



Ärzteblatt Sachsen

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



AUFKLÄRUNG ÜBER SCHÜTTELTRAUMA BEI BABYS

Lesen Sie auf Seite 9

Masernschutzgesetz

8

Verfassungsgerecht
fixieren –
geht das noch?

19

Neue Rechtslage bei
Zwangsbehandlungen:
Erfahrungen in der
Akutpsychiatrie

22

© NZFH / Ludolf Dähmen

Einladung zur Neueröffnung in Dresden!



SAMSUNG

Sonothek Dresden

Werdauer Str. 1-3
01069 Leipzig
Tel.: 0351 / 470 206 00
www.mtjendreyko.de



SONORING



mindray



ALPINION



PHILIPS

Sonothek Leipzig

Berliner Str. 3
04105 Leipzig
Tel.: 0341 / 561 431 00
www.mtjendreyko.de

Freitag 27.03. & Samstag 28.03. jeweils 10 bis 17 Uhr

Nicht verpassen!

*Auch in diesem Jahr haben wir wieder
zahlreiche Veranstaltungen für Sie geplant:*

Ultraschalltage in Ihrer Nähe:

- ✓ Lernen Sie US-Systeme führender Hersteller kennen u. vergleichen Sie diese in entspannter Atmosphäre.
- ✓ Profitieren Sie von unschlagbaren Messepreisen und lassen Sie sich umfassend beraten.

Aschersleben	Mittwoch	15.04.20	13-18 Uhr
Chemnitz	Mittwoch	22.04.20	13-18 Uhr
Radebeul	Freitag	24.04.20	13-18 Uhr
Radebeul	Mittwoch	29.04.20	13-18 Uhr

Falls Sie keinen der Termine wahrnehmen können, freuen wir uns auf Ihren jederzeitigen Besuch in unserem SONO-Zentrum in Radebeul.

Infos zu weiteren Veranstaltungen

finden Sie auf unserer Website. Oder rufen Sie uns einfach an.

Kennen Sie z.B. schon unsere **Ultraschall-Workshops** für allgemein-internistische und geburtshilfliche Fachbereiche? Die nächsten Kurse finden statt am **21.03. in Chemnitz** und am **04.04. in Radebeul**.

NEU

Jetzt kennenlernen!

Die leistungsfähige und fachübergreifende

Esaote MyLab X-Class

**X5
X6
X7**



SONO-Zentrum Radebeul

**SONOGRAPHIE URODYNAMIK
FACHHANDEL REPARATUR SERVICE**

HMT - Herrmann Medizintechnik GmbH

Wasastraße 50
01445 Radebeul

0351 838 24 29

www.herrmann-medizintechnik.de

VERTRETUNGEN

Schwangerenvertretung in Frauenarztpraxis
in Berlin-Spandau für halben Kassenarztsitz ab 04/2020 gesucht.
E-Mail: info@drhasenbein.de



Wir suchen ständig Ärzte
für die Übernahme von
**Praxis- und
Klinikvertretungen.**

Interesse? Rufen Sie uns an.

☎ **0800 3336300**

www.honorararztagentur.de

Es ist genug **Brot**
für alle da für die Welt
www.brot-fuer-die-welt.de

DIENTSTLEISTUNGEN

Mutaris.de

KV-Dienste, online,
bereits 7.000 x erfolgreiche
Dienststgabe/-übernahme,
Ärztammer geprüft

DIENTSTLEISTUNGEN

malik
medical consulting

*Wir entwickeln Mensch,
Management + Organisation*

Betriebswirtschaftliche Beratung

Organisation & Management

Qualitätsmanagement

Hygienemanagement

Mitarbeiterführung

Kommunikation

Datenschutz

www.malik-group.de | info@malik-group.de



JETZT INFORMIEREN:

- Persönliche Beratung
- Unverbindliche Angebote
- Staatliche Zuschüsse

Tel.: 06145 - 37 99 125

Anzeigenschluss

Ausgabe 4/2020: 20. März 2020

Ausgabe 5/2020: 21. April 2020

**Möchten Sie
eine Anzeige aufgeben?**

Informationen: Silke Johne

E-Mail: johne@quintessenz.de oder

Telefon: 0341 71003994

Beilagenhinweis:

In einem Teil dieser Ausgabe finden Sie eine
Beilage der Siemens Healthcare GmbH.

Für den Inhalt ist der Werbetreibende verantwortlich.
Wir bitten um freundliche Beachtung.

PRAXISGERÄTE

AN ALLE PRAXIS- UND MVZ-GRÜNDER
**Verkaufe günstig unbeschädigtes Mobiliar aus chirurgischer
Praxis in 08248 Klingenthal.**
Besichtigung nach telefonischer Anmeldung: 037467 740219

PRAXISRÄUME

Praxen in Leipzig, Dresden und südlich von Dresden gesucht

Im Mandantenauftrag (sowohl Niederlassungswillige/Existenzgründer als auch Etablierte) suchen wir: Große **hausärztliche Praxis** (Scheinzahl > 1.500) im Raum Pirna/Dippoldiswalde/Glashütte (Anstellung beim Übernehmer möglich); **Orthop., Chir., Urol., Gyn., fachärztlich-internistische** und **HNO-Praxen** im Raum Leipzig und Dresden. Referenznr. 364845
Dr. Meindl & Coll. AG · E-Mail: stefan.schimkus@muc-ag.de · Tel.: 0911 234209-26

Freie Praxisräume am Rand von Dresden (Heidenau)

an der B172 – barrierefrei, voll verfließt, Fußbodenheizung.
140 m², laut KV freier Kassenarztsitz Allgemeinmedizin.
Umbauten möglich. Weiteres auf Anfrage:
E-Mail: andyeise2013@gmail.com

KURSE / SEMINARE / VERANSTALTUNGEN

www.westerland-seminar.de

80-Stunden-Kompaktkurs

Spezielle Schmerztherapie

12. - 19.09.2020 in Potsdam | Teilnahmegebühr: € 1.090,-
Anmeldung: Lisa Laser | 0331-24134753 | lisa.laser@klinikumevb.de
kalender.gesundheitsakademieevb.de

Wissenschaftspreis Samuel Hahnemann „Großer Meißner Globulus“

In Zeiten, in denen die Homöopathie in allen Medien gerüttelt und geschüttelt wird, möchten wir daran erinnern, dass die Homöopathie eine ärztliche Wissenschaft und Heilkunst aus Sachsen ist.

Zur Preisverleihung durch den Bürgermeister von Meißen
am 4. April 2020, um 19.00 Uhr, in den Räumen der
Porzellan-Manufaktur Meißen, Talstraße 9, laden wir interessierte
Kolleginnen und Kollegen herzlich ein.

Lassen Sie uns ins Gespräch kommen.



DGfAN

Deutsche Gesellschaft für
Akupunktur und Neuraltherapie e.V.



Akupunktur, Neuraltherapie, Regulationsmedizin
Professionelle Fort- und Weiterbildung

39. Kongress „Alt werden - gesund bleiben“
Erfurt, 26.03. – 29.03.2020, Dorint Hotel am Dom

XX. Warnemünder Woche – Akademie am Meer
Rostock-Warnemünde, 30.05. – 06.06.2020, Hotel Neptun

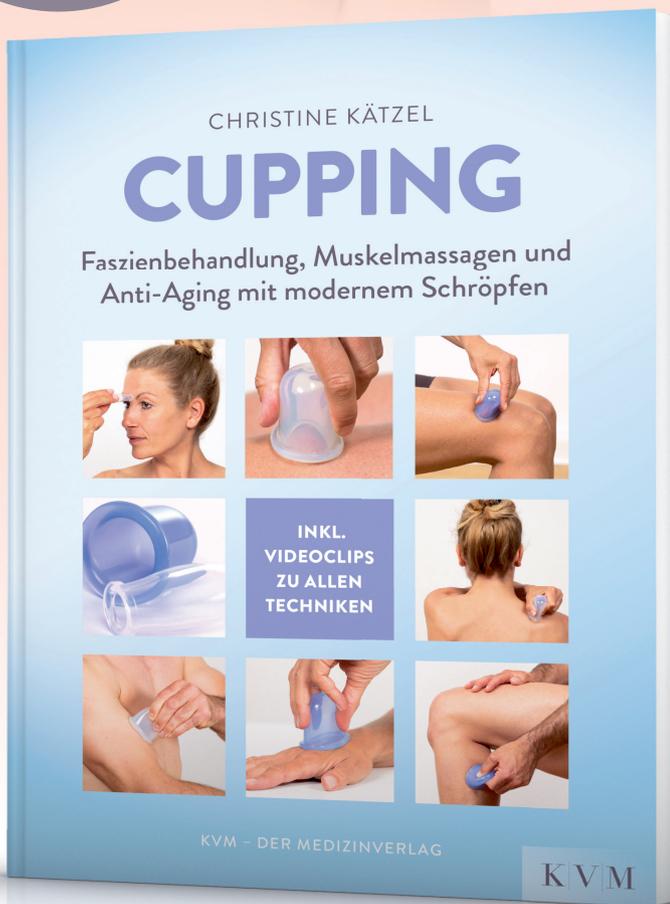
Akupunktur-Praktikum-03/Fallseminar
Dresden, 12.06. - 13.06.2020, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Informationen unter: www.dgfan.de, info@dgfan.de, Tel.: +49 3 66 51/5 50 75

www.alphamedis.de/insertieren.php



NEU



„Cupping“ bezeichnet eine moderne Form der alternativen Heilmethode „Schröpfen“ mit leichten, flexiblen Silikoncups. Diese wirken dreidimensional direkt auf das myofasziale Gewebe: Die Cups werden mit den Fingern zusammengepresst und dann auf die zu behandelnde Körperregion gedrückt. Der dadurch entstandene Unterdruck löst die Gewebespannung, fördert die Durchblutung und regt die Neubildung von Fasern und Zellen an. Cupping ist eine unkomplizierte und leicht anzuwendende Technik. Zahlreiche Beschwerden lassen sich damit gezielt behandeln.

Im Grundlagenteil dieses Buchs beschreibt die Autorin die Wirkweise des Cuppings und erklärt verständlich Schritt für Schritt die praktische Handhabung. Im Praxisteil beleuchtet sie typische Beschwerdebilder aus Sport und Alltag, wie z. B. Muskelverspannungen, Nackenschmerzen oder Atemwegserkrankungen und geht ausführlich und mithilfe zahlreicher Abbildungen auf die einzelnen Behandlungsschritte ein.

BUCH „CUPPING“

Softcover, 144 Seiten, 200 Abbildungen, inkl. Videoclips
 Format: 185 x 260 mm, 1. Auflage 2019
 978-3-86867-485-9, € 12,80



CUPPING-SET

Buch „Cupping“
 plus Silikoncup
 978-3-86867-493-4
 € 19,80

JETZT BESTELLEN!

PER FAX: 030 76180-692
 PER TELEFON: 030 76180-647
 ODER ONLINE:
 WWW.KVM-MEDIZINVERLAG.DE



Inhalt



Arzt in Sachsen –
Chancen und Perspektiven für
Ärzte in Weiterbildung
Seite 5



Masernschutzgesetz
Seite 8



Verfassungsgerecht fixieren –
geht das noch?
Seite 19

EDITORIAL	▪ Delegation/Substitution – Können Sie es noch hören?	4
BERUFSPOLITIK	▪ Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung	5
	▪ Weiterbildungsverbund Ostsachsen	6
	▪ Vom Studenten zum Facharzt	7
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Masernschutzgesetz	8
	▪ Gefahren des Schüttelns von Babys zu wenig bekannt	9
	▪ Organspende 2.0	11
	▪ 8. Interprofessioneller Gesundheitskongress in Dresden	11
	▪ Kunst gegen Komasaufen	13
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Einladung der KÄK Erzgebirgskreis	14
	▪ Einladung der KÄK Chemnitz (Stadt)	14
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Ausbildungsberuf MFA auf KarriereStart 2020	15
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	16
ORIGINALIE	▪ Verfassungsgerecht fixieren – geht das noch?	19
	▪ Erfahrungen in der Akutpsychiatrie mit der erneut veränderten Rechtslage bei Zwangsbehandlungen	22
LESERBRIEFE	▪ Aktueller Fall aus der Gutachterstelle	30
	▪ Ärztinnenblatt	31
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Konzerte und Ausstellungen	31
PERSONALIA	▪ Jubilare im April 2020	32
	▪ Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Paul	36
VERSCHIEDENES	▪ Augenärztlicher Fachaustausch in Neuseeland	37
	▪ Ärzte helfen zukünftigen Ärzten und Krankenschwestern in Afrika	39
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – Mai 2020	



Dr. med. Thomas Lipp

Delegation/Substitution – Können Sie es noch hören?

Bei mir löst das Thema Delegation/Substitution inzwischen Tinnitus aus. Seit 20 Jahren immer die gleiche Leier, subtil gespielt meist von einem ärztlichen Gremienorchester auf Bundesebene und resistent gegenüber einem Publikum, welches ganz andere Instrumente und Melodien erwartet, und dafür auch bezahlt.

Der medizinische Fortschritt, der zu einer Wissensverdoppelung alle drei Jahre führt, die Digitalisierung und die kommende Künstliche Intelligenz bringen selbst das größte ärztliche Gehirn an seine Leistungsgrenzen. Die zunehmende Spezialisierung und Subspezialisierung der Medizin tun ihr Übriges. Welcher Arzt soll da noch die relevanten Fähigkeiten und Methoden innerhalb und außerhalb des jeweiligen Fachgebiets überblicken? Das ist schon rein mathematisch nicht möglich.

Ist das nun ein Dilemma oder stellt dies eine Chance für uns dar? Der rasant fortschreitende Wissenszuwachs gibt der alten Frage „Können all das, was Ärzte derzeit tun, wirklich nur Ärzte tun?“ eine neue Relevanz. Wir selbst begegnen dieser Frage, wie viel unseres Handelns wirklich genuin ärztlich und was davon eher unnützer „Ballast“ ist, täglich und weichen ihr für gewöhnlich aus. Denn die Antwort ist mit Verlustängsten und Skepsis behaftet. Was ist, wenn wir mit der Abgabe von Kompetenzen auch an Einfluss verlieren? Was heißt das für die ärztliche Vergütung, für die Steuerung von Patientenströmen? Und leidet unser Status darunter?

Unsere Stellung in der Gesellschaft? Auf diese Fragen müssen wir Antworten finden, sonst finden sie andere. Dann sind wir aus dem Spiel raus.

Und was Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer diesbezüglich in den letzten Jahren abliefern, stellte uns nachhaltig ins Abseits. Machen wir uns nichts vor. Die Frage nach der Delegation ärztlicher Leistung wird sich in den nächsten Jahren eher noch intensiver stellen als heute schon, denn der medizinische Fortschritt macht nicht halt. Die „Boomer“ verabschieden sich in den Ruhestand, die Aufgaben werden mehr und komplexer. Dies wird nicht ohne Folgen für die Patientenversorgung bleiben. Und die Politik wird sich dem Thema Delegation mit Sicherheit zuwenden.

Aber welche Rolle wollen wir Ärzte einnehmen? Wir können den durch den Gesetzgeber geschaffenen Fakten wie bisher hinterherhecheln, im Bemühen, ihre gravierendsten Auswirkungen für uns abzufedern. Wir können aber auch unsere leider oft nur reaktive Rolle überwinden und der Politik zuvorkommen. Wie wäre es, wenn man der Ärzteschaft nachsagen könnte, mit Mut die Herausforderungen von morgen zu gestalten und die Politik vor sich herzutreiben? Wie wäre es denn, wenn wir das HEUTIGE Versorgungssystem, das unsere Patienten und auch wir viel zu oft nur ertragen, fit für die Zukunft machten? Beispielsweise, indem die Ärztekammern in jedem Fachgebiet Tätigkeiten definieren, die nicht zwingend von Ärzten ausgeübt werden müssen. Rein fantasiert: Jede Fachgruppe sollte zehn bis 20 Prozent seiner originären Leistungen definieren, die sie zur Entlastung des Arztes abzugeben bereit wären. Und weisen wir nach, dass damit die Versorgungsqualität deutlich besser wird, sodass eine Honorarverschiebung nicht in Frage kommt. Delegation und Substitution sind Bereiche, die fließend ineinander übergehen. Substitution setzt klare Verantwortlichkeiten voraus.

Zugegeben, es ist ein Fantasieren, es sind ein paar erste Gedanken, sozusagen als erster Aufschlag und Debattenstarter. Mein Ziel ist es, das ärztliche Tun von Ballast zu befreien. Lassen Sie uns beginnen, die ärztliche Zukunft von morgen zu entwerfen, dass es uns gelingen kann, uns wieder stärker auf unsere genuin ärztlichen Tätigkeiten zu konzentrieren. Weg von der Minutenmedizin, davon profitieren auch unsere Patienten! Wir müssen die Veränderungen, die wir wollen, selbst gestalten. Lassen wir uns nicht weiterhin von Bewahrern, Bedenkenträgern und hemmenden Juristen im Jetzt festnageln. Gestalten oder gestaltet werden – wir haben es in der Hand. ■

Dr. med. Thomas Lipp
Vorstandsmitglied

Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung

Am 1. Februar 2020 war es wieder soweit. Die Veranstaltung „Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“ lockte zahlreiche Medizinstudenten, PJler und junge Ärzte in die Sächsische Landesärztekammer. Der Weg lohnte sich, denn neben dem Besuch zahlreicher Workshops konnten an über 30 Messeständen erste Kontakte zu Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen geknüpft werden.

Seit bereits zwölf Jahren arbeitet die Sächsische Landesärztekammer mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Deutschen Apotheker- und Ärztebank sowie der Sächsischen Ärzteversorgung eng zusammen, um Ärzte in der entscheidenden Orientierungsphase nach dem Studium dabei zu unterstützen, die richtigen Entscheidungen für ihre persönliche Zukunft zu treffen.

Nach den Grußworten der Sächsischen Landesärztekammer und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt begann die Veranstaltung mit einem Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er stellte die Möglichkeiten der ärztlichen Weiterbildung übersichtlich dar und zeigte Optionen in den verschiedenen Bereichen auf.

Anschließend konnten sich die Teilnehmer in zwei Durchläufen zur Teilnahme an verschiedenen Workshops entscheiden. Sehr beliebt war der Workshop „Keine Angst vorm Notfall – Knowhow gegen den Stress“ von Dr. med. Mark



Zahlreiche Besucher nutzten die Gelegenheit, an den Messeständen erste Kontakte zu knüpfen.

Frank. Neben umfassenden Tipps aus der Praxis zeigte er den Besuchern nützliche manuelle Fähigkeiten für den Notfalleinsatz. Auch alle anderen Workshops waren gut besucht und sehr gut evaluiert, zum Beispiel:

- Herr Doktor, was ist denn mit mir los? – Das erfolgreiche Arztgespräch,
- Junger Arzt trifft alten Patienten – Von der Begegnung mit dem Lebensende,
- Praxistätigkeit und Familienalltag – Wie lassen sich Beruf und Familie vereinbaren? Erfahrungen einer niedergelassenen Hausärztin,
- Ihre eigene Praxis – Warum die Niederlassung für Sie vorteilhaft ist.

Neben den Krankenhäusern und Rehakliniken präsentierten sich auch das Referat Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, die Geschäftsstelle der Weiterbildungsverbände, der

Öffentliche Gesundheitsdienst, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“, die Sächsische Ärzteversorgung und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank. Somit konnten sich die Teilnehmer zum Beispiel über den persönlichen Weg zur Facharztbezeichnung, zu verschiedenen Fördermöglichkeiten, zur Altersvorsorge, zu finanziellen Aspekten oder verschiedenen Niederlassungsmöglichkeiten beraten lassen.

Für den **6. Februar 2021** ist bereits die 13. Auflage der Veranstaltung „Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven für Ärzte in Weiterbildung“ geplant und kann gern schon im Kalender vorge-merkt werden! ■

Mareen Kretzschmar
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Weiterbündungsverbund Ostsachsen

Der Weiterbündungsverbund Ostsachsen hat in seiner Tagung am 29. Januar 2020 in Görlitz über die Angebote und Möglichkeiten der koordinierten qualifizierten Facharztweiterbildung im Landkreis informiert und beraten. Eingeladen waren die ärztlichen Direktoren und Vertreter der Geschäftsführungen der im Landkreis Görlitz ansässigen Kliniken, weiterbildungsbefugte Haus- und Fachärzte und junge Mediziner in Weiterbildung.

Im Einführungsreferat der Tagung wurde von Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, das Leistungsspektrum des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen (KWSA) vorgestellt. Neben den vielfältigen Fachseminaren für angehende Allgemeinmediziner stellen die Workshops für weiterbildungsbefugte Ärzte (sogenannte Train the Trainer-Programme) sowie die Mentorenqualifizierung weitere Angebote im Portfolio von KWSA dar.

Prof. Bergmann ging auf eine unter sächsischen Medizinstudenten durchgeführte Umfrage ein. Ein Studien-

ergebnis: Die Bereitschaft, eine Tätigkeit außerhalb der Großstädte (Städte < 10.000 Einwohner) oder im ländlichen Raum aufzunehmen, besteht prinzipiell bei circa einem Drittel der Befragten. Des Weiteren zitierte sie einen jungen Mediziner mit den Worten: „Der ständige Gedanke an das Ende von Arbeitsverträgen, verbunden mit der gefühlt ständigen Suche nach einer neuen Stelle, die mich im besten Fall auch fachlich weiterbringt, war für mich in den letzten Jahren durchaus belastend.“ In dieser Aussage, so Prof. Bergmann, liege der erfolversprechende Ansatz für eine im Verbund intersektorale koordinierte Weiterbildung und Nachwuchsgewinnung.

Im Folgereferat ging Robert Baierl, Geschäftsführer der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, auf die Fördermöglichkeiten für ein Medizinstudium, für die Zeit der Weiterbildung und für den Aufbau einer Niederlassung ein. In allen drei Bereichen unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen junge Menschen beim Einstieg ins Berufsleben.

Herr Baierl konnte auch über neue Unterstützungsoptionen für weiterbildungsbefugte Ärzte bei Anstellung junger Mediziner in Weiterbildung berichten.

Zum Abschluss sprach Jan Hufenbach über das Projekt „Raumpioniere“. Die Erfahrungen zeigten, dass in den letzten Jahren ein steigendes Interesse für ein Leben im ländlichen Raum erkennbar sei und damit erhöhte Chancen auch für die Gewinnung junger Ärzte bestehen. Die Ausführungen wurden mit Handlungsempfehlungen und Ideen für eine gezielte Werbung ergänzt.

Am Ende der Tagung nutzten die Teilnehmer die Möglichkeiten zur Diskussion, unter anderem mit dem Ergebnis, dass der Weiterbündungsverbund Ostsachsen weitere dieser Veranstaltungen organisieren wird und damit den Erfahrungsaustausch aller Akteure befördern möchte. ■

Ute Taube
Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz



Der Weiterbündungsverbund Ostsachsen informierte über Angebote und Möglichkeiten der koordinierten Facharztweiterbildung.

Vom Studenten zum Facharzt

PJ-Infotag und „STEX in der Tasche – wie weiter?“

Am Ende eines Medizinstudiums sind wichtige Fragen zu klären:

- Wie ist der Ablauf des Praktischen Jahres (PJ)?
- Wann muss ich mich anmelden?
- Welche Einrichtungen bieten das PJ an?
- Wann beginne ich eine Facharztweiterbildung nach dem Studium?
- Wie finde ich meine Facharzttrichtung?

Wir möchten Medizinstudierende dabei unterstützen, die für sich passenden Antworten zu finden. Deshalb laden wir Sie ganz herzlich zur Informationsveranstaltung „Vom Studenten zum Facharzt – PJ-Infotag und ‚STEX in der Tasche – wie weiter?‘“ ein.

An einem Tag bieten wir alles Wissenswerte rund um die Themen:

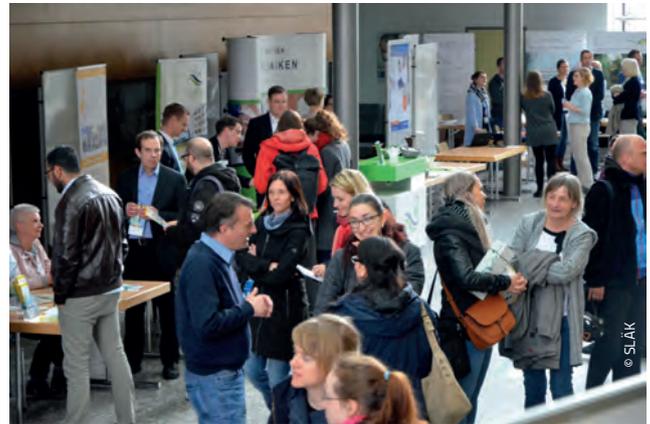
- Praktisches Jahr,
- Organisation und Inhalte der ärztlichen Weiterbildung,
- arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen,
- Berufsperspektiven und
- Fördermöglichkeiten in Sachsen.

Zahlreiche Krankenhäuser präsentieren sich mit Informationsständen, an de-

nen die Studierenden mit erfahrenen Ärzten und Geschäftsführern zum Thema PJ und Weiterbildung ins Gespräch kommen können, um erste Kontakte zu knüpfen. Zum Nachmittag gibt es am Nachmittag Speisen und Getränke, wozu die Kreisärztekammer Dresden ganz herzlich einlädt!

Die Veranstaltung ist kostenfrei und eine Anmeldung ist nicht erforderlich. In Kürze gibt es genauere Informationen unter www.slaek.de.

Es laden ganz herzlich ein: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Sächsische Landesärztekammer, Sächsische Ärzteversorgung, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und Krankenhausesellschaft Sachsen.



Teilnehmer der Veranstaltung 2019 im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der Technischen Universität Dresden

PJ-Infotag und „STEX in der Tasche – wie weiter?“

**1. April 2020, 13.30 Uhr,
Medizinisch-Theoretisches Zentrum
der Technischen Universität Dresden**

Am 4. Mai 2020 findet eine ähnliche Veranstaltung rund um die Weiterbildung im Studienzentrum der Universität Leipzig statt. Nähere Informationen folgen im nächsten Heft. ■

Mareen Kretzschmar
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Masernschutzgesetz

Auswirkungen für medizinische Einrichtungen



Das Gesetz zum Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) trat zum 1. März 2020 in Kraft. Das Gesetz ändert mehrere, schon bestehende Rechtsvorschriften. Die Neuregelungen sind ab dem 1. März 2020, in Teilen mit einer Übergangsfrist bis zum 31. Juli 2021, umzusetzen. Das Gesetz legt mit seinen darin aufgeführten Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) unter anderem fest, dass

- zukünftig alle in einer medizinischen Einrichtung (ambulant und stationär) Tätigen über einen ausreichenden Masernschutz (zwei Impfungen oder nachgewiesene Immunität) verfügen müssen, soweit keine medizinische Kontraindikation nachgewiesen wird,
- ab 1. März 2020 keine Person mehr in einer medizinischen Einrichtung neu beschäftigt werden beziehungsweise tätig sein darf, die diese Nachweise nicht vor Beginn der Tätigkeit dem Leiter der Einrichtung nachweist und
- alle bis zum 1. März 2020 bereits in einer medizinischen Einrichtung Tätigen diesen Nachweis bis zum 31. Juli 2021 erbringen müssen.

- Pflegeeinrichtungen sind nur dann erfasst, wenn sie gemäß § 23 Abs. 3 Satz 1 eine einem Krankenhaus vergleichbare Versorgung erbringen (zum Beispiel Beatmungspatienten).

Diese Festlegungen gelten für alle Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren wurden und regelmäßig (nicht nur für wenige Tage) und nicht nur zeitlich vorübergehend (nicht nur jeweils wenige Minuten, sondern über einen längeren Zeitraum) in der Einrichtung tätig sind, auch Berufsfachschüler/Praktikanten, entsprechende Ehrenamtliche, Verwaltungskräfte, Catering- und Reinigungspersonal und andere.

Kontrolle und Meldung

Die Leiter der medizinischen Einrichtung haben die Nachweise zu kontrollieren und dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden, welche Person diesen Nachweis nicht erbracht hat. Die Gesundheitsämter werden daraufhin die betreffenden Personen auffordern, diesen Nachweis dem Amt gegenüber zu erbringen. Anderenfalls werden Bußgelder und Betretungsverbote/Beschäftigungsverbote erwogen.

Fehlen des Nachweises

Fehlt der nach dem IfSG erforderliche, ausreichende Masernschutz, ergeben sich je betroffenem Personenkreis unterschiedliche Folgen.

Neueinstellungen ab dem 1. März 2020

Bei Neueinstellungen ab dem 1. März 2020 muss der ausreichende Masernschutz vor Aufnahme der Tätigkeit in einer der oben genannten Einrichtungen nachgewiesen werden. Es handelt

sich also um ein Einstellungskriterium. Hier gibt es keine Übergangsfristen.

Bestandspersonal

Bestandspersonal, dass in den oben genannten Einrichtungen bereits vor dem 1. März 2020 tätig war, muss den Nachweis bis zum 31. Juli 2021 gegenüber der Einrichtungsleitung erbringen. Wird der Nachweis über den ausreichenden Masernschutz nicht bis zum 31. Juli 2021 geführt, ist das Gesundheitsamt binnen eines Monats zu informieren.

Bestandspersonal darf ausnahmsweise in den Einrichtungen tätig werden, wenn sich aus einem ärztlichen Zeugnis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern, beispielsweise wegen einer vorübergehenden Erkrankung, erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann. Auch in diesem Falle ist das Gesundheitsamt zu informieren.

Drittanbieter/Praktikanten/ehrenamtlich Tätige

Werden Drittanbieter, Praktikanten oder Ehrenamtliche in medizinischen Einrichtungen regelmäßig – also wiederkehrend – tätig (zum Beispiel Reinigungs- und Reparaturdienstleistungen), müssen auch diese einen ausreichenden Masernschutz nachweisen. Die Verantwortung dafür liegt grundsätzlich beim Auftragnehmer. ■

www.masernschutz.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gefahren des Schüttelns von Babys zu wenig bekannt

Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz klärt als Mitglied im „Bündnis gegen Schütteltrauma“ auf

Bündnis gegen
Schütteltrauma



Die resultierenden Kopfverletzungen nach dem Schütteln eines Kindes sind bei Säuglingen und Kleinkindern die häufigste nicht natürliche Todesursache. Zehn bis 30 Prozent der Kinder sterben an den Folgen dieser massiven Misshandlungsform. Überlebt ein kleines Kind solch eine Tortur, hat es in den allermeisten Fällen mit schweren körperlichen und auch psychischen Beeinträchtigungen ein Leben lang zu kämpfen.

Eine 2017 bundesweite repräsentative Befragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) unter 1.009 Personen zeigt, wie hoch dabei der Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung zum Schütteltrauma ist. Von allen Befragten gaben 42 Prozent an, den Begriff „Schütteltrauma“ noch nie gehört zu haben.

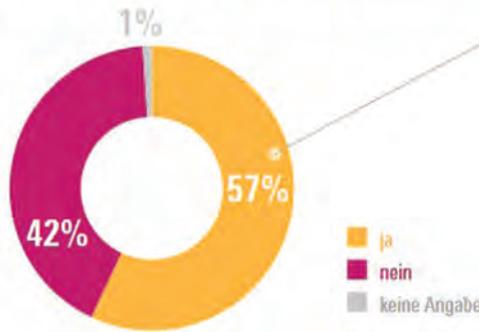
Nur 75 Prozent der Befragten wussten, dass man Babys niemals schütteln

darf. 24 Prozent der Befragten meinten irrtümlicherweise, dass Schütteln einem Baby nicht schade.

Im Jahr 2016 wurde durch die Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz (damals noch in Projektform „Verstetigung des medizinischen Kinderschutzes in Sachsen“) gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse eine Möglichkeit der Primärprävention

Haben Sie schon einmal den Begriff »Schütteltrauma« gehört?

Bekanntheitsgrad »Schütteltrauma« insgesamt



Bekanntheitsgrad »Schütteltrauma« im Detail

40%	einfaches Bildungsniveau	64%	mind. mittleres Bildungsniveau
53%	20–29 Jahre	61%	30–49 Jahre
54%	keine Kinder im Haushalt	63%	Kinder im Haushalt

Basis: 1.009 Befragte

Dargestellt: Anteile »ja« in Prozent

Fast der Hälfte der Befragten ist der Begriff „Schütteltrauma“ nicht bekannt. Darüber hinaus gibt es in einigen Gruppen deutliche Wissensdifferenzen. Quelle: Bekanntheit und Wissen zu Schütteltrauma und Babyschreien in Deutschland – Zentrale Ergebnisse der bundesweiten Repräsentativbefragung des NZFH 2017; www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Schuetteltrauma_Infoblatt_Repraesentativbefragung_Schuetteln.pdf

des Schütteltraumas bei Säuglingen und Kleinkindern in Form eines Informationsfaltblattes entwickelt.

Als neues Mitglied im „Bündnis gegen Schütteltrauma“ des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZFH) mit Sitz in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinder-

schutz nun eine neutrale und krankenkassenunabhängige Möglichkeit der Aufklärung gefunden.

Nunmehr wird seit Beginn 2020 dieses Informationsfaltblatt durch die Druckerei Poly-Druck Dresden GmbH in alle gelben U-Hefte eingelegt und sachsenweit bei der U1 an jedes im Freistaat geborene Kind verteilt.

Gerade wenn es darum geht, dabei alle Bevölkerungsschichten anzusprechen, spielen Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger eine immens wichtige Rolle.

Das liegt vor allem an dem Vertrauen, welches allgemein Akteuren des Gesundheitswesens durch Eltern in dieser vulnerablen Zeit entgegengebracht wird.

Durch den Sächsischen Hebammenverband sind alle sächsischen Hebammen und Entbindungspfleger ebenfalls über die Präventionsmaßnahmen der Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz informiert und können auf dieser Grundlage auch mit den jungen Eltern dieses Thema in der Nachsorge der Geburt besprechen und auf die darauf gelisteten Informations- und Beratungsstellen verweisen. ■

Dr. rer. medic., Dipl.-Psychologin
Anja Zschieschang
Dipl.-Sozialpädagogin Juliane Straube-Krüger
Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz
E-Mail: kinderschutz@slaek.de

WARUM SCHÜTTELN SO GEFÄHRLICH IST

Wenn Eltern für wenige Sekunden die Kontrolle verlieren und ihr Baby schütteln, können sie ihm lebenslang schaden. Säuglinge können ihren Kopf noch nicht alleine halten. Beim Schütteln wird der Kopf vor- und zurückgeworfen. Dabei kann es zu schweren Verletzungen im Gehirn kommen. Man spricht dann von einem Schütteltrauma. Blutgefäße und Nervenbahnen reißen. Krampfanfälle sowie geistige und körperliche Behinderungen können die Folge sein. Zwischen 10 und 30 Prozent der Kinder sterben sogar.

Informieren Sie auch die Großeltern, Nachbarn und Babysitter über die Gefahren des Schüttelns.

Sollten Sie die Beherrschung verloren haben: Bringen Sie Ihr Kind sofort zur nächsten Klinik!

SO HALTEN SIE IHR BABY RICHTIG

Babys haben im Verhältnis zu ihrem Körper einen schweren Kopf, den sie nicht selbst halten können. Ihre Nackenmuskulatur ist dafür noch nicht ausreichend ausgebildet. Stützen Sie deshalb den Kopf des Babys immer ab.

HIER GIBT'S HILFE

- Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen sowie Kinder- und Jugendkliniken in Sachsen
- Sozialpädagogische Zentren (SPZ):
 - Sächsisches Klinikum Dresden/Neustadt, Tel.: 0351 – 456 35 50
 - Universitätsklinikum Dresden, Tel.: 0351 – 458 61 90
 - Universitätsklinikum Leipzig, Tel.: 0341 – 972 68 69
 - Frühe Hilfen Leipzig e.V., Tel.: 0341 – 984 69 69
 - Poliklinik Chemnitz, Tel.: 0371 – 333 15 438
 - HELIOS-Klinikum Aue, Tel.: 03771 – 582 496
 - Klinikum Görlitz, Tel.: 03581 – 371 427
 - Elblandklinikum Riesa, Tel.: 03525 – 755 100
- Spezialprechstunde HELIOS Park-Klinikum Leipzig, Tel.: 0341 – 864 12 51
- Beratungsstelle Gesundheitsamt Dresden, Tel.: 0351 – 488 82 48
- www.saechsischer-hebammenverband.de
- www.muttergegenkammer.de
- Tel.: 0800 – 111 05 50 (Ebenkostenfrei)

Verantwortlich für diese Auflage des Flyers: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Tel.: +49 (0)351 8267 – 126/127, kinderschutz@slaek.de, www.slaek.de. Druck: Poly-Druck Dresden GmbH

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJ) www.bzga.de, www.fruehehilfen.de

Mehr unter: www.elternsein.info

Geträgert von: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Träger: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); In Kooperation mit: DJI Deutsches Jugendinstitut

IHRE NERVEN LIEGEN BLANK?

Schütteln Sie niemals Ihr Baby!

Tipps für starke Eltern

Seit Beginn 2020 wird dieses neue Informationsfaltblatt in alle gelben U-Hefte eingelegt und bei der U1 verteilt.

Organspende 2.0 Der Neustart wird gelingen!

Einladung zum Symposium am 18. April 2020, 9.00 bis 15.00 Uhr

Die Sächsische Landesärztekammer möchte Sie ganz herzlich gemeinsam mit dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zu diesem Symposium einladen. Die Anzahl der Organspender ist in den letzten Jahren stetig zurückgegangen. Strukturelle und finanzielle Schwachstellen in den Krankenhäusern wurden immer wieder als eine Ursache genannt. Dies führte 2019 und 2020 zu Änderungen des Transplantationsgesetzes mit Stärkung der Stellung von Transplantationsbeauftragten, einer leistungsgerechten Vergütung für die Organentnahme, Einführung eines neurologischen Konsiliardienstes und Regelungen zur Angehörigenbetreuung. Das Fachpersonal in Krankenhäusern spielt eine Schlüsselrolle bei der Förderung der Organspende. Ziel der Veran-

staltung ist es, dem Fachpersonal die aktuellen rechtlichen Vorgaben und ihre Konsequenzen für den klinischen Alltag zu erläutern. Ebenso werden die Interferenzen zwischen Therapielimitierung in der Patientenverfügung und Spenderwunsch beleuchtet. Dabei steht die Umsetzung des Patientenwillens im Mittelpunkt.

Wir freuen uns, Sie in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, begrüßen zu dürfen.

Anmeldung und Informationen

Sächsische Landesärztekammer, Referat medizinische und ethische Sachfragen
Tel.: 0351 8267 -349 oder -344, Fax: 0351 8267-312

E-Mail: ausschuesse@slaek.de, Homepage: www.slaek.de

Die Veranstaltung wurde mit vier Fortbildungspunkten zertifiziert und ist kostenfrei. ■



Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

8. Interprofessioneller Gesundheitskongress in Dresden

Sächsische Landesärztekammer mit drei Bausteinen vertreten

Curriculum Peer Review Allgemeinmedizin

Zum zweiten Mal führt die Sächsische Landesärztekammer einen Workshop basierend auf dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer durch. Sechs Praxen hatten 2019 teilgenommen, vier dieser Praxen führten anschließend ein entsprechendes Peer Review durch.

Das Peer-Review-Verfahren in der Allgemeinmedizin wurde als freiwillige und auf dem kollegialen Gespräch

beruhende Methode zur Qualitätssicherung für allgemeinmedizinische Praxen entwickelt. Dabei flossen die Erfahrungen aus bereits etablierten Peer-Review-Verfahren in der Pathologie, der Intensivmedizin und im Öffentlichen Gesundheitsdienst ein.

Ziel des allgemeinmedizinischen Peer-Review-Verfahrens ist ein praxisnaher Erfahrungsaustausch, der geprägt ist von Sachlichkeit und Transparenz in kollegialer Atmosphäre. Man lernt ein-

fach voneinander in gegenseitiger Wertschätzung am meisten.

Zielgruppe:

- Qualitätsmanagement interessierte Ärzte hausärztlicher Praxen/Fachärzte für Allgemeinmedizin, gegebenenfalls in Begleitung der leitenden Medizinischen Fachangestellten (die Teilnahme einer MFA ist nur gemeinsam mit einem Arzt aus der gleichen Praxis möglich)

Themen und Inhalte:

Im Zentrum des Seminars stehen unter anderem die Themen:

- Einordnung und Zielsetzung der Peer Reviews allgemein und speziell in der Allgemeinmedizin,
- Bedeutung von Peer Reviews, Abgrenzung zu anderen Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementverfahren,
- Vorbereitung des Peer Reviews und der Peer-Review-Tag in der Praxis
- Kommunikationsstrukturen,
- Erfahrungen aus den ersten vier sächsischen Peer-Review-Verfahren 2019 in der Allgemeinmedizin.

Dr. med. Patricia Klein, Dresden;

Dr. med. Katrin Kräcker, Borna

Termin: 25. April 2020, 9.00 bis 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 6

Interprofessionelle Versorgung chronischer Wunden

Erstmals auf dem Gesundheitskongress führt die Sächsische Landesärztekammer ein Panel zur Versorgung chronischer Wunden durch. Basierend auf einem Konzept der Sächsischen Plattform Gesundheit geht es bei diesem Veranstaltungsformat um den interprofessionellen Austausch zu einem aufwendigen Thema. Die Einstiegsreferate widmen sich zunächst klassischen medizinischen Fragen der Versorgung chronischer Wunden, aber auch der Verordnung und Prüfung bei Verbandsmitteln. Anschließend soll in einer interaktiven Diskussion und anhand von Fallbeispielen eine optimale Wundversorgung besprochen werden. Hier treffen Sichtweisen verschiedener Fachärzte auf die Positionen von Schwestern und Pflegekräften.

Themen und Referenten

- Best Practice in der Wundversorgung (Dr. med. Peter Lübke, Leisnig)



- Das offene Bein – Behandlung und ambulant-stationäre Schnittstellen (Dr. med. Lutz-Uwe Wölfer, Görlitz)
- Verordnung und Prüfung in der Wundversorgung (Claudia Jacob, Dresden, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen)

Interaktive Diskussion

Optimale Wundversorgung anhand von Praxisbeispielen

- Angiologe: Dr. med. Wolfram Oettler, Görlitz
- Hausarzt: Rainer Stengel, Niesky
- Pflege: Jana Randig, Oppach, Wundexpertin ICW Oberlausitz

Moderation: Knut Köhler, M.A., Dresden
Sächsische Landesärztekammer

Termin: 24. April 2020, 13.15 bis 16.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 3

Die Angst vor dem gläsernen Patienten – Podiumsdiskussion

Das Digitale-Versorgung-Gesetz und die elektronische Patientenakte werfen neue Fragen zum Umgang mit sensiblen Patientendaten auf.

- Wem gehören die Patientendaten?
- Welche Interessen müssen berücksichtigt werden?
- Wie kann Datenschutz in einem modernen, vernetzten Gesundheitssystem gewährleistet werden?

An der Podiumsdiskussion nehmen teil:

Christian Klose, Berlin, Leiter der Unterabteilung „gematik, Telematikinfrastruktur, eHealth“ im Bundesministerium für Gesundheit;

Susanne Mauersberg, Berlin, Referentin für Gesundheitspolitik beim Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (angefragt);

Erik Bodendieck, Dresden, Präsident der

Sächsischen Landesärztekammer und Vorsitzender des Digitalisierungsausschusses der Bundesärztekammer;

Prof. Dr. Daniel Flemming, München, Professor für Informatik und Informationstechnologie in Pflege und Sozialer Arbeit an der Katholischen Stiftungshochschule München (angefragt)

Termin: 24. April 2020, 16.30 bis 18.00 Uhr

Der Kongress bietet weitere ärztliche Themen, wie zum Beispiel „Kommunikation in Notfallsituationen“ sowie einem Refresher-Kurs „Der Notfall in der Arztpraxis“.

Alle Informationen zum Programm, zur Anmeldung und Teilnahmebedingungen finden Sie hier:

www.gesundheitskongresse.de/dresden/2020 ■

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

Kunst gegen Komasaufen

Wie verändert sich die Wahrnehmung im Alkoholrausch? Welche Auswirkungen hat exzessiver Alkoholkonsum bei Jugendlichen? Wie sieht ein verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol aus?

Diesen und anderen Fragen gingen Jugendliche der 8. bis 10. Klasse bei der Auftaktveranstaltung für den Plakatwettbewerb „bunt statt blau. Kunst gegen Komasaufen“ der DAK-Gesundheit nach, den die Sächsische Landesärztekammer unterstützt. 130 Jugendliche und Lehrer waren der Einladung nach Döbeln ins CID (Cinema in Döbeln) gefolgt, um mit Experten über Alkoholmissbrauch und Rauschtrinken zu diskutieren.

Einen eindrucksvollen Einstieg in das Thema bot der Film „Komasaufen“ (2013). Lukas, 15 Jahre alt, lebt bei seiner Mutter und ihrem neuen Freund. Lukas kann den Anforderungen der Schule nicht gerecht werden. Mit der neuen Familiensituation ist er überfordert und sein Liebe zu Sylvia bleibt eine Einbahnstraße, denn sie ist mit dem „Anführer“ der Clique Timo zusammen. Timo ist bereits 18 Jahre und besorgt harten Alkohol für die Clique. Der scheinbar einzige Weg für die Jugendlichen der Realität zu entfliehen: Rauschtrinken bis zum Kotzen. Nach und nach läuft alles aus dem Ruder: Lukas droht



Die Rauschbrille simuliert die veränderte Wahrnehmung unter Alkoholeinfluss.



Experten diskutieren zusammen mit den Schülern über die Folgen von Komasaufen.

vom Gymnasium zu fliegen, Sylvia wird von ihrem Freund Timo schwanger und die familiäre Situation eskaliert immer mehr.

„Jugendliche trinken Alkohol nicht aus Genuss! Oftmals sind Probleme, wie fehlendes Zugehörigkeitsgefühl, Gruppenzwang oder Stress in der Schule die tieferliegenden Ursachen“, betonte Dr. med. Peter Grampp, Mitglied der Kommission Sucht und Drogen der Sächsischen Landesärztekammer, in der anschließenden Diskussion. Er betreut als Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Krankenhaus Wermisdorf Jugendliche, die zu viel und zu lange Alkohol konsumiert haben. Seine eindringliche Botschaft an die Schüler: „Bewahrt euch eure eigene Stabilität und sagt nein.“

Der Leiter der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Diakonie Döbeln, Martin Creutz, machte deutlich, dass „durch überhöhten Alkoholkonsum Tausende von Nervenzellen unwiederbringlich absterben. Die Menge macht das Gift. Es gibt viele Möglichkeiten der Beratung, zum Beispiel in der Schule durch Schulsozialarbeiter oder durch Suchtberatungsstellen.“ Joanna Kesicka, Vorsitzende des Landesschülerrats, ergänzte: „Zeigt Courage und schaut nicht weg. Sucht das Gespräch mit

Freunden, die Alkoholprobleme haben und unterstützt sie bei der Suche nach professioneller Hilfe“.

Einig waren sich alle, dass Jugendliche für das Thema Alkohol und die gesundheitlichen Probleme sensibilisiert werden müssen. Im Freistaat Sachsen ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die nach dem Rausch in der Klinik landeten, in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen – von 733 Betroffenen im Jahr 2014 auf 1.130 Betroffene im Jahr 2017. Großer Dank galt bei der Auftaktveranstaltung daher den engagierten Lehrern, die diese Themen in den Unterricht einfließen lassen und Angebote, wie dieses, nutzen.

Sich künstlerisch mit dem Thema Alkoholmissbrauch auseinanderzusetzen, ist dabei ein weiterer Baustein. Man darf gespannt sein, welche Plakatentwürfe bei dem diesjährigen Plakatwettbewerb von den Zwölf- bis 17-Jährigen bis zum 31. März 2020 eingereicht werden. Petra Köpping, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, unterstützt den Wettbewerb als neue Schirmherrin. ■

Kristina Bischoff M.A.
Redaktionsassistentin „Ärztblatt Sachsen“

Einladung der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Mitgliederversammlung am 25. März 2020 im Ratskeller Schwarzenberg



Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis lädt Sie zur diesjährigen Mitgliederversammlung ein.

**Diese findet am Mittwoch,
dem 25. März 2020,
mit Beginn um 17.30 Uhr
im Hotel Ratskeller
Schwarzenberg, Markt 1,
08340 Schwarzenberg, statt.**

Höhepunkt dieser Veranstaltung wird der Gastvortrag von Prof. Dr. med. habil. Hansjosef Böhles mit dem Thema „Transkulturelle Medizin – Migranten aus muslimischen und afrikanischen Lebenswelten im ärztlichen Alltag“ sein.

Weiterhin erhalten Sie einen Tätigkeitsrückblick der Kreisärztekammer des vergangenen Jahres und den Bericht über die Verwendung der Rücklaufgelder. Ebenso werden wir Ihnen den Haushaltsplan 2020 vorstellen und aktuelle berufspolitische Aspekte zur Diskussion bringen. Im Anschluss wird ein gemeinsamer Imbiss in lockerer Atmosphäre für das leibliche Wohl sorgen. Somit steht gleichfalls genügend Zeit für einen regen beruflichen wie auch

persönlichen Austausch zur Verfügung. Weiterbildungspunkte wurden beantragt. **Für die Planung der Teilnehmerzahl bitten wir bis 23. März 2020 um Anmeldung unter Tel. 03733/80 4015.**

Der Vorstand freut sich auf Ihre zahlreiche Teilnahme – insbesondere möchten wir auch die jüngere Ärztegeneration ansprechen.

Als Parkmöglichkeit wird der wenig entfernte Platzplatz am Hammerweg unterhalb des Schlosses beziehungsweise der St. Georgen-Kirche empfohlen. ■

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

Einladung der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Mitgliederversammlung am 28. April 2020

Der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Dienstag, dem 28. April 2020,
19.00 Uhr, in das Gebäude
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen, Carl-Hamel-Straße 3,
09116 Chemnitz,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll nach dem Jahres- und Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode bis 2025 gewählt werden. Wenn auch Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode

haben, möchten wir Sie auf diesem Weg zur Kandidatur ermuntern. Gern können Sie mit mir unter Tel. 0371/216514 oder per E-Mail chemnitz-stadt@slaek.de Kontakt aufnehmen. ■

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

Ausbildungsberuf MFA auf KarriereStart 2020

„Zukunft selbst gestalten“ – unter diesem Motto fand die 22. Bildungsmesse KarriereStart vom 24. bis 26. Januar 2020 in Dresden statt. Diese Messe ist zu einer verlässlichen Orientierungshilfe für zahlreiche Schulabgänger geworden. Der Zuspruch der Interessenten und die hohe Besucherakzeptanz am Stand der Sächsischen Landesärztekammer sprechen für sich. An drei Tagen ergaben sich dort vielfältige Gesprächsmöglichkeiten über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) mit den Mitarbeiterinnen des Referats Medizinische Fachangestellte.

Ganz gleich, ob Fragen rund um die Berufsausbildung, zu Ausbildungsvoraussetzungen oder -anforderungen gestellt wurden, Interessierte erhielten zu dem abwechslungsreichen und anspruchsvollen Berufsbild eine umfassende Beratung. Das Berufsbild wurde für die jungen Besucher anschaulich und praxisnah präsentiert. Dazu gehörte zum Beispiel auch, an einem Übungsarm Blut abzunehmen – eine typische Tätigkeit, die eine MFA in ihrem Berufsalltag ausübt.

Der Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter ist groß. Die zunehmende Akademisierung steht dem Personalbedarf an Fachkräften im Weg. Aufgrund der demografischen Entwicklung in



Eine typische Tätigkeit, die eine Medizinische Fachangestellte in ihrem Berufsalltag ausübt: Blut abnehmen.

Deutschland wird es darüber hinaus immer schwerer, Jugendliche für die Branche zu akquirieren.

Der zunehmende Fachkräftemangel macht es deshalb erforderlich, vermehrt um den Nachwuchs zu werben. Ausbildung in der eigenen Praxis ist die beste Art, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter zu erhalten, die die spezi-

ellen Anforderungen heute und in Zukunft kennen und erfüllen. Deshalb werben wir auf Messen um den Ausbildungsberuf. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar

(www.kvsachsen.de → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan).

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/D017	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	24.03.2020
20/D018	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	13.04.2020
20/D019	Ärztliche Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.03.2020
20/D020	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.03.2020
20/D021	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	13.04.2020
20/D022	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	13.04.2020
20/D023	Urologie	Löbau-Zittau	24.03.2020
20/D024	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	13.04.2020
20/D025	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	13.04.2020
20/D026	Psychotherapeutische Medizin – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Meißen	24.03.2020
20/D027	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Weißeritzkreis	24.03.2020

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/C013	Augenheilkunde (Vertragsarztsitz mit zwei Angestelltenstellen)	Chemnitz, Stadt	24.03.2020
20/C014	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Chemnitz, Stadt	13.04.2020
20/C015	Urologie (Vertragsarztsitz mit Angestelltenstelle)	Mittweida	24.03.2020
20/C016	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	24.03.2020

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/L010	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	13.04.2020
20/L011	Allgemeinmedizin*)	Grimma	13.04.2020
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/L012	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	13.04.2020
20/L013	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	13.04.2020
20/L014	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	24.03.2020
20/L015	Chirurgie und Orthopädie (häufiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	24.03.2020
20/L016	Chirurgie und Orthopädie/ SP Unfallchirurgie (häufiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipziger Land	24.03.2020
20/L017	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipziger Land	13.04.2020
20/L018	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Leipziger Land	13.04.2020
20/L019	Chirurgie und Orthopädie	Delitzsch	24.03.2020
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/L020	Radiologie/ SP Kinderradiologie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.03.2020

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

Anzeige



Seminar:
**Wie funktioniert
das deutsche
Gesundheitssystem?**

6. Juni 2020, 9.00 bis 16.00 Uhr
Sächsische Landesärztekammer

www.hartmannbund.de/landesverbaende/sachsen/seminare

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Hohenstein-Ernstthal	Abgabe zum 31.12.2020
Allgemeinmedizin*)	Mittweida	Abgabe: Mitte 2023 oder nach Absprache

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Dippoldiswalde	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2020
Innere Medizin*)	Riesa	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: August 2021
Innere Medizin*) (diabetologische Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Physikalische und rehabilitative Medizin	Sachsen (Ort: Dresden)	Abgabe: ab sofort

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

Anzeige



MEDIZINISCHE SOMMERAKADEMIE OBERES VOGTLAND 08.-13. SEPTEMBER 2020

ANMELDUNGEN UNTER
<https://adorf-vogtland.de/>

Bei Anmeldungen bis zum 31. Juli 2020 übernimmt das Netzwerk Ärzte für Sachsen die Teilnahmegebühr in Höhe von 90€

 **ÄRZTE FÜR SACHSEN**

 **DWK**
Demografiewerkstatt
Kommunen

FÜR ANGEHENDE MEDIZINERINNEN UND MEDIZINER

Verfassungsgerecht fixieren – geht das noch?

Th. Gebhard

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 [1] lösen sowohl 5-Punkt- als auch 7-Punkt-Fixierungen von nicht nur kurzfristiger Dauer als Freiheitsentziehung, die über die Unterbringung hinausgeht, den erneuten Richtervorbehalt aus. Die Bedeutung der Entscheidung beschränkt sich aber nicht auf 5-Punkt- beziehungsweise 7-Punkt-Fixierungen. Die Erwägungen lassen sich ohne weiteres auch auf andere freiheitsentziehende Maßnahmen mit ähnlicher Eingriffsintensität übertragen.

Kernpunkte der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Die Entscheidung betrifft öffentlich-rechtliche Regelungen der Länder Baden-Württemberg und Bayern (BWPsychKHG und BayUnterbrG). Die zu beurteilenden freiheitsentziehenden Maßnahmen sind 5-Punkt- beziehungsweise 7-Punkt-Fixierungen, mit denen der jeweilige Betroffene an sämtlichen Gliedmaßen und mit einem Bauchgurt beziehungsweise zusätzlich mit Gurten an Brust und Stirn ans Bett gebunden wurde. Die Anordnung der 5-Punkt-Fixierung gründete in einer schizoaffektiven Störung des Betroffenen und einer daraus resultierenden erheblichen Gefährdung seines Lebens, seiner Gesundheit und der Rechtsgüter anderer. Die 7-Punkt-Fixierung wurde bei einem Betroffenen durchgeführt, der mit einer Blutalkoholkonzentration von 2,68 Promille wegen angenommener Suizidgefahr in ein Klinikum eingeliefert und bei dessen Aufnahme eine Alkoholintoxikation mit akuter Anpassungsstörung diagnostiziert wurde.



5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen stehen unter Umständen unter Richtervorbehalt

Einleitend betont das Bundesverfassungsgericht, dass es sich bei der Fixierung um eine eigenständige, von der Unterbringung als solcher nicht gedeckten Freiheitsentziehung handelt [2]. Als Freiheitsentziehung im Sinne von Art. 104 Abs. 2 Grundgesetz (GG) seien die Fixierungen nur dann nicht anzusehen, wenn sie kurzfristig seien, namentlich die Dauer von ungefähr einer halben Stunde unterschreiten. Dem Gesetzgeber sei es zwar vorbehalten, auch derartige, erheblich in das Grundrecht auf Freiheit eingreifende Maßnahmen zuzulassen, doch sind an die Rechtfertigung hohe Anforderungen aus dem Freiheitsgrundrecht und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu stellen [3]:

- Anordnung und Überwachung der Fixierung obliegen einem Arzt,
- während der Fixierung ist grundsätzlich durch therapeutisches oder pflegerisches Personal eine 1:1-Betreuung zu gewährleisten,

- Anordnung, maßgebliche Gründe und Dauer der Fixierung sowie die Art der Überwachung sind zu dokumentieren.

Im Fokus der Entscheidung steht der verfahrensrechtliche Vorbehalt einer richterlichen Entscheidung (Art. 104 Abs. 2 S. 1 GG) [4]. Die Freiheitsentziehung erfordert grundsätzlich eine vorherige richterliche Anordnung. Nachträglich ist die richterliche Entscheidung nur dann zulässig, wenn der mit der Freiheitsentziehung verfolgte verfassungsrechtlich zulässige Zweck nicht erreichbar wäre, soweit der Maßnahme die richterliche Entscheidung vorausgehen müsste – was bei Fixierungen allerdings regelmäßig der Fall sein wird. Zum Schutz des Betroffenen betont das Bundesverfassungsgericht, dass es eines täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes bedürfe, der den Zeitraum von 6.00 bis 21.00 Uhr abdeckt. Überdies folge aus dem Freiheits-

grundrecht die Verpflichtung, den Betroffenen nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen [5].

Anforderungen an die gesetzliche Grundlage

Fixierungen sind nicht generell unzulässig. Freiheitsentziehende Fixierungen können vielmehr zur Abwendung einer drohenden gewichtigen Gesundheitsschädigung des Betroffenen oder Dritter (zum Beispiel Pflegepersonal oder Ärzte) gerechtfertigt sein [6]. Dies deckt sich mit den tatsächlichen Bedürfnissen der Praxis, denn deeskalierende Maßnahmen (zum Beispiel „Talk Down“ oder 2:1-Betreuung von Patienten) sind nicht immer gleich geeignet oder schon aufgrund Personalmangels nicht realisierbar [7]. Die Rechtfertigung der Maßnahme setzt aber eine gesetzliche Grundlage voraus, die insbesondere die Fälle, in denen eine Freiheitsentziehung in Form der

Fixierung zulässig sein soll, hinreichend klar bestimmt [8].

Beim bloßen Erfordernis einer gesetzlichen Grundlage lässt es das Bundesverfassungsgericht aber nicht bewenden. Vielmehr verlangt es, um dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Rechnung zu tragen, dass bestimmte materielle und verfahrensbezogene Anforderungen eingehalten werden. So darf die Fixierung nur als letztes Mittel vorgesehen werden, wobei die Isolierung des Betroffenen nicht in jedem Fall ein milderes Mittel darstellt [9]. Inhaltlich entsprechen diese Anforderungen im Wesentlichen denen, die das Bundesverfassungsgericht schon für medizinische Zwangsbehandlungen aufgestellt hat [10]. Diese Rechtsprechung wird aber insofern weiterentwickelt, als während der Durchführung der Maß-

nahme eine 1:1-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten ist. Außerdem verlangt das Bundesverfassungsgericht, dass nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung hinzuweisen ist [11].

Über die freiheitsentziehende Unterbringung hinaus löst die Qualifikation der Fixierung als weitere Freiheitsentziehung den Richtervorbehalt erneut aus („Freiheitsentziehung in der Freiheitsentziehung“). Dieser ist dabei vom Gesetzgeber einfachgesetzlich zu normieren und verfahrensrechtlich auszugestalten. Er hat die Erreichbarkeit eines zuständigen Richters durch einen

Freiheitsentziehende Fixierungen können zur Abwendung einer drohenden Gesundheitsschädigung des Betroffenen oder Dritter (zum Beispiel Pflegepersonal oder Ärzte) gerechtfertigt sein.

Bereitschaftsdienst von 6.00 bis 21.00 Uhr zu gewährleisten und dem Richter auch insoweit eine sachangemessene Wahrnehmung seiner Aufgaben zu ermöglichen [12]. Erfolgt die Anordnung der Fixierung zur Abwehr einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung, ohne dass ein Richter gehört werden konnte, ist die richterliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen [13]. Entbehrlich wird sie erst, wenn bereits anfänglich absehbar ist, dass die Entscheidung zu spät ergehen wird oder die Maßnahme vorher tatsächlich beendet und keine Wiederholung zu erwarten ist [14].

Auswirkungen auf § 1906 Abs. 4 BGB

Die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts sind sinngemäß auf das Betreuungsrecht, im Besonderen auf § 1906 Abs. 4 Bürgerliches Gesetzbuch

(BGB) zu übertragen [15]. Bestimmte Anforderungen, wie der im Fokus der Entscheidung stehende Richtervorbehalt nach Art. 104 Abs. 2 S. 1 GG, sind bereits in § 1906 BGB verankert. Der gesetzlichen Grundlage entbehren dagegen etwa Regelungen in Bezug auf die Durchführung der Fixierung, in Bezug auf die seitens des Bundesverfassungsgerichts geforderte 1:1-Betreuung des Betroffenen und die Verpflichtung zur Belehrung über die Möglichkeit nachgelagerten Rechtsschutzes. Zwar bezog sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts konkret auf 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen. Die Anforderungen an den Schutz desjenigen, der mit einer freiheitsentziehenden Maßnahme konfrontiert wird, können allerdings weitergehend Geltung erlangen.

Nach den jüngsten Nachbesserungen des Betreuungsrechts in §§ 1906, 1906a BGB wird der Gesetzgeber erneut auf den Plan gerufen. Die Anforderungen an die Begründung, vielmehr aber noch an das Verfahren der freiheitsentziehenden Maßnahmen, bedürfen einer gesetzlichen Verankerung. Mit Blick auf den spezifischen Verfahrensgegenstand von 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen mag diesbezüglich eine § 1906a BGB vergleichbare Norm notwendig, aber hinreichend sein. Nicht zu verkennen ist jedoch, dass beispielsweise die Verpflichtung zum Hinweis auf die Möglichkeit nachträglichen Rechtsschutzes über Freiheitsentziehungen in Gestalt von Fixierungen hinausgeht. Die sinngemäße Umsetzung der Vorgaben wird weitergehen. Und schon jetzt werden die Auswirkungen des Urteils die Praxis treffen. Betreuer werden gerade bei Fixierungen regelmäßig zu einem Genehmigungsantrag aufgerufen. Die Betreuungsgerichte werden die Genehmigung von 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen nicht nur von

der Gewährleistung einer ärztlichen Überwachung, sondern gleichfalls von der 1:1-Betreuung und der Erfüllung der Dokumentationspflicht abhängig machen müssen. Die therapeutische und pflegerische 1:1-Betreuung wird in der Praxis umgesetzt werden müssen, jedoch in Zeiten knapper Personalressourcen und fehlender Geldmittel nur schwer umzusetzen sein.

Auswirkungen auf die Praxis

Die Fixierungsentscheidung des Bundesverfassungsgerichts soll in primär den Schutz der Grundrechte Betroffener stärken. Um aber nicht die Zielsetzung der Entscheidung in ihr Gegenteil zu verkehren, besteht ernst zu nehmender Handlungsbedarf für die Gesetzgeber, die Justiz und die Einrichtungen selbst.

Die an das Vorliegen einer Fixierung in Form der Freiheitsentziehung anknüpfenden Folgen (Richtervorbehalt, 1:1-Betreuung, Hinweis auf nachträglichen Rechtsschutz) führen dazu, dass jedenfalls in denjenigen Bundesländern, die den Richtervorbehalt bisher noch nicht für Fixierungen vorsehen [16], die Gesetzeslage anzupassen ist. Dabei wird der Gesetzgeber vor keine leichte Aufgabe gestellt, weil das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich nur die 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung als Freiheitsentziehung qualifiziert hat. In der Entscheidung wird darüber hinausgehend aber angedeutet, dass auch weitere Maßnahmen mit gleicher Eingriffsqualität (zum Beispiel die Isolierung) eine Freiheitsentziehung sein könnten [17]. Im Einzelfall wird es damit der Legislativen überlassen, wo die Grenzziehung zwischen „bloßen“ Freiheitsbeschränkungen und Freiheitsentziehungen verläuft. Der Gesetzgeber wird zu entscheiden haben, ob er durch eine undifferenzierte Regelung alle Fixierungen und damit auch das einfache Festhal-

ten durch den Pfleger unter den Richtervorbehalt stellt und damit den Praxisalltag massiv behindert, oder ob er einen praxisnäheren Weg wählt. Er wird auch die Frage beantworten müssen, ob zum Beispiel eine erneute Fixierung nach einer (fehlgeschlagenen) Lockerung oder Unterbrechung den Richtervorbehalt erneut auslöst.

Auch die Justiz wird vor neue Herausforderungen gestellt. Neben dem personellen Mehrbedarf, der sich aus dem (einzurichtenden) Bereitschaftsdienst ergibt [18], wird sich erst eine Praxis etablieren müssen, um „die Rechte der Betroffenen im Einzelfall am besten und sichersten wahren“ zu können [19].

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stärkt die Grundrechte Betroffener. Dies ist vor dem Hintergrund der besonderen Schutzbedürftigkeit Fixierter angesichts ihrer hilflosen Lage auch notwendig.

Fixierungsmaßnahmen als Reaktion auf eine Akutsituation (Gefahrenabwehr) werden im Praxisalltag in den allermeisten Fällen erst einer nachträglichen Prüfung durch den Richter unterworfen sein. Das hat auch das Bundesverfassungsgericht erkannt und anerkannt [20]. Der Richter hat jedoch nicht nur über die Anordnung, sondern auch über die Fortdauer der Fixierung zu entscheiden [21]. Eine Rechtsschutzschwäche dürfte aber darin liegen, dass der Richter selbst bei der Entscheidung über die Fortdauer auf die Einschätzung des medizinischen Personals der Einrichtung angewiesen ist [22].

Zuletzt wirkt sich die Entscheidung auch auf die Einrichtungen selbst aus.

Die weitgehenden verfahrensrechtlichen Anforderungen führen zu Mehrarbeit, die wiederum mehr Personal erfordert. Insbesondere die 1:1-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal während des gesamten Zeitraums der Fixierung, welcher sich über mehrere Tage erstrecken kann, wird angesichts des vorherrschenden Personalmangels schwer umsetzbar sein.

Fazit

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stärkt die Grundrechte Betroffener. Dies ist vor dem Hintergrund der besonderen Schutzbedürftigkeit Fixierter angesichts ihrer hilflosen

Lage auch notwendig. Damit diese Verbesserung jedoch auch tatsächlich den Betroffenen im Einrichtungsalltag zugutekommt, ist die praxisorientierte Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts geboten. Die Fixierungsentscheidung darf nicht dazu führen, dass eine der Hauptgefahrenquellen für die Grundrechte der Betroffenen, nämlich eine Überforderung der Mitarbeiter, herbeigeführt wird,

sie darf auch nicht bewirken, dass der Richtervorbehalt zu einem Abwälzen von Verantwortung führt. Nur wenn der Mehraufwand in den Kliniken durch mehr Personal aufgefangen wird, rechtliche Abgrenzungsfragen nicht dem Klinikpersonal überantwortet werden und die Bereitschaftsrichter durch sachliche und fachlich objektive Aufklärung durch das Personal in eine Entscheidungslage versetzt werden, wird aus der bisher formalen auch eine tatsächliche Besserstellung der Betroffenen. ■

Literatur beim Autor

Thomas Gebhard
weiterer aufsichtsführender Richter
Amtsgericht Dresden
Leiter der Betreuungsabteilung

Erfahrungen in der Akutpsychiatrie mit der erneut veränderten Rechtslage bei Zwangsbehandlungen

Th. Barth

Einleitung

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (Az. 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) und der schriftlichen Anordnung der Landesdirektion Sachsen, als Aufsichtsbehörde der sächsischen Krankenhäuser, vom 29. August 2018 war es erforderlich, medizinische und organisatorische Abläufe im Umgang mit Fixierungen in der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH, ebenso wie in anderen psychiatrischen Kliniken, zu überprüfen und umgehend an die neue Gesetzeslage anzupassen.

Auf eine allgemeine Darstellung des Urteils des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 in der oben genannten Sache, einschließlich der Urteilsbegründungen, wird hier verzichtet. Dieses steht für Interessierte im Internet umfassend zur Verfügung. Auch ist keine primär juristische Diskussion beabsichtigt, sondern es werden diejenigen Inhalte und Begründungen, die wesentliche Rahmenbedingungen der Arbeit in der Psychiatrie, insbesondere im akut- und notfallpsychiatrischen Bereich, berühren, aufgegriffen und teilweise kritisch hinterfragt.

Entgegen der scheinbaren Klarheit im Urteil zu Festlegungen und ihren Begründungen ergeben sich, trotz nachvollziehbarer Mühe aller Verfahrensbeteiligten, aus Sicht vieler im Fachgebiet erfahrener Ärzte nicht unerhebliche

Schwierigkeiten in der Auslegung. Zudem finden sich Inkonsistenzen, die die Umsetzung „in der Fläche“ erschweren. Konkret ergeben sich aus dem Urteil, nicht nur aus Sicht des Autors, folgende Fragen und Probleme:

1. Wieso stellt eine Fixierung zwangsläufig das „letzte Mittel“ in der Notfallbehandlung eines jeden Patienten dar (cave: Gefahr der Negativdarstellung einer vorübergehend sinnvollen Maßnahme)?
2. Welcher Zeitraum bei der Anordnung, Neueinschätzung und Überwachung einer Fixierung ist „kurz“ und warum und welche realistischen Alternativen bestehen für welchen Zeitraum bei einem aggressiven und steuerungsunfähigen Patienten?
3. Wie stellen sich Autoren und Gutachter des Urteils die Umsetzung des Richtervorbehalts, also die „grundsätzliche richterliche Genehmigung einer 5- und 7-Punkt-Fixierung“ vor der Fixierung, vor, wenn es sich um das „letzte Mittel“ in der (Notfall-)Behandlung eines Menschen, also eine unmittelbar und sofort erforderliche Maßnahme, handelt, der Richter also nicht vor der Fixierung da sein kann?
4. Womit ist juristisch der zeitliche Unterschied hinsichtlich der Notwendigkeit einer richterlichen Entscheidung zwischen 6.00 und 21.00 Uhr (sofort, ab der 30. Minute) und 21.00 und 6.00 Uhr (am nächsten Morgen oder auch gar nicht, wenn eine weitere Fixierung nicht mehr erforderlich erscheint) begründet (Logikproblem, das in der Praxis zu erheblichen und ineffektiven administrativen Aufwendungen führt)?

5. Womit ist die Annahme zu begründen, dass eine 1:1-Betreuung durch therapeutisches und Fachpersonal in der überwiegenden Zahl der Fälle zwingend die beste Lösung ist (Daten, Studien)?

Unabhängig von diesen konkreten Fragen erwies es sich als ein nicht geringes Problem, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, dass sich juristisch ja auf konkrete Einzelfälle bezieht, ohne weitere Reflexion in der juristischen und medizinischen Fachwelt und mit allen noch offenen Fragen ohne Übergangsfrist in praktisches Handeln zu überführen war und quasi Gesetzesstatus erhielt, was in großen Teilen der klinischen Psychiatrie zu erheblicher Verunsicherung geführt hat und mit hoher Wahrscheinlichkeit neue Probleme bringen wird, zum Beispiel die nicht ausreichende Behandlung oder zu frühe Entlassung klinisch und bezüglich der Einwilligungsfähigkeit instabiler, dringend behandlungsbedürftiger, noch aggressiver und trotzdem hilfloser Patienten (zum Beispiel bipolare, schizophrene Patienten, Suchtpatienten).

Problem Notfallbehandlung

Nach Kenntnis des Autors finden sich zu vielen dieser Fragen und Themenkomplexe keine kontrollierten Studien. Es existieren aktuell zwei relativ neue Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.), die sich mit diesem Thema auseinandersetzen: „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Reg.-Nr. 038-022, Klasse: S3, Stand: 12. Februar

2018, gültig bis 11. Februar 2023) und „Notfallpsychiatrie“ (Reg.-Nr. 038-023), Klasse: S2k, Stand: 13. April 2019, gültig bis 17. Oktober 2023).

Die meisten Empfehlungen und Annahmen in Studien und den genannten Leitlinien zum Thema der juristischen Legitimation von Zwangsmaßnahmen bei akuten psychomotorischen Erregungszuständen basieren auf Expertenmeinungen (die sich mitunter sehr unterscheiden) sowie auf der Befragung relativ kleiner Patienten- und/oder Angehörigengruppen. Vergleichende Daten zu nicht einwilligungsfähigen Patienten finden sich nur sehr begrenzt. Und es fehlt an einer ausreichenden Differenzierung zwischen Notfallsituationen, die keinen Aufschub dulden und die zunächst allein der vor Ort befindliche Facharzt beurteilen kann, genau wie in der somatischen Medizin, und der sich anschließenden postakuten beziehungsweise Langzeit-Behandlungssituation, die dann natürlich der differenzierten Ermittlung des freien Patientenwillens und der sich daraus ergebenden Behandlungsoptionen bedarf, eingeschlossen die notwendige Klärung juristischer Fragen.

Der Expertensensus der Leitlinie 038-022 gibt dazu folgende Empfehlungen:

„Eine medikamentöse Notfallbehandlung unter Anwendung von Zwang erfolgt immer in dem Konflikt zwischen Körperverletzung bei der Entscheidung für eine solche Maßnahme und möglicher unterlassener Hilfeleistung bei einer Entscheidung dagegen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich und hat sich am vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren. Diese Abwägung soll dokumentiert werden. Wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie Fixierung oder Isolierung, unvermeidlich erscheinen, kann eine

pharmakologische Behandlung weiteren Zwang bedeuten und die Notwendigkeit muss kritisch geprüft werden. Auf der anderen Seite kann der Verzicht auf eine pharmakologische Behandlung des Erregungszustandes im Einzelfall gesundheitsgefährdend und möglicherweise traumatisierend sein.“

An anderer Stelle wird ausgeführt:

„Lehnt die Patientin oder der Patient im Erregungszustand eine pharmakologische Behandlung ab, ist unter Abwägung medizinischer, rechtlicher [...] und ethischer [...] Aspekte sorgfältig zu prüfen, ob eine Notfallbehandlung im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) unter Anwendung von Zwang notwendig und vertretbar ist [...]“.

Hierzu ist anzumerken, dass diese Begründung einer medikamentösen Notfallbehandlung durch einige Juristen (Richter, Lehrstuhlinhaber) als nicht zulässig beurteilt wird, da dies die Grenzen der Intention des § 34 Strafgesetzbuch (StGB) überschreiten würde. Hier ist eine Klarstellung durch den Gesetzgeber dringend geboten.

Fallbeispiel

Ein Patient, der, zum Beispiel durch eine Alkohol- oder Mischintoxikation, in einen aggressiven Erregungszustand gerät bis hin zum Verlust der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, wird durch den Notarzt zum Eigen- und Fremdschutz adäquat medikamentös sediert und, in der Regel mit Amtshilfe durch die Polizei, an der Trage fixiert. Dies wurde bisher juristisch auch nicht hinterfragt. Wird dieser einwilligungsunfähige Patient nun in diesem Zustand in eine allgemeine Rettungsstelle/Intensivstation verbracht, wird er dort ohne vorherige richterliche Entscheidung „als Notfall“ fachärztlich adäquat weiterbehandelt, Notfallmedikation und gegebenenfalls Fixation eingeschlossen. Wird er dagegen „zufällig“, aufgrund der

Zuständigkeit oder räumlichen Nähe, in eine psychiatrische Aufnahme-/Akutstation eingeliefert, stehen für den zuständigen Arzt/das Team, nach aktueller Lesart des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, ab der 30. Minute administrative und juristische Fragen im Raum, insbesondere besteht eine „sofortige“ Dokumentations- und Informationspflicht gegenüber dem Betreuungsgericht. Und es wäre bei strenger Auslegung des Urteils erforderlich, die Notwendigkeit der Fixation halbstündlich zu kontrollieren und ärztlich neu zu entscheiden!

Kommentar

Beides kostet wertvolle Zeit und nützt dem Patienten wenig. Zudem ist es praktisch kaum einzuhalten, da im Dienst oft die nächsten Patienten zu versorgen sind! Aus eigenen Erfahrungen und Zahlen, die im nächsten Kapitel dargestellt werden, ist bekannt, dass die meisten Fixierungen im Notfall stattfinden und nur kurzzeitig erforderlich sind (circa 70 Prozent) und so nach wie vor ohne vorherige oder nachträgliche richterliche Genehmigung bleiben. Dieser klinisch-praktischen Situation für die überwiegende Mehrzahl der Patienten steht die mit „verfassungsrechtlicher Schwere“ begründete aber wenig praktikable 30-Minuten-Grenze gegenüber. Und, da vergleichbare verfassungsgerichtliche Regeln in der Somatik fehlen, besteht die Gefahr der Ungleichbehandlung psychiatrischer Patienten.

Zahlen und Fakten

In der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH werden jährlich etwa 3.000 stationäre und 500 tagesklinische Fälle behandelt. Zur Qualitätssicherung, im Zusammenhang mit der PEPP-Implementierung (PEPP = Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) und aufgrund

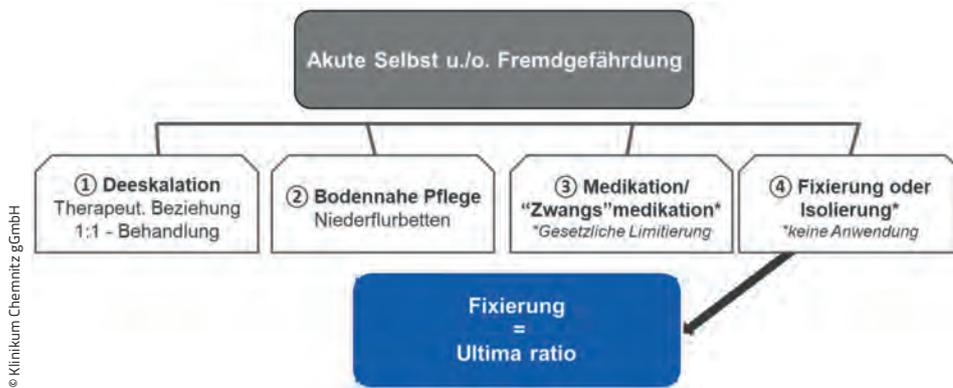
juristischer Anforderungen erhebt die Klinik seit mehr als zehn Jahren systematisch Zahlen, auch zur Unterbringung und Fixierung. Dazu sind zusätzliche Personalstellen nötig, die aufgrund der Beteiligung der Klinik an Zertifizierungen, einer QM-Datenerfassung in der Psychiatrie („IQIP“) sowie der OPS-/PEPP-Entwicklung („Kalkulationshaus“) stabil etabliert sind. Projektmanagement, Inhouse-Kodierung und die Überführung und Aufrechterhaltung neuer Datenerfassungssysteme in die klinische Praxis sind nur zu sichern, wenn diesbezüglich erfahrenes Personal diese Systeme anpasst und permanent Mitarbeiter schult. Um die sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ergebenden neuen Anforderungen umsetzen zu

können, wurden die klinischen Abläufe und Fixierungsdaten aus dem Jahr 2017 als Vergleichswerte für die bisherige rechtliche und klinische Situation erfasst (siehe Grafik 1 und 2).

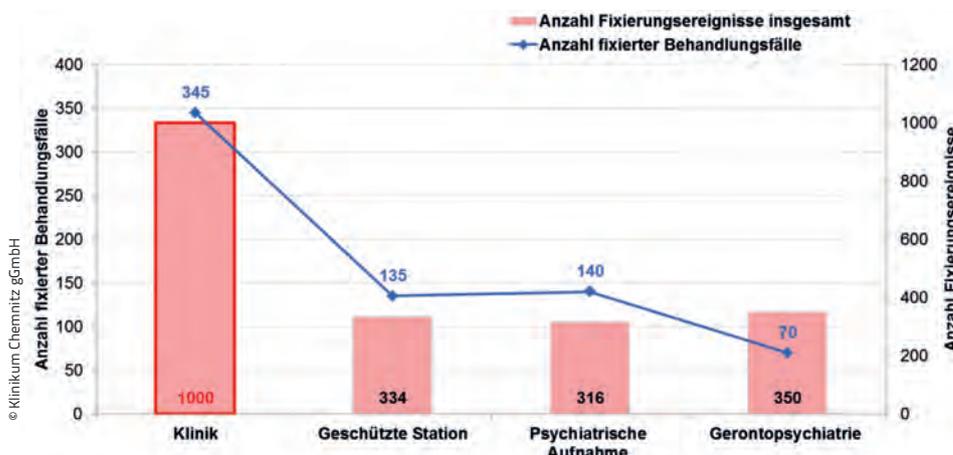
Die Darstellung der Fixation als „Ultima ratio“ greift hier die Interpretation des Bundesverfassungsgerichts auf und trägt auch der Situation Rechnung, dass andere Alternativen, wie zum Beispiel 1:1-Betreuung ohne Fixierung, nach initialer (Zwangs-)Medikation oder Formen der Isolierung, gesetzlichen Begrenzungen unterliegen oder im Haus nicht verfügbar sind. Grundsätzlich wird allen Patienten vor jeder Fixierung eine freiwillige Medikation angeboten, in einigen Fällen auch danach (wobei dann unter Umständen

die „Freiwilligkeit“ zu hinterfragen ist). Für eine Medikation gegen den Willen als Notfalloption bestehen, immer als Einzelfallentscheidung, ebenfalls beide Varianten, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Fixierung ohne Medikation zu Schäden oder Traumatisierung bei Patienten führen kann. Da somit sehr unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit einer Gefahrensituation bestehen und auch auf Freiwilligkeit basierende Fixationen vorkommen, wäre es wünschenswert, in der aktuellen Diskussion auf die primär (negative) Konnotation einer Fixierung im Notfall zu verzichten, da es sachlich nur darauf ankommt, wie ein hochgradig gefährdeter und mitunter auch gefährlicher Patient ärztlich am besten versorgt und geschützt werden kann.

Grafik 1: Grundsätzliche Regelungen für alle Fixierungen vor Juli 2018 (Urteil des Bundesverfassungsgerichts)

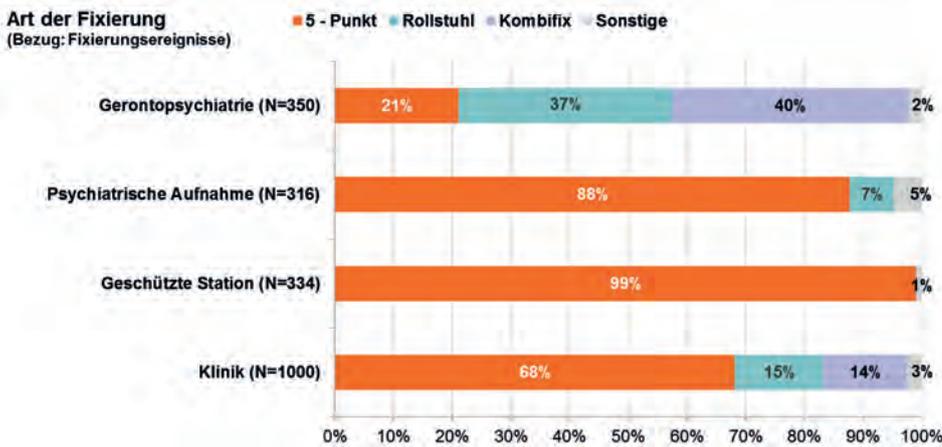


Grafik 2: Anzahl der Behandlungsfälle und Ereignisse (2017)

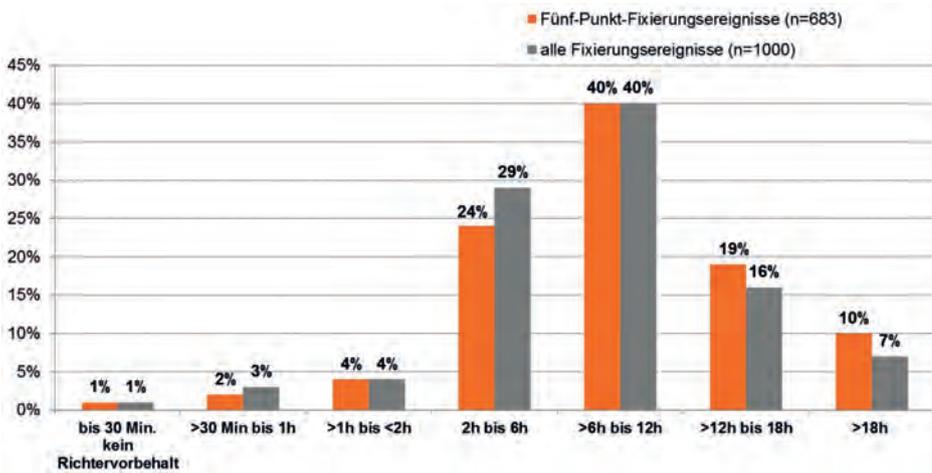


Grafik 2 zeigt die Verteilung jeglicher Fixationsereignisse in den drei diesbezüglich relevanten Bereichen Akutstation (18 Betten), Aufnahmestation (18 Betten) und Abteilung Gerontopsychiatrie (44 Betten) im Jahr 2017. Hieraus lässt sich ableiten, dass circa elf Prozent der stationären Patienten (345 Behandlungsfälle) von mindestens einem Fixationsereignis betroffen waren, wobei nichts zur Dauer im Einzelfall gesagt ist, manche Patienten mehrfach während eines stationären Aufenthalts betroffen und ebenso wiederholt in einem Jahr als „Behandlungsfall“ erfasst sein können. Auffällig ist, dass in der Gerontopsychiatrie insgesamt weniger Patienten häufiger von Fixierungen betroffen waren als im Akut-/Aufnahmebereich (durchschnittlich fünfmal pro Behandlungsfall versus durchschnittlich 2,5-mal). Aus der nachfolgenden Darstellung ist ableitbar, dass Fixierungen im Altersbereich überwiegend als Sicherheitsmaßnahmen (zum Beispiel Rollstuhl, Bettgitter, Kombifix) eingesetzt wurden. Grafik 3 zeigt abteilungsbezogen die Häufigkeit unterschiedlicher Fixie-

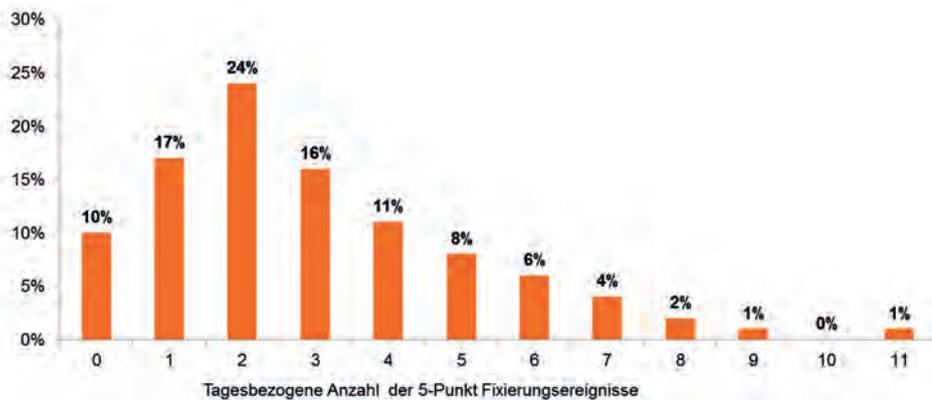
Grafik 3: Verteilung jeglicher Fixationsereignisse in den drei diesbezüglich relevanten Bereichen (Akutstation, Aufnahme-Station und Abteilung Gerontopsychiatrie) im Jahr 2017



Grafik 4: Dauer der Fixierungsereignisse ohne Tagesbezug



Grafik 5: 5-Punkt-Fixierungsereignisse, tagesbezogene Anzahl



rungsarten, wobei deutlich wird, dass 5-Punkt-Fixierungen besonders auf den Akut- und Aufnahme-Stationen vorgenommen wurden, in der Alterspsychiatrie andere Formen dominier-

ten und 7-Punkt-Fixierungen nahezu nicht vorkommen.

Im Kontext dazu steht die Dauer des einzelnen Fixierungsereignisses (Grafik

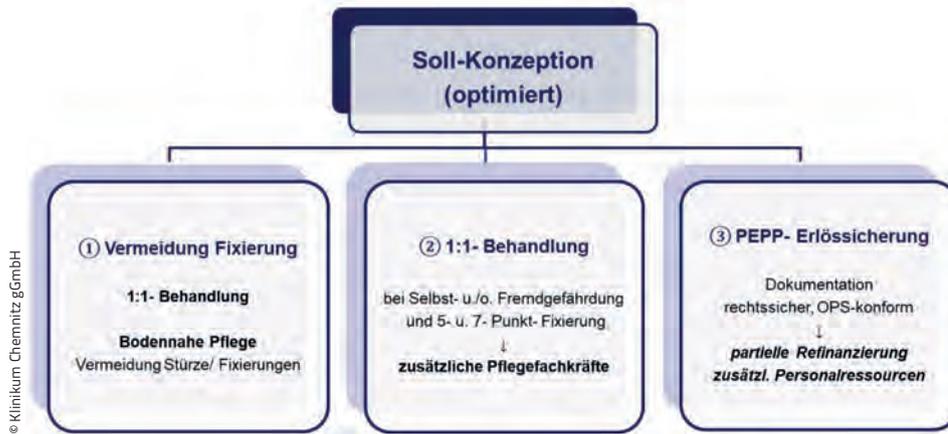
4). Hieraus wird deutlich, dass weniger als 30 Prozent aller 5-Punkt-Fixierungen und 23 Prozent aller Fixierungsereignisse länger als zwölf Stunden dauerten. Der Mittelwert der 5-Punkt-Fixierungen lag bei $9,9 \pm 3,5$, der Median bei 9,5 Stunden.

Kommentar

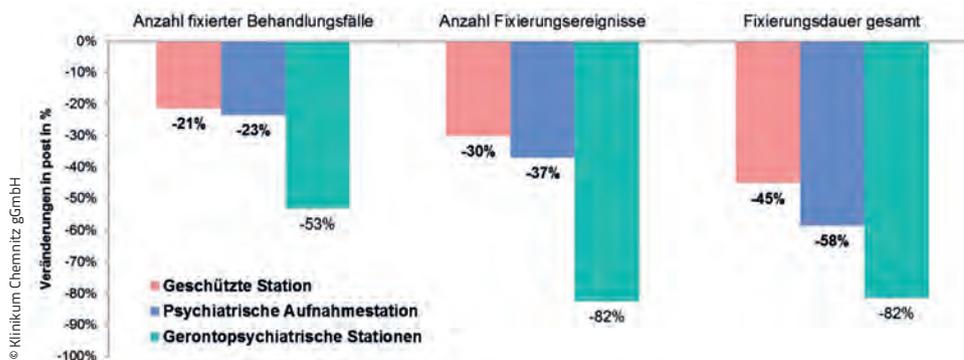
Natürlich stellt jede Einschränkung der körperlichen Freiheit eine erhebliche Belastung für Betroffene und Mitarbeiter dar. Es sei trotzdem angemerkt, dass eine nicht geringe Zahl von Betroffenen, gerade im Akutbereich, aufgrund bestehender Intoxikation, psychotischer Erregung oder medikamentöser Sedierung (notärztliche Gabe, freiwillige Einnahme) einen Teil dieser Zeit nicht bewusst erlebt oder erinnert beziehungsweise auch verschläft. Bei fachlich richtiger Durchführung und Betreuung während der Fixation, baldmöglicher Defixierung und Nachbesprechung derselben, sind in den allermeisten Fällen Schädigung oder traumatisches Erleben zu vermeiden. Diese Überlegungen können und sollen die Belastungen nicht relativieren, sondern darauf verweisen, dass in Notsituationen oft nur die Wahl zwischen „belastenden“ Optionen besteht, für die Betroffenen und die Mitarbeiter.

Schließlich war relevant, wie viele Fixationsereignisse pro Tag in der Klinik auftraten, da die Personalplanung bei zwingender 1:1-Betreuung fixierter Patienten dies berücksichtigen muss (Grafik 5). Aus diesen Berechnungen ergab sich, dass an der Klinik während der Hälfte der Tage des Jahres die fachliche Betreuung von null bis zwei Fixierungen zu organisieren war, für ein weiteres Viertel zwei weitere Fixierungen dazu kamen und in der übrigen Zeit zwischen fünf und elf Fixierungen am Haus zu organisieren waren, was auch zukünftig eine nicht geringe Herausforderung darstellen wird.

Grafik 6: Optimierung der künftigen Soll-Konzeption in Bezug auf den Umgang mit Fixierungen



Grafik 7: Prä-post-Vergleich: Anwendung von Fixierungen (prä: 1. Oktober 2017 bis 31. März 2018; post: 1. Oktober 2018 bis 31. März 2019) [1]



1. Martin V. Kuster W. Baur M. H. et al. (2017) Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. PsychiatPrax 34:29-35.

Auf Basis der dargestellten Ist-Zahlen aus 2017 wurden Überlegungen zur Optimierung der künftigen Soll-Konzeption in Bezug auf den Umgang mit Fixierungen entwickelt (Grafik 6).

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Unterschiede zwischen den Fixationsdaten von Patienten der Akut- und Notfallpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie wurden drei Aufgabenkreise definiert:

- die Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen,
- Planungen zur personellen Absicherung der 1:1-Behandlung und
- Maßnahmen zur Erlössicherung gemäß der PEPP-Abrechnungssystematik

(PEPP = pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik).

Auswirkungen des Bundesverfassungsurteils auf die klinischen Abläufe

Im nächsten Schritt erfolgte dann eine vergleichende Untersuchung der Fixierungsdaten (prä-post-Vergleich) für jeweils einen sechsmonatigen Zeitraum vor und nach der Veröffentlichung des Urteils (1. Oktober 2017 bis 31. März 2018 versus 1. Oktober 2018 bis 31. März 2019). Dabei erfolgte (noch) keine spezifische oder zielgerichtete Einflussnahme, sondern die Forderungen des Urteils wurden in die Praxis überführt, was neue Abläufe in der

Zusammenarbeit mit den zuständigen Gerichten und die Diskussion und Optimierung interner Prozesse einschloss. Die Absicherung der 1:1-Betreuung stellte dabei zunächst die größte Herausforderung dar, da erst entsprechende Kalkulationen erfolgen mussten und vor allem Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht sofort verfügbar waren.

Grafik 7 zeigt einen eindrucksvollen Rückgang aller Fixierungen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Dabei muss offenbleiben, aus welchen Gründen. Um die Situation genauer zu beschreiben, wurden weitere Parameter, die mit Fixierungen in einer Wechselbeziehung stehen, analysiert.

Geschlossene Station

Für die geschlossene Station zeigte sich ein Rückgang fixierter Behandlungsfälle von 24,5 auf 19,5 Prozent aller Fälle der Station im jeweils gemessenen Zeitraum. Die Dauer des einzelnen Ereignisses nahm von durchschnittlich 7,3 auf 4,7 Stunden ab. Und es ergab sich auch hinsichtlich der gefährdenden Ereignisse und der Entweichungen eine Verminderung um über ein Drittel. Im Gegensatz dazu zeigten die Unterbringungsdaten ein gegenläufiges Bild: Sowohl der Anteil der insgesamt geschlossen untergebrachten Fälle wie auch der relative Anteil der Psychisch-Kranken-Gesetz-Fälle nahmen relevant zu (13,1 auf 18,4 Prozent und 77,4 auf 92,0 Prozent). Dabei sank die betreuungsgerichtliche Unterbringungsdauer pro Fall von 51 auf 28,5 Tage und der Anteil der untergebrachten Patienten, die mindestens einmalig fixiert werden mussten, stieg von 35 auf 48,2 Prozent.

Aufnahmestation

Die Tendenzen für die offen geführte Aufnahmestation entsprachen den oben genannten in etwa, allerdings mit

dem Unterschied, dass der Anteil fixierter Patienten insgesamt niedriger lag (prä: 13,3 Prozent; post: 10,7 Prozent), der Rückgang der Fixationsdauer von einem etwas höheren Niveau ausging (circa zehn Stunden) und weniger 5-Punkt-Fixierungen vorkamen (circa 70 Prozent aller Fixierungen). Bei geringer Fallzahl zeigten die gefährdenden Ereignisse und Entweichungen einen Anstieg auf 150 Prozent.

Zum Verständnis dieser Tendenzen im Akutbereich können hier nur Hypothesen beitragen, die in weiteren Untersuchungen mit größeren Fallzahlen geprüft werden müssen:

- Die Abnahme von fixierten Behandlungsfällen und Fixationsdauer könnte Folge eines bewussteren Umgangs der Ärzte und Mitarbeiter mit dem sensiblen Thema sein oder sich durch allgemeine Verunsicherung infolge der neuen Anforderungen erklären.
- Dagegen sprechen der Anstieg der Unterbringungszahlen und deren Akuität (mehr PsychKG-, weniger BGB-Unterbringungen, weniger freiwillige Behandlungen) für eine statistische Zunahme ungünstigerer Krankheitsverläufe im Einzugsgebiet, da die Station die einzige geschlossene der Region und so kein Ausweichen in andere Kliniken möglich ist. Hier sind Unterbrechungen der Behandlungskontinuität infolge neuer gesetzlicher Regelungen zu diskutieren.
- Diese Annahme korrespondiert auch mit einer verkürzten Unterbringungsdauer, die sich meines Erachtens daraus erklärt, dass gesetzliche Limitationen von Zwangsbehandlungen in den letzten Jahren dazu geführt haben, dass Notfallbehandlungen nicht mehr direkt in Langzeittherapien übergehen, es zu Entlassungen kommt und nicht ausreichend stabilisierte Patienten

die Klinik verlassen, ihre Medikation absetzen und auch keine anderen fachlichen Hilfen in Anspruch nehmen, was die nächste Akutsituation bahnt.

Gerontopsychiatrie

Für die Gerontopsychiatrie ergaben sich erwartungsgemäß andere Zahlen. Auch hier kam es zur Abnahme fixierter Behandlungsfälle (von 11,8 auf 5,9 Prozent). Im Gegenzug stiegen die 5-Punkt-Fixierungen relativ an (von 17,0 auf 21,2 Prozent) und die Dauer des einzelnen Ereignisses stieg im Median von 7,0 auf 9,5 Stunden. Die Anzahl gefährdender Ereignisse, vor allem der Stürze, nahm nicht unerheblich zu, bei Letzteren um circa 25 Prozent. Dabei wird vom gesamten Team schon immer sehr auf diese Gefahren geachtet, das heißt es sind alle Mitarbeiter geschult, es wurden relativ niedrige Betten und partiell die „bodennahe Pflege“ genutzt und alle Sturzereignisse zentral an das zentrale Qualitätsmanagement gemeldet.

Die Interpretation dieser Ergebnisse liegt scheinbar auf der Hand:

- Die Abnahme von Fixierungen erscheint vor dem Hintergrund der neuen und nicht ganz eindeutigen juristischen Regelungen möglicherweise durch die Annahme der zuständigen Ärzte begründet, dass Fixierungen eher bei aggressiven Verhaltensauffälligkeiten als zur Sicherung des Patienten (Kombifix, 3-Punkt-, Rollstuhlfixierung et cetera) zulässig sind.
- Die Folge schien eine deutlich erhöhte Gefahr des Auftretens von gefährdenden Ereignissen, insbesondere von Stürzen, zu sein.
- Möglichkeiten, alle gefährdeten Patienten permanent 1:1 zu betreuen, bestanden und bestehen bei der durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) vorgegebenen Personalbesetzung nicht.

Zudem verhindert auch die beste Pflege Stürze nicht völlig, wenn man auf eine dauerhafte Begrenzung der Bewegungsfreiheit eines Menschen verzichtet und ihm einen Rest Privatsphäre ermöglicht. Dies gilt ebenso für Niederflurbetten und die bodennahe Pflege, die selbstverständlich ihre Berechtigung haben und genutzt werden sollten, wo immer dies sinnvoll erscheint.

Die Unterschiede in den Ergebnissen zwischen Akut- und Gerontopsychiatrie stützen die Notwendigkeit einer, auch juristischen, Unterscheidung von Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit nach ihrem grundsätzlichen therapeutischen Ziel.

Die Daten zu 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen, die vom Bundesverfassungsgericht als besonders beeinträchtigende Verfahren beurteilt wurden, könnten den Weg zu grundsätzlichen gesetzlichen Regelungen für die Behandlung entscheidungsunfähiger Menschen mit aggressiven/selbstgefährdenden Verhaltensstörungen ebnen (Notfall- versus Langzeittherapie).

Judex non calculat!?

Da jede Lösung auch einen damit verbundenen administrativen Aufwand begründet, ärztliche Arbeitskraft nicht unbegrenzt verfügbar ist und eine Zunahme der ärztlichen Schreibarbeit (wie aktuell bei jeder 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung) wertvolle Zeit für ärztliche Behandlung und Fürsorge, gerade auch für die Betreuung fixierter Patienten, kostet, wurde eine Mittelwertschätzung des ärztlichen Aufwandes für die Dokumentation und Beantwortung eines Falles mit Fixierung nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts kalkuliert:

1. Kurzgutachten/ärztliches Zeugnis: 20 Minuten

2. Absprache mit Team und Fax an Amtsgericht/Betreuungsgericht (Veranlassung/Kontrolle): 10 Minuten
3. Dokumentation „Psychischer Befund“ (1:1-Protokoll, schriftlich): 10 Minuten
4. Kontrollen/Entscheidung über weitere Notwendigkeit (alle 30 Minuten?): 30 Minuten
5. Befunderhebung/-dokumentation, ärztliches Zeugnis bei Beendigung: 15 Minuten
6. Absprache mit Team und Fax an Amtsgericht/Betreuungsgericht: 5 Minuten
7. Gegebenenfalls telefonische Rücksprachen mit Richter/Betreuer/Verfahrenspfleger: 10 Minuten

Das ergibt für den Arzt in der Summe (mit Wegezeiten) einen ungefähren Zeitaufwand pro Fixierung von circa 90 bis 100 Minuten. Ob diesem Wert ein relevanter Nutzen gegenübersteht, erscheint zweifelhaft und kann bei juristischen Betrachtungen nicht unbeachtet bleiben.

Zusammenfassung

Fixierungen stellen, wie Unterbringungen und Zwangsmedikation, gravierende Einschränkungen der persönlichen Freiheit und individuellen Selbstbestimmung dar und verletzen nach heutiger juristischer Diktion verfassungsmäßige Rechte. Nicht nur aufgrund der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in der Bundesrepublik, bedürfen derartige Maßnahmen eindeutiger gesetzlicher Regelungen und richterlicher Genehmigung im Einzelfall. Medizinisches und psychiatrisches Handeln hat dabei juristische Grenzen in Bezug auf die Behandlung, aber auch eine Nichtbehandlung zu beachten. Die Ermittlung des (annehmbaren) Patientenwillens stellt in jedem Einzelfall eine Heraus-

forderung dar. Ärzte und andere Heilberufe haben, auch aus verfassungsrechtlichen Gründen, einen Anspruch auf möglichst klare Vorgaben durch Gesetze und die Rechtsprechung. Hier besteht aus ärztlich-psychiatrischer Sicht noch Klärungsbedarf bei Zwangsmaßnahmen, besonders hinsichtlich der Abgrenzung der Handlungsoptionen im Notfall von längerfristigen Zwangsbehandlungen.

In den letzten Jahren kam es wiederholt durch höchstgerichtliche Entscheidungen zu gesetzlichen Neuregelungen, auch bezüglich des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (SächsPsychKG). Zum Zeitpunkt der hier dargestellten Datenerhebung bestand eine erhebliche juristische Unsicherheit für Patienten und Personal. Inzwischen erfolgte

Ärzte und andere Heilberufe haben, auch aus verfassungsrechtlichen Gründen, einen Anspruch auf möglichst klare Vorgaben durch Gesetze und die Rechtsprechung.

mit der Neufassung des § 31 SächsPsychKG zumindest eine teilweise Klärung in Bezug auf die Notfallbehandlung psychisch kranker Menschen.

Aktuell stellt die psychiatrische Notfallbehandlung, aufgrund auslegungsbedürftiger gesetzlicher Vorgaben und vieler offener Fragen, ein Feld umfassender Forschung und weiterer ethischer und juristischer Auseinandersetzungen dar. Dabei ist es als sehr positiv zu beurteilen, dass neue juristische Vorgaben und Fragen in den letzten Jahren zu einer verstärkten Orientierung auf dieses schwierige Thema geführt haben.

Die Ergebnisse unserer Prä-Post-Auswertung aller Fixationsereignisse an einer großen sächsischen Klinik vor und

nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2018 (2017/2018 versus 2018/2019) zeigen grundsätzlich bekannte, aber noch wenig untersuchte Unterschiede zwischen der Akut- und Notfallpsychiatrie (AP) und der Gerontopsychiatrie (GP).

1. In der Gerontopsychiatrie dominieren die vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts (noch) nicht erfassten Arten der Fixierung (Kombifix, Rollstuhl, 3-Punkt-Fixierung), meist zum Eigenschutz der Patienten. Im Kontrollzeitraum erfolgten deutlich weniger Fixierungen, wobei unklar blieb, ob infolge der komplizierteren und zeitaufwändigen Genehmigungen, des Personalschlüssels oder der verstärkten Auseinandersetzung mit dem Thema. Der „Preis“ waren mehr gefährdende Ereignisse, vor allem Stürze und damit eine erhöhte Verletzungsgefahr (zum Beispiel Schenkelhalsbruch)!
2. In der Akutpsychiatrie (AP) nahmen Fixationsereignisse und -dauer leicht ab, es dominierten die vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts erfassten 5-Punkt-Fixierungen, zum Eigenschutz der Patienten und zum Schutz Dritter. Allerdings bilden Fixierungen nur einen Teil des Themas ab, da mögliche Konsequenzen für Verlauf und Prognose der Krankheiten (zum Beispiel Anzahl der Unterbringungen, (auto)aggressive Fehlhandlungen, Dauer der unbehandelten Krankheit, Folgeschäden) in Deutschland nirgends erfasst werden. Effekte der Auseinandersetzung mit dem Thema spielten wahrscheinlich eine geringere Rolle, da das Deeskalationstraining der Mitarbeiter auch zuvor Standard war, die überwiegende Zahl der Ereignisse nur relativ kurz dauerte (Median 9,5 Stunden) und personelle Zuwendung bei akut psychotischen

und intoxikierten aggressiven Patienten in den gegebenen Grenzen bereits erfolgte.

3. Regelungen zur Frage der Akutmedikation gegen den Willen, auch im Notfall („Zwangsmedikation“) sind juristisch und medizinisch weiter umstritten. Die Folge der Nichtbehandlung sind psychiatrische Unterversorgung und „unbeobachtete“ (externe) gefährdende Ereignisse, da Mortalität und Morbidität offiziell nicht erfasst werden.
4. Jede höchstrichterliche Lösung sollte, ähnlich wie bei Gesetzesvorhaben, auch den damit verbundenen Aufwand berücksichtigen, da ansonsten die enorme Steigerung ärztlicher Büro- und Schreibearbeit (wie aktuell bei jeder 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung) die Zeit für ärztliche Behandlung und Fürsorge, gerade auch für die Betreuung fixierter Patienten, kostet. Diese juristisch-ethischen Anforderungen müssen zumindest zu einer Steigerung der Bedarfszahlen für ärztliches Personal führen, damit sich daraus nicht erneut eine Abwanderung von Ärzten und ein verminderter Akquiseerfolg entwickeln. Es bleibt Aufgabe für die Forschung, zu klären, welche Parameter in welchem Kontext entscheidend sind (Zahl der Fixierungen, Dauer pro Fixationsereignis, Zeit für Gespräch und Zuwendung durch den Arzt, rechtliche Fragen?) und was die Prognose objektiv verbessert.

Ergebnisse

Höchstrichterliche Urteile führen zu Auseinandersetzungen mit grundlegenden Themen der Gesellschaft. Das ist in jedem Fall positiv, vor allem wenn Gleichgültigkeit oder einseitige Sicht-

weisen herrschen beziehungsweise „Tabus“ berührt sind. Die Frage der Fixierung eines Menschen zur Sicherung und/oder Behandlung stellt ein solches Thema dar und es finden sich sehr unterschiedliche Meinungen und Bestrebungen zum Umgang damit in unserer Gesellschaft.

Positive Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts:

- aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und Alternativen (fachlich und gesellschaftlich),
- die Notwendigkeit der Erhebung von Daten, Fakten,
- die Entwicklung von differenzierten Kriterien für Fixierungen,
- eine bessere Differenzierung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen allgemein (zum Beispiel Akut- versus Gerontopsychiatrie),
- die Schulung des medizinischen Personals und der Richter,
- eine Verbesserung der Personalschlüssel und
- Aufhebung der Ungleichbehandlung psychisch Kranker (verglichen mit körperlich Kranken).

Negative Auswirkungen:

- administrativer Aufwand und Einschränkung ärztlicher Zuwendung;
- Stigmatisierung der Patienten und des Faches;
- Schlechterstellung von psychiatrischen und Suchtpatienten durch Nichtbehandlung;
- Gefährdung der Langzeit-Prognose psychisch kranker Menschen;
- Nachwuchsprobleme und Abwanderung in allen Berufsgruppen infolge oben genannter Probleme und
- Fehlsteuerung von Ressourcen: am Bett, administrativ, gesellschaftlich.

Der Autor dankt insbesondere Frau Voigtländer, M.A., für die Datenerhebung und -analyse und den juristischen und medizinischen Tagungsteilnehmern für die intensive Diskussion. In zukünftigen Arbeiten werden die hier dargestellten Ergebnisse und Interpretationen weiter differenziert. ■

Dr. med. Thomas Barth
Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und
Psychosomatik
Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
E-Mail: t.barth@skc.de

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de). Im Internet unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.

Aktueller Fall aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“, im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2020, Seite 6

Sehr geehrter Kollege Kluge,
hier meine Einschätzung:

24. Februar 2016

Leider fehlen Angaben zum BMI.
Ein BAA von 8 cm Durchmesser kann man in der Regel tasten.
Ein BAA von 8 cm Durchmesser muss man in der Abdomen-Sonografie sehen.

Anzeige

Fortbildungsveranstaltung
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Covid-19 Update

Eingeladen sind alle
interessierten Ärzte in Sachsen

24.03.2020 | 19.00 Uhr
26.03.2020 | 19.00 Uhr

Referent:
Dr. med. Thomas Grünewald
Leiter Klinik für Infektionsmedizin
Klinikum Chemnitz gGmbH

Ort:
Gebäude der KV Sachsen
Carl-Hamel-Str. 3
09116 Chemnitz
Saal im Erdgeschoss

Anmeldung bitte über:
0371 216 514 oder
chemnitz@slaek.de

FZ 02

25. Februar 2016

1.15 Uhr starke Unterbauchschmerzen:
dann muss er sofort ins CT und nicht
am Morgen um 9.00 Uhr!

CT: kein Anhalt für Ruptur. Nicht immer
einfach zu beurteilen, zum Beispiel
gedeckte Ruptur, drohende Perforation.
Ich mutmaße aber, dass ein erfahrener
Gefäßchirurg sich die Bilder angesehen
hat.

Das folgende Procedere ist üblich mit
Bestellung des Stents.

Eine kontinuierliche RR-Messung und
gegebenenfalls iv Blutdrucksenkung
zum Beispiel auf einer Intermediate
Care wären sinnvoll gewesen.

27. Februar 2016

0.15 Uhr: „starke Unterbauchschmerzen“:
Hier hätte ich die sofortige Indika-
tion zur notfallmäßigen Laparotomie
gestellt.

22 Uhr: „Verschlechterung AZ“ Warum
noch ein CT um 23 Uhr?

Als Facharzt für Herzchirurgie, habe ich
Gefäß- und Allgemeinchirurgie gemacht,
selbst BAA's offen operiert und bei
Stentings „chir.“ Stand by gemacht.

Dr. med. Torsten Bossert, Leipzig

Sehr geehrter Herr Kluge,
das „verhaltene Echo“ ermutigt mich,
obschon fachfremd und im Ruhestand,
zu einer Äußerung, auch weil der Sach-
verhalt so ist, wie er ist. Stichworte:
Ein 73-jähriger ohnehin kranker Mann
mit zunehmenden abdominalen Be-
schwerden kommt in ein Haus der
Grund-/Regelversorgung.

Abdomen-Röntgenbild und -Sonografie
„ohne pathologischen Organbefund“,
weicher Bauch, also keine Appendizitis.

Nach mehreren Stunden wegen starker
Schmerzen Dipidolor, Antibiose. Im CT
infrarenales Aortenaneurysma, 8 cm
Durchmesser (Sonografie bei Aufnahme:
kein pathologischer Befund). Soweit, so
gut beziehungsweise schlecht, was die
klinische Diagnostik angeht. Und jetzt:
Planung eines Stents mit Eingriff in
fünf Tagen, in Gegenwart eines Firmen-
vertreters, also offenbar eher Anfangs-
technik.

26. Februar 2016

„Weiterbetreuung auf Normalstation,
kein Monitoring“.

Man mag es kaum lesen und das ist
das eigentliche Übel: Ein Haus der
Grundversorgung verkennt die Dring-
lichkeit (zunehmende Schmerzen et
cetera), will sich profilieren mit einem
Eingriff, dessen Unwägbarkeiten eine
intensivmedizinische Infrastruktur er-
fordern, zu schweigen von der operati-
ven Expertise – und das auch noch fünf
Tage später.

Spätestens nach der CT-Diagnose:
Verlegung des Schwerkranken in eine
kompetente Abteilung mit entspre-
chender Infrastruktur.

Die Zeitplanung ist unverständlich, der
verantwortliche Abteilungsarzt macht
einen Riesenfehler und schadet nicht
zuletzt all denen, die für den Erhalt
auch kleinerer Häuser mit angemesse-
nen Versorgungsmöglichkeiten strei-
ten. Vielleicht wäre der Patient auch in
einer Uniklinik gestorben – aber hier
war es fast unausweichlich.

Dr. med. Falk Kewitsch, Leipzig

Konzerte und Ausstellungen

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

Heike Berl
„WEISSE ROSE – Natur und Symbol“
bis 19. April 2020

Sabine Fiedler-Mohrmann
„Neue Arbeiten“
Vernissage

Donnerstag, 23. April 2020, 19.30 Uhr

Programmorschau

5. April 2020, 11.00 Uhr
Junge Matinee
„Beethoven-Projekt I“
Die Fachrichtung Klavier der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden widmet sich anlässlich des 250. Geburtstages Ludwig van Beethovens den Klavierwerken des Jubilars.



Aktuelle Ausstellung: Heike Berl

Sehr geehrte Damen und Herren, da Ihnen offenbar an einer schriftlichen Reaktion gelegen ist, hier meine Auffassung dazu:

- die erste Frage ist die nach der Sonografiekompetenz des Erstuntersuchers: Darf es sein, dass ein Aneurysma der Aorta, das sich offenbar schrittweise entwickelt und elf Stunden später einen Durchmesser von 8 cm hat, übersehen wird? Hat der Erstuntersucher keinen Hintergrunddienst gerufen oder war der zu leichtgläubig?
- Die Bauchsymptomatik und damit die Ursache waren deutlich progredient, am Morgen des 25. Februar wurde ein großes, frisches Aortenaneurysma nachgewiesen: Wie kann man für fünf Tage später eine OP vorsehen, statt den Patienten sofort in eine gefäßchirurgische Klinik zu verlegen – zumal wenn die notwendige Beschaffung einer Prothese und die Hinzuziehung eines Firmenvertreters deutlich dafürsprechen, dass dies für die Klinik kein Routineeingriff war?

Aus meiner Sicht hat die Klinik hier eine deutliche Mitschuld an dem fatalen Verlauf, auch wenn die diskreten Entzündungszeichen bei der Aufnahme zunächst vielleicht in die falsche Richtung denken ließen.

Dr. med. Thomas Schmidt, Altenbach

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, am 25. Februar 2016 wurde mittels CT ein sehr großes und damit sehr gefährliches infrarenales Aortenaneurysma diagnostiziert. Bei der Größe und der akuten Symptomatik ist es für mich nicht nachvollziehbar, warum der Patient nicht sofort in ein Haus der Maximalversorgung zur OP verlegt wurde. Ich sehe hier ein Versäumnis der Klinik. Dass das Krankenhaus selbst mit diesem Eingriff wenig vertraut ist, belegt die Aussage, dass man die Stentsetzung im Beisein eines Firmenvertreters durchführen wollte!?

Dr. med. Ina Ueberschär, Leipzig

Ärztinnenblatt

Zum Leserbrief von Dr. med. Heinrich Günther, Dresden, im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 11/2019, Seite 26, erhielt die Redaktion folgende Zuschrift

Sehr geehrte Damen und Herren, der Leserbrief als Antwort auf das Ärztinnenblatt (Heft 8/2019) von Dr. Heinrich Günther aus Dresden hat mir aus dem Herzen gesprochen. Erst in der zweiten Hälfte des längeren Artikels habe ich doch mit einiger Verwunderung oder eher Überraschung festgestellt, dass dieser von einem Mann verfasst worden war. Was dann

umso mehr zur Freude beigetragen hat, dass es eben nicht nur auf die Karriere ankommt, sondern vielmehr Menschlichkeit zählt und es auch andere Lebensmodelle gibt, die die gleiche Wertschätzung erhalten sollten wie das, was man heutzutage weitläufig unter „Arbeit“ versteht. ■

Marina Fehl, Leipzig

Unsere Jubilare im April 2020

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 03.04.** Prof. Dr. med. habil. Arendt, Thomas
04229 Leipzig
- 04.04.** Dr. med. Augustin, Ricarda
01728 Possendorf
- 04.04.** Dr. med. Dworatzek, Sabine
01309 Dresden
- 05.04.** Dr. med. Hammer, Karl-Heinz
08107 Kirchberg
- 06.04.** Dr. med. Richter, Ursula
04105 Leipzig
- 06.04.** Dipl.-Med. Veters, Barbara
01328 Dresden
- 08.04.** Dr. med. Deppe, Wolfgang
01326 Dresden
- 09.04.** Dipl.-Med. Grabowski, Paul
01454 Radeberg
- 09.04.** Dr. med. Stupka, Klaus
02827 Görlitz
- 10.04.** Dr. med. Hendrichk, Christiane-Ulrike
02977 Hoyerswerda
- 12.04.** Dr. med. Einert, Gerlinde
01328 Dresden
- 13.04.** Dipl.-Med. Gurn, Eveline
08107 Kirchberg
- 14.04.** Dipl.-Med. Berndt, Margitta
02747 Herrnhut
- 14.04.** Dipl.-Med. Frimmel, Sigrid
04275 Leipzig
- 14.04.** Dipl.-Med. Gieseler, Karla
01738 Dorfhain
- 15.04.** Prof. Dr. med. habil. Schuster, Volker
04177 Leipzig
- 16.04.** Dr. med. Holzmüller, Michael
09125 Chemnitz
- 17.04.** Dr. med. Walter, Ute
02627 Weißenberg
- 18.04.** Dr. med. Meisel, Silke
01277 Dresden
- 19.04.** Dr. med. Weißer, Margit
04416 Markkleeberg
- 20.04.** Dipl.-Med. Krüger, Thomas
08606 Oelsnitz

- 21.04.** Dr. med. Lautenbach, Beate
01737 Kurort Hartha
- 21.04.** Dr. med. Vogel, Andreas
04425 Taucha
- 26.04.** Dr. med. Dornig, Beate
02708 Löbau
- 26.04.** Dipl.-Med. Nowak, Uwe
01109 Dresden
- 26.04.** Dr. med. Pinner, Angelika
09429 Warmbad Wolkenstein
- 28.04.** Chendynski, Andrzej
01705 Pesterwitz
- 28.04.** Dr. med. Stoye, Matthias
09247 Röhrsdorf
- 29.04.** Dr. med. Spiegler, Klaus-Dieter
07937 Zeulenroda-Triebes
- 30.04.** Dipl.-Med. Striebing, Rüdiger
09128 Chemnitz

70 Jahre

- 02.04.** Dipl.-Med. Pfeiffer, Ludwig
01309 Dresden
- 03.04.** Dipl.-Med. Kuttner, Gabriele
02763 Zittau
- 04.04.** Dipl.-Med. Helbig, Marion
09544 Neuhausen
- 05.04.** Dr. med. Lenk, Martina
08058 Zwickau
- 08.04.** Dr. med. Simmank, Brigitte
01589 Riesa
- 12.04.** Dr. med. Kunath, Hans
09648 Mittweida
- 12.04.** Dr. med. Weihermüller, Albrecht
08468 Reichenbach
- 15.04.** Dr. med. Hauswald, Bettina
01139 Dresden
- 17.04.** Baumann, Beate
08485 Lengenfeld/V.
- 17.04.** Dr. med. Gruschinske, Barbara
01279 Dresden
- 19.04.** Dipl.-Med. Zernisch, Ulrike
01309 Dresden
- 21.04.** Prof. Dr. med. habil. Gerhartz, Heinrich
01468 Moritzburg

- 21.04.** Dipl.-Med. Günther, Monika
01773 Altenberg /
OT Schellerhau
- 21.04.** Dr. med. Hofmann, Ines
04229 Leipzig
- 21.04.** Prof. Dr. med. habil. Reichenbach, Andreas
04105 Leipzig
- 21.04.** Dipl.-Med. Zillinger, Regina
02894 Vierkirchen
- 24.04.** Dipl.-Med. Kaulfuß, Ingrid
01814 Bad Schandau
- 25.04.** Dr. med. Groskopff, Cornelia
04519 Rackwitz
- 26.04.** Dr. med. Fuchs, Karl-Friedrich
09113 Chemnitz
- 26.04.** Dr. med. Jacob, Jürgen
04299 Leipzig
- 28.04.** Nönnig, Siegfried
09228 Chemnitz
- 28.04.** Politschuk, Wassili
01587 Riesa
- 29.04.** Dipl.-Med. Hahn, Susanna
08280 Albernau
- 29.04.** Dr. med. Kupfer, Manfred
09116 Chemnitz
- 29.04.** Dr. med. Schnering, Holger
02977 Hoyerswerda

75 Jahre

- 02.04.** Dr. med. Schädlich, Ralf
09468 Geyer
- 03.04.** Priv.-Doz. Dr. med. habil. Quietzsch, Detlef
09224 Chemnitz
- 03.04.** Dr. med. Quietzsch, Jürgen
08547 Jöbnitz
- 07.04.** Dr. med. Hilbert, Heidemaria
01445 Radebeul
- 08.04.** Dr. med. Beutner, Elke
04463 Großpönsa
- 09.04.** Dr. med. Limbach, Irmtraud
01589 Riesa
- 12.04.** Dr. med. Zenker, Wilfried
01904 Steinigtwolmsdorf
- 13.04.** Dr. med. Schwennicke, Heinz-Peter
02997 Wittichenau
- 17.04.** Dr. med. habil. Thulin, Harald
01277 Dresden
- 21.04.** Dr. med. Brettschneider, Siegbert
04668 Otterwisch

- 22.04.** Dipl.-Med. Espenhain, Markus
01237 Dresden
- 24.04.** Dr. med. Berthold, Gert-Rainer
01307 Dresden
- 24.04.** Dr. med. Käßner, Rolf
01187 Dresden
- 29.04.** Dr. med. Roch, Renate
01468 Moritzburg

80 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Föst, Hans-Dietrich
01277 Dresden
- 02.04.** Dr. med. Fricke, Adelheid
01796 Pirna
- 02.04.** Dr. med. Wölflick, Edith
09376 Oelsnitz
- 03.04.** Dr. med. Höhne, Wulf
04105 Leipzig
- 03.04.** Dr. med. Klappenbach, Karin
04155 Leipzig
- 07.04.** Prof. Dr. sc. med.
Klötzer, Bernd
04299 Leipzig
- 07.04.** Dr. med. Kurzawa, Bernd
02894 Reichenbach
- 08.04.** Sawenkowa, Gisela
01067 Dresden
- 08.04.** Dr. med. Voigtland, Ursula
09116 Chemnitz
- 09.04.** Dr. med. Fischer, Günter
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 10.04.** Dr. med. Robel, Klaus-Jürgen
01728 Bannewitz
- 10.04.** Dr. med. Schmidt, Walter
04442 Zwenkau
- 10.04.** Dr. med. Unger, Harald
08132 Mülsen
- 14.04.** Dr. med. Edelmann, Marianne
09599 Freiberg
- 14.04.** Dr. med. Felder, Klaus
04416 Markkleeberg
- 14.04.** Dr. med.
Schwarzmann, Erhard
04159 Leipzig
- 15.04.** Dr. med. Bleyl, Detlev
02625 Bautzen
- 15.04.** Dr. med. Geutner, Gudrun
09117 Chemnitz
- 16.04.** Dr. med. Kößling, Ursula
04288 Leipzig
- 17.04.** Gerwald, Margit
01445 Radebeul
- 18.04.** Dr. med. Schulze, Klaus
08060 Zwickau
- 19.04.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schmidt, Christian
01809 Heidenau
- 20.04.** Dr. med. Metzsig, Heide
04564 Böhlen
- 21.04.** Dr. med. Simmich, Karin
01324 Dresden
- 21.04.** Dr. med. Trommler, Siegfried
08525 Plauen
- 22.04.** Dr. med. Noack, Hartmut
09376 Oelsnitz
- 23.04.** Dr. med. Bartel, Gerda
01445 Radebeul
- 23.04.** Dr. med. Budach-Gamaleja,
Anne-Karin
01307 Dresden
- 23.04.** Dr. med. Herrmann, Gisela
01277 Dresden
- 23.04.** Dr. med. Kraut, Harald
01445 Radebeul
- 24.04.** Dr. med. Moldenhauer, Ingrid
04103 Leipzig
- 26.04.** Dr. med. Franke, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 26.04.** Waldleben, Monika
01109 Dresden
- 27.04.** Dr. med. Gräbner, Dieter
04668 Großbardau /
OT Waldbardau
- 28.04.** Dr. med. Böhme, Barbara
01326 Dresden
- 30.04.** Dr. med. Girod, Gertraude
01277 Dresden
- 30.04.** Dr. med. Martin, Brunhilde
09427 Ehrenfriedersdorf
- 08.04.** Feister, Horst
02625 Bautzen
- 09.04.** Franz, Irmgard
04103 Leipzig
- 09.04.** Dr. med. Lehmann, Lothar
02826 Görlitz
- 10.04.** Dr. med. Matthes, Erika
01900 Bretnig-Hauswalde
- 12.04.** Dr. med. Teichmann, Irma
01219 Dresden
- 13.04.** Dr. med. Hunger, Jürgen
01454 Radeberg
- 13.04.** Dr. med. Schröder, Klaus
09380 Thalheim
- 17.04.** Prof. Dr. med. habil.
Vogtmann, Christoph
04425 Taucha
- 18.04.** Dr. med. Peschel, Hellmut
02953 Gablenz-Kromlau
- 19.04.** Dr. med. Simonis, Brigitte
02997 Wittichenau
- 20.04.** Dr. med. Röding, Hannelore
09114 Chemnitz
- 23.04.** Dr. med. Vieweg, Karin
09518 Großrückerswalde
- 24.04.** Dr. med. Knösel, Bernd
08626 Adorf
- 25.04.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schauer, Klaus
04668 Grimma
- 25.04.** Prof. Dr. med. habil.
Schauer, Joachim
04509 Delitzsch
- 26.04.** Dr. med. Kaeding, Eva-Maria
01307 Dresden
- 26.04.** Dr. med. Petzold, Manfred
01067 Dresden
- 28.04.** Dr. med. Böttcher, Hartmut
04229 Leipzig
- 29.04.** Dr. med. Frank, Dieter
01587 Riesa
- 30.04.** Dr. med. Degenkolb, Renate
08529 Plauen
- 30.04.** Krieger, Waldemar
08359 Breitenbrunn
- 30.04.** Dr. med. Tempel, Volker
01723 Grumbach

81 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Langer, Jürgen
08056 Zwickau
- 01.04.** Dr. med. Wittig, Dieter
09117 Chemnitz
- 02.04.** Dr. med. Lohse, Peter
01683 Nossen
- 03.04.** Dr. med. Füssel, Helga
09128 Chemnitz
- 04.04.** Dr. med.
Hildebrandt, Alexandra
01217 Dresden
- 05.04.** Dr. med. Kretschmar, Helga
01640 Coswig
- 05.04.** Dr. med. Radelhof, Imme
09557 Flöha
- 07.04.** Dr. med. Beier, Eberhard
02826 Görlitz

82 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Gottschling, Christine
04416 Markkleeberg
- 01.04.** Neubert, Christiane
01217 Dresden

- 03.04.** Dr. Georgiev, Jordan
01219 Dresden
- 03.04.** Dr. med. Herzog, Ursula
02708 Löbau
- 03.04.** Schabinski, Erika
09648 Mittweida
- 06.04.** Dr. med. Beichler, Heide
01816 Bad Gottleuba-
Berggießhübel
- 07.04.** Dr. med. Zöllner, Klaus
01744 Dippoldiswalde
- 10.04.** Dr. med. Römer, Gert
04155 Leipzig
- 10.04.** Dr. med. Rummel, Ursula
01734 Obernaundorf
- 11.04.** Franz, Renate
08606 Oelsnitz
- 13.04.** Dr. med. Hergenhan, Ursel
04275 Leipzig
- 15.04.** Uhlig, Klaus
04523 Pegau
- 19.04.** Dr. med. Sachse, Ursula
04779 Wermsdorf
- 25.04.** Dr. med.
Schwäblein-Sprafke, Ulrike
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 26.04.** Wrobel, Margott
01069 Dresden
- 27.04.** Dr. med. Liebschner, Klaus
09123 Chemnitz
- 27.04.** Dipl.-Med. Reichelt, Inge
09526 Olbernhau
- 28.04.** Dr. med. Küsel, Walter
08228 Rodewisch
- 30.04.** Dr. med. Matthäi, Christel
01189 Dresden

83 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Fritsche, Helga
02827 Görlitz
- 03.04.** Dr. med. Grübner, Wolfgang
01809 Müglitztal
- 03.04.** Dr. med. Nimetschek, Karl
01612 Neuseußnitz
- 04.04.** Dr. med. Bennek, Maria
04275 Leipzig
- 04.04.** Dr. med. Böhme, Doris
01728 Possendorf
- 05.04.** Fischer, Alfred
04129 Leipzig
- 10.04.** Hiestermann, Annelies
04347 Leipzig
- 10.04.** Dr. med. Skiba, Klaus
04416 Markkleeberg

- 12.04.** Dr. med. Alschner, Gisela
01328 Dresden
- 17.04.** Dr. med.
Kellner, Hans-Jürgen
08523 Plauen
- 18.04.** Dr. med. Fesenfeld, Ursula
01689 Weinböhla
- 18.04.** Pantenius, Barbara
04158 Leipzig
- 19.04.** Dr. med.
Dünnebieber, Hans-Joachim
01683 Nossen
- 21.04.** Dr. med. Hampel, Rosemarie
02826 Görlitz
- 21.04.** Dr. med. Maaz, Eberhard
01328 Dresden
- 25.04.** Haufe, Sigrid
01239 Dresden
- 26.04.** Lehmann, Mechthild
04838 Eilenburg
- 26.04.** Dr. med. Lemme, Barbara
04209 Leipzig
- 27.04.** Prof. Dr. med. habil.
Bennek, Joachim
04316 Leipzig
- 29.04.** Dr. med. Donath, Renate
04317 Leipzig
- 29.04.** Dr. med.
Heinicke, Hans-Jürgen
01219 Dresden
- 29.04.** Dr. med. Heinrich, Hannelore
01326 Dresden
- 30.04.** Dr. sc. med. Gödel, Eckhard
01219 Dresden
- 30.04.** Dr. med. Krumpolt, Christian
01796 Pirna

84 Jahre

- 01.04.** Prof. Dr. med. habil.
Dietrich, Jürgen
04105 Leipzig
- 05.04.** Dr. med. Fache, Irmgard
01471 Radeburg
- 05.04.** Dr. med. Nehler, Christel
09130 Chemnitz
- 07.04.** Dr. med. Müller, Inge
08056 Zwickau
- 08.04.** Dr. med. Grau, Brigitte
04155 Leipzig
- 08.04.** Dr. med. Wenske, Jürgen
02826 Görlitz
- 14.04.** Prof. Dr. med. habil.
Franke, Wolf-Gunter
01187 Dresden

- 15.04.** Schumann, Günter
01705 Freital
- 20.04.** Dr. med. Reinhardt, Marga
04157 Leipzig
- 22.04.** Dr. med. Otto, Manfred
01067 Dresden
- 23.04.** Dr. med. Bischoff, Dieter
02797 Kurort Oybin
- 24.04.** Dr. med. Bock, Manfred
09127 Chemnitz
- 24.04.** Gergardt, Elena
04318 Leipzig
- 24.04.** Dr. med. Jährig, Volker
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.04.** Dr. med. Horn, Günther
02708 Löbau

85 Jahre

- 03.04.** Dr. med. Gatzke, Romald
09112 Chemnitz
- 07.04.** Dr. med. Börner, Christine
09496 Satzung
- 09.04.** Dr. med. Eigenberger, Horst
09123 Chemnitz
- 11.04.** Dr. med. Jänke, Dietmar
01683 Nossen
- 11.04.** Dr. med. Lehmann, Doris
01279 Dresden
- 14.04.** Prof. Dr. med. habil.
Schuh, Dieter
01328 Dresden
- 15.04.** Dr. med. Hofmann, Eike
09648 Mittweida
- 19.04.** Dr. med.
Bauch, Ursula-Ruth
09117 Chemnitz
- 21.04.** Täubert, Wolfgang
04277 Leipzig
- 23.04.** Dr. med. Grunert, Christa
09235 Burkhardttsdorf
- 24.04.** Hamann, Ilse
08525 Plauen

86 Jahre

- 03.04.** Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.04.** Westphälinger, Alena
01259 Dresden
- 07.04.** Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf
- 07.04.** Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringswalde

- 13.04.** Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig
- 14.04.** Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg
- 16.04.** Dr. sc. med.
Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04758 Cavertitz
- 29.04.** Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick

87 Jahre

- 08.04.** Haack, Helga
09355 Gersdorf
- 10.04.** Dr. med. Haidar, Ruth
01662 Meißen
- 12.04.** Dr. med. Theile, Inge
04319 Leipzig
- 14.04.** Dr. med. Mühler, Isolde
04105 Leipzig
- 22.04.** Dr. med. Hecht, Siegfried
04109 Leipzig
- 26.04.** Dr. med.
Schultze, Hans-Ulrich
04357 Leipzig

88 Jahre

- 09.04.** Prof. Dr. med. dent. Dr. med.
habil. Schaps, Peter
01326 Dresden
- 12.04.** Dr. med. Große, Wolfram
04838 Eilenburg

89 Jahre

- 04.04.** Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
- 21.04.** Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden

90 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach
- 08.04.** Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau
- 17.04.** Decker, Marga
08056 Zwickau
- 17.04.** Dr. med. Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen
- 26.04.** Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Dieter
01326 Dresden

91 Jahre

- 01.04.** Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 03.04.** Prof. Dr. med. habil.
Hüller, Hansgeorg
01309 Dresden
- 19.04.** Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

92 Jahre

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

94 Jahre

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

96 Jahre

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

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

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

Redaktionskollegium

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder (V.i.S.P.)
Erik Bodendieck
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. med. Roger Scholz
Ute Taube

seitens Geschäftsführung:

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

Redaktionsassistenz

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.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreislise 2020,
gültig ab 01. Januar 2020

Druck

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

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,
Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-
ausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktions-
bezeichnungen werden in der männlichen Form verwen-
det. Diese gelten einheitlich und neutral für Personen
jeglichen Geschlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel ent-
sprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder
des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen
zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag
das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruck-
ter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebe-
nenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen
formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt
auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft
die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und er-
teilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publi-
kationsbedingungen: www.slaek.de oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 136,50 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 136,50 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 13,50 € 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 Abonnementgebühren werden
jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2020

Sie möchten nicht, dass Ihr Name im Geburtstagskalender
veröffentlicht wird? Dann teilen Sie uns das bitte mit:
Sächsische Landesärztekammer Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8267-161 oder
E-Mail: redaktion@slaek.de

Nachruf für Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Paul

Am 7. Januar 2020 verstarb Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Paul in Dresden nach schwerer Krankheit. Sein Tod ist Anlass, an diesen fachlich sowie allgemein und musisch hochgebildeten Chirurgen zu erinnern.

In Leipzig am 16. April 1935 geboren, wurde seine Erziehung wesentlich bestimmt durch den Besuch der Thomasschule in Leipzig, an der er eine humanistisch-musikalische Ausbildung absolvierte, die für sein gesamtes Privat- und Berufsleben wegweisend war. Die Erfahrungen im Thomanerchor, in dem er bis zum Abitur unter Leitung des Thomaskantors Günther Ramin sang, waren für ihn prägend.

Nach dem Medizinstudium in Leipzig 1953 bis 1958 mit Staatsexamen und Promotionsverteidigung 1958 begann er die Ausbildung zum Chirurgen im Krankenhaus Rochlitz bei Dr. med. Zahn und setzte diese ab 1963 im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt fort, wo ihn Prof. Dr. med. habil. Hans-Dietrich Schumann entscheidend prägte. Im Jahr 1965 erfolgte die Facharztanerkennung für Chirurgie, bereits 1966 wurde er zum Oberarzt ernannt. Ab diesem Zeitpunkt war er frühes Mitglied der Sektion der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) der DDR und Mitglied der Gesellschaft für Unfallchirurgie der DDR.

Seit 1981 war er Leiter der Abteilung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt unter dem Direktorat von Prof. Dr. med. Karl-Heinz Herzog. Im Jahr 1983 schloss er die Habilitation an der Medizinischen Akademie Dresden ab.

Von 1983 bis 1985 absolvierte er einen Auslandseinsatz als Chirurg in Mosambik. Im Jahr 1986 wurde ihm die Facul-



Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Paul

tas Docendi verliehen, 1990 der Titel Privatdozent.

1995 erfolgte die Ernennung zum Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt. In dieser Funktion war Dr. Paul bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2000 tätig. Es kam unter seiner Leitung zu einer bemerkenswerten Erweiterung des Leistungsspektrums der Klinik auf den Gebieten der Osteosynthese, der Wirbelsäulenchirurgie, der Handchirurgie, der Endoprothetik und der Schulterchirurgie.

Während seiner aktiven Tätigkeit hat er sein Wissen an Generationen von Schwestern und Ärzten weitergegeben, des Weiteren war er Prüfer bei der Sächsischen Landesärztekammer für das Fach Unfallchirurgie.

Seine Mitarbeiter und Schüler haben es als großes Glück empfunden, unter seiner souveränen fachlichen Leitung in der Klinik arbeiten zu können. In dieser Zeit verließ kein ärztlicher Leistungsträger die Einrichtung.

Auch nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben fertigte Dr. Paul als medizinischer Sachverständiger hochwertige Gutachten bis zum Jahr 2012, was von seiner hervorragenden Reputation als streitbarer Gutachter zeugt. Bis zum Jahr 2016 war er in der AO Deutschland im Arbeitskreis Ethik tätig.

Nach seiner Pensionierung absolvierte er zahlreiche Reisen mit seiner Frau Karin in die ganze Welt, am häufigsten in die Schweiz und nach Österreich, was auch in den alten kollegialen Bindungen über die AO begründet war.

In bester Erinnerung sind die zahlreichen privaten Treffen. Sein Klavierspiel am Bechstein-Flügel im eigenen Haus bleibt dem Unterzeichner unvergessen. Die klassisch-musikalische Bildung von Dr. Paul war allumfassend, Ausdruck dessen waren seine lebenslange Verbindung zur Sächsischen Staatskapelle über das große Konzertanrecht und die zahlreichen persönlichen Beziehungen zu den Musikern. Bereits als Sänger im Thomanerchor hatte er mit später befreundeten Staatskapellenmitgliedern musiziert. Sein letzter Besuch in der Semperoper, anlässlich des jährlichen Gedenkkonzertes zur Erinnerung an die Zerstörung von Dresden 1945, war am 13. Februar 2018, was seine Zuneigung zu seinem persönlichen und beruflichen Lebensmittelpunkt, der Stadt Dresden, zum Ausdruck bringt.

Die ihm auferlegte, schicksalshafte, schwere, ihn final sozial isolierende Erkrankung ertrug er mit außergewöhnlicher Hingabe.

Wir werden seiner stets ehrend gedenken. ■

Prof. Dr. med. Roland Cyffka, Dresden

Augenärztlicher Fachaustausch in Neuseeland

Im März und April 2019 hatte ich die Möglichkeit, einen augenärztlichen Fachaustausch an die Universität von Otago in Dunedin, Neuseeland, durchzuführen.

Zu Beginn einige einführende Worte über das neuseeländische Gesundheitssystem: Dieses ist insbesondere durch die geografischen Gegebenheiten eines Flächenlandes mit geringer Einwohnerzahl gekennzeichnet. So besitzt Neuseeland mit seinen beiden Hauptinseln mit circa 270.000 km² zwar fast zwei Drittel der Fläche Deutschlands (357.000 km²), aber mit 4,3 Millionen Einwohnern nur ein Zwanzigstel der Einwohner der Bundesrepublik (83,7 Millionen). Vor allem die größere Südinsel, in deren Südosten Dunedin liegt, ist von dieser geringen Bevölkerungsdichte gekennzeichnet, da nicht einmal ein Viertel der Gesamtbevölkerung auf ihr angesiedelt ist. Daher sind weite Wege auch zum Augenarzt (bis zu 300 km in unserer Klinik) und lange Anreise- und Wartezeiten oft die Regel. Für mich, als Fachärztin aus dem Ballungsgebiet Leipzig, war dies zunächst gewöhnungsbedürftig. In einem Land, in dem es in ländlichen Regionen üblich ist, dass der Weg zur nächsten Kaufhalle oder Tankstelle über eine Stunde beträgt, scheint es für die Betroffenen jedoch keine Herausforderung, sondern gewohnter Alltag.

Die Neuseeländer, die sich im Allgemeinen durch ihre gelassene und offene freundliche Art auszeichnen, haben sich aber an diese Gegebenheiten angepasst. Interessant ist zudem, dass das gesamte öffentliche Gesundheitssystem des Landes für Einwohner und auch für Einwanderer und Touristen



Dr. med. Zajonz und Dr. Harry Bradshaw diskutieren über eine Fluoreszenzangiografie.

kostenlos ist. So werden die Gesundheitsausgaben für die Grundversorgung des Landes durch die Einnahmen der Mineralölsteuer (Benzin und Diesel) gedeckt. Daneben existiert die private Krankenversicherung, welche die kostenpflichtigen Zusatzleistungen abdeckt. Die Beiträge zur privaten Zusatzversicherung sind aber relativ günstig. So betragen sie für ein Ehepaar mittleren Alters im Durchschnitt zwischen 150 bis 200 NZ\$ (75 bis 100 Euro) im Monat, weshalb annähernd alle Neuseeländer eine solche zusätzliche private Krankenversicherung besitzen. Ungewöhnlich für uns Mitteleuropäer ist weiterhin, dass Ärzte und Krankenhäuser in Neuseeland Werbung betreiben dürfen. Daher sind Werbespots in Radio und Fernsehen keine Seltenheit. Die ambulante Versorgung wird in der Regel durch die Ambulanzen der öffentlichen Krankenhäuser abgedeckt, wie die universitäre ophthalmologische Ambulanz der Universität von Otago in Dunedin.

Parallel besteht die Möglichkeit, private Hausärzte (GPs = General Practitioner) oder auch private Fachärzte aufzusuchen, deren Dienste nicht durch die öffentliche Versicherung abgedeckt, sondern durch Eigenleistungen oder durch die privaten Zusatzversicherungen getragen werden. Häufig besteht jedoch eine Durchmischung der Systeme, da viele der in den Kliniken angestellten Ärzte eine zusätzliche private Praxis neben ihrer Tätigkeit im öffentlichen System betreiben. Ungewöhnlich ist auch, dass der Fachspezialist mit Miss oder Mister angesprochen wird, was in der Hierarchie über dem Doktor steht, der dem Allgemeinen – nicht Facharzt – vorbehalten ist. Das staatliche Gesundheitswesen übernimmt nur die Kosten für die Wiederherstellung der Grundfunktionen. Alles andere muss man selbst bezahlen. Die privaten Versicherer bezahlen für beides nur einen jährlichen Pauschalbetrag, der aber für Optikerkosten in der Regel

nicht ausreichend ist. Auch wenn es gewiss unterschiedliche therapeutische Ansichten und Ansätze zur deutschen Lehrmeinung gibt, können trotz aller Unterschiede und Widrigkeiten absolut die Standards der Medizin, wie wir sie kennen und praktizieren, gehalten und eine adäquate Versorgung der Patienten bereitgestellt werden, auch wenn dies für Patienten und medizinisches Personal eine tägliche Herausforderung darstellt. Insbesondere Patienten, die eine regelmäßige Therapie, wie intravitreale Injektionen benötigen, müssen oft große Initiativen durch die weiten Wege zeigen, um die wenigen Zentren zu erreichen. So ist ein Besuch beim Augenarzt nicht nur wegen der Wartezeiten oft ein tagesfüllendes Programm für die Patienten. Des Weiteren wurde ich gebeten, einen wissenschaftlichen Vortrag über EyeStents und zur Micro-Invasive Glaucoma Surgery (MIGS) zu halten, welche wir in unserer Praxis in Grimma auch für den ambulanten Bereich etablieren konnten. Diese Möglichkeit der chirurgischen Glaukombehandlung, bei der winzige Stents durch das Trabekelmaschenwerk in den Schlemmschen Kanal

implantiert werden, kommen in Neuseeland aktuell nicht zur Anwendung. So war es mir möglich, neben vielen neuen Eindrücken auch einen aktiven Erfahrungsaustausch über Impulse aus der Heimat mit den Kollegen in Neuseeland zu führen.

In diesem Zusammenhang habe ich auch die sehr interessierte junge Studentin Aqueeda kennengelernt, die mir erzählt hat, dass auch sie Augenärztin werden möchte. In Neuseeland Augenarzt zu werden, ist ein langwieriger und steiniger Weg. Nach einem sechsjährigen Studium der Medizin muss man sich erst einige Jahre im klinischen Alltag beweisen und durch wissenschaftliche Arbeiten und freiwillige Zusatzweiterbildungen nachweisen, dass man zu den Besten gehört, um sich gegen andere Bewerber durchzusetzen. Denn alle zwei Jahre wird in ganz Neuseeland nur ein einziger Arzt zur fünfjährigen Facharztausbildung zum Augenarzt zugelassen, die mit einem einjährigen Fellowship (Auslandslehraufenthalt) endet. Ich wünsche Aqueeda viel Erfolg für ihren Traum vom Facharzt für Augenheilkunde und hoffe, dass

sie unserer Einladung nach Grimma nachkommt und vielleicht auch einen Teil ihres Fellowships in unserer Praxis absolviert.

Abschließend kann ich sagen, dass diese Reise nach Neuseeland eine unglaubliche Erfahrung für mich war, die mich sowohl fachlich als auch menschlich beeindruckt und geprägt hat. Vor allem die unfassbare Schönheit des Landes mit unglaublich vielseitigen Eindrücken von riesigen Wäldern, einsamen Stränden, monumentalen Gletschern und weiten grünen Wiesen wird mir genauso in Erinnerung bleiben, wie die Menschen und Begegnungen.

Ich danke Prof. Niels Hammer, Chefarzt Dr. Logan Mitchell und Dr. Harry Bradshaw sowie den Kollegen der Augenklinik der Universität von Otago in Dunedin für die Möglichkeit dieser unvergesslichen Erfahrung. ■

Dr. med. Anne-C. Zajonz, Grimma
Augenarztpraxis von Below/Riemer



Augenärztliche Kollegenschaft in Dunedin

Ärzte helfen zukünftigen Ärzten und Krankenschwestern in Afrika

Die Idee hat eine ehemalige Entwicklungshelferin, die neben ihrer Arbeit im Bereich der ländlichen Entwicklung in Uganda dort Menschen getroffen hat, die sich mit ihren bescheidenen Möglichkeiten um die Bildung und Entwicklung von Kindern kümmern, die entweder Waisen oder Kinder ganz armer Bauern sind.

Wer sind diese Leute? Von engagierten Bergführern der „Weismann Safaris & Expeditions-Uganda“ (<https://weismannexpeditions.com>) wurde 2018 die „Weismann Expeditions Foundation (WEFO)“ gegründet. Unter deren Dach läuft unter anderem das „Rwenzori Childcare Project“ mit dem Ziel, das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Waisen, Kindern in Not und behinderten Kindern zu verbessern. In Zusammenarbeit mit den umliegenden Gemeinden hat es sich Ziele auf die Fahnen geschrieben wie zum Beispiel:

- Sensibilisierung und Mobilisierung der Gemeindemitglieder für die Ausbildung von Kindern und für die Bedürfnisse von Waisen und behinderten Kindern,
- die Unterschiede in Versorgung und Schutz zwischen den bedürftigen und den besser gestellten Kindern zu verringern,
- Bereitstellung von näher gelegenen Gesundheitseinrichtungen und Förderung von Spiel und Sport für die Jugend.

Die Waisenkinder im Alter von drei bis 19 Jahren leben bei Pflegefamilien in den umliegenden Dörfern. Das Rwenzori Childcare Projekt kümmert sich um Hilfen bezüglich Schule, Kleidung und ähnlichem. Staatliche Unterstützung gibt es nicht. Die Kinder groß zu be-



Treffen mit Pius, Jovia, Linet und Janet, die bereits Unterstützung für ihre medizinische Ausbildung erhalten.

kommen ist keine einfache Aufgabe, da es durch HIV/AIDS und Bürgerkrieg überproportional viele Waisen gibt. Aber es ist faszinierend, mit welchem Elan sich Menschen engagieren, die selbst nicht viel haben!

Die Finanzierung der Grundschulbildung aller Kinder ist derzeit aus den Mitteln der WEFO gut abgesichert, aber es ist schwierig, die Schulgelder für ältere Schüler aufzubringen. So sitzen diese oft mehr oder weniger untätig zu Hause oder helfen in der Landwirtschaft, ohne Perspektive.

Bildung hat den mächtigsten Hebel für eine Veränderung. So sind wir stolz darauf, seit 2015 inzwischen schon sechs Kindern auf dem Weg zum Studium unter die Arme gegriffen zu haben. Sie wollen studieren und in ihrem Land etwas bewegen! Besonders häufig besteht der Wunsch, Arzt, Hebamme oder Krankenschwester zu werden. Wie groß der Bedarf an diesen Berufen ist, erleben die Kinder hautnah in ihren Bergdörfern.

Es geht an der Stelle auch nicht nur ums Geld. Für die Kinder ist es eine große moralische Unterstützung, wenn

sich auf dieser großen weiten Welt jemand gerade für sie interessiert und ihnen unter die Arme greift. Auf die Unterstützung ihrer Eltern mussten sie ja oft schon verzichten.

Ich habe hier in Uganda schon mehrfach junge Erwachsene getroffen, die erzählt haben, dass jemand aus Deutschland, Schweden oder einem anderen europäischen Land ihr Studium finanziert hat. In diesen Worten schwangen jedes Mal Dankbarkeit und Verantwortungsgefühl, etwas daraus zu machen. Ich habe das als sehr berührend erlebt. Auch unser erstes unterstütztes Mädchen Janet nach zwei Jahren nicht mehr als schüchtern und leise, sondern als selbstbewusste junge Frau zu erleben, macht mir heute noch Gänsehaut.

2019 stand die Finanzierung für Lyahinda Pius Makalia auf der Kippe, denn einer der bisherigen Sponsoren war verstorben, ein anderer musste die Unterstützung aus finanziellen Schwierigkeiten heraus aufgeben. Umso mehr hat es uns gefreut, dass sich eine junge Apothekerin aus Thüringen des 17-jährigen Pius annahm und seinen Wunsch, Arzt zu werden, finanziell unterstützt. Nun wünschen sich sieben weitere Jugendliche eine Förderung:

Berufswunsch Hebamme:

- Biira Felestus (20 Jahre), ihre AIDS-kranken Eltern ernähren sich selbst

aus dem eigenen Garten, können aber das Schulgeld nicht aufbringen.

- Masika Agnes (19 Jahre) verlor mit 14 Jahren ihren Vater. Ihre Mutter konnte ihr zwar die Schulbildung ermöglichen, jedoch reicht das Geld nicht für eine medizinische Ausbildung.

Berufswunsch Krankenschwester/ Krankenpfleger:

- Niwamanya Avitus (17 Jahre) verließ seinen alleinerziehenden Vater nach der Grundschule, um sich als Haus-Boy zu verdingen. Sein Chef ermöglichte ihm den Abschluss der Senior 4 (analog der 10. Klasse), aber nun bekommt er keine weitere Unterstützung.
- Bwambale Wisely (20 Jahre) ist Vollwaise und wuchs bei seiner Großmutter auf, die ihn bis zur Senior 4 unterstützte und nun aber selbst zu alt ist, um das Geld für die weitere Ausbildung ihres Enkels zu verdienen.
- Musoki Sharon (21 Jahre) wuchs auch als Vollwaise bei der Großmutter auf, die sie nach der Senior 4 nicht für eine weiterführende Ausbildung zu unterstützen vermag.
- Muhumuza Sergius (20 Jahre) kommt aus einer sehr armen Familie, hat die Senior 4 schon vor zwei Jahren abgeschlossen und hilft mangels Schulgeld daheim in der Landwirtschaft.

Berufswunsch Arzt:

- Masereka Zonus (23 Jahre), sein Vater ist ein Fischer, der sich nicht um seine Familie kümmert. Zonus ist sehr begabt und wurde daher bis zur Senior 4 staatlich unterstützt. Er lebt derzeit bei Verwandten, die ihn nicht finanziell unterstützen können.

Um diesen jungen Menschen eine Ausbildung in ihrem Land zu ermöglichen, bitten wir hier um Hilfe. Welcher Arzt möchte sich gern an einer Patenschaft für einen der Jugendlichen beteiligen? Die Aufwendungen für die Sekundarstufe 5 und 6 (entspricht unserem Abitur) betragen im Jahr circa 900 Euro. Das beinhaltet die Gebühren für Schulbesuch, Internat und eine Grundausrüstung (Schuluniform, Bücher und Schreibmaterial sowie ein kleines Taschengeld). Ein Betreuer der WEFO bezahlt semesterweise die Schulgelder für die Jugendlichen vor Ort direkt an die Ausbildungseinrichtungen. Eine anschließende medizinische Ausbildung kostet circa 1.500 Euro/Jahr. Die Kosten für ein Studium liegen etwas höher. Es wäre toll, wenn wir mit Ihrer Hilfe den jungen Leuten eine Ausbildung ermöglichen könnten, die in ihrem Land sehr dringend benötigt wird! Bei Interesse können Sie mich gern kontaktieren: birgit.haschke@gmx.net ■

Birgit Haschke
„Bildung trifft Entwicklung“
www.bildung-trifft-entwicklung.de

Anzeige