

# Ärzteblatt Sachsen

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



## ÄRZTE FÜR SACHSEN: ON TOUR IM ERZGEBIRGSKREIS

Lesen Sie auf Seite 10

Wie geht es uns?  
Aktuelle Studie zur  
Gesundheit und  
Berufszufriedenheit 5

Lehre in  
Corona-Zeiten

12

Klinisches Management  
bei vorzeitiger  
Wehentätigkeit

32

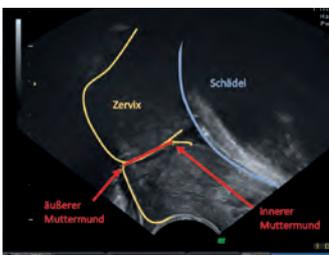
## Inhalt



Lehre in Corona-Zeiten  
Seite 12



Die Neuregelung der  
Fesselung und Fixierung in  
§ 31 SächsPsychKG  
Seite 25



Klinisches Management bei  
vorzeitiger Wehentätigkeit  
Seite 32

<b>EDITORIAL</b>	▪ Lebensgrundlagen erhalten . . . . .	4
<b>BERUFSPOLITIK</b>	▪ Wie geht es den sächsischen Ärzten? . . . . .	5
	▪ Ärzte für Sachsen: On Tour im Erzgebirgskreis . . . . .	10
	▪ Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland . . . . .	11
<b>CORONA-PANDEMIE</b>	▪ Lehren in Corona-Zeiten . . . . .	12
	▪ Lehr-Erfahrungen in Corona-Zeiten . . . . .	13
	▪ COVID-19: Schulen sind keine Hotspots . . . . .	15
	▪ Corona-Pandemie in Sachsen – Rückblick und Ausblick . . . . .	16
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	▪ Organspende 2.0: Der Neustart wird gelingen! . . . . .	18
	▪ Förderung „Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung“ . . . . .	18
	▪ Behandlung von Frauen und Familien mit peripartalen psychischen Erkrankungen . . . . .	19
	▪ Dresdner Pathologen seit 25 Jahren aktiv in der Telepathologie . . . . .	21
	▪ 7. Erfahrungsaustausch der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie . . . . .	24
<b>RECHT UND MEDIZIN</b>	▪ Die Neuregelung der Fesselung und Fixierung in § 31 SächsPsychKG – Verweisungs- und Formulierungsfragen . . . . .	25
<b>MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE</b>	▪ Start in die Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte . . . . .	28
<b>MITTEILUNGEN DER KVS</b>	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen . . . . .	29
<b>ORIGINALIE</b>	▪ Klinisches Management bei vorzeitiger Wehentätigkeit . . . . .	32
<b>TAGUNGSBERICHT</b>	▪ Qualitätssicherung in der Kardiologie . . . . .	36
<b>LESERBRIEFE</b>	▪ Corona-Pandemie . . . . .	39
<b>PERSONALIA</b>	▪ Jubilare im September 2020 . . . . .	40
<b>EINHEFTER</b>	▪ Fortbildung in Sachsen – Oktober 2020	



Dr. med. Steffen Liebscher

© SLÄK/fotografisch

## Lebensgrundlagen erhalten

Ärzte diagnostizieren und behandeln, helfen und heilen, tun nur Gutes und retten die Welt. Ist das auch Ihr Anspruch an sich selbst?

Ich will mit dieser Eingangsfrage einen Spannungsbogen andeuten, dessen Existenz ich zwischen den Angehörigen unserer Berufsgruppe unterstelle und den ich bei mir selbst wahrnehme.

Im Ehrenamt bin ich unter anderem Vorsitzender des geschäftsführenden Ausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV), die in summa fast fünf Milliarden Euro an den Kapitalmärkten dieser Welt anzulegen hat. Aus dieser Funktion heraus schreibe ich auch diese Zeilen. Ich bin ein rentenaher Jahrgang, mithin über 30 Jahre Arzt und als Hausarzt sehr basisnah tätig. Ich fahre einen über zehn Jahre alten SUV. Den Besitz eines großen Autos rechtfertige ich vor mir mit meinem Wohnort auf dem Dorf und der Notwendigkeit, bei jedem Wetter und zu jeder Tages- und Jahreszeit flexibel sein zu müssen. Auf meiner ökologischen Habenseite steht, dass ich seit über 25 Jahren unser Haus für zehn bis zwölf Bewohner mit Holz heize. Solar für Wärme und Strom sind selbstredend fast ebenso lange vorhanden.

Warum dieser persönliche Exkurs? Ich möchte Sie fragen, ob wir darin einig sind, dass wir als Berufsgruppe, unzweifelhaft als ein elitärer Teil der Gesellschaft, mehr Verantwortung wahrnehmen müssen für die Erhaltung unserer Lebensgrundlagen? Was kann, was sollte dabei jeder selbst tun? Gibt es einen gemeinsamen Nenner, auf den sich das Gros der sächsischen Ärzte verständigen kann?

Nachhaltigkeit – der Begriff wurde von einem Sachsen vor Jahrhunderten geprägt. Ich mag ihn trotzdem nicht. Nehmen

wir lieber „verantwortliches Investieren“. Nur was ist das? Jeder wird das anders beantworten. Die Stichworte sind: Armut, Artensterben/Biodiversität, Atomausstieg, CO<sub>2</sub>-Ausstoß, Dekarbonisierung, Flugverkehr, Kinderarbeit, Klimawandel, Lärm, Plastikmüll, soziales Gefälle, Tierwohl, Waffenexporte. Sie sehen die Probleme in ihrer Reihenfolge als falsch priorisiert an? Nun, ich habe sie nach dem Alphabet geordnet, weil hier mein größtes Problem anfängt: Wer ordnet diese Unzahl an Problemen nach ihrer Wichtigkeit? Wo ist die Evidenz für Wege aus den Dilemmata? Wer kauft sich beim nächsten Mal das kleine Elektroauto? Wer will das ständige Rauschen des Windkrafttrades auf seiner Terrasse? Holt man am Morgen das Fahrrad aus der Garage oder gibt es wieder die Ausrede für den SUV? Abstrakt für etwas eintreten, ist einfach, auf Wohlstand und Komfort verzichten, schon etwas ganz anderes.

Ich stelle diese Fragen in den Raum, um eine Diskussion anzuregen, weil immer öfter sowohl von Seiten der Politik, als auch ärztlichen Interessenverbänden die Forderung nach einer „nachhaltigen“ Ausrichtung der Investitionspolitik einer Ärzteversorgung gestellt wird. Mein Standpunkt ist, dass es sich um ein zentrales gesamtgesellschaftliches Anliegen handelt, dessen Prioritätensetzung durch die Politik nach einem breiten Dialog in der Bevölkerung und nach der jeweils besten Evidenz vorzunehmen wäre. Damit wäre auch der Rahmen für Zukunftsinvestitionen für alle (!) Kapitalanleger abgesteckt und demokratisch legitimiert.

Unser Versorgungswerk hat eine im Sächsischen Heilberufekammergesetz festgelegte Aufgabe: die materielle Absicherung der Rentner und Hinterbliebenen. Mehr steht dort erst einmal nicht. Ich bekomme nicht oft, aber doch regelmäßig Briefe von Mitgliedern, die die Dynamisierung ihrer Renten oder Anwartschaften kritisch hinterfragen. Was würde mit der Rentabilität der Anlagen passieren, wenn wir unsere Geldanlagen in diesen ohnehin schwierigen Zeiten noch strikter als derzeit, nach „Nachhaltigkeits“-Kriterien ausrichten müssten? Wie sind mögliche Irrwege, in die investiert wird und die niedrigere Renten bewirken, vor der gesamten Mitgliedschaft zu rechtfertigen? Ich weise nur beispielhaft darauf hin, dass meine Holzheizerei schon lange nicht mehr unumstritten ist (unter anderem Feinstaub) und dass Windräder von großen Teilen der Bevölkerung kritisch gesehen werden.

Mein Editorial soll ein Auftakt für eine Diskussion sein. Die SÄV investiert schon lange nach den ESG-Kriterien. Wenn in Zukunft weitere, andere Schwerpunkte gesetzt werden sollen, braucht es einen breiten Konsens der Mitglieder und demokratisch herbeigeführte Beschlüsse. ■

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstandsmitglied

# Wie geht es den sächsischen Ärzten?

## Aktuelle Studie zu Belastung, Gesundheit und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten

F. S. Hussenöder<sup>1</sup>, I. Conrad<sup>1</sup>, St. G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

Seit der ersten Erhebung zu beruflicher Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte im Jahr 2007 [1] sind inzwischen zwölf Jahre vergangen und viele der damals relevanten Entwicklungen haben sich in den letzten Jahren eher noch verstärkt. Hierzu zählen beispielsweise ein Verlust an ärztlicher Autonomie, eine Zunahme berufsfremder Tätigkeiten, Kosten- und Zeitdruck sowie ein zunehmender Verwaltungsaufwand [2 – 4]. Zusätzlich haben sich gerade in der letzten Dekade durch die Digitalisierung und den demografischen Wandel weitere Spannungsfelder ergeben. All dies kann zu erhöhtem psychosozialen Stress, Unzufriedenheit, Enttäuschung und Ausgebranntsein beitragen [5 – 8]. Gleichzeitig tragen berufliche Zufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden von Ärzten auch zur Zufriedenheit der Patienten und einer besseren medizinischen Versorgung bei [9 – 11]. Um die Situation von Ärzten und damit auch ihre Leistungsfähigkeit und die Qualität des Gesundheitssystems nachhaltig zu sichern und zu verbessern, ist es wichtig, die damit im Zusammenhang stehenden Faktoren und Ursachen zu verstehen. Es war deshalb das Ziel unserer Studie, Arbeitsbedingungen, Gesundheit, Zufriedenheit und Work-Life-Balance sowie das Vorliegen von Stressoren und Ressourcen bei der sächsischen Ärzteschaft zu untersuchen. Die Studie wurde von der Sächsischen Landesärztekammer initiiert und

finanziert und vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig realisiert. Sie ist inhaltlich und methodisch an eine Erhebung aus dem Jahr 2007 angelehnt [1] und ermöglicht damit einen Vergleich über die Zeit. Parallel zur beschriebenen Befragung wurde eine inhaltsgleiche Erhebung mit 134 berenteten, beruflich aktiven Ärzten durchgeführt, deren Ergebnisse am Ende dieses Artikels kurz dargestellt werden.

### Teilnehmer

Im September 2019 wurde durch die Sächsische Landesärztekammer eine Stichprobe von 4.520 Ärzten aus der Grundgesamtheit der 18.085 im Jahr 2019 ärztlich tätigen Mediziner in Sachsen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und zur Teilnahme eingeladen. Circa einen Monat nach dem Versand wurde eine Erinnerung im „Ärzteblatt

Sachsen“ veröffentlicht. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dem ISAP anonym (ohne Absenderangabe) mit einem frankierten Rückumschlag zugesandt. Nach der Bereinigung enthielt die Analytestichprobe noch 1.412 Ärzte, davon 841 Frauen (59,6 Prozent), mit einem Durchschnittsalter von 45,4 Jahren. Von den befragten Ärzten leben 23 Prozent in einer festen Beziehung, 64 Prozent sind verheiratet, 75 Prozent haben Kinder und 91 Prozent geben Deutsch als ihre Muttersprache an. Der größte Anteil der Mediziner lebt in Großstädten über 100.000 Einwohner (53 Prozent), nur sieben Prozent leben in einem Dorf/Landstadt mit weniger als 5.000 Einwohnern. Während Männer aller Altersgruppen zum größten Anteil (90,7 Prozent) Vollzeit arbeiten, fällt der Anteil bei Frauen niedriger aus (71,1 Prozent). Die meisten Ärzte gehören der chirurgischen Fachrichtung (27,9 Prozent), der Inneren Medizin (17,7 Pro-

Tab. 1: Übersicht Stichprobe der Ärztestudie (N=1.412)

Alter	45,4 (11,4)
Geschlecht (weiblich)	841 (59,6 %)
Familienstand	
verheiratet	904 (64,0 %)
in einer Beziehung	323 (22,8 %)
alleinstehend	179 (12,6 %)
Wohnort	
ländlich (<=5,000 Einwohner)	104 (7,4 %)
Kleinstadt (<=20,000)	262 (18,6 %)
Mittelstadt (<=100,000)	283 (20,0 %)
Großstadt (<100,000)	745 (52,8 %)
Kinder	1.060 (75,1 %)
Muttersprache deutsch	1.284 (91,0 %)
Tätigkeitsbereich Klinik	714 (50,6 %)

Anmerkungen: Bei kontinuierlichen Variablen werden Mittelwerte (Standardabweichungen) angegeben, bei kategorialen Variablen absolute Werte (prozentuale Anteile). Die Addition der einzelnen Häufigkeiten ergibt nicht immer 1.412. Dies ist auf fehlende Angaben zurückzuführen.

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

zent) oder der Allgemeinmedizin (12,7 Prozent) an. Insgesamt gaben 29,1 Prozent der Befragten an, selbstständig zu sein. 17,4 Prozent arbeiten in Schichtdiensten, wobei hier die Innere Medizin vorne liegt (27,6 Prozent). 80,3 Prozent der Mediziner führen Bereitschaftsdienste aus. Ein Überblick über die Stichprobe findet sich in Tab. 1.

### Ergebnisse

Die sächsische Ärzteschaft ist nach wie vor einer hohen allgemeinen beruflichen Belastung ausgesetzt, auch wenn diese sich seit der ersten Erhebung im Jahr 2007 verringert hat. 81,1 Prozent der Mediziner fallen in die Kategorie „hohe Belastung“ (2007: 86,8 Prozent). Neben inhaltlichen Aspekten des Arztberufes spielt hier sicher auch die hohe durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 51,6 Stunden (inklusive Überstunden) eine Rolle. Obwohl die selbstberichtete Arbeitszeit bei Vollzeit tätigen Medizinerern seit der ersten Erhebung um circa fünf Stunden abgenommen hat, liegt sie immer noch deutlich über einer Vierzig-Stunden-Woche. Zudem nehmen fast alle Mediziner ihren Beruf auch mit in die Freizeit, beim Urlaub sind es 2019 immerhin noch 38,5 Prozent.

Die unterschiedlichen Arbeitskontexte, in denen die Mediziner arbeiten, wirken sich dabei auch auf die Angaben zur Work-Life-Balance aus. So weisen ambulant tätige Ärzte – die seltener Schichtdienste absolvieren und häufiger drei oder mehr Wochenenden im Monat frei haben – eine bessere Work-Life-Balance auf, als ihre Kollegen in der Klinik. Insgesamt betrachtet liegen die sächsischen Ärzte hinsichtlich ihrer Work-Life-Balance in etwa gleichauf mit den Lehrern aus Gymnasien, Real- und Gesamtschulen, welche die Validierungsstichproben der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life-Balance bilden [12].

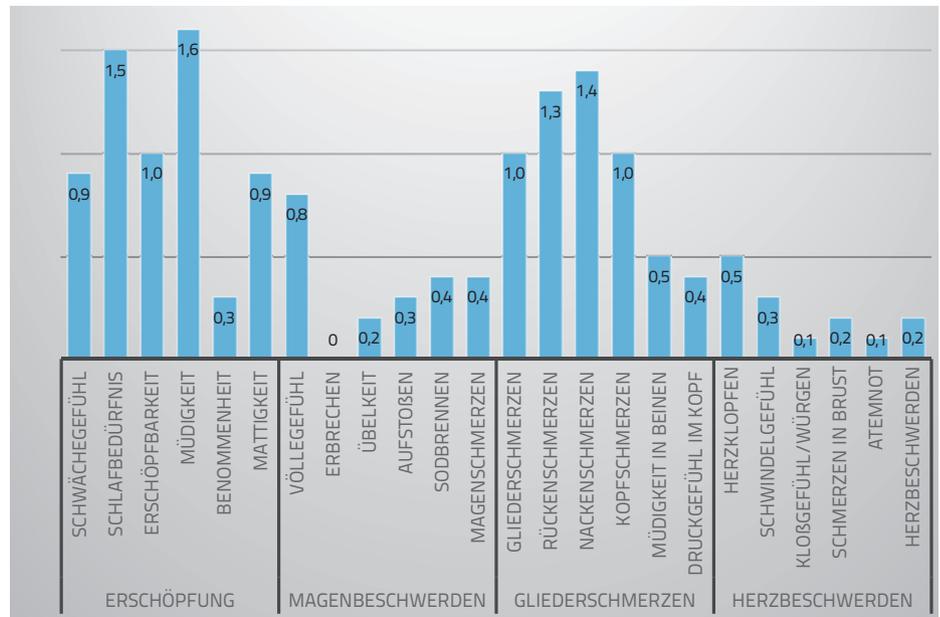


Abb. 1: Mittlere Punktwerte für die Intensität von vorliegenden Einzelbeschwerden [0–4] des GBB-24 [14] nach Beschwerdekomplex

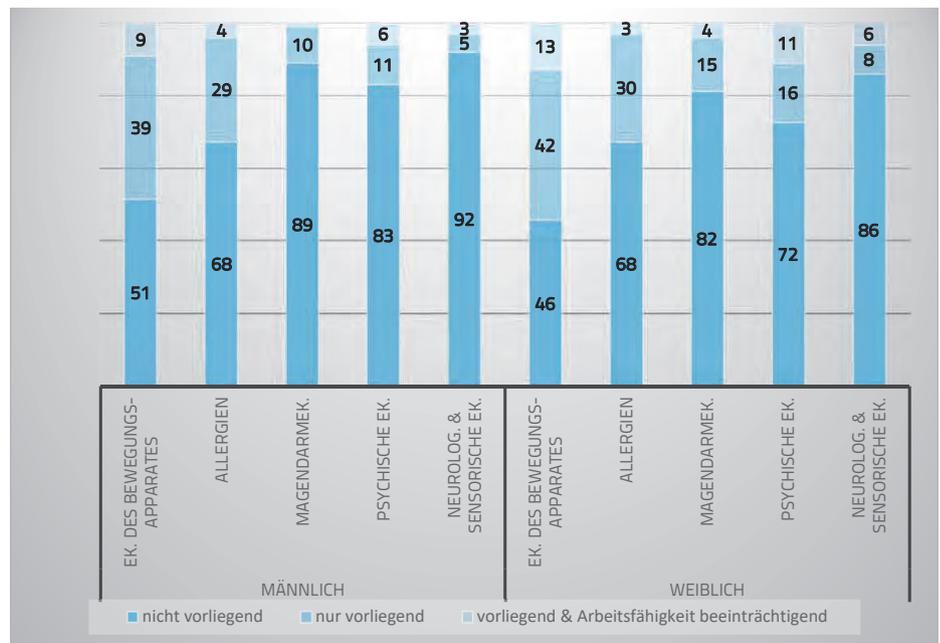


Abb. 2: Häufigste vorliegende Beschwerden/Erkrankungen und durch diese hervorgerufene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht (in Prozent)

Etwas anders sieht es mit der Belastung durch sich ändernde Anforderungen, beispielsweise in Bezug auf Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, aus. 65,9 Prozent gaben hier eine hohe Belastung an, allerdings traf dies bei ambulant tätigen Medizinerern signifikant häufiger zu als bei ihren Kollegen

in der Klinik (82,9 Prozent versus 57,4 Prozent). Zudem nimmt diese Form der Belastung mit dem Alter zu. Betrachtet man die Bedeutung von Praxen für die Versorgung insbesondere des ländlichen Raumes und die durch den demografischen Wandel bedingte Alterung der Ärzteschaft, so kommt dieser Form

der Belastung eine Schlüsselrolle zu, wenn es darum geht, die sächsische Ärzteschaft zu entlasten.

Trotz der insgesamt hohen Belastung schätzt die sächsische Ärzteschaft ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit insgesamt als gut ein. Dies korrespondiert mit dem gesunden Lebensstil der sächsischen Ärzte, welche im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine höhere sportliche Aktivität und einen günstigeren BMI aufweisen. Besonders deutlich wird dies bei den Ärztinnen, von denen sich 72 Prozent im Bereich des Normalgewichtes befinden und nur sechs Prozent adipös sind, während es bei den Frauen der Allgemeinbevölkerung 45 Prozent und 24 Prozent sind [13]. Zudem ernährt sich der Großteil der Ärzte nach eigenen Angaben gesund (Ärzte: 75,3 Prozent, Ärztinnen: 84,3 Prozent) und weniger als jeder Zehnte raucht. Was Sport, Ernährung und Tabakkonsum angeht, haben sich die Ärzte seit der letzten Erhebung damit sogar noch verbessert.

Trotz des allgemein guten gesundheitlichen Zustandes werden Beschwerden angegeben. Allgemein ist der Beschwerdedruck, welcher hauptsächlich auf Erschöpfung und Gliederschmerzen zurückzuführen ist, bei Frauen, stationär tätigen Medizinerinnen und bei Ärzten unter 40 Jahren erhöht. Genauere Angaben zu den einzelnen Beschwerden aus dem Gießener Beschwerdefragebogen [14] finden sich in Abb. 1.

Erkrankungen des Bewegungsapparates liegen sowohl hinsichtlich der Verbreitung als auch hinsichtlich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit an erster Stelle (siehe Abb. 2). 9,1 Prozent der Ärzte geben eine Beeinträchtigung bei der Arbeit durch psychische Erkrankungen an, das sind mehr als bei der Ersterhebung mit 6,8 Prozent.

Auch wenn nur wenige Ärzte an einem manifesten Burnout leiden, so gibt doch die Hälfte einzelne Burnout-Symp-

tome an. Damit kam es hier zu einer Zunahme im Vergleich zu 2007. Aus gesundheitlicher Sicht fällt insbesondere eine Risikogruppe auf: Stationär tätige Mediziner weisen einen höheren Beschwerdedruck auf und berichten häufiger Burnout-Symptome (51,0 Prozent versus 40,0 Prozent) aber auch Burnout (6,6 Prozent versus 2,9 Prozent) als ihre ambulanten Kollegen (siehe Abb. 3).

Insgesamt attestieren sich 94,5 Prozent der Ärzte und 84,7 Prozent der Ärztinnen eine hohe berufliche Leistungsfähigkeit, wobei stationär tätige Ärzte hier etwas vor ihren ambulanten Kollegen liegen.

Die Studienteilnehmer wurden nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Arztberufs befragt. Es zeigt sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit, besonders in Bezug auf die Sinnhaftigkeit des ärztlichen Handelns. Die Zufriedenheit mit dem Gehalt hat seit der Ersterhebung zugenommen, ist dennoch aber im Vergleich zu den anderen Zufriedenheitsbereichen immer noch eher niedrig. Die Zukunftsvorstellungen und -wünsche der sächsischen Ärzteschaft sind insgesamt positiv, auch wenn sie etwas unter denen der ersten Erhebung liegen. So möchten 80,9 Prozent (2007: 83,6 Prozent) der befragten Ärzte weiterhin in ihrem Beruf tätig bleiben und 36 Prozent kön-

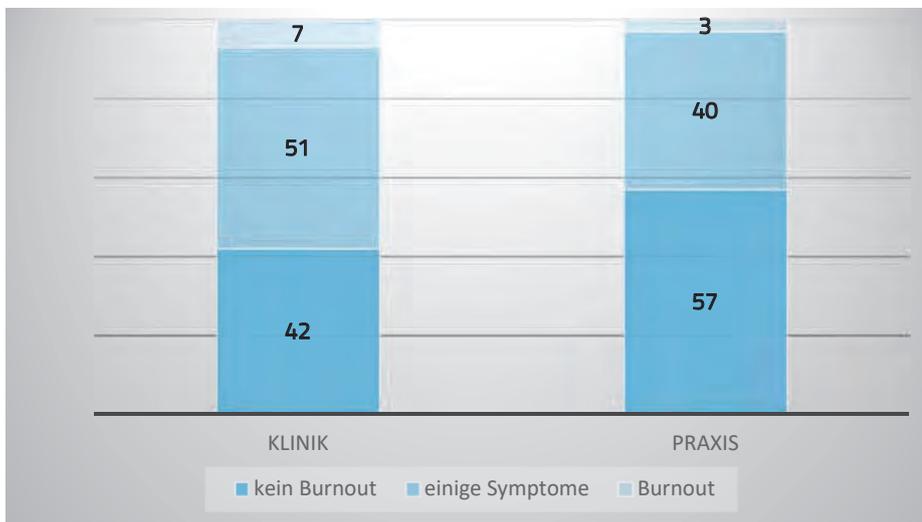


Abb. 3: Klassifikation des Burnout-Risikos nach Kalimo et al. (2003) [15] in Abhängigkeit vom Tätigkeitsort [in Prozent]

nen sich eine Zukunft ohne ihren Beruf nicht vorstellen (2007: 26,9 Prozent).

### Exkurs: berentete, beruflich aktive Ärzte

Bei den 134 berenteten, beruflich aktiven Ärzten (39,6 Prozent Ärztinnen) handelt es sich um eine äußerst heterogene Stichprobe im Alter zwischen 63 und 87 Jahren (Durchschnitt: 73,6), von denen 37 Prozent bis zu zehn Stunden pro Woche arbeiten und 34 Prozent 11 bis 20 Stunden. Berentete Ärzte weisen in den Bereichen Work-Life-Balance, Erholungsunfähigkeit und Burnout-Symptome gute Ergebnisse auf, die besser als die Werte ihrer nicht berenteten Kollegen sind. Sie geben insgesamt eine hohe Zufriedenheit an und liegen bei subjektivem Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit auf hohem Niveau, wenn auch etwas

unter den Werten der aktiven Ärzte. Im Vergleich zeigen die berenteten Ärzte einen ähnlich gesunden Lebensstil wie die aktiven Ärzte über 60 Jahre aus der Hauptstichprobe, treiben aber seltener Sport. Als beeinträchtigend werden vor

### Es zeigt sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit, besonders in Bezug auf die Sinnhaftigkeit des ärztlichen Handelns.

allem Erkrankungen des Bewegungsapparates erlebt (12,7 Prozent). Zudem fühlen sich berentete, beruflich aktive Ärzte (41,8 Prozent) und Ärztinnen (52,0 Prozent) durch sich ändernde Anforderungen belastet.

### Fazit

Insgesamt haben sich bei der sächsischen Ärzteschaft seit der ersten Erhebung Verbesserungen bezüglich Freizeit und Gesundheitsverhalten ergeben. Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit sind weiterhin hoch, allerdings treten auch Erschöpfungssymptome häufig auf; psychische Erkrankungen haben zugenommen. Die berenteten Ärzte ähneln ihren aktiven Kollegen, geben aber allgemein geringere Belastungen an und schätzen ihren Gesundheitszustand und ihre subjektive Leistungsfähigkeit erwartungsgemäß geringer ein.

Detaillierte Angaben zu Studiendurchführung, Stichproben, Ergebnissen und Bedeutung finden sich im Abschlussbericht der Autoren auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Presse/ÖA → Publikationen. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:

Dr. phil. Felix S. Hussenoeder

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health

Universität Leipzig

Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

E-Mail: [Felix.Hussenoeder@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Felix.Hussenoeder@medizin.uni-leipzig.de)

Anzeige

**Jetzt elektronischen Heilberufsausweis beantragen!  
Lange Bearbeitungsfristen!**

Sächsische  
Landesärztekammer  
Vereinschaft des öffentlichen Rechts

Ab 1. Januar 2021 elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtend  
<https://portal.slaek.de>

# Ärzte für Sachsen: On Tour im Erzgebirgskreis

Am Samstag, dem 11. Juli 2020, war das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ endlich wieder auf Tour. Diesmal ging es mit 14 interessierten Medizinstudierenden aus Dresden und zwei Ärzten aus Leipzig in den Erzgebirgskreis, um sich persönlich und vor Ort ein Bild machen zu können über das Leben und Arbeiten als Arzt in Sachsen.

An der ersten Station, der Hausarztpraxis von Dr. med. Ulf Bellmann in Geyer, wurden die Teilnehmer der Tour von Dr. Bellmann, seiner Ärztin in Weiterbildung, Dr. med. Claudia Schuster, sowie der Regionalkoordinatorin der Modellregion Marienberg, Ina Winterstein, begrüßt. In drei Gruppen konnten die Studierenden die Praxis besichtigen und mehr darüber erfahren, welche Herausforderungen die ärztliche Tätigkeit in eigener Niederlassung mit sich bringt.

Die jungen Mediziner interessierten sich dabei auch für den Weg Dr. Bellmanns zur eigenen Praxis: Sei ihm von Anfang an bewusst gewesen, dass er Hausarzt werden will? Warum hat er sich für eine Gemeinschaftspraxis entschieden? Dr. Bellmann erklärte, dass keinesfalls schon immer feststand, dass er die bestehende Arztpraxis seines Vaters übernehmen will, sondern sich dies erst später, nach einigen Jahren im stationären Bereich, herausbildete. Der Entschluss für die jetzige Gemeinschaftspraxis mit Lucie Armbricht ist „auch aus dem Wunsch nach Zusammenarbeit für die Aus- und Weiterbildung junger Kollegen entstanden.“

Beim Thema Weiterbildung beschrieb die Regionalkoordinatorin Ina Winterstein die Perspektiven im neu etablier-



Gemeinsam mit Dr. med. Ulf Bellmann (2. R. m.) begrüßte der Bundestagsabgeordnete Alexander Krauß (2. R. r.) die Teilnehmer in Geyer.

ten Weiterbildungsverband Erzgebirge, dessen Koordinator für den ambulanten Bereich Dr. Bellmann selbst ist. Ziel des Verbundes ist es, den jungen Ärzten eine strukturierte und organisierte Facharztweiterbildung unter Berücksichtigung individueller Wünsche im stationären und ambulanten Sektor zu ermöglichen. Dr. Schuster konnte die guten Weiterbildungsbedingungen vor Ort nur bestätigen.

Beim zweiten Halt an den Kliniken Erlabrunn gGmbH erhielten die Teilnehmer einen Einblick in den Klinikalltag eines akademischen Lehrkrankenhauses. Nach einer kleinen Fallbesprechung durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, Ovidiu Andrei, bei der die Teilnehmer ihr Fachwissen testen konnten, wurde das Haus bei einem Rundgang vorgestellt. Dr. med. Mathias Baldauf, Facharzt für Innere Medizin, und David Blei, Arzt in Weiterbildung, führten von Intensivstation über Kreißsaal bis zur Notaufnahme und beant-

worteten alle Fragen zu den Abläufen. David Blei betonte dabei, dass er vor allem das familiäre Arbeitsklima unter den Kollegen schätze.

Die Resonanz der Beteiligten war durchweg positiv. In den Kliniken Erlabrunn haben sich die Studierenden unter anderem nach Möglichkeiten für das PJ erkundigt. Eine Teilnehmerin wird aller Voraussicht nach ihre Weiterbildung in Erlabrunn beginnen.

Die nächste „Ärzte für Sachsen – On Tour“ ist für Oktober dieses Jahres geplant. Dann steht der Landkreis Meißen mit den Elblandkliniken und dem Meißner Weiterbildungsverband im Fokus der Veranstaltung. ■

Anna Josefine Ryszel  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland

## Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland Ein historischer Abriss

Herausgeber: Sächsische Landesärztekammer  
ISBN: 978-3-00-065294-3  
Schutzgebühr: 15,00 Euro  
Das Buch ist nicht im Buchhandel erhältlich.  
Es kann per E-Mail kostenpflichtig über  
oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de bestellt  
werden.

Mit diesem selbstbewussten, historisch gut begründeten Titel hat die Sächsische Landesärztekammer eine Abhandlung zur ärztlichen Berufs- und Standespolitik von Medizinhistorikern und berufspolitisch engagierten Ärzten erarbeiten lassen. Der hochinteressante Abriss wurde zum 30-jährigen Jubiläum der Sächsischen Landesärztekammer im Juni 2020 publiziert und umfasst die letzten 200 Jahre ärztlicher Emanzipation.

Das Buch widmet sich der Herausbildung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen. Von hier gingen entscheidende Impulse auf die nationale Ebene aus, sei es durch den Initiator und Mitbegründer des Deutschen Ärztevereinsbundes, der späteren Bundesärztekammer, Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter aus Dresden oder Hermann Hartmann, dem Begründer des Leipziger Verbandes, des späteren Hartmannbundes. Mit dessen Ruf „Ärzte aller deutschen Länder, vereinigt euch!“ erhoben sich die Ärzte gegen Willkür der Krankenkassen und restriktive Gesundheitspolitik.

In den Kapiteln wird die Entwicklung des sächsischen Ärztstandes im nationalen und internationalen Kontext in sechs unterschiedlichen soziokulturellen und politischen Etappen dargestellt. Der Ausgangspunkt der Betrachtungen ist das Ende der Napoleonischen Kriege 1815 und die ersten Bestrebungen der



Ärzte, sich in Vereinen zu organisieren. Die weiteren Beiträge erstrecken sich über das Kaiserreich, die Weimarer Republik, das Dritte Reich, die Deutsche Demokratische Republik (DDR) bis hin zu den Entwicklungen im Rahmen der deutschen Wiedervereinigung 1989/1990 mit der Neugründung und Etablierung der Sächsischen Landesärztekammer. Neben den großen Erfolgen, wie den gelungenen Gründungsaktivitäten und dem späteren Zusammenwirken der Player in der Weimarer Republik, stehen gravierende Niederlagen und die schwere Schuld der deutschen und sächsischen Ärzteschaft im sogenannten Dritten Reich Hitlerdeutschlands. Auch diesem dunklen Kapitel deutscher Geschichte widmet sich das Buch.

Nach 13 Jahren Nationalsozialismus folgten in Ostdeutschland 40 Jahre staatlich organisierte und gelenkte Medizin mit gravierenden Mängeln der materiell technischen Ausrüstung, aber auch Vorteilen, zum Beispiel einer soliden ärztlichen Basisbetreuung, der sektorenübergreifenden Behandlung

sowie der Polikliniken, die im Vereinigungsprozess vorschnell verworfen wurden. In den abschließenden Kapiteln wird der schwierige Übergangsprozess vom sozialistischen zum marktwirtschaftlich pluralistischen Gesundheits- und Sozialsystem dargestellt, das für viele ostdeutsche Ärzte riesige und gravierende Lebens- und Karriereeinschnitte bedeutete. Gezeigt werden die Schwierigkeiten aber auch neuen Möglichkeiten, die die ersten Jahre des Aufbaus von Kassenärztlicher Vereinigung und Landesärztekammer kennzeichneten und zu deren Lösung auch die materiellen und ideellen Hilfen westdeutscher Partner beigetragen haben. Insbesondere der Beitrag des Initiators und Promotors des Projekts zeigt die Etablierung ärztlicher Standesstrukturen von den frühen Verbänden 1989 hin zur Sächsischen Landesärztekammer, ihre nationale und internationale Zusammenarbeit und ihre Bedeutung von den Anfängen 1990 bis zur Gegenwart. Die Wiedergeburt der Sächsischen Landesärztekammer zu einem tragfähigen Funktionskomplex ärztlicher Berufs- und Standespolitik stellt für die selbstverwaltete Ärzteschaft Sachsens eine bedeutende Errungenschaft in Gegenwart und Zukunft dar. Als Fazit und Ausblick befasst sich der Autor mit den Herausforderungen und künftigen Anforderungen des Arztbildes der Zukunft.

Es ist zu hoffen, dass sich die sächsischen Ärzte für ihre Geschichte interessieren, neue Einsichten gewinnen, kritische Fragen stellen, ihre Stellung in Medizin und Gesellschaft hinterfragen und sich für die ärztliche Selbstverwaltung engagieren. ■

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Gründungsmitglied und Ehrenpräsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

# Lehren in Corona-Zeiten

M. Neef<sup>1</sup>, A. Lachky<sup>1</sup>, I. Chaberny<sup>1</sup>, I. Bechmann<sup>1</sup>,  
F. Lordick<sup>1</sup>

„Liebe Studierende, reisen Sie noch nicht an, woher auch immer“ – so lautete der Aufruf in der Pressemitteilung der Universität Leipzig am 12. März 2020, in der auch die zunächst geplante Verschiebung der Präsenzveranstaltungen auf den 4. Mai 2020 bekannt gegeben wurde. Am offiziellen Semesterstart am 6. April wurde festgehalten, sodass die Medizinische Fakultät nun vor der Herausforderung stand, innerhalb von dreieinhalb Wochen das Curriculum mehrheitlich in digitalen Formaten abzubilden. Um nicht in Schockstarre zu verfallen, wurde kurzerhand eine „Taskforce Sommersemester“ gebildet, die sich wenige Tage später zu einem ersten Treffen zusammenfand. Allen Beteiligten war klar, dass die Wahrscheinlichkeit einer Präsenzlehre ab Mai 2020 gering sein werde, sodass bereits von Anfang an die Digitalisierung für das komplette Sommersemester anvisiert wurde.

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Leipzig

Digitale Lehrangebote und die Expertise dazu gab es an der Fakultät zwar schon länger, jedoch stellten diese bisher eine Ergänzung zu Präsenzveranstaltungen dar. Neben der Herausforderung der flächendeckenden Schulung der Lehrenden zur Erstellung digitaler Medien mussten zunächst die entsprechenden technischen Ressourcen geschaffen werden. Die aufgrund der Dringlichkeit verkürzten Entscheidungsprozesse ermöglichten es der Fakultät, innerhalb weniger Tage (und Nächte) mehrere leistungsstarke Server zum Videostreaming, für Videokonferenzen und digitale Whiteboards, für ein Forum mit integrierter Cloud sowie ein digitales Konferenzsystem anzuschaffen.

Während am Anfang des Semesters der Fokus auf der Erstellung von Screencasts (vertonte Präsentationen) zur digitalen Abbildung von Vorlesungen und des Unterrichts am Krankenbett lag, setzten sich bereits ab Mitte April interaktive Lehr- und Lernformate zunehmend durch. Dabei kamen vor allem Videokonferenzen in Kleingruppenformaten zur gemeinsamen Erörterung und Auflösung der in den Screen-

casts gestellten Aufgaben zur Anwendung. Für eine asynchrone Zusammenarbeit mit den Lehrkräften und zum kollaborativen Austausch zwischen den Studierenden wurde das neu geschaffene Forum – insbesondere in der Anatomie – intensiv genutzt.

In der anfänglichen Findungsphase mussten Lehrende und Studierende gleichermaßen erst lernen, mit den neuen Formaten umzugehen. Neben einer technischen Mindestausstattung erfordert das rein digitale Lernen eine gesteigerte Selbstlerndisziplin und -kompetenz. Die Aufgabe der Ärzte war es nun nicht nur, die für die eingesetzten Formate modifizierten Lernziele zu vermitteln, sondern auch die Motivation der Studierenden aufrechtzuerhalten. Dazu filmten wir Patienten und deren klinische Befunde, führten Interviews mit ihnen und den behandelnden Experten, hielten Operationen und andere Therapieverfahren im Video fest und arbeiteten diese als interaktive Patientenfälle auf. Die Studierenden übernahmen dadurch selbst die Rolle des Behandlers und mussten Diagnostik- und Therapievorschlüsse dazu machen.

Um die zahlreichen Lehrenden mit unterschiedlicher „digitaler Vorerfahrung“ in der Kürze der Zeit zu ertüchtigen, selbst diese Lehrformate zu erstellen und zu nutzen, haben wir kurze Video-Anleitungen und Screencasts produziert. Die dazu notwendige Technik konnte zentral ausgeliehen werden. Mit Unterstützung durch studentische Hilfskräfte, die das Schneiden, Produzieren und Bereitstellen der Videos übernahmen, konnten in diesem Semester circa 1.400 Videos angeboten werden. Diese wurden durch die Studierenden insgesamt 330.000 Mal ab-



Dr. med. Martin Neef unterrichtet Leipziger Medizinstudierende per Videokonferenz.

gerufen. Im Forum entstanden mehr als 3.200 Beiträge zu 600 Themen. Für einen – zumindest audiovisuellen – „persönlichen“ – Kontakt wurden kumuliert mehr als 150 Tage Videokonferenzen geführt. Diesen Innovationsschub gilt es nun zu nutzen, um in zukünftigen Konzepten für die studentische Ausbildung die digitalen Formate sinnvoll mit der Präsenzlehre zu kombinieren.

Die am Ende des Semesters durchgeführten Prüfungen fanden unter Einhaltung eines differenzierten Hygienekonzeptes wieder in Präsenz statt. Auch anatomische Demonstrationen wurden in Kleingruppen am Präparat durchgeführt, da deren Verständnis doch nur im dreidimensionalen Raum wirklich gelingt.

Trotz anfänglicher Skepsis war das Engagement der meisten Lehrenden überragend, sodass es gelang, hochwertige Lehr-Materialien innerhalb kurzer Zeit für die Studierenden bereitzustellen und somit den, im Unterschied zu den meisten anderen Medizinischen Fakultäten in Mitteldeutschland, Start der Lehrveranstaltungszeit Anfang April einzuhalten. Nicht unerwähnt bleiben darf das freiwillige Engagement vieler Studierender zur Konzeption der Lehrformate und Unterstützung bei der Erstellung derselben. Auch die Patienten waren in Anbetracht der durch die Pandemiesituation nicht möglichen Präsenzlehre überaus motiviert, an der Erstellung von Lehrvideos mitzuwirken.

Auch wenn es rückblickend betrachtet in großen Teilen gelang, eine qualitativ hochwertige Lehre anzubieten, sehnen sich alle Beteiligten wieder nach einer – zumindest punktuellen – Präsenzlehre. In der Medizin sind naturgemäß viele Lernziele nicht in rein digitaler Form abbildbar und so bleibt nur zu hoffen, dass es Anfang Oktober heißt: „Liebe Studierende, bitte reisen Sie wieder an.“ ■

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Martin Neef

Universitätsklinikum Leipzig

Klinik und Poliklinik für Kardiologie

Liebigstraße 20, 04103 Leipzig

E-Mail: Martin.Neef@medizin.uni-leipzig.de

## Lehr-Erfahrungen in Corona-Zeiten

Interview mit Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

**Sie sind als Hausarzt in der Lehre am Uniklinikum Leipzig engagiert. Was genau ist dabei Ihre Aufgabe und in welchem Umfang nehmen Sie diese normalerweise wahr?**

Ich halte im Rahmen der Vorlesungsreihe „Allgemeinmedizin“ Vorlesungen. In der Regel sind das drei bis vier Veranstaltungen im Jahr zu den Themen „Chronische Erkrankungen“, „Hausbesuch“, „Hauterkrankungen“ und seit diesem Jahr zu dem Thema „Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“.

Zusätzlich betreue ich Studenten im Rahmen des Blockpraktikumsunterrichts, in Famulaturen und weiteren Praktika bis hin zum Praktischen Jahr.



Erik Bodendieck, Facharzt für Allgemeinmedizin und Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

**Das Corona-Virus hat auch an den Universitäten in der Lehre zu einschneidenden Veränderungen geführt. Was hat das für Sie bedeutet?**

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig hat im Frühjahr fast alle Präsenzveranstaltungen abgesagt. Demzufolge musste der Lehrstoff in eine andere Veranstaltungsform umgesetzt werden. Dafür gab es unterschiedliche Möglichkeiten, wie vertonte Power Point Präsentationen oder Vorlesungen vor leerem Hörsaal. Sie alle hatten aber zur Konsequenz, dass man als Lehrender kein direktes Feedback von den Studierenden erhielt. Zumindest war dies bei meinen Veranstaltungen so. Die Inhalte wurden vorab für die Stu-

dierenden aufgezeichnet und waren dann digital abrufbar. Des Weiteren sind auch die Blockpraktikumsveranstaltungen ausgefallen. Die jungen Kollegen bekamen Fälle vorgelegt, sodass ich am Telefon mit den Studierenden die Fälle durchgesprochen habe. Bei allen Lehrformaten hatte ich das große Problem, keinen Unterricht am Patienten durchführen zu können.

**Schon für die hauptamtlich an der Lehre beteiligten Mitarbeiter war die Umstellung eine große Herausforderung. Wie haben Sie als Externer dies empfunden und was war für Sie die größte Herausforderung?**

Die größte Herausforderung bestand zunächst darin, sich die neuen Lehrmethoden anzueignen. Ganz praktisch heißt das, sich vor den Bildschirm zu setzen und seine eigene Präsentation aufzuzeichnen. Das bedarf einer großen Selbstdisziplin. Die andere Herausforderung war, dem Studenten etwas zu erklären, ohne es ihm zeigen zu können. Besonders die Durchführung des Blockpraktikumsunterrichts empfand

ich als schwierig. Zwangsläufig gab es Verluste in der Interaktion und Kommunikation mit dem Studenten, sodass ich nicht immer sicher sein konnte, ob er es verstanden hat oder nicht.

**Welche Unterstützung haben Sie bei der Umstellung auf Online-Unterricht durch die Universität erfahren?**

Die Unterstützung seitens der Uni war für mich gut und ausreichend und es gab immer die Möglichkeit, eine Rückkopplung zu geben. Wie auch in anderen Bereichen bin ich plötzlich mit Dingen und Technik konfrontiert worden, die ich in der jetzigen Zeit und so schnell nicht für möglich gehalten hätte.

**Welches Fazit ziehen Sie?**

Da will ich zwei Dinge nennen. Der Einsatz von Technik ist eine geeignete Maßnahme, den Studierenden rein theoretische Inhalte nahezubringen, während sie nicht zwingend im Hörsaal sitzen. Ich glaube, dass wir für die Zukunft darüber nachdenken müssen, wie wir dieses sehr stark verschulte Medizinstudium in ein Studium um-

wandeln, das nach einer langen Schulzeit auch entsprechend Spaß macht und die Studierenden anregt, dem Vorlesenden zuzuhören und die praktischen Erfahrungen kennenzulernen. Hier sind wir bei einem negativen Punkt: Es kann nicht alles über Medien ohne Interaktion gelehrt werden. Die Interaktion ist dringend notwendig, um die praktischen Erfahrungen und die Anleitungen zu übermitteln und damit zu befähigen, als Ärzte Patienten sach- und qualitätsgerecht zu untersuchen und zu behandeln. Dazu braucht es die Interaktion zwischen Lehrendem und Student und natürlich auch die Interaktion zwischen Student, Patient und Lehrendem, damit man nachvollziehen kann, inwieweit die Kompetenzen ausgebildet sind. Der große Vorteil ist, dass wir neue Lehrformate finden können, die vor allem für die theoretische Wissensvermittlung genutzt werden kann. Die praktische Wissensvermittlung darf dabei nicht hinten runterfallen.

**Gibt es noch etwas, was Sie zu Ihren Erfahrungen nach einem halben Corona-Lehrjahr ergänzen möchten?**

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Studierenden hoch interessiert waren. Die Kontakte, die ich während des Blockpraktikums hatte, waren wirklich toll. Ich hatte junge Kolleginnen am Telefon, die sich mit den Themen intensiv beschäftigt und Fragen gestellt haben. So hat sich mein Eindruck, dass wir eine tolle Studentenschaft haben, umso mehr bestätigt. Wir sollten in Zukunft die Lehrformate gut mischen, wenn wir wieder die Möglichkeit der Präsenzveranstaltungen haben. ■

**Vielen Dank für das Gespräch!**

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

Anzeige

## 12. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

**23. September 2020 | 16.00 - 19.00 Uhr**  
**Wasserkraftwerk Mittweida**

// Was wir bieten: Neue Förderungen und Modellprojekte

// Wie wir arbeiten: Arbeitsmodelle Heute

// Was wir wollen: Junge Ärzte in Sachsen

Anmeldung: [info@aerzte-fuer-sachsen.de](mailto:info@aerzte-fuer-sachsen.de) | 0351 8267 136

Weitere Infos: [www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de)



# COVID-19: Schulen sind keine Hotspots

Die Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden und das Dresdner Universitätsklinikum Carl Gustav Carus hatten im Mai 2020 eine Studie zur Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus an sächsischen Schulen gestartet. Mitte Juli wurden die Ergebnisse der ersten Testphase mit über 2.000 Teilnehmern präsentiert. Es ist die bisher bundesweit größte Studie, bei der im Rahmen der Wiedereröffnung der Schulen nach dem Lockdown erfasst werden soll, wie viele Schüler und Lehrer Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus in sich tragen und wie sich dessen Ausbreitung über die Zeit verändert. Die Zahlen geben Aufschluss über den aktuellen Immunitätsstatus von Lehrern und Schülern. Sie liefern daher auch wichtige Anhaltspunkte dafür, wie der Schulbetrieb nach den Sommerferien weitergehen kann.

## Geringer Immunisierungsgrad

Von den 2.045 untersuchten Blutproben ließen sich in zwölf zweifelsfrei Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus nachweisen. Damit liegt der Immunisierungsgrad in der Gruppe der Studienteilnehmer deutlich unter einem Prozent (0,6 Prozent) und fällt geringer aus als prognostiziert.

## Dynamik der Virusverbreitung bisher überschätzt

Die Wissenschaftler um Studienleiter Prof. Dr. med. habil. Reinhard Berner, Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, ziehen ein positives Fazit, die dynamische Verbreitung des Virus in Familien betreffend. Diese wurde offenbar bisher überschätzt. Denn in 24 Familien der Studienteilnehmer gab es mindestens einen bestätigten Corona-Fall, aber nur bei einem der Probanden ließen sich Antikörper nachweisen.

## Schulen wurden nach Wiedereröffnung nicht zum Hotspot

In einigen der untersuchten Schulen gab es bestätigte Corona-Fälle. Dennoch waren bei den Lehrern und Schülern der betreffenden Einrichtungen nicht überdurchschnittlich mehr Antikörper nachweisbar, was darauf schließen lässt, dass sich die Schulen nicht zu Hotspots entwickelt haben.

Die Mediziner des Dresdner Universitätsklinikums Carl Gustav Carus haben in den Monaten Mai und Juni insgesamt 2.045 Blutproben von Schülern und Lehrern aus 13 weiterführenden Schulen in Dresden und den Landkreisen Bautzen beziehungsweise Görlitz untersucht. Von den 2.045 Proben stammten 1.541 von Schülern überwiegend der Klassenstufen acht bis elf. Zudem haben sich insgesamt 504 Lehrer beteiligt, ihr Alter reichte von 30 bis 66 Jahren. Bei den Schülern lag der Anteil der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer in etwa gleich auf, bei der Lehrerschaft dominierten mit einem Anteil von 70 Prozent die Lehrerinnen. In einigen der 13 Schulen gab es diagnostizierte Corona-Fälle.

Der Anamnese zufolge gaben fünf Studienteilnehmer an, selbst zuvor positiv auf das SARS-CoV-2-Virus getestet worden zu sein. Zudem gab es 24 Haushalte, in denen im Vorfeld ein Familienmitglied positiv getestet worden war. Mediziner des Universitätsklinikums Dresden haben den Schülern und Lehrern jeweils fünf Milliliter Blut aus der Armvene entnommen. „Alle Proben wurden einem einheitlichen, zugelassenen Antikörpertest unterzogen. Er ist automatengeeignet und identifiziert in dem Serum Antikörper auf das Spike-Protein des SARS-CoV-2-Virus“, erklärt der Direktor des Instituts für Virologie der Medizinischen Fakultät der Techni-

schen Universität Dresden, Prof. Dr. med. Alexander Dalpke.

Zwischenzeitlich wurden erneut Blutproben entnommen. Zehn Prozent der Studienteilnehmer, das entspricht rund 200 Schülern und Lehrern, wurden noch einmal getestet, und zwar in den Schulen, an denen am 25. Mai die Probenentnahme gestartet hatte. Die zweite große Testreihe an allen 13 Schulen ist zu Beginn des neuen Schuljahres geplant, eine dritte soll es in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen Ende 2020 oder Anfang 2021 geben.



Am Institut für Virologie der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden wurden die Proben von Schülern und Lehrern analysiert.

Die Studienmacher warnen davor, ein positiver Antikörpertest sei kein Freibrief, denn der Nachweis von Antikörpern bedeute nicht zwangsläufig Schutz. Zudem gäbe es bei jedem Test auch sogenannte falsch positive Befunde, die vermeintliche Antikörper anzeigen, die tatsächlich gar nicht vorhanden sind. Nur wer in zwei der drei Verfahren positiv war, wurde als Antikörperträger klassifiziert. Entscheidend sei daher, sich die Antikörperentwicklung im Verlauf anzusehen, so die Virologen. Die vom Freistaat Sachsen finanzierte Studie ist auf einen Zeitraum von zwei Jahren angelegt. ■

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Corona-Pandemie in Sachsen – Rückblick und Ausblick

Web-Seminar am 16. Juli 2020

Zum Jahreswechsel 2019/2020 sahen wir die ersten Berichte aus China über Infektionen mit einer neuen Lungen-erkrankung.

Im Januar 2020 waren wir beunruhigt, als wir sahen, wie in China Regionen mit Millionen Einwohnern abgeriegelt und dort aus dem Erdboden neue Krankenhäuser gestampft wurden. Viele erinnerten sich an ihre mikrobiologischen Vorlesungen über Pandemien und über die bedrohlichen Verlaufsbeschreibungen der Spanischen Grippe zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Trotzdem fuhren wir in den Winterurlaub, lebten weiter wie gewohnt, feierten Karneval und erlebten Ende Februar, dass es auch in Deutschland nicht bei Einzelfällen der neuen COVID-19-Infektionen blieb.

Als Mitte März die Schulen auch in Sachsen schlossen und später der „Lockdown sich über Deutschland“ legte, hatte die vorausschauende Vorsicht und Disziplin der Bevölkerung die Infektionsdynamik bereits verlangsamt. Im „Lockdown“ konnte die Pandemie in ihrer ersten Welle kontrolliert werden.

Welche Rolle spielten die einzelnen Maßnahmen und die Akteure im sächsischen Gesundheitssystem und was unterschied unseren Verlauf von dem unserer europäischen Nachbarländer? Diesen Fragen widmete sich das Web-Seminar der Universitätsklinik Leipzig in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer, dem Universitätsklinikum Dresden und dem Klinikum Chemnitz am 16. Juli 2020.

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Petra Köpping, eröffnete das Symposium mit einer kurzen Einschätzung aus Sicht des Ministeriums, verbunden mit einem Dank an alle Beteiligten. Die zeitliche Verzögerung der Pandemie in Deutschland hatte einen Vorsprung in der Bewältigung ergeben, denn die Erfahrungen aus den schwer betroffenen Nachbarländern führten in Deutschland zu gezielten Interventionen, wie zum Beispiel die Einstellung von elektiven Behandlungen, um Reserven für COVID-Patienten garantieren zu können. Damit konnte eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindert werden.

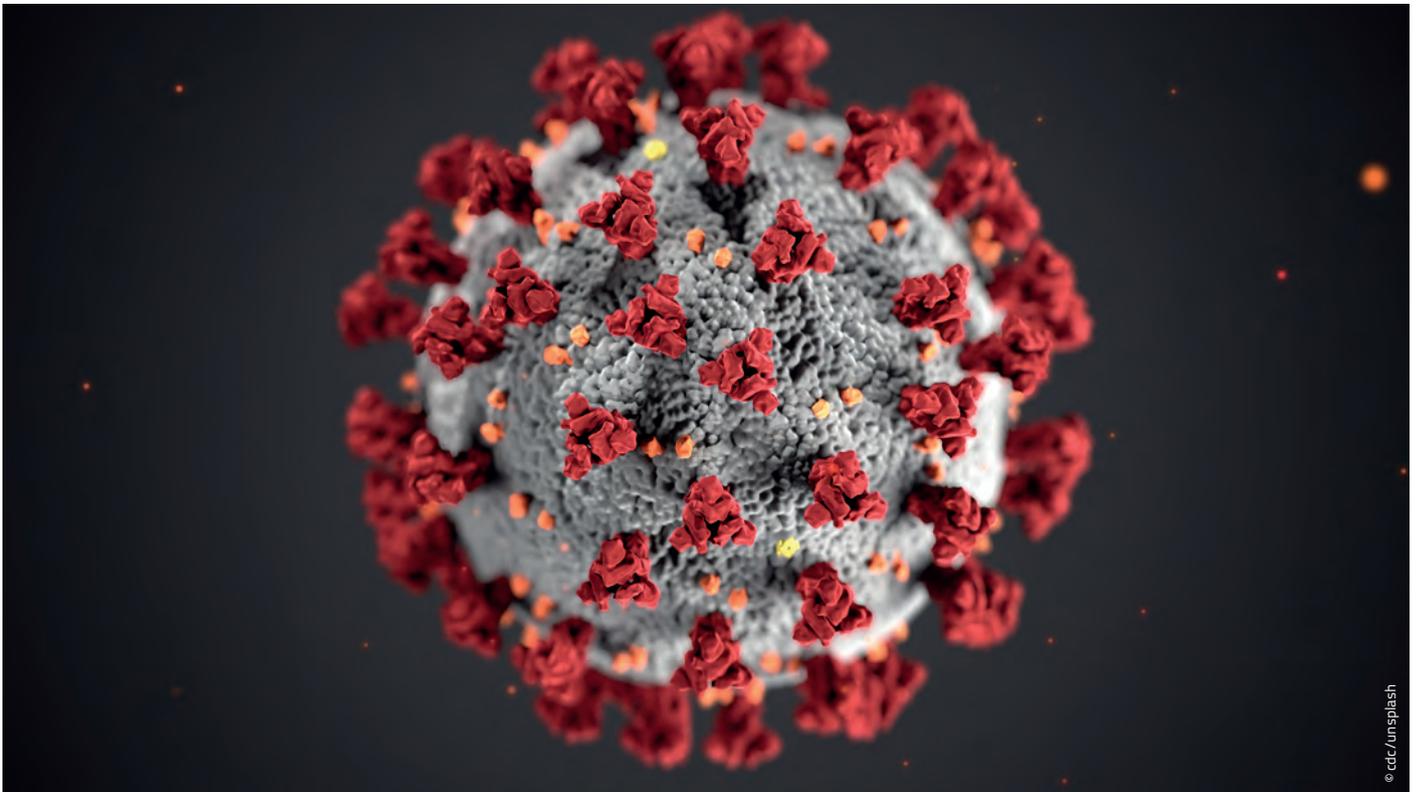
Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstands Universitätsklinikum Leipzig, Dr. med. Thomas Grünwald, Leiter der Klinik für Infektions- und Tropenmedizin am Klinikum Chemnitz, und Andreas Mogwitz, Medizinischer Geschäftsleiter Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden, schilderten die Erfahrungen aus Sicht der drei Koordinationskliniken. Die Bildung von drei Klinikclustern unter Koordination der Universitätskliniken Leipzig und Dresden und des Klinikum Chemnitz hatten eine tagesaktuelle Steuerung der COVID-Patienten möglich gemacht. Dabei wurden die Clusterkliniken auch fachlich und organisatorisch beraten, was in Sachsen einen erheblichen Vorteil in der Versorgung mit sich brachte, die Kliniken aber auch insgesamt dichter zusammenrücken ließ. Diesen gro-

ßen Vorteil, aber auch die immensen finanziellen Belastungen der Kliniken gerade durch den Ausfall der gesamten Routineversorgung betonte Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.

Prof. Dr. med. habil. Sven Bercker, Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Leipzig, berichtete anschaulich und empathisch von der Versorgung italienischer Intensivpatienten und gab uns einmal mehr das Gefühl, dass Europa nicht nur eine Wirtschaftsgemeinschaft, sondern auch ein Konstrukt gegenseitiger Hilfe sein soll und eben auch ist.

Dr. med. Sylvia Krug, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, arbeitete an Hand der Zahlen heraus, dass ein großer Vorteil in Deutschland die ambulante Versorgung der COVID-Patienten war. Alle leichten und mittelschweren Patienten wurden ambulant versorgt und konnten in heimischer Quarantäne isoliert werden. Dabei vervielfachte sich die Versorgung über Videosprechstunden sprunghaft, ein klares Signal für einen erheblichen Innovationsschub durch die Pandemie.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, betonte, wie wichtig jetzt im „freien Fenster“ die Vorbereitung auf eine eventuelle zweite Welle der Pandemie im Herbst sei. Praxen müssen ihre Lager für Schutzausrüstung füllen und ihre Hygienepläne



© cdtz/unsplash

anhand der Erfahrungen aus März und April ergänzen. Eine räumliche oder organisatorische Trennung der infektiösen Patienten von den nicht infektiösen ist zwingend notwendig, auch die Klärung der Durchführung der Abstriche. Eine zweite Welle wird nur überschaubar bleiben, wenn die niedergelassenen Kollegen bei Erkältungssymptomen konsequent IMMER einen Corona-Abstrich veranlassen. Auch wenn es nur Bruchteile von Patienten sein werden, die tatsächlich infiziert sind, ist die frühe Detektion in Kooperation mit den Gesundheitsämtern das A und O der Prävention.

Dieses interessante Corona-Symposium, das mit 200 angemeldeten Teilnehmern sehr erfolgreich war, wird die Sächsische Landesärztekammer durch ein fachliches Hybridseminar **„Corona: Oper in drei Akten“ am 30. September 2020 von 18.00 bis 21.00 Uhr fortsetzen.**

### Corona: Oper in drei Akten Programm

Ouvertüre: Prof. Dr. med. habil. Uwe-Gerd Liebert, Universitätsklinikum Leipzig: „Corona: wer bist Du? Was wissen wir über das Virus SARS-CoV-2?“

1. Akt: Dr. med. Dr. biol. hum. Katja de With, Universitätsklinikum Dresden: „Vorlauf, Symptome, Verläufe“

2. Akt: Prof. Dr. med. habil. Christoph Lübbert, Klinikum St. Georg Leipzig: „Stand der therapeutischen Möglichkeiten“

3. Akt: Dr. med. Thomas Grünwald, Klinikum Chemnitz: „Klinisches und Hygienemanagement“

Schlussakkord: Bericht aus dem niedergelassenen Bereich von der Versorgung in einem Hotspot

Dirigieren wird diese „Oper“ Prof. Josten, der auch die abschließende Frageunde moderiert.

Wir haben dieses Seminar als „Hybrid-Seminar“ bezeichnet, da Sie persönlich in der Sächsischen Landesärztekam-

mer teilnehmen können, aufgrund der Abstandsbestimmungen ist dies allerdings nur mit verbindlicher Anmeldung möglich (fortbildung@slaek.de).

Das Seminar wird auch live als Webseminar übertragen, den Anmeldelink finden Sie spätestens eine Woche vor der Veranstaltung auf [www.slaek.de](http://www.slaek.de), auf Facebook, Twitter und Instagram.

Im Nachgang können Sie das Seminar, das mit 4 CME-Punkten bewertet ist, auch online über unser WEB-Portal abrufen.

Wir freuen uns auf Sie! ■

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin  
Sächsische Landesärztekammer

Dr. med. Marco Hensel, Löbau  
Mitglied Redaktionskollegium  
„Ärzteblatt Sachsen“

# Organspende 2.0: Der Neustart wird gelingen!

## Einladung zum Symposium

Wir hatten diese Informationsveranstaltung leider im April 2020 absagen müssen und sind froh, jetzt zum neuen Termin

**Samstag, 26. September 2020,  
von 10.00 bis 16.00 Uhr  
einladen zu können.**

Die Veranstaltung wird in Kooperation mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt durchgeführt und informiert umfassend zu aktuellen gesetzlichen und organisatorischen Änderungen in der Organspende.

Aufgrund der beschränkten Plätze durch die aktuellen Hygieneregeln kann der Zugang nur verbindlich angemeldeten Teilnehmern gewährt werden. Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Das ausführliche Programm finden Sie im Online-Fortbildungskalender der Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Ärzte → Fortbildung.

Die Veranstaltung ist mit 7 Fortbildungspunkten zertifiziert und dank der Unterstützung durch das Sächsische Sozialministerium kostenfrei. ■



Sächsische Landesärztekammer  
Referat medizinische und ethische Sachfragen  
Tel.: 0351 8267-349 oder -344  
Fax: 0351 8267-312  
E-Mail: [ausschuesse@slaek.de](mailto:ausschuesse@slaek.de)

# Förderung „Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung“

Die Landeshauptstadt Dresden (Stadtplanungsamt) machte die Sächsische Landesärztekammer auf das Förderprogramm des Freistaates Sachsen zum Thema „Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung“ aufmerksam. Durch das Programm werden kleine Investitionen zur Schaffung von Barrierefreiheit in bestehenden ambulanten Arztpraxen gefördert. Unter ambulant im Sinne des Förderprogramms wird dabei die medizinische Versorgung des Patienten in einer Praxis ausschließlich für die Dauer der Behandlung und nicht für einen längeren Zeitraum verstanden. Betreffende Ärzte sollen ihre Idee in einer kurzen Vorhabenbeschreibung formulieren, den Aufwand kalkulieren und beides beim zuständigen Landkreis beziehungsweise der kreisfreien Stadt einreichen. Der Förderbetrag pro Vorhaben beträgt



höchstens 25.000 Euro. Es können bis zu 100 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben gefördert werden. Den Landkreisen/kreisfreien Städten obliegt die Entscheidung über die konkrete Fördermittelvergabe, in enger Abstimmung mit ihren Beauftragten für Menschen mit Behinderungen und Beiräten für Menschen mit Behinderungen. Sie treffen ihre Entscheidungen nach ihren Prioritäten zur barrierefreien Teilhabe aller Menschen an allem gesellschaftlichen Leben. Interessierte aus Dresden erhalten nähere Informationen, insbesondere zur Antragstellung, beim dortigen Stadtplanungsamt (Tel.: 0351/4883-621, E-Mail: [stadterneuerung@dresden.de](mailto:stadterneuerung@dresden.de)). ■

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer  
Sächsische Landesärztekammer

# Behandlung von Frauen und Familien mit peripartalen psychischen Erkrankungen

Zehnjähriges Jubiläum der Mutter-Kind-Tagesklinik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

K. Weidner<sup>1</sup>, A. Bittner<sup>1</sup>, A. Coenen<sup>1</sup>,  
J. Junge-Hoffmeister<sup>1</sup>

## Prävalenz und Bedeutung peripartaler psychischer Störungen

Peripartale psychische Störungen sind hochprävalent und stellen auch aufgrund der transgenerationalen Auswirkungen sehr ernst zu nehmende Gesundheitsstörungen dar. 15 Prozent der Frauen leiden an einer postpartalen Depression und zwölf Prozent an einer Angststörung. Aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen bei vier Prozent der Frauen, Persönlichkeitsstörungen bei ein bis zwei Prozent, postpartale Psychosen bei 0,1 bis 0,2 Prozent der Frauen und zunehmend auch Substanzstörungen bei bis zu zwölf Prozent spielen eine große Rolle [1 – 3]. Die Besonderheit peripartaler psychischer Störungen liegt in der Auswirkung auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, die Bindung zum Kind und die kindliche Entwicklung [4 – 7]. Insbesondere eine verzögerte oder beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindung bei Frauen mit postpartalen psychischen Störungen stellt für den Säugling ein negatives frühes Lebensereignis dar, kann das kindliche Verhalten negativ prägen und neurobiologische Veränderungen bewirken [8]. Je früher und stärker negative Lebensereignisse auf ein Individuum treffen, desto prägender und stärker zeigen sich entsprechende Auswirkungen [9, 10]. Mehrere Langzeitstudien zeigen eindrucksvoll den



Blick in den Aufenthaltsraum der Mutter-Kind-Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und Langzeitfolgen für die körperliche und psychische Gesundheit. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Kumulation von Kindheitsbelastungsfaktoren, wie zum Beispiel Vernachlässigung, Gewalt, aber auch psychische Störungen der Eltern, die mit Bindungsstörungen einhergehen können, das Risiko für spätere Angst- und depressive Störungen, Essstörungen sowie Diabetes mellitus, Schlaganfall, koronare Herzerkrankung, Hepatitis B, COPD, Rachen-, Lungen- und Cervixkarzinome deutlich erhöhen [11]. Mütterliche psychische Störungen in der Peripartalzeit stellen somit sehr ernst zu nehmende Gesundheitsstörungen mit hohen Kosten im Lebensverlauf dar.

**Identifikation und Therapie peripartaler psychischer Störungen**  
Mindestens die Hälfte der Fälle peripartaler psychischer Störungen werden

nicht erkannt und nur ein kleiner Teil der identifizierten Frauen befindet sich in einer adäquaten Behandlung [12]. Auf der anderen Seite gibt es effektive Behandlungsformen, insbesondere gibt es mittlerweile einige Erfahrungen zur bindungsorientierten Behandlung postpartaler psychischer Störungen, das heißt der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind. Diese werden heutzutage als State of the Art angesehen [13]. Die internationalen Evaluationen dieser Behandlungsangebote sind durchaus positiv. Mütter weisen nach der Behandlung eine signifikante Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit auf, zum Beispiel eine signifikant niedrigere depressive Symptomatik und eine verbesserte Mutter-Kind-Bindung [14]. Die Evaluation von 13 Mutter-Kind-Einheiten in Frankreich zeigte Symptombefreiheit oder deutliche Besserung bei 69 Prozent der 869 befragten Frauen [15]. Ähnlich positiv

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

stellte sich der Verlauf bei 1.081 erfassten Frauen in acht Mutter-Kind-Einheiten in Großbritannien dar: Hier waren 78 Prozent symptomfrei oder deutlich gebessert [16]. Dabei zeigte sich jedoch, dass nicht nur die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind, sondern insbesondere die spezifische Interaktionstherapie bindungs- und gesundheitsfördernd ist [17]. In zahlreichen Ländern, insbesondere auch in Deutschland, besteht nach wie vor ein Defizit entsprechender Versorgungsangebote, so dass Mütter oft keine adäquaten Therapieangebote finden [18].

### Mutter-Kind-Tagesklinik und Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett

In diesem Jahr feiert die Mutter-Kind-Tagesklinik im Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden ihr zehnjähriges Bestehen.

Gleichzeitig begeht das Dresdner Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett ([www.schwangerschaft-wochenbett.de](http://www.schwangerschaft-wochenbett.de)) sein 20-jähriges Bestehen. Das Dresdner Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett ist ein interdisziplinäres ambulantes Versorgungsnetzwerk. Mitglieder des Netzwerkes ermöglichen Frauen und Familien mit psychischen Beschwerden und Störungen sowie psychosozialen Problemen rund um Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit eine schnelle, fachlich hochqualifizierte Behandlung. Betroffene haben keine Wartezeit auf einen Facharzt- beziehungsweise Psychotherapietermin und erhalten auch schnell Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Spezialambulanz und der Mutter-Kind-Tagesklinik im Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik des Universitätsklini-



kums Dresden, sodass auch die sektorübergreifende Versorgung niedrigschwellig in beide Richtungen gewährleistet ist. Hier werden Patientinnen und Familien mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden sowie Bindungsstörungen mit einem modernen interaktionszentrierten Therapieprogramm gemeinsam mit ihrem Säugling behandelt, oftmals schon beginnend in der Schwangerschaft im ambulanten Bereich.

Die Zuweisung in die Tagesklinik erfolgt aus dem niedergelassenen Bereich von Ärzten (unter anderem der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Gynäkologie/ Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychosomatik, Psychiatrie), ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Hebammen, Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen. Nach entsprechender Indikationsstellung in der Mutter-Kind-Ambulanz wird die Frau gemeinsam mit ihrem Säugling (bis circa 12 Monate) teilstationär aufgenommen und bindungsfokussiert behandelt [19, 20]. In Fällen einer akuten psychiatrischen stationären Vorbehandlung ohne Kind, zum Beispiel bei akuter Psychose oder Suizidalität, werden Patientinnen nach ausreichender Stabilisierung auch aus anderen Kliniken übernommen. Die

Therapie ist multiprofessionell und interaktionszentriert psychotherapeutisch und umfasst neben Einzelpsychotherapie, Paar- beziehungsweise Familiengesprächen und psychoedukativer Müttergruppe die somatische Behandlung der Frau und des Babys sowie die Psychopharmakotherapie. Spezialtherapeutische Angebote sind die Körpergruppen- oder -einzeltherapie, die Achtsamkeits- und Kreative Gruppe sowie Genussgruppe und interaktionszentrierte Angebote wie die therapeutische Babymassage. Die spezialisierte Interaktionstherapie beinhaltet Videointeraktionstherapie, Anleitung zu altersgerechtem Spiel, Begleitung bei der Versorgung des Säuglings im Alltag und Einzelarbeit mit der Mutter-Kind-Dyade in anspruchsvollen Situationen (zum Beispiel bei Kindern mit Regulationschwierigkeiten). Beratung fokussiert die Still-/Beikost- und Schlafberatung sowie sozialmedizinische und sozialpädagogische Themen.

Das Behandlungskonzept zielt sowohl auf die psychische Erkrankung der Mutter als auch die oftmals resultierende Mutter-Kind-Beziehungsstörung hin, das heißt die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Bindung zum Kind. Eine sozialpädagogische Kinderschutzfachkraft initiiert im Bedarfsfall Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen (zum Beispiel Familienhebammen) beziehungsweise Jugendhilfe nach SGB VIII (zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe) und wird in Fällen einer latenten oder akuten Kindeswohlgefährdung an der Schnittstelle zum Jugendamt wirksam. Die Behandlung von inzwischen mehreren 100 Frauen und ihren Kindern hat sich in der Begleitforschung als sehr effektiv erwiesen, insbesondere bezüglich Symptomreduktion, Befähigung zum sicheren Bindungsaufbau zum Kind mit Feinfühligkeit, Erkennen der Bedürfnisse des Babys unter Einbeziehung des Partners, Förderung der Mentalisie-

rungs- und Empathiefähigkeit, Schaffung von Ressourcen, Reduktion von Hilflosigkeit und Verbesserung des Kompetenzerlebens und somit Verbesserung der Bindung [21]. Durch die Verhinderung der Projektion mütterlicher emotionaler Defizite auf das Baby (zum Beispiel Parentifizierung) sowie Vermeidung der Übertragung ungefilterter Emotionen auf das Baby (wie zum Beispiel Wut und Aggressivität) ergibt sich die Option der Prävention transgenerationaler Konflikte.

### Zusammenfassung

Aufgrund des zunehmenden Wissens um die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und frühen familiären Entwicklungsbedingungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit für die Entwicklung von psychischen,

psychosomatischen aber auch somatischen Erkrankungen über die Generationen hinweg, kommt unserer Arbeit auch zukünftig große Bedeutung zu. Dies gilt nicht zuletzt in diesen schwierigen Zeiten der COVID-19-Pandemie, in der die Frauen dieser Gesellschaft oftmals unter besonders großer Belastung stehen. Wir haben in den vergangenen Wochen in unserer täglichen klinischen Arbeit gespürt, was es für Schwangere bedeutet, deren Geburtsvorbereitungskurse nicht mehr stattfinden und die isoliert mit weiteren kleinen Kindern die Wochen bis zur Entbindung überbrücken mussten oder welche Risiken für psychisch erkrankte Mütter/Väter und vor allem auch Kinder entstehen, wenn Strukturen der Tagesversorgung wegfallen und die Familien keine aufsuchenden Familien-

hilfen oder regelmäßigen Therapieangebote mehr erfahren. Es war und ist eine Herausforderung für uns alle, Familien mit psychisch und psychosomatisch erkrankten Familienmitgliedern besonders im Blick zu behalten.

Wir möchten diese öffentliche Gelegenheit nutzen, uns ganz herzlich für die sehr gute multiprofessionelle Zusammenarbeit mit allen Zuweisern und Kooperationspartnern zu bedanken. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner  
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und  
Psychosomatik

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de

## Dresdner Pathologen seit 25 Jahren aktiv in der Telepathologie

D. Kunze

Die Geschichte der Telepathologie in Dresden beginnt im Jahr 1995 mit dem europäischen Projekt EUROPATH (European Pathology assisted by Tele-matics for Health), das vom Autor gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Quantitative Morphologie“ am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums der Technischen Universität Dresden koordiniert wurde. Am Projekt beteiligt waren 24 Einrichtungen aus sechs EU-Ländern und der Schweiz. Ziel des Projektes war der Aufbau der Telepathologie als Zweig der Telemedi-

zin. Im Rahmen des Projektes wurden die praktischen Voraussetzungen und die Richtlinien für die Telekommunikation in der Pathologie erarbeitet. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Einsatz der Telepathologie in der Diagnostik war die Validierung der Methode durch den Vergleich der Ergebnisse mit der Auswertung der Originalpräparate, die zu einer weitgehenden Übereinstimmung führte. Nach dem erfolgreichen Abschluss von EUROPATH im Jahr 2000 wurde am Institut für Pathologie der Universität Basel von Oberholzer und Brauchli [1] das Telepathologie-System iPath ([\[www.iPath-network.com\]\(http://www.iPath-network.com\)\) entwickelt, das seitdem als Plattform für die Telekommunikation in der Pathologie genutzt wird. Zehn Jahre später wurde von der Fa. Klughammer mit Campus medicus eine weitere Plattform für Telepathologie \(<https://campusmedicus.com>\) bereitgestellt.](http://</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Das wichtigste Einsatzgebiet der Telepathologie ist die praktische histo- und zytopathologische Diagnostik. Von den Einsendern werden mikroskopische Bilder oder virtuelle Schnitte von einem Fall zusammen mit den notwendigen klinischen Angaben und Befunden auf den zentralen Server der Telepatholo-

R20-01511-Left tibia tumor, mesenchymal chondrosarcoma (11449/9) < | up | >

R20-01511-Left tibia tumor, mesenchymal chondrosarcoma Type: Sender: Sihosptp 2020-02-27 14:52 Sihanouk Hospital Center of HOPE, Cambodia

11F, left tibia tumor with pain on extension. Clinically in favor of giant cell tumor or aneurysmal bone cyst. Multiple small pieces of biopsy from the tumor, together are 1.5 cm.  
Impression: Mesenchymal chondrosarcoma

**Gallery:**

**Annotations** » Add comment

**kunze**  
2020-02-27 16:45  
The histology and the radiologic finding of a large well demarcated excentric osteolytic lesion in the upper tibia are consistent with a chondromyxoid fibroma.

**Jundt**  
2020-02-02 13:05  
I agree with Prof. Kunze. This is a chondromyxoid fibroma, a completely benign tumor that should be treated by local excision.  
attachment: CMF\_Treatment\_Stammore2014.pdf

Last modified: 2020-02-27 14:52:21

Abb. 1: Darstellung eines Konsultationsfalles aus Kambodscha: Eingesandt wurden Bilder von einem Befund im oberen Drittel der Tibia unter der Verdachtsdiagnose eines mesenchymalen Chondrosarkoms. Die Auswertung der Bilder ergab die Diagnose eines Chondromyxoidfibroms. Die Thumbnails der histologischen Bilder werden in einer Slideshow einzeln geöffnet und ausgewertet.

gie-Plattform gestellt und von den beratenden Pathologen ausgewertet (Abb. 1). Die Aufgabe der Berater besteht in der Formulierung einer Zweitmeinung, die entweder die Bestätigung oder die Änderung der Diagnose des Einsenders beinhaltet. In Fällen mit unklarer oder unbekannter Diagnose handelt es sich um einen Vorschlag für eine bestimmte Diagnose oder um die Erörterung der Differenzialdiagnose. Von den beratenden Pathologen werden objektive und kritische Kommentare zu den Fällen der Einsender gefordert, die den allgemein verbindlichen Standards der Diagnostik in der Pathologie entsprechen.

Als Organisationsformen gibt es in der Telepathologie geschlossene Nutzergruppen und offene Diskussionsgruppen. Die geschlossenen Nutzergruppen haben sich historisch aus der Zusammenarbeit mit Institutionen in Entwicklungsländern entwickelt. Sie bestehen aus einem lokalen Pathologen als Einsender und einem ausgewählten Kreis von Beratern. Offene Diskussionsgruppen sind dagegen für Einsen-

der und Berater aus mehreren Ländern zugänglich.

Geschlossene Nutzergruppen bestehen seit 18 Jahren in Kambodscha und Bangladesh. Bis Ende vergangenen Jahres wurden aus Phnom Penh insgesamt 8.880 und aus Dhaka 7.078 Fälle an den iPath-Server in Basel gesendet und ausgewertet.

Ein Beispiel für eine offene Diskussionsgruppe ist das iPath-Forum für Histopathologie, das vor 15 Jahren auf Initiative des Autors eingerichtet wurde. Die meisten Einsendungen kommen gegenwärtig aus Indien, Armenien, Ägypten, dem Iran und den Vereinigten Arabischen Emiraten. Seit 2005 wurden mehr als 14.000 Fälle an das Forum gesendet und beurteilt. Die Häufigkeitsverteilung der Fallzahlen (Abb. 2) zeigt einen Anstieg auf 1.600 Fälle bis zum Jahr 2016. Die sinkenden Fallzahlen in den folgenden Jahren sind auf die Einrichtung eines speziellen Forums für Dermatopathologie zurückzuführen, das auf Initiative eines Kollegen aus Riad (Saudi-Arabien) gegründet wurde

und inzwischen ebenfalls über 1.000 Fälle im Jahr registriert.

Der Erfolg der Telepathologie wird am Nutzen für die Einsender gemessen. Die Ergebnisse lassen sich in vier Kategorien einteilen:

- Bestätigung der Diagnose des Einsenders,
- Klärung von Fällen mit unbekannter oder unklarer Diagnose,
- Erörterung der Differenzialdiagnose und
- Fälle, für die keine Diagnose oder Differenzialdiagnose gestellt werden kann.

Für die Einsender besonders wichtig ist die Klärung von Fällen mit unbekannter oder unklarer Diagnose, die allerdings nicht immer möglich ist. In diesen Fällen wird im Kommentar eine Differenzialdiagnose gestellt und auf Möglichkeiten zur Klärung der Diagnose, zum Beispiel durch Einsatz der Immunhistochemie oder der Molekularpathologie, hingewiesen. Es bleibt eine Gruppe von Fällen, die sich nicht auswerten lassen, weil die Bildqualität nicht ausreicht, keine klinischen Angaben vorliegen

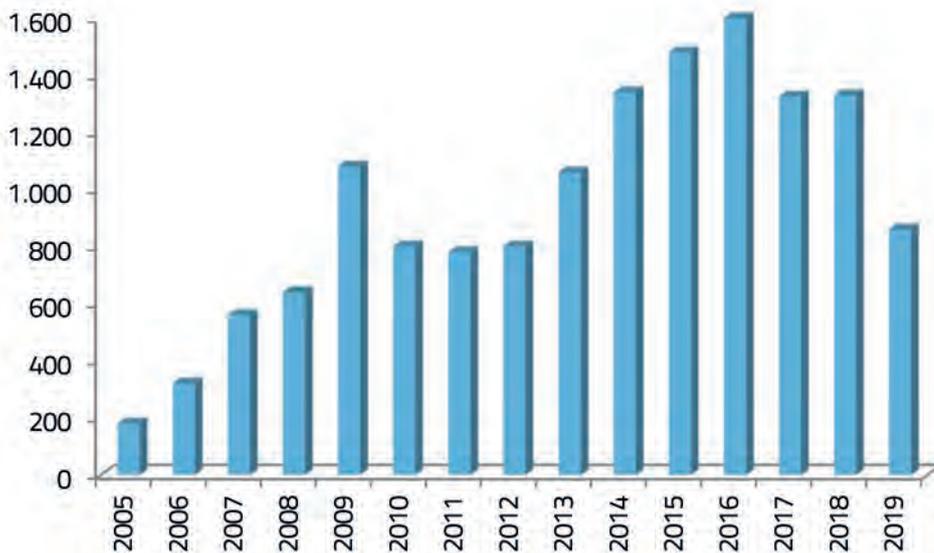


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Einsendungen an das iPath-Forum für Histopathologie

oder keine Zusatzmethoden zur Verfügung stehen.

Eine vor zwei Jahren durchgeführte Auswertung einer Stichprobe von 200 aufeinanderfolgenden Einsendungen im Forum für Histopathologie (Abb. 3) ergab eine Bestätigung der Diagnose in 22 Prozent und eine Klärung von Fällen mit unbekannter oder unklarer Diagnose in 53 Prozent. 22,5 Prozent der eingesandten Fälle wurden mit einer Differenzialdiagnose abgeschlossen und nur 2,5 Prozent der Fälle konnten nicht geklärt werden.

Das diagnostische Spektrum der Einsendungen aus den Partnerländern ist nicht grundsätzlich anders als in den europäischen Instituten, wenn man von bestimmten geografischen Beson-

derheiten, wie der Penicilliose und der Sparganose in Kambodscha oder dem häufigeren Vorkommen der Kimura'schen Erkrankung und der Kikuchi-Lymphadenitis in den südostasiatischen Ländern, absieht. Die onkologischen Fälle stellen auch in den Entwicklungsländern den Hauptanteil der Befunde.

Für die Telepathologie gibt es zwei methodische und technische Möglichkeiten: die digitale Telepathologie an virtuellen Schnitten und die Diagnostik an ausgewählten mikroskopischen Bildern, die als statische Telepathologie bezeichnet wird. Trotz der technischen Fortschritte in der digitalen Telepathologie ist die statische Telepathologie als Methode der Telekommunikation immer noch weit verbreitet. Bisher waren die geringeren Kosten der Einsender für die Infrastruktur ein wesentlicher Vorteil der statischen Telepathologie. Pathologen in Ländern mit begrenzten finanziellen Ressourcen können sich in der Regel keine teuren Scanner leisten. Inzwischen werden jedoch für das Präparatescanning kostengünstige Softwarelösungen angeboten, die zu einer weiteren Verbreitung der digitalen Telepathologie führen werden. Die Auswertung virtueller Schnitte ist allerdings zeitaufwändiger als die Beurteilung

einer begrenzten Zahl von ausgewählten mikroskopischen Bildern, sodass eine Kombination beider Methoden für die diagnostische Telepathologie zweckmäßig erscheint. Die Abhängigkeit von der Bildauswahl durch den Einsender ist ein Nachteil der statischen Telepathologie. Bilder, die für den klinischen Befund nicht repräsentativ sind oder technische Mängel aufweisen, sind für die Konsultation in der Telepathologie nicht geeignet und können zu Fehlbeurteilungen führen.

Die Konsultationen auf den beiden obengenannten Plattformen für Telepathologie werden finanziell nicht vergütet. Kosten für die Nutzer ergeben sich lediglich aus der Bereitstellung der Software und der Wartung der Server. Zur Deckung dieser Kosten und der zugehörigen Organisation wurde vor drei Jahren eine gemeinnützige GmbH (iPath Telemedicine Network) gegründet, der einige der beratenden Pathologen als Gesellschafter angehören. Bisher sind es überwiegend ältere Kollegen und emeritierte Professoren aus Deutschland und der Schweiz, die sich in der diagnostischen Telepathologie engagieren und damit einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Entwicklungsländern leisten. Es ist eine dankbare, interessante und verpflichtende Aufgabe, die eine entsprechende fachliche Kompetenz voraussetzt und zur Erweiterung der eigenen diagnostischen Fähigkeiten beiträgt. Die Ergebnisse der jahrzehntelangen Bemühungen haben gezeigt, dass mit Hilfe der Telepathologie eine Verbesserung der Ausbildung der Pathologen und eine Anhebung der diagnostischen Standards in den Entwicklungsländern möglich ist. ■

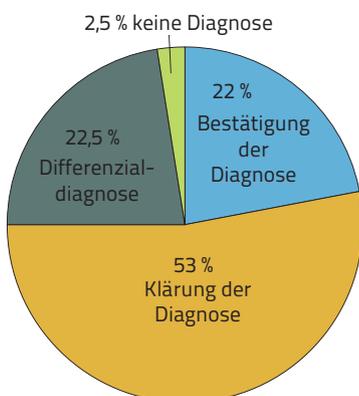


Abb. 3: Ergebnisse der Auswertung von 200 Konsultationsfällen im Forum für Histopathologie

Prof. Dr. med. habil. Dietmar Kunze  
 Institut für Pathologie des Universitätsklinikums  
 Carl Gustav Carus der Technischen  
 Universität Dresden  
 E-Mail: dkunze@rcs.urz.tu-dresden.de

## 7. Erfahrungsaustausch der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie

Seit jetzt sieben Jahren führt die Sächsische Landesärztekammer einen Erfahrungsaustausch der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie durch. Die Veranstaltung unterstützt die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie in ihrer Arbeit nach der „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)“ der Bundesärztekammer. Grundlage dieser Richtlinie bildet das Transfusionsgesetz. Auf der Veranstaltung werden jedes Jahr verschiedene aktuelle Themen besprochen, deren Klärung bei der Sächsischen Landesärztekammer angefragt wurde.

Ein paar wichtige Punkte aus den letzten Jahren wollen wir Ihnen hier vorstellen: Die transfusionsbeauftragten Personen sollen laut Empfehlung des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit in der „Stellungnahme Fehlanwendungen von Blutkomponenten“ (S19 vom Mai 2019) mindestens alle fünf Jahre in der Befähigung geschult werden, die Inhalte zur Vermeidung von Fehlanwendungen zu vermitteln (Qualifikation der Blutkomponenten anwendenden Personen).

Die Sächsische Landesärztekammer empfiehlt Transfusionsverantwortlichen und Transfusionsbeauftragten seit längerer Zeit, den 16-Stunden-Kurs zur Erlangung der Qualifikation Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot alle fünf Jahre zu besuchen, um auf dem aktuellen Wissensstand zu bleiben. Die Sächsische Landesärztekammer bietet diesen Kurs zweimal im Jahr an. Auch zu Qualifikationen, Fehlanwendungen und Meldepflichten wird im Kurs umfassend geschult. Neues Wissen, neue Erkenntnisse und nach wie vor fortbestehende Problemfelder fließen dort

kontinuierlich ein. Mittelfristig ist auch ein digitales Angebot über Webseminare beziehungsweise Videovorträge geplant.

Der DRK Blutspendedienst, Institut Dresden, bietet darüber hinaus Auffrischungsschulungen an. Auch darüber wäre also die geforderte Nachschulung alle fünf Jahre realisierbar.

Ein immer wiederkehrendes Thema im jährlichen Erfahrungsaustausch ist das Thema Verwechslungen beziehungsweise Fehltransfusionen. Hierzu muss es schriftliche Arbeitsbeziehungsweise Dienstanweisungen in jeder Einrichtung geben und ein Berichtswesen über entsprechende Ereignisse. Die Überprüfung dieser Auflagen ist eine der Aufgaben des Qualitätsbeauftragten, wie auch die Überprüfung, ob ein Verfahren zur Erfassung, Behandlung und Ursachenklärung von unerwünschten Ereignissen sowie unerwünschten Reaktionen und Nebenwirkungen installiert ist. Der Austausch der Qualitätsbeauftragten über sehr

konkrete Tipps und Tricks zu diesen wichtigen Auflagen ist jedes Jahr ein ganz besonderer Benefit des Erfahrungsaustausches.

Von allen Qualitätsbeauftragten gefordert wird dabei immer wieder die Aufnahme der Hämotherapie in den nationalen Lernzielkatalog des Medizinstudiums und zwar in dem der Hämotherapierichtlinie zugrunde liegendem Umfang. Die Sächsische Landesärztekammer hat dies bereits mehrfach im „Ausschuss Ausbildung“ eingebracht.

### 7. Erfahrungsaustausch der Qualitätsbeauftragten Hämotherapie

Wann: Dienstag, 13. Oktober 2020, 13.00 bis 16.00 Uhr

Wo: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Fragen richten Sie bitte an:

Sächsische Landesärztekammer

Dr. med. Patricia Klein

Ärztliche Geschäftsführerin

Tel.: 0351 8267-311

E-Mail: [p.klein@slaek.de](mailto:p.klein@slaek.de) ■

### MELDEPFLICHTEN

An dieser Stelle möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass es eine Meldepflicht zu Transfusionszwischenfällen gibt und zusätzlich dazu eine organisatorische Meldepflicht im eigenen Haus (also eine externe und interne Meldepflicht). Hier werden keine Personen gemeldet, sondern der Zwischenfall wird retrospektiv erfasst und analysiert. Ansprechpartner für die behandelnde ärztliche Person für die Informationsweitergabe ist der Transfusionsbeauftragte und der Transfusionsverantwortliche oder die sonst nach dem Qualitätssicherungssystem der Einrichtung der Krankenversorgung zu unterrichtenden Personen (§ 16 Abs. 1 S. 2 TFG). Von diesen werden dann die weiteren Schritte eingeleitet. Wir stellen (teilweise leider erst bei Eintreten eines Schadensfalles) immer wieder fest, dass es hier erhebliche Hürden zu überwinden gilt, obwohl das Wissen zu den Meldepflichten in den 16-Stunden-Kursen der Sächsischen Landesärztekammer stets detailliert geschult wird.

# Die Neuregelung der Fesselung und Fixierung in § 31 SächsPsychKG – Verweisungs- und Formulierungsfragen

E. Hahn

## Einleitung

Der vorliegende Beitrag setzt die Artikelreihe zu den rechtlichen Anforderungen an die Fixierung nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24. Juli 2018 fort. Diese begann im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2020, mit einem Bericht von Dr. jur. Steffi Nobis zur gemeinsamen Tagung „Ärzte und Betreuungsrichter im Dialog über Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken“ und einer Einführung von Dr. med. Frank Härtel aus Sicht der Psychiatrie. Dem folgten im Heft 3/2020 zwei Aufsätze einerseits von Thomas Gebhard zur verfassungsrechtlichen Perspektive und andererseits von Dr. med. Thomas Barth zu den Erfahrungen im Umgang mit der veränderten Rechtslage in der Akutpsychiatrie. Zuletzt setzte sich Astrid Jaschinski im Heft 5/2020 mit den besonderen Anforderungen an Eilentscheidungen in Unterbringungs- und Zwangsbehandlungssachen auseinander. Der sächsische Gesetzgeber hat sein PsychKG (Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten) bereits im Jahr 2019 an die Forderungen des BVerfG angepasst. Den daraus folgenden Änderungen ist dieser Beitrag gewidmet.

## Ausgangslage

In seinem Urteil hat das BVerfG die lange erwartete Klarstellung formuliert, dass es sich bei Fixierungsmaßnahmen zumindest ab einer gewissen Dauer und Intensität um zusätzliche Freiheitsentziehungen handelt, die eine



© Depositphotos/sudok1

gesonderte richterliche Genehmigung voraussetzen [1]. Wie schon parallel in § 1906 IV BGB geregelt, gilt das unabhängig davon, ob der Betroffene bereits aufgrund einer richterlichen Entscheidung untergebracht ist [2]. Der damit letztlich geforderte Gleichlauf beider Vorschriften war nicht überraschend, sind doch beide Formen der Unterbringung – die öffentlich-rechtliche und die betreuungsrechtliche – an dieselben verfassungsrechtlichen Vorgaben aus Art. 104 II GG gebunden. Obwohl die Entscheidung des BVerfG einen bayerischen und einen baden-württembergischen Fall zum Gegenstand hatte, wurde mit ihr auch über die in weiten Teilen identisch formulierte sächsische Regelung der Stab gebrochen. Der damit verbundenen Pflicht zur Beseitigung des verfassungswidrigen Zustands

ist der Gesetzgeber noch kurz vor der Landtagswahl im vergangenen Jahr nachgekommen, indem er § 31 SächsPsychKG grundlegend reformiert hat [3]. Dabei ist es wohl der zeitlichen Nähe zum Ende der Legislaturperiode und dem Wunsch [4] nach einer möglichst engen Anbindung an den „Regelungsauftrag“ des BVerfG geschuldet, dass mit der Reform nicht nur alte Mängel beseitigt, sondern zugleich auch neue Fragen geschaffen wurden.

## Geringere Hürden für die medikamentöse Ruhigstellung als für die Fixierung?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass der korrigierende Eingriff des Gesetzgebers mit der Pinzette erfolgte. Es wurden einzelne Teile der bisherigen Regelung mit Blick auf die Entschei-

derung des BVerfG herausgenommen, umformuliert oder durch zusätzliche Satzteile ergänzt, ohne jedoch die Vorschrift im Ganzen zu reformieren. Deutlich wird das bereits am neu eingefügten § 31 V 1 SächsPsychKG. Danach ist eine Sicherungsmaßnahme nach § 31 I 2 Nr. 6 (Fesselung) oder 7 (Fixierung), durch die die Bewegungsfreiheit vollständig aufgehoben wird, nur zulässig, soweit und solange dies zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen, der Selbsttötung oder der Selbstverletzung unerlässlich ist. Die damit verbundene Anhebung der Eingriffsschwelle ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings entstand dadurch unbemerkt eine Differenzierung zur „medikamentösen Ruhigstellung, die einer zeitweisen mechanischen Fixierung in ihrem Zweck und ihren Auswirkungen gleichkommt“ (§ 31 I 2 Nr. 8 SächsPsychKG). Diese ist weiterhin „nur“ an das allgemeine Eingriffskriterium nach § 31 I 1 SächsPsychKG gebunden. Danach muss die Sicherungsmaßnahme „für den Zweck der Unterbringung und zur Vermeidung oder Beseitigung einer erheblichen Störung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses unerlässlich“ sein. Diese Unterscheidung kann nicht überzeugen, da die medikamentöse Ruhigstellung nach § 31 I 2 Nr. 8 SächsPsychKG gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass sie einer Fixierung gleichkommt. Hebt sie die Bewegungsfreiheit des Patienten vollständig auf, was bei der Sedierung noch häufiger der Fall sein dürfte als bei der Fixierung, so muss die höhere Eingriffsschwelle auch hier gelten.

### Unterschiedliche Anordnungs-kompetenzen – Antrag auf richterliche Genehmigung

Gleiches betrifft die Anordnungs-kompetenz für die Sicherungsmaßnahmen. Diese ist nach § 31 IV SächsPsychKG grundsätzlich der ärztlichen Leitung

des Krankenhauses oder ihrer Vertretung vorbehalten und nur bei Gefahr in Verzug dem sonstigen medizinischen oder pflegerischen Personal zugewiesen. In Umsetzung der Vorgaben der BVerfG-Entscheidung bedarf jedoch eine Fesselung oder Fixierung, durch die die Bewegungsfreiheit des Betroffenen vollständig aufgehoben wird und die nicht nur kurzfristig ist, nach § 31 V 2 SächsPsychKG der richterlichen Anordnung auf Antrag der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder ihrer Vertretung. Die zwar nicht im Text des SächsPsychKG abgebildete, aber zumindest in den Gesetzesmaterialien [5] konkretisierte Grenze der „Kurzfristigkeit“ ist in Übereinstimmung mit den Vorgaben des BVerfG jedenfalls dann erreicht, wenn die Maßnahme „absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde“ [6] überschreitet. Nur bei Gefahr in Verzug kann diese Anordnung vorläufig auch durch die ärztliche Leitung oder einen anderen Arzt des Krankenhauses getroffen werden. Eine richterliche Entscheidung ist dann unverzüglich nachzuholen. Im SächsPsychKG ausdrücklich vorgesehen, ist auch die Konstellation, dass die Sicherungsmaßnahme vor Erlangung einer richterlichen Entscheidung beendet wurde. Dieser Umstand ist dem Gericht nach § 31 V 4 SächsPsychKG unverzüglich mitzuteilen und der Patient ist auf sein Recht hinzuweisen, die Rechtmäßigkeit der durchgeführten Sicherungsmaßnahme nachträglich gerichtlich überprüfen zu lassen. Ein weiterer in der Entscheidung des BVerfG angesprochener Fall fehlt jedoch im Text des neuen § 31 SächsPsychKG: Danach ist keine richterliche Entscheidung „erforderlich, wenn bereits zu Beginn der Maßnahme abzusehen ist, dass die Entscheidung erst nach Wegfall des Grundes der Maßnahme ergehen wird, oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet und auch keine Wiederholung zu er-

warten ist.“ [7] Das kann aber gerade in der Nacht – auch bei prognostisch länger als 30 Minuten andauernden Fixierungen – häufiger der Fall sein, da in der Zeit von 21 bis 6 Uhr kein richterlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht. Die in der BVerfG-Entscheidung unmittelbar adressierten Länder Baden-Württemberg und Bayern haben daher die Antragspflicht in diesen Fällen nach § 25 V 3 PsychKHG BW und Art. 29 VIII 5 BayPsychKG ausdrücklich suspendiert. In Sachsen ist diese Ausnahme zwar in den Gesetzmaterialien dokumentiert, [8] hat aber in den verbindlichen Text keinen Eingang gefunden. Bis zu einer ausdrücklichen Aufnahme dieser verfassungsrechtlich abgesicherten Lockerungsmöglichkeit in das SächsPsychKG sollte daher sicherheitshalber ein Antrag an das Gericht gestellt werden, da der Gesetzgeber nicht gehindert ist, höhere verfahrensrechtliche Anforderungen zu formulieren.

Durch Einführung einer richterlichen Genehmigungspflicht für bestimmte Formen der Fesselung und Fixierung wurden Vorgaben formuliert, die zwar ebenfalls dem Wortlaut der BVerfG-Entscheidung folgen, erneut jedoch ein Gefälle zur medikamentösen Ruhigstellung schaffen. Diese scheint schließlich nach § 31 IV SächsPsychKG (vermeintlich) weiterhin ohne richterliche Beteiligung möglich zu sein. Die Gefahr pragmatischer Ausweichentscheidungen ist hier nicht völlig von der Hand zu weisen.

### Unklare Begriffe: Fesselung und Fixierung

Schon begrifflich zweifelhaft bleibt zudem der Fall einer „Fesselung, durch die die Bewegungsfreiheit vollständig aufgehoben“ wird. Bis zur letzten großen Reform des SächsPsychKG im Jahr 2014 war die Fesselung die eingriffst intensivste Sicherungsmaßnahme in § 31 SächsPsychKG. Fixierung und sichernde Sedierung waren nicht vorgesehen, ob-

wohl sie in der Praxis stattfanden. In der 2014er-Gesetzesbegründung findet sich der Hinweis, dass durch die damalige Neuregelung klargestellt werden sollte, „dass neben der Fesselung als Einschränkung der Bewegungsfreiheit lediglich der oberen und/oder unteren Extremitäten auch die zeitweise Fixierung eines Patienten, das heißt die Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Person als Ganzes, die dadurch an jedweder Fortbewegung und selbstgefährdendem Verhalten gehindert wird, eine zulässige Sicherungsmaßnahme sein kann“ [9]. Nach ihrer Genese ist die Fesselung im Sinn von § 31 I 2 Nr. 6 SächsPsychKG damit eine „nicht vollständige Einschränkung der Bewegungsfreiheit“. Für diese hat der Gesetzgeber nun aber 2019 die besondere Variante „einer vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit“ eingeführt und mit besonderen Anforderungen versehen. Das ist widersprüchlich. Außerdem ist zweifelhaft, ob eine vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit allein über eine Sicherung der Extremitäten überhaupt lege artis durchgeführt werden kann. Auf die Spitze getrieben wird der Begriffswiderspruch durch einen Blick in § 83 V 3 des ebenfalls 2019 reformierten Sächs-StVollzG. Dort wird die Fixierung gesetzlich definiert als „eine Fesselung, durch die die Bewegungsfreiheit vollständig aufgehoben wird“. Wenn von einem einheitlichen Verständnis von Begriffen innerhalb derselben Rechtsordnung ausgegangen wird und der Begriff der Fixierung die vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit bereits semantisch voraussetzt, ergibt der § 31 V 1 SächsPsychKG keinen Sinn mehr. Fügt man beide Aussagen zusammen, bezieht sich die Vorschrift schließlich auf „eine Fesselung oder [eine Fesselung, durch die die Bewegungsfreiheit vollständig aufgehoben wird], durch die die Bewegungsfreiheit vollständig aufgehoben wird“.

### Keine obligatorische 1:1-Betreuung für die medikamentöse Ruhigstellung?

Zusammen mit der Aufnahme der Fixierung und medikamentösen Ruhigstellung in den Kanon der Sicherungsmaßnahmen des § 31 SächsPsychKG wurden im Jahr 2014 auch gesteigerte Überwachungspflichten begründet. Danach war für die beiden genannten Eingriffsformen neben einer angemessenen und regelmäßigen Überwachung zusätzlich eine ständige Beobachtung durchzuführen. Schon mit der Einführung dieser Regelung begann aber eine Diskussion dazu, ob in diesen Fällen nun eine unmittelbare und persönliche Überwachung – also eine 1:1-Betreuung zum Beispiel in Form einer Sitzwache – erforderlich wird. Das BVerfG hat zumindest diese Frage geklärt: „Während der Durchführung der Maßnahme ist jedenfalls bei einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung in der Unterbringung aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.“ [10] Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang, dass der sächsische Gesetzgeber 2019 nicht der Verlockung gefolgt ist, konkrete Fixierungsarten in § 31 SächsPsychKG zu benennen. Ansonsten wäre eine anderenorts bereits zu beobachtende Seitwärtsbewegung der Praxis zu erwarten, die versucht, auf (vermeintlich nicht genehmigungsbedürftige) 4-Punkt-Fixierungen oder andere Sicherungsformen auszuweichen. [11] Die sächsische Neuregelung verlangt, dass bei Fesselungen und Fixierungen, durch die die Bewegungsfreiheit des Patienten vollständig aufgehoben wird, eine 1:1-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sichergestellt ist. Wie vom BVerfG zur Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ausdrücklich gefordert, [12] ist zudem nach

§ 31 VI 4 SächsPsychKG eine ärztliche Überwachung zu gewährleisten.

In technischer Hinsicht erfolgt die Umsetzung durch einen Verweis in § 31 VI 3 SächsPsychKG auf § 31 V 1, der wiederum zu § 31 I 2 Nr. 6 oder 7 weiterleitet. Bei dieser unübersichtlichen Kettenregelung ist erneut die Variante der medikamentösen Ruhigstellung, die einer zeitweisen mechanischen Fixierung in ihrem Zweck und ihren Auswirkungen gleichkommt, untergegangen. Diese ist sowohl nach ihrer systematischen Stellung in § 31 I 2 (Nr. 8 nach Nr. 7) als auch wegen ihrer Intensität als schwerwiegender Eingriff zu klassifizieren, der zudem nicht nur die Freiheit der Personen, sondern auch deren körperliche Integrität wesentlich beeinträchtigt. Eine 1:1-Betreuung dürfte hier – zumindest in Abhängigkeit vom genutzten Medikament – ebenfalls zu fordern sein. Der Blick in einige PsychKGs anderer Länder zeigt, dass dort ein solcher Gleichlauf hergestellt wurde. So verlangen etwa die ebenfalls reformierten §§ 21 III 2 BbgPsychKG und 39 II 3 BerlPsychKG auch bei der medikamentösen Ruhigstellung eine „Eins-zu-eins-Betreuung“ beziehungsweise „ständige persönliche Begleitung“.

### Fazit

Insgesamt ist festzuhalten, dass der sächsische Gesetzgeber die aus der 2018er-Entscheidung des BVerfG resultierenden Vorgaben weitgehend umgesetzt hat. Einzelne Konstellationen, wie etwa die einer absehbar nicht rechtzeitig zu erlangenden richterlichen Entscheidung, sollten bei einer erneuten Reform des SächsPsychKG ausdrücklich aufgenommen werden. Der größte Änderungsbedarf ist aber darauf zurückzuführen, dass sich der Gesetzgeber bei seinen Formulierungen wohlmeinend sehr stark am Inhalt der Entscheidung orientiert hat. Das ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, im konkre-

ten Fall hat jedoch die Einführung besonderer Anforderungen an bestimmte Formen der Fesselung und Fixierung dazu geführt, dass die medikamentöse Ruhigstellung – insbesondere durch das systematische Argument des Umkehrschlusses – zur niederschwelligeren Eingriffsvariante degradiert wurde. Das war nicht beabsichtigt [13] und sollte daher schnellstmöglich korrigiert

werden. Wegen der bestehenden Bindung an Art. 104 II GG ist der Praxis bis dahin zu raten, die für die Fixierung formulierten Anforderungen auf die medikamentöse Ruhigstellung, die einer zeitweisen mechanischen Fixierung in ihrem Zweck und ihren Auswirkungen gleichkommt, entsprechend anzuwenden. ■

Literatur beim Autor

Prof. Dr. iur. Erik Hahn  
 Professur für Zivilrecht, Medizinrecht, Wirtschafts- und Immobilienrecht  
 Stellvertretender Direktor des Instituts für Gesundheit, Altern und Technik  
 Hochschule Zittau/Görlitz  
 Fakultät Wirtschaftswissenschaften  
 Theodor-Körner-Allee 16, 02763 Zittau  
 www.erikhahn.de

## MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

# Start in die Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte

## Teil 1

Viele Arztpraxen suchen ohne Erfolg Fachkräfte. Die Lösung heißt: selbst ausbilden. Trotz der coronabedingten Auswirkungen auf den Praxisalltag hat sich die Anzahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge gegenüber dem Vorjahr kaum verändert, 149 Verträge wurden bisher bereits registriert. Wichtige Informationen und häufig nachgefragte Themen rund um die Ausbildung finden Sie nachfolgend und in einer Fortsetzung im nächsten „Arzteblatt Sachsen“, Heft 9/2020.

### Probezeit

Jedes Ausbildungsverhältnis muss mit einer Probezeit von mindestens einem Monat und höchstens vier Monaten beginnen. Die Vereinbarung einer kürzeren oder längeren Frist ist unwirksam. Ausnahmsweise ist eine Verlän-

gerung bei einer Unterbrechung der Ausbildung (zum Beispiel wegen Krankheit) um mehr als ein Drittel der Probezeit zulässig, soweit die Verlängerung sich auf den Unterbrechungszeitraum beschränkt. Die Probezeit beginnt mit dem Beginn des Ausbildungsverhältnisses, ohne Rücksicht darauf, ob die Auszubildende die Tätigkeit auch tatsächlich aufnimmt. Die Probezeit ist zweckbestimmt. Die Auszubildende hat insbesondere die geistige und körperliche Eignung der Auszubildenden für den Beruf zu ermitteln. Die Auszubildende soll prüfen, ob sie sich geeignet fühlt, diesen überhaupt und in der gewählten Praxis zu erlernen.

### Kündigung

Während der Probezeit kann jederzeit ohne Einhalten einer Kündigungsfrist

gekündigt werden. Für die Zeit danach sieht das Gesetz lediglich zwei Kündigungsmöglichkeiten vor:

- bei Vorliegen eines wichtigen Grundes und
- bei Berufsaufgabe/-wechsel.

Eine ordentliche Kündigung ist nicht vorgesehen. Sie wäre mit dem Wesen des Ausbildungsverhältnisses als einem besonderen, zur Vermittlung eines bestimmten Umfangs von Kenntnissen und Fertigkeiten angelegten Beschäftigungsverhältnis nicht vereinbar. Mangelnde Eignung einer Auszubildenden rechtfertigt eine Kündigung aus wichtigem Grund nach Ablauf der Probezeit nicht mehr. ■

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](http://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 Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/C034	Chirurgie / ZB Phlebologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.08.2020
20/C035	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitzer Land	24.08.2020
20/C036	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Mittlerer Erzgebirgskreis	11.09.2020
20/C037	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutenitz)	Zwickau	11.09.2020
20/C038	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutenitz)	Zwickau	24.08.2020
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/C039	Innere Medizin/ SP Nephrologie/ SP Endokrinologie und Diabetologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Mittelsachsen	24.08.2020
20/C040	Innere Medizin/ SP Nephrologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Mittelsachsen	24.08.2020
20/C041	Anästhesiologie	Südsachsen	24.08.2020

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
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/L052	Allgemeinmedizin *)	Grimma	24.08.2020
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/L053	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	24.08.2020
20/L054	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	24.08.2020
20/L055	Chirurgie und Orthopädie/ ZB Medikamentöse Tumortherapie und Palliativmedizin	Leipzig, Stadt	11.09.2020
20/L056	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.08.2020
20/L057	Neurologie und Psychiatrie	Delitzsch	11.09.2020

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.

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/D073	Innere Medizin *)	Dresden	11.09.2020
20/D074	Innere Medizin *)	Pirna	11.09.2020
20/D075	Allgemeinmedizin *) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Radebeul	24.08.2020
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/D076	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (hälftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.08.2020
20/D077	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	24.08.2020
20/D078	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	11.09.2020
20/D079	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	11.09.2020
20/D080	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Dresden, Stadt	24.08.2020
20/D081	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.08.2020
20/D082	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	11.09.2020
20/D083	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.08.2020
20/D084	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.09.2020
20/D085	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	24.08.2020
20/D086	Kinder- und Jugendmedizin (hälftiger Vertragsarztsitz)	Sächsische Schweiz	24.08.2020
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/D087	Innere Medizin/ SP Kardiologie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Meißen	24.08.2020
20/D088	Innere Medizin	Sächsische Schweiz- Osterzgebirge	11.09.2020
20/D089	Radiologie	Meißen	24.08.2020
<b>GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
20/D090	Pathologie	Sachsen	11.09.2020

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

# Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

## Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Allgemeinmedizin*)	Limbach-Oberfrohna	geplante Abgabe: 03.01.2021
Innere Medizin*)	Chemnitz, Stadt	geplante Abgabe: nach Absprache
Allgemeinmedizin*)	Döbeln	geplante Abgabe 04.01.2021

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
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: März 2021
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: März 2021
Praktischer Arzt*)	Freital	Abgabe: April 2021
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: Mai 2021
Innere Medizin*) (diabetologische Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
<b>GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
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.

# Klinisches Management bei vorzeitiger Wehentätigkeit

I. Schmitz<sup>1</sup>, N. Uhlig<sup>1</sup>, U. Köhler<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Frühgeburtlichkeit ist noch immer einer der Hauptgründe für perinatale Morbidität und Mortalität. Trotz vieler medizinischer Fortschritte ist die Frühgeburtenrate in Deutschland über Jahre stabil bei etwa acht Prozent geblieben [1]. Eine Tokolyse (medikamentöse Wehenhemmung) dient dem Zeitgewinn zur Durchführung der Lungenreifeinduktion sowie zum in-utero-Transfer in ein Perinatalzentrum und sollte nach 48 Stunden beendet werden. Mittel der Wahl sind Nifedipin, Atosiban und Indometacin. Neben dem Hinauszögern der Frühgeburt ist die optimale Betreuung bei nicht aufzuhaltender vorzeitiger Wehentätigkeit ein entscheidender Punkt in der stationären Behandlung von Schwangeren. Insbesondere das exakte Timing der Lungenreifeinduktion unter 34+0 Schwangerschaftswochen (SSW) ist essenziell zur Senkung der perinatalen Morbidität und Mortalität. Während bei maternalen Indikationen wie Hypertension die Entscheidung zur Lungenreifeinduktion in 62 Prozent der Fälle zeitgerecht gestellt wird, erfolgt das richtige Timing bei vorzeitiger Wehentätigkeit nur in 36 Prozent der Fälle. Wird die Lungenreifeinduktion zu frühzeitig begonnen und die Frühgeburt bleibt zunächst aus, erlischt der Vorteil der Reduktion des Respiratory Distress Syndrom (RDS) und bei extrem Frühgeborenen unter 28 SSW kann es sogar zu vermehrten Hirnblutungen kommen [2]. Dieser Artikel thematisiert das Management an unserer Klinik (Perinatal-

zentrum Level I, circa 1.600 Geburten pro Jahr) bei drohender Frühgeburt durch vorzeitige Wehentätigkeit und nicht aufzuhaltenden Geburtsbestrebungen und orientiert sich an der im Februar 2019 aktualisierten AWMF-Leitlinie [1]. Zur besseren Übersicht wird der Sachverhalt beschränkt auf Einlingsschwangerschaften in Schädellage ohne vorzeitigen Blasensprung ab Erreichen der Lebensfähigkeit (24+0 SSW).

## Definition der Frühgeburt

Die Reife von Kindern wird anhand der Schwangerschaftswochen definiert und begrenzt die Frühgeburtlichkeit auf die Zeitspanne von der 24+0 bis zur 36+6 SSW. Für dieses Schwangerschaftsalter ist das Management bei Geburtsbestrebungen klar festgelegt. Kinder mit einem Alter von 22+0 bis 23+6 SSW befinden sich an der Grenze der Lebensfähigkeit und bei drohender Frühgeburt sollte in einem interdisziplinären Gespräch mit den Kindseltern über das weitere Vorgehen entschieden werden. Bei Entschluss zur maximalen neonatologischen Intensivtherapie ist eine Lungenreifeinduktion unter Tokolyse durchzuführen [1].

## Ätiologie

Die Ätiologie der spontanen, nicht medizinisch induzierten Frühgeburtsbestrebungen ist multifaktoriell und nicht vollständig geklärt. Risikokonstellationen, wie eine vaginale, aufsteigende Infektion oder deziduale Blutungen, münden in einem „common pathway“ von Signalkaskaden, die eine vorzeitige Wehentätigkeit auslösen. Der Einsatz der Tokolyse behebt damit nicht die Ursache der drohenden Frühgeburt, sondern lindert im besten Falle die kontraktile Symptome, um so die

Durchführung der Lungenreifeinduktion zu ermöglichen [1].

## Diagnostik

Patientinnen mit vorzeitiger Wehentätigkeit stellen sich mit unterschiedlich ausgeprägter Symptomatik vor. Das Spektrum reicht von klassischen, regelmäßig undulierenden Wehenschmerzen oder ein „Druckgefühl nach unten“ bis hin zur asymptomatischen Patientin mit dem Zufallsbefund einer Zervixlängenverkürzung. Neben einer gezielten Anamnese und klinischen Untersuchung werden bei Vorstellung fetale Herzfrequenz und Wehentätigkeit im CTG abgeleitet. Ergeben sich Hinweise auf eine vorzeitige Wehentätigkeit, schließt sich die weiterführende Untersuchung durch sterile vaginale SpekulumEinstellung (Beurteilung des Muttermund-Befundes) und bei unter 34+0 SSW die sonografische transvaginale Zervixlängenmessung an. Ab einem Schwangerschaftsalter von 34+0 SSW werden Frühgeburtsbestrebungen nicht mehr hinausgezögert.

Eine medikamentöse Wehenhemmung ist in der Lage, bei vorzeitigen muttermundwirksamen Wehen die Geburt in 75 bis 93 Prozent der Fälle um 48 Stunden und in 62 bis 78 Prozent sogar um sieben Tage zu verzögern, um das Durchführen der Lungenreifeinduktion sowie den in-utero-Transfer des Kindes in ein Perinatalzentrum Level I oder II zu ermöglichen. Daher ist das Ziel der diagnostischen Maßnahmen, die Patientinnen mit einem hohen Frühgeburtsrisiko unter 34+0 SSW zu identifizieren, um bei ihnen die Lungenreifeinduktion durchzuführen. Frauen mit einer sonografischen Zervixlänge  $\geq 30$  mm beziehungsweise einer Verkürzung auf bis zu 15 mm mit negativem Bio-

<sup>1</sup> St. Georg Klinikum Leipzig gGmbH, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

marker-Test (siehe unten) weisen ein niedriges Frühgeburtsrisiko innerhalb der nächsten sieben Tage von unter zwei Prozent auf und bedürfen lediglich einer stationären oder ambulanten Observation [1].

### Transvaginale Zervixlängenmessung

Eine verkürzte, transvaginal sonografisch gemessene Zervixlänge bei einer symptomatischen Schwangeren unter 34 SSW ist prädiktiv für eine Frühgeburt. Bei normal langer Zervix ist aufgrund des hohen negativen prädiktiven Wertes eine zeitnahe Frühgeburt unwahrscheinlich. Im Durchschnitt beträgt die Zervixlänge bei Einlingschwangerschaften zwischen der 22. bis 32. SSW 40 mm, über der 32. SSW circa 35 mm. Eine Länge von unter 25 mm gilt in weniger als 34+0 SSW als verkürzt, wobei weiter unterschieden wird zwischen <15 mm und 15 bis 30 mm. Die Zervix sollte in ihrer gesamten Längsachse mit einer ausreichenden Bildvergrößerung abgebildet werden. Die Länge wird durch eine geradlinige Verbindung zwischen äußerem und innerem Muttermund ermittelt (Abb. 1). Es sollten mindestens drei Messungen erfolgen. Ausschlaggebend für die spätere Therapieentscheidung ist die kürzeste Distanz [1].

### Biomarker-Tests

Biomarker wie fFN (fetales Fibronectin), PAMG-1 (Placental  $\alpha$ -microglobulin-1) und IGFBP-1 (phosphorylierte Form von insulin-like growth factor binding protein 1) werden aus dem zervikovaginalen Sekret bestimmt und können bei einer symptomatischen Schwangeren mit Zervixverkürzung die Therapieentscheidung erleichtern, da sie aufgrund ihres hohen negativ prädiktiven Wertes (93,3 bis 98,7 Prozent) eine drohende Frühgeburt in den nächsten sieben Tagen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen und somit eine unnö-

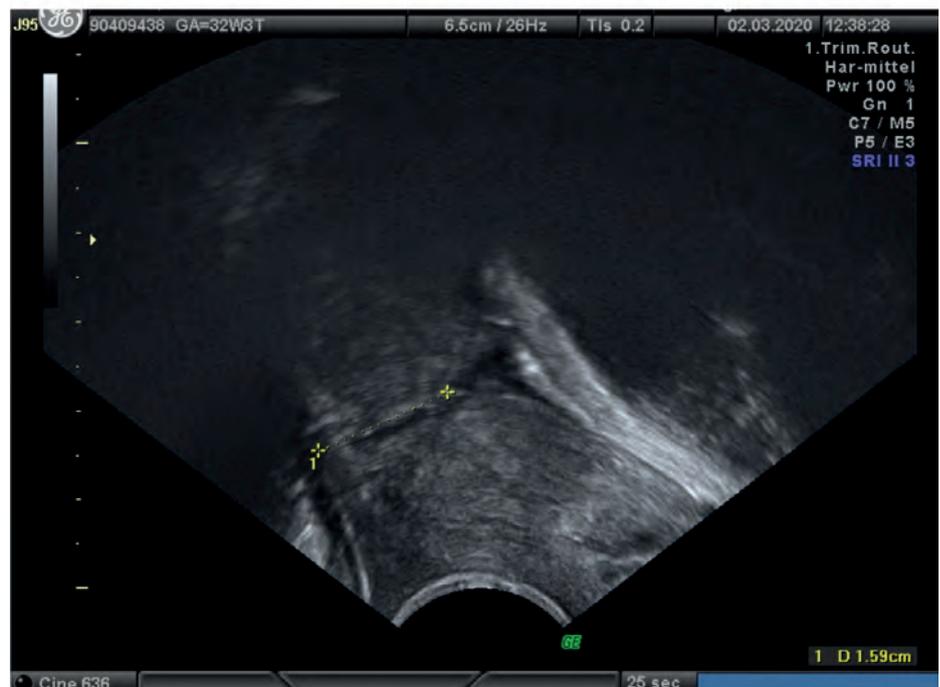
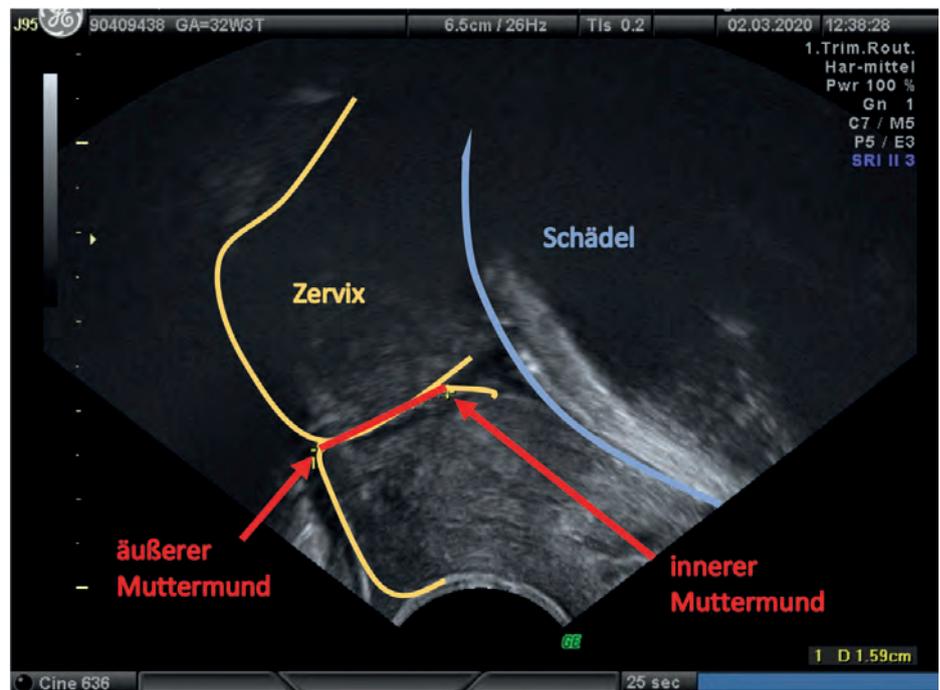


Abb. 1: Verkürzung der Zervixlänge in der 33. SSW auf 15,9 mm. Innerer und äußerer Muttermund bilden die Begrenzungspunkte für die Zervixlängenmessung.

tige Therapie verhindern können. Es ergibt sich der in Abb. 2 dargestellte Diagnostikpfad [1].

### Therapie

Bei niedrigem Frühgeburtsrisiko ist ein observatives Vorgehen angezeigt, gegebenenfalls im stationären Setting

mit sonografischer Kontrolle im Verlauf. Infektionen des Genitaltraktes oder im Urin sollten stets antibiogrammgerecht behandelt werden, da sie als Auslöser in Betracht kommen. Eine Vermeidung der Frühgeburt durch Bettruhe ist bei spärlicher Datenlage bisher nicht nachgewiesen worden und sollte zugunsten



Abb. 2: Diagnostikpfad und Vorgehen bei vorzeitiger Wehentätigkeit (24+0 bis 33+6 SSW) [1].

der Thromboseprophylaxe vermieden werden. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass in Einzelfällen, wie bei einem Fruchtblasenprolaps, eine weitgehende Immobilisierung durchaus sinnvoll erscheint [1].

### Lungenreifeinduktion

Bei Indikation zur Lungenreifeinduktion werden zweimal 12 mg Betamethason (Celestan®) intramuskulär im Abstand von 24 Stunden appliziert, alternativ ist die Gabe von Dexamethason viermal 6 mg i. m. alle zwölf Stunden möglich. Entgegen früherer Bestrebungen einer „Schnellreifung“ sollte das Zeitintervall von 24 Stunden nicht auf zwölf Stunden verkürzt werden, da dies zu einer deutlichen Risikoerhöhung beim Neugeborenen für eine postpartale nekrotisierende Enterokolitis führt [1]. Die fetale Morbidität und Mortalität werden in der Zeitspanne von 24 Stunden bis sieben Tage nach der ersten Steroidapplikation nachweislich gesenkt. Es kommt zu einer beschleunigten Entwicklung von Typ-1 und Typ-2 Pneumozysten, was unter anderem die Surfactant-Produktion steigert und so das Auftreten eines RDS deutlich vermindert. Aber auch die fetale Mortalität,

interventrikuläre Hämorrhagien und nekrotisierende Enterokolitiden werden um etwa 50 Prozent gesenkt. Nach sechs Tagen hat die Surfactant-Produktion wieder den Ausgangszustand erreicht und es ergibt sich kein weiterer Vorteil der Steroid-Gabe. Wie anfangs erwähnt, werden die Entscheidungen zur Lungenreifeinduktion nur in etwa 36 Prozent der Fälle zum optimalen Zeitpunkt getroffen. Meist ist die Indikationsstellung verfrüht oder zu großzügig und die Geburt bleibt vorerst aus. Eine Wiederholung der Steroid-Gabe ist als sogenannte „Rescue-Gabe“ unter strenger Abwägung möglich bei Durch-

führung der ersten Lungenreifeinduktion vor mehr als sieben Tagen und einem Schwangerschaftsalter unter 29+0 SSW. Andernfalls überwiegen negative Effekte, wie ein zu geringes Geburtsgewicht bis hin zu neuro-sensomotorischen Entwicklungsstörungen, sollten die Kinder nach zweifacher Lungenreifeinduktion reif geboren werden [3].

### Progesteron

Aufgrund von uneinheitlichen Studienergebnissen wird derzeit eine Progesteron-Gabe zur „Ruhigstellung“ des Uterus im Anschluss an die durchgeführte Tokolyse nicht mehr empfohlen [1].

### Tokolytika

Bei Entschluss zur Tokolyse stehen folgende Substanzen zur Auswahl:

- Oxytocin-Rezeptorantagonist (Atosiban),
- Kalzium-Antagonist (Nifedipin),
- Cyclooxygenase-Inhibitor (Indometacin),
- Betasympathomimetika (Fenoterol),
- NO-Donoren (Nitroglycerin),
- Magnesiumsulfat.

Kontraindikationen zur Tokolyse sind in Tab. 1 zusammengefasst und beschreiben Situationen, in denen ein Aufhalten der Geburtsbestrebungen entweder nicht sinnvoll oder gar gefährlich für Mutter und/oder Kind sein könnte [1].

Tab. 1: Kontraindikationen zur Tokolyse [1].

#### Kontraindikationen zur Tokolyse

- Intrauterine Infektion
- wegen Fehlbildung nicht überlebensfähiger Fet
- Intrauteriner Fruchttod
- Mütterliche Indikationen zur Schwangerschaftsbeendigung (z. B. schwere Präeklampsie, hämodynamisch wirksame Blutung)
- Kindliche Indikation zur Schwangerschaftsbeendigung (V. a. Hypoxie im CTG, vorzeitige Plazentalösung)
- < 22+0 SSW, > 33+6 SSW
- MM-Eröffnung  $\geq$  4cm
- Substanzspezifische Kontraindikationen der Tokolytika

In Deutschland zugelassen sind lediglich Fenoterol und Atosiban. Bei den übrigen Präparaten besteht ein Off-label-Einsatz, über den die Patientin sorgfältig zu informieren ist [1]. Magnesiumsulfat wird bei kontroverser Datenlage nicht mehr als Tokolytikum empfohlen, ist jedoch zur fetalen Neuroprotektion bei kurz bevorstehender Entbindung unter der 32. SSW im Gespräch [1]. Aufgrund von teils schweren maternalen (Herzrhythmusstörungen, Lungenödem) und fetalen Nebenwirkungen sollten auch Betasympathomimetika als kontinuierliche Tokolyse nicht mehr zum Einsatz kommen, werden jedoch in Form von Bolus-Tokolyse mit reduzierter maternaler Komplikationsrate weiterverwendet. Nebenwirkungsärmer und nachweislich effizient sind die Tokolyse mit Atosiban, Nifedipin und Indometacin. Eine klare First-Line-Therapieempfehlung wird in der aktuellen AWMF-Leitlinie nicht gegeben [1]. Eine Kombination von Tokolytika ermöglicht keine effektivere Schwangerschaftsverlängerung, erhöht jedoch die Rate an maternalen Nebenwirkungen und sollte daher unterlassen werden. Ebenso ist eine Erhaltungstokolyse über 48 Stunden hinaus in der Regel zu vermeiden, da nachweislich keine Senkung der Frühgeburtenrate oder der neonatalen Morbidität und Mortalität zu erwarten ist [1].

#### **Kalziumantagonist: Nifedipin**

Nifedipin vermindert die uterine Kontraktilität durch Hemmung des Kalziumeinstroms in die Muskelzelle und dessen intrazelluläre Freisetzung [4]. International gilt es in mehreren Guidelines als First-Line-Tokolytikum aufgrund seiner nachweislich hohen Effektivität bezüglich der Schwangerschaftsverlängerung bei im Vergleich zu Betasympathomimetika geringerer maternaler Nebenwirkungsrate [5]. Zudem wird die neonatale Morbidität (RDS, nekrotisierende Enterokolitis, intravenen-

trikuläre Blutungen) reduziert [4]. Relevante fetale Nebenwirkungen sind bei Einsatz von Kalziumkanalblockern nicht bekannt [5]. Dosisabhängig können maternale Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Flush, Tachykardie und Hypotension, auftreten. Selten (0,9 Prozent) kommt es zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie einer ausgeprägten Hypotonie, die jedoch in weniger als 0,5 Prozent der Fälle einen Therapieabbruch bedingt. Zu den weiteren Vorteilen des Nifedipins gehört die für Patientin und Arzt angenehme Durchführung durch orale Applikation [5].

#### **Oxytocin-Rezeptorantagonist:**

##### **Atosiban**

Die intrazelluläre, Oxytocin-vermittelte Kalziumfreisetzung der Muskelzelle wird durch Bindung des Antagonisten Atosiban an den Oxytocin-Rezeptor gehemmt [4]. Appliziert wird Atosiban als kontinuierliche intravenöse Gabe [5]. Aufgrund seiner vergleichbaren Effizienz zu Betasympathomimetika und Nifedipin bei gleichzeitig geringer Nebenwirkungsrate von unter einem Prozent erscheint das für die Tokolyse zugelassene Atosiban optimal. Signifikant höhere Arzneimittelkosten schränken jedoch den Einsatz stark ein. Atosiban sollte bei Kontraindikationen für Nifedipin und Indometacin beziehungsweise belasteter kardiovaskulärer und metabolischer Anamnese der Schwangeren als Mittel der Wahl in Erwägung gezogen werden [1].

#### **Prostaglandinsynthesehemmer:**

##### **Indometacin**

Unspezifische Cyclooxygenase-Inhibitoren, wie das Indometacin, weisen eine hohe tokolytische Effizienz auf, sind aber in der Anwendung aufgrund von relevanten fetalen Nebenwirkungen, wie dem vorzeitigen Verschluss des Ductus arteriosus Botalli oder Ausbildung eines Oligo- bis Anhydramnions, auf den Einsatz unter der 32.

SSW für 48 Stunden beschränkt [1]. Da beim Feten, auch unter Beachtung der Indikations-Einschränkungen, das Risiko für intraventrikuläre Blutungen, nekrotisierende Enterokolitis und periventrikuläre Leukomalazie erhöht ist, sollte der Kinderarzt über den Einsatz informiert werden [5]. Unter Beachtung der Kontraindikationen bei gastrointestinalen Ulzera, Asthma bronchiale und koronaren Herzerkrankungen sind die maternalen Nebenwirkungen eher gering [4]. Indometacin kann als Tokolytikum oral oder rektal verabreicht werden. Begleitend sollten sonografische Fruchtwassermengenkontrollen vor und nach Therapieende erfolgen [1].

#### **NO-Donoren: Nitroglycerin**

Nitroglycerin wird transdermal appliziert und bietet eine in der Handhabung einfache und kostengünstige Form der Tokolyse [5]. Das freigesetzte Stickstoffmonoxid bewirkt durch eine vermehrte cGMP-Synthese den Kalziumefflux aus der glatten Muskelzelle, der die Relaxation herbeiführt [4]. Im Vergleich zu Betasympathomimetika konnte in einer Meta-Analyse (13 Studien) eine signifikante Verminderung der Frühgeburtenrate bewiesen werden. Klassische maternale Nebenwirkungen sind Hypotension [5] sowie der Nitratkopfschmerz, der bei bis zu zwei Drittel der Schwangeren auftreten kann [1]. Fetale Nebenwirkungen werden nicht beschrieben [4]. International werden die Studienergebnisse jedoch als inadäquat bewertet und daher NO-Donoren nicht als Tokolytikum empfohlen [5].

#### **Geburtsmodus**

Bei nicht aufzuhaltender Frühgeburt ist unabhängig vom Lungenreifestatus die Entbindung anzustreben. Bezüglich des Geburtsmodus (Spontan versus Sectio caesarea) ist die Datenlage unzureichend und wird kontrovers diskutiert. Randomisierte prospektive Studien wurden vorzeitig beendet und Ergeb-

nisse aus Kohortenstudien sind sehr heterogen. Teilweise wird eine Reduktion der neonatalen Mortalität durch Schnittentbindung beschrieben, andere Studien sehen keinen Vorteil gegenüber der vaginalen Entbindung. In Diskussion stehen unter anderem eine Reduktion der Hirnblutungsrate bei einem Geburtsgewicht unter 1.500 g bei Entbindung via Sectio caesarea. Demgegenüber sind die kurz- und langfristigen Folgen für die Mutter sowie die Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften zu bedenken. Das Risiko für Plazentastörungen, Uterusruptur, Tot- und Frühgeburt nimmt mit der Anzahl der Kaiserschnitte zu. Daher existiert keine allgemein akzeptierte Empfehlung und das Prozedere muss individuell unter Berücksichtigung der Gesamtkonstellation (zum Beispiel Schätzwert, Geburtsfortschritt, Wunsch der Mutter) entschieden werden. Prinzipiell kann eine Sectio unter der 30. SSW erwogen

werden. In Kohortenstudien waren vaginale Entbindungsversuche in der 24+0 bis 27+6 SSW zu 84,8 Prozent beziehungsweise in der 28+0 bis 31+6 SSW zu 84,3 Prozent erfolgreich [1]. Wird der Spontanpartus angestrebt, sollte bei unbekanntem oder positivem B-Streptokokkenstatus im Scheidenmilieu der Schwangeren subpartual eine intravenöse Antibiotikagabe zur Vermeidung von schweren neonatalen Infektionen erfolgen. Mittel der Wahl sind Penicillin G, gefolgt von Ampicillin beziehungsweise Cephalosporinen bei Penicillinallergie [1]. Vakuumentbindungen sollten aufgrund des erhöhten Hirnblutungsrisikos nicht unter der 34+0 SSW durchgeführt werden [1]. Spätes Abnabeln (nach über 30 Sekunden) scheint die Hirnblutungsrate durch Vermeidung einer arteriellen Hypotension zu senken [1]. Auf ein alternatives, mehrmaliges Ausstreichen der Nabelschnur sollte jedoch bei Kindern unter

28 SSW verzichtet werden, da eine 2019 veröffentlichte, prospektiv randomisierte Multicenter-Studie eine signifikante Erhöhung von schweren Hirnblutungen, möglicherweise durch abrupte Druckerhöhung in der A. carotis, nachweisen konnte [1].

Die Betreuung und Beratung der Schwangeren bei drohender sowie nicht aufzuhaltender Frühgeburt sollte in enger Zusammenarbeit mit den Neonatologen erfolgen. Bei Entbindung unter 35+0 SSW sind sie zur Geburt anwesend und übernehmen die Erstversorgung des Neugeborenen [1]. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:

Isabell Schmitz

St. Georg Klinikum Leipzig gGmbH  
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig  
E-Mail: isabell.schmitz@sanktgeorg.de

## TAGUNGSBERICHT

# Qualitätssicherung in der Kardiologie

## Ergebniskonferenz 2020

Am 5. Februar 2020 fand in der Sächsischen Landesärztekammer Dresden die 8. Ergebniskonferenz zum Thema „Qualitätssicherung in der Kardiologie im Erfassungsjahr 2018“ unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer mit 52 Teilnehmern statt.

Umfasste die externe Qualitätssicherung (QS) in der Kardiologie zunächst ausschließlich den stationären Sektor gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäu-

sern (QSKH-RL) – seit 2002 zur „Herzschrittmacherversorgung“ und zusätzlich seit 2010 für „implantierbare Defibrillatoren“ – so erfolgte 2016 mit dem dritten kardiologischen Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“ erstmals die Einführung eines einrichtungsübergreifenden Verfahrens unter Einbeziehung des ambulanten Sektors (gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung [DeQS-RL]).

## Externe Qualitätssicherung in der Herz-Kreislauf-Medizin – Status quo und Entwicklung der nächsten Jahre

Im Auftaktreferat mit diesem Titel zeigte Dr. med. Christof Veit, Leiter des vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entwicklung der Qualitätssicherungsverfahren beauftragten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), unter anderem auf, welche Herausforderungen bei der neu eingeführten Verarbeitung der Sozialdaten zur Ermitt-



Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, wissenschaftlicher Leiter der Ergebniskonferenz

lung von Follow-up-Indikatoren hinsichtlich Komplikationen und Sterblichkeit in den QS-Verfahren derzeit bestehen. Er zog dabei auch eine kritische Bilanz bezüglich der Auswertungsqualität durch das IQTIG im Verfahren QS PCI zum Erfassungsjahr 2018 und äußerte sich optimistisch, dass für das Erfassungsjahr 2019 die Ergebnisse zu diesen Follow-up-Indikatoren vorgelegt werden können. In den QS-Verfahren „Herzschrittmacherversorgung (HSM)“ und „Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)“ sind nunmehr subkutan implantierbare

Defibrillatoren (S-ICD) und elektrodenlose Herzschrittmacher (leadless Pacemaker) und ab Erfassungsjahr 2021 HIS-Bündel-Sonden dokumentierbar, zusätzlich die Einführung fester Referenzbereiche sowie die Berücksichtigung der ambulanten Versorgung vorgesehen. Darüber hinaus zeigte Dr. Veit geplante Entwicklungen der Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Kardiologie auf, die unter anderem Patientbefragungen bei QS PCI als dem ersten dafür ausgewählten Verfahren ab 2021 einschließen werden.



Dr. med. Christof Veit, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

### Ergebnisse in den kardiologischen QS-Verfahren

Vom stellvertretenden Vorsitzenden der Fachkommission zum Verfahren „QS PCI“, Prof. Spitzer, Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden, und vom Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Kardiologie für die QS-Verfahren „Herzschrittmacherversorgung (HSM)“ und „Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)“, Prof. Dr. med. habil. Dietrich Pfeiffer, Medizinische Klinik IV Kardiologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Universität Leipzig, wurden jeweils die sächsischen Ergebnisse aus

dem Erfassungsjahr 2018 vorgestellt, mit den Vorjahresergebnissen verglichen, in den Kontext mit den im Qualitätsreport des IQTIG veröffentlichten Bundesergebnissen (<https://iqtig.org/qs-berichte/qualitaetsreport/>) gestellt und die Ergebnisse aus dem Stimmnahmeverfahren beziehungsweise „Strukturierten Dialog“ einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Im Verfahren „QS PCI“ ist seit 2016 eine steigende Zahl von Interventionen bezüglich Koronarangiografie und perkutaner Koronarintervention zu verzeichnen (Erfassungsjahr 2018: 34.796). Dabei bewegten sich die sächsischen Ergebnisse in den insgesamt 14 Qualitätsindikatoren (QI) im Referenzbereich und waren im Vergleich auf Landesebene zum vorangegangenen Erfassungsjahr 2017 konstant und in zwei QI signifikant gebessert. Im Vergleich mit den Bundesergebnissen stellten sich dabei in fünf QI signifikant bessere Ergebnisse als der Bundesdurchschnitt dar. In vier QI („Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“; „isolierte PCI mit Dosis-Flächenprodukt über 4800 cGy\*cm<sup>2</sup>“; „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI und speziell auch mit der Indikation bei ST-Hebungsinfarkt“) konnte aber das Bundesergebnis noch nicht erreicht werden und zeigt den Optimierungsbedarf an. Innerhalb von 573 Indikatorergebnissen in 52 dokumentierenden Einrichtungen waren in Sachsen 27 Ergebnisse rechnerisch auffällig mit einem Schwerpunkt bezüglich „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“, von denen nach einem Stimmnahmeverfahren sechs QI-Ergebnisse qualitativ auffällig blieben und bei vier Leistungserbringern zur Einleitung einer sogenannten Maßnahmenstufe 1 führten, um die festgestellten qualitativen Mängel der Struktur- und Prozessqualität (unter anderem

die Organisation der Abläufe in der Rettungsstelle oder im Bereitschaftsdienst, insbesondere auch im ländlichen Raum sowie den Strahlenschutz betreffend) durch die von der Fachkommission empfohlenen Maßnahmen beseitigen zu können. Weitere Schwerpunkte stellten Dokumentationsfehler und Verbringungsleistungen dar. Bezüglich der Anzahl der Stellungnahmeverfahren ist eine positive Entwicklung gegenüber dem Erfassungsjahr 2017 zu konstatieren, die einerseits auf eine Verbesserung der Qualität bei den Leistungserbringern und andererseits eine Weiterentwicklung des Verfahrens zurückzuführen ist.

In den ausschließlich im stationären Bereich an 58 Krankenhaus-Standorten in Sachsen zu dokumentierenden QS-Verfahren „HSM“ und „DEFI“ wurden jeweils in den einzelnen Modulen die Implantationen, die Aggregatwechsel und die Revisionen/Systemwechsel/Explantation ausgewertet. Im Erfassungsjahr 2018 wurden insgesamt 9.467 Eingriffe in Sachsen in diesen beiden QS-Verfahren gezählt mit einer leicht abnehmenden Tendenz bei den implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) in den letzten Jahren. Die sächsischen Ergebnisse lagen alle im Referenzbereich und unterschieden sich im Vergleich zu den Bundesergebnissen in der Gesamtheit in der Regel nicht – bis auf zwei Ausnahmen (Modul 9/1: „System der 3. Wahl“ und Modul 9/4: „Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ – jeweils im Referenzbereich liegend, aber signifikant schlechter als das Bundesergebnis). Soweit ein Vergleich möglich war, zeigten sich auf Landesebene die Ergebnisse zum Vorjahr unverändert beziehungsweise in einem einzelnen QI zur Eingriffsdauer bei Implantation und Aggregatwechsel bei „HSM“ (Modul 9/1) signifikant gebessert. Trotzdem

fanden sich in beiden QS-Verfahren insgesamt rechnerische Auffälligkeiten in 88 QI-Ergebnissen und neun AK-Ergebnissen (Auffälligkeitskriterien), weshalb ein sogenannter „Strukturierter Dialog“ eingeleitet und ein „Kollektives Gespräch“ durchgeführt wurden, durch die letztlich bei 23 QI-Ergebnissen und sieben AK qualitative Auffälligkeiten bestätigt werden mussten. Schwerpunkte im „Strukturierten Dialog“ bildeten die leitlinienkonforme Indikationsstellung, die intraoperative Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, sonden- und nichtsondenbedingte Komplikationen, der Strahlenschutz, kleine Fallzahlen und der venöse Zugangsweg. Während nationale und internationale Fachgesellschaften als Standardzugang die V. cephalica empfehlen, wird in Deutschland, und hier insbesondere in Sachsen ganz überwiegend der Zugang über die V. subclavia genutzt (Herzschrittmacherimplantation: Bund in 57,23 Prozent der Fälle, Sachsen in 85,87 Prozent der Fälle; ICD-Implantation: Bund in 55,34 Prozent der Fälle, Sachsen in 85,16 Prozent der Fälle jeweils im Erfassungsjahr 2018). Diese Praxis schlägt sich in vermehrten Komplikationen mit behandlungsbedürftigen Pneumo- und Hämatothoraces, aber auch in einer verkürzten Funktionsdauer der Elektroden nieder. Eine mangelnde Erfahrung mit diesem eher chirurgischen Zugang über die V. cephalica kann jedoch nach Auffassung der Arbeitsgruppe Kardiologie nicht die Begründung für das Eingehen des Risikos vermehrter Komplikationen sein. Eine phlebografische Darstellung der Zugangsvene wird von der Arbeitsgruppe empfohlen, wenn eine Implantation via V. subclavia erfolgen muss.

### PCI-Strategien bei Bifurkationsstenosen

Prof. Dr. med. habil. Axel Linke, Vorsitzender der Fachkommission QS PCI, Herzzentrum Dresden, stellte in sei-

nem Vortrag „Tipps und Tricks bei der PCI – Welche Strategie für welchen Patienten?“ vertiefend verschiedene PCI-Strategien bei koronaren Bifurkationsstenosen vor und unterzog diese anhand internationaler Studienergebnisse einer kritischen Wertung hinsichtlich methodischer Anforderungen beziehungsweise des zeitlichen Aufwands im Vergleich zum Outcome der Patienten.

### Device-Implantation – Update OP-Technik 2020

In seinem praxisrelevanten Vortrag hob Prof. Dr. med. habil. Michael Knaut, Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Dresden, relevante Änderungen und Neuerungen bei der Device-Implantation hervor und ging neben dem chirurgischen venösen Zugangsweg für Device-Implantationen, neuen Devices (Leadless Pacemakers, S-ICD) und tragbaren Defibrillatoren (LifeVest, Zoll) speziell auf das aktuelle Konsensus-Papier der European Heart Rhythm Association (EHRA) (Eur. J. Cardio-Thoracic Surgery 57 (2020): e1-e31) zur Vermeidung von Infektionen bei kardialen elektronischen Implantaten (CIED) ein, die schwerwiegende Komplikationen darstellen und mit einer Sterblichkeit im Krankenhaus oder nach 30 Tagen von fünf bis acht Prozent einschließlich der Sterblichkeit durch Sondenextraktion assoziiert sind. In diesem Papier wurden auf der Basis einer Metaanalyse aus 60 Studien mit 206.176 Patienten die patienten-, prozedur- und gerätebezogenen Risikofaktoren für CIED-Infektionen untersucht und Ergebnisse aus der Medicare-Studie, der National Inpatient Sample Database mit 85.203 CIED-Infektionen und die aktuelle Danish device-cohort study mit 97.750 Patienten herangezogen. Aus diesem repräsentativen Daten-Pool wurde eine einseitige Liste präventiver prä-, peri- und postprozeduraler Maßnahmen abgeleitet, welche der unbeding-

ten künftigen Beachtung bedürfen. Alle systemischen oder lokalisierten CIED-Infektionen erfordern die komplette CIED-Explantation und eine antimikrobielle Therapie. Kein Teil der entfernten CIED einschließlich der Extraktions-schleuse sollte erneut implantiert beziehungsweise verwendet werden. Zu diesem Zeitpunkt sollten auch die zentralen und peripheren Gefäß- sowie alle anderen entfernbaren Katheter ausgetauscht werden, sofern dies möglich ist. Die Indikation zur Reimplantation sollte nach einer CIED-Entfernung immer neu evaluiert werden. Ein anderes Gerät als das vorherige oder keines ist möglicherweise die bessere Wahl. Über den Zeitpunkt einer Reimplantation muss individuell entschieden werden in Ermangelung randomisierter Studien zu diesem Thema. Die epikardiale Elektrode wird seit Jahrzehnten als die einzige zuverlässige

Strategie für Patienten mit einem sehr hohen Risiko für eine Neuinfektion eingesetzt. Da es für jeden chirurgischen Eingriff eine Lernkurve gibt, werden mindestens 150 Operationen pro Jahr und Zentrum empfohlen.

### Versorgungsforschung unter Einbeziehung von GKV-Routinedaten – Standortbestimmung 2020

Zu diesem Thema legte Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt, Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, dar, welchen Stellenwert Propensity-Score-gematchte Analysen mit Routinedaten im Vergleich zu prospektiven, randomisierten Studien in der evidenzbasierten Medizin heute einnehmen. Er zeigte die

Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von Routinedaten gesetzlich Krankensversicherter (GKV) in der Versorgungsforschung auf – dargestellt an einem laufenden Projekt der Kolon-Karzinom-Versorgung in Sachsen. Dies löste eine lebhaft kritische Diskussion bezüglich des Stellenwertes derartiger Untersuchungsergebnisse zur Klärung kausaler medizinischer Zusammenhänge aus. Abzuleiten war davon ein weiterer Erörterungsbedarf dieser Thematik und bot eine Anregung für Fortbildungsthemen in anderem Rahmen. ■

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer  
wissenschaftlicher Leiter der Ergebniskonferenz,  
stellvertretender Vorsitzender der  
Fachkommission PCI,  
Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden

Dr. med. Beate Trausch  
Leiterin  
Landesgeschäftsstelle einrichtungs- und  
sektorenübergreifende Qualitätssicherung

## LESERBRIEFE

# Corona-Pandemie

Anmerkungen von Dr. med. Christian Zeumer zum Leserbrief von Dr. med. Lothar Markus im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2020, Seite 31

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr Dr. Markus beschreibt die Behandlung eines jungen Mannes, welcher sich durch die notwendigen und tiefgreifenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens in der Pandemiesituation deprimiert und verängstigt fühlt. Der Patient hatte das große Glück, zu den etwa 80 Prozent asymptomatisch auf COVID-19 positiv Getesteten zu gehören und durchlebte die Erkrankung und die Quarantäne ohne physische Folgen. Dieses Glück wäre ihm auch ohne

die Behandlung zuteilgeworden, denn Kollege Markus landete einen Zufallstreffer.

Herr Dr. Markus verlangt von der Bundes- und Landespolitik sowie von den Top-Virologen und Epidemiologen in dieser nie dagewesenen weltweit überaus gefährlichen Situation evidenzbasierte Aussagen und Handlungsempfehlungen. Diese Forderung ist einfach nicht zu erfüllen, die Situation ist beispiellos.

Er unterstellt in dieser schweren Zeit Entscheidungsträgern „Geltungsbedürf-

nis und Willkür“, kurz nachdem unter anderem in Modena die medizinische Versorgung und die Transportkapazitäten für die an der neuartigen Virus-erkrankung Verstorbenen kollabierten... Es ist mittlerweile bekannt, dass allein in Deutschland circa 57.000 Todesfälle durch die konsequente Durchsetzung der Kontaktbeschränkungen vermieden werden konnten. ■

Dr. med. Christian Zeumer, Schkeuditz

## Unsere Jubilare im September 2020

## Wir gratulieren!

## 65 Jahre

- 01.09. Dipl.-Med. Töppel, Cornelia  
01877 Bischofswerda
- 02.09. Dipl.-Med. Lappat, Silvia  
09577 Niederwiesa
- 02.09. Dr. med. Richter, Gerlinde  
08538 Weischlitz
- 03.09. Dipl.-Med. Kuhlee, Marita  
02943 Weißwasser
- 03.09. Dr. med. Sommer, Eberhard  
01309 Dresden
- 07.09. Dr. med. Kirschner, Volker  
04420 Markranstädt
- 07.09. Dr. med. Makhlof, Badie  
02999 Lohsa
- 07.09. Dr. med. Rietzschel, Ilona  
01728 Bannewitz
- 07.09. Dr. med.  
Zimmermann, Felicitas  
01217 Dresden
- 10.09. Dr. med. Zillmann, Ute  
08499 Mylau
- 11.09. Dipl.-Med.  
Irmisch, Christoph  
08309 Eibenstock
- 11.09. Dipl.-Med. Wagner, Ella  
09116 Chemnitz
- 12.09. Dr. med. Hurtig, Michael  
08451 Crimmitschau
- 12.09. Dr. med. Walther, Steffen  
09119 Chemnitz
- 13.09. Dr. med. Hellrung, Eva-Maria  
04416 Markkleeberg
- 13.09. Dr. med. Müller, Gitta  
01477 Arnsdorf
- 16.09. Dr. med. Bach, Gerald  
04720 Döbeln
- 18.09. Dr. med.  
Blankenburg, Christoph  
01279 Dresden
- 19.09. Dipl.-Med. Seidel, Werner  
08248 Klingenthal

- 21.09. Matthes, Friedrich  
01705 Freital
- 21.09. Dr. med. Schäfer, Ulrike  
01558 Großenhain
- 22.09. Dr. med. Fricke, Steffi  
08315 Bernsbach
- 24.09. Dipl.-Med. Plewan, Klaus  
09130 Chemnitz
- 25.09. Dipl.-Med. Seidel, Ulrich  
04420 Markranstädt
- 26.09. Dr. med. Ostwald, Olaf  
04416 Markkleeberg
- 29.09. Dr. med. Ortweiler, Wolfram  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 29.09. Ring, Viktor  
09212 Limbach-Oberfrohna

## 70 Jahre

- 02.09. Dipl.-Med. Schubert, Dagmar  
08523 Plauen
- 04.09. Marquitz, Claus  
08112 Wilkau-Haßlau
- 10.09. Dr. med. Roy, Dietmar  
02826 Görlitz
- 13.09. Dr. med. Völker, Hans-Ulrich  
09366 Stollberg
- 14.09. Dipl.-Med.  
Schönekerl, Gabriele  
08606 Triebel
- 16.09. Dr. med. Schmalwasser-  
Ziegler, Heidrun  
09648 Mittweida
- 18.09. Dr. med. Kinscher, Wolfgang  
02829 Markersdorf/  
OT Holtendorf
- 19.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Roesler, Joachim  
30629 Hannover
- 20.09. Dr. med. Flemming, Gerd  
08321 Zschorlau

- 22.09. Dipl.-Med.  
Sachtleben, Christine  
04552 Borna
- 22.09. Dipl.-Med. Walther, Veronika  
04318 Leipzig
- 23.09. Dr. med. Schlüter, Reiner  
01237 Dresden
- 24.09. Dipl.-Med. Liebisch, Ulrike  
08427 Fraureuth
- 28.09. Dr. med. Lange, Matthias  
01589 Riesa
- 30.09. Doz. Dr. med. habil.  
Fröhlich, Michael  
01157 Dresden

## 75 Jahre

- 02.09. Dr. med. Hellmich, Dagmar  
09599 Freiberg
- 02.09. Dr. med. Langer, Ursula  
08289 Schneeberg
- 04.09. Dr. med. Schwarz, Reinhart  
09429 Wolkenstein
- 04.09. Dr. med. Seifert, Wolfgang  
02708 Löbau
- 06.09. Dr. med. Lietz, Toni  
04425 Taucha
- 09.09. Harnapp, Dieter  
04758 Oschatz
- 12.09. Dr. med. Weidle, Rolf  
02826 Görlitz
- 14.09. Dr. med. Dittrich, Maria  
01796 Pirna/OT Zehista
- 16.09. Pfannkuchen, Bettina  
01217 Dresden
- 17.09. Hamann, Ulrich  
09638 Lichtenberg
- 18.09. Dr. med. Burkhardt, Jürgen  
01157 Dresden
- 18.09. Dr. med. Cebulla, Beate  
04357 Leipzig
- 18.09. Harnisch, Renate  
01159 Dresden
- 20.09. Dr. med. Groß, Heinz  
09125 Chemnitz
- 25.09. Dr. med. Nolopp, Andreas  
04683 Threna
- 26.09. Dr. med. Bellmann, Jürgen  
09468 Geyer

- 26.09.** Müller, Gudrun  
04703 Leisnig
- 29.09.** Dipl.-Med. Kosel, Kristina  
01445 Radebeul
- 30.09.** Fischer, Carola  
04683 Naunhof

## 80 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Kleber, Sieglinde  
01855 Mittelndorf
- 01.09.** Dr. med.  
Schwock, Hans-Jürgen  
01609 Röderaue
- 01.09.** Dr. med. Weller, Edgar  
01445 Radebeul
- 02.09.** Dr. med. Schier, Christa  
01454 Radeberg
- 03.09.** Dr. med. Schlick, Jürgen  
08606 Oelsnitz
- 03.09.** Dr. med. Weigel, Margrit  
09526 Olbernhau
- 03.09.** Dr. med. Woidak, Edelgard  
04564 Böhlen
- 03.09.** Dr. med. Würgatsch, Peter  
01445 Radebeul
- 05.09.** Dr. med. Sonntag, Manfred  
04279 Leipzig
- 07.09.** Dr. med. Usler, Rudolf  
01640 Coswig
- 09.09.** Dr. med. Trogisch, Uta  
01324 Dresden
- 10.09.** Dr. med. Marx, Ernst  
04519 Rackwitz
- 11.09.** Dr. med. Beckert, Arndt  
04758 Oschatz
- 11.09.** Dr. med. Schulz-Beer, Sigrid  
01277 Dresden
- 12.09.** Dr. med. Hübschmann, Karin  
08606 Oelsnitz
- 14.09.** Mazzi, Aurel  
02763 Zittau
- 14.09.** Dr. med. Weiß, Karin  
01737 Kurort Hartha
- 15.09.** Dr. med. Rockstroh, Karin  
01259 Dresden
- 16.09.** Giebel, Heiner  
01108 Dresden
- 16.09.** Dr. med. Schultz, Inge  
01328 Dresden
- 16.09.** Dr. med. Schütze, Gisela  
01816 Bad Gottleuba-  
Berggießhübel
- 17.09.** Dr. med. Hohlfeld, Ralf  
04279 Leipzig
- 20.09.** Dr. med.  
Häntzschel, Hans-Jörg  
09116 Chemnitz
- 21.09.** Dr. med. habil. Jung, Volker  
01309 Dresden
- 22.09.** Dr. med. Dunger, Christian  
02953 Gablenz
- 23.09.** Dr. med. Hübner, Renate  
02828 Görlitz
- 23.09.** Lentz, Heide  
04229 Leipzig
- 24.09.** Dr. med. Rödel, Jürgen  
08228 Rodewisch
- 26.09.** Dr. med. Härtel, Suse  
01187 Dresden
- 27.09.** Dr. med. Schuster, Elvira  
09130 Chemnitz
- 28.09.** Dr. med. Schille, Eberhard  
04317 Leipzig
- 28.09.** Ziegenhorn, Ute  
04155 Leipzig
- 29.09.** Dr. med. Walther, Gerd  
08209 Auerbach
- 14.09.** Kokschal, Maria  
04416 Markkleeberg
- 14.09.** Dr. med. Weinhold, Gudrun  
01324 Dresden
- 15.09.** Dr. med. Breitfeld, Allmut  
09557 Flöha
- 15.09.** Dr. med.  
Edelmann, Frank-Jens  
09120 Chemnitz
- 15.09.** Dr. med. Jährig, Dieter  
02692 Obergurig
- 16.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Borkhardt, Hertha-Lore  
01069 Dresden
- 19.09.** Dr. med. Leupold, Bettina  
01219 Dresden
- 21.09.** Dr. med. Schnabel, Klaus  
09127 Chemnitz
- 22.09.** Doz. Dr. med. habil.  
Goertchen, Roland  
02827 Görlitz-Kunnerwitz
- 22.09.** Dr. med.  
Grohmann, Ingeborg  
09111 Chemnitz
- 23.09.** Schwarz, Gertraud  
08209 Auerbach
- 23.09.** Dr. med.  
Wihsgott, Eberhardt  
01139 Dresden
- 24.09.** Reinicke, Volker  
04158 Leipzig
- 24.09.** Thieme, Gottfried  
02799 Waltersdorf
- 25.09.** Dr. med. Thomsen, Holger  
01324 Dresden
- 25.09.** Zetsche, Elge  
04571 Rötha
- 27.09.** Dr. med. Grigorow, Ingeborg  
08328 Stützengrün
- 28.09.** Dr. med. Enderlein, Maja  
04683 Naunhof
- 29.09.** Dr. med. Bochmann-Kutzner,  
Irmtraud  
09322 Penig
- 30.09.** Dr. med. Brode, Klaus  
08107 Kirchberg
- 30.09.** Dr. med. Otremba, Arno  
08412 Königswalde

## 81 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Kirschner, Hartmut  
01454 Radeberg
- 02.09.** Dr. med.  
Hammer, Lieselotte  
04435 Schkeuditz
- 04.09.** Dr. med. Kluge, Norbert  
02627 Radibor
- 04.09.** Dr. med. Schöbl, Renate  
01309 Dresden
- 05.09.** Dr. med. Jelinek, Wilfried  
01099 Dresden
- 05.09.** Dr. med. Maiwald, Dieter  
01159 Dresden
- 09.09.** Dr. med. Grünert, Frank  
08527 Straßberg
- 09.09.** Dr. med. Skrzypczak, Ingrid  
04157 Leipzig
- 14.09.** Klatte, Christel  
04157 Leipzig

## 82 Jahre

- 04.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Heidrich, Lothar  
04109 Leipzig
- 06.09.** von Großmann, Anke  
08058 Zwickau
- 09.09.** Dr. med. Herold, Karl-Heinz  
08525 Plauen
- 09.09.** Dr. med. Pochodzaj, Klaus  
08359 Breitenbrunn
- 10.09.** Dr. med. Kallauch, Günter  
02708 Niedercunnersdorf
- 11.09.** Dr. med. Lerchner, Nelly  
04416 Markkleeberg
- 13.09.** Dr. med.  
Boxberger, Klaus Dieter  
04288 Leipzig
- 16.09.** Stöber, Eva-Maria  
04736 Waldheim
- 21.09.** Dr. med. Ohrt, Gabriele  
04463 Großpönsa
- 22.09.** Doz. Dr. med. habil.  
Kadner, Peter  
04178 Leipzig
- 22.09.** Dr. med. König, Wolfgang  
01855 Sebnitz
- 22.09.** Dr. med. Uhlig, Ingrid  
09130 Chemnitz
- 24.09.** Neßmann, Marianne  
04442 Zwenkau
- 24.09.** Dipl.-Med. Päßler, Edda  
09116 Chemnitz
- 25.09.** Dr. med. habil.  
Altmann, Ernst  
01328 Dresden
- 27.09.** Dr. med. Gärtner, Anita  
01328 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Friedrich, Johannes  
01324 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Kayser, Horst  
04329 Leipzig
- 28.09.** Stein, Günter  
01728 Rippien
- 29.09.** Dr. med. Stolzenburg, Ulrich  
01728 Possendorf
- 30.09.** Dr. med.  
Hausmann, Christine  
01239 Dresden

## 83 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Rose, Marita  
04275 Leipzig
- 03.09.** Dr. med. Heiland, Lothar  
04316 Leipzig
- 08.09.** Dr. med. Bitzer, Frieder  
04668 Grimma
- 08.09.** Trautloft, Charlotte  
08393 Meerane
- 11.09.** Franz, Peter  
08606 Oelsnitz
- 14.09.** Dr. med. May, Brigitte  
04680 Colditz
- 17.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Dettmer, Dietrich  
04107 Leipzig
- 18.09.** Dr. med. Kirsten, Gottfried  
09114 Chemnitz
- 21.09.** Stolle, Renate  
04229 Leipzig
- 22.09.** Dr. med. Forcker, Gebhard  
09130 Chemnitz
- 22.09.** Dr. med. Tilke, Renate  
09648 Mittweida
- 25.09.** Dr. med. Golde, Winfried  
09114 Chemnitz
- 25.09.** Dr. med. Kanig, Margarete  
01187 Dresden
- 26.09.** Dr. med. Nehler, Klaus  
09125 Chemnitz
- 26.09.** Dr. med. Wappler, Friedhelm  
08485 Lengenfeld
- 27.09.** Dr. med. Groeschel, Walter  
01796 Pirna
- 29.09.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Brethner, Ludwig  
04157 Leipzig
- 30.09.** Dr. med. Nebel, Gisela  
01307 Dresden

## 84 Jahre

- 03.09.** Dr. med. Hanisch, Inge  
02733 Cunewalde
- 06.09.** Dr. med. Knothe, Alice  
04178 Leipzig
- 07.09.** Dr. med. Fuhrmann, Marita  
04105 Leipzig

- 09.09.** Dr. med. Langer, Hans  
01587 Riesa
- 10.09.** Dr. med. Götz, Annerose  
02828 Görlitz
- 11.09.** Weis, Anita  
08527 Plauen
- 14.09.** Dr. med. Hofmann, Regina  
08056 Zwickau
- 14.09.** Dr. med. Pirlich, Ingrid  
04155 Leipzig
- 14.09.** Dr. med. Ziehank, Eberhard  
08468 Reichenbach
- 16.09.** Dr. med. Roch, Christiane  
01326 Dresden
- 17.09.** Dr. med. Vogel, Helga  
01277 Dresden
- 24.09.** Scherbak, Anatol  
01307 Dresden
- 26.09.** Dr. med. Matthes, Eva-Maria  
01277 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Just, Gabriele  
04155 Leipzig

## 85 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Kaschl, Irmgard  
09366 Stollberg
- 07.09.** Dr. med. Zschau, Gudrun  
09120 Chemnitz
- 08.09.** Kubicek, Annelies  
01067 Dresden
- 16.09.** Dr. med. Dörfelt, Christoph  
01591 Riesa
- 16.09.** Taubert, Monika  
01259 Dresden
- 19.09.** Prof. Dr. sc. med.  
Hanefeld, Markolf  
01445 Radebeul
- 24.09.** Dr. med. Hübner, Ursula  
01307 Dresden
- 30.09.** Dr. med. Seyfert, Gottfried  
09127 Chemnitz
- 30.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Todt, Horst  
01187 Dresden

## 86 Jahre

- 05.09.** Dr. med. Müller, Wolfgang  
04158 Leipzig

- 06.09.** Dr. med. Schreiber, Helmut  
01328 Dresden
- 14.09.** Dr. med. Geschke, Käte  
09217 Burgstädt
- 17.09.** Dr. med. Rohrwacher, Ingrid  
04157 Leipzig
- 24.09.** Dr. med. Beyer, Peter  
01844 Hohwald
- 24.09.** Dr. med.  
Seckendorf, Brunhilde  
09112 Chemnitz
- 26.09.** Dr. med. Kirschner, Wolfgang  
08315 Bernsbach

## 87 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Meier, Gudrun  
01326 Dresden
- 09.09.** Dr. med. Gräbner, Anny  
09350 Lichtenstein
- 13.09.** Dr. med. Kösser, Christa  
04277 Leipzig
- 27.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Wolfgang  
04299 Leipzig
- 29.09.** Dr. med. Klemm, Brigitte  
02694 Malschwitz

## 88 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Berthold, Regina  
04103 Leipzig
- 07.09.** Dr. med. Heilek, Walter  
01326 Dresden
- 12.09.** Dr. med. Gregori, Peter  
08529 Plauen
- 13.09.** Bilger, Sigrid  
01069 Dresden
- 19.09.** Dr. med. Klapper, Johannes  
08058 Zwickau
- 23.09.** Dr. med. Hebenstreit, Renate  
01920 Haselbachtal
- 26.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Helbig, Werner  
04155 Leipzig

## 89 Jahre

- 06.09.** Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda

- 08.09.** Dr. med. Steudtner, Ursula  
01217 Dresden
- 09.09.** Kuhnert, Friedegard  
01217 Dresden
- 12.09.** Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen
- 20.09.** Dr. med. Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg
- 22.09.** Dr. med. Lippoldt, Roland  
08115 Lichtentanne
- 23.09.** Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden

## 90 Jahre

- 19.09.** Dr. med. Vollmer, Christa  
01109 Dresden
- 29.09.** Dr. med.  
Kretschmar, Christian  
02730 Ebersbach-Neugersdorf

## 91 Jahre

- 05.09.** Dr. med. Dießner, Magdalena  
01157 Dresden
- 15.09.** Dr. med. Holzhausen, Günter  
04821 Waldsteinberg
- 28.09.** Dr. med. Tützer, Anny  
08451 Crimmitschau
- 29.09.** Tuchscherer, Isolde  
08280 Aue

## 94 Jahre

- 03.09.** Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig

## 96 Jahre

- 26.09.** Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra

## 97 Jahre

- 16.09.** Dr. med. habil. Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz

## 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

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)

Erik Bodendieck

Dipl.-Med. Heidrun Böhm

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe

Jenny Gullnick

Dr. med. Marco J. Hensel

Dr. med. Roger Scholz

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Ute Taube

Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin

### 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 John

Telefon: 0341 710039-94

Telefax: 0341 710039-99

E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 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 Abonnementsgebühren werden  
jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2020