch anderweitig für meine Kollegen und für die Gemeinschaft zu engagieren. Ich war 25 Jahre Stadtrat in Leipzig und von 1990 bis 2021 Mandatsträger in der Sächsischen Landesärztekammer. Es hatte mir jederzeit große Freude berei-



Abb. 3: Allgemeinmedizinische Sprechstunde Poliklinik Leipzig-Ost, 1986

tet, einen Kammerausschuss zu leiten, Kurse zu organisieren und Vorträge zu halten. Ich bin glücklich, dass ich fast fünf Jahrzehnte arbeiten und meinem Berufsstand dienen konnte.

Somit war es gut, dass ich mich schon als junger Mensch intensiv mit der Realisierung meines Berufswunsches auseinandergesetzt habe. ■



In Memoriam: Dr. med. Michael Burgkhardt war bis 30. Juni 2021 als Facharzt für Allgemeinmedizin in Leipzig tätig. Am 31. Mai 2022 verstarb Dr. Burgkhardt im Alter von 76 Jahren.

# Der Arztberuf im Spiegel historischer Epochen

D. Müller

Es ist Ende November 2020, die Welt scheint still zu stehen. Es herrscht der pandemiebedingte Lockdown. Ein verregener dienstfreier Samstag im Erzgebirge. Ich nutze die Zeit, um in der Geschichte zu grasen. Nach dem Aufstellen einer Filmleinwand bringe ich den von meinem Vater übernommenen Filmprojektor in Gang und stecke eine Filmrolle auf.

Die tonlosen Bilder in erstaunlich hervorragender Schwarz-Weiß-Qualität beginnen sich zu bewegen. Ich traue meinen Augen kaum, nachfolgend versuche ich die Aufschrift der Filmdose zu entziffern: Winter 1941/1942, Ostfront, die Sequenzen zeigen bei Eiseskälte Kriegsszenen. Die Wehrmacht war in keiner Weise für einen Winterkrieg gerüstet. Es werden bis an die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit erschöpfte deutsche Soldaten an der Frontlinie gezeigt. In nur wenigen Szenen ist ein kleiner, pyknischer, haupthaararmer Truppenarzt, mein Großvater (geboren 1901) zu sehen, völlig erschöpft, Augenringe und existenzielle Angst sind zu erkennen. Nur allzu selten hat er, um selbst abgebildet zu sein, seine Schmalfilmkamera aus der Hand gegeben. Nun werden bewegte Bilder aus einem Lazarett gezeigt; verletzte, verbundene und zerschundene Soldaten liegen reihenweise auf schmalen Holzpritschen. An einigen der Männern fehlen ganze oder Teile von Extremitäten.

Nach den grauenvollen Bildern tausche ich die Filmspulen. Friedliche Urlaubsbilder darf ich bestaunen, abgebildet eine junge Familie im Sommer 1937 im

Menschengetümmel von Bad Wörishofen. An der Hand meines bereits erwähnten Großvaters ein kleiner Junge, mein Vater (geboren 1931) neben seinen damals zwei Schwestern. Plötzlich taucht eine offene Limousine für wenige Sekunden im Film erfasst auf. In ihr steht ein Mann mit kleinem schwarzen Oberlippenbart, den Namen brauche ich nicht zu erwähnen. Auch ohne Ton wird die ausgelöste begeisternde Stimmung in diesem Moment gegenwärtig, die Arme werden hochgerissen, die Menschaugen scheinen zu leuchten. Zu diesem Zeitpunkt wusste mein Großvater noch nicht, was ihn etwa ein halbes Jahrzehnt später erwartete. Die damalige Propagandapolitik hatte auch bei ihm Spuren hinterlassen. In seinen Tagebuchaufzeichnungen ist zu lesen, wie er an der direkten Front hunderte von Verwundeten unter Einsatz seines eigenen Lebens versorgte. Eigentlich wollte er, aus einer bürgerlichen Familie stammend, auch Chirurg werden. Den Unterhalt für sein Studium musste er sich als Kellner und Zauberer nebenbei verdienen. Da eine chirurgische Ausbildungsstelle bei Prof. Dr. Otto Kleinschmidt in Leipzig nicht verfügbar war, hatte er sich in seiner Heimatstadt Zschopau 1927 als Allgemein- und Wundarzt sowie Geburtshelfer niedergelassen. Dabei war er auch Hausarzt zahlreicher Judenfamilien. Er pflegte stets Politik und die Ausübung des Arztberufes streng zu trennen. Einige noch vorhandene Briefe und Aufzeichnungen bezeugen diese ethisch vorbildliche Einstellung. Mein Vater hat diesen Charakterzug, politisch unter einem ganz anderen Vorzeichen, in seinem Berufsleben weitergelebt. Dazu können die Leserinnen und Leser in einem späte-

ren Abschnitt Näheres erfahren. Wie durch ein Wunder hatte mein Großvater den Rückzug von der Ostfront überstanden. Aus der Gefangenschaft kehrte er im Oktober 1945 heim. Dem damaligen Medizinerangel war es zu verdanken, dass er die Tätigkeit in eigener Niederlassung als praktischer Arzt und Geburtshelfer wieder aufnehmen konnte und auch später unter DDR-Bedingungen ausführen durfte. In einem Zeitungsartikel ist heute noch zu lesen, wie er als „Rucksackdoktor“ mit dem Fahrrad in den umgebenen Ortschaften von Zschopau nach dem Kriegsende Hausbesuche fuhr und dort zahlreichen Kindern bei Hausgeburten beim Erblicken der Welt verhalf. Als bürgernaher Arzt war er unendlich beliebt. Ich erinnere mich noch an seine Praxisausstattung mit einem Röntgengerät, er nahm konservative Frakturbehandlungen, Wundversorgungen und kleinste Eingriffe vor. Er war 24 Stunden für seine Patienten da, trotzdem blieb Zeit für ein bürgerliches Leben mit Jagd und Kegelclub. Seine liebevolle Strenge mit enormen Sinn für Familie, Freunde und Geselligkeit haben auch mich geprägt. Er war Mitbegründer des legendären Chemnitzer Ärzteballes. Aus heutiger Sicht hätte ich noch eine Unmenge Fragen an ihn auf meinem Zettel stehen. Andererseits glaube ich, dass er wenig Verständnis für die Entscheidungen unserer Gesundheitspolitik und für die Überbürokratisierung als pragmatischer Arzt aufbringen würde. Er könnte die Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung in keiner Weise verstehen. Wenige Tage vor seinem 80. Geburtstag verstarb er nach fast 50-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Die ihm gelehrte Ideologie, die erlebten Geschehnisse des Zweiten Weltkrieges und die



Dr. med. Ernst Müller, 1972



Dr. med. Peter Ernst Müller, 2018



Dr. med. Dirk Peter Müller

Teilung Deutschlands mit allen Folgen haben ihn bis zum Schluss nicht in Ruhe gelassen.

Wir schreiben den 12. August 2022, meine fünf Jahre ältere Schwester, selbst ärztlich tätig, und ich haben unseren Vater, welcher eine Woche zuvor seinen 91. Geburtstag beging, zu einem Abendessen eingeladen. Dank einer Hüfttotalendoprothese ist er noch mobil, aber er läuft gebückt, die Spinale Stenose bereitet dem älteren Herrn zunehmend Schwierigkeiten. Ein Rollator kommt aus seiner Sicht unter Protest (noch) nicht in Frage. Uns beiden Kindern quält das schlechte Gewissen. Nur zu selten schaffen wir einen Besuch. Selbst am Ehrentag war dienstbedingt der Geburtstagsbesuch ausgeschlossen. Seine geistige Fitness ist bestechend. Schnell sind wir bei den alten Geschichten. Angefangen wird in der als unbeschwert empfundenen Kindheit in den Vorkriegsjahren. Gern begleitete er seinen Vater zu Hausbesuchen aber auch zur Jagd. Der Berufswunsch, selbst Arzt zu werden, war die logische Folge. Das aufopferungsvolle Arztdasein seines Vaters in den schweren Nachkriegsjahren konnte ihn nicht davon abhalten. Mit Lebensmittelmar-

ken und einem Rucksack voller persönlicher Sachen wurde der junge Mann im Herbst 1951 von seinen Eltern in den Zug nach Rostock gesetzt, um die beiden ersten Semester zu absolvieren. Es war eine Fahrt in das Ungewisse. Heute undenkbar, seine Kinder ohne die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mittels Mobiltelefone in die Fremde zu schicken. Nach dem Wechsel an die Universität Leipzig folgte dort das erfolgreiche Staatsexamen 1956. Sein Wunsch, Chirurg zu werden, ging problemlos in Erfüllung, da in einem Stadtkrankenhaus im Erzgebirge (Olbernhau) dringend ein Chirurg gesucht wurde. Immer wieder berichtet er, belegt durch alte Fotografien, von den primitiven Arbeitsbedingungen. Die Narkosen führte anfangs ein Arzthelfer durch. Einige chirurgische Hilfsmittel wurden selbst angefertigt. Für ein Jahr war er Schüler bei Prof. Dr. Kurt Unger im Krankenhaus Leninstraße in Karl-Marx-Stadt mit erfolgreicher Facharztanerkennung 1962. Das ärztliche Arbeitsleben in der chirurgischen Abteilung der genannten Einrichtung, welche später als Kreis Krankenhaus geführt wurde, war durch das unermüdliche Engagement der beiden tätigen Fachärzte (Chefarzt und

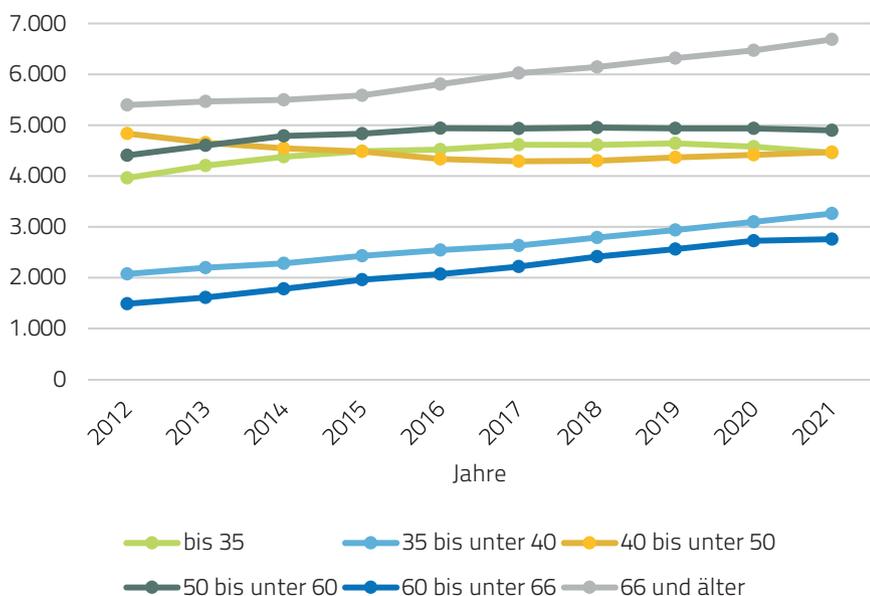
unserem Vater als Oberarzt) gekennzeichnet. Das operative Spektrum beidenswert, neben allgemein- und unfallchirurgischen Eingriffen beherrschten sie zahlreiche urologische und gynäkologische Operationstechniken. Aus heutiger Sicht der Weiterbildungsordnung undenkbar. Diagnostische Maßnahmen (zum Beispiel Durchleuchtungen) mussten selbst vorgenommen werden. Ohne Sonografie und ohne Schnittbildgebung ergaben sich die meist richtigen Diagnosen. Aber auch von unzähligen Schicksalsfällen wird berichtet, wo jegliche Hilfe zu spät kam. Wir als Kinder wuchsen im Rhythmus des damals etablierten Dienstsystems auf, eine Woche um die andere Rufbereitschaftsdienst mit unzähligen operativen Nacheinsätzen. Aufopferungsvoll, die Patienten mit ihren Leiden im Fokus, vergingen die Jahre und die DDR begann sich zu stabilisieren. Zunehmend musste unser Vater durch die Parteilosigkeit zur SED die Druckausübung durch die entsprechenden politischen Organe mit der Zielstellung einer Parteizugehörigkeit aushalten. Aber auch für ihn war die unparteiische Berufsausübung oberstes Gebot. Empathie und fachliche Kompetenz waren

Leitfaden in seiner ärztlichen Tätigkeit. Wir als Kinder sind heute stolz, dass er dieser Priorität trotz Repressalien treu geblieben war. Lohn dieser Kontinuität war die folgerichtige Ernennung zum Chefarzt mit der politischen Wende. Das jahrzehntelang vergossene Herzblut für die Vielzahl seiner Patientinnen und Patienten der Region und für seine Einrichtung gaben ihm als Ärztlichen Direktor nochmals die Motivation und die Kraft, nach der Wiedervereinigung gegenüber dem Sächsischen Sozialministerium den Fortbestand des Hauses zu begründen. Fördermittel für den Ersatzneubau mit rascher Umsetzung waren die Folge. Mit viel Freude und Stolz hat er in den neuen Räumlichkeiten sowie unter modernen medizinisch-technischen Bedingungen operiert und bis zum Renteneintritt am 31. Dezember 1996 gearbeitet. Es ist spät geworden, die Anekdoten nehmen kein Ende. Von Müdigkeit bei unserem Vater keine Spur. Er erinnert an die Umstände, als wir uns für das Medizinstudium bewarben. Es sei betont, dass es zu allen Zeiten unserer eigener Wille war, beruflich in die Fuß-

stapfen unserer Vorfahren treten zu wollen. Politisch herrschte der Kalte Krieg, die SED-Regierung und das staatliche Gesundheitswesen hatten ihre eigenen Vorstellungen von der Kaderschmiede. Fortführen ärztlicher Traditionen standen da nicht auf der gewünschten Tagesordnung. Im Gegenteil, eine solche sollte beendet werden, insbesondere wenn keine Parteizugehörigkeit nachzuweisen war. Abgelieferte lupenreine Abiturzeugnisse sollten für einen Studienplatz nicht ausreichen. Unser Vater motivierte uns in den beiden Abiturklassen der Erweiterten Oberschule freiwillige und unentgeltliche Pflegestunden im örtlichem Pflegeheim abzuleisten. Damals kamen nur Frühschichten an Sonntagen in Frage. An jedem möglichen Zeitpunkt wurde gearbeitet. Die Pflegesituation aus heutiger Sicht war eine Katastrophe. Wir lernten die Freude an der Pflege und die Empathie gegenüber hilfsbedürftigen Menschen. Diese Tätigkeit hat uns bis heute im Rahmen unseres Arztseins geprägt. Lohn war die Pflege spange des Deutschen Roten Kreuzes der DDR in Gold (500 Stunden)

beziehungsweise Silber (250 Stunden). Mit diesem humanitären Pfund im Gepäck erhielten wir nach noch einigen Zitterpartien die Zusage für das Medizinstudium an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig. Ich sitze im Auto zur Heimfahrt, meine Gedanken schweifen. Einmal mehr wird mir klar, wie gerne ich meinen Arztberuf trotz enormer Entbehrungen, Dienstbelastungen, auferlegten Einschränkungen und bürokratiebedingten Hürden unserer Zeit ausübe. Eine andere berufliche Tätigkeit kann ich mir nicht vorstellen. Uns suchen Angehörige und Patienten auf, um uns ihr höchstes Gut, ihre Gesundheit, hilfesuchend anzuvertrauen. Ich darf voller Dankbarkeit, insbesondere nach der Wiedervereinigung, auf eine geradlinige Entwicklung mit zahlreichen Ausbildungsabschlüssen zurückblicken. Diese habe ich mit Fleiß und Zielstrebigkeit erreicht. Politische Voraussetzungen waren nicht nötig. Gelenkt wurden wir vom staatlichen Gesundheitswesen der DDR. Für mich ist unser Berufsbild noch Berufung. Hoffentlich empfinden die nachfolgenden Generationen weiterhin ähnlich. Wie gut ist es, dass wir uns an Vorbildern orientieren können. Die Wirren der vergangenen politischen Epochen bestätigen, nur die unparteiliche Freiberuflichkeit bietet die besten Voraussetzungen für die ärztliche Berufsausübung als freie, unabhängige und eigenverantwortliche Profession. Dafür müssen wir unsere berufspolitischen, berufsständigen und berufsrechtlichen Angelegenheiten selbst regeln in den vorhandenen Strukturen. Nur als geschlossen auftretende Ärzteschaft sind wir argumentativ stark gegenüber angestrebten Veränderungen des Gesetzgebers, welche wir als kritisch bewerten. Übrigens, die Tradition wird weitergeführt... ■

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN



Entwicklung der Altersstruktur der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, 2012 – 2021, Quelle: SLÄK

Dr. med. Dirk Müller, Annaberg-Buchholz

# Generationen im Interview

„Hört nicht auf, miteinander zu sprechen“



Katja Baumann, Dresden  
Ärztin in Weiterbildung

beitet habe. Die Erfüllung dieses Traumes spielt somit eine zentrale Rolle in meinem Leben. Viele Entscheidungen – auch privater Natur – wurden dadurch maßgeblich beeinflusst.

**Welche Eigenschaft oder auch welche Fertigkeit macht Sie als Ärztin für die Gesundheitsversorgung, für Ihr Krankenhaus besonders wertvoll?**

Aktuell punkte ich sicherlich noch nicht mit tiefgreifender fachlicher Kompetenz und Erfahrung. Ich sehe meine Stärke aber in Kommunikation und Empathie sowohl im interdisziplinären Team als auch direkt mit den Patientinnen und Patienten.

**Welches war das eindrucksvollste beziehungsweise nachhaltigste Erlebnis, das Sie mit einer Kollegin oder einem Kollegen oder mit Patienten einer anderen Generation hatten, an das Sie sich erinnern?**

Ein einzelnes konkretes Erlebnis gab es für mich (noch) nicht. Nachhaltig beeindruckt bin ich aber immer wieder, wie insbesondere sehr kranke oder sehr alte Menschen oft mit dem Thema Tod und Sterben umgehen: mit viel Gelassenheit und tatsächlich auch viel Humor.

**Was würden Sie unbedingt in Ihrem Beruf ändern wollen? Was würden Sie unbedingt so belassen und an die nächste Generation weitergeben?**

Um etwas „unbedingt ändern“ oder „unbedingt belassen“ zu wollen, würde ich gerne noch etwas länger Erfahrung sammeln. Allerdings wünsche ich mir mehr Bewusstsein in unserer Gesellschaft für die vermeintliche Selbstverständlichkeit, mit der Ärztinnen und Ärzte, egal welcher Position, große Teile ihrer Freizeit der Arbeit schenken, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten.

**Wenn Sie sich mittels einer Zeitmaschine in ein anderes Zeitalter begeben könnten: Welches Zeitalter würden Sie gern als Ärztin erleben?**

Ganz klar: die Zukunft!

**Welchen Satz möchten Sie der nächsten Generation (der jüngeren oder älteren) gern mit auf den Weg geben?**

Hört nicht auf, miteinander zu sprechen. ■

**Wieviele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

Kein Jahr – ich habe zum 1. Juli 2022 mit meiner Arbeit als Ärztin begonnen.

**In welcher Fachrichtung, in welchem Bereich und in welcher Position sind Sie tätig?**

Ich bin als Ärztin in Weiterbildung für die Innere Medizin im 1. Ausbildungsjahr angestellt.

**Welche Rolle spielt das Arzt-Sein für Ihr Leben?**

Ärztin zu sein, ist schon viele Jahre mein Traum, auf den ich lange hingear-

Anzeige

„Ich wünsche mir, dass medizinische Versorgung nicht als Dienstleistung am Kunden, sondern als Dienst am Patienten verstanden wird.“  
Jenny Gullnick, FÄ für Allgemeinmedizin in Werdau

**ÄRZTE FÜR SACHSEN**

Neue Interviews und Stories auf [www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de)

# Generationen im Interview

„Das Arztsein hört eigentlich nie auf, auch wenn die Praxistür zu ist.“



Dr. med. Anne-Sophie Hajduk, Dresden  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

## Wieviele Jahre Berufserfahrung haben Sie?

Insgesamt neun Jahre, als Fachärztin 3,5 Jahre.

## In welcher Fachrichtung, in welchem Bereich und in welcher Position sind Sie tätig?

Seit 2021 arbeite ich selbstständig in meiner Hausarztpraxis in einer Praxisgemeinschaft mit einer weiteren Hausärztin in Dresden.

## Welche Rolle spielt das Arzt-Sein für Ihr Leben?

Eine große. Das Arztsein hört eigentlich nie auf, auch wenn die Praxistür zu ist.

## Welche Eigenschaft oder auch welche Fertigkeit macht Sie als Ärztin für die Gesundheitsversorgung, für Ihre Praxis besonders wertvoll?

Das Verantwortungsbewusstsein für die Patienten – dass ich mich in dem

Maß, das ich bewältigen und stemmen kann, für die Nöte der Patienten engagiere und mir des Vertrauens, dass sie mir entgegenbringen, bewusst bin.

## Welches war das eindrucksvollste beziehungsweise nachhaltigste Erlebnis, das Sie mit einer Kollegin oder einem Kollegen oder mit Patienten einer anderen Generation hatten, an das Sie sich erinnern?

Es gibt sehr viele solcher Erlebnisse. Bei allem Negativen, was in dem Beruf auch auf einen einprasselt, tun die positiven Begegnungen besonders gut. Bei einer Weiterbildung traf ich eine ältere Psychiaterin das erste Mal. Nach dem Workshoptag sagte Sie zu mir, dass sie „ein großes Strahlen von mir für die Sache wahrnehme“ – genau das hoffe ich, mir lange bewahren zu können.

Ein Patientenereignis hat sich auch sehr eingepreßt: Nach meiner ersten Sterbebegleitung als Assistenzärztin schrieb die Tochter des Verstorbenen einen Brief an mich und bedankte sich – den Brief habe ich immer noch.

## Was würden Sie unbedingt in Ihrem Beruf ändern wollen? Was würden Sie unbedingt so belassen und an die nächste Generation weitergeben?

Die Arbeitsbelastung sowohl in den Kliniken und auch in den Praxen muss auf mehr Schultern verteilt werden, das heißt, in den Kliniken müssen mehr Ärzte eingestellt und ambulant weitere KV-Sitze zugelassen werden. Ich empfinde den Patientenzulauf, sowohl im

stationären als auch ambulanten Bereich als enorm hoch. Mit dem aktuellen Personalschlüssel ist das perspektivisch ohne Qualitätsverluste der Versorgung nicht zu bewältigen.

Ich versuche im Kontakt mit Studenten, die Freude am ärztlichen Beruf weiterzugeben – das Spannende, wie ein Detektiv ein Problem zu erkunden und schließlich eine Lösung zu finden, macht mir sehr viel Spaß.

## Wenn Sie sich mittels einer Zeitmaschine in ein anderes Zeitalter begeben könnten: Welches Zeitalter würden Sie gern als Ärztin erleben?

Ins 15. Jahrhundert (aber in ein Mittelalter, in dem ich als Ärztin gearbeitet hätte). Ich finde es spannend, wie damals noch viel ausprobiert werden musste, Tinkturen selbst zusammengesetzt wurden und man sehr pragmatisch arbeiten musste. Die hygienischen Bedingungen würde ich aber gern außen vorlassen...

## Welchen Satz möchten Sie der nächsten Generation (der jüngeren oder älteren) gern mit auf den Weg geben?

An die jüngeren: Sie haben sich für einen tollen Beruf entschieden. Mit einer Portion pragmatischer Gelassenheit und einem dicken Fell kann wenig schiefegehen. ■

# Generationen im Interview

„Ich achte jeden Beruf. Ich habe den meinen erfüllt und er mich.“



Dr. med. Winfried Rieger,  
Ebersbach-Neugersdorf  
Facharzt für Innere Medizin, i.R.

**Wieviele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

„Aktiv“ 39 Jahre. Jetzt bin ich 80 Jahre, ganz weg ist der Arztberuf nie.

**In welcher Fachrichtung, in welchem Bereich und in welcher Position waren Sie tätig? Zum Beispiel angestellt/selbständig, Arzt in Weiterbildung, Oberarzt-/Chefposition?**

Alles trifft zu, selbständig nur ein Jahr, alles andere der Reihe nach, zeitlich etwa zu gleichen Teilen ambulant und/oder stationär, Innere Medizin.

**Welche Rolle spielt das Arztsein für Ihr Leben?**

Ich achte jeden Beruf. Ich habe den meinen erfüllt und er mich.

**Welche Eigenschaft oder auch welche Fertigkeit macht Sie als Arzt für die Gesundheitsversorgung besonders wertvoll?**

Verantwortung für 1. Patienten, 2. Mitarbeiter und 3. Kollegen, Familie und für sich selbst.

**Welches war das eindrucksvollste beziehungsweise nachhaltigste Erlebnis, das Sie mit einer Kollegin oder einem Kollegen oder mit Patienten einer anderen Generation hatten, an das Sie sich erinnern?**

Der Chefarzt der Infektionsstation in Kaulsdorf stellte bei mir (als Patient und Student im 2. Jahr) in zehn Sekunden eine lebensbestimmende Diagnose, die etwa 20 Ärzte vorher über Jahre nicht erkannt hatten. Das hat mich anhaltend motiviert.

**Was würden Sie unbedingt in Ihrem Beruf ändern wollen? Was würden Sie unbedingt so belassen und an die nächste Generation weitergeben?**

Ändern: mehr Sportsgeist, das Beste (und zwar in der Reihung nach Antwort 4) aus der Situation zu machen.

Weitergeben: wirklich immer lernen (wollen) – Versagen ebenso auswerten wie Erfolg; gesunde Selbstachtung – jede Woche eine kleine feste Zeit nur für sich selbst einräumen.

**Wenn Sie sich mittels einer Zeitmaschine in ein anderes Zeitalter begehen könnten: Welches Zeitalter würden Sie gern als Arzt erleben?**

Keines, nur wenn es sein müsste meines, bevorzugt 1990 bis 2006.

**Welchen Satz möchten Sie der nächsten Generation (der jüngeren oder älteren) gern mit auf den Weg geben?**

Leute, wenn Ihr nur noch 20 Prozent der Zeit für den Patienten habt, dann nutzt sie, hinzuschauen und Worte und Haltung, Mimik und Willen freundlich auf ihn und seine Sorge auszurichten. ■

Die Interviews führte  
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“.

Anzeige



UNSERE GESCHENK-EMPFEHLUNG:

## Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989

Zu bestellen über:  
Sächsische Landesärztekammer | Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit | Schützenhöhe 16 | 01099 Dresden  
Fax: 0351 8267-162 | E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de  
(Schutzgebühr 8.00 Euro)



# Das komplexe Bild der Altersdepression

V. Holthoff-Detto

## Einleitung

Das komplexe Erkrankungsbild der Altersdepression ergibt sich aus der somatischen und kognitiven Gesundheit und den Ressourcen der Betroffenen, die sie in der individuellen psychosozialen Entwicklung über die Lebensspanne entwickelt haben und die ihnen während der Therapie zur Verfügung stehen werden. Ferner sind die persönliche, sozioökonomische Lebenssituation und die Selbstständigkeit in Lebensentscheidungen wichtige Faktoren in der Behandlung. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, ist ein individueller und multiprofessioneller Behandlungsansatz zwingend erforderlich. Die unbehandelte Altersdepression stellt eine weitreichende gesundheitliche Gefährdung des alten Menschen dar. Bei Menschen im Alter ab 75 Jahren ist für die subklinischen Manifestationen, die minoren Depressionen, eine Prävalenz von 17,1 Prozent [1], sowie eine 12-Monate Prävalenz von 11,6 Prozent für die schweren bis mittelgradigen Verlaufsformen, die majoren Depressionen, in westlichen Ländern nachgewiesen worden [2]. Die Altersdepression kann zu einer erheblichen Minderung des eigenen Funktionsniveaus und der Lebensqualität führen [3, 4]. Die Diagnose wird häufig erst sehr spät gestellt, da die Symptome einer Altersdepression nicht selten, sowohl von Betroffenen als auch Mitarbeitenden des Gesundheitswesens, als unvermeidbare Altersveränderungen gewertet werden [5].

## Symptome, Diagnose und Prognose

Im klinischen Alltag fallen zunächst beispielsweise Veränderungen des Affekts, des Verhaltens und der kognitiven Leistungsfähigkeit auf, eine Zu-



nahme von Schmerzen, sowie möglicherweise die Vernachlässigung der eigenen Gesundheitsfürsorge bei bereits bestehenden chronischen Erkrankungen. Ferner kann auch ein erhöhter Alkohol- oder Schlafmittelkonsum auf das Vorliegen von Unruhe und Schlafstörungen als Symptome einer Altersdepression hinweisen. Bei älteren Männern kann eine erhöhte Reizbarkeit klinisch im Vordergrund einer Altersdepression stehen [6]. Die kognitiven Störungen bei der Altersdepression betreffen insbesondere die Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration, sowie das Arbeitsgedächtnis [7], was eine Differentialdiagnose zu beginnenden Demenzerkrankungen erschweren kann. Klinisch gilt es zunächst das affektive Syndrom zu behandeln und mit zeitlichem Abstand der differentialdiagnostischen Fragestellung nachzugehen. Longitudinale Untersuchungen konnten zeigen, dass kognitive Einbußen sich überwiegend im Verlauf der Altersdepression zurückbilden können [8]. Die Prognose der evidenzbasierten multimodalen Behandlung ist vergleichbar mit der bei Menschen im jüngeren und mittleren Alter. Sie hängt beim alten Menschen jedoch auch vom Behandlungserfolg

der Komorbiditäten ab, beispielsweise somatischer Risikofaktoren wie Diabetes oder Hypertonus oder psychiatrischer Risikofaktoren, wie Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Diese Faktoren werden als biologische Stressoren gewertet. Die psychischen Stressoren, zu denen beispielsweise Lebenssorgen, Verlusterlebnisse oder reaktivierte Traumata gehören, können genauso wie die oben aufgeführten biologischen Stressoren substantiell die Behandlung der Altersdepression behindern und verschlechtern, wenn sie nicht in den Konzepten die notwendige Behandlung erfahren [9]. Ferner ist für die Prognose auch die kognitive Reserve des Gehirns von großer Bedeutung, das heißt die aktive Fähigkeit des Gehirns Prozesse zu initiieren, die trotz physiologischer (zum Beispiel Altern) oder pathologischer Hirnveränderungen die kognitive Leistungsfähigkeit kompensieren. Die Depression als starker biologischer Stressor wird auch als Risikofaktor für die kognitive Gesundheit im zunehmenden Lebensalter gewertet, was noch einmal mehr die absolute Behandlungsindikation der Altersdepression mit dem Ziel einer weitgehenden Genesung und Rückfallprophylaxe unterstreicht [10]. Die sehr hohe Suizidalität im Rahmen der Altersdepression ist für die Behandlung eine große Herausforderung [11]. Sie ist gekennzeichnet durch eine sehr starke kognitive Einengung auf Gedanken und häufig unbeeinflussbaren Gedankenschleifen trotz psychotherapeutischer Interventionen und Aktivierungstherapien, noch bevor eine antidepressive Pharmakotherapie wirksam werden könnte. Eine biologische Erklärung könnte sein, dass in der Depression die kognitive Inhibition von Gedankenschleifen nicht wirksam werden kann und ein kognitives Symptom der schweren

Depression ist. Die klinische Konsequenz sollte eine enge und schützende personelle Begleitung und zusätzlich zu der antidepressiven Pharmakotherapie eine beruhigende nicht-pharmakologische und gegebenenfalls vorübergehende pharmakologische Intervention sein.

Die Diagnose wird nach dem Schweregrad der aktuell vorliegenden Symptomatik sowie dem Verlauf festgelegt (S-3 Leitlinie Depression, 2015, [12]). Die letzten Episoden einer rezidivierenden Erkrankung (zwei oder mehr Episoden) können durchaus Jahrzehnte zurückliegen. Da rezidivierende Verläufe eine Rückfallprophylaxe erfordern, ist diese Information von Bedeutung. Differentialdiagnostische Überlegungen sind unumgänglich und dazu zählen beispielsweise degenerative Erkrankungen, wie Demenzen und Parkinsonerkrankung, oder internistische Erkrankungen, wie Schilddrüsenfunktionsstörungen oder medikamentöse Nebenwirkungen.

Eine vollständige Remission oder weitgehende Rückbildung der Symptome ist Ziel der Behandlung und die Gefahr von Rückfällen ist sehr viel höher als bei jüngeren Patienten (85 Prozent der Erkrankten nach erster Episode). Die Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe führen zu 84 Prozent Remission innerhalb von drei Jahren [13]. Gebrechlichkeit, psychiatrische Komorbidität, fehlende soziale Partizipation oder niedriger sozioökonomischer Status können die Prognose verschlechtern.

### Module der Behandlungskonzepte Pharmakotherapie

Bei der pharmakologischen Behandlung wird wie im jüngeren Alter zwischen der Behandlung der akuten depressiven Erkrankungsphase, der Rückfall- und Rezidivprophylaxe unterscheiden. Dem Nebenwirkungs- und Interventionsprofil der einzelnen Subs-

tanzklassen kommt im Alter eine besondere Bedeutung zu. Die Pharmakotherapie ist nur eins der evidenzbasierten Module zur Behandlung der Altersdepression. Eine antidepressive Pharmakotherapie im Alter wird zur Behandlung einer mittelgradigen und schweren depressiven Erkrankungsphase empfohlen [12], auch wenn einschränkend gesagt werden muss, dass Studienergebnisse für das dritte und vierte Lebensalter nicht ausreichend vorliegen [14]. Bei der leichten Depression sollte die Schwere der Funktionsminderung, die bei den Betroffenen zu verzeichnen sind, die Entscheidung zur Pharmakotherapie bestimmen: Eine Pharmakotherapie ist bei Einbußen der individuellen Alltagsbewältigung indiziert, insbesondere wenn die Betroffenen über positive Behandlungserfahrungen verfügen. Psychotherapeutischen (auch kurzen) Interventionen ist bei Erkrankten mit minorer Depression ohne Funktionsverluste der Vorzug zu geben [12].

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden aufgrund geringerer Nebenwirkungen als Mittel der ersten Wahl empfohlen [12]. Die häufigsten Nebenwirkungen beim Einsatz von Antidepressiva bei der Altersdepression sind anticholinerge Nebenwirkungen, Hyponatriämien, frequenzkorrigierte QTc-Zeit-Verlängerung, die delirigen und sedierend wirken und neben der Sturzgefahr auch zu kognitiven Defiziten führen können. Darüber hinaus ist das Risiko einer, insbesondere gastrointestinalen, erhöhten Blutungsgefahr bei gleichzeitiger Einnahme von oralen Antikoagulantien zu beachten [15]. Bei klinischer Indikation der Antikoagulation sollte eine Kombination mit einem serotonerg wirksamen Antidepressivum vermieden und Antidepressiva wie beispielsweise Mirtazapin oder Agomelatin eingesetzt werden. Die unzureichende Datenlage im Alter

erschwert die Empfehlungen für Mittel der zweiten Wahl [14, 16]. Allerdings erfordert das pragmatische klinische Vorgehen die Festlegung von individuellen Therapiezielen und die Auswahl nach weiteren, für den Patienten möglicherweise vorteilhaften Wirkungen: beispielsweise des noradrenergen und spezifisch serotonergen Antidepressivum Mirtazapin bei klinisch erwünschter Unterstützung der Schlafförderung oder die Gabe vom Melatoninagonisten (Agomelatin) bei Patienten mit wiederkehrender Hyponatriämie unter SSRI Einnahme oder zu starker Gewichtszunahme unter anderer antidepressiver Pharmakotherapie. Das ungünstige, anticholinerge Nebenwirkungsprofil von trizyklischen Antidepressiva führt dazu, dass trotz einer klinischen antidepressiven Wirksamkeit der Einsatz nicht empfohlen werden kann und daher in Einzelfallentscheidungen Anwendung findet.

Als Risiko für ein langsames und schlechteres Ansprechen auf die Pharmakotherapie im Alter, sowie die erhöhte Rückfall- und Rezidivgefahr, sind somatische Multimorbidität und kognitive Störungen bekannt [7, 9]. Sonst sind Response und auch die Rückfallgefahr bei alten Menschen vergleichbar mit den übrigen Erwachsenen [9]. Sollte eine Response sechs Wochen nach Erreichen der Standarddosis ausbleiben, so wird eine Kombinationstherapie, ein Medikamentenwechsel oder eine Augmentation mit Lithium empfohlen (Serumspiegel: 0,4 bis 0,6 mmol/l) [17]. Nach einmaliger depressiver Episode sollte eine wirksame Akuttherapie vier bis neun Monate weitergeführt werden [12, 18] und bei schweren Episoden empfiehlt die S3-LL [12] zusätzlich eine Psychotherapie zur Erhaltungstherapie im Alter. Bei zwei oder mehr Lebensepisoden wird eine Rezidivprophylaxe von 24 Monaten empfohlen [9].

## Nichtpharmakologische Therapieverfahren

### Psychotherapie

Die Psychotherapieforschung zu beispielsweise Problemlösetherapie, interpersonelle Psychotherapie, kognitiv-behaviorale Psychotherapie und Reminiszenz Therapie erbrachten sehr gute Ergebnisse im Alter und konnten mindestens mittlerer Effektgrößen nachweisen [9, 19, 20]. Zu den Zielen gehören Lebensbilanzierung und Entwicklung von Resilienz. Die Schulen nutzen dazu unterschiedliche Möglichkeiten, wie kognitive Umstrukturierung, der Lebensrückblick oder die Bearbeitung des eigenen Insuffizienzerlebens und der Scham bei Ich-Idealen, denen altersbedingt nicht mehr entsprochen werden kann. Die klinische Realität zeigt, dass es vielerorts, trotz einer zunehmend hohen Bereitschaft von alten Menschen der Empfehlung zu folgen, eine Hürde ist, einen Therapeuten zu finden, was auf stereotype Altersbilder zurückzuführen sein könnte [21].

### Kognitives Training, Ergotherapie, künstlerische Therapien und Bewegungstherapie

Kognitives Training bei der Altersdepression führt zu Verbesserungen in mehreren neuropsychologischen Domänen und der Stimmung [22]. Der Wiederherstellung der bestmöglichen kognitiven Leistungsfähigkeit kommt eine zentrale Bedeutung zu, da eine Minderung ein hohes Risiko für unvollständige Remission und Rückfallgefahr darstellt. Im akutklinischen Alltag, aber auch in der ambulanten Behandlung sind Therapien wie Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie und Bewegungstherapie, für die es eine Evidenz für ihre Wirksamkeit bei der Altersdepression gibt, notwendig [12, 23, 24]. Sie verfolgen das Ziel, den alten Menschen wieder in eine aktive und teilhabende Lebensfunktionalität zu führen, die Wahrnehmung eigener Gedanken

## INFOBOX PHARMAKOTHERAPIE

- Antidepressive Behandlung kann im Alter erst nach sechs Wochen klinisch greifbar werden
- Ziel der Behandlung ist die Minderung der Ausgangssymptome um mindestens 50 Prozent (klinische Response nach beispielsweise BDI oder GDS) und Weiterbehandlung bis zur Remission oder bestmöglichen Symptomreduktion
- Erfolgreiche Behandlung von Komorbiditäten verbessert antidepressive Wirksamkeit
- Erhaltungstherapie mit Akutdosierung vier bis neun Monate nach erster depressiver Episode weiterführen
- Rezidivprophylaxe bei mehr als zwei Lebensepisoden für 24 Monate weiterführen
- Cave Nebenwirkungen und Interaktionen bei Gabe Antidepressiva wie Hyponatriämie, QTc-Verlängerungen, Sedierung und Sturzgefahr, erhöhte Blutungsgefahr

und Emotionen zu ermöglichen und ihn damit in seiner Befähigung zum eigenen Handeln zu stärken.

### Lichttherapie

In der S3-LL [12] wird die Lichttherapie bei der saisonalen Depression empfohlen. Für die Wirksamkeit der Lichttherapie bei alten Menschen mit Depression liegt keine ausreichende Evidenz, jedoch ermutigende Ergebnisse, vor, die einen Einsatz in der Akutbehandlung der saisonalen und nicht-saisonalen Depression klinisch rechtfertigen [25, 26].

### Elektroheilkrafttherapie (EKT)

Bei schweren Depressionen, auch im Alter, wird die EKT empfohlen. Die Sicherheit und Verträglichkeit der unilateralen EKT und die Reduktion kognitiver Nebenwirkungen hat sich so weiterentwickelt, dass die EKT eine der wirksamsten Therapien in der Behandlung von schwerer Altersdepression, insbesondere der wahnhaften Depression, ist [27, 28]. Das Risiko der Anästhesie bestimmt das Risiko der EKT bei alten Menschen. Diese Behandlung erfolgt unter vollstationären Bedingungen in Zentren mit Erfahrung mit der EKT.

### Fazit

Altersdepressionen sind sehr häufige, gut zu behandelnde psychische Erkrankung, die einer multimodalen und multiprofessionellen Behandlung bedürfen. Sie können unbehandelt zu schweren Funktionseinbußen im Leben der Erkrankten führen, können den Verlauf somatischer Komorbidität verschlechtern und weisen eine sehr hohe Suizidalität auf. Die hohe Rückfallgefahr lässt sich durch eine Pharmakotherapie und Psychotherapie erfolgreich minimieren. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) →  
Presse/ÖA → Ärzteblatt



Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe  
Höhensteig 1, 12526 Berlin und  
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“  
der Technischen Universität Dresden  
E-Mail: [psychiatrie-khh@alexianer.de](mailto:psychiatrie-khh@alexianer.de)

# Ärzte als Patienten

## Der ungewollte Wechsel der Perspektive

J. Schulze

Die Rolle und Sozialisierung von uns Ärzten scheint einer spezifischen Prägung zu gehorchen, die man mit „Unverwundbarkeit“ der „Weißkittel“ beschreiben könnte. Krank sind immer nur die Patienten in der Praxis oder im Krankenhaus. Allerdings ergeben sich aus Diagnosen bei Ärzten gravierender Art auch Schreckens- und Katastrophen-Szenarien – weil sie die Verläufe kennen und vom Verlaufsende her bedenken. Andererseits besteht die Erkenntnis, dass Ärzte Symptome verdrängen, sorglos mit der eigenen Gesundheit umgehen, sich für unverletzlich halten, Krankheiten bagatellisieren, um ganz für ihre Patienten da zu sein. In diesem Spannungsfeld von Bagatellisierung einerseits und Katastrophen-szenarien andererseits ist die Problematik „der kranke Arzt“ angesiedelt.

Bereits 2019 stand das Thema Arztgesundheit im Fokus des 122. Ärztetages in Münster – sicher auch als Konsequenz des 2017 aktualisierten Genfer Gelöbnisses, in dem es nunmehr heißt, dass Ärztinnen und Ärzte auf ihre Gesundheit achten sollen, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Bei diesen Erwägungen spielt das Lebensalter der Ärzte eine wesentliche Rolle, sowie der Umgang mit eigener Betroffenheit.

Die folgende Kasuistik zeigt die Lebensalter abhängige Betroffenheit eines Arztes aus Dresden.

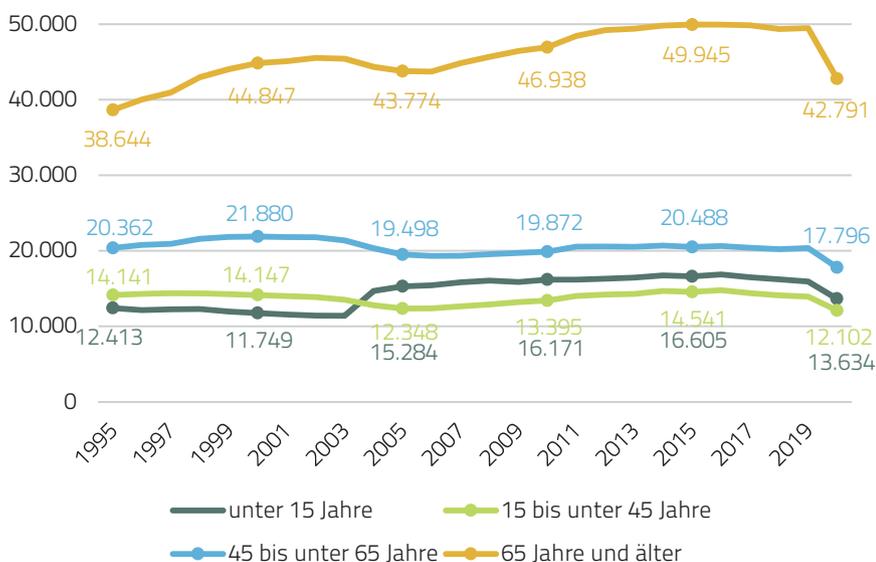
Der junge Stationsarzt einer Diabetikerstation wird in der Röntgenfilmdemonstration mit seinem spezifischen tuberkulöses Infiltrat in der Lunge konfrontiert, nachdem er rückblickend ein halbes Jahr verdrängte Symptome von Husten, Nachtschweiß und subfebrile

Temperatur hatte, die er für nicht bedeutsam hielt. Ein viertel Jahr Heilkuraufenthalt, die kombinierte Gabe mit Tuberkulostatika sowie die spätere Anerkennung als Berufskrankheit waren die Folge. Die erfreuliche Ausheilung des Prozesses das Ergebnis.

Bei dem gleichen Arzt fiel in den nachfolgenden Röntgenkontrolluntersuchungen Jahre später eine Erweiterung der Aorta ascendens auf. In dieser Situation setzte eine rationale ärztliche Befassung mit der „Zeitzünderbombe“ – Aortenaneurysma ein. Ein befreundeter ärztlicher Kollege übernahm die weiter notwendige Kontrolle und Logistik. Die Gespräche mit dem potenziellen Operateur zur Festlegung des optimalen OP-Zeitpunktes waren auf Augenhöhe, sachlich und erfahrungsgesättigt. Die OP am Herzzentrum Leipzig verlief erfolgreich, eine nachfolgende Heilkur stellte den Status präante wieder her. Besonders als ärztlicher Pensionär erwartet der von lebenslimitierenden Krankheiten Betroffene kollegiales Verhalten, Zuwendung und Expertise, um vertrauensvoll in die limitierte Zukunft zu gehen.

Wir Ärztinnen und Ärzte sollten als „Helfer und Heiler“ nicht glauben, ausschließlich für die Lösung von Problemen der Patienten da zu sein, sondern auch mit Sensibilität die eigenen Problemfelder bearbeiten. Dabei sollten wir auch kollegiale Hilfe und Unterstützung selbstverständlich in Anspruch nehmen. Umfassende Hinweise dazu finden sie unter <http://www.aerztegesundheits.de/> ■

### ZAHLEN, DATEN, FAKTEN



Altersspezifische Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in Deutschland 1995 – 2020 (einschl. Stunden- und Sterbefälle), Quellen: [www.gbe-bund](http://www.gbe-bund.de), [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident

# Greis und Kind

## Alter und Kindheit in Porträts des Malers Max Langer

Im Werk des bedeutenden Oberlausitzer Malers Max Langer (1897–1985) spielen Jugend und Alter, Kinder und alte Menschen eine herausragende Rolle. Der aus einfachen Verhältnissen stammende Stubenmaler, der seine künstlerische Ausbildung 1917 bis 1921 an der Kunstgewerbeakademie in Dresden erwarb, erlebte mit zwei Weltkriegen, der unsicheren, doch zugleich künstlerisch anregenden Zwischenkriegsphase, der Nazizeit und den Nachkriegsjahren sowie der Zeit der DDR das ganze bewegte 20. Jahrhundert vorwiegend in der oberlausitzischen Provinz. Angesichts all jener geistigen und künstlerischen Anregungen sowie innerer und äußerer Beunruhigungen, die das 20. Jahrhundert auch in seinem Heimatort Niederoderwitz mit sich brachte, bildete das Porträtieren von Menschen seines Umfelds ein Kontinuum in seinem Schaffen.

Neben Webern und Bauern waren es hauptsächlich seine eigenen vier Kinder (das fünfte verstarb im Säuglingsalter an Diphtherie) sowie sehr alte Leute aus der Nachbarschaft und Familie, die er als Modelle wählte. Unter mehreren Bildnissen seiner Mutter Ernestine Emilie Langer ragt eine Bleistiftzeichnung aus dem Jahr 1938 heraus, in der er die Siebenundsiebzigjährige mit versonnenem Blick im Halbprofil schilderte (Abb. 1). Alle Merkmale des Alters, wie Falten, tiefe Augenhöhlen, eingefallene Schläfen und Wangen, dünnes weißes Haar, die scheinbar größer gewordene Nase und das Ohr gab er mit einer fast andächtigen Genauigkeit wieder. Damit stellte er sich in die Nachfolge von Albrecht Dürers (1471–1528) berühmter Kohlezeichnung von

dessen totkranker Mutter aus dem Jahr 1514, das sich heute im Berliner Kupferstichkabinett befindet. Langers Mutter ist zwar auch von ehrwürdigem Alter, doch nicht leidend dargestellt. Ihr Blick ist klar und um ihren Mund scheinen sich Entschiedenheit und zugleich ein verflagenes oder kommendes Lächeln anzudeuten. Dass dieses Gesicht mehrdeutig lesbar ist, macht die Qualität dieser Zeichnung aus, die Max Langer wie die meisten seiner Werke sorgfältig beschriftete.

Die vielfältigen Spuren, die das Leben in den Gesichtern hinterlässt, interessierten ihn auch in der Bildnisstudie des „neunzigjährigen Benjamin Fröhlich aus Niederoderwitz“ aus dem Jahr 1942 (Abb. 2). Bei dem zahnlosen Alten mit wimpernlosen blauen Augen scheint den Künstler der Ausdruck eines der Gegenwart bereits entrückten Greisenalters gereizt zu haben, das er mit jeder einzelnen Falte festhielt. Feder- und Kreidestriche setzte er dazu ein, den Flaum auf dem Schädel, blaue Adern und eisgraue Bartstoppeln genauestens wiederzugeben. Derartige meisterlich ausgeführte Blätter von einer gewissen veristischen Überdeutlichkeit zeigen, wie der Künstler sich bis hin zum einzelnen Härchen an das Konkrete, Gegenwärtige eines menschlichen Gesichtes hielt. Indem ein Porträt durch sein hohes Alter auf zurückliegende Zeiten oder durch Kindlichkeit in die Zukunft verwies, entzog sich der Künstler den Zumutungen der damaligen Gegenwart.

Das Porträtieren wie die Selbstbildnisse blieben in den Nachkriegsjahren ein Kontinuum in Max Langer Schaffen.

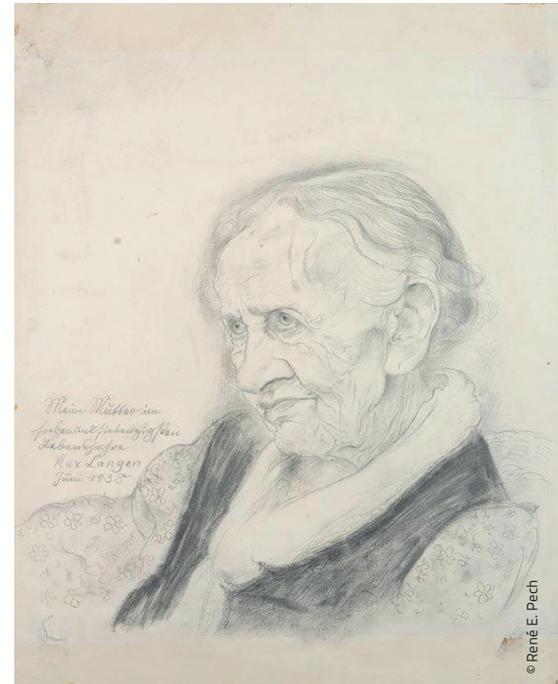


Abb. 1: Max Langer, „Meine Mutter im siebenundsiebzigsten Lebensjahre“, 1938, Grafit, schwarze Kreide, 41,0 × 33,0 cm, Max-Langer-Erben

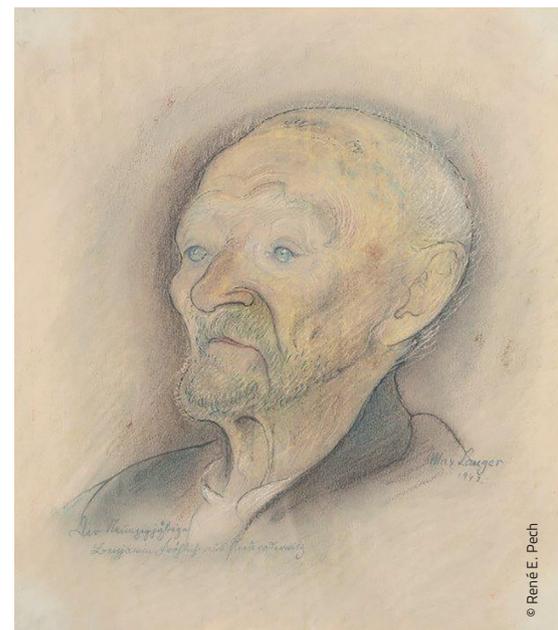


Abb. 2: Max Langer, „Der neunzigjährige Benjamin Fröhlich aus Niederoderwitz“, 1942, Farbstifte, Pastell, 34,0 × 32,0 cm, Deutsches Damast- und Frottiermuseum Großschönau, Inv.-Nr. 1981-2790

Dabei drückte sich die jeweilige Persönlichkeit eines Dargestellten nicht allein im Gesicht, sondern auch in dessen Körpersprache aus. So erfasste er die Haltung seines jüngsten Sohnes auf einer Fußbank an einem Stuhl sitzend

mit wenigen Pinselstrichen (Abb. 3). Rücken und Ellenbogen fasste er zu einem Dreieck zusammen und drückte die Konzentration beim Zeichnen allein in der über das Blatt gebeugten Körperhaltung des Kindes aus. In der zü-

gigen Pinselzeichnung übermitteln sich väterliche Zuneigung ebenso wie die Freude an den ausdrucksvollen Formen von Kopf, Ohren und dem empfindlichen Nacken.



Abb. 3: Max Langer, Roland beim Malen am Stuhl sitzend, 1950, Grafit, Feder in Schwarz, Blau und Grün, 30,5 x 24,5 cm, Max-Langer-Erben



Abb. 4: Max Langer, Kindergruppe, 1951, Öl auf Hartfaser, 84,0 x 114,0 cm (mit Rahmen), Ganztagschule „Max Langer“ in Oderwitz



Abb. 5: Max Langer, Roland mit Schirmmütze, 1953, Feder in Schwarz, schwarze Kreide, Pastell, ca. 60,0 x 40,0 cm, Max-Langer-Erben



Abb. 6: Max Langer, Der Philosoph, 1925, Feder in Schwarz, 31,7 x 44,0 cm, Oberlausitzer Sechsstädtebund- und Handwerksmuseum Löbau, Stadtmuseum Löbau, Inv.-Nr. V 38614

Ein Brustbild des herangewachsenen Rolands bezeugt wiederum Max Langers Einfühlungsgabe (Abb. 5). Federlinien und modellierende Kreideschraffuren in zurückgenommener Farbigkeit wirken darin zusammen, sodass der Künstler im Individuellen zugleich das Typische eines ernsthaften neunjährigen Jungen sichtbar macht.

Eine noch weitergehende Reduktion auf Linien- und Flächenwerte, die der Befreiung von Zufälligkeiten und damit der Verdichtung dient, liegt auch seinem Gemälde einer „Kindergruppe“ aus dem Jahr 1951 zugrunde (Abb. 4). Darin klingt die Kunst der Neuen Sachlichkeit an, die den Künstler beeinflusst hatte. Flächig und dicht nebeneinandergesetzt, bezeichnete er mit sparsamen Mitteln jedes der Dorfkinder als Individuum von eigenem Temperament und Charakter. Zugleich ist dieses Gemälde auch programmatisch zu verstehen. Die von der Vergangenheit unbelasteten Mädchen und Jungen verkörpern die Zukunft und geben so Anlass zur Hoffnung für die weitere Entwicklung im Land. In der Darstellung ihrer Unberührtheit von den Trübnissen der Erwachsenenengesellschaft, ob ernsthaft oder lächelnd, enthält sich der Maler aller übertreibenden Züge.

Anders verhält es sich mit reinen Linienzeichnungen – karikaturistisch überspitzt in ihrer Körperauffassung und Darstellungsweise –, in denen Max Langer schon früh seine Wahrnehmung menschlicher Eigenheiten ausdrückte. So prägte er im Jahr 1925 mit der Zeichnung „Der Philosoph“ den Typus eines mageren Greises mit zahnlos eingefallenem Mund, den er in späteren Figurenszenen immer wieder aufgriff (Abb. 6). Hier freut sich der Müßiggänger angesichts einer Hummel voller Gemütsruhe seines Lebens. Der Zeichner konzentrierte sich auf Hände, Füße und Kopf, während er den mageren Körper in die Landschaft eingehen ließ,

Max Langer war hauptsächlich für Landschaftsgemälde, Blumenstillleben und vor allem seine Hinterglasmalerei bekannt. Darüber hinaus entstand ein umfangreiches Werk an Porträtzeichnungen und -gemälden. Die von der Autorin kuratierte Ausstellung „Meine kleine und große Welt. Leben und Werk des Oberlausitzer Malers Max Langer (1897 – 1985)“, zu der eine monografische Publikation erscheint, findet vom 15. Oktober 2022 bis 16. April 2023 in den Städtischen Museen Zittau, dem Heimatmuseum der Stadt Herrnhut und dem Heimat- und Humboldt-Museum im Faktorenhof Eibau statt, in Kooperation mit dem Museum Ostritz und der Gemeinde Oderwitz.

mit der „Der Philosoph“ auf diese Weise unlösbar verbunden ist. In Max Langers Schaffen lagen demnach kluger, unverstellter Ernst bei Kindern und der Ausdruck anscheinend schutzbedürftiger Kindhaftigkeit bei sehr alten Menschen nahe beisammen. Kindheit und Greisenalter sind beides Lebensepochen, die eher durch andere Entscheidungsträger – die Eltern und alle anderen Älteren beziehungsweise

die Jüngeren, Tonangebenden, Stärkeren – bestimmt werden und ihnen ausgeliefert zu sein scheinen. Doch Max Langers Porträts lassen den großen inneren Reichtum erkennen, jene Vorstellungen, Träume und jene weit zurückreichenden Erinnerungen, die Kinder beziehungsweise sehr Alte in sich tragen. ■

Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil

GENERATIONEN: CARTOON



# Kammerwahl 2023 – Kandidieren Sie jetzt!

Wählen.  
Bewirken.  
Gestalten.  
Wahl der Landesärztekammer 2023



Sollten Sie sich fragen, wie Sie Ihre Kandidatur für die Kammerversammlung, dem Parlament der sächsischen Ärzteschaft, einbringen, dürfen wir Sie auf nachstehendes Formular „Wahlvorschlag“ aufmerksam machen. Neben Ihren persönlichen Daten und der Zustimmungserklärung zur Annahme der Kandidatur bedarf es der Unterstützung

von fünf wahlberechtigten Ärzten des gleichen Wahlkreises, wobei Sie als Wahlbewerber selbst auch unterzeichnen dürfen. Die Beantwortung des kleinen Fragebogens auf der Rückseite dient Ihrer Vorstellung bei den Wählern. Ihr Wahlvorschlag muss der Kreiswahlleitung Ihres Wahlkreises bis spätestens **6. Februar 2023** vorliegen. Dessen

Kontaktdaten wie im Übrigen auch eine ausfüllbare Version des Wahlvorschlages finden Sie auf unserer Homepage unter [www.slaek.de/kammerwahl](http://www.slaek.de/kammerwahl). ■



Ass. jur. Annette Burkhardt  
Landeswahlleiterin  
Telefon: 0351 8267-414  
E-Mail: [kammerwahl@slaek.de](mailto:kammerwahl@slaek.de)

## Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2023 - 2027

### Wahlvorschlag

Wahlkreis \_\_\_\_\_

(Bitte bis spätestens 6. Februar 2023 bei der Kreiswahlleitung einreichen!)

Foto  
beifügen

freiwillig<sup>\*\*\*</sup>)  
Nachreichung möglich

Name, Vorname	Geburtsdatum / -ort
Straße	PLZ/Ort
Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse
Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...)	
Art und Ort der Berufsausübung	

### Bitte Rückseite beachten!

Die folgenden Wahlberechtigten<sup>\*)</sup> unterstützen den Wahlvorschlag des Wahlbewerbers<sup>\*)</sup>:

<sup>\*)</sup> Sie müssen im gleichen Wahlkreis wie der Wahlbewerber wahlberechtigt sein, d. h. im Wahlkreis ihre berufliche Tätigkeit ausüben oder - wenn keine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird - ihren Hauptwohnsitz haben.

<sup>\*\*)</sup> Die Bezeichnung entspricht dem Terminus in der Wahlordnung. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

**Mindestens 5 Wahlberechtigte (einschließlich des Wahlbewerbers selbst) müssen den Wahlvorschlag unterstützen.**

	Name, Vorname	(Privat-)Anschrift / Telefon	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Wählen.  
Bewirken.  
Gestalten.



Wahl der Landesärztekammer 2023

Sächsische  
Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts



### Zustimmungserklärung des Wahlbewerbers gemäß § 11 Abs. 4 der Wahlordnung

Ich bin mit meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden. Die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung nehme ich an.

Mir ist bewusst, dass diese Zustimmung unwiderruflich ist.

Ort/ Datum

Stempel / Unterschrift des Wahlbewerbers

### Fragebogen zur Vorstellung des Wahlbewerbers

Persönliche Angaben	Name, Vorname:
	Geburtsjahr:
	Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...):
	Art und Ort der Berufsausübung:
Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten für den Berufsstand haben Sie bisher ausgeübt? <sup>***</sup> (Angabe in Stichpunkten/max. 250 Zeichen mit Leerzeichen/Vorbehalt der redaktionellen Bearbeitung)	
Welche berufspolitischen Ziele und Aufgaben streben Sie als Mitglied der Kammerversammlung an? <sup>***</sup> (Angabe in Stichpunkten/max. 350 Zeichen mit Leerzeichen/Vorbehalt der redaktionellen Bearbeitung)	

<sup>\*\*\*</sup>) Diese freiwilligen Informationen dienen dazu, Ihre Kandidatur zu konkretisieren und über die „Persönlichen Angaben“ hinaus in den Medien der SLÄK (u. a. Ärzteblatt Sachsen, Homepage, Wahlunterlagen) veröffentlicht zu werden. Mit Angabe dieser Daten erklären Sie sich mit deren Verarbeitung zu dem vorgenannten Zweck einverstanden. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie auf Anfrage beim Datenschutzbeauftragten der SLÄK.

# Ärzte für Sachsen: On Tour in Nordsachsen

Am Samstag, dem 8. Oktober 2022, war das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ gemeinsam mit dem „MiLaMed“-Projekt der Universität Leipzig auf Tour. Das Veranstaltungsformat zielt darauf ab, angehenden jungen Ärzten und Ärztinnen mögliche Berufsperspektiven aufzuzeigen und Fragen zur Absolvierung von Famulaturen oder dem Praktischen Jahr zu beantworten. Mit zehn Teilnehmenden aus Leipzig machte sich „Ärzte für Sachsen“ auf den Weg nach Nordsachsen, um einen Eindruck vom ärztlichen Berufsalltag in der Region zu gewinnen.

Die erste von drei Stationen war die Praxis für Allgemeinmedizin von Dr. med. Thomas Mundt in Delitzsch. Die Praxisvorstellung übernahm Patricia Otto, Ärztin in Weiterbildung, zusammen mit der Medizinischen Fachangestellten Sylke Hermann. Frau Otto berichtete von ihrem Weg bis hierher und beantwortete Fragen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin. Dabei betonte sie vor allem die Bedeutung des nichtärztlichen Personals sowie die Vorteile der Tätigkeit in einer Praxis. Bei einem kurzen Spaziergang durch Delitzsch konnten die Studierenden neben der medizinischen Versorgung dann auch die Stadt näher kennenlernen.

Der zweite Halt war das Kreiskrankenhaus Johann Kentmann in Torgau. Bei einem Rundgang stellte der Geschäftsführer Jens Laser und die Pflegedienstleiterin Gabrielle Nowesky ihre Fachabteilungen vor. Dabei präsentierten sie die dazugehörige Technik, wie die in der Mammographie und der Computertomographie. Im Anschluss hatten die Medizinstudierenden die Möglichkeit, beim Kaffee ihre Fragen, wie beispiels-

weise zur Famulatur, zum Pflegepraktikum und zur Weiterbildung, zu stellen. Eine Stadtführung mit „Katharina Luther“ lud dann noch dazu ein, die Geschichte und Sehenswürdigkeiten Torgaus zu entdecken.

Weiter ging es dann in die Hausarztpraxis von Dr. med. Sebastian Zirm, welcher ebenfalls in Torgau praktiziert. Dr. Zirm erläuterte das Aufgabenspektrum eines niedergelassenen Allgemeinmediziners und die Besonderheiten gegenüber anderen Fachrichtungen. Vor Ort war auch das „Torgauer Ärztenetz“, welches sich für die Gewinnung zukünftiger Hausärzte in der Region engagiert. Der Verbund nutzte die Gelegenheit, um auf seine Angebote, wie die Unterstützung bei der Organisation der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, aufmerksam zu machen. Aus eigener Erfahrung konnte darüber auch Maria Held berichten. Die Ärztin in Weiterbildung arbeitet ebenfalls in der Praxis und ist froh über den Weiterbildungsverbund an ihrer Seite auf ihrem Weg zur Fachärztin.

In der gegenüberliegenden Hausarztpraxis am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von Prof. Dr. med. Thomas Frese und Dr. med. Maximilian Heitzer nahm sich Bastian Schmidt-Hoidis, Facharzt für Allgemeinmedizin, Zeit für weitere Fragen der Medizinstudierenden. Zentrale Themen waren die Facharztweiterbildung und Vorteile eines Medizinischen Versorgungszentrums. Begleitet wurde die Veranstaltung vom Torgauer Oberbürgermeister Henrik Simon, der die Vorzüge seiner Region vorstellte.

Abgerundet wurde die Tour durch ein Teamevent, genauer gesagt Wasserski-



Medizinstudierende erkunden Delitzsch



Beim Wasserskifahren in Eilenburg fand die Tour einen gelungenen Abschluss.

fahren in Eilenburg, das alle Wagemutigen nach dem ereignisreichen Tag mit großer Freude austesteten.

Die Resonanz der Beteiligten zur Tour war durchaus positiv. Ob es einige der Tour-Teilnehmenden zukünftig in die Region verschlägt, ist schwer vorher zu sagen. Immerhin äußerten zwei Studierende Interesse an einem Praktikum am Krankenhaus Torgau. ■

Michaela Sitzberger  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Einladung Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Am Dienstag, dem 6. Dezember 2022, um 15.00 Uhr lädt die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ein zum vorweihnachtlichen Seniorentreffen in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Das genaue Vortragsthema wird

in Kürze bekannt gegeben. Seien Sie zu Kaffee und Stollen herzlich willkommen! ■

Dr. med. Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende der Kreisärztekammer  
Dresden (Stadt)

# Einladung der Kreisärztekammer ERZgebirgskreis

## Seniorenweihnachtsfeier 2022 auf Schloss Schlettau

Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis lädt die Senioren sehr herzlich zu einem musikalisch-historischen Abend in der Weihnachtszeit auf Schloss Schlettau ein.

**Diese findet am Mittwoch, dem 7. Dezember 2022, mit Beginn um 18.00 Uhr statt.**

Unter dem Thema „Leben auf der Überholspur“ referiert unsere kultur-historisch interessierte Kollegin Dr. med. Christine Wagner aus Löbnitz über den Komponisten Max Reger (1873–1916). Untermalt wird das Referat von Prof. Wolf-Günter Leidel am Blüthner-Flügel sowie vom Solisten Lukas Gebelein aus Weimar.

Im Anschluss wird ein gemeinsamer Imbiss in lockerer Atmosphäre für das leibliche Wohl sorgen. Somit steht gleichfalls genügend Zeit für einen regen persönlichen Austausch zur Verfügung.

**Die Veranstaltung wird nach gültigem Hygienekonzept durchgeführt. Für die Planung der Teilnehmerzahl bitten wir bis 1. Dezember 2022 um Anmeldung unter Tel. 03733 80 4015.**



Schloss Schlettau

Der Vorstand freut sich auf Ihre zahlreiche Teilnahme, auf den interessanten Vortrag im reizvollen Ambiente von Schloss Schlettau sowie auf einen regen Informationsaustausch und abwechslungsreiche Begegnungen. Parkplätze sind ausreichend vorhanden (Parkplatzzufahrt über Elterleiner Straße). ■

Dr. med. Dirk Müller  
Vorsitzender der  
Kreisärztekammer Erzgebirgskreis  
im Namen des Vorstandes  
E-Mail: erzgebirgskreis@slaek.de  
www.slaek.de/kaekerzgebirge

## Konzerte und Ausstellungen

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

„soGesehen“ –  
Die Künstlergruppe  
Elisabeth Richter, Gabi Keil, Friederike  
Curling-Aust, Brian Curling, Mirjam  
Moritz und Heike Wadewitz  
bis 15. Januar 2023

### PROGRAMMVORSCHAU

4. Dezember, 11.00 Uhr  
Junge Matinee  
Studierende der Klavierklassen der  
Hochschule für Musik Carl Maria von  
Weber Dresden stellen sich vor.

Im Anschluss an das Konzert wird ein  
Lunchbuffet angeboten.  
Um Reservierung wird gebeten unter  
Tel. 0351 8267-110.



Künstlergruppe „soGesehen“

# Pflicht zur Freistellung für den Unterricht an der Berufsschule

Nach Informationen unserer Berufsschulen werden in letzter Zeit wieder vermehrt Anträge von Ausbilderinnen und Ausbildern zur Freistellung von Auszubildenden vom Berufsschulunterricht für ganze Blockwochen gestellt.

Wir weisen nochmals ausdrücklich auf die gesetzliche Regelung nach dem Berufsbildungsgesetz hin. Nach § 15 BBiG sind die Ausbilderinnen und Ausbilder verpflichtet, ihre Auszubildenden für die Teilnahme am Berufsschulunterricht freizustellen.

In absoluten Ausnahmefällen entscheidet die Berufsschule über einen vorher einzureichenden Antrag auf Freistellung der Auszubildenden vom Berufsschulunterricht für maximal zwei Tage pro Ausbildungsjahr.

Personelle Engpässe in der Praxis rechtfertigen keinesfalls das Fernhalten der Auszubildenden vom Berufsschulunterricht. Dass Beschäftigungsverhältnis ist ein AUSBILDUNGS- und kein Arbeitsverhältnis!

## Berufsschulpflicht

Jugendliche sind nach §§ 26 ff. Sächsisches Schulgesetz zum Besuch der Berufsschule verpflichtet. Das gilt auch für Auszubildende, die zu Beginn der Ausbildung minderjährig waren, inzwischen aber volljährig sind. Bei volljährigen Auszubildenden ergibt sich die Verpflichtung zum Besuch der Berufsschule in aller Regel aus dem Ausbildungsvertrag. In diesem wird regelmäßig die Pflicht zum Besuch der Berufsschule vereinbart.

## Freistellungspflicht

Auszubildende sind nach § 15 Berufsbildungsgesetz (BBiG) für die Teilnahme am Berufsschulunterricht vom Ausbildungsbetrieb freizustellen. Gemäß § 19 BBiG ist für die Zeit der Freistellung die Vergütung zu bezahlen.

Eine Unterscheidung der Freistellungsregelung zwischen jugendlichen und volljährigen Auszubildenden gibt es seit dem Inkrafttreten des neuen Berufsbildungsgesetzes am 1. Januar 2020 nicht mehr.

## Beschäftigungseinschränkungen:

Bei einem planmäßigen Blockunterricht von mindestens 25 Stunden (Unterrichtsstunden) an mindestens fünf Tagen ist eine anschließende Beschäftigung in der Praxis in dieser Woche damit grundsätzlich ausgeschlossen.

## Anrechnung:

Die Berufsschulwochen mit einem planmäßigen Blockunterricht von mindestens 25 Stunden an mindestens fünf Tagen werden mit der durchschnittlichen wöchentlichen Ausbildungszeit (i. d. R. 40 Stunden) auf die Ausbildungszeit angerechnet.

## Sanktionen bei Nichtfreistellung

Stellt der Ausbildungsbetrieb seine Auszubildende nicht für den Schulbesuch frei, begeht er eine Ordnungswidrigkeit, die mit Geldbuße bis 5.000 Euro (bei Minderjährigen: bis 15.000 Euro) geahndet wird (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 BBiG, § 58 Abs. 1 Nr. 6 JArbSchG).

Im Wiederholungsfall kann dem Ausbilder außerdem die Ausbildungsbefugnis

durch die zuständige Stelle entzogen werden (§ 33 BBiG).

Auszubildende, die vom Ausbildungsbetrieb nicht für den Berufsschulbesuch freigestellt werden, sind berechtigt, „eigenmächtig“ am Unterricht teilzunehmen. Der Ausbildungsbetrieb darf sie deshalb nicht abmahnen, kündigen oder ihnen hierfür Urlaub abziehen.

Wer eine Ausbildung macht, lernt auf zwei Arten: Einmal beim „training on the job“ in der Ausbildungspraxis. Der Lernort Berufsschule ist für die Auszubildende ebenfalls bedeutsam – hier wird das theoretische Wissen für den Ausbildungsberuf vermittelt. Im Falle der Nichtteilnahme am Unterricht muss die Auszubildende die vorgeschriebenen Leistungsnachweise trotzdem erbringen und Leistungskontrollen nachschreiben. ■

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Fortbildung für MFA

Unsere Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte finden Sie auf den grünen Fortbildungsseiten in der Mitte des Heftes.

# Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

## Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten

für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar ([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan).

Es können nur schriftliche und unterschriebene Bewerbungen berücksichtigt werden. Die Übergabe der Bewerbungen muss per Post, per Fax oder als eingescannte PDF-Datei per E-Mail erfolgen. Die Bewerbung muss die Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) der betreffenden Ausschreibung nennen. 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>			
22/C083	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	12.12.2022
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
22/C084	Anästhesiologie	Südsachsen	24.11.2022

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0371 2789-4300 oder -4306 | Fax 0371 2789-4305 | [sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de](mailto:sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de)) zu richten.

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
22/D104	Psychologische Psychotherapie -Verhaltenstherapie (häuftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	12.12.2022
22/D105	Augenheilkunde (häuftiger Vertragsarztsitz)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.11.2022
22/D106	Kinder- und Jugendmedizin (häuftiger Vertragsarztsitz)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	12.12.2022
22/D107	Psychiatrie	Meißen	24.11.2022
22/D108	Chirurgie	Sächsische Schweiz	24.11.2022
22/D109	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Sächsische Schweiz	12.12.2022
22/D110	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weißeritzkreis	24.11.2022
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
22/D111	Anästhesiologie (häuftiger Vertragsarztsitz)	Oberes Elbtal/ Osterzgebirge	24.11.2022

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden (Tel. 0351 8828-3300 | Fax 0351 8290-7333 | [sicherstellung.dresden@kvsachsen.de](mailto:sicherstellung.dresden@kvsachsen.de)) zu richten.

## Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
22/L080	Allgemeinmedizin* (dreiviertel Versorgungsauftrag)	Markkleeberg	24.11.2022
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
22/L081	Anästhesiologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Westsachsen	24.11.2022

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig (Tel. 0341 2432-2346 | Fax 0341 2432-2305 | sicherstellung.leipzig@kvsachsen.de) zu richten.

# Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

## Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Allgemeinmedizin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 4. Quartal 2023 (früher möglich)
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Augenheilkunde – Viertel-Vertragsarztsitz (zur Erhöhung des Versorgungsauftrags einer Zulassung oder im Rahmen einer Anstellung)	Südwestsachsen	geplante Abgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0371 2789-4300 oder -4306 | Fax 0371 2789-4305 | sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de).

Anzeige



„ICH WÄHLE, weil mir all die Jahre meiner Kammerzugehörigkeit die Bedeutung und das Gewicht unserer Selbstverwaltung immer wieder ganz bewusst geworden sind. Das berufsständische Know how, die fachliche Kompetenz und ärztliches, kollegiales Verständnis füreinander, sind von der Politik nicht zu erbringen. Deshalb appelliere ich an alle Kolleginnen und Kollegen, sich aktiv an der Wahl der Kammerversammlung zu beteiligen.“

Dr. med. Matthias Cebulla  
FA für Innere Medizin

Wählen.  
Bewirken.  
Gestalten.  
Wahl der Landesärztekammer 2023



## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Praktischer Arzt*)	Bautzen	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Ende 2022
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Ende 2022
Praktischer Arzt*)	Kamenz	Abgabe: Ende 2022
Praktischer Arzt*) (Tätigkeitsschwerpunkt: kinderärztliche Versorgung)	Bautzen	Abgabe: 2023
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 2023
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: Januar 2023
Innere Medizin*)	Radeberg	Abgabe: Januar 2023
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: April 2023
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: April 2023
Allgemeinmedizin*)	Dresden	Abgabe: Juli 2023
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2023
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: Dezember 2023
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: Juli 2024
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Bautzen	Abgabe: ab sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden (Tel. 0351 8828-3300 | Fax 0351 8290-7333 | sicherstellung.dresden@kvsachsen.de).

## Impressum

### Ärztblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

### Herausgeber

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

### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon: 0351 8267-161  
Telefax: 0351 8267-162  
Internet: www.slaek.de  
E-Mail: redaktion@slaek.de

### Redaktionskollegium

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)  
Erik Bodendieck  
Dipl.-Med. Heidrun Böhm  
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Jenny Gullnick  
Dr. med. Marco J. Hensel  
Dr. med. Roger Scholz  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ute Taube  
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin  
Heft 11: Dr. med. Ute Göbel (Vorsitzende Kommission  
Senioren)

### seitens Geschäftsführung:

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

### Redaktionsassistentz

Kristina Bischoff M. A.

### Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden  
www.rundundeckig.net

### Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680  
Internet: www.quintessence-publishing.com  
Geschäftsführung: C. W. Haase

### Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: leipzig@quintessenz.de  
Anzeigendisposition: Silke Johnhe  
Telefon: 0341 710039-94  
Telefax: 0341 710039-99  
E-Mail: johnhe@quintessenz.de

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

### Druck

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

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:  
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt  
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-  
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-  
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,  
Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-  
ausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktions-  
bezeichnungen gelten neutral für Personen jeglichen Ge-  
schlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen  
nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Her-  
ausgebers. 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 – gegeben-  
enfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen  
formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt  
auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft  
die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und er-  
teilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publi-  
kationsbedingungen: www.slaek.de

### Bezugspreise / Abonnementpreise:

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

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2022

# Bestandene Facharztprüfungen

In regelmäßigen Abständen werden die Ärztinnen und Ärzte benannt, die ihre Facharztweiterbildungsprüfung erfolgreich abgelegt haben.

Nachstehenden Kolleginnen und Kollegen gratulieren wir sehr herzlich zur bestandenen Prüfung\*:

## Allgemeinchirurgie

Dr. med. Alexander Kohler, Pirna  
Dr. med. Jens Wutzler, Chemnitz

## Allgemeinmedizin

Dr. med. Patrick Dieterich, Leipzig  
Marie Eisenlöffel, Leipzig  
Jana Hein, Mülsen  
Dr. med. Hannah Heß, Meißen  
Dr. med. Maria Lorenz, Dresden  
Eric Nerger, Torgau  
Bastian Schmidt-Hoidis, Torgau  
Dennis Seifferth, Zwickau  
Dr. med. Georg Thein, Freiberg  
Dr. med. Cornelia Thieme, Dresden  
Hans Ulleren, Sayda  
Dr. med. Felix Walther, Chemnitz  
Dr. med. Katarina Winter, Dresden

## Anästhesiologie

Julia Kaden, Schkeuditz

## Augenheilkunde

Anna Zielonka-Nowak, Plauen

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Friederike Trefflich, Borna

## Gefäßchirurgie

Anne Jüterbock, Chemnitz

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. med. Robert Bock, Riesa

## Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Josefine Seewöster, Dresden

## Innere Medizin

Dr. med. Claudia Bräsel, Radebeul  
Dr. med. Romy Geßner, Leipzig  
Dr. med. Daniel Härtwig, Leipzig  
Shelina Khan, Leipzig  
Dr. med. Christina Klötzer, Leipzig  
Dr. med. Kristin Korb, Chemnitz  
Kamila Krajcikova, Adorf  
Kristin Kunath, Chemnitz  
Tobias Lambert, Zwickau  
Dr. med. Henriette Maaß, Dresden  
Kathrin Mizera  
Samer Sayed Ahmad, Freiberg  
Dr. med. Ernestia Soesilo, Chemnitz  
Angelika Stewig, Görlitz  
Dr. med. Lars Unger, Dresden

## Innere Medizin und Kardiologie

Dr. med. Sören Dölling, Rodewisch  
Dr. med. Karl-Patrik Kresoja, Leipzig  
Dr. med. Danilo Obradovic, Leipzig  
Gretan Shehu, Plauen

## Innere Medizin und Nephrologie

Roswitha Bösch, Bad Dübren  
Dr. med. Saskia Härtwig, Chemnitz  
Ulrike Hoffmann, Borna  
Dr. med. Benjamin Sandner, Leipzig

## Innere Medizin und Pneumologie

Dr. med. Aiko Bertram, Coswig  
Eliska Müllerova, Coswig

## Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Linda Maria Bloch, Eilenburg  
Dr. med. Anne Boblest, Dresden  
Dr. med. Ines Goppelt, Dresden  
Lysann Hönig, Chemnitz

## Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Anna Maria Gerbig, Leipzig

## Neurochirurgie

Dr. med. Uwe Planitzer, Leipzig

## Neurologie

Mireen Berndt, Dresden  
Henrike Hild, Leipzig  
Dr. med. Andrea Neumann, Chemnitz  
Dr. med. Undine Proschmann, Dresden  
Dr. med. Mirko Wegscheider, Leipzig

## Orthopädie und Unfallchirurgie

Jedrzej Balcerczyk, Riesa  
Dr. med. Petri Bellova, Dresden  
Dr. med. Alexander Pape, Dresden  
Dr. med. Christoph Seifert, Leipzig

## Öffentliches Gesundheitswesen

Dr. med. Steffi Melz, Delitzsch

## Pathologie

Dr. med. Emanuel Großer, Dresden

## Plastische und Ästhetische Chirurgie

Dr. med. Christian Beescho, Leipzig  
Dr. med. Lisa Klose, Riesa

## Psychiatrie und Psychotherapie

Marko Franke, Großschweidnitz  
Dr. med. Frederike Lenz, Dresden  
Dr. med. Justus Micheel, Dresden  
Dr. med. Susanne Ulrike Schmelzer, Dresden  
Marthe Schulz, Schkeuditz  
Xenija Wagner, Leipzig

## Radiologie

Konrad Emmrich, Chemnitz  
Erika Timea Nagy, Freital  
Dr. med. Julia Steglich, Chemnitz  
Dr. med. Cindy Richter, Borna

## Strahlentherapie

Justus Thiem, Dresden

## Urologie

Albert Patryk Krzak, Görlitz

## Viszeralchirurgie

Samer Jabary, Olbernhau  
Ines Paternoga, Freital ■

\* Diese Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die ausdrücklich Ihr Einverständnis für die Veröffentlichung gegeben haben, werden im „Ärztblatt Sachsen“ veröffentlicht.

## Unsere Jubilare im Dezember 2022

## Wir gratulieren!

## 65 Jahre

- 02.12.** Dipl.-Med. Rosemarie Hopfe  
02826 Görlitz
- 04.12.** Dr. med. Christina Kelbova  
01109 Dresden
- 04.12.** Dipl.-Med. Richarda Theisen  
04229 Leipzig
- 04.12.** Dr. med. Renate Wiedemann  
04229 Leipzig
- 05.12.** Dipl.-Med. Lutz Burkhardt  
08058 Zwickau
- 05.12.** Dr. med. Peter Horak  
01187 Dresden
- 08.12.** Dr. med. Angela Hamm  
09419 Thum
- 08.12.** Dipl.-Med. Michael Kaelberlah  
01689 Weinböhla
- 08.12.** Dipl.-Med. Frieder Neidel  
08412 Werdau
- 09.12.** Dipl.-Med. Bettina Hillig  
01328 Dresden
- 10.12.** Dipl.-Med. Ute Schwarze  
01445 Radebeul
- 11.12.** Dipl.-Med. Karin Gogoll  
01156 Dresden
- 12.12.** Dipl.-Med. Ute Roth  
08209 Auerbach/Vogtl.
- 13.12.** Dr. med. Wolfgang Nicklisch  
01705 Pesterwitz
- 13.12.** Dipl.-Med. Rita Schröder  
01683 Nossen
- 14.12.** Dipl.-Med. Sören Mehlhose  
09114 Chemnitz
- 14.12.** Dipl.-Med. Frank Neumeister  
01156 Dresden
- 15.12.** Anna Burgart  
02827 Görlitz
- 18.12.** Dipl.-Med. Karin Mühle  
02763 Zittau
- 18.12.** Tetyana Mykhaulyuk  
04315 Leipzig
- 19.12.** Dr. med. Maria-Irina Schmiedel  
01328 Dresden
- 20.12.** Dipl.-Med. Ursula Nölcke  
08371 Glauchau
- 20.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Arved Weimann M.A.  
04105 Leipzig
- 22.12.** Dipl.-Med. Christina Grund  
01445 Radebeul
- 23.12.** Dr. med. Christian Vogel  
09127 Chemnitz
- 24.12.** Dipl.-Med. Sabine Hofmann  
09127 Chemnitz

- 24.12.** Dipl.-Med. Ulrike Morgner  
08209 Auerbach/Vogtl.
- 25.12.** Dipl.-Med. Evelyn Rech  
09599 Freiberg
- 27.12.** Dr. med. Hildegard Link  
01591 Riesa
- 27.12.** Dipl.-Med. Brunhild Richter  
04207 Leipzig
- 28.12.** Dipl.-Med. Regine Stark  
08228 Rodewisch
- 29.12.** Dipl.-Med. Ilona Weber  
08141 Reinsdorf
- 30.12.** Dr. med. Barbara Hanspach  
09114 Chemnitz
- 30.12.** Dr. med. René Löschau  
02625 Bautzen
- 30.12.** Dipl.-Med. Sebastian Weichert  
04229 Leipzig

## 70 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Sigrid Andiel  
08523 Plauen
- 02.12.** Gabriele Borsdorf  
04229 Leipzig
- 02.12.** Dipl.-Med. Reiner Schultz  
09306 Rochlitz
- 03.12.** Prof. Dr. med. Jens Putziger  
04509 Krostitz
- 04.12.** Dr. med. Barbara Miesel  
08209 Auerbach/Vogtl.
- 05.12.** Dipl.-Med. Karin Höhne  
04651 Bad Lausick
- 08.12.** Prof. Hon. Univ. Leon Dr. med.  
Jose Maria Zamora Gonzalez  
02627 Weißenberg
- 11.12.** Dr. med. Felicitas Gerlach  
09128 Euba
- 12.12.** Dr. med. Claudia Kühnert  
09126 Chemnitz
- 14.12.** Dipl.-Med. Petra Reimer  
09306 Rochlitz
- 23.12.** Dr. med. Albrecht Barth  
09350 Lichtenstein/Sa.
- 23.12.** Dr. med. Brigitte Herbst  
09128 Chemnitz
- 23.12.** Dipl.-Med. Günther Schwarz  
09306 Köttwitzsch
- 23.12.** Dr. med. Christina Thomas  
01099 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Klaus-Dieter Schürer  
04109 Leipzig
- 25.12.** Dr. med. Rüdiger Claus  
04509 Delitzsch
- 27.12.** Tatjana Koch  
09123 Chemnitz

- 28.12.** Francois Alesch  
3413 Kirchbach
- 28.12.** Dr. med. Annegret Wenn  
01328 Dresden

## 75 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Sylvia Hohlfeld  
04279 Leipzig
- 03.12.** Dr. med. Hans Ost  
09127 Chemnitz
- 06.12.** Birgit Seifert  
01069 Dresden
- 08.12.** Dipl.-Med. Eckart Kraus  
08349 Johanngeorgenstadt
- 09.12.** Dr. med. Ullrich Müller  
09228 Wittgensdorf
- 09.12.** Dr. med. Ilona Richter  
09131 Chemnitz
- 11.12.** Ellona Klotz  
09111 Chemnitz
- 12.12.** Dr. med. Anneli Fischer  
01445 Radebeul
- 18.12.** Dipl.-Med. Ute Bierbaum  
02977 Hoyerswerda
- 18.12.** Dr. med.  
Hans-Jürgen Gaertner  
01277 Dresden
- 28.12.** Dipl.-Med. Irmgard Ufer  
02763 Eckartsberg
- 30.12.** Dr. med. Helmut Dalitz  
04159 Leipzig
- 30.12.** Dr. med. Barbara Fransecky  
01069 Dresden

## 80 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Jochen Hofmann  
04736 Waldheim
- 02.12.** Laszlo Salomvary  
09360 Stollberg/Erzgeb.
- 04.12.** Dr. med. Ekkehard Adamczyk  
08468 Reichenbach im Vogtland
- 07.12.** Dr. med. Wolfgang Rösler  
01309 Dresden
- 08.12.** Waltraut Zieran  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 10.12.** Sabine Klein  
04654 Frohburg
- 13.12.** Dr. med. Gerlinde Sprotowsky  
09127 Chemnitz
- 14.12.** Dr. med. Gerhard Hensel  
01324 Dresden
- 15.12.** Dr. med. Rudolf Mocker  
01454 Radeberg
- 15.12.** Dr. med. Thomas Protzmann  
01640 Coswig
- 15.12.** Heidemarie Schmidt  
01277 Dresden
- 15.12.** Dr. med. Jörg Singer  
09114 Chemnitz
- 16.12.** Dipl.-Med. Karin Körner  
09306 Erlau
- 17.12.** Dr. med. Marion Seifert  
02827 Görlitz

- 18.12.** Dipl.-Med. Heiner Güldenring  
01217 Dresden
- 20.12.** Dr. med. Lothar Thomas  
04316 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Christine Kubisch  
01139 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Erika Naake  
01257 Dresden
- 25.12.** Dr. med. Inge Rauh  
09123 Chemnitz
- 25.12.** Dr. med. Christian Wirth  
04103 Leipzig
- 27.12.** Dr. med. Christine Geschke  
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 27.12.** Dipl.-Med. Günter Radtke  
09111 Chemnitz
- 28.12.** Heide Kumpf  
01309 Dresden
- 29.12.** Dr. med. Ulrike Klenner  
01728 Bannewitz
- 31.12.** Dr. med. Matthias Burckhardt  
04275 Leipzig
- 31.12.** Dr. med. Ursula Schlenk  
01326 Dresden

## 85 Jahre

- 04.12.** Dr. med. Dagmar Kirsten  
01744 Dippoldiswalde
- 04.12.** Dr. med. Christa Matzen  
04229 Leipzig
- 07.12.** Dr. med. Maria Paul  
09111 Chemnitz
- 13.12.** Dr. med. Hans-Joachim Hilger  
04229 Leipzig
- 13.12.** Dr. med.  
Karin Schmidt-Crecelius  
01307 Dresden
- 16.12.** Dr. med. Gerhard Bergmann  
09306 Rochlitz
- 18.12.** Dr. med. Dietmar Haufe  
02692 Großpostwitz/O.L.
- 19.12.** Dr. med. Christa Hentschel  
01187 Dresden
- 19.12.** Dr. med. Manfred Kastl  
08236 Ellefeld
- 22.12.** Dr. med. Rotraut Schubert  
04155 Leipzig
- 22.12.** Dr. med. Christine Swaboda  
01129 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Sigrid Prager-Drechsel  
04157 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Roswitha Wappler  
02625 Bautzen
- 25.12.** Dr. med. Johanna Brandl  
08056 Zwickau
- 31.12.** Marga-Sylvia Thomas  
01219 Dresden

## 86 Jahre

- 03.12.** Anneliese Spilke  
01705 Freital
- 04.12.** Dr. med. Walter Günther  
01662 Meißen

- 05.12.** Dr. med. Ursula Vogel  
01796 Pirna
- 06.12.** Ljudmila Bartz  
01097 Dresden
- 09.12.** Dr. med. Reiner Friedemann  
09575 Eppendorf
- 10.12.** Dr. med. Gerlinde Gneuß  
02625 Bautzen
- 14.12.** Dr. med. Edith Hartmann  
04316 Leipzig
- 19.12.** Dr. med. Walter Houda  
08525 Plauen
- 22.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Manfred Schönfelder  
04229 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Christian Göbel  
09599 Freiberg
- 24.12.** Dr. med. Karlheinz Wolf  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 29.12.** Dr. med.  
Brunhilde Rothenberger  
08056 Zwickau
- 30.12.** Dr. med. Gisela Voigt  
04720 Döbeln
- 31.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Klaus Hinkel  
01277 Dresden

## 87 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Ernst-Rulo Welcker  
01477 Arnsdorf
- 02.12.** Dr. med. Ruth Capek  
01468 Moritzburg
- 05.12.** Dr. med. Nikolaus Wolffersdorff  
08371 Glauchau
- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Joachim Dippold  
04289 Leipzig
- 24.12.** Annemarie Koban  
02782 Seiffhennersdorf
- 25.12.** Dr. med. Ulrich Vehlow  
04668 Grimma
- 29.12.** Dr. med. Manfred Schulz  
01796 Pirna

## 88 Jahre

- 04.12.** Dr. med. Heinrich Wessig  
02827 Görlitz
- 06.12.** Dr. med. Ute Thiel  
04109 Leipzig
- 07.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Wolfgang Wildführ  
04288 Leipzig
- 10.12.** Dr. med. Siegfried Rudolph  
01307 Dresden
- 13.12.** Dr. med. Ruth Rank  
08547 Jöbnitz
- 15.12.** Irmtraud Schmidt-Brücken  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.12.** Dr. med. Ingrid Beck  
01324 Dresden
- 20.12.** Dr. med. Hedda-Maria Otto  
04416 Markkleeberg

- 28.12.** Dr. med. Götz-Michael Richter  
01471 Radeburg

## 89 Jahre

- 08.12.** Dr. med. Christel Kieß  
01445 Radebeul
- 14.12.** Dr. med. habil. Werner Voigt  
09114 Chemnitz
- 25.12.** Edith Masmann  
08280 Aue-Bad Schlema
- 26.12.** Dr. med. Eberhard Hempel  
09235 Burkhardtsdorf

## 90 Jahre

- 05.12.** Dr. med. Karl-Heinz Krämer  
04275 Leipzig
- 07.12.** Dr. med. Irene Wichan  
15345 Altlandsberg
- 08.12.** Liane Sachse  
01159 Dresden
- 12.12.** Dr. med. Manfred Kötz  
09119 Chemnitz
- 19.12.** Dr. med. Christel Flämig  
01309 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Rolf Lehnert  
02681 Crostau

## 91 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Christa Gamnitzer  
04279 Leipzig
- 23.12.** Dr. med. Reiner Krumbiegel  
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 30.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Ernst Schubert  
09112 Chemnitz

## 92 Jahre

- 10.12.** Jelena Satzger  
08056 Zwickau

## 94 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Eva-Brigitte Winde  
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12.** Grete Rother  
01307 Dresden
- 14.12.** Dr. med. Regina Graupner  
01069 Dresden

## 95 Jahre

- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Klaus Linde 04107 Leipzig
- 09.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Dieter Lohmann  
04299 Leipzig

## 96 Jahre

- 19.12.** Dr. med. Käte Herrmann  
01277 Dresden