

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen
gegründet 1990



GESUNDHEIT IN SACHSEN GEMEINSAM GESTALTEN

Lesen Sie auf Seite 10

15 Jahre
„Ärzte für Sachsen“

5

Medizinische
Versorgung von
Kriegsverletzten

11

Ein Gefängnisarzt
im Interview

16

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

Sächsische Landesärztekammer, KöR
mit Publikationen ärztlicher Fach- und
Standesorganisationen, erscheint monatlich,
Redaktionschluss 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. Jana Gärtner
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
Dr. med. Amrei von Lieres und Wilkau
[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-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-74
E-Mail: johné@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2024,
gültig ab 01. Januar 2024

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. Mit Namen gezeichnete
Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der
Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von
Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Heraus-
geber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Ver-
breitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion
behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktio-
neller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrati-
onen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den
Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druck-
freigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:
www.slaek.de

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 155,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 155,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 15,50 € 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 Abonnementsgebühren werden
jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2024

Inhalt



15 Jahre „Ärzte für Sachsen“
Seite 5



Medizinische Versorgung
von Kriegsverletzten
Seite 11



Sonderausstellung
„Malende Ärztinnen und Ärzte“
Seite 26

MEINE MEINUNG	▪ Nur gemeinsam	4
BERUFSPOLITIK	▪ 15 Jahre „Ärzte für Sachsen“	5
	▪ Von Summerschools und Sommerakademien	7
	▪ Kostenstrukturerhebung bei Arztpraxen für 2023	8
	▪ Über 500 Fachsprachprüfungen für ausländische Ärzte 2024 in Sachsen	14
	▪ Interview: „Meine Patienten sind oft schon durch viele Netze gefallen“	16
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Gesundheitspolitik: Wie weiter nach der Landtagswahl in Sachsen?	10
	▪ Medizinische Versorgung von Kriegsverletzten	11
	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	19
	▪ Eigene Wünsche rechtzeitig festlegen!	20
AUSBILDUNG	▪ Infektiologie als Wahlfach: Ein Erfahrungsbericht	21
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Einladung Kreisärztekammer Chemnitz	22
	▪ Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	23
	▪ Einladung Kreisärztekammer Meißen	24
	▪ Einladung Kreisärztekammer Vogtlandkreis	24
	▪ Einladung Kreisärztekammer Mittelsachsen	24
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Konzerte und Ausstellungen	23
	▪ Veranstaltungsräume gesucht?	25
	▪ 72. Tagung der Kammerversammlung	26
	▪ Sonderausstellung „Malende Ärztinnen und Ärzte“	26
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	27
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	28
LESERBRIEFE	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	32
	▪ Resolution des 34. Sächsischen Ärztetages	36
	▪ Bleiben unsere ethischen Wertvorstellungen auf der Strecke?	36
VERSCHIEDENES	▪ Auswertung Leserbefragung	37
PERSONALIA	▪ Jubilare im November 2024	38
MEDIZINGESCHICHTE	▪ Die Geschichte der Anästhesiologie am Dresdner Stadt Krankenhaus	40
	▪ Prof. Dr. med. Woldemar Tonndorf	43
KUNST UND KULTUR	▪ Robert Finke: Italienischer Teller	46
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – Dezember 2024	

Titelbild: Michael Rabe (KV Sachsen), Friedrich München (KGS), Thorsten Zöfeld (Knappschaft-Bahn-See KBS), Monika Welfens (Barmer), Alexander Krauß (TK Sachsen), Silke Heinke (vdek), Marco Kofahl (IKK classic), Rainer Striebel (AOK Plus), Stefan Wandel (DAK), Erik Bodendieck (SLAK) (v. l.)



Dipl.-Med. Petra Albrecht

von „Ärzte für Sachsen“ ihre Projekte vorstellten, haben mich begeistert. Wie genau sie es schaffen, die möglichen Nachwuchsfürsängerinnen und Nachwuchsfürsänger von der Universität über die Weiterbildung bis in die Niederlassung oder Anstellung dort hin zu bekommen, wo sie gebraucht werden, lesen Sie gern im folgenden Artikel dieses Heftes.

Mir ist bewusst, dass es nicht ausreicht, nur auf die Nachwuchsgewinnung zu setzen oder mehr Ärzte in die Versorgung zu bekommen. Um wirklich zukunftsfähig aufgestellt zu sein, gibt es Handlungsbedarf auf Systemebene. Und hier ist der Freistaat Sachsen gefragt. Umso wichtiger scheint mir die Botschaft zu sein, die von der Pressekonferenz an jenem Morgen in Richtung der sich neu konstituierenden sächsischen Landesregierung ausging. Auch hier sah man das Gemeinsame, ein vereintes Sprechen, um die dringendsten Aufgaben und Herausforderungen zu benennen. Aber auch, um Lösungsansätze aufzuzeigen.

Nur gemeinsam

Fast zeitgleich gab es am 18. September in Sachsen an zwei Orten wichtige Impulse für die sächsische Gesundheitsversorgung der Zukunft. Auf der Landespressekonferenz in Dresden legte am Vormittag ein Bündnis der wichtigsten gesundheitspolitischen Player in Sachsen Vorschläge vor, wie die nötigen Reformen bei Ärzten und Kliniken in Sachsen gelingen können. In Torgau trafen sich am Nachmittag die Partner des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ zum jährlichen Netzwerktreffen und zeigten ganz konkret, wie ärztliche Nachwuchsgewinnung durch das Ineinandergreifen verschiedener Projekte für die Region funktioniert.

Die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping traf hier in ihrem Grußwort direkt das Stichwort, das die beiden Ereignisse meiner Meinung nach überspannte. Sie sei „sehr froh über die gute Zusammenarbeit der letzten Jahre, denn nur gemeinsam sind wir in Sachen Fachkräftegewinnung erfolgreich.“ Dieses Gemeinsame ist es, dass auch mir als etwas spezifisch sächsisches, als ein mögliches Erfolgsrezept, erscheint.

Wir stehen in unserem Freistaat vor immensen Herausforderungen. Der Fachkräftebedarf eben auch im ärztlichen Bereich ist enorm. Umso deutlicher wurde mir bei dem Netzwerktreffen in Torgau klar, dass die besondere Aufgabe, junge Mediziner auch für die Regionen außerhalb der Universitätsstandorte zu begeistern, nur funktioniert, wenn engagierte Projekte und vor allem engagierte Menschen zusammenarbeiten. Die vier Referenten, die bei der Jahrestagung

Die Gesundheitsakteure Sachsens, unter ihnen die Sächsische Landesärztekammer, formulieren konkrete Vorschläge und Forderungen für die Gesundheitspolitik nach der Landtagswahl: 50 bis 250 weitere Studienplätze in der Humanmedizin, 40 in den Bereichen Zahnmedizin und Pharmazie, eine Erhöhung der Landarztquote von 6,5 auf 13 Prozent, für die nötige Transformation der sächsischen Kliniklandschaft solle der Freistaat ein zusätzliches Programm „Krankenhaus+“ mit 250 Millionen Euro jährlich schaffen, die Krankenhausinvestitionen müssten verdoppelt werden, für die steigenden Pflegeleistungen brauche es ein Sonderprogramm von 100 Millionen Euro jährlich für die nächsten fünf Jahre.

Die Forderungen sind beeindruckend, sie sind nicht klein gedacht. Aber sie sind als Impulse, als Lösungsangebote formuliert. Und das ist die dritte Ebene des Gemeinsamen, die ich als etwas Besonderes in Sachsen wahrnehme. Neben der beschriebenen guten Zusammenarbeit bei der Nachwuchsgewinnung über lokale Interessen hinaus und dem gemeinsamen Auftreten der sonst nicht immer harmonisch vereinten Gesundheitsakteure hat sich bei uns in den vergangenen Jahren eben auch ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Partnern im Gesundheitswesen und der Staatsregierung entwickelt.

Das ist nicht selbstverständlich, und wir tun gut daran, das zu bewahren! ■

Dipl.-Med. Petra Albrecht
Vizepräsidentin

15 Jahre „Ärzte für Sachsen“

Ärztliche Nachwuchsgewinnung – Gemeinsam erfolgreich

Am 18. September 2024 war es wieder soweit. Die Partner des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ trafen sich – diesmal in Torgau – zum 16. Netzwerktreffen. Die Jahrestagung anlässlich des 15-jährigen Jubiläums fand im geschichtsträchtigen Schloss Hartenfels statt und stand unter dem Motto „Wie Nachwuchsgewinnung für die Region gemeinsam funktioniert“.

Im Eröffnungsteil der Veranstaltung begrüßte zunächst die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Petra Köpping, die Gäste und dankte dem Netzwerk für die gute Zusammenarbeit bei der ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Heike Schmidt, Dezernentin Soziales und Gesundheit am Landratsamt Nord-sachsen, nahm dann die Teilnehmer im Namen des Landrats in Empfang und die Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Med. Petra Albrecht, führte mit einem kurzen Rückblick zur Netzwerkgeschichte ins eigentliche Programm ein. Sie gab dabei Einblick in eine Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Bekanntheit des Netzwerks aus diesem Frühjahr. Erfreulich hier war die Feststellung, dass es mittlerweile 57 Prozent der Antwortenden sind, die „Ärzte für Sachsen“ kennen und bei immerhin 15 Prozent haben die „Informationen des Netzwerks bei der Entscheidung für die Tätigkeit in Sachsen geholfen“.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Jahrestagung lag dann auf dem Thema „Wie Nachwuchsgewinnung für die Region gemeinsam funktioniert“ und brachte in erstaunlicher Weise vier Pro-

jekte und Akteure zusammen auf die Bühne. So schilderten Dr. rer. med. habil. Tobias Deutsch, Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig, Manuela Amm vom Leipziger Weiterbildungsverbund und dem Weiterbildungsverbund Leipzig Land, Dr. med. Thomas Mundt, Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen (KWASa), und Dr. med. Petra Hönigschmid vom Torgauer Ärztenetz begeistert und begeisternd, wie sie als Team es schaffen, interessierte Medizinstudierende von Praktika während

der Ausbildung über die Facharztweiterbildung bis hin zum Einstieg in die Anstellung oder die Praxis vor Ort zu leiten und zu begleiten. Eine gelungene Zusammenarbeit engagierter Menschen, die es laut Manuela Amm immerhin bereits geschafft haben, „zehn Assistenzärzte für Torgau zu gewinnen“.

Diese positive Entwicklung wünschten sich auch die beiden nächsten Referenten. Denn wie Ass. jur. Cornelia Frömsdorf LL.M. und Dr. med. dent. Uwe

Reich von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS) in ihrem Vortrag über die zahnärztliche Versorgung in Sachsen berichteten, ist die Situation zwar noch relativ gut, die Prognosen allerdings sehen bedrückend aus. So kann schon jetzt nur etwa jede dritte Praxis in Sachsen weitergeführt werden. Vor dem Hintergrund der Altersstruktur sei eine flächendeckende zahnärztliche Versorgung – mit dem besonderen „Sorgenkind Kieferorthopädische Versorgung“ – in Sachsen gefährdet. Zu den Lösungsansätzen zählten klar: weniger Bürokratie, ausgereifte digitale Anwendungen und die Unterstützung von Niederlassungen mit attraktiven Rahmenbedingungen. Einen besonderen Wunsch konnte Dr. Reich direkt an die Ministerin adressieren: Einführung einer Landarztquote an sächsischen Universitäten auch für die Zahnmediziner.

Abgerundet wurde der Vortragsteil durch eine Präsentation von Stefan Topp von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen zu einem neuen Förderbaustein auf dem Weg zur eigenen



Staatsministerin Petra Köpping im Gespräch mit Kommunalvertretern.

Praxis – dem Programm „PraxisFit“. Passgenau nahm er dabei die zuvor in der Diskussion aufgeworfenen Fragen zur Unsicherheit bei vielen jungen Ärzten auf, die sich oft nicht bereit fühlten, nach ihrer Facharztweiterbildung direkt in die Selbstständigkeit und betriebswirtschaftliche Verantwortung der eigenen Niederlassung zu gehen. Mit

dem neuen Programm wird genau das erkannt und den angehenden Praxisinhabern in der Allgemeinmedizin ein „Übergangsjahr“ finanziert, in dem dann von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen Themen wie Personalführung, Praxisorganisation und betriebswirtschaftliche Aspekte vermittelt werden.

Die Themen Bürokratie, Organisation und Unterstützung zogen sich dann auch wieder durch den geselligen Teil der Veranstaltung, das eigentliche Networking, im Anschluss. Deutlich wurde die Not vieler Bürgermeister und die Schwierigkeiten, für potenzielle Praxisnachfolger überhaupt sichtbar zu sein, um die oft enormen Unterstützungsangebote zu kommunizieren. Hier wurde allerdings auch klar, dass es dem Abend entsprechend oft die Netzwerke sind, die man vor Ort zunächst suchen und pflegen muss, um so „gemeinsam erfolgreich“ zu sein. ■



Dr. med. Petra Hönigschmid, Manuela Amm und Dr. med. Thomas Mundt (v.l.) stellen gemeinsam mit Dr. rer. med. habil. Tobias Deutsch die Bemühungen um den ärztlichen Nachwuchs für die Region vor.

Martin Kandzia M.A.
Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“
E-Mail: info@aerzte-fuer-sachsen.de
www.aerzte-fuer-sachsen.de

Von Summer Schools und Sommerakademien

In den letzten Jahren haben sich im sächsischen Sommer für Nachwuchsmediziner ganz besondere, engagierte Projekte etabliert. Summerschools, die Medizinstudierende in ihrer vorlesungsfreien Zeit für eine bestimmte Region oder für eine bestimmte Fachrichtung begeistern wollen, finden dabei immer mehr Zuspruch. Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ unterstützte in diesem Jahr gleich vier dieser Lehrangebote in der Sommerpause.

Eine Besonderheit in diesem Jahr war die erste Summer School Allgemeinmedizin der Universität Leipzig. Organisiert durch das Institut für Allgemeinmedizin bot die Veranstaltung am 7. und 8. August Studierenden aller Fachsemester in interaktiven Workshops und Fallbeispielen die Möglichkeit, sich mit der Bedeutung von chancengleicher und diskriminierungsfreier Gesundheitsversorgung in der hausärztlichen Praxis auseinanderzusetzen. Mit Schloss Thammenhain hatten die Veranstalter eine faszinierende Location für die Summerschool gefunden. Nicht zuletzt darum wurde in Kooperation mit „Ärzte für Sachsen“ hier ein Social Media Videoclip produziert, der die besondere



Teilnehmer der Sommerakademie Ostsachsen.

Atmosphäre einfängt und auf künftige Summer Schools der Leipziger Allgemeinmediziner neugierig macht.

Bereits zum zweiten Mal konnte am 21. und 22. August die Summer School Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Dresden und Pulsnitz realisiert werden. Die Medizinstudierenden bekamen hier unter anderem Einblicke in die Multimodale Behandlung von postpartalen Erkrankungen im Rahmen einer Mutter-Kind-Tagesklinik, die videobasierte Bindungstherapie oder die stationäre Traumatherapie. Erfreulicherweise haben die Studierenden für diese Summer School auch weite Anfahrten aus dem Bundesgebiet (Hamburg, Berlin, Heidelberg)

und sogar aus Österreich auf sich genommen und nehmen eine große Begeisterung für das Fach Psychosomatische Medizin mit. Die Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ nutzte die Gelegenheit, um den Teilnehmenden das Netzwerk und die vielen Unterstützungsmöglichkeiten in Sachsen vorzustellen.

Der Weiterbildungsverbund Ostsachsen lud in Kooperation mit der Ärzte-Netz Ostsachsen eG Medizinstudierende vom 27. bis 31. August ebenfalls zur zweiten Sommerakademie Ostsachsen ein. Hier konnten die künftigen Ärztinnen und Ärzte mehr über die vielfältigen beruflichen Möglichkeiten in der Facharztweiterbildung und die ärztliche Tätigkeit in der Oberlausitz erfahren. Im Rahmen der Sommerakademie standen Chefärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für alle Fragen und Interessen zur Verfügung. Zusätzlich wurden durch Fachvorträge und Hospitationen praktische Informationen zu spezifischen Krankheitsbildern in stationären und ambulanten Bereichen geboten.

Zuletzt war es am 18. und 19. September die mittlerweile 9. Sächsische Summer School Allgemeinmedizin in Dres-



Teilnehmende der Summer School Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Dresden auf dem Weißen Hirsch.

den, die den Teilnehmenden wichtige Fähigkeiten, Fertigkeiten und Soft Skills für die spätere ambulante Tätigkeit sowie die alltägliche klinische Praxis vermittelte. Neben Workshops zu pathologischen EKG und interaktiven Fallszenarien wurde im zweiten Schwerpunkt ein Workshop zur Manuellen Therapie geboten. Außerdem gab es eine Podiumsdiskussion mit erfahrenen Allgemeinmedizinerinnen über die verschiedenen Möglichkeiten der Berufsausübung als Hausärztin oder Hausarzt. Für alle Fragen zu Förderungen und Unterstützungsangeboten stand dabei „Ärzte für Sachsen“ zur Verfügung.

Die Möglichkeiten zum direkten Kontakt mit den künftigen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen auf diesen und ähn-



9. Sächsische Summer School Allgemeinmedizin in Dresden

lichen Veranstaltungen sind, neben der Präsentation sächsischer Fördermaßnahmen auf der Netzwerkseite, integraler Bestandteil einer gelingenden

Nachwuchsgewinnung für die ärztliche Versorgung in Sachsen. ■

Martin Kandzia M.A.
Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“

Kostenstrukturerhebung bei Arztpraxen für 2023

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik in Kürze eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2023. Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen.

Die für die Erhebung auskunftspflichtigen Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Um dabei die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit höchstens sieben Prozent der Praxen befragt. Das

Ergebnis wird dann auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, die den hohen Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Daten genügen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor.

Die Ergebnisse sollen unter anderem der Erstellung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern dienen. Sie sollen aber auch den Praxen selbst die Möglichkeit eröffnen, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Rationalisierungs- oder Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

 **STATISTISCHE ÄMTER
DES BUNDES UND DER LÄNDER**

Die entsprechenden Heranziehungsbescheide mit den Zugangsdaten zu den Online-Fragebogen werden vom Statistischen Bundesamt im Oktober 2024 versandt. Die Online-Fragebogen sind innerhalb von vier Wochen auszufüllen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den Sommer 2025 geplant.

Bei Fragen zu der Erhebung kann man sich an das Statistische Bundesamt wenden. Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich findet man unter www.destatis.de/kme-portal. ■

Statistisches Bundesamt
Kostenstruktur im medizinischen Bereich
E-Mail: kostenstruktur@destatis.de

Gesundheitspolitik: Wie weiter nach der Landtagswahl in Sachsen?

Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, KV Sachsen, Städte und Gemeindegremien, Landkreistag und Landesärztekammer haben gemeinsam gesundheitspolitische Impulse für Sachsen formuliert und am 18. September im Sächsischen Landtag in Dresden der Landespolitik vorgestellt. Die Grundlagen für eine zukunftsorientierte Gesundheitsgestaltung werden jetzt geschaffen, so der Tenor. Die neue Landesregierung stehe vor der Aufgabe, die flächendeckende und patientenorientierte Gesundheitsversorgung fundamental an die modernen Anforderungen anzupassen.

Die Akteure haben folgende gesundheitspolitische Handlungsfelder im Fokus:

- eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Versorgung,
- eine leistungsstarke Krankenhaushauslandschaft,
- die Sicherstellung der Pflege und Begrenzung der Eigenbeteiligung,
- die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitskompetenzen und des Präventionsgedankens.

Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, betonte in der Pressekonferenz: „Parlament und Landesregierung müssen jetzt die Rahmenbedingungen schaffen, damit sich neben den wichtigen Arztpraxen auch bedarfsorientierte ambulante und stationäre Gesundheitszentren entwickeln können. Eine moderne sektorenübergreifende Versorgung der Zukunft muss nach dem Grundsatz digital vor ambulant vor stationär organisiert werden.“

Sachsen brauche dazu auch ausreichend medizinisches Personal. Boden-



Friedrich München, KGS, Rainer Striebel, AOK Plus, Erik Bodendieck, Sächsische Landesärztekammer, und Silke Heinke, vdek, stellen gesundheitspolitische Impulse auf der Landespressekonferenz im Sächsischen Landtag vor (v. l.).

dieck schlägt vor, in der Humanmedizin kurzfristig weitere 50 und langfristig 250 Studienplätze zusätzlich zu schaffen. Darüber hinaus seien Maßnahmen notwendig, damit noch mehr Medizinstudierende auch nach ihrer Ausbildung in Sachsen, insbesondere in ländlichen Praxen, arbeiten. Und es müssten bessere Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Die Universitäten sollten Medizinstudierende bereits während der Studienzeit verpflichten, Lehrkrankenhäuser und ambulante Lehrpraxen zur Ableistung von Famulaturen in Regionen einer bestehenden ambulanten Unterversorgung aufzusuchen. Die Landarztquote müsse von 6,5 Prozent auf mindestens 13 Prozent erhöht werden.

Der Freistaat müsse für eingewanderte Fachkräfte mit einer guten Willkommens- und Bleibekultur ein deutliches Signal setzen. Denn ein ausbleibender Ausgleich des demografisch induzierten Fachkräftemangels mit ausländi-

sehen Fachkräften führe unweigerlich zu weiteren Lücken in der medizinischen Versorgung. „Ausländische Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte leisten mittlerweile einen unverzichtbaren Beitrag für Sachsen in der Versorgung und werden dringend benötigt“, so der Präsident.

Die Verfahren für ausländische Fachkräfte müssen optimiert werden. Eine Entscheidung zur Erteilung einer Berufserlaubnis sollten medizinische und pflegerische Fachkräfte bestenfalls innerhalb eines Monats bei vollständigem Vorliegen aller erforderlicher Unterlagen erhalten. Und der Freistaat sollte sich für ein zentrales Antragsregister sowie ein einheitlich geregeltes, bundesweites Verfahren zur Anerkennung der Berufsabschlüsse einsetzen, um schnellere Verfahren sowie eine einheitliche Qualität im Anerkennungsprozess zu erreichen.

Der Freistaat müsse innovative Modellprojekte im Bereich der Digitalisierung und der künstlichen Intelligenz, des Gesundheitswesens und in der Altenpflege fördern. Klassische und digitale Versorgung müssen Hand in Hand gehen. Das Land sollte aufbauend auf der Digitalstrategie des Bundes kurzfristig eigene strategische Ansätze im Gesundheitswesen ableiten.

Friedrich München von der Krankenhausgesellschaft Sachsen führte aus, dass „die Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode entscheidend für die Zukunft der Krankenhäuser ist.“ Eine sichere Finanzierung und eine am Bedarf der Patienten ausgerichtete Krankenhausplanung sei unerlässlich, um die Krankenhauslandschaft nachhaltig zu gestalten.

Nur durch gemeinsame Anstrengungen könnte die Qualität der Gesundheitsversorgung im Freistaat Sachsen langfristig gesichert werden.

Das gemeinsame Papier: „Gesundheit in Sachsen gemeinsam gestalten“ finden Sie hier: www.slaek.de/ ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Medizinische Versorgung von Kriegsverletzten

Die medizinische Versorgung von Kriegsverletzten war das Thema einer gemeinsamen Tagung der Niederschlesischen Ärztekammer Wroclaw und der Sächsischen Landesärztekammer in Görlitz. Der fachliche Austausch umfasste Verletzungsarten, die Verlegung und Betreuung von Verletzten sowie die Vorbereitung des medizinischen Personals auf Krisensituationen.

Kleeblattsystem

Die Verlegung von Schwerverletzten erfolgt in Deutschland über ein sogenanntes Kleeblattsystem. Dieses System stellte Prof. Dr. med. Christian Kleber, Bundeslandmoderator für das Traumanetzwerk, stellvertretender geschäftsführender Klinikdirektor, Bereichsleiter Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig, vor. Entwickelt wurde dieses System in der Corona-Pandemie in Leipzig zur Versorgung einer Vielzahl an Erkrankten. Zunächst wurden die drei Cluster Chemnitz, Leipzig und Dresden mit den jeweiligen stationären Einrichtungen gebildet. Je nach Belastungsstufe wurden die Erkrankten innerhalb eines Clusters,

clusterübergreifend in Sachsen oder bundeslandübergreifend verteilt. Nach der Pandemie und mit Beginn des Ukraine-Krieges wurde das Kleeblattsystem auf ganz Deutschland übertragen. Parallel dazu wurden in Sachsen für die Expertise 42 zertifizierte Traumanetzwerke etabliert. Die Verteilung von Schwerverletzten aus der Ukraine wird vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe koordiniert. Es gab bisher 4.644 Übernahmeanfragen an Deutschland, 1.191 Verletzte wurden tatsächlich übernommen. Sachsen hat bisher 35 Schwerverletzte aus der Ukraine aufgenommen. Prof. Kleber ist von Anfang an in die Versorgung eingebunden und hat die Ankunft der ersten 24 Kriegsverletzten im April 2022 in Leipzig als „bedeutende Erfahrung in seinem Leben“ erlebt.

Strukturelle und medizinische Herausforderungen

In zwei Referaten von Dr. Michał Głuszczek, Medizinisches Zentrum Milicz, und Prof. Kleber wurden anhand von Falldarstellungen die Herausforderun-



Prof. Dr. med. Christian Kleber, Bundeslandmoderator für das Traumanetzwerk, stellvertretender geschäftsführender Klinikdirektor, Bereichsleiter Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig

gen in der medizinischen Versorgung dargestellt. In Polen erfolgt die Versorgung zumeist in Militärkrankenhäusern, aber auch, wie in Sachsen, in zivilen Einrichtungen. Die Verletzten kommen erst nach vielen Wochen und mit unvollständiger Dokumentation und teils nekrotischen Verläufen aus ukrainischen Krankenhäusern nach Deutschland. Bei den Verletzten handelt es sich auch um Kinder und Jugendliche. Die Herausforderungen für polnische wie deutsche Ärztinnen und Ärzte liegen in

den fehlenden Erfahrungen für Kriegsverletzungen, in sprachlichen und kulturellen Barrieren, den Ressourcen, der Infrastruktur und der sehr langen Behandlungsdauer. Eine fehlende Compliance der traumatisierten Patienten (Alkohol, Marihuana) kann dann auch schon mal zum Behandlungsabbruch und Entlassung führen, berichtete Dr. Głuszek.

Zu den Verletzungsarten gehören überwiegend Schuss-/Schrapnellverletzungen sowie massive Verletzungen und mehrfragmentäre Frakturen durch Explosionen an den Extremitäten in Kombination mit Wundinfektionen durch Splitter. Eine große Rolle spielen multi-resistente Keime. Deshalb brauche es neben dem Chirurgen immer auch einen Infektiologen um Keime, Fisteln und Fremdkörper unter Kontrolle zu bringen, so Prof. Kleber. Ein Ziel sei auch, Amputationen zu verhindern, wie zum Beispiel bei einem jungen Mädchen, welches durch eine Explosion schon ein Bein verloren hatte und das andere Bein nur durch High-End-Chirurgie gerettet werden konnte.

Im Kontrast dazu berichtete Dr. med. Tankred Stöbe, Ärzte ohne Grenzen, in einem interaktiven Vortrag über die Versorgung von Verletzten in Kriegs- und Krisenregionen wie Afghanistan, Sudan oder Tahiti. Dort stünden Ärzte oft vor schwierigen ethischen Dilemmata, weil Ausrüstung, Medikamente sowie Personal fehlen und Patienten versterben. Zudem müsse man öfter improvisieren und zum Beispiel eine Behandlungsstation von einem Krankenhaus in eine Höhle verlegen, weil man unter Beschuss geraten ist. Aber auch Berufsethos und Eigenschutz können zu persönlichen Konflikten führen, zum Beispiel, wenn Ärzte sicher in einem Bunker sitzen und wissen, dass gerade nebenan eine Bombe ein Wohnhaus getroffen und viele Menschen verletzt hat. Helfen oder Eigenschutz gilt es dann gegeneinander abzuwägen.



Dr. Judith Buse, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Technische Universität Dresden

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Die Versorgung von Kriegsverletzungen muss die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zwingend miteinschließen. Dies machten Dr. Judith Buse, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Technische Universität Dresden, und Dr. Barbara Dziadkowiec-Macek, Woiwodschaftskrankenhaus „J. Gromkowski“, Breslau, in ihren Referaten deutlich.

Mit der interpersonellen Psychotherapie (IPT) unterstützt Dr. Buse ukrainische Kinder, Jugendliche und deren Familien bei der Bewältigung von Kriegs- und Fluchterfahrungen sowie daraus resultierenden psychischen Problemen. Der Fokus der Kurzzeittherapie liegt bei der ITP auf zwischenmenschlichen Beziehungen und aktuellen zwischenmenschlichen Belastungen. IPT ist zusätzlich auch wirksam bei Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Schutzsuchende Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko, diese psychischen Störungen zu entwickeln. In ihrer Arbeit erlebt sie Kinder und Jugendliche, die seit zwei Jahren funktionieren müssen: Flucht, Verlust des sozialen Umfeldes, veränderte Familiensituationen, neues Land, neue Sprache, schulische Anfor-

derungen – all das haben sie bisher bewältigt. Doch irgendwann wird eine Grenze erreicht, wo es zu massiven innerfamiliären Konflikten kommt, so Dr. Buse. Hier setzt die ITP an.

Dr. Dziadkowiec-Macek untersucht Kriegstraumata sowie die Arten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen durch Kriege. Bei akuter Belastungsreaktion sei es notwendig, den psychischen Zustand zu besprechen und die weitere Vorgehensweise einzuleiten, so Dr. Dziadkowiec-Macek. Posttraumatische Belastungsstörungen können einen Monat nach dem Ereignis diagnostiziert werden. Zu den Symptomen bei Kindern unter sechs Jahren gehören

- Wiedererleben des Ereignisses,
- Vermeidung,
- Hyperaktivität (übermäßige Reaktion auf Reize).

Bei älteren Kindern und Jugendlichen kommen noch ungünstige Veränderungen im kognitiven Bereich dazu.

Eine Psychotherapie kann erst nach einer akuten Belastungssituation erfolgen. Bis dahin brauchen Kinder Beistand, Empathie, Akzeptanz und das Benennen von Emotionen. Dr. Dziadkowiec-Macek: „Niemals sollte ein Kind

Kriegserinnerungen haben. Uns allen ist bewusst, dass Flucht, Aufenthalt in einem Schutzbunker, Bombardierung, Anblick von Tod und Verwundung, Bilder sind, die im Gedächtnis bleiben und mit denen wir zurechtkommen müssen.“ In Deutschland und Polen herrscht ein Mangel an psychologischen und psychotherapeutischen Therapieangeboten. Außerdem fehlen geschulte Dolmetscher. Dies mache eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen schwierig. Sie ist aber dringend notwendig.

Vorbereitung des medizinischen Personals

Polen hat frühzeitig damit begonnen, das gesamte medizinische Personal für die Versorgung von Kriegsverletzten zu schulen. Darüber berichtete Oberst Dr. Jarosław Bukwald, 2. Militärisches Feldkrankenhaus Breslau. Ärzte, Krankenschwestern und Pflegekräfte ziviler Einrichtungen können im Kriegs- oder Katastrophenfall in Polen zum militärischen Einsatz kommen. Ausgehend von den Erfahrungen des polnischen Militärs in Kriegsgebieten werden die medizinischen Fachkräfte geschult in:

- Evakuierung,
- Erstversorgung der Wunden,
- Betreuung während der Evakuierung,
- psychologische Hilfe,
- Rehabilitation,
- logistische Probleme (Mangel an Geräten, Medikamenten, Personal).

Ergänzt werden die Schulungen durch Spezialkurse für Krisensituationen, Triage, der Selbsthilfe und Manöverübungen.

Dr. Piotr Macek, Medizinische Universität Wrocław, stellte die Herausforderungen einer Ersten Hilfe unter Beschuss, auf dem Gefechtsfeld und beim Abtransport von Verletzten vor. Die häufigsten Todesursachen im Gefecht sind Blutungen aus Extremitäten (60 Prozent), Emphyseme (33 Prozent) und Ateminsuffizienz (6 Prozent). Für Ver-

letzte in der Ukraine gibt es keine Möglichkeit der Luftrettung. Sie werden meist über mehrere Stunden per PKW in weit entfernte, meist zivile Krankenhäuser gebracht. Die Zeitverzögerung wirke sich erheblich auf den weiteren Versorgungsverlauf aus, auch dann, wenn Verletzte nach Polen oder Deutschland gebracht werden. Und hier müsste das Personal auf diese Verletzungsarten und Versorgungsdefizite vorbereitet werden. Neben gemeinsamen Schulungen von zivilen wie militärischen medizinischen Fachkräften sollte es auch Zusatzveranstaltungen für Medizinstudierende geben, so Dr. Macek.

Betreuung von Kriegsverletzten im deutschen Alltag

Auf Defizite bei der alltäglichen Versorgung von Kriegsverletzten in Sachsen wies Oleh Dmytruk vom Ukrainischen Koordinationszentrum Dresden hin. Wenn schwer Kriegsverletzte über das Kleeblattsystem nach Sachsen kommen und nach einer stationären Versorgung entlassen werden, dann gibt es keinerlei Betreuungsstruktur für diese Menschen, die neben den körperlichen Beschwerden auch die Sprache nicht beherrschen. Ohne Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung und kein Geld. Ohne Geld keine Wohnung. Gäbe es keine ehrenamtlichen Helfer, dann würden diese Menschen, die zumeist eine dringende weitere medizinische Versorgung benötigen, buchstäblich unversorgt auf der Straße stehen.

Die Helferinnen und Helfer nehmen frühzeitig Kontakt zu den Patientenlotsen in den Krankenhäusern auf, um Informationen zu Kriegsverletzten zu erhalten. Sie kümmern sich um Behörden- und Arzttermine, Behandlungsscheine, Anträge und Wohnraum. Sie begleiten und unterstützen mit Dolmetschern in der Ausländerbehörde und beim Sozialamt sowie in medizinischen Einrichtungen. Selbst der Transport und ein Pflegedienst müssen selbst organisiert werden.

Hauptproblem ist dabei die Kostenübernahme für verletzte ukrainische Soldaten im Kleeblattsystem. Sie erhalten auf Grund ihrer Verletzung eine Entschädigung vom ukrainischen Militär. „Diese wird vom Jobcenter regulär als Einkommen angerechnet“, erläuterte Herr Dmytruk. Dadurch entfällt die finanzielle Hilfebedürftigkeit und sie müssen sich zu hohen Beiträgen freiwillig krankenversichern, den Wohnraum komplett selbst zahlen und Forderungen für stationäre Behandlungen in Deutschland nach der Evakuierung bis zur Entlassung selbst tragen. Und sie können keine Unterkünfte/Wohnungen von der Stadt oder dem Sozialamt erhalten. „Da bisherige Lösungsansätze an den Jobcentern gescheitert sind, bleibt uns vielleicht nur der Rechtsweg“, so Herr Dmytruk. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Anzeige



Mitgliederversammlung 2024 Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Mittwoch | 23. Oktober 2024 | 17.30 Uhr
Schloss Schlettau

Gastvorträge Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und
Modellstudiengang MEDiC

Anmeldung bitte bis 16. Oktober über Tel. 03733 80 4015
www.slaek.de/kaeckerzgebirge

Über 500 Fachsprachenprüfungen für ausländische Ärzte 2024 in Sachsen

Im Jahr 2024 wurden bis Ende August in der Sächsischen Landesärztekammer bereits mehr als 500 Fachsprachenprüfungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Im Rahmen des ärztlichen Approbationsverfahrens in Sachsen beziehungsweise der Erteilung einer Berufserlaubnis werden durch unabhängige Prüfer, die weder spätere Arbeitskollegen sind noch vorher in Sprachkursen die Antragsteller gezielt auf diese Prüfung vorbereiten, die Deutschkenntnisse für die zukünftige Tätigkeit als Arzt/Ärztin überprüft. Die Landesdirektion Sachsen als zuständige Approbationsbehörde auch für die Humanmedizin hat damit die Sächsische Landesärztekammer beauftragt.

Die Fachsprachenprüfungen wurden notwendig, da sich in der Praxis zeigte, dass die bis dahin angebotenen allgemeinsprachlichen Zertifikate und Diplome für die Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse nicht geeignet sind. Seit Beginn der Fachsprachenprüfungen im Mai 2016 wurden von der Sächsischen Landesärztekammer über 3.650 Prüfungen durchgeführt. Davon wurden nach ein- oder mehrmaligem Anlauf circa 2.330 bestanden.

Um als Ärztinnen und Ärzte in Deutschland arbeiten zu dürfen, müssen alle nicht deutschsprachigen Antragsteller Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau der Niveaustufe C1 (GER) verfügen.

1. Sie müssen ihre Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen verstehen und sich selbst insbesondere so

spontan und fließend verständigen können, dass sie in der Lage sind, sorgfältig die Anamnese zu erheben, Patienten sowie deren Angehörige über erhobene Befunde sowie eine festgestellte Erkrankung zu informieren, die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs darzustellen und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten zu erklären. Hierbei ist eine für Patienten und Angehörige (also medizinische Laien) verständliche Sprache zu wählen.

„Fachsprachenprüfungen wurden notwendig, da sich zeigte, dass die allgemeinsprachlichen Zertifikate und Diplome für die Überprüfung der erforderlichen Sprachkenntnisse nicht geeignet sind“

2. In der Zusammenarbeit mit Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufe müssen sie sich so klar und detailliert ausdrücken können, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf beruhende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind. Dabei liegt der Fokus auf dem interkollegialen Austausch mit einer fachlichen Terminologie.

3. Auch schriftlich muss die deutsche Sprache angemessen beherrscht

werden, um Krankenunterlagen ordnungsgemäß zu führen und ärztliche Briefe und Bescheinigungen ausstellen zu können.

Die Prüfungskommission der Sächsischen Landesärztekammer besteht aus über 30 Ärztinnen und Ärzten, die regelmäßig jede Woche ein- oder mehrmals Fachsprachenprüfungen durchführen. Dabei werden in einem simulierten Patientengespräch, einem anschließenden schriftlichen Teil mit Wiedergabe der Anamnese/Epikrise und einer abschließenden Arzt-Arzt-Kommunikation die oben genannten Anforderungen geprüft.

Inzwischen prüft die Sächsische Landesärztekammer an bis zu zwei Tagen pro Woche, um die Anmeldefristen möglichst kurz zu halten. Die Organisation wird jedoch oft erschwert durch kurzfristige Absagen auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse oder auch mehrfachem Nichtbestehen, was unnötige Wartezeiten verursacht. In den letzten zwei Jahren hat sich die Durchfallquote auf circa 45 Prozent erhöht. Auch die Dauer, die zur Fachsprachenprüfung Angemeldete benötigen, um dann tatsächlich einen Termin anzunehmen, hat sich verlängert und beträgt inzwischen teilweise bis zu zehn Monate nach Anmeldung durch die Approbationsbehörde. Dies verlängert nicht nur die Approbationsverfahren, sondern erhöht auch den bürokratischen Aufwand, da Antragsteller mehrmals angeschrieben werden müssen, dann aber zum Teil mehrmals den Prüfungszeitraum nach hinten verschieben.

Fast 300 der 500 Prüflinge kamen dabei aus Syrien, wo sie zum überwiegenden Teil sofort nach dem Medizin-

studium noch in ihrem Heimatland mit Deutschkursen beginnen und mit einem Visum nach Deutschland einreisen, um sich hier auf die Fachsprachprüfung vorzubereiten.

Demgegenüber stehen 2024 bisher 25 Prüfungen von Ärztinnen und Ärzten aus EU-Staaten. Die EU-Staaten haben einheitliche Standards sowohl beim Medizinstudium als auch bei der anschließenden Facharztweiterbildung und Abschlüsse werden somit auf Grundlage der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) gegenseitig anerkannt.

Bei 40 Prüfungen kamen die Ärztinnen und Ärzte aus der Ukraine, bei 21 Prüfungen aus Belarus und bei 17 Prüfungen aus der Russischen Föderation. In diesen Ländern bestehen wesentliche Unterschiede zum deutschen Medizinstudium. Auch die Facharztweiterbildung ist dort anders geregelt. Nach einem Jahr Internatur erteilen diese Länder oftmals „Facharzt“-Anerkennungen, während in Deutschland nach Weiterbildungsrecht je nach Facharzt-richtung in der Regel fünf bis sechs Jahre für den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten auf Facharzt-niveau gefordert sind.

19 Prüfungen wurden bei georgischen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt.

Diese möchten zum großen Teil ihre in Georgien zum Studium zugehörige Ausbildung in Deutschland vervollständigen.

Bei acht Prüfungen kamen die Ärztinnen und Ärzte aus Venezuela. Gemäß einer Vereinbarung zwischen den Bundesländern werden die Asylverfahren für venezolanische Staatsbürger in Sachsen durchgeführt. Andere Drittstaaten folgen mit ≤ 8 Antragsstellern.

Die große Anzahl von Antragstellungen bedeutet leider nicht, dass die Krankenhäuser, die bestimmte Facharztstellen besetzen müssen, auch geeignete Bewerber darunter finden. Es reicht aus, dass Antragsteller nachweisen, dass sie beabsichtigen, in Sachsen eine Tätigkeit aufzunehmen. Ärztinnen und Ärzte, die eine tatsächliche Einstellungs-zusage bei einem Krankenhaus haben und dringend erwartet werden, müssen folglich aufgrund der hohen Anzahl der Anträge warten.

Von den bisher insgesamt 504 Prüfungen bis Ende August 2024 waren:

- 332 Erstprüfungen,
- 129 erste Wiederholungsprüfungen,
- 43 weitere Wiederholungsprüfungen.

Das Verfahren ist aufwändig, aber wichtig und richtig. Ein Arzt mit Verständigungsproblemen ist ein erhebliches

Risiko für die Patientenversorgung, das nicht überschätzt werden kann. Und jeder, der eine Fremdsprache gelernt hat, weiß, wie lange man braucht, um wirklich auch Feinheiten zu verstehen. Es ist also richtig, dass die Prüfung komplett getrennt von den Sprachschulen stattfindet. Nur so ist die notwendige Unabhängigkeit gewahrt.

Durch den in einigen Kliniken vorherrschenden Ärztemangel und die geringe Bereitschaft, freiwerdende Arztpraxen zu übernehmen, werden in Deutschland trotz der oben beschriebenen erheblichen Unterschiede in Aus- und Weiterbildung immer wieder Rufe nach einer Vereinfachung von Berufszulassungen ausländischer Mediziner laut. Man muss dabei jedoch sorgfältig prüfen, ob die in der deutschen Versorgung geforderten Fachkompetenzen auch tatsächlich vorhanden sind. Im Extremfall würde man so die deutschen Ärztinnen und Ärzte trotz transparenter und exzellenter Aus- und Weiterbildung stärker reglementieren als die ausländischen. ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Anzeige

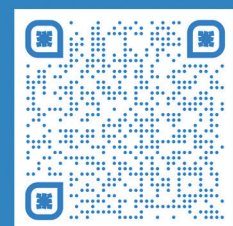
Webinar

Gesund bleiben im ärztlichen Alltag

27. November 2024 | 18.00 Uhr

Mentale Selbstfürsorge als Gesundheitsmanagement in anspruchsvollen Zeiten

Auskunft: Peggy Thomas | Tel.: 0351 8267 344
Fortbildungspunkte 3



Infos | Anmeldung

„Meine Patienten sind oft schon durch viele Netze gefallen“

Wer an medizinische Berufe denkt, dem kommt nicht als erstes der öffentliche Dienst in den Sinn und schon gar nicht die Arbeit in einem Gefängnis. Lukas Hartmann* ist Anstaltsarzt in einer Justizvollzugsanstalt und ärztlicher Referent im Sächsischen Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung. Im Interview erzählt er, welche spannenden Herausforderungen er im täglichen Umgang mit den Gefangenen erlebt, wie man auch im Gefängnis mit Herzblut Mediziner sein kann und welche Vorteile der Staat als Arbeitgeber bietet.

Herr Hartmann, Sie sind Anstaltsarzt in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Dresden und ärztlicher Referent im Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung. Wie kommt man zu so einem ungewöhnlichen Beruf?

Freunde machten mich auf das Buch „Knast“ von Joe Bausch aufmerksam, in dem der Autor, ein ehemaliger Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt Werl, seine Erlebnisse aus 20 Jahren Berufserfahrung schildert. Schon nach dem ersten Kapitel wusste ich: „Das will ich machen“. Da ich gebürtiger Sachse bin und in meine Heimat zurückkehren wollte, war ich froh, dass in der JVA Dresden eine Stelle als Anstaltsarzt frei war. Zudem wurde mir angeboten, 50 Prozent meiner Tätigkeit als medizinische Fachaufsicht im Justizministerium zu übernehmen. Dieses spannende Feld knüpfte an meine bisherige Arbeit an, sodass ich nicht ablehnen konnte.

Was begeistert Sie an der Rolle des Anstaltsarztes und worin unterscheiden sich Gefangene zu normalen Patienten?

Als Anstaltsarzt muss ich täglich zwischen den unterschiedlichsten Bedürfnissen und Sicherheitsüberlegungen abwägen und habe ein Tätigkeitsfeld, das außerhalb des Strafvollzuges so nicht zu finden ist.

Die Arbeit erfordert ein hohes Maß an fachlicher, sozialer und kommunikativer Kompetenz. Man muss bereit sein, mit verschiedensten Fachdisziplinen zusammen zu arbeiten und seine eigene Meinung auch mal hinter der anderer zurückzustellen.

Die Patientengruppe in einer JVA ist überdurchschnittlich krank und häufig durch jahrelangen Drogenmissbrauch belastet. Meine Patienten sind oft schon durch viele Netze gefallen und haben zum Teil über lange Zeit keine adäquate medizinische Versorgung erhalten. Häufig liegt es in der Verantwortung des Anstaltsarztes, eine geeignete Therapie einzuleiten und die notwendige, lang vernachlässigte Diagnostik, zu organisieren. Nicht selten fordern die Gefangenen umgehend Untersuchungen ein, die sie selbst jahrelang vernachlässigt haben. Manchmal hat man aber auch das Gefühl, dass die Inhaftierung für die Patienten fast ein Glücksfall ist, weil sie endlich regelmäßige medizinische Betreuung erhalten.

Als Arzt in der JVA arbeite ich mit einer vielfältigen Patientengruppe, oft aus sozialen Randbereichen und unterschiedlichen Kulturkreisen, und muss häufig medizinische Grundlagen vermitteln. Inhaftierte Patienten sind es oft gewohnt, ihre Beschwerden mit Drogen, Schmerz- oder Schlafmitteln selbst zu behandeln und fordern diese erlernten Strategien fast täglich lautstark ein, während sie ihrer eigenen Beteiligung am Genesungsprozess eher



Anstaltsarzt in einer Justizvollzugsanstalt und ärztlicher Referent im Sächsischen Justizministerium Lukas Hartmann*

ambivalent gegenüberstehen. Misstrauen und Ablehnung gegenüber medizinischen Maßnahmen sind keine Seltenheit. Daher ist es wichtig, mit jedem neuen Patienten Vertrauen aufzubauen, um eine effektive Arzt-Patient-Beziehung zu entwickeln.

Auch wenn in der JVA das „Primat der Medizin“ gilt, müssen medizinische Entscheidungen immer im Einklang mit den Sicherheitsanforderungen des Vollzugsdienstes und den Interessen der verschiedenen Fachdisziplinen getroffen werden. Darüber hinaus kann ich meine Patienten nicht einfach an eine weiterführende ambulante medizinische Einrichtung vermitteln.

* Auf Wunsch wurde der Name aus Sicherheitsaspekten geändert.



Wir stellen ein:

Fachärztin/Facharzt im Justizvollzug (m/w/d)

im Geschäftsbereich des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung (SMJusDEG) zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Teilzeit oder Vollzeit in den Justizvollzugsanstalten Bautzen, Torgau und Zeithain

Ihr Aufgabenbereich ist vielseitig, anspruchsvoll und spannend:

- medizinische Behandlung, Betreuung und Versorgung der Inhaftierten
- Organisation, Koordination und Leitung der Arbeitsabläufe im medizinischen Dienst der JVA
- Erstellung von medizinischen Stellungnahmen und Gutachten
- Zusammenarbeit mit externen Ärztinnen und Ärzten und dem Justizvollzugs Krankenhaus Leipzig

Wir bieten Ihnen:

- gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf: geregelte Arbeitszeiten ohne Bereitschafts-, Schicht- oder Wochenenddienst
- Fokus auf die ärztliche Tätigkeit: kein Verwaltungsaufwand durch Kassenabrechnung
- attraktives und sicheres Gehalt: Vergütung nach dem TV-Ärzte (TdL) in Entgeltgruppe Ä 2

Weitere Informationen zu den Stellenausschreibungen finden Sie hier: oder auf www.karriere.sachsen.de unter folgendem Link: <https://lsnq.de/oK>

Sie haben Fragen?

Rufen Sie gerne Frau Michaela Schmuck unter **0371 5295-552** an oder senden Sie eine Mail an michaela.schmuck@smj.justiz.sachsen.de.



Jede externe Maßnahme erfordert personelle Ressourcen für Transport und Überwachung, die mit den ohnehin begrenzten Kapazitäten konkurrieren.

Diese Mischung aus ärztlicher Tätigkeit, interdisziplinärer Zusammenarbeit und dem Hineindenken in die Belange des Strafvollzugs macht meine Arbeit für mich einzigartig. Auch wenn man schnell Routine bekommt, wird man jeden Tag aufs Neue überrascht und gefordert.

Ist die Arbeit in einem Gefängnis eigentlich gefährlich?

Ich sage immer, dass ein Gefängnis einer der sichersten Orte in Deutschland ist, weil man genau weiß, wer einem gegenübersteht. Flucht- oder Verdunkelungsgefahr sind ausgeschlossen, schließlich kommt hier niemand so einfach durch die nächste Tür. Wir tragen immer ein Funkgerät bei uns, mit dem wir im Notfall sofort Hilfe rufen können. Bei einer Alarmierung sind die Kolleginnen und Kollegen in Sekundenschnelle vor Ort, um zu unterstützen. Natürlich ist es wichtig, die Sicherheitsprotokolle zu befolgen, aber ich weiß, dass ich mich voll und ganz auf meine Kolleginnen und Kollegen verlassen kann.

Wie hoch ist der Anteil an Kolleginnen im Gefängnis?

Der Frauenanteil ist hoch! In der JVA Dresden liegt er im Durchschnitt bei etwa 33 Prozent. Außerhalb des Vollzugsdienstes, zum Beispiel in der Verwaltung sowie im medizinischen, psychologischen und sozialen Dienst, beträgt er oft sogar über 50 Prozent. Für das Arbeitsklima und den Umgang mit den Gefangenen ist die Anwesenheit von Frauen oft von großer Bedeutung. Gerade in Konfliktsituationen gelingt es den Mitarbeiterinnen oft besser, einen Zugang zu den Gefangenen zu finden und eine ruhige Gesprächsatmosphäre



„Diese Mischung aus ärztlicher Tätigkeit, interdisziplinärer Zusammenarbeit und dem Hineindenken in die Belange des Strafvollzugs macht meine Arbeit für mich einzigartig.“

aufzubauen. Kolleginnen sind daher auch im Justizvollzug herzlich willkommen!

Wie können sich (angehende) Medizinerinnen und Mediziner Ihre Rolle als medizinischer Referent vorstellen?

Prinzipiell ist der Medizinalreferent für die Fachaufsicht über den medizinischen Dienst der Justizvollzugsanstalten zuständig. Er bearbeitet Dienstaufsichtsbeschwerden gegen Ärzte und gibt sein Votum bei Beschwerden im Gesundheitsbereich ab. Zudem entwickelt er die Organisations- und Ablaufstruktur der Gesundheitsfürsorge (insbesondere Qualitätsmanagement und Statistik) und berät die Justizverwaltung hinsichtlich notwendiger Maßnahmen und durchzuführender Diagnostik. Mein persönliches Faible gilt darüber hinaus der Nachwuchsgewinnung und der Gestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Derzeit liegt der Schwerpunkt auf der Gewinnung von Anstaltsärzten. Für das Tätigkeitsfeld als Medizinalreferent bei der Aufsichtsbehörde werden derzeit keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesucht.

Was sind für Sie die größten Unterschiede zur ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus oder in einer eigenen Praxis?

Die größten Unterschiede sind für mich die geregelten Arbeitszeiten ohne Bereitschafts-, Schicht- oder Wochenenddienste. Als angestellter Arzt habe ich nicht den Investitionsaufwand, den ich als Teilhaber einer Praxis hätte. Ich muss mein Personal führen, habe aber nicht die umfassende Verantwortung eines Chefs. Und den Dauerstress und die langen Schichten konnte ich auch hinter mir lassen... und damit zuletzt sogar meine Blutdrucksenker (lacht). ■

In „Interviews und Stories“ stellt das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ aktuelle Themen rund ums Medizinstudium und die ärztliche Arbeit in Sachsen vor. Die komplette Version des Interviews zum Berufsbild Anstaltsarzt lesen Sie unter www.aerzte-fuer-sachsen.de



Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle lädt Sie wieder zu einer Falldiskussion ein.

Zuvor jedoch wie gewohnt unsere Bewertung des im Heft 7/2024 vorgestellten Falles einer Aortenklappenendokarditis trotz umfangreicher Differenzialdiagnostik. Der dargestellte Behandlungsverlauf hat gemessen an der Zahl der Zuschriften (siehe Seite 32 ff.) offenbar zu vielen Diskussionen geführt. Das Thema trifft also sehr die Interessenlage der hausärztlich tätigen Kollegen.

Bewertung des Falles aus Heft 7/2024

Grundlage ist wie immer ein Sachverständigengutachten aus dem Bereich Allgemeinmedizin und eine wie immer teils auch kontroverse Diskussion im Sachverständigenrat der Gutachterstelle. Die Gutachterstelle hat keine Fehlbehandlung durch den betreuenden Hausarzt festgestellt und dem Haftpflichtversicherer die Abweisung der erhobenen Ansprüche empfohlen. Ob der Antragsteller diese Entscheidung akzeptiert oder eine Prüfung auf dem Rechtsweg anstrebt, ist uns derzeit nicht bekannt.

Die Begründung unserer Entscheidung: Dem betreuenden Kollegen ist zunächst eine umfangreiche, zeitlich äußerst straffe Differenzialdiagnostik zu bestätigen. Für die schnelle Terminfolge war möglicherweise der „Privatversichererstatus“ des Patienten hilfreich. Eine zentrale Bedeutung in der Beurteilung des Falles kommt der konsiliarisch durch einen Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie am 12. März 2021 ausgeführten transthorakalen Echokardiographie zu. Der Konsiliar hat entschieden, es bei dieser Diagnostik zu belassen und keine transösophageale Echo-

kardiographie anzuschließen. Der angegriffene Kollege konnte sich in seiner Diagnostik auf diese Entscheidung verlassen. Eine Bewertung dieser Entscheidung war im Zuge dieses Verfahrens nicht möglich. Der betreuende Hausarzt war mit der zeitgerechten Überweisung in die kardiologische Mitbeurteilung in vollem Umfang seinen Verpflichtungen nachgekommen.

Mehrfach wurde in den Zuschriften Unverständnis darüber geäußert, dass keine stationäre Diagnostik erfolgte. Der Patient stand mit Hinweis auf die zum Behandlungszeitraum floride COVID-Pandemie einer stationären Einweisung äußerst kritisch/ablehnend gegenüber.

Die übrige Differenzialdiagnostik hat die Gutachterstelle als zügig, komplett und zielorientiert bewertet. Tragisch bleibt der Behandlungsverlauf in jedem Fall. Mit Glück und Intuition hätte dieser Verlauf möglicherweise verhindert werden können. Im stationären Setting wäre die Wiederholung der Echokardiographie mit transösophagealem Zugang bei sonst negativer Diagnostik vermutlich eine Selbstverständlichkeit gewesen. Im ambulanten Bereich ist dies nach einstimmiger Beurteilung durch Gutachter und Sachverständigenrat, bei unklarer Situation, nicht zu fordern. Sind ambulante und stationäre Diagnostik in ihrer Sicherheit etwa doch nicht gleichwertig? Vielleicht geht die Diskussion noch weiter. Wir laden gern dazu ein.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Unser neuer Fall führt in den Bereich Innere Medizin/Nephrologie/Anästhesiologie, speziell geht es um die Problematik der Anlage zentralvenöser Katheter.

Der Antragsteller ist Jahrgang 1958. Er leidet seit 2010 an einer Niereninsuffizienz (zum damaligen Zeitpunkt im St. III) bei bekannter mesangioproliferativer Glomerulonephritis. Begleitend sind eine Hypertonie und eine Hyperurikämie bekannt.

26. Mai 2022

Stat. Aufnahme bei akutem Nierenversagen (Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung) bei bekannter mesangioproliferativer Glomerulonephritis, initial Dialyse über Shaldon-Katheter, Katheteranlage über V. jugularis links ohne Probleme

10. Juni 2022

ca. 14.00 Uhr: geplanter Wechsel des liegenden Shaldon-Katheters auf Demerskatheter zur ambulanten Fortsetzung der Dialyse

Zunächst Punktion über V. subclavia rechts, zweiter Versuch über V. jugularis, Abbruch nach zwei frustrierten Versuchen: jeweils problemlose Gefäßpunktion und Platzierung des Seldinger-Drahtes, Dilatator ließ sich jedoch nicht vorschieben, Entfernung des Dilatators nicht möglich. System musste bei beiden Versuchen komplett entfernt werden (Draht + Dilatator). Punktion durch Facharzt für Chirurgie, Hinzuziehung eines Facharztes für Anästhesiologie

Wechsel auf die linke Seite bei dort liegendem Shaldon-Katheter, Einführen eines Seldinger-Drahtes in den liegenden Shaldon-Katheter und Einführen des Demerskatheters über den Seldinger-Draht ohne Probleme

Rö-Thorax-Kontrolle: keine Auffälligkeiten, kurzzeitige Überwachung auf ITS.

22.00 Uhr: Kreislaufdepression und generalisierter Krampfanfall
MRT Thorax: Mediastinalhämatom und Hämatothorax

→ Verlegung Thoraxchirurgie zur weiteren Versorgung

Thorakotomie: Verletzung des Tr. brachiocephalicus und der A. carotis li., Versorgung durch Patch und Übernähung, Ausräumung des Hämatothorax.

Im weiteren Verlauf ITS-Versorgung mit Critical-Illness-Polyneuropathie, deutlich verzögerte Rekonvaleszenz.

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf?
Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de



Zum Nachlesen „Aktueller Fall der Gutachterstelle“, Heft 7/2024

Eigene Wünsche rechtzeitig festlegen!

Sächsische Landesärztekammer veröffentlicht aktualisierte Vorlagen für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Jede volljährige und einwilligungsfähige Person kann schriftliche Erklärungen abgeben, die wirksam werden, wenn sie selbst aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen.

Mit einer Patientenverfügung kann im Voraus festgelegt werden, welche medizinischen Behandlungen in bestimmten Situationen erlaubt sind oder abgelehnt werden. Diese Verfügung wird wirksam, wenn die Ersteller aufgrund von Krankheit oder Behinderung nicht mehr selbst über ihre medizinische Behandlung entscheiden können. Damit die Patientenverfügung gültig ist, müssen die Krankheitszustände und der zugehörige Wille konkret beschrieben sein. Es besteht das Risiko, dass die Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Doch auch dann hilft die Patientenverfügung dabei, diesen durch Bevollmächtigte, Betreuer oder ein Gericht zu ermitteln. Solange die Ersteller der Verfügung selbst in der

Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen, haben diese Entscheidungen Vorrang vor der Patientenverfügung. Sie sind auch jederzeit widerruflich und freiwillig.

Mit einer Betreuungsverfügung können Vertrauenspersonen benannt werden, die das Gericht im Bedarfsfall als Betreuer einsetzen soll. Diese Person übernimmt dann die Entscheidungen in den vorher festgelegten Bereichen, wenn die zu Betreuenden selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. In einer Vorsorgevollmacht können Vertrauenspersonen sofortige Befugnisse übertragen werden, ohne dass ein Gericht entscheiden muss. Diese Vollmacht kann sich auf die Gesundheitsfürsorge oder auf andere Bereiche wie Aufenthaltsbestimmung, Umgang mit Behörden oder Vermögensverwaltung erstrecken.

Verfügungen und Vollmachten können Patientinnen und Patienten selbst erstellen oder die Vorlagen wie die der

Sächsischen Landesärztekammer nutzen. Dabei ist es immer ratsam, sich von Ärztinnen und Ärzten beraten zu lassen, um die Entscheidungen besser zu verstehen und einordnen zu können. Auch kann dadurch die Genauigkeit der Formulierungen verbessert werden.

Formulare und weitere Informationen finden sich auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de/patientenverfuegung. ■

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter Rechtsabteilung



Infektiologie als Wahlfach: Ein Erfahrungsbericht

Unter dem Begriff Wahlfach versteht man einen unter vielen, thematisch sehr unterschiedlichen Wahlpflichtkursen, wobei mindestens eines pro Vorklinik beziehungsweise Klinik-Abschnitt zu absolvieren ist. Einige Wahlpflichtkurse finden in jedem Semester statt, einige nur zum jeweiligen Sommer- beziehungsweise Wintersemester. Der folgende Bericht schildert studentische Erfahrungen in einem fächerübergreifend wichtigen klinischen Fach*:

Das Wahlfach Infektiologie richtet sich an Studierende der Humanmedizin im klinischen Studienabschnitt am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD) an der Technischen Universität Dresden, die ein spezielles Interesse an diesem Fach haben. Das Wahlfach umfasst zwei Wochen aktive Mitarbeit im krankenhausweiten infektiologischen Konsiliardienst, der infektiologischen Ambulanz und der Teilnahme an infektiologischen Visiten auf Station. Eine Fallvorstellung in der wöchentlichen Infektionskonferenz dient der Erfolgskontrolle. Die Betreuung erfolgt durch Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Infektiologie beziehungsweise Schwerpunkt (SP) internistische Infektiologie der Klinischen Infektiologie des Institutes für Infektiologie und Krankenhaushygiene am UKD.

Warum?

Ich habe mich für das Wahlfach „Infektiologie im klinischen Abschnitt“ entschieden, da ich gerne das erlernte theoretische Wissen aus den Vorlesungen mit der praktischen klinischen Arbeit verknüpfen wollte. Dabei habe ich zusätzlich ein tieferes Verständnis für



Alina Zimmermann, Wahlfach-Studentin in der Klinischen Infektiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

den Krankheitsverlauf einer Infektion erhalten und kann unter Beachtung des Infektionserregers und möglicher Komplikationen die Erstellung eines geeigneten Therapieplans mit Auswahl eines erregerspezifischen Antibiotikums verstehen und erarbeiten. Mir wurde bei der praktischen Arbeit bewusst, dass eine „Infektion aus dem Lehrbuch“ selten im klinischen Setting auftritt, sondern individuelle Einflussfaktoren der Patienten die weiterführende Diagnostik und Therapie stark beeinflussen.

Was ist daran besonders?

Infektionen können an jedem Organ und Körperteil auftreten, dadurch ist die Arbeit in der klinischen Infektiologie fachdisziplinübergreifend. Deshalb kommt es auch auf eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung beteiligten Disziplinen an. Im Wahlfach habe ich früh die Möglichkeit bekommen, selbstständig zu arbeiten. Zu meinen Aufgaben gehörte das Ausarbeiten von infektiologischen

Konsilen. Dadurch habe ich gelernt, mir selbst Gedanken zu möglichen Therapieoptionen zu machen, diese in Abhängigkeit vorliegender Befunde abzuwägen und vorzuschlagen. Dies verläuft natürlich immer in Rücksprache mit den verantwortlichen Fachärzten und Fachärztinnen. Durch den infektiologischen Konsiliardienst mit persönlichem Patientenkontakt können Studierende sehr gut die anamnestische Gesprächsführung erlernen. Teilweise können nur durch gezielte Fragen infektiologische Fragestellungen beantwortet werden. Auch die tägliche Übung der klinischen Untersuchung führt zu einem tieferen Verständnis, welche „Kleinigkeiten“ in der Untersuchung eine große und teilweise therapeutische entscheidende Rolle aus infektiologischer Sicht spielen können. Durch die Mitarbeit in der infektiologischen Ambulanz ist mir nochmal deutlich bewusst geworden, wie wichtig die detaillierte Therapieaufklärung und der persönliche Patientenkontakt sind, um eine verbesserte Patientenadhärenz für eine erfolgreiche antibiotische Therapie sicherzustellen.

Was ist der Unterschied zum DIPOL®-Kurs beziehungsweise Vorlesung?

DIPOL® (Dresdner Integratives Problem/Praxis/Patienten Orientiertes Lernen) ist ein seit 1999 in Zusammenarbeit mit der Harvard University entwickeltes Hybridcurriculum und vereint traditionelle (zum Beispiel Vorlesungen) mit neuen Lehrformaten wie Tutorien.

* Unter der Rubrik Ausbildung veröffentlicht die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ in unregelmäßigen Abständen Berichte und Erfahrungen aus dem Medizinstudium an den sächsischen Medizinischen Fakultäten und anderswo.

Die Lehre ist integrativ-interdisziplinär ausgerichtet und wird in den klinischen Semestern in Blockkursen durchgeführt. Seit mittlerweile 20 Jahren ist das Reformmodell fest in die curriculare Lehre integriert.

Der größte Unterschied zwischen dem Wahlfach und dem DIPOL®-Kurs beziehungsweise der Vorlesung besteht darin, in der praktischen Übung mit den „echten“ Patienten Anamnesegespräche und klinische Untersuchungen durchzuführen. Dies kann sowohl in einem DIPOL®-Kurs als auch in einer Vorlesung nur simuliert werden. Auch wenn dort echte klinische Fälle besprochen werden, ersetzt es nicht vollständig den Prozess der Entscheidungsfindung über die geeignete Therapie, denn der Patient ist zu dem Zeitpunkt schon längst behandelt. In dem Wahlfach lernt man dadurch auch, erste Verantwortung in der Behandlung der Patienten zu übernehmen. Auch wenn bei der Mitarbeit in der Infektiologie jede Diagnose- und Therapieentscheidung immer mit Rücksprache der Verantwortlichen abläuft, entwickelt man ein

Verständnis dafür, welche nächsten Schritte und Entscheidungen getroffen werden müssen, um Komplikationen zu vermeiden und eine erfolgreiche Therapie mit bestmöglicher Genesung zu ermöglichen.

Die Kleingruppen innerhalb des DIPOL®-Kurses ermöglichen das Erlernen erster Herangehensweisen an die Behandlung infektiologischer Patienten. Dabei ist die Qualität des DIPOL®-Tutoriums jedoch abhängig von der Tutoriumsleitung. In den Vorlesungen vor großen Studentengruppen kann nur das theoretische Wissen und ein erster Eindruck von der Behandlung infektiologischer Patienten vermittelt werden. Meiner Meinung nach kann sowohl in der Vorlesung als auch im DIPOL®-Kurs bisher kein selbstverantwortliches praktisches Arbeiten erlernt werden.

Wie könnte eine reguläre Lehre gestaltet werden oder sollte es Wahlfach bleiben?

Ich persönlich finde eine Einbeziehung der Praxis in die reguläre Lehre wichtig. Dies ist natürlich schwierig umzusetzen bei der Menge an Medizinstudie-

renden. Aus Kapazitätsgründen ist es nicht möglich, jedem Studierenden durch ein Wahlfach oder eine Famulatur einen Einblick in die klinische Infektiologie zu bieten. Ich denke, es ist jedoch wichtig, dass besonders interessierten Studenten die Möglichkeit in diesem Rahmen geboten wird. Ich könnte mir vorstellen, dass es möglich wäre, mehr Praxisanteile in die reguläre Lehre zu integrieren, in dem man zum Beispiel eine Patientenfallvorstellung in der Vorlesung ermöglicht oder mehr Vorlesungen durch klinische Infektiologen beziehungsweise Infektiologinnen gehalten werden. In den DIPOL®-Tutorien wäre es schön, die Kleingruppengröße zu nutzen und auch an das Patientenbett zu gehen, um Anamnese und klinische Untersuchung selbst durchzuführen. Dadurch könnten reale Fälle statt Papierfällen bearbeitet werden. ■

Alina Zimmermann
Wahlfach-Studentin in der
Klinischen Infektiologie,
6. Semester Humanmedizin am
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen Universität Dresden

Einladung Kreisärztekammer Chemnitz

Fortbildung und Mitgliederversammlung am 22. Oktober 2024

Die Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) lädt herzlich zur Mitgliederversammlung mit Fortbildung am Dienstag, dem 22. Oktober 2024, um 19.00 Uhr in das Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz ein. Das Thema der Fortbildung lautet „Palliativsituation im

Notfalldienst“. Es spricht Dr. med. Sabine Nesper aus dem MVZ für Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin GmbH Chemnitz.

Leider wird ein Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) ausscheiden, daher unsere Bitte: Wenn

Sie bei uns mitarbeiten möchten, melden Sie sich gern bis zur Veranstaltung bei uns.

Anmeldung unter Tel. 0371 216514 oder E-Mail chemnitz@slaek.de. ■

Dr. med. Andreas Bartusch
Vorsitzender Kreisärztekammer
Chemnitz (Stadt)

Konzerte und Ausstellungen

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

UNSCHULD

Gemälde von Ainara Torrano
bis 18. Oktober 2024



Aktuelle Ausstellung: Ainara Torrano

VORSCHAU

ITALIENISCHER TELLER

Malerei von Robert Finke
25. Oktober 2024 bis 10. Januar 2025

Junge Matinee

1. Dezember 2024, 11.00 Uhr
Studierende verschiedener Fachrichtungen der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich musikalisch vor.

Im Anschluss an das Konzert wird ein Mittagsbuffet angeboten (kostenpflichtig). Bitte reservieren Sie vorab unter Tel. 0351 8267-110.

Kreisärztekammer Sächsische Schweiz- Osterzgebirge

Am 4. September 2024 fand die jährliche Mitgliederversammlung unserer Kreisärztekammer statt. Der Vorstand hatte zur Wahl gebeten und konnte in diesem Rahmen dem Gesundheitsamt Pirna gerne die Möglichkeit geben, die sehr weiträumigen Themen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge vorzustellen. Erfreulich viele Kolleginnen und Kollegen aus allen Altersgruppen nahmen sich die Zeit und auch den Raum, den Referentinnen zu den Themen Mortalitätsstatistik, Todesbescheinigung, Anzeigepflicht von Erkrankungen und weiteren Themen, Fragen zu stellen und rege zu diskutieren. Eine Mitarbeiterin des Landratsamtes informierte über das Thema Krankenhausplanung. Hier kam es, auch auf Grund der aktuellen Probleme in den Kliniken Pirna und Freital, zu einem regen Informationsaustausch.

Für die im Anschluss durchgeführte Wahl stellten sich mehrere Kandidatinnen und Kandidaten erstmals auf. Im

neuen Vorstand sind nunmehr niedergelassene, im Krankenhaus sowie in der Gesundheitsbehörde tätige Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen Lebensabschnitten vertreten. Mit der Verve dieser Veranstaltung freut sich der neue Vorstand auf die Arbeit der kommenden fünf Jahre und bedankt sich für das entgegengebrachte Vertrauen. ■

Im Namen des Vorstandes
Christian Otis Lorenz
Vorsitzender Kreisärztekammer Sächsische
Schweiz-Osterzgebirge

Stellvertretend für den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gratulieren wir allen Vorstandsmitgliedern der Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge zu ihrer Wahl! Wir sind unsicher, dass Sie die großen Aufgaben an dieses Ehrenamt für die beruflichen Interessen der Kolleginnen und Kollegen mit Engagement und Einsatz wahrnehmen und für ein hohes Ansehen des Berufsstandes sorgen werden.

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer



Neuer Vorstand und ständige Gäste: Gregor Naumann, Dr. med. Andrea Lindner (Stellvertreterin), Dr. med. Tobias Pollack, Christian Otis Lorenz (Vorsitzender), Dr. med. Livi Gunkel (v.l.). Nicht auf dem Bild: Simone Stuckart.

Einladung Kreisärztekammer Meißen

Der Vorstand der Kreisärztekammer Meißen lädt alle Mitglieder ganz herzlich zur diesjährigen Jahreshauptversammlung ein.

Wann: Dienstag, 22. Oktober 2024
19.00 Uhr

Wo: „Försters Stammlokal“,
Zaschendorfer Straße 15,
01640 Coswig OT Sörnewitz

Thema des Fachvortrages:

Update Schlaganfallversorgung

Referent: Dr. med. Johannes Etzrodt,
Elblandklinikum Meißen, Klinik für
Neurologie und Geriatrie



Blick auf die Meißener Altstadt mit Albrechtsburg

Wir freuen uns auf Ihr Kommen. ■

Dr. med. Alexander Neumann
Vorsitzender Kreisärztekammer Meißen
E-Mail: meissen@slaek.de

Einladung Kreisärztekammer Vogtlandkreis

Vogtländischer Ärztetag

Die Kreisärztekammer des Vogtlandkreises lädt ein zum diesjährigen Vogtländischen Ärztetag. Die Weiterbildungsveranstaltung widmet sich in diesem Jahr Themen rund um die innovative Therapie mit Biologicals.

Geplant sind Vorträge aus der Hämatologie (Priv.-Doz. Dr. med. habil. Mathias Hänel, Klinikum Chemnitz), der Gastroenterologie (Dr. med. Renate Margarete Schmelz, Universitätsklinikum Dresden), der Urologie (Priv.-Doz. Dr. med. habil. Stefan Propping, St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig) und der

Rheumatologie (Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Universitätsklinikum Leipzig). Wir heißen alle Mitglieder der Kreisärztekammer und selbstverständlich auch Gäste herzlich willkommen.

Wann: Samstag, 26. Oktober 2024,
10.00 bis 13.00 Uhr

Wo: Klinikum Obergöltzsch in
08228 Rodewisch, Stiftstraße 10,
Konferenzzentrum

Fortbildungspunkte sind bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Jazzabend

Wann: Samstag, 2. November 2024,
19.00 Uhr

Wo: Irish Pub, Klostermarkt, Plauen
Der Abend wird gestaltet von Slawek Dudar und seiner Jazz-Band.

Der Eintritt ist für Kammermitglieder frei, die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Anmeldung unter: neuser.pl@t-online.de,
claudia_born@gmx.net oder Frau Born,
Sekretariat, Tel. 0177-3315590. ■

Dr. med. Hans Neuser
Vorsitzender Kreisärztekammer Vogtlandkreis
E-Mail: vogtlandkreis@slaek.de

Einladung Kreisärztekammer Mittelsachsen

Der Vorstand der Kreisärztekammer Mittelsachsen lädt Sie und Ihre Begleitung recht herzlich zur diesjährigen Weihnachtsveranstaltung in das Theater Döbeln ein.

Wann: Sonntag, 1. Dezember 2024
(1. Advent)

Beginn: 17.00 Uhr

Einlass: ab 16.00 Uhr mit
Sekttempfang

Programm: Die Weihnachtsshow mit
der Comedy-Pop-Band
„Die Notendealer“ aus Dresden.

Anmeldung unter: Tel. 037206 2500
oder info@knuepfer-seiss.de
Tel. 03362 32278 oder
petra.pabst@hotmail.com

Lassen Sie uns bei professioneller Musikalität und viel Humor den Abend genießen und auf den Advent einstimmen.

Der Vorstand freut sich auf Ihre Teilnahme. ■

Im Namen des Vorstandes
Dr. med. Brigitte Knüpfer
Vorsitzende Kreisärztekammer Mittelsachsen

Veranstaltungsräume gesucht?

Modernes Tagungszentrum im Haus der Sächsischen Landesärztekammer bietet optimale Bedingungen

Sie planen Workshops, Seminare oder Tagungen, vielleicht sogar mit Musik und Gesang? Das moderne Tagungszentrum der Sächsischen Landesärztekammer bietet dafür die passenden und klimatisierten Räume, die flexibel gestaltet und an die Bedürfnisse der jeweiligen Veranstaltung angepasst werden können: ganz gleich, ob nur mit

wenigen Teilnehmern, Mitarbeiterversammlungen oder Schulungen. Allein im Festsaal mit Bühne ist Platz für rund 200 Gäste.

Alle Räume sind mit modernster Tagungstechnik ausgestattet und bieten zusätzlich die Möglichkeit, Ihre Veranstaltung auch hybrid durchzuführen. Für alle Teilnehmer Ihrer Veranstaltung

stehen außerdem kostenloses WLAN und über 120 Stellplätze im Parkhaus bereit.

Ein besonderes Merkmal ist das hausinterne Catering durch das Kammerrestaurant, welches Ihre Gäste mit regionalen und saisonalen Köstlichkeiten verwöhnt. Gern bieten wir für Ihre Veranstaltung eine Tagungspauschale an, die individuell auf Ihr Event abgestimmt wird. So haben Sie die Kosten immer im Blick.

Das Tagungszentrum kann jederzeit auch von Firmen sowie Institutionen aus dem nichtmedizinischen Bereich für ihre geplanten Veranstaltungen angemietet werden. Zudem profitieren Veranstalter von exklusiven Vorzugsangeboten für Veranstaltungen, die der medizinischen Fort- und Weiterbildung dienen.

Wir haben unsere Kompetenz in einem neuen Team des Veranstaltungsmanagements der Sächsischen Landesärztekammer gebündelt, welches Sie gern bei der Auswahl der Veranstaltungsräume, des technischen Equipments sowie des umfangreichen Cateringangebotes berät und unterstützt.

Nehmen Sie gern mit uns Kontakt auf oder besuchen Sie unsere Tagungsseite. Gemeinsam setzen wir Ihre Veranstaltung erfolgreich und reibungslos um. ■

Thomas Krause, Tel. 0351 8267-441
Georg Reißmann, Tel. 0351 8267-442
Kontakt: vermietung@slaek.de
www.slaek.de/de/ueber-uns/informationen-fuer-veranstalter.php



Der Plenarsaal ist mit modernster Multimedia-Technik ausgestattet und hat eine sehr gute Akustik. Der Saal ist u. a. gut für kulturelle Veranstaltungen oder Jahresversammlungen geeignet.



Das Foyer bietet einen hervorragenden Rahmen für Präsentationen und festliche Empfänge.



72. Tagung der Kammerversammlung

Hybridveranstaltung am 13. November 2024

Die 72. Tagung der Kammerversammlung findet am Mittwoch, 13. November 2024, von 16.00 bis circa 19.30 Uhr statt.

Tagungsort:

Sächsische Landesärztekammer
Festsaal Carl Gustav Carus
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

1. Eröffnung der 72. Tagung der Kammerversammlung

- Feststellung der Beschlussfähigkeit
- Beschlusskontrolle

Erik Bodendieck, Präsident

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

3. Sachstand Einrichtung Zentrales Krebsregisters (ZKR) in Sachsen

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

4. Personalia

- Anstellung Ärztliche/r Geschäftsführer/in
- Anstellung Kaufmännische/r Geschäftsführer/in

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

5. Satzungen

5.1. Satzung zur Änderung der Berufsordnung

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Bertold Renner, Vorsitzender Ethikkommission

5.2. Neufassung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, Vorsitzende Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

6. Finanzen

- Wirtschaftsplan 2025

Bericht: Dipl.-Med. Ingolf Schmidt, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

7. Bekanntgabe von Terminen

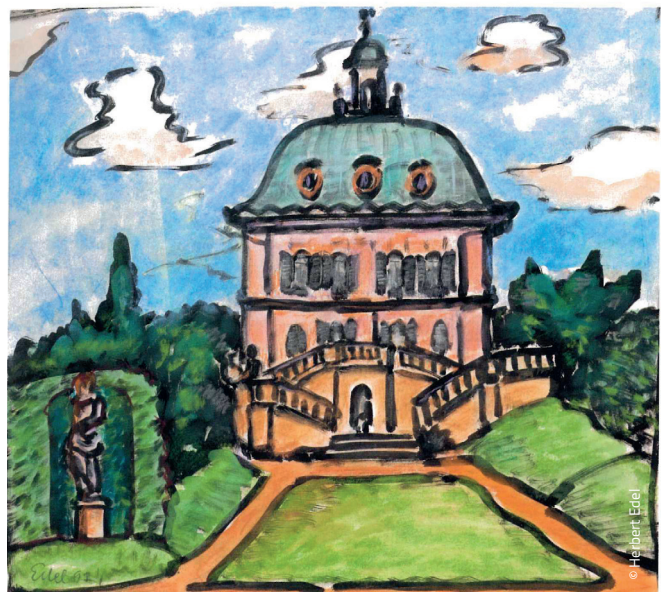
8. Verschiedenes ■

Sonderausstellung „Malende Ärztinnen und Ärzte“

Medizin und Kunst bilden seit Jahrhunderten eine untrennbare Einheit. Bildliche Darstellungen der Heilkunde oder von Ärzten und Patienten finden sich in allen großen Kunstmuseen dieser Welt. Ärzte als Künstler und umgekehrt sind ebenfalls nicht so selten. Seit 27 Jahren bietet die Sächsische Landesärztekammer Künstlern aus Sachsen die Möglichkeit, ihre Werke in ihren Räumlichkeiten auszustellen. Auf Anregung des Ehrenpräsidenten, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, planen wir, im 1. Quartal 2026 eine Sonderausstellung „Malende Ärztinnen und Ärzte aus Sachsen“ im Kammergebäude zu veranstalten. Wir folgen damit einer Tradition, die mit den Namen ehemaliger Ärzte-Künstler, wie etwa Edel, Langer, Thomas, „Dottore“

und anderen verbunden ist. Wir möchten alle sächsischen Ärztinnen und Ärzte ansprechen, die entsprechend kreativ-künstlerisch tätig sind, frei nach dem Motto „Heilkunst versus bildende Kunst“.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte möglichst zeitnah an Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer
Tel. 0351 8267-411
E-Mail:
m.schultewestenberg@slaek.de



Herbert Edel, Fasanenschlösschen, 1992, Aquarell/Tempera, 37,5 x 42 cm.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am

Mittwoch, dem 15. Januar 2025,

9.00 bis 15.00 Uhr

in der Sächsischen

Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt in der 4. bis 6. Kalenderwoche 2025.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 15. Januar 2025 können regulär Auszubildende und Umschüler/Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2025 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

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

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

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

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

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldeformulare haben die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer bereits erhalten. Die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren gehen fristgerecht dem Zahlungspflichtigen zu.

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 8. November 2024** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet

der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

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

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267-170/-171/-173/-168 zur Verfügung. ■

Lydia Seehöfer B.A.
Sachbearbeiterin

Referat Medizinische Fachangestellte

Fortbildung für MFA

Unsere Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte finden Sie in 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. Bei Ausschreibungen von Praktischen Ärzten können sich Fachärzte für Allge-

meinmedizin bewerben sowie Fachärzte für Innere Medizin, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

**) Ausschreibungen im Umfang von einem Viertel einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer hälftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes/einer Ärztin.

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 → Für Praxen → Zulassung und Niederlassung → Bedarfsplanung → 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.

Zulassungsbezirk Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D147	Allgemeinmedizin*	Dresden, Stadt	11.11.2024
24/D148	Innere Medizin*	Dresden, Stadt	24.10.2024
24/D149	Allgemeinmedizin* (hälftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.10.2024
24/D150	Innere Medizin* (hälftiger Vertragsarztsitz)	Radebeul	11.11.2024
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D151	Chirurgie	Bautzen	24.10.2024
24/D152	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Bautzen	11.11.2024
24/D153	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.11.2024
24/D154	Psychotherapeutisch tätige Ärztin Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.11.2024
24/D155	Psychologische Psychotherapie Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz mit Sonderbedarfsfeststellung)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.10.2024
24/D156	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	11.11.2024
24/D157	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	11.11.2024
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D158	Innere Medizin/SP Hämatologie und Internistische Onkologie (hälftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	24.10.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/C104	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Annaberg	11.11.2024
24/C105	Kinder- und Jugendmedizin, ZB Allergologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Annaberg	11.11.2024
24/C106	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Annaberg	11.11.2024
24/C107	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Annaberg	11.11.2024
24/C108	Kinder- und Jugendmedizin	Aue-Schwarzenberg	11.11.2024
24/C109	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitzer Land	24.10.2024
24/C110	Augenheilkunde	Chemnitz, Stadt	11.11.2024
24/C111	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.10.2024
24/C112	Orthopädie, ZB Chirotherapie	Chemnitz, Stadt	24.10.2024
24/C113	Psychologische Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie	Chemnitz, Stadt	24.10.2024
24/C114	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie	Döbeln	11.11.2024
24/C115	Augenheilkunde	Freiberg	11.11.2024
24/C116	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Freiberg	11.11.2024
24/C117	Orthopädie, ZB Spezielle Schmerztherapie	Freiberg	11.11.2024
24/C118	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Mittlerer Erzgebirgskreis	11.11.2024
24/C119	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mittweida	11.11.2024
24/C120	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	24.10.2024
24/C121	Kinder- und Jugendmedizin	Stollberg	11.11.2024
24/C122	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ZB Medikamentöse Tumorthherapie	Zwickau	11.11.2024
24/C123	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (Viertel-Versorgungsauftrag zur Erhöhung des Versorgungsauftrages einer Zulassung oder Anstellung eines Psychotherapeuten bzw. Erhöhung des Anstellungsfaktors)	Zwickau	11.11.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Anzeige

Dienstag, 5. November 2024
Jahresversammlung der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)

Beginn 19.00 Uhr

Deutsches Hygienemuseum Dresden
 Kontakt: www.kreisaerztekammer-dresden.de

Zulassungsbezirk Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/L083	Praktischer Arzt*)	Leipzig	24.10.2024
24/L084	Innere Medizin (Vertragsarztsitz mit 1,0-Angestelltenstelle)	Leipzig	24.10.2024
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/L085	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	24.10.2024
24/L086	Orthopädie und Unfallchirurgie	Leipzig, Stadt	11.11.2024
24/L087	Psychologische Psychotherapie / Kinder- u. Jugendl.psychotherapie Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.10.2024
24/L088	Psychologische Psychotherapie Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	11.11.2024
24/L089	Psychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.10.2024
24/L090	Psychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Delitzsch	11.11.2024
24/L091	Psychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	Leipzig, Stadt	24.10.2024
24/L092	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.10.2024
24/L093	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Torgau-Oschatz	24.10.2024
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/L094	Innere Medizin (fachärztlich) SP Angiologie	Leipzig	24.10.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Zulassungsbezirk Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Torgau	01.01.2025
Allgemeinmedizin*)	Grimma	sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6701 oder -6702 | Fax 0341 2432-2305 | beratung@kvsachsen.de).

Zulassungsbezirk Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Freiberg	geplante Abgabe: Anfang 2026
Innere Medizin *) – Diabetes-Schwerpunktpraxis	Freiberg	geplante Abgabe: Februar 2025
Allgemeinmedizin*)	Mittweida	geplante Abgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6703, -6704 oder -6705 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Zulassungsbezirk Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Meißen	Abgabe: ab sofort
Innere Medizin*)	Löbau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: 12/2024
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 03/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 04/2025
Praktische Ärztin*)	Kamenz	Abgabe: 07/2025
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: 07/2025
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: 10/2025
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: 01/2027

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Neurologie und Psychiatrie	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: 04/2025

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	Abgabe: 4. Quartal 2024
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Oberlausitz-Niederschlesien	Abgabe: 4. Quartal 2024

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall der Gutachterstelle“ aus Heft 7/2024, Seite 19

Die Erstvorstellung erfolgte mit einer eigentlich blanden Symptomatik, in der kein Verdacht auf eine lebensverändernde Situation zu befürchten war.

Die systemische Antibiose zum Beispiel mit Amoxicillin ist bei dem deutlich erhöhtem CRP auch ohne Focusnachweis notwendig. Die bereits am nächsten Tag begonnene ausführlichste Diagnostik bei rückläufigem CRP am fünften Tag rechtfertigte die Antibiotikagabe, scheint mir im Folgenden in diesem Fall zunächst etwas überzogen und zu diesem Zeitpunkt sicher auch noch nicht notwendig. Kommt hier der vielfach beschriebene Unterschied zwischen Privat und Kassenpatienten zum Ausdruck?

Letztlich wurden ja alle Register gezogen. Erstaunlich, wie schnell fachärztlich Termine zur Verfügung standen. Auf jeden Fall dokumentieren sie das besondere Engagement und verantwortungsvolle Handeln der Kollegin/Kollegen. Der Beginn der Antikoagulation ist unter der Verdachtsdiagnose meines Erachtens richtig und notwendig.

Dass es am 17. April 2024 zu dieser schweren Erkrankung kam, die leider das weitere Leben mit wohl dauerhaften Einschränkungen verbinden wird, ist sehr bedauerlich. Sie war aber in dem beschriebenen Verlauf nicht vorhersehbar. Dem behandelnden Arzt ist aus meiner Sicht kein Vorwurf zu machen.

Vielleicht ungerechtfertigt ist mein Vorwurf, dass dem Antragsteller dies auch bewusst war und statt Dankbarkeit gegenüber dem Hausarzt das Streben nach finanziellem Gewinn überwogen hat.

Der Antrag ist meiner Meinung nach absolut nicht gerechtfertigt und sollte abgewiesen werden!

Dr. med. Detlef Ernst, Stolpen

Der aktuelle Fall einer embolisierten Aortenklappen-Endokarditis mit tragischem Verlauf wirft einige Fragen auf, die sich nicht aus der Falldarstellung ergeben:

1. Eine entscheidende Frage ist, ob der behandelnde Hausarzt/Antragsgegner (AG) eine klinische Untersuchung (Auskultation) des Herzens/Thorax vorgenommen und dokumentiert hat. Hat der AG diese Untersuchung wiederholt?
2. Die zweite Frage betrifft den Untersucher für die Echokardiographie: War es ein Facharzt für Kardiologie, im Rahmen eines Konsils, dann darf der Hausarzt dem o.B.-Befund zunächst trauen, auch wenn aus welchen Gründen auch immer auf ein transösophageales Echo verzichtet wurde. Hat jedoch der Hausarzt die Echokardiographie selbst durchgeführt, er war ja Internist, dann wird es problematisch.
3. Trotz des zeitlichen Abstandes von 4,5 Wochen zwischen Echo und cerebraler Embolie, muss man bei der Auskultation und bei Echo unterstellen, dass kein o.B.-Befund vorgelegen haben kann. Dafür spricht der erforderliche Aortenklappenersatz.

Prof. Dr. med. habil. Thomas Körner, Leipzig

Ich freue mich zunächst, dass in letzter Zeit häufig Fälle erscheinen, die für die allgemeinärztliche Praxis relevant sind. Zunächst ist festzustellen, dass die Abklärung sowohl von Verschlechterungen des Allgemeinzustandes wie

auch – im nächsten Schritt – die Abklärung erhöhter Entzündungswerte, jeweils offenbar ohne wegweisende anamnestische Hinweise beziehungsweise klinische Untersuchungsbefunde, zu den herausforderndsten Aufgaben der allgemeinmedizinischen Praxis zählt. Die Anzahl der Differenzialdiagnosen ist geradezu unendlich. Eine Klappenendokarditis habe ich in den 24 Jahren meiner allgemeinmedizinischen Tätigkeit unter meinen Patienten dreimal gehabt. Sie zählt also zu den seltenen Differenzialdiagnosen.

Leider geht aus dem Text wiederum nicht hervor, welche „Unterlassungssünde“ der Antragsteller seinem Hausarzt vorwirft beziehungsweise welche Diagnostik er denn für sachgerecht gehalten hat. Ich kann dazu nur Vermutungen anstellen. War es

1. die Nichtdurchführung eines Schluckechos? Eine aktuelle (2023) Leitlinie empfiehlt, bei hochgradigem Verdacht auf eine Klappenendokarditis trotz negativen Befundes des transthorakalen Echos ein Schluckecho durchzuführen. Einen hochgradigen Verdacht hat es im vorliegenden Fall offensichtlich aber nicht gegeben: Weder gab es anamnestisch „septische“ Fieberschübe (die ich in meinem Studium als ein typisches, aber auch nicht spezifisches Kennzeichen gelernt habe), noch gab es einen auskultatorischen Befund, keine Zeichen von Mikroembolien, und das transthorakale Echo war negativ. Der durchführende Kollege hatte offenbar auch ausreichende Sichtverhältnisse, anderenfalls hätte er mit Sicherheit das Schluckecho empfohlen. Ein Schluckecho ist im Übrigen zumindest in meiner Region ausschließlich im stationären Setting durchführbar. Eine stationäre Diagnostik wird bei einem Patienten, dessen Allgemeinzustand eine

ambulante Abklärung erlaubt, den Krankenhäusern im Übrigen häufig nach MDK-Beurteilung nicht erstattet, und die Termine zu einer prästationären Durchführung sind lang – das nur nebenbei. Für die Abklärung unklar erhöhter Entzündungswerte einen stationären Aufnahmezeitpunkt zu bekommen, ist daher schwierig bis kaum möglich

2. die Nichtdurchführung von Blutkulturen? In der oben erwähnten Leitlinie wird eine zweimalige Durchführung angeraten. Ich habe allerdings im Studium gelernt, und dies deckt sich mit meinen praktischen Erfahrungen, dass die Abnahme unbedingt im „septischen Fieberschub“ erfolgen soll, da ansonsten die Sensitivität viel zu gering ist. Ich habe im Falle eines Patienten mit unklaren – allerdings nur moderat – erhöhten Entzündungswerten und Fieberschüben, die vorwiegend nachts auftraten, in Ermangelung eines sonstigen erklärenden Befundes empfohlen, sich bei Wiederauftreten eines Fieberschubes des Nachts in die Notfallambulanz eines nahegelegenen Krankenhauses fahren zu lassen.

Dies hat der Patient zweimal in unterschiedlichen Krankenhäusern getan – beide Male wurde keine Blutkultur abgenommen. Im vorliegenden Fall sind aber wohl gar keine Fieberschübe aufgetreten (?)

3. die Nichtdurchführung eines 18FDG-PET-CT?? Dies ist zwar die sensitivste Methode neben dem Schluckecho, würde aber von den Krankenkassen – und gleich gar nicht bei einem nur sehr vagen Verdacht und unter ambulanten Bedingungen – niemals bezahlt werden.

4. die Nichteinweisung ins Krankenhaus? – siehe 1.

Die Gabe eines Breitspektrumantibiotikums, ohne dass man weiß, wogegen man schießt, hinterlässt zwar immer ein ungutes Gefühl, wird aber auch stationär häufig so gehandhabt.

Ein CrP von 116 ist in der Regel auf eine bakterielle Infektion zurückzuführen, wenngleich weder eine Verursachung durch Viren, eine Autoimmunerkrankung noch ein Tumor gänzlich auszuschließen ist. Dass der Kollege in Ermangelung eines greifbaren Befundes die Diagnostik sehr breit angelegt hat, ist daher verständlich. Eine besondere Schwierigkeit im vorliegenden Fall liegt darin, dass es mit dem Hinweis auf eine abgelaufene Lungenembolie eine konkurrierende Erklärung für die erhöhten Entzündungswerte gab. Es wurde im CT-Thorax allerdings wohl keine der Embolie folgende Pneumonie – die die erhöhten CrP-Werte gut hätte erklären können – festgestellt. Dass die Lungenembolie die Folge der Klappenendokarditis war, halte ich aufgrund der Hämodynamik (Aortenklappenendokarditis) für sehr unwahrscheinlich. Ein Fokus im HNO/Zahnbereich kann mitunter erhöhte Entzündungswerte erklären, in der Regel aber nicht in der obigen Höhe.

Zu hinterfragen wäre eventuell aber noch die Nichtempfehlung eines Schluckechos durch den Kardiologen. Eine geringe Aorteninsuffizienz war ja zu sehen. Hierzu kann ich mich mangels ausreichender Kenntnisse aber nicht weiter äußern.

Insgesamt halte ich die aufgeführte Diagnostik unter hausärztlichen Bedingungen für sachgerecht. Ich staune allerdings – durchaus etwas neidvoll – wie rasch der Patient für diese ganzen Untersuchungen Termine bekommen hat. In unserer Region hätte dies alles deutlich länger gedauert.

Dr. med. Thomas Werlich, Neumark

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

vielen Dank für die Vorstellung des Falls. Ich bin hausärztlich tätiger Kollege.

Aus meiner Sicht werden mehrere Fragestellungen aufgeworfen.

1. Ab wann hätte man an eine Endokarditis denken können beziehungsweise wäre anhand der Konstellation eine weitergehende Diagnostik (a.e. TEE) empfohlen werden können/müssen?

An eine Endokarditis hätte aus meiner Sicht ab dem 26. März 2021 (Infektrezidiv) gedacht werden können. Es lag ein Infekt mit unklarem Fokus vor. Andere Fokuse waren bereits im Vorfeld gründlich klinisch/apperativ ausgeschlossen worden. Andererseits gab es klinisch/paraklinisch keine spezifischen Hinweise für eine Endokarditis bis auf unspezifische Beschwerden und unspezifisches CRP. Die Tachykardie kann Infekt bedingt sein. Die Aortenklappeninsuffizienz war nur I° im TTE.

2. Ab wann lag eine Endokarditis vor? Bewiesen ist das Vorliegen einer Endokarditis ab dem 17. April 2021, also dem Tag der klinisch-neurologischen Symptomatik und der stationären Diagnostik/Therapie. Davor ist es unklar. Denkbar wäre rückblickend, dass zum Beispiel die Entzündung am Finger (4. März 2024) die Endokarditis im Verlauf ausgelöst hatte. Denkbar, dass die Endokarditis am 26. März 2021 vorlag (bei erneuter unspezifischer klinischer Symptomatik). Vielleicht war die Entzündung am Finger aber auch schon eine Embolisation?

3. Hätte eine frühzeitige Diagnostik den bedauernswerten klinischen Verlauf verhindert?

Wichtigster Punkt. Was spricht dafür/dagegen? Sensitivität und Spezifität des zur weitergehenden Diagnostik empfehlenswerten TEE sind > 90 Prozent (aber nicht 100 Prozent). Weitere Parameter wie zum Beispiel Blutkultur würden benötigt (ambulant schwer durchführbar wegen Transportweg zu Labor). Die bei klinisch fitten Patienten veranlasste ambulante Diagnostik hätte sehr wahrscheinlich mehrere Wochen Vorlaufzeit benötigt, weil ein ambulantes

TEE in der Regel nur von wenigen Versorgern, wie zum Beispiel in Praxiskliniken ambulant angeboten wird. Wenn dann gegebenenfalls eine Endokarditis in dem Zeitfenster früher diagnostiziert und behandelt worden wäre, ist ein besseres Outcome auch nicht garantiert.

4. Woraus erklärt sich die (fragliche) Lungenembolie?

Bei Linksherz-Endokarditis und ohne Shuntvitium ist die Endokarditis nicht ursächlich für Embolisationen in die Pulmonalarterie. An eine paraneoplastische Genese der LAE ist bereits von dem behandelnden Arzt gedacht worden. Je nach klinischem Zustand des Patienten und Validität der Daten für/gegen eine Lungenembolie ist hier unabhängig von der Endokarditis weiterhin an weitere Erkrankungen zu denken, wobei diese in den meisten Fällen durch Aggravation in der Zwischenzeit in Erscheinung hätten treten müssen, zum Beispiel durch Tumorprogress/Metastasen.

5. Muss die Frage einer Fehlbehandlung im Kontext der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten gestellt werden?

Aus meiner Sicht: Ja. April 2021 war die Zeit des Corona-Lockdowns. Die Krankenhäuser voll mit Corona Patienten. Meiner Erfahrung nach konnte ich in dieser Zeit selbst schwer kranke Patienten mit eindeutiger Indikation zu stationären Behandlung (zum Beispiel Delir, schwere Pneumonie, komplizierte Divertikulitis, Pyelonephritis, akutes Nierenversagen) nicht oder nur verzögert einweisen. Entweder weil der Patient oder die Angehörigen Angst vor Ansteckungsgefahr hatten, oder schlichtweg die Patienten sich in den Notaufnahmen Gängen stapelten. Wer will akut krank zwölf Stunden im Flur einer Notaufnahme liegen, ohne gesichtet zu werden? Inwieweit dieses Setting in der Entscheidungsfindung stationär versus ambulant in der Arzt-Patienten-Interaktion (partizipative Entscheidungsfindung) eine Rolle gespielt hat, muss mitberücksichtigt werden.

Zusammenfassung:

- Ein oligosymptomatischer Patient und ein rascher, schwerer und bedauernswerter Verlauf.
- An eine Endokarditis hätte man ab einem bestimmten Punkt denken können, jedoch (aus meiner Sicht) aufgrund der unspezifischen Beschwerden nicht zwingend müssen.
- Die frühzeitigere Behandlung hätte gegebenenfalls ein besseres Outcome erbracht, aber auch dies kann nicht bewiesen werden.
- Ambulant wäre die Diagnostik sicher nicht so rasch erfolgt, als dass der rasche, schwere Verlauf hätte abgewendet werden können.
- Eine stationäre Diagnostik hätte dies wahrscheinlicher gemacht. Aber die Frage, ob die medizinischen Ressourcen für jeden klinisch fitten Patienten mit Rezidiv Infekt mit unklarem Fokus zur sofortigen stationären Diagnostik inklusive TEE im Corona-Lockdown bestanden, sei hier kritisch hinterfragt.

Dr. med. Sebastian Tuve, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

haben Sie vielen Dank, dass sie den fatalen Verlauf einer nicht erkannten infektiösen Endokarditis zur Diskussion stellen.

Leider wurde die Entzündung am Finger nicht beschrieben. Ich nehme an, dass es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine stattgehabte Embolie der Endokarditis handelt, die ja ein klassisches lokales Bild ergibt, allerdings häufig nicht erkannt wird. Weitere Hinweise für eine Endokarditis waren der verschlechterte AZ, die Tachykardie und die subfebrilen Temperaturen.

Die folgende Diagnostik: CT, Lungenszintigraphie waren überflüssig.

Der Patient hätte schnellstmöglich stationär eingewiesen werden müssen.

Während meiner langjährigen Tätigkeit in der Kardiologie des Städtischen Klinikums Friedrichstadt habe ich immer wieder solche Verläufe bei Patienten mit einer

Endokarditis gesehen:

- rezidivierende Embolien,
- rezidivierendes Fieber, oft subfebril,
- wechselnde Antibiose ohne Blutkulturen (allerdings in einer hausärztlichen Praxis eher nicht durchführbar) und diese auch deshalb immer wieder auf die Agenda der Fortbildungen gesetzt, auch mit Bildern der arteriellen Embolie, die häufig fehlgedeutet wird. Für die Fehleinschätzung des Krankheitsbildes durch den Hausarzt habe ich Verständnis.

Problematischer an diesem Fall erscheint mir aber, dass der Kardiologe wohl nur den Auftrag Echokardiographie erfüllt hat.

Mit Erhebung der kurzen Krankheitsanamnese und vielleicht des Lokalbefundes hätte er handeln, zumindest das TEE durchführen/empfehlen müssen.

Bei der infektiösen Endokarditis handelt es sich um ein seltenes Krankheitsbild mit hoher Komplikationsrate und Letalität, die nur durch Drandenken vermieden werden können.

Dr. med. Angela Hetze, Dresden

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Kluge,

mich berührt dieser Fall sehr, da ich selbst als PJ-Student in einem großen akademischen Lehrkrankenhaus der Stadt Leipzig miterlebte, wie schwierig die Diagnose einer Aortenklappenendokarditis ist. Letztlich konnte bei dem schwer erkrankten männlichen Patienten mittleren Alters unter intensivmedizinischer Maximalversorgung die Diagnose einer Endokarditis trotz umfangreicher Diagnostik und Durchführung

von transthorakalen und zwei transösophagealen Echokardiographien nicht gestellt werden. Der Mann verstarb am septischen Schock und erst die Obduktion auf dem Gelände der Klinik erbrachte den eindeutigen Nachweis einer floriden Aortenklappenendokarditis mit massiven Vegetationen an den Taschenklappen. Den Fall habe ich bis heute gut im Gedächtnis.

Deshalb mein Diskussionsbeitrag:

Der hausärztlich tätige Internist hat am ersten Vorstellungstag am 4. März 2021 sofort bei Tachykardie und Entzündungsgeschehen an eine mögliche Endokarditis gedacht und sofort eine Überweisung zur Echokardiographie ausgestellt. Zu diskutieren wäre hier aus meiner Sicht, ob der Kollege nicht bei dem Verdacht einer Endokarditis direkt eine Ein- oder Überweisung in ein kardiologisches Zentrum hätte veranlassen sollen. Aus meiner Tätigkeit ist mir ein ähnlicher Fall bekannt, bei dem ich so gehandelt hatte: Patient mit atypischer Angina pectoris mit Drogenkonsum in Haft, Fieber, laborchemisch Entzündungsgeschehen. Ich vereinbarte einen kurzfristigen Vorstellungstermin innerhalb von drei Tagen im Herzzentrum Leipzig. Letztlich wurde dort ambulant eine Endokarditis ausgeschlossen.

Als am 6. März 2021 der schriftliche Befund des CT-Thorax mit dem Befund „Diskrete Hinweise für eine Lungenembolie“ eintraf, hätte ich zu diesem Zeitpunkt den Patienten stationär eingewiesen. Falls der Patient eine Einweisung abgelehnt hätte, hätte er eine schriftliche Ablehnung der Krankenhaus-einweisung unterzeichnen müssen.

Die Höhe des C-reaktiven Proteins mit 116 mg/l lässt eine hochfluide Entzündung am Finger oder einen anderen Entzündungsherd im Körper vermuten,

sodass ich den Patienten auch zum Facharzt für Chirurgie überweisen hätte (unter anderem Abklärung Abszess, Osteomyelitis, septische Embolien). Zudem ist anzumerken, dass ich bei einer Fingerentzündung primär eher Amoxicillin/Sulbactam (Unacid PD®) statt Amoxicillin allein eingesetzt hätte; falls unter Amoxicillin/Sulbactam kein Rückgang der Fingerentzündung eingetreten wäre, hätte ich das gewebeängigere Clindamycin gewählt.

Als sehr positiv ist aus meiner Sicht die umfangliche Suche nach einem Infektionsfokus (Überweisung zum CT-Abdomen und Überweisungen zu den Fachrichtungen Urologie, HNO, Zahnheilkunde und Onkologie) hervorzuheben.

Die für diesen Fall entscheidende Fehleinschätzung liegt allerdings meines Erachtens beim Facharzt für Kardiologie, der am 12. März bei dem Nachweis einer Trikuspidalklappeninsuffizienz (TI) in der transthorakalen Echokardiographie offensichtlich keine weiterführende Diagnostik (transösophageale Echokardiographie, stationäre Einweisung in eine kardiologische Klinik) veranlasst hat. Vermutlich handelt es sich bei der TI I.^o um einen neuen Befund für den Jahrgang 1966 geborenen Patienten. Dieser mutmaßlich neue Befund hätte aus meiner Sicht kurzfristig erneut nachuntersucht werden müssen. Da der Patient bis zur Vorstellung beim Hausarzt wegen des entzündeten Fingers im vorliegenden Text als gesund beschrieben wurde, ist davon auszugehen, dass bis dato keine Echokardiographie-Vorbefunde vorlagen. In diesem Zusammenhang sei auf einen fast zeitgleich im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Übersichtsartikel mit dem Thema „Diagnostik und Therapie der Trikuspidalklappeninsuffizienz“ vom 23. August 2024 verwiesen, in dem insbesondere auf die erhöhte Morbidität und Mortalität bei Vorliegen einer Tri-

kuspidalklappeninsuffizienz eingegangen wird (Stocker TJ, Besler C, Treede H, Hausleiter J: The diagnosis and treatment of tricuspidal regurgitation. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 551-8.). Ebenda wird auch der Befund einer TI als Hinweis für eine mögliche Endokarditis als Differenzialdiagnose gewertet.

Spätestens am 26. März – 22 Tage nach Erstvorstellung – wäre bei persistierendem Beschwerdebild in meinen Augen eine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus mit den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie notwendig gewesen. Möglicherweise aber hat der Patient diese abgelehnt; dies geht aus der Darstellung des Falls nicht hervor. Generell stellt sich die Frage, wie ein Patient diese zahlreichen Facharzttermine inklusive bildgebender Verfahren überhaupt ambulant bewältigen konnte.

Zusammenfassend komme ich zu dem Schluss:

1. Eine in meinen Augen schicksalhafte Fehleinschätzung war die fehlende Konsequenz aus dem Befund einer mutmaßlich neu aufgetretenen Trikuspidalklappeninsuffizienz. Mutmaßlich hätte die Diagnose einer Endokarditis durch weitere kardiologische Expertise in einem kardiologischen Zentrum im stationären Umfeld früher gestellt und behandelt werden können.

2. Gleichwohl scheint die Stellung der Diagnose „Endokarditis“ aufgrund der bunten klinischen Symptomatik immer noch eine Herausforderung zu sein, auch wenn der Kollege wie im geschilderten Fall von Beginn an diese Differenzialdiagnose in Betracht gezogen hatte.

Dr. med. Thomas Ott, Regis-Breitingen

Resolution des 34. Sächsischen Ärztetages

Leserbrief zur Resolution des 34. Sächsischen Ärztetages „Sächsische Ärzteschaft gegen jeglichen Extremismus“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2024, Seite 36

Die Resolution des 34. Sächsischen Ärztetages habe ich mit großer Besorgnis gelesen. Selbstverständlich stehe ich mit Herz und Verstand auf dem Boden des Genfer Gelöbnisses. Es ist in seiner Klarheit meines Erachtens kaum zu überbieten – jedenfalls nicht durch eine Resolution, die sich tagesaktueller Schlagworte wie Hass, Hetze, Fremdenfeindlichkeit und Extremismus bedient; sogar scheinbar klare Begriffe wie Demokratie und Rechtsstaatlichkeit werden heute anders gebraucht als noch vor wenigen Jahren.

Wie ist „jede Form von Extremismus“ definiert? Indem man dies offenlässt und pauschal stehen lässt, öffnet man die Tür zu jedwedem Missbrauch mittels Moralisierung – so geht sachliche Differenzierung verloren, man braucht

keine Argumente gegenüber Kritikern mehr, Denunziation kann zur Tugend werden. Wie gefährlich das ist, kann man bei Hannah Arendt nachlesen.

Wie schnell auch einfachste Grundlagen ärztlichen Handelns ins Wanken geraten, haben wir alle angesichts des Umgangs mit der Pandemie erlebt. Auch dort hat sich – neben der Indoktrination mittels Angst (zum Beispiel vor Ersticken und Tod) – der Geist moralischer Überheblichkeit gezeigt (zur Erinnerung nachzulesen in der Dokumentation „Ich habe mitgemacht...“). Meines Wissens fehlt bis heute eine halbwegs summarische Folgenbilanz (medizinisch, psychosozial, juristisch, finanziell etc.). Eine Frage sei erlaubt, als Beispiel denkbarer Entwicklungen:

Was würde passieren, wenn ein verantwortungsvoller Kritiker eines künftigen (undemokratisch verfassten) Pandemie-Managements einfach als Extremist definiert wird?

Sollte das Genfer Gelöbnis dem Ärztetag als präzise Messlatte ärztlichen Handelns nicht gereicht haben, wäre der Nürnberger Codex eine wichtige Erinnerungslektüre. Oder man lese die Präambel der Verfassung des Freistaates Sachsen. Dadurch könnte man ermessen, welche ethisch-kulturellen Werte durch populistische Statements in Gefahr sind, die prima vista „das Gute“ im Blick zu haben scheinen. ■

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden

Leserbrief redaktionell gekürzt

Bleiben unsere ethischen Wertvorstellungen auf der Strecke?

Leserbrief zu „Meine Meinung“ von Dr. med. Dirk Müller im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2024, Seite 4

Ich bedanke mich für den hervorragenden Leitartikel im Heft 8/2024.

Herr Kollege Dirk Müller hat als Vorstandsmitglied eine treffsichere Analyse des deutschen Gesundheitswesens und der derzeitigen Gesundheitspolitik getroffen sowie Lösungsansätze

dargestellt, die die gesundheitliche Situation des Einzelnen wesentlich verbessern und außerdem helfen, Geld und Ressourcen einzusparen.

Als Präventions- und Rehabilitationsmediziner (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2024 HEIMDALL) möchte ich

besonders die Themen „Sparsamkeitsgebot (siehe SGB V)“, „Eigenverantwortung“ und als das Wichtigste, die „PRÄVENTION“, hervorheben. ■

Dr. med. Karl Huster, Leipzig

Auswertung Leserbefragung

In der August-Ausgabe des Ärzteblattes baten wir Sie, an einer Befragung teilzunehmen, die Aufschluss geben sollte, wie Sie als Leserinnen und Leser die Publikation bewerten. Sie konnten sich online oder schriftlich beteiligen. Die Leserbefragung ist nicht repräsentativ, da wir zwar über 400 Fragebögen mit ungefähr 40 % ausgefüllten Freitexten erhielten, diese jedoch nicht auf die Grundgesamtheit aller Befragten übertragbar sind. Hier wollen wir Ihnen das Ergebnis der Befragung präsentieren. 80 % aller Antworten erhielten wir über den digitalen Weg. Digitalisierung scheint ein präsent Thema bei den Leserinnen und Lesern zu sein, da 16 % aller Freitexte die Art der Ausgabe behandelten und somit eines der meist gewünschten Veränderungen war. Über die Hälfte derjenigen forderte eine Umstellung zur Online-Version und fast ein Fünftel eine reine Print-Version. Bei individueller Betrachtung der Print-Befragungen favorisierten fast 8 % aller Freitexte, oder 60 % die sich zu der Art der Ausgabe äußerten, eine Version aus Papier, während 20 % eine Mischform von Print- und Online-Version bevorzugen. Digitalisierung spielte in den Freitexten der Print-Befragung eine weniger starke Rolle.

Diese Spreizung der Meinungen zu der Art der Ausgabe lässt sich mit der

unterschiedlichen Verteilung des Alters erklären. Allgemein gibt es ein Hoch bei der Altersgruppe 31 bis 40 Jahre mit über 23 %, allerdings ist die dominante Gruppe die der 61- bis 70-Jährigen mit über einem Drittel. Daneben sind die Gruppen der 41- bis 50- und über 70-Jährigen mit jeweils 15 % vertreten. Bei den Einreichungen per Brief ist der Altersdurchschnitt verschoben, da die Gruppe der über 70-Jährigen die Hälfte aller Briefantworten ausmachen, die unter 50-Jährigen nur 8 %. Dadurch ist es nicht verwunderlich, dass die Wünsche nach einer Print- oder Online-Version so stark voneinander abweichen. Worin sich viele Befragte jedoch einig waren, ist die Art des Papiers. Denn es wurde sich dünneres Papier gewünscht, um die Umwelt zu schonen. Auch gab es Unterschiede in der Bewertung des Inhalts, der Praxisrelevanz, der Strukturierung und der Gestaltung. Insgesamt fielen die Rückmeldungen dazu positiv aus. Die Print-Befragungen bewerteten jede Kategorie noch etwas besser. So ist es ebenfalls nicht verwunderlich, dass in den Online-Fragebögen 10 % in allen Freitexten speziell Lob ausgesprochen wurde, bei der physischen Abgabe sogar 22 %. Universeller Beliebtheit erfreuen sich die Fachartikel. Darum ist es kaum verwunderlich, dass allein knapp 10 % aller

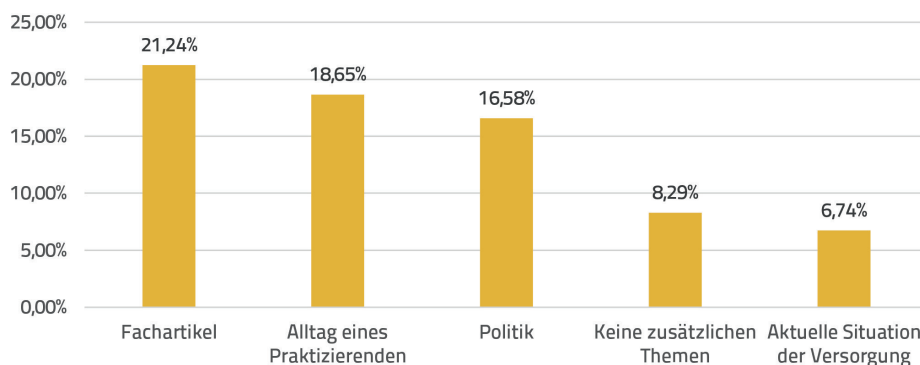
Befragten, oder jeder fünfte Freitext, Fachartikel hervorhob und Vorschläge für Themen erbrachte. Bei der Online-Befragung stellten sich die Rubriken der Gesundheits- und Berufspolitik ebenso als beliebt heraus. 8 % aller Befragten, oder 18 % aller Freitexte, gaben an, mehr aus diesen Rubriken lesen zu wollen. Speziell wurde von 22 % der sich politische Inhalte Wünschenden auch eine Aufarbeitung der Corona-Politik gefordert. Bei den Print-Befragungen waren die Medizingeschichte und Personalia äußerst beliebt.

Im Gegensatz dazu zeigte die Online-Befragung, dass Reduktionswünsche, unter anderem bezüglich der Personalia, existieren. 17 % aller Freitexte bezogen sich auf die Verknappung der Inhalte und davon jeder Vierte auf die Kürzung der Personalia. Es wird gefordert, dass die Artikel auf relevante Informationen reduziert werden. Andere Befragte wünschten sich eine Erweiterung der Themenauswahl und schlugen eine Rubrik vor, die sich näher am medizinischen Alltag in Praxen oder Kliniken orientiert, was neben den Fachartikeln am häufigsten genannt wurde. Knapp 9 % aller Befragten, oder fast 20 % aller Freitexte, schlugen Artikel vor, die etwa Erfahrungsberichte und Beziehungen zwischen Ärztinnen und Ärzten beinhalten. Speziell wurde sich auch eine Kategorie für junge Ärzte gewünscht.

Zusammenfassend erkannten wir verschiedene Präferenzen und Unterschiede in den Interessen und in den Bewertungen des sächsischen Ärzteblattes und wollen in zukünftigen Ausgaben daran arbeiten, diese Impulse umzusetzen. ■

Eine ausführliche Version finden Sie unter www.slaek.de → Über uns → Presse → Ärzteblatt

Xenia Stenzel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Die am häufigsten genannten Themen auf die Frage: Welche Inhalte/Themen sollen verstärkt oder zusätzlich aufgenommen werden?

Unsere Jubilare im November 2024

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Annette Weiße
01855 Sebnitz
- 01.11. Dipl.-Med. Steffi Gerber
01324 Dresden
- 03.11. Dr. med. Christian Peukert
01705 Freital
- 04.11. Dipl.-Med. Sabine Körner
08280 Aue-Bad Schlema
- 04.11. Dr. med. Frank Stübiger
08648 Bad Brambach
- 06.11. Dipl.-Med. Elke Anders
04105 Leipzig
- 06.11. Heinrich Vallée
01309 Dresden
- 08.11. Dipl.-Med. Gunnar Funk
04874 Belgern-Schildau
- 09.11. Dr. med. Frank Striegler
04316 Leipzig
- 09.11. Vladimir Borisov
08340 Schwarzenberg/Erzgeb.
- 12.11. Dipl.-Med. Dagmar Richter
09432 Großolbersdorf
- 12.11. Dr. med. Antje Dittmar
01108 Dresden
- 14.11. Dr. med. Ursula Jüttner
01445 Radebeul
- 15.11. Dr. med. Daniela Jakob
09526 Olbernhau
- 15.11. Dr. med. Doris Schädlich
08236 Elfeld
- 16.11. Dr. med. Reimar Andretzky
01328 Dresden
- 18.11. Dr. med. Bernhard Wilde
08060 Zwickau
- 20.11. Dipl.-Med. Annett Fröbel
09573 Augustusburg
- 22.11. Dr. med. Martina Graupner
09353 Oberlungwitz
- 26.11. Dr. med. Dagmar Baronius
01445 Radebeul
- 27.11. Prof. Dr. med. habil.
Jörg Ender
04683 Naunhof
- 28.11. Dipl.-Med. Petra Andrä
08468 Reichenbach
im Vogtland

70 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Ute Reiche
04207 Leipzig
- 04.11. Dr. med. Gerald Fiedler
08056 Zwickau
- 04.11. Prof. Dr. med. habil.
Andreas Hartmann
04107 Leipzig
- 05.11. Dr. med.
Hans-Jürgen Lambrecht
08132 Mülsen
- 06.11. Prof. Dr. med. habil.
Matthias Weck
01728 Bannewitz
- 06.11. Dipl.-Med. Elke Rieß
04838 Eilenburg
- 11.11. Dr. med. Christoph Spranger
01768 Glashütte
- 14.11. Dr. med. Andreas Graf
01468 Moritzburg
- 14.11. Dr. med. Uwe Krause
04668 Großbardau
- 15.11. Dipl.-Med. Elke Tittel
01662 Meißen
- 15.11. Dr. med. Ulrike Bucher
01445 Radebeul
- 17.11. Dipl.-Med. Ullrich Korb
08340 Schwarzenberg
- 17.11. Dr. med. Wolf-Dieter Michel
01259 Dresden
- 20.11. Dr. med. Karola Weigel
01844 Neustadt in Sachsen
- 22.11. Dr. med. Manfred Dörne
09648 Mittweida
- 23.11. Dr. med. Ute Kuhnert
04668 Grimma
- 23.11. Prof. Dr. med. Kai von Klitzing
04155 Leipzig
- 24.11. Dr. med. Sabine Wagner
04316 Leipzig
- 30.11. Dr. med. Ute Brückner
08056 Zwickau
- 30.11. Dr. med. Ulrich Socha
04158 Leipzig

75 Jahre

- 08.11. Dr. med. Petra Reske
01067 Dresden

- 13.11. Dipl.-Med.
Reinhard Wendlandt
01662 Meißen
- 14.11. Dipl.-Med. Karla Schömann
02826 Görlitz
- 14.11. Dr. med. Gerhard Herklotz
01768 Glashütte
- 21.11. Dr. med. Friedgerd Uhlmann
09557 Flöha
- 24.11. Dr. med. Christine Brandt
04683 Fuchshain
- 25.11. Dr. med. Elke Neubert
09514 Lengfeld
- 26.11. Dr. med. Christian Fuchs
08626 Adorf/Vogtl.
- 27.11. Dipl.-Med. Eberhardt Goethe
01159 Dresden

80 Jahre

- 02.11. Dr. med. Erhard Spranger
08258 Markneukirchen
- 03.11. Karin Lorenz
01219 Dresden
- 05.11. Dr. med. Volker Heinke
01324 Dresden
- 06.11. Dr. med.
Elisabeth Hennersdorf
01896 Ohorn
- 07.11. Dr. med. Ulrike Wiemers
04288 Leipzig
- 08.11. Gudrun Glaß
02826 Görlitz
- 17.11. Dipl.-Med. Marlies Anders
02791 Niederoderwitz
- 19.11. Dr. med. Ina Frenkel
04279 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Ernst-Jürgen Finke
01309 Dresden
- 21.11. Dr. med. Wolfgang Liebold
09465 Cranzahl
- 22.11. Dr. med. Johannes Klinger
01809 Dohna
- 22.11. Dr. med. Monika Hahn
04159 Leipzig
- 23.11. Dr. med. Roland Fritzsche
01594 Hirschstein
- 23.11. Dipl.-Med. Michael Glaß
02826 Görlitz
- 24.11. Dr. med. Kathrin Herrmann
01326 Dresden
- 27.11. Dr. med. Tilman Verbeek
02747 Herrnhut

85 Jahre

- 01.11. Dr. med. Bernd Reuther
08058 Zwickau

- 02.11.** Dr. med. Ursula Ahdali
01307 Dresden
- 03.11.** Dr. med. Adolf Tier
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 05.11.** Dr. sc. med. Günter Stöber
04736 Waldheim
- 07.11.** Dr. med. Galina Theß
01159 Dresden
- 09.11.** Dr. med. Annelies Schöne
01259 Dresden
- 09.11.** Dr. med. Wolfgang Halamoda
01067 Dresden
- 10.11.** Dr. med. Almut Ziegler
04316 Leipzig
- 13.11.** Dr. med. Stefanie Zobel
04157 Leipzig
- 14.11.** Dr. med. Marianne Zinkl
08056 Zwickau
- 14.11.** Dr. med. Barbara Pohle
04275 Leipzig
- 18.11.** Dr. med. Klaus Schwieger
04277 Leipzig
- 20.11.** Dr. med. Erika Rosenkranz
04288 Leipzig
- 25.11.** Dr. med. Rolf Müller
04277 Leipzig
- 26.11.** Dr. med. Antje List
04157 Leipzig
- 28.11.** Dr. med. Adolf Schliwa
08228 Rodewisch
- 28.11.** Dr. med. Wilfried Lammel
02785 Olbersdorf
- 30.11.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Hans-Peter Heilmann
01324 Dresden

86 Jahre

- 03.11.** Dr. med. Peter Müller
08491 Netzschkau
- 09.11.** Dr. med. Gisela Kühn
04289 Leipzig
- 14.11.** Dr. med. Herbert Hänsel
01796 Struppen
- 15.11.** Dr. med. Erika Lieschke
08294 Löbnitz
- 23.11.** Prof. Dr. med. habil.
Siegwart Bigl
09114 Chemnitz
- 23.11.** Brigitte Gerlach
04157 Leipzig
- 24.11.** Dr. med. Werner Kolodziej
01814 Bad Schandau
- 28.11.** Dr. med. Helga Otto
09236 Claußnitz
- 28.11.** Dr. med. Waltraud Baron
04758 Oschatz
- 29.11.** Dr. med. Sigrid Ziegler
02827 Görlitz

87 Jahre

- 02.11.** Dr. med. Eberhart Roitzsch
01159 Dresden
- 04.11.** Dr. med. Henner Hochmann
01589 Riesa
- 06.11.** Dr. med. Eberhard Ranft
01609 Gröditz
- 15.11.** Dr. med. Rita Lippoldt
01237 Dresden
- 21.11.** Dr. med. Klaus Körner
04552 Borna
- 28.11.** Dr. med. Ruth Helling
04157 Leipzig

88 Jahre

- 02.11.** Dr. med. Ursula Göpfert
01219 Dresden
- 02.11.** Dr. med. habil. Hans Martin
04288 Leipzig
- 03.11.** Dr. med. Johannes Jurczyk
09669 Frankenberg/Sa.
- 03.11.** Dr. med. Margot Witthuhn
01900 Großröhrsdorf
- 07.11.** Dr. med. Christine Franke
04703 Leisnig
- 10.11.** Dr. med. Christa Ufer
01219 Dresden
- 11.11.** Dr. med. Elisabeth Höse
01307 Dresden
- 12.11.** Renate Krohn
09573 Grünberg
- 12.11.** Dipl.-Med. Cordula Hartmann
01326 Dresden
- 20.11.** Dr. med. Ingeborg Parsch
01445 Radebeul
- 27.11.** Dr. med. Marianne Bindermann
01067 Dresden
- 30.11.** Annette Nossek
04275 Leipzig

89 Jahre

- 02.11.** Dr. med. Roland Endesfelder
09114 Chemnitz
- 03.11.** Dr. med. Gerhard Böttger
09217 Burgstädt
- 03.11.** Dr. med. Helga Gundlach
01445 Radebeul
- 06.11.** Dr. med. Helga Standau
04299 Leipzig
- 07.11.** Dr. med. Annerose Beckert
01257 Dresden
- 20.11.** Dr. med. Ruthild Friedrich
08371 Glauchau
- 25.11.** Dr. med. Sigrid Haas
01097 Dresden

- 30.11.** Dr. med. Reinhard Keil
04651 Bad Lausick

90 Jahre

- 01.11.** Prof. Dr. med. habil.
Wolfram Behrendt
04299 Leipzig
- 09.11.** Irene Schnabel
09405 Zschopau
- 11.11.** Prof. Dr. med. habil.
Martin Müller
01324 Dresden
- 13.11.** Prof. Dr. med. habil.
Jutta Müller
04103 Leipzig
- 16.11.** Dr. med. Eva Bulang
02625 Bautzen
- 22.11.** Dr. med. Anni Hessel
04155 Leipzig

91 Jahre

- 15.11.** Dr. med. Ruth Neubert
01705 Freital
- 15.11.** Dr. med. Günter Hoffmann
04779 Wermisdorf
- 24.11.** Dieter Külper
01069 Dresden

92 Jahre

- 20.11.** Dr. med. Christine Pfeifer
04316 Leipzig

93 Jahre

- 09.11.** Dr. med. Ingrid Horn
08289 Schneeberg
- 13.11.** Dr. med. Jutta Schmidt
01307 Dresden
- 16.11.** Dr. med. Hildegard Falk
01159 Dresden

94 Jahre

- 20.11.** Dr. med. Gisela Naumann
01069 Dresden

101 Jahre

- 15.11.** Dr. med.
Wolf-Dietrich Kahleyss
01662 Meißen

Hinweis: Derzeit erfolgt die Einarbeitung aller Rückmeldungen zur aktuellen Datenschutzabfrage (Redaktionsschluss: 19. September 2024)

Die Geschichte der Anästhesiologie am Dresdner Stadtkrankenhaus

Dem 175-jährigen Jubiläum des Städtischen Klinikums Dresden gewidmet

P. Trägner¹, St. Friedrich¹, A. Nowak¹

Die Entwicklung der Anästhesie zur eigenständigen Abteilung begann am Dresdner Stadtkrankenhaus im Laufe der 1960er Jahre. Bis dahin wurden Narkosen durch die Chirurgen selbst durchgeführt. Die Überwachung lag in den Händen von Pflegekräften. Nachdem der chirurgische Oberarzt Ludwig Krafft eine vierwöchige Ausbildung in moderner Narkose an der Universitätsklinik Heidelberg erhalten hatte, konnten ab 1950 Operationen in Intubationsnarkose durchgeführt werden, wobei die Tuben in Oberflächenanästhesie und ohne Laryngoskop nur durch Fingertechnik eingeführt wurden. Zur Anwendung kam ein Lachgas-Sauerstoff-Gemisch und Curare. Durch Prämedikation wurde Sedierung und eine Wirkungsverstärkung der eingesetzten Narkotika erzielt. Deshalb sprach man von einer sogenannten potenzierten Narkose. Schon vor seiner Hospitation hatte Krafft die hohe Periduralanästhesie mit Novocain und Gelatineplombe eingeführt [1]. Obermedizinalrat Dr. med. Ludwig Krafft war später einer der ersten Fachärzte für Anästhesiologie in der DDR. Er wechselte 1957 als chirurgischer Chefarzt nach Brandenburg [2].

Am Krankenhaus Dresden-Neustadt entwickelte sich die klinische Anästhesiologie aus der Inneren Medizin. Dr. med. Waltraud Fritsch (Abb. 1) wurde als internistische Oberärztin mit der Betreuung der seit 1947 aufgenommenen Poliomyelitis-Patienten beauftragt.

¹ Städtisches Klinikum Dresden, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Während der Polio-Epidemie 1957/1958 wurden Atemgelähmte mit Tankrespiratoren, sogenannten Eisernen Lungen, behandelt. Insgesamt acht Eisernen Lungen waren im Laufe der Jahre in Betrieb (Abb. 2).

Aus der Polio-Beatmungsstation entwickelte sich das Bezirksbeatmungszentrum unter ihrer Leitung. 1969 entstand eine eigenständige Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie. Chefärztin wurde Dr. Fritsch nach erfolgreich bestandener Prüfung zur Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivtherapie [3]. 1972 wurde eine chirurgische Wachstation mit 15 Betten eröffnet. Das verbesserte die postoperative und intensivmedizinische Betreuung chirurgischer Patientinnen und Patienten wesentlich und war mit einer umfangreichen Rekonstruktion der gesamten interdisziplinären Inten-



Abb. 1: Dr. med. Waltraud Fritsch [3]

sivtherapie des Neustädter Krankenhauses verbunden [4]. Im Jahr 1994 wurde Dr. med. habil. Holger Thomsen



Abb. 2: Eiserne Lunge Modell E52 nach Brüner/Rindfleisch, Drägerwerk Lübeck, Deutschland

zum Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie in Dresden-Neustadt berufen. Zehn Jahre später, im Jahr 2004, übernahm der aus Jena kommende Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Meisner die Leitung.

Besondere Bedeutung für die Entwicklung der Anästhesie am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt hatte Prof. Dr. med. habil. Hans Dietrich Schumann, Direktor der Friedrichstädter Chirurgischen Klinik von 1957 bis 1978 (Abb. 3). Für das Fachgebiet Anästhesiologie interessierte er sich nicht zuletzt wegen seiner Habilitationsarbeit zum Thema „Druckdifferenzfragen bei Über- und Unterdrucknarkosen“. Für seinen Chirurgen Dr. med. habil. Heinz Hache (Abb. 4) war die Anästhesie ein besonderes Anliegen, was nach dem Weggang Kraffts die nahtlose Fortsetzung der begonnenen Entwicklungen ermöglichte. Ab 1960 bis 1965 wurde die chirurgische Wachstation mit zunächst acht Betten aufgebaut [5]. Das Monitoring erfolgte durch die klinische Überwachung mit einer Sitzwache. Später erfolgten umfangreiche Arbeiten zum Aufbau der Zentralen Anästhesieabteilung mit Aufwachraum und Intensivpflegestation.

Diese Station war nach vergleichbaren Projekten in Berlin und Jena die dritte mit elektronischen Geräten ausgestattete ITS in der DDR und ging am 14. Juli 1967 in Betrieb. Sie konnte 13 Patienten in acht Patientenzimmern aufnehmen. Die Patientenversorgung erfolgte durch 18 Schwestern im Schichtbetrieb, Ärzte waren im Rahmen der Visite und konsiliarisch anwesend. Organisatorisch gehörten die Intensivpflegestation und die anästhesiologische Abteilung zur Chirurgischen Klinik. Die fachliche Leitung übernahm der chirurgische Oberarzt Dr. med. Heinz Hache. Seit 1967 bestanden die „Zentrale Anästhesieabteilung“, nach 1974 „Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin“, ab 1982 „Klinik für Anästhesiolo-



Abb. 3: OMR Prof. Dr. med. habil. Hans Dietrich Schumann [6]

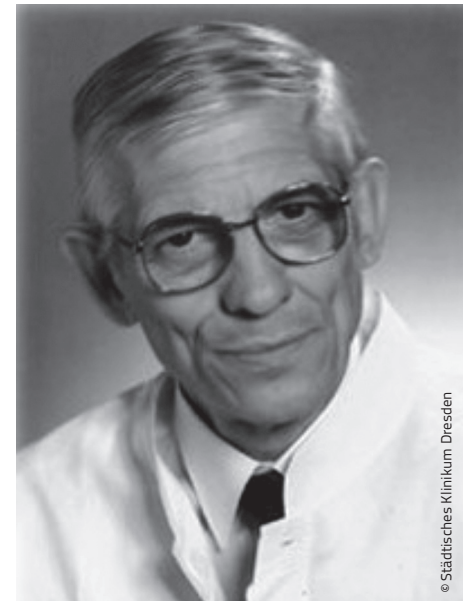


Abb. 4: MR Dr. med. habil. H. Hache [5]

gie und Intensivmedizin“ als eigenständige Klinik. Chefarzt wurde Dr. med. Heinz Hache. Die Intubationsnarkose für bauchchirurgische Eingriffe hatte sich bis Anfang der 1970er Jahre als Standard etabliert. Die letzten Ätherotrofnarkosen wurden bis 1967 durchgeführt. Moderne Anästhesie- und Beatmungsformen hatten sich durchgesetzt. Halothan war als neuartiges Inhalationsanästhetikum teuer, in Form eines Gemisches aus Halothan und Äther aber praktikabel. Äther und Cyclopropan wurden aufgrund der Explosionsgefahr verdrängt. Das Konzept der balancierten Anästhesie, vor allem die Kombination von Inhalations- oder i.v.-Anästhetika mit Lachgas hatte sich durchgesetzt. Ebenso stand mit der Durchführung der Neuroleptanästhesie eine verhältnismäßig gut steuerbare und sichere Methode für lange Operationen zur Verfügung. 1971 wurde in Zusammenarbeit zwischen der Chirurgischen Klinik und der Zentralen Anästhesieabteilung ein zentrales Blutdepot eingerichtet, das unter der Leitung der Anästhesieabteilung stand.

Die 1980er Jahre waren geprägt durch die Modernisierung der OP-Säle mit Geräte- und Klimatechnik und zentraler

Gasversorgung, sowie die Schaffung eines neuen Aufwachraumes. Seit 1980 wurden rückenmarksnahe Leitungsanästhesien wieder verstärkt eingesetzt, zuerst als Spinal-, bald auch als Periduralanästhesie mit Kathetertechnik. Seit 1986 kam auch die hohe Periduralanästhesie im Thoraxbereich zur Anwendung [5]. 1987 wurden durch die Klinik für Gefäßchirurgie erstmalig Operationen an der Arteria carotis durchgeführt. Eine der Voraussetzungen für die erfolgreiche Durchführung dieser Operation bestand im intraoperativen Monitoring mittels invasiver Blutdruckmessung und der Messung der Hirnströme, was zu damaliger Zeit einen enormen apparativen Aufwand erforderte. Ebenfalls 1987 etablierte sich die Handchirurgie. Als Narkoseverfahren kamen die Biersche Venenanästhesie und die Anästhesie des Plexus axillaris zum Einsatz [5]. Besondere Bemühungen galten der Beherrschung verschiedener Kathetertechniken für Langzeitinfusionen. Der Mangel jedoch war allgegenwärtig. So mussten zum Beispiel die Gefäßkatheter aus Meterware selbst hergestellt werden. Die Klinik verfügte 1987 über 24 Narkosegeräte, von denen nur etwa die Hälfte voll ein-



© Städtisches Klinikum Dresden

Abb. 5: Univ.-Prof. Dr. med. habil. Karl Friedrich Rothe [5]

satzfähig war [5]. Der Mangel an Anästhesisten führte dazu, dass es für Assistenzärzte operativer Kliniken während einer sechsmonatigen Hospitation in der Anästhesie und auf der Intensivstation verpflichtend war, 120 Narkosen als Hilfsanästhesisten unter Aufsicht durchzuführen. Wichtig war das besonders für Kliniken mit zahlreichen Kurznaarkosen, wie zum Beispiel in der HNO-Klinik bei Beatmungslaryngoskopien mit Relaxation oder in der Gynäkologie für die sogenannten „Kleinen Eingriffe“. Unter anderem für die Bewältigung des schwierigen Atemwegs war die enge Zusammenarbeit der Anästhesie mit der Hals-Nasen-Ohren-Klinik selbstverständlich. Flexible Endoskope zur Atemwegssicherung waren nicht verfügbar. Starre Endoskope lagen noch bis Ende der 1980er Jahre als sogenanntes Notrohr jederzeit griffbereit, um als Intubationshilfe in den Händen erfahrener Fachärzte der HNO-Klinik oft lebensrettend zum Einsatz zu kommen [7].

Nach 1990 wurden neue Beatmungs- und Infusionsgeräte, sowie moderne Reanimationstechnik angeschafft. Neue Geräte zur maschinellen Autotransfusion ermöglichten die Einsparung von

Fremdblut. Nachdem 1991 Hache in den Ruhestand gegangen war, übernahm Dr. med. Heinz Otto bis 1992 die Leitung der Klinik für Anästhesiologie. Otto war bis zu diesem Zeitpunkt Leitender Oberarzt in der Anästhesie. Im Jahre 1992 übernahm Univ.-Prof. Dr. med. habil. Karl Friedrich Rothe (Abb. 5) aus Tübingen kommandierend die Leitung der Klinik. In den folgenden Jahren wurde die Klinik neu organisiert und zu einer modernen Einrichtung um- und ausgebaut. Rothe erreichte es in kurzer Zeit, die Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie als eine leistungsfähige Klinik in Sachsen zu etablieren: Umbau des Zentral-OP, HNO-OP, Gynäkologie-OP und Zystoskopie und jeweils verbunden mit der Einrichtung eines Aufwachraums. Auf der Intensivstation wurde die Bettenkapazität auf 16 Beatmungsplätze erweitert. Moderne Verfahren in der Anästhesie sowie pharmakologische Neuerungen wurden zügig in den praktischen Ablauf integriert. 1993 wurde die Anästhesieambulanz eingerichtet. Der Ausbau der Funktionsdiagnostik in der Ambulanz mit EKG und Lungenfunktionsprüfung war 1995 abgeschlossen. Parallel dazu wurde die Möglichkeit zur präoperativen Eigenblutspende geschaffen. Im Jahr 1997 ging eine neu erbaute Rettungsstelle mit CT, Schockraum und zwei Eingriffsräumen in Betrieb, darüber entstand ein weiterer neuer OP-Bereich mit vier OP-Sälen und einem Aufwachraum. Im Jahr 2003 wurde im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt das deutschlandweit erste nichtuniversitäre „Anästhesiologische und Notfallmedizinische Simulatorzentrum Dresden-Friedrichstadt“ eröffnet. Damit entstand die Möglichkeit, medizinisches Personal an einem Patientensimulator zu trainieren.

Mit dem Bezug der neuen anästhesiologischen Intensivstation 27 im neu erbauten Haus C im Jahr 2007 hatte die Klinik für Anästhesiologie nach 40 Jah-

ren eine neue Heimat erhalten. In den 18 Jahren der Leitung durch Rothe wurden über 100 Fachärzte und Fachärztinnen ausgebildet. Mehr als 45 Kolleginnen und Kollegen erwarben die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“. 13 Oberärzte wurden auf eine Chefarztposition berufen. Die Klinik ist die erste von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannte Weiterbildungsstätte für die „Fachpflege Anästhesie und Intensivtherapie“ in Sachsen. Rothe war der erste ärztliche Leiter dieser Lehrereinrichtung. Alle diese Leistungen sind begründet in den Friedrichstädter Bedingungen einer komplexen anästhesiologischen, intensivmedizinischen, notfallmedizinischen und schmerztherapeutischen Versorgung des Klinikums. Der vorausschauende Aufbau dieser beispielgebenden Leistungsfähigkeit war in deutschen Anästhesieabteilungen sicher noch die Ausnahme, schuf aber im Städtischen Klinikum günstige Bedingungen für die Versorgung Schwerkranker, vom Polytrauma bis zum multimorbiden onkologischen Patienten. Seit 2008 trägt die Friedrichstädter Klinik den Namen „Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie“. Am 1. Juni 2010 trat Dr. med. Andreas Nowak die Nachfolge als Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie am Standort Friedrichstadt an. Während seiner Facharztweiterbildung war er am Städtischen Klinikum Dresden, in der Intensivmedizin des Universitätsklinikums Tübingen unter Univ.-Prof. Dr. med. habil. Klaus Unertl und später als Facharzt am Institut für Kardioanästhesie des Herz- und Kreislaufzentrums Dresden bei Nikolaus Hartmann tätig.

Die Etablierung der Fachdisziplin Anästhesiologie hat zu einer strikten Aufgabenteilung am Operationstisch geführt. Neben ihren Kernkompetenzen in Anästhesie, Intensiv-, Schmerz- und

Notfallmedizin sind Anästhesisten heute im klinischen Alltag für ein breites Aufgabenspektrum zuständig. In der täglichen Patientenversorgung mit heute am Städtischen Klinikum jährlich insgesamt über 23.000 Anästhesien, etwa 1.000 aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen, über 1.000 weiteren Intensivpatienten, 3.000 Notarzteinsätzen im bodengebunde-

nen Rettungsdienst und 1.700 in der Luftrettung sowie über 300 Intensivtransporten entwickelt sich die Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Städtischen Klinikums Dresden damals wie heute im Kontext der medizinischen Nachbardisziplinen und auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich weiter. ■

Langversion dieses Beitrags und Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Dr. med. Andreas Nowak
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie
Städtisches Klinikum Dresden
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden
E-Mail: Andreas.Nowak@klinikum-dresden.de

Prof. Dr. med. Woldemar Tonndorf

Ärztlicher Direktor und Ordinarius in schwierigen Zeiten, ein Rückblick*

Ältere Leserinnen und Leser, die in einer Diktatur der Vergangenheit berufliche Verantwortung trugen, werden manche Ereignisse als Zeitzeugen anders beurteilen als junge Leser, die auch Zeitenbrüche erfahren haben, die aber auf dem Boden einer Demokratie nach dem Untergang der DDR entstanden sind. Das Buch „Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949 – 1989“ ist dafür ein lebendiges Zeugnis [1].

In einem historischen Rückblick aus dem Jahr 2021 wurde Woldemar Tonndorf (1887 – 1957) als umstrittene Persönlichkeit mit Nähe zur NS-Diktatur angesehen, dessen Berufung auf einen Lehrstuhl an der Universität Leipzig 1951 aus heutiger Sicht nicht vertretbar war [2]. Man kann diese Meinung teilen oder nicht. Neuere Erkenntnisse nach Recherchen im Bundesarchiv [3] sollten der Meinungsbildung nicht vorenthalten sein.

Tonndorf war von 1931 bis 1945 Ärztlicher Direktor des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt und von 1929



Prof. Dr. med. Woldemar Tonndorf, Plakette des Bildhauers P. Pöppelmann (1866 – 1947), Restaurierung 1999 durch Prof. Eißner, HfBK Dresden

bis 1951 zugleich Chefarzt der Hals-Nasen-Ohrenklinik.

Im Juni 1945 war Tonndorf von der Funktion des Ärztlichen Krankenhauses direktors zurückgetreten, danach übernahm der parteilose Friedrichstädter Chirurg Prof. Dr. med. habil. Albert Fromme diese Funktion.

Woldemar Tonndorf war ab 1933 Parteimitglied der NSDAP, bis 1945 ohne Parteifunktionen.

Im Frühjahr 1946 wurde Tonndorf vor die Entnazifizierungskommission in Dresden geladen, die vom späteren Justizminister des Landes Sachsen und späteren ersten Volkskammerpräsidenten der DDR, Dr. Johannes Dieckmann, persönlich geleitet wurde. Tonndorf erhielt am 22. August 1946 eine entlastende Bescheinigung der Kommission [3].

Unterstützt von seinem früheren Lehrer Prof. Dr. med. Wilhelm Lange in Leipzig, strebte Tonndorf ab 1950 eine Professur in Leipzig an. Dem entgegen blieb in den neu gegründeten staatlichen Institutionen des Hochschulwesens der DDR in Ost-Berlin der Verdacht einer zu großen Nähe zum NS-Regime bestehen. Dieser beruhte auf dem Vorwurf einer persönlichen Freundschaft zu dem früheren Gauleiter Sachsens, Martin Mutschmann. Ein umfangreicher Briefwechsel von 1950 bis 1951 zwischen den Abteilungen des Ministeriums für Volksbildung, Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen Berlin, dem Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen, dem Rektorat und Dekanat der Universität Leipzig,

* Der Beitrag ist dem 175-jährigen Jubiläum des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt gewidmet.

Behörden der Stadtverwaltung Dresden und Tonndorf selbst zeugt von wechselnden Meinungsverschiedenheiten.

Unabhängig davon hatte sich die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig in einer Versammlung am 14. Juni 1950 für eine Berufung von Tonndorf „einstimmig primo et unico loco“ entschieden, Dekan und Rektor hatten sich dem Votum angeschlossen. Auch die Fakultätsgruppen der SED und FDJ hatten sich zuvor für eine Berufung ausgesprochen.

Am 21. September 1950 lehnte jedoch der Minister für Volksbildung der DDR, Helmut Holtzhauer, eine Berufung unter Verweis auf die Freundschaft zu dem Gauleiter ab. Tonndorf wurde vom Minister zu einer Stellungnahme aufgefordert.

Am 29. Oktober 1950 legte Tonndorf in einem persönlichen Brief an den Minister dar, dass Gauleiter Mutschmann 1939 an einer schweren Mittelohreiterung mit Labyrinthkomplikationen litt und erfolgreich von ihm operiert worden war. Wegen postoperativer Beschwerden musste er den Patienten von Zeit zu Zeit nachbehandeln und wurde dazu auch in die Jagdhütte Grillenburg eingeladen. Mutschmann habe ihn als seinen Lebensretter bezeichnet. Tonndorf legte dar, dass es sich lediglich um das Verhältnis eines dankbaren Patienten zu seinem Arzt gehandelt habe. Die Verbindung habe er nur zum Wohl des Krankenhauses Friedrichstadt genutzt. Eine Gegeneinladung habe er nie ausgesprochen [3].

Ein anderer Vorwurf zu Tonndorf betraf antisemitische Formulierungen in einem Nachruf zu dem Göttinger Ordinarius Prof. Dr. Oskar Wagener aus dem Jahr 1942 [2]. Tonndorf hatte man um diesen Nachruf gebeten, da er sich 1924 in Göttingen unter Wagener habilitiert und als Oberarzt bis 1928 in seiner Klinik gearbeitet hatte.

Zitat auszugsweise aus „Wagener zum Gedächtnis“: „Wagener hatte von jeher mit sicherem Instinkt jeden Mitarbeiter abgelehnt, an dessen Rassenzugehörigkeit der leiseste Zweifel bestand [...]“ [4]. Wagener war seinerzeit als bekennender Nationalsozialist mit antisemitischer Einstellung bekannt. Tonndorf beschreibt in genauer Kenntnis die politischen Denkmuster des einstigen Vorgesetzten in dem Nachruf.

„Wegen postoperativer Beschwerden musste er den Patienten von Zeit zu Zeit nachbehandeln und wurde dazu auch in die Jagdhütte Grillenburg eingeladen.“

1929 war Tonndorf nach einer Entscheidung des Stadtrates nach Dresden berufen worden. Inwieweit sich Empfehlungen der 1929 gegründeten NS-Reichsärztekammer in Anlehnung an die NSDAP zum Einstellungsverbot jüdischer Ärzte im Krankenhaus umsetzten, ist nicht bekannt, annehmbar aber eher unwahrscheinlich unter den liberal gesinnten Oberbürgermeistern Bernhard Blüher (OB 1915 – 1931) und Wilhelm Külz (OB 1931 – 1933). Külz hatte sich 1933 geweigert, auf dem Rathaus Dresden die Hakenkreuzflagge hissen zu lassen, was zur Amtsenthebung führte. Das Stadtkrankenhaus unterstand organisatorisch stets dem Stadtrat und dem Oberbürgermeister. Die Praxis zu Personalentscheidungen im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt zeigte, dass nach der Einführung des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. April 1933 insgesamt acht Mitarbeiter von der Verwaltung entlassen wurden, annehmbar Sozialdemokraten, Kommu-

nisten und Juden. Namen und Berufe der Betroffenen sind nicht bekannt [5]. In eine heutige Beurteilung von Tonndorf gehören auch die heimlichen Tagebuchaufzeichnungen des jüdischen Dresdener Romanisten Prof. Dr. Victor Klemperer aus dem Jahr 1943, daraus zwei Zitate [6]:

„4. März Ich erkundigte mich nach Jacobi. Er litt schon lange an Mittelohreiterung. In hiesigen Krankenhäusern war kein Platz für einen Juden, er sollte dieser Tage nach Berlin fahren und dort im jüdischen Krankenhaus operiert werden. Gestern erfuhr ich: Die Gestapo hatte die Reiseerlaubnis im letzten Augenblick verweigert, er war im Friedrichstädter Krankenhaus operiert und sofort nach der Operation im Krankenwagen heimgeschafft worden. Es soll ihm gut gehen“.

„6. März Er mußte operiert werden, es war höchste Zeit. Die Gestapo verweigerte ihm Fahrerlaubnis nach Berlin. Hier hieß es: Ein Einzelzimmer im Krankenhaus ist nicht frei, in einem allgemeinen Saal darf kein Jude liegen – also wird die Operation abgelehnt. Da drang Frau Jacobi, die Arierin, zum Chefarzt des Friedrichstädter Krankenhauses vor und sagte ihm erbittert: Also lassen Sie meinen Mann sterben, weil er Jude ist. Das muß den Arzt ins Gewissen getroffen haben, er rang selber telefonisch mit der Gestapo. Ergebnis: Die Operation wurde erlaubt, doch mußte Jacobi sofort danach im Krankenauto heimbefördert werden. Die Ärzte und Schwestern behandelten ihn sehr freundlich, vor der Operation hieß es: schwierig und im letzten, allerletzten Augenblick [...]. Von den Ärzten und Schwestern sprach er, wie gesagt, mit großer Dankbarkeit. Nur eben, alle stehen unter dem Druck der allmächtigen Gestapo.“

Bei „Jacobi“ handelte es sich um den jüdischen Zwangsfriedhofsverwalter in Dresden Carl Jacoby (1895 – 1954). Im

Chaos der massiven Bombenangriffe auf Dresden am 13. Februar 1945 konnte Jacoby mit seiner Familie unerkannt fliehen, wodurch er dem unmittelbar bevorstehenden Transport in ein KZ entging [7]. Auch Victor Klemperer (1881 – 1960), der auf den Todeslisten der Gestapo stand, gelang unter den gleichen Umständen die Flucht, wodurch er und seine Frau überlebten.

Zur rückwärtigen Betrachtung: Einen Gauleiter musste Tonndorf 1939 als Chefarzt operieren, einen Juden hätte er 1943 nicht behandeln müssen; galt doch die offizielle Anordnung, dass arische Ärzte keine jüdischen Patienten zu behandeln haben.

Nach dem Zusammenbruch 1945 waren durch die massiven Zerstörungen aller Bereiche in Dresden umfangreiche Wiederaufbauarbeiten erforderlich. Der Chirurg Prof. Albert Fromme, der Pathologe Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kalbfleisch und Prof. Tonndorf werden im Rückblick der Zeitenwende als „maßstabgebende Persönlichkeiten“ für den Neuaufbau des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt genannt [5].

Tonndorf verblieb nach 1945 als Chefarzt im Amt, was nicht selbstverständlich war.

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) ordnete die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in einer Richtlinie vom 13. November 1945 eine Reinigung der Heilberufe von nazistischen Personen an, das heißt von Mitgliedern der Gestapo, SS und Trägern des Goldenen Parteiabzeichens der NSDAP. Besonders aktiven Mitarbeitern der NSDAP und SA wurde vorübergehend oder dauerhaft das Recht auf Berufsausübung entzogen. Im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt waren davon acht Ärzte betroffen.

Der Berufung von Tonndorf an die Universität Leipzig 1951 liegen am Ende drei Gesichtspunkte zugrunde, einmal

die anerkannte Rehabilitation der Entnazifizierungskommission, der ausgezeichnete Ruf als Arzt und Wissenschaftler und schließlich das nachweisbar mehrfache Misslingen der Ministerien in Berlin, eine andere geeignete Persönlichkeit für das Ordinariat zu finden.

Tonndorf war als Wissenschaftler eine geachtete Persönlichkeit mit wegweisenden Publikationen zum chirurgischen Spektrum des Fachgebietes und zur Sulfonamidbehandlung der otogenen und rhinogenen Meningitis. In der Grundlagenforschung der Physiologie des menschlichen Stimmorgans und der Mechanik der Stimmlippenschwingungen leistete er Pionierarbeit. Von 1933 bis 1951 gehörte er dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohrenärzte an und wirkte von 1934 bis 1943 als deren Schatzmeister. 1957 wurde er zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt. Bei der Neubesetzung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde 1952 wurde Tonndorf in den Vorstand gewählt. Seit Beginn der „Zwanglosen Schriftenreihe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ 1938 war Tonndorf zusammen mit Prof. Dr. med. Helmut Loebell, Universität Münster, Herausgeber dieser thematischen Publikationsreihe, die 1989 endete.

Er stand von 1926 bis 1950 fünfmal auf Vorschlagslisten für Lehrstuhlbesetzungen, dabei an erster Stelle 1934 in Breslau, 1942 in Göttingen und zuletzt 1950 in Leipzig. Seine früheren Ablehnungen zu Breslau und Göttingen erfolgten stets durch die Verbundenheit mit Dresden, der Leitung des Krankenhauses und der großen HNO-Klinik mit 120 Betten.

Prof. Tonndorf war 1950 der Wunschkandidat von Prof. Wilhelm Lange in Leipzig, der im 75. Lebensjahr die Eme-

ritierung anstrebte. Nach ministeriell erzwungener Amtsverlängerung von Prof. Lange wurde Tonndorf am 5. Juni 1951 durch das Staatssekretariat für Hochschulwesen Berlin schließlich offiziell als Nachfolger berufen. Auf der Suche des damals neu geschaffenen Postens eines Ärztlichen Direktors der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wurde Tonndorf am 2. Januar 1953 in einer Universitätsversammlung als „die geeignete Persönlichkeit“ vorgeschlagen, vom Rektor bestätigt und am 22. Januar 1953 vom Staatssekretär Prof. Harig in Ost-Berlin berufen.

Am 8. Juli 1954 wurde Tonndorf mit einem ehrenvoll formulierten Dankschreiben des Staatssekretärs im Namen der Regierung der DDR emeritiert [3].

Nach dem Tode Tonndorfs 1957 erschien aus der Feder von Prof. Dr. med. Julius Berendes, Universität Marburg, 1958 ein ehrender Nachruf [9].

Mit welchen Schwierigkeiten, Konflikten und Nöten Studenten und praktizierende Ärzte in der NS-Zeit konfrontiert wurden, erinnert auch die Publikation „Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“ [10]. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Prof. Dr. med. habil. Eckart Klemm, Dresden

Anmerkung der Redaktion:

Eine kritische und offene Auseinandersetzung mit den Biografien von Ärztinnen und Ärzten in Diktaturzeiten und Krieg ist dauerhaftes Anliegen des „Ärzteblatt Sachsen“. Besonders wichtig ist uns das Gedenken an die Opfer der totalitären Regimes des letzten Jahrhunderts und das Erinnern daran beziehungsweise die Lehre daraus, unser eigenes ärztliches Verhalten im Heute immer wieder zu hinterfragen.

Italienischer Teller

Malerei von Robert Finke

Glasklare Arien, hochemotional, gesungen von Maria Callas, schallen aus dem Atelier, wo Robert Finke (*1978) als Maler, Grafiker und Bildhauer arbeitet. Im Klangraum ihres Soprans entstanden die Gemälde der neuen Landesärztekammer-Ausstellung. Auch diese haben etwas Bühnenhaftes an sich, wirken expressiv verfremdet wie Opernwerke. Figuren, Farben und Formen agieren darin wie Stimmen: einzeln, im Duett oder im Chor. Dabei fällt eine energische Unbekümmertheit gegenüber Stilistik, Konventionen, dem Zeitgeist ins Auge. Mit Konturen, Binnenflächen in unvermischten Farben, neben angeordneten Musterfeldern und anrührend-ausdrucksvoll deformierten Gestalten bedient sich der Maler bei Stileigenschaften sogenannter Naiver Malerei. Seine Bildwelten beeindruckten durch überraschende Bilderfindungen und liebevoll ins Licht gerückte Alltagsgegenstände wie Steckdose, Wasserhahn oder Fensterflügel sowie deren farbige Schatten. Straßenszenen spiegeln sich in gewölbten Autoscheiben; dabei spielt Finke mit An- und Draufsichten. Es sind die deutlichen Impulse durch naheliegende Dinge, die er zum Malen braucht: „Ich will sehr gut sehr einfach sein“, lautet sein Credo.

Dem liegt eine gründliche akademische Ausbildung zugrunde. Auf die Steinmetzlehre und das Abendstudium folgte – ermutigt und angespornt durch

Maler wie Wolfgang Neumann oder den Bildhauer Kristof Grunert – das Studium an der Hochschule für Bildende Künste Dresden, unter anderem bei Elke Hopfe, Siegfried Klotz und Christian Sery sowie im Hauptstudium bei Ralf Kerbach. Finke erhielt 2008 das Sächsische Landesstipendium und war bis 2010 Meisterschüler bei Elke Hopfe. Seitdem ist er als freischaffender

denen das rätselhafte Innenleben durch gespannte Umrisslinien nach außen drängt. Auch in Kaltnadelradierungen setzt er Landschaften oder Porträts ins Bild, deren frontale Unmittelbarkeit er in fest durchgezogenen Linien wechselnder Stärken bannt.

Wenn Robert Finke malt, zeichnet, radiert und Holz oder Stein bearbeitet, ist dies seine Art der „Teilnahme am Erdenleben“, wie er es ausdrückt. Spätmittelalterliche Passionsschilderungen, die Gesamtkunstwerke barocker Kirchenräume, Stillleben von Henri Matisse beeindruckten ihn ebenso wie Francis Bacons Bildnisse oder David Hockneys Landschaften. Für ihn selbst sind es einfache Gegenstände, häufig aus dem Umfeld seines Ateliers, die er als Malanlässe wählt und deren Anmutung sich im Laufe der Überarbeitung völlig wandeln kann ins Skurrile, Monströse, Poetische. Auf diese Weise entstehen gleichsam entsetzlich schöne Bilder. Die Hauptfrage bleibt für ihn beim Malen: „Wo bleibt meine Freude?“



Robert Finke, Italienischer Teller, 2024, Öl auf Leinwand, 150 x 140 cm

Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil

Künstler in Dresden tätig. Für das tägliche Brot arbeitet er als Steinmetz; der dadurch entstehende Zeitdruck geht als Gestaltungsmittel zunächst in seine Bilder ein, an denen Robert Finke dann doch lange weitermalt. So zeigen Gemälde wie „Italienischer Teller“, „Alaska“ oder das „Aquadrom“ in starken Farbakkorden Binnenwelten, in

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der vierten Etage vom 25. Oktober 2024 bis 10. Januar 2025, montags bis donnerstags 9 bis 18 Uhr, freitags 9 bis 16 Uhr, Vernissage: 24. Oktober 2024, 19.30 Uhr ■