



Ärzteblatt Sachsen

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



ALTENPFLEGE IN HEIMEN IN DER CORONA-PANDEMIE

Lesen Sie auf Seite 10

30 Jahre Sächsische
Landesärztekammer

4

Der Arztbrief

17

Die Episiotomie –
noch zeitgemäß?

30

Inhalt



30 Jahre Sächsische
Landesärztekammer
Seite 4



12. Netzwerktreffen
„Ärzte für Sachsen“
Seite 6



Fünf Jahre
Intensiv-Lymphtherapie am
Gefäßzentrum Bautzen
Seite 20

EDITORIAL	• 30 Jahre Sächsische Landesärztekammer	4
BERUFSPOLITIK	• Ringen um Nachwuchs: 12. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	6
	• Mehr Ärzte in die hausärztliche Versorgung	7
	• 30 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer	8
	• Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	9
CORONA-PANDEMIE	• Altenpflege in Heimen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie 2020	10
	• „Viele Grüße aus dem Knast...“	11
	• „Und plötzlich standen wir unter Quarantäne“	12
	• Corona-Handlungsempfehlung für Pädagogen und Eltern	14
	• SARS-CoV-2-Sentinel geplant	16
	• Gripeschutz & Corona	16
GESUNDHEITSPOLITIK	• Der Arztbrief	17
	• Männer als Betroffene von Gewalt?!	19
	• Fünf Jahre Intensiv-Lymphtherapie am Gefäßzentrum Bautzen	20
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	• Einladung der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis	24
	• Die Kreisärztekammer Meißen informiert	24
	• Einladung der Kreisärztekammer Dresden	24
	• Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) informiert	26
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	• Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	25
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	• 63. Tagung der Kammerversammlung	26
MITTEILUNGEN DER KVS	• Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	27
ORIGINALIE	• Die Episiotomie – noch zeitgemäß?	30
LESERBRIEFE	• Aktueller Fall der Gutachterstelle	31
BUCHBESPRECHUNG	• Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte	32
	• Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland	33
PERSONALIA	• Jubilare im November 2020	34
	• Erinnerungen an den Pharmakologen Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Oelßner	38
	• Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ralf Gahr	39
MEDIZINGESCHICHTE	• Dr. Friedrich Moritz Heymann (1828 – 1870)	40
KUNST UND KULTUR	• Kunst & Heilkunst	42
	• Hans-Ulrich Wutzler: Fremdkörper	43
EINHEFTER	• Fortbildung in Sachsen – Dezember 2020	

30 Jahre Sächsische Landesärztekammer

Die Wiedergeburt der ärztlichen Selbstverwaltung



Versammlung im Hörsaal der Pathologie des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt, Ende Oktober 1989

Die Jahre 1989/1990 bilden die wichtigsten Meilensteine für die Neugestaltung einer selbstbestimmten eigenverantwortlichen Gesundheits-, Berufs- und Standespolitik für alle sächsischen Ärztinnen und Ärzte. Dieser Neubeginn ging mit zum Teil dramatischen Verunsicherungen, Veränderungen und Karrierebrüchen in der sächsischen Ärzteschaft einher. Für die ärztlichen Kollegen, die ab Herbst 1989 gestaltend in Ärztenverbänden und ab 1990 zur Vorbereitung einer Landesärztekammer tätig waren, bedurfte es unbedingten Gestaltungswillens, Weitsicht, Ideenreichtums und gemeinsamer Zielsetzung.

Bereits am 12. Mai 1990 wurde die (vorläufige) Sächsische Landesärztekammer gegründet. Ab Juni 1990 diente das „Ärzteblatt Sachsen“ der Mitgliederinformation. Beim 1. Sächsischen Ärztetag am 20. April 1991 wurde, nach gründlicher Vorbereitung durch eine Initiativgruppe, der 1. Vorstand mit dem Gründungspräsidenten Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich, dem Vizepäsidenten Dr. med. Peter Schwenke und weiteren neun Vorstandsmitgliedern, gewählt. Zur Hauptgeschäftsführerin wurde Dr. jur. Verena Diefenbach bestellt.

Die Delegierten des 1. Sächsischen Ärztetages fassten zudem den Beschluss zur Gründung eines Versorgungswerkes. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer stimmte am 2. November 1991 zu diesem Zweck ihrer Erweiterung um zehn Tierärzte zu. Als rechtliches Regelwerk verabschiedete die nunmehr „Erweiterte Kammerversammlung“ die Satzung der Sächsischen Ärztenversorgung. Die sächsischen Ärzte und Tierärzte erhielten damit nach der politischen Wende die Möglichkeit, ihre Alterssicherung in die eigenen Hände zu nehmen und an die lange vor dem 2. Weltkrieg begründete Tradition der berufsständischen Versorgung anzuknüpfen.

In den Jahren danach begann ein schwerer Weg des Aufbaus und der Konsolidierung einer funktionstüchtigen Körperschaft öffentlichen Rechts, die in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen ihre auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen hatte. Dabei stand und steht die gemeinsame Standesvertretung aller Ärztinnen und Ärzte im Fokus. Dazu gehören der Öffentliche Gesundheitsdienst wie auch die Arbeitsmedizin als wichtige Säulen der medizinischen und präventiven Versorgung.

Nach mehreren baulichen Provisorien konnte die Sächsische Landesärztekammer am 25. Oktober 1996 ihr heutiges Domizil auf der Schützenhöhe in Dresden beziehen. Das in Architektur wie Ausgestaltung moderne Haus ist Verwaltungssitz, Begegnungsstätte und Veranstaltungsort für Ärzte, kooperative Körperschaften, Verbände und die bildende Kunst.

Schwerpunkte der Kammerarbeit sind bis heute die Gestaltung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Qualitätssicherung für ihre Mitglieder. Diese Aufgaben sind



Vorstand 1991 – 1995:

Dr. Helmut Knoblauch, Dr. Rudolf Marx, Dr. Günter Bartsch, Vizepräsident
Dr. Peter Schwenke, Präsident Doz. Dr. Heinz Diettrich, Dr. Lutz Liebscher,
Doz. Heinrich Geidel, Doz. Jan Schulze, Dr. Gottfried Lindemann,
Dr. Jürgen Müller, Dr. Gunter Gruber (v.l.)

bei der rasanten Entwicklung von Wissenschaft und Technik ständige Herausforderungen für die Gremien der Selbstverwaltung. Dazu kommt die kontinuierliche öffentliche Positionierung bei gesundheitsrelevanten Themen in Versorgung, Wissenschaft und Medizinethik sowie die kontinuierliche Mit- und Zusammenarbeit im Vorstand und den Gremien der Bundesärztekammer, in denen das bundesweite Agieren der Ärzteschaft diskutiert und abgestimmt wird. Zwei deutsche Ärztetage in Dresden sind Glanzlichter und Wertschätzung dieser Zusammenarbeit.

Eine weitere gesetzlich fixierte Aufgabe besteht für die Sächsische Landesärztekammer in der Überwachung der Berufspflichten auf Grundlage einer den ethischen Grundprinzipien entsprechenden Berufsordnung.

Große Aufmerksamkeit widmet die Sächsische Landesärztekammer der permanenten Kooperation mit der sächsischen Landesregierung, den Ministerien sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, den Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken, den ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften sowie der sächsischen Krankenhausgesellschaft. Sie moderierte über viele Jahre das sächsische Bündnis Gesundheit und hat 2009 das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ ins Leben gerufen. Besondere Zuwendung durch Vorstände und Präsidenten wurde dem Ausbau internationaler

Zusammenarbeit mit der Polnisch-Niederschlesischen und der Österreichischen Ärztekammer gewidmet.

Anlässlich des 30-jährigen Jubiläums der Sächsischen Landesärztekammer kann heute ohne Übertreibung festgestellt werden, dass sich der solide Funktionskomplex einer Kammer von Ärzten für Ärzte und Patienten hervorragend entwickelt hat und einen wichtigen Player im sächsischen und deutschen Gesundheitswesen darstellt. Auch unter den sächsischen Ärztinnen und Ärzten ist sie eine geachtete Einrichtung, wie Mitgliederbefragungen wiederholt zeigen.

In den letzten Jahren, ja fast Jahrzehnten, erlebt die Ärzteschaft einen ungebremsen Einfluss von Ökonomie und Bürokratie. Hinzu kommen der demografische Wandel, wie auch das allumfassende Leistungsversprechen der Politik. Dies beeinflusst das Patienten-Arzt-Verhältnis nachhaltig.

Das Vorgenannte, gepaart mit Fachkräftemangel und einem sich nachhaltig auswirkenden Mangel an ärztlicher Arbeitszeit, stellt immer wieder Anforderungen an die Neuausrichtung der Patientenversorgung. Die Herausforderungen des sich rasant entwickelnden medizinisch-technischen Fortschrittes sowie die neuen Arbeitsmethoden im Hinblick auf Big Data, Telemedizin und Digitalisierung müssen ebenso bewältigt werden.

In diesem Spannungsfeld setzt sich die Sächsische Landesärztekammer mittels ihrer integrierenden Funktion für eine patientengerechte Versorgung ein, sie entwickelt Versorgungsmodelle und setzt sich kritisch mit den Entwicklungen auseinander.

Primat muss immer eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung mit einem von Qualität geprägtem ärztlichen Handeln sein.

Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung einer ärztlichen Selbstverwaltung von 1830 bis heute bietet das aktuell erschienene Buch „Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“. Darin finden sich zwei umfassende Beiträge zur Entwicklung der Selbstverwaltung nach 1989. Eine Rezension dazu können Sie in diesem Heft auf Seite 33 nachlesen. ■

Erik Bodendieck
Präsident

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ehrenpräsident

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Gründungs- und Ehrenpräsident

Ringen um Nachwuchs: 12. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Die mittlerweile 12. Jahrestagung des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ hatte am 23. September im besonderen Ambiente des Wasserkraftwerks Mittweida die Themen Nachwuchsgewinnung und ärztliche Versorgung im Zentrum.

sen bedeute für ländliche Krankenhäuser, wie das in Mittweida, die Chance auf neue Ärzte.

„Wo wir stehen“ war der Bericht zum Netzwerk betitelt, den traditionell der Präsident der Sächsischen Landesärz-

telemedizinischen Anwendungen im Pflegebereich, wie einem Videokonsil mit Datenbrille, sollen bereits tätige Ärzte entlastet werden.

Als ähnlich innovativ beschrieb Dr. med. Katrin B. Möller, Klinikgeschäftsführerin am Helios Klinikum Pirna, die Angebote und Arbeitsmodelle für Ärzte an ihrem Klinikum. Hier lege man Wert auf intersektorale Arbeitsmodelle in Weiterbildungsverbänden und in Versorgungsketten beziehungsweise -netzwerken. Modelle wie das der geteilten Anstellung in Praxis und Klinik wurden anhand zweier Ärzte aus dem neuen Netzwerkfilm „Berufsperspektiven für Ärzte in Sachsen“ vorgestellt.



Dr. Gunnar Dittrich, Hauptabteilungsleiter bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, stellt ein aktuelles Modellprojekt zur telemedizinischen Versorgung von Pflegeeinrichtungen mittels Videodatenbrille vor.

Die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping sprach in ihrem Grußwort zunächst den sächsischen Ärztinnen und Ärzten ihren Dank für die Bewältigung der großen Herausforderungen in der Corona-Krise aus. Positiv sei zu beobachten gewesen, wie unter extremen Bedingungen die Grenzen zwischen eher getrennten Versorgungsbereichen überbrückt wurden. In diesem Zusammenhang lobte sie auch die gute überinstitutionelle Arbeitsweise des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wolfgang Heinke, Ärztlicher Direktor am Landkreis Mittweida Krankenhaus, nutzte die Gelegenheit, um an die Politik zu appellieren. Bei der Zulassung zum Medizinstudium müsse viel mehr Wert auf die regionale Herkunft gelegt werden. Mehr Medizinstudierende aus Sach-

tekammer, Erik Bodendieck, hielt. Aktuelle Projekte, wie die Produktion eines neuen Imagefilms, Vor-Ort-Veranstaltungen, wie die „Ärzte für Sachsen – On Tour“ und Social Media Kampagnen für den ärztlichen Nachwuchs wurden dabei vorgestellt. Auch Erik Bodendieck hob wie die Ministerin die besondere Konstellation des Projekts hervor: „Die gute und konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen sucht im bundesweiten Vergleich immer noch ihresgleichen.“

Das Doppelreferat der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zeigte die besonderen Bemühungen um die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Mit neuen Förderbausteinen sollen vor allem Quereinsteiger für die Allgemeinmedizin und Nachfolger für Hausarztpraxen gewonnen werden. Mit

Den Abschluss und diskussionswürdigen Kontrapunkt zu den umfangreich vorgestellten Förderangeboten vor allem für niederlassungswillige Ärzte bildete der Bericht von Anne Münch. Die junge Allgemeinmedizinerin steht kurz vor ihrer Praxiseröffnung in Freiberg und berichtete von vielen bürokratischen Hindernissen bei der Organisation und Beantragung der Unterstützungsmöglichkeiten. Bei aller Kritik hob sie auch hervor, dass es ihr darum gehe, an möglichen Stellschrauben nachzujustieren, um die bestehenden Hürden zu verringern. Die Frage „Was wollen angehende Ärzte in Sachsen?“ beantwortete sie abschließend dementsprechend: „Wir wollen Arzt sein!“

Das nächste Netzwerktreffen findet im September 2021 statt. Termin, Ort und Agenda erfahren Sie dann auf der Netzwerkseite

www.aerzte-fuer-sachsen.de. ■

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

Mehr Ärzte in die hausärztliche Versorgung

Neue Förderbausteine in Sachsen

Seit Jahren lässt sich in Sachsen beobachten, dass sich Allgemeinmediziner vor allem in den Städten niederlassen und in den eher ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärzten entsteht. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, bietet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen schon länger zwei große Fördermaßnahmen an. Mit einer Förderpauschale bis zu 100.000 Euro wird die Niederlassung von Hausärzten in gefährdeten Regionen unterstützt. Ergänzt wird der Zuschuss durch das Prinzip des Mindestumsatzes, bei dem Ärzten ein Garantiehonorar für die ersten zwei Jahre der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgezahlt wird.

Damit sich künftig wieder mehr Hausärzte dort ansiedeln, wo sie am dringendsten gebraucht werden, hat der Landesausschuss sein Repertoire an Fördermaßnahmen zum 1. Juli 2020 erweitert.

Auch die neuen Maßnahmen greifen in den Gebieten, für die entweder schon eine Unterversorgung festgestellt wurde oder in absehbarer Zeit eine vertragsärztliche Unterversorgung droht. Entsprechende Karten der Fördergebiete lassen sich auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einsehen.

Mit dem ersten Förderbaustein werden Quereinsteiger in die Allgemeinmedizin intensiver unterstützt. Sollte sich also ein Facharzt aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung entscheiden, in einer unterversorgten Region eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner zu beginnen, kann er mit einem Zuschuss von 2.500 Euro monatlich rechnen, zusätzlich zur Weiterbildungsförderung nach § 75a SGB V (5.000 Euro monatlich).

Auch der zweite Förderbaustein soll auf die hausärztliche Versorgung neugierig machen. So erhalten „Hausärzte auf Probe“, die ursprünglich in der Inneren Medizin tätig waren, einen Förderbeitrag von monatlich 7.500 Euro. Die Auszahlung erfolgt an den anstellenden Arzt, der den vollen Betrag als Gehaltsbestandteil an den „Hausarzt auf Probe“ weiterreicht.

Neben diesen Förderungen bietet der Landesausschuss auch einen lukrativen Zuschuss für neue Sozialpsychiatriepraxen. Dabei wird eine Einmalzah-

lung von 50.000 Euro geleistet, um Raum- und Personalkosten zu begleichen.

Die drei neuen Fördermaßnahmen bilden zusammen mit der Förderpauschale und dem Mindestumsatz eine gute Basis, um das Arbeitsfeld des Hausarztes und des Sozialpsychiaters attraktiver zu gestalten und damit zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung beizutragen.

Weitere Informationen unter www.kvsachsen.de ■

Katharina Tesch
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

30 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer

Am 13. September 1990 konstituierte sich der Schlichtungsausschuss der neu gegründeten Sächsischen Landesärztekammer unter dem Vorsitz des damals 40-jährigen Dr. med. Rainer Kluge. Berufsrechtliche Fragen und Arzthaftungsfälle waren in diesem Gremium zusammengefasst.

Zum 1. Januar 1992 wurden die Aufgaben getrennt in den Ausschuss für Berufsrecht und in die Schlichtungs-, später Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Seit 30 Jahren wird sie von Dr. Kluge geleitet. Als Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Malteser Krankenhauses Kamenz hatte er über Jahre neben seinem Ehrenamt bereits ein hohes Anforderungsprofil zu erfüllen.

Wie steht es aber mit der Leitung der Gutachterstelle? Was sind die Anforderungen? Was muss man als deren Leiter können und wissen? Welches Leitbild gibt man sich? Stellenausschreibungen gibt es für diese Aufgabe nicht. Mitglieder der Gutachterstelle sind Ärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung und Juristen mit Befähigung zum Richteramt. Der Vorsitzende und die Mitglieder werden vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für die Dauer von vier Jahren entsprechend der Wahlperiode der Kammerversammlung berufen. Die Gutachterstelle, besser ihre Mitglieder, sind nicht weisungsgebunden, neutral und nur der Sache und dem Recht verpflichtet. Die betroffenen ärztlichen Kollegen begleiten die Arbeit kritisch und sind mit den Ergebnissen zweifellos nicht immer einverstanden. Noch kritischer sind die Patienten, denen es naturgemäß besonders schwerfällt, den für sie negativen Ausgang eines



Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer

Verfahrens zu akzeptieren. Dieses zu gestalten und zu leiten, angefangen von der Überzeugungsarbeit gegenüber Ärzten, Krankenträgern und Haftpflichtversicherern, dass sie dem Verfahren zustimmen, über die Ermittlung des Sachverhalts, die Auswahl des Gutachters, die Formulierung des Gutachtenauftrags, die Abfassung der Entscheidung zusammen mit dem juristischen Berater der Gutachterstelle, ist Sache ihres Vorsitzenden.

9.197 Anträge sind von 1992 bis 2019 geprüft worden, 6.074 Gutachtenaufträge verließen das Haus, 5.951 Gutachten mussten gelesen und verarbeitet werden, dazu die jeweiligen Behandlungsdokumentationen beschafft, unzählige Briefe geschrieben und Telefonate geführt werden. Von Beschwerden über das Essen in einer Reha-Klinik bis zu schwerwiegenden und tödlich endenden Krankheitsverläufen kommt alles vor und das in allen medizinischen Fachgebieten. Jeder Gutachtenauftrag und jede Entscheidung werden mit dem juristischen Berater – es waren

seit Gründung vier an der Zahl – kollektional abgestimmt. Schwierige Fälle werden viermal im Jahr im Sachverständigenrat vorgestellt, fachübergreifend diskutiert und anschließend entschieden. Dies alles organisiert der Vorsitzende mit einem beeindruckenden medizinischen und rechtlichen Wissen, großem Einfühlungsvermögen und Verständnis, zugleich aber effektiv, schnörkellos und zielstrebig.

Es ist Dr. Kluge zu verdanken, dass die sächsische Gutachterstelle breiten Respekt genießt, nicht nur bei Ärzten, Krankenhäusern und Versicherern, sondern auch etwa bei den im Medizinrecht tätigen Rechtsanwälten. Seinem unermüdlichen Einsatz ist es auch zu verdanken, dass die Verfahrensordnungen der Schlichtungs-/Gutachterstellen in wesentlichen Punkten deutschlandweit vereinheitlicht worden sind.

Wie er über die vielen Jahre hinweg Hauptberuf und Ehrenamt bewältigt hat, ist nur schwer vorstellbar. Eine Ahnung davon hat man, wenn in den frühen Morgenstunden von Montag bis Sonntag die E-Mails mit seinen Arbeitsergebnissen eintreffen. Schwung und Elan der Anfangszeit sind immer noch spürbar, auch wenn die Instrumentarien und die Arbeitsabläufe sich über 30 Jahre hinweg gefestigt haben und eine gewisse, aber notwendige Routine den Alltag prägt. Es bleibt zu hoffen, dass er das Amt noch lange bei guter Gesundheit wahrnehmen kann. ■

Karl Schreiner, Halle
Rechtsberater der Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen
Präsident des Landgerichts Leipzig a. D.

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

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Bewertung des Falles aus der Gutachterstelle

Wir beginnen unsere neue Falldarstellung wieder mit der Bewertung der Gutachterstelle des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2020, dargestellten Falles (Rekurrensparese nach Rekonstruktion der Aortenklappe, Ersatz der Aorta ascendens, des Aortenbogens und der thorakalen Aorta descendens wegen Bulbuserweiterung und Aortenklappeninsuffizienz I.° bei bekanntem Marfansyndrom).

Aufgrund der präoperativ erhobenen Befunde (siehe Heft 7/2020) war bei der 42-jährigen asymptotischen Patientin lediglich der Aortenklappenersatz (Aortenklappenrekonstruktion) und der Ersatz des Aortenbulbus indiziert, es bestand keine Indikation für den Ersatz des Aortenbogens und der Aorta descendens.

Die Rekurrensparese ist mit hoher Wahrscheinlichkeit Folge des Aortenbogensersatzes und damit Folge eines nicht indizierten Eingriffes.

Nach den Grundsätzen der Rechtsprechung im Arzthaftungsbereich haftet der Behandler für alle Folgen eines nicht indizierten Eingriffes. Die Gutachterstelle hat demzufolge dem zuständigen Haftpflichtversicherer die Regulierung des Schadens empfohlen.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Der Antragsteller ist Jahrgang 1953, es bestehen keine wesentlichen Begleiterkrankungen

1/2017

- starke Rückenschmerzen nach Schneeräumen, zunächst ambulante orthopädische Behandlung ohne Besserung, zusätzlich Fußheberschwäche re.

19.1.2017

MRT (in der Klinik des Antragsgegners):

- rechts dorsolateraler Nucleus pulposus Prolaps LWK 4/5 mit Alteration der Wurzel L5, zusätzlich mäßige Einengung des Spinalkanals L4/5 → Empfehlung zur operativen Versorgung

20.1.2017

- endoskopische Nukleotomie L4/5 mit Entfernung eines Bandscheiben-sequesters (13.00 bis 14.30 Uhr)
- wegen postoperativer Blasenentleerungsstörungen Kontroll-MRT am gleichen Tag

MRT:

- erneute Raumforderung im Bereich des bereits bekannten sequestrierten Nucleus pulposus Prolapses → Indikation zur Revisionsop. bei Re-Prolaps

- Revisionsop. 19.00 bis 21.05 Uhr, (unter Beteiligung Neurochirurgie) wird endoskopisch begonnen, Konversion auf offenes Vorgehen, intraop. Verdacht auf Läsion der Wurzel L5, Beendigung des Eingriffes nach Einlage einer Drainage in Absprache mit Neurochirurgie

21.1.2017

- weiterbestehende inkomplette Querschnittsläsion in Höhe L 4/5
- Verlegung zu Maximalversorger, Revisionsop. mit Versorgung eines Duralecks

Postoperativ resultiert eine persistierende inkomplette Querschnittslähmung mit Harn- und Stuhlinkontinenz.

Wie beurteilen Sie diesen Fall? Wir freuen uns auf Ihre Zuschriften. Soweit Sie genauere Angaben wünschen, als dieses Format zulässt, steht Ihnen die Gutachterstelle natürlich zur Verfügung.

Die nächste Veröffentlichung in unserer Reihe wird turnusgemäß im Heft 1/2021 erfolgen. ■

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

Anzeige



DIE AUFGABEN DER SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER IM FILM!

FÜR MEDIZINSTUDENTEN UND JUNGE ÄRZTE SOWIE ALLE, DIE WISSEN MÖCHTEN, WELCHE AUFGABEN EINE LANDESÄRZTEKAMMER HAT.



Altenpflege in Heimen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie 2020

Hausärztliche Erfahrungen

„Noch nie während der 60 Jahre, die wir miteinander verheiratet sind, waren meine Frau und ich solange getrennt voneinander.“

Solche beziehungsweise ähnliche Aussagen kennen sicher fast alle Ärzte, die Patienten in Altenpflegeheimen versorgen, aus den Monaten der absoluten Besuchsverbote. Trauer, Angst, aber auch Wut, Fassungslosigkeit und teil-

tragfähige Konzepte und Problemlösungen vielerorts gefunden werden konnten. Allerdings haben sich, retrospektiv betrachtet, auch Schwachstellen und Risiken des konkreten Umgangs mit der Corona-Lage offenbart, die für die Zukunft überdacht werden müssen. So wurde die medizinische Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen diagnostisch und therapeutisch im Sinne von

Aber für Ergo- und Physiotherapeuten beispielsweise blieben die Türen der Pflegeeinrichtungen oftmals prinzipiell verschlossen. Leider eben auch dann, wenn Therapien aus Sicht der betreuenden Hausärzte als dringend indiziert angeordnet worden waren. Und dies, obwohl die jeweils gültige Allgemeinverfügung des Freistaates Sachsen zu keinem Zeitpunkt den Zutritt für medizinisch tätige Therapeuten komplett in Frage gestellt hat. Die gesonderte schriftliche Klarstellung dessen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt führte dann auch zu einer veränderten Vorgehensweise in den Heimen.



weise Unverständnis von Heimbewohnern und Angehörigen galt es aufzufangen durch Pflegepersonal, freiwillige Helfer, Hausärzte und Praxisteams.

Neu war die Situation bekanntermaßen für alle.

Entscheidungsprozesse sinnvoll und dabei mit Augenmaß im Eiltempo voranzutreiben und Resultate umzusetzen, lautete das Gebot der Stunde. Ohne Zweifel eine Herausforderung für alle Verantwortlichen vor Ort.

Die Entwicklung der Infektionszahlen in Sachsen im Frühjahr hat gezeigt, dass

Kontaktbeschränkungen auf das „unbedingt Notwendige“ reduziert, wobei die Definition desselben durch die Träger solcher Pflegeeinrichtungen in manchen Fällen das Risiko einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit mit eventuell langfristigen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen nicht in gebotenem Maße berücksichtigt hat.

Ärztliche Hausbesuche bei Bewohnern mit Akuterkrankung beziehungsweise Notfallversorgung im engeren Sinne galten unstrittig überall als „unbedingt notwendig“.

Wir alle sind während der aktuellen Corona-Pandemie immer wieder Lernende, zum Teil durch Versuchs-Irrtums-Szenarien. Davon sind Träger und Leitungen von Altenpflegeeinrichtungen, Hausärzte, medizinische Therapeuten natürlich nicht ausgenommen. Alle sind nach bestem Wissen und Gewissen bemüht, ihrer jeweils spezifischen Verantwortung gerecht zu werden.

Gerade vor dem Hintergrund des Risikos einer „Hot Spot“-Entwicklung in Altenpflegeheimen wünsche ich mir als Hausärztin einen intensiveren Dialog mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen zum Risikomanagement während der Corona-Pandemie in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bewohner insgesamt. ■

Ute Taube
Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf

„Viele Grüße aus dem Knast ...“

... waren die Verabschiedungsworte meiner Oma unter ihrer Osterkarte dieses Jahr an die Familie. Sie lebt zusammen mit meinem Opa in einem Pflegeheim in der Lausitz. Sie spielte damit vor allem auf die fehlenden Besuchsmöglichkeiten durch die Angehörigen und das aus ihrer Sicht schlechte Essen an. Doch was bedeutete dieser Zustand für die ärztliche Versorgung der Patienten? Bis März dieses Jahres versorgten Haus- und andere Fachärzte ihre Patienten in den Pflegeeinrichtungen in der Regel im Rahmen regelmäßiger Visiten und bei akuten Problemen im zusätzlichen Hausbesuch.

Mit dem gehäuften Auftreten von Infektionen mit COVID-19 in ganz Deutschland wurden ab März auch in Sachsen von der Landesregierung zusätzliche Bestimmungen für die Pflegeeinrichtungen erlassen. Außer einem klaren Besuchsverbot, mit Ausnahme für dringende medizinische Maßnahmen und die Begleitung in der Sterbephase, wurde die weitere Umsetzung von notwendigen Hygienemaßnahmen in die Hände der Heimleitungen gegeben, indem diese ein Hygienekonzept erstellten, welches vom zuständigen Gesundheitsamt dann genehmigt werden musste.

Für die medizinische Versorgung bedeutete dies, dass Hausbesuche in vielen Heimen nur noch in absoluten Ausnahmefällen durchgeführt wurden, im Normalfall unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen, was sich bei zum Teil auch noch anhaltender fehlender Verfügbarkeit von Schutzausrüstung als sehr schwierig erwies.

Notwendige therapeutische Maßnahmen (wie Physiotherapie, Ergotherapie), vor allem nach akuten Ereignissen,

mussten für mehrere Wochen unterbrochen werden, jegliche Diagnostik, ob ambulant oder stationär, sehr sorgsam abgewogen werden, ganz abgesehen von stationären Einweisungen.

Heimbewohner, die Infektzeichen hatten, neu in eine Einrichtung einzogen oder von einer stationären Behandlung zurückkamen, mussten in der Regel nach dem Hygieneplan für 14 Tage isoliert werden. Wenn möglich in ihrem Zimmer, bei fehlender Compliance wenigstens innerhalb ihres Wohnbereiches. Gerade für Bewohner in einer akuten Krankheitsphase oder nach kurzfristigem Neueinzug direkt nach einem Krankenhausaufenthalt, also ungeplant, waren die letzten Monate in den Pflegeeinrichtungen ohne direkten Kontakt zu engen Bezugspersonen sehr schwer zu bewältigen. Die Heimleitungen versuchten mit dem Abgeben von persönlichen Sachen durch die Angehörigen, Internettelefonie, Kommunikation über Balkone und Fenster, Ausweitung der hausinternen Angebote und über entlastende Gespräche ihr Möglichstes, um das persönliche Fehlen der Angehörigen zu kompensieren.

Für die meisten Heimbewohner ließ sich die „Isolationszeit“ im Verbund mit ihrer Wohngruppe, den festen Tagesstrukturen und ihnen bekannten Pflegekräften gut bewältigen. Den Angehörigen machten die notwendigen Maßnahmen dagegen sichtlich mehr Probleme. Flaschenzüge an Fenstern, um Lebensmittel zu transportieren, über Feuerleitern kletternde Enkel und Urenkel, Beschimpfungen, anwaltliche Drohungen und Äußerungen wie „lassen Sie die Seuche doch rein, dann kommt es wenigstens mal zu einer natürlichen Durchmischung“ sind nur einige Beispiele, mit denen sich Heimleitungen konfrontiert sahen.



„Zugang“ zu einem Pflegeheim, April 2020

Insgesamt war es in den letzten Wochen nicht einfach, alle Heimbewohner gut zu schützen, ausreichend gesundheitlich zu versorgen und vor allem emotional gut zu betreuen. Ein gutes und engagiertes Miteinander, vor allem der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen, die meist konstruktiv und einfallsreich versucht haben, aus den Gegebenheiten das Beste zu machen, hat auch die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten meist positiv beeinflusst und vor allem die Teambildung in den Einrichtungen nachhaltig gefördert und verbessert. Gesundheitliche Folgen für die Heimbewohner scheinen sich aktuell im Rahmen zu halten, bleiben aber weiter abzuwarten.

Nun werden die Pflegeeinrichtungen schrittweise unter Einhalten von Auflagen wieder für Therapeuten und Besucher geöffnet und notwendige Quarantänezeiten verkürzt. Die Angehörigen gewöhnen sich langsam an die einzuhaltenden Regeln und auch wir Ärzte besuchen wieder regelmäßiger unsere Heimpatienten, die, wenn es ihnen kognitiv möglich ist, meistens sehr gut verstehen, warum es aktuell zu diversen Einschränkungen und Veränderungen kommt. Außer – meine Oma! ■

Jenny Gullnick,
Angestellte Hausärztin, Werdau

„Und plötzlich standen wir unter Quarantäne“

Altenpflege in Heimen unter Corona-Bedingungen

Wie haben Sie bisher die Corona-Herausforderung organisiert? Wie hat alles angefangen?

Ludwig: Wir sind recht schnell und unmittelbar mit der Pandemie in Berührung gekommen. Wir hatten einen unabhängigen Corona-Virus-Infizierten im Haus, der dies aber zu diesem Zeitpunkt nicht wusste. Wir mussten innerhalb kürzester Zeit sämtliche Hygiene- und Quarantänemaßnahmen hochfahren und waren gezwungen, Ressourcen so schnell als möglich zu akquirieren. Das hat für unsere Bewohner die Auswirkung gehabt, dass sie ihre Angehörigen nicht mehr sehen konnten. Wir und unsere Mitarbeiter sahen uns vor neuen Herausforderungen, zum Beispiel Arztvisiten unter Corona-Bedingungen. Wir standen alle unter enormer Anspannung, da die möglichen Auswirkungen nicht zu kalkulieren waren. In dem Zusammenhang wurde die Zusammenarbeit mit Ärzten komplizierter und aufwändiger.

Hatten Sie ausreichend Schutzkleidung?

Lindner-Shuinjo: Anfangs nein, aber unser Unternehmen konnte für unsere Mitarbeiter zeitnah Schutzkleidung zur Verfügung stellen. Und wir haben viele Spenden bekommen aus Kosmetiksalons, Nagelstudios et cetera, die ja selbst nicht mehr arbeiten konnten.

Was war die größte Herausforderung?

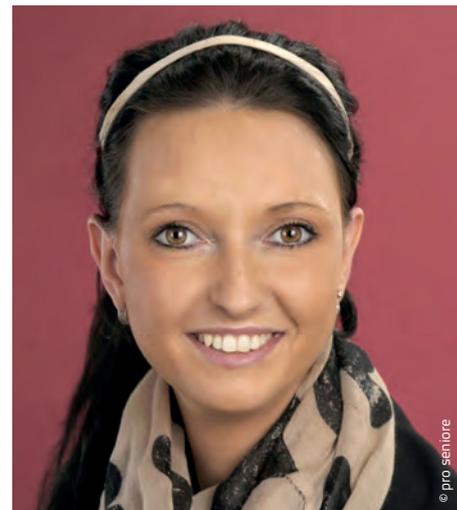
Lindner-Shuinjo: Die größte Herausforderung für uns war, dass sich mehrfach am Tag die Nachrichten überschlagen haben und ständig Richtlinien geändert wurden. In dieser Phase mussten wir



Carola Lindner-Shuinjo, Residenzleitung, und Madeleine Ludwig, Pflegedienstleitung, von Pro Seniore Dresden

für uns einen Weg finden, damit wir abends noch hinter unserer Entscheidung stehen konnten, die wir im Laufe des Tages getroffen hatten. Eine Hilfe für uns waren die Handlungsanleitungen, die wir von unserem zentralen Qualitätsmanagement erhielten. Wir schulten unsere Mitarbeiter im Umgang mit neuen Herausforderungen, schafften eine ruhige Arbeitsatmosphäre und standen uns gegenseitig zur Seite.

Ludwig: Zu Beginn der Pandemie war die Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt situationsbedingt noch schwierig. Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes waren verständlicherweise personell überhaupt nicht darauf vorbereitet, die zahlreichen Anrufe und die Informationsflut zu bearbeiten. Unser Ansprechpartner beim Gesundheitsamt stand uns im Rahmen seiner möglichen Ressourcen zur Seite. Dafür waren wir sehr dankbar.



Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Ärzten, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten?

Ludwig: Unsere Mitarbeiter mussten aufgrund des Pandemiedrucks pflegfachlich entscheiden, ob ein medizinischer Notfall vorliegt oder nicht. Es gab immer die Abwägung, was kann die Pflegefachkraft allein einleiten, was kann telefonisch geklärt werden oder in welchem Fall muss der Hausarzt vor Ort sein. Dieses System hat sich bewährt.

Gab es auch negative Erfahrungen?

Ludwig: Vereinzelt gab es Ärzte, die aufgrund von Unsicherheiten im Umgang mit COVID-19 die medizinische Versorgung vor Ort im Pflegeheim temporär ausgesetzt haben.

Lindner-Shuinjo: Schwierig für uns war, dass Gesundheitsämter die Situation unterschiedlich bewertet haben. Als unser Haus unter Quarantäne gestellt

wurde, hat das Gesundheitsamt Dresden die Situation für die Mitarbeiter mit Wohnsitz Dresden anders bewertet als das Gesundheitsamt in Bautzen, wo einige Mitarbeiter von uns dazu gehören. Daraus ergaben sich für uns erhebliche personelle Probleme.

Gab es besonders positive Erlebnisse?

Lindner-Shuinjo: Positiv war der Zusammenhalt unter den Mitarbeitern. Wir hatten den niedrigsten Krankenstand in dieser Zeit. Allerdings kommen jetzt viele Mitarbeiter an ihre Grenze. Wir müssen aufpassen, dass unsere Mitarbeiter in diesem Beruf nicht überfordert werden. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, an dieser Stelle allen Mitarbeitern unseren Dank und Respekt zu zollen.

Ludwig: Begeistert hat uns der Zusammenhalt, die anhaltende und vor allem übergreifende Hilfs- und Einsatzbereitschaft, die Spenden, das Verständnis einer Vielzahl von Angehörigen, der Humor, der uns in schwierigen Stunden motivierte, am Ball zu bleiben.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung und was wünschen Sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft?

Lindner-Shuinjo: Ich wünschte mir, die Digitalisierung spielte eine größere

Rolle. Wenn wir die Digitalisierung vorantreiben, wird die Zusammenarbeit – besonders mit Ärzten – erleichtert. Wir haben gutes Personal, das fachlich einschätzen kann. Aber Digitalisierung würde beide Seiten entlasten, zum Beispiel mit Videosprechstunden. Besonders in der Corona-Zeit haben wir bereits gute Erfahrungen gemacht.

Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Bewohner unter der Ausnahme-situation gelitten haben?

Ludwig: Damit Angehörige unsere Bewohner besuchen konnten, haben wir Plexiglasscheiben aufbauen müssen. Eine Berührung war leider nicht möglich. Besonders für unsere demenziell erkrankten Bewohner war die Situation schwer zu handhaben. Unsere Bewohner konnten ihre lieben Angehörigen, die sie eine lange Zeit nicht gesehen hatten, teilweise nicht mehr erkennen. Es gab viele Situationen, in denen Bewohner und Angehörige emotional überfordert waren. Selbst unseren Mitarbeitern, die die Situation begleitet haben, kamen die Tränen vor Rührung.

Aufgrund der notwendigen Einschränkungen, die wir alle und besonders unsere Bewohner aushalten mussten, merkt man, wie schnell durch eine Pan-

demie die Grundrechte jedes Einzelnen eingeschränkt werden können. Aber ja, es war in dieser unklaren Situation notwendig und es war richtig.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

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

ARBEITSSPEKTRUM DES PFLEGEHEIMS

- 206 Bewohner in der stationären Versorgung und acht Einheiten im betreuten Wohnen (Alter der Bewohner: 48 bis 104 Jahre)
- Pflege von Demenz- und hochgradig Demenz-erkrankten, Schwerstpflege und Pflege bei Suchterkrankungen

Anzeige

Jetzt elektronischen Heilberufsausweis beantragen! Lange Bearbeitungsfristen!

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

Sächsische
Landesärztekammer



Corona-Handlungsempfehlung für Pädagogen und Eltern

Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern in der Kindertagesbetreuung und in Schulen

Das Staatsministerium für Kultus hat gemeinsam mit dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt ein Flussschema für Eltern, Erzieher und Lehrer zum „Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern in der Kindertagesbetreuung und in Schulen“ veröffentlicht. Dieses Schema wurde fachlich von Prof. Dr. med. habil. Reinhard Berner aus der Universitätskinderklinik Dresden und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Sachsen begleitet und gibt eine gute Entscheidungshilfe, ob ein Kind in die Kindertagesstätte oder Schule gehen kann oder nicht.

Aus der Handlungsempfehlung können Eltern, Lehrer und Erzieher ablesen, ab wann ein Arzt aufgesucht werden muss oder bei welchen allgemeinen und unspezifischen Symptomen der Schul- oder Kitabesuch noch möglich ist. Die Entscheidung, ob bei einem Kind ein Coronatest durchgeführt werden muss, obliegt ausschließlich dem Arzt. In die Entscheidung sollte immer mit einbezogen werden, wie viele Corona-Infektionen es in der Region gibt. Je mehr Infektionen aktuell auftreten, desto großzügiger sollte man auch Kinder testen. Weitere Komponenten, wie mögliche Kontakte zu infizierten Personen oder Vorerkrankungen des Kindes, sollten einfließen. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

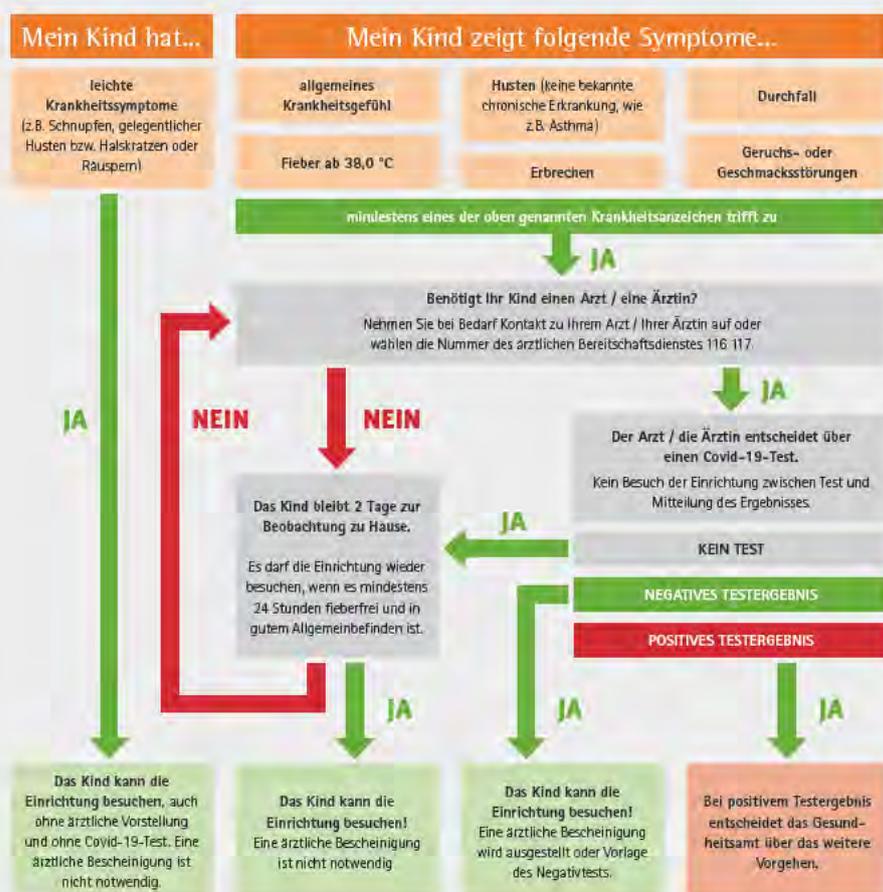
STAATSMINISTERIUM
FÜR KULTUS



STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
UND GESELLSCHAFTLICHEN
ZUSAMMENHALT



Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern in der Kindertagesbetreuung und in Schulen Empfehlung für Eltern (Stand 16.09.2020)



Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen bei Kindern in der Kindertagesbetreuung und in Schulen

Empfehlung für Eltern (Stand 16.09.2020)

Liebe Eltern,

in den Herbst- und Wintermonaten treten bei den meisten Kindern und Jugendlichen wieder Atemwegsinfektionen (z.B. Husten und Schnupfen) auf. Manchmal werden die Beschwerden so stark, dass der Besuch in der Kindertagesbetreuung oder in den Schulen unmöglich wird. Die Mehrheit dieser Infektionen ist jedoch nicht immer schwerwiegend. Ein gelegentlicher Husten oder ein leichter Schnupfen lassen den weiteren Besuch der Einrichtungen zu. Bitte denken Sie aber daran, dass es eine gemeinsame Aufgabe von Eltern, Kindertagesbetreuung und Schule ist, alle Kinder und das Personal sowie deren Familien vor einer Infektion zu schützen. Deshalb müssen Sie als Eltern, ihre Kinder und auch die Fachkräfte in den Einrichtungen besonders aufmerksam sein und infektionshygienische Vorgaben unbedingt beachten. Grundsätzlich wird es aber immer ein Abwägungsprozess zwischen Infektionsschutz und dem Recht der Kinder auf Teilhabe und Bildung sein.

Eine Beseitigung jeglichen Restrisikos einer Coronavirus-Infektion (Covid-19) ist nicht möglich. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, die Übertragungsraten möglichst zu reduzieren, indem die Hygienemaßnahmen unbedingt eingehalten werden. Ein Ausschluss von Kindern bei leichten Krankheitssymptomen ist dagegen nicht hilfreich.

Wichtig: Wie auch schon vor der Corona-Pandemie gilt, dass Kinder, die eindeutig krank sind, nicht in die Kinderbetreuung gebracht werden und auch nicht in die Schule gehen dürfen. Die Einschätzung, ob das Kind krank ist, treffen auch weiterhin grundsätzlich Sie als Eltern. Hierbei ist zu beachten:

1. Ein Schnupfen ohne weitere Krankheitszeichen, genauso wie gelegentlicher Husten, Halskratzen oder Räuspern, sind kein Ausschlussgrund. Diese Kinder können die Einrichtung besuchen.
2. Kinder, bei denen Symptome wie Husten bekannt und einer nicht-infektiösen Grunderkrankung wie z.B. Asthma zuzuordnen sind, können ebenfalls weiterhin die Einrichtung besuchen.
3. Kinder mit einer Symptomatik, die auf COVID-19 hindeutet, dürfen die Einrichtung nicht besuchen. Dafür genügt eines der folgenden Symptome:
 - Fieber ab 38 °C,
 - Husten,
 - Durchfall,
 - Erbrechen,
 - allgemeines Krankheitsgefühl (Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen),
 - Geruchs- oder Geschmacksstörungen.

4. Ob Ihr Kind einen Arzt / eine Ärztin benötigt, müssen zunächst Sie als Eltern beurteilen. Nehmen Sie bei Bedarf Kontakt zu Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin des Vertrauens auf oder wählen Sie die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117.
5. Zeigt ein Kind ein Symptom, das auf COVID-19 hinweist, sollte ein Test durchgeführt werden. Zeigt ein Kind Allgemeinsymptome ohne klaren COVID-19 Verdacht, muss es mindestens zwei Tage zu Hause beobachtet werden und mindestens 24 Stunden fieberfrei und in gutem Allgemeinbefinden sein.
6. Gesunde Geschwisterkinder, die keinen Quarantäneauflagen unterliegen, können die Einrichtung besuchen, auch wenn das Geschwisterkind leichte Krankheitssymptome hat.
7. Bei Kindern ohne Krankheitssymptome, welche jedoch persönlichen Kontakt zu einer Person mit positivem Testergebnis hatten, wird das Gesundheitsamt über den Einrichtungsbesuch entscheiden.

Die Empfehlung kann sich je nach Entwicklung des Infektionsgeschehens und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ändern. Sie spiegelt den Stand vom 16. September 2020 wider.

Das Handlungsschema sowie weitere Informationen finden Sie unter www.coronavirus.sachsen.de

SARS-CoV-2-Sentinel geplant

Aufbau eines Praxisnetzwerks für das SARS-CoV-2-Sentinel in Sachsen

Am 30. Januar 2020 hat die WHO den Ausbruch durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zur gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite erklärt. Seither hat sich das Virus weltweit stark verbreitet, mit weitreichenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Folgen.

In Deutschland kam es nach einer anfänglich raschen Ausbreitung des Virus zu einer Stabilisierung der Lage mit einem Rückgang der Infektionszahlen und regional begrenzten Ausbrüchen. Aktuell beobachten wir in einigen Regionen Deutschlands wieder ein Ansteigen der Infektionsdynamik.

Um in dieser epidemiologisch labilen Situation das Infektionsgeschehen möglichst gut zu beobachten, die Hintergrundaktivität zu kennen und Schwankungen beziehungsweise regionale Schwerpunkte rasch zu detektieren, plant das Sächsische Staatsministe-

rium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) den Aufbau eines SARS-CoV-2-Sentinel. Die Organisation und Durchführung des Sentinels erfolgt an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen.

Im Rahmen des SARS-CoV-2-Sentinel werden aktuell sachsenweit 32 allgemeinärztlich tätige Praxen gesucht, um ein repräsentatives Netzwerk aufzubauen. Die Auswahl erfolgt zufällig. Die ausgewählten Praxen erhalten ein Schreiben des SMS mit zusätzlichen Informationen und der Bitte um Teilnahme. Der Arbeitsaufwand für die Praxen wird dabei nach Möglichkeit minimiert. Sie bekommen kostenfrei die Ergebnisse der im Sentinel erhobenen Laborbefunde ihrer Patienten. Während der Influenza-Saison besteht zudem das Angebot, bei symptomatischen Patienten zusätzlich zur SARS-CoV-2-Diagnostik eine Untersuchung auf Influenza durchzuführen.

Bitte unterstützen Sie den Aufbau dieses wichtigen Monitoring-Programmes durch Ihre Teilnahmebereitschaft. ■

Ansprechpartner an der LUA Sachsen für Fragen zum SARS-CoV-2-Sentinel sind:

Dr. med. Katrin Flohrs

E-Mail:

katrin.flohrs@lua.sms.sachsen.de

Tel.: 0351 8144-1155

Franziska Hoffmann

E-Mail:

franziska.hoffmann@lua.sms.sachsen.de

Tel.: 0351 8144-1113

Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und
Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Referatsleiterin
Öffentlicher Gesundheitsdienst,
Infektionsschutz, umweltbezogener
Gesundheitsschutz
E-Mail: Heidrun.Boehm@sms.sachsen.de

Gripeschutz & Corona

Impfaufklärung durch Ärzte verstärken

Die Grippezeit steht vor der Tür. Deshalb sollten Ärzte ihre Patienten an die Schutzimpfung erinnern. Denn in diesem Jahr kommt der Grippeimpfung eine besondere Bedeutung zu, weil sich Grippe- und Coronasymptome sehr ähnlich sind. Durch die Schutzimpfung gegen Grippe ist diese Erkrankung dann weniger wahrscheinlich.

Bereits seit dem Jahr 2010 empfiehlt die Sächsische Impfkommision die Impfung gegen Influenza (Virusgrippe) für alle Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendlichen und Erwach-

senen, praktisch für die gesamte Bevölkerung. Der beste Zeitraum für eine Impfung ist Oktober bis November, aber auch später. Für diese Empfehlung gibt es zwei wichtige Gründe. Zum einen soll der Geimpfte geschützt werden, zum anderen auch Kontaktpersonen des Geimpften, die entweder nicht selbst geimpft werden können oder bei denen Impfungen möglicherweise weniger wirksam sind (chronische Erkrankungen, Alter, Abwehrschwäche). Diese Personen sind darauf angewiesen, dass sie nicht durch andere infiziert werden.

In der Corona-Pandemiesituation ist die Influenzaimpfung auch deshalb wichtig, weil dadurch gleichzeitige oder aufeinander folgende Infektionen einer Person mit beiden Erregern und besonders schwere Erkrankungsverläufe verhindert werden können. Auch könnte bei gleichzeitig verlaufenden Wellen von Influenza und COVID-19 das Gesundheitswesen außerordentlich belastet werden.

Inwieweit durch die Grippeimpfung in Kombination mit den aktuellen Hygienemaßnahmen, wie Schutzmasken, Abstand, eingeschränkter Reiseverkehr

und Desinfektion, es zu einer insgesamt geringeren Infektionslage in Deutschland kommen wird, kann niemand vorhersagen. Anzeichen dafür gibt es aus Australien, wo nach der dor-

tigen Grippesaison die Grippefälle im Vergleich zum Vorjahr gering ausgefallen sind. Während 2019 zwischen Januar und Juni dort 430 Menschen an den Folgen einer Grippe starben, waren

es 2020 gerade einmal 36. Ein Grund mehr, die Hygienemaßnahmen einzuhalten. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Arztbrief

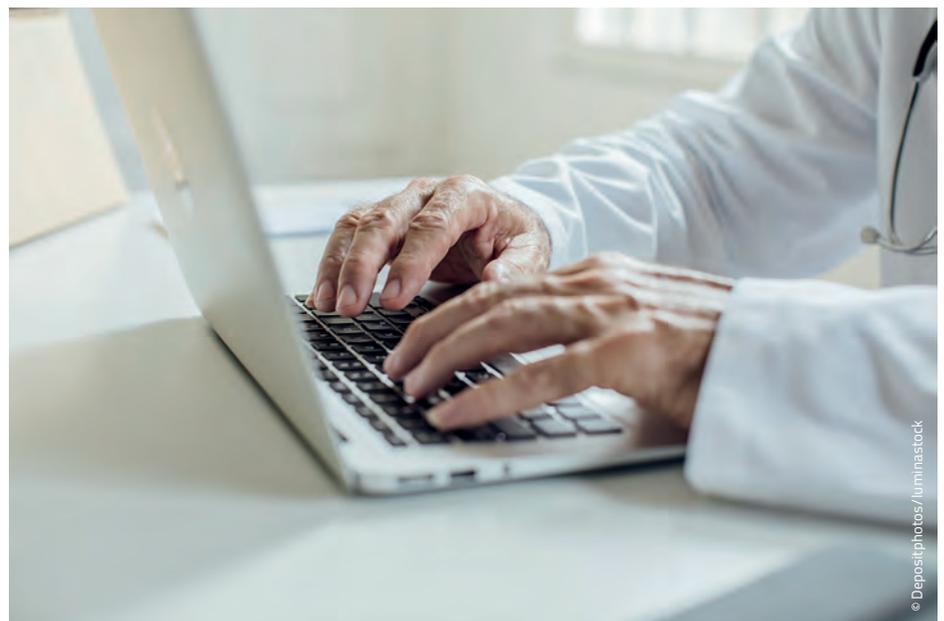
Ausdruck kollegialer Anerkennung und wichtiges Bindeglied der optimalen Patientenversorgung

Der in neuer Zusammensetzung arbeitende Ausschuss „Ambulant-stationäre Versorgung“ hat in der konstituierenden Sitzung aktuelle Zielstellungen erarbeitet.

Die Ausschussvertreter verschiedener Fachrichtungen stimmten überein, dass es trotz jahrelanger Bemühungen und zahlreicher Publikationen sowohl im Deutschen Ärzteblatt als auch in Fachzeitschriften einzelner Fachgruppen immer noch kein überschaubares, einfaches und selbsterklärendes Konzept für den Arztbrief gibt. Leider existiert hinsichtlich eines „guten Arztbriefes“ allenfalls nur gefühlte Evidenz; randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die mit Evidenz belegen können, was Inhalt und gegebenenfalls auch Form angeht, fehlen.

So war das erste Ziel der Ausschussarbeit, eine Checkliste für den Arztbrief, insbesondere den Entlassbrief, zu erstellen, welche im Folgenden vorgestellt wird. Ein qualitativ hochwertiger Arztbrief ist nicht nur eine Zustandsbeschreibung des Patienten, sondern insbesondere eine Handlungsanweisung für den weiter- und mitbetreuenden Arzt. Damit ist er wichtig für die optimale Weiterbehandlung des uns anvertrauten Menschen.

Das ist aber nur eine Seite. In der heutigen Zeit, in der auch haftungsrechtliche Aspekte eine immer größere Rolle spielen, ist der fehlerhaft erstellte Arzt-



brief auch in dieser Hinsicht entscheidend. Sollte dem Patienten ein Schaden entstehen, haftet der Ersteller und hauptverantwortliche Unterzeichner des Briefes unter Umständen für mögliche Folgen.

Ein wichtiger Aspekt eines Arztbriefes bei der Entlassung ist neben der Einweiserpflege und -bindung die Funktion als „Visitenkarte“ des Unternehmens beziehungsweise Krankenhauses.

Allgemeine Zustimmung besteht darin, dass auch der Arztbrief dem „Facharztstandard“ entsprechen sollte und nicht letztverantwortlich dem unerfahrenen, auch mit bestimmten Therapieschritten nicht immer vertrauten Arzt in

Weiterbildung überlassen werden darf. Gleichwohl bietet die Zusammenfassung wesentlicher Aspekte eines Behandlungsablaufes im Entlassbrief eine gute Übung strukturierten Handelns und begründbaren Vorgehens im Rahmen der Weiterbildung. Aus unserer Sicht ist die Erstellung eines Arztbriefes eine wichtige Kompetenz, die mit dem Facharztwerb erlangt werden muss.

Eine zusätzliche Hürde ist die Honorierung der Arztbriefe. Im ambulanten Sektor sind zwar die Honorierungen ab 1. Juli 2020 angehoben, diese gelten ausschließlich für den eArztbrief, das heißt einem aus dem Praxisverwal-

tungssystem direkt versendeten und empfangenen Dokument. Hierfür sind die Voraussetzungen, dass beide Seiten, Sender und Empfänger, einen elektronischen Heilberufsausweis, besitzen müssen, damit qualifizierte elektronische Signaturen erstellt werden können. Die Einrichtung, das heißt die technische Infrastruktur, wird zwar hälftig gefördert, die verbleibenden – nicht unerheblichen – Kosten trägt der Praxisinhaber. Ob dies zur Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation beitragen kann, bleibt abzuwarten.

In langen Diskussionen erstellte der Ausschuss letztendlich eine Checkliste, die in ähnlicher Form im Deutschen Ärzteblatt (Heft 37/2013) publiziert wurde.

Wesentliche Bestandteile des Arztbriefes beziehungsweise Entlassbriefes sollten folgende Punkte in der genannten Reihenfolge sein:

1. Adressaten,
2. Patientendaten einschließlich Aufenthaltszeit,
3. Diagnose, Eingriffe, Operationen,
4. Epikrise,
5. Therapieempfehlung,
6. Befunde im Anhang,
7. Medikamentenplan.

Was hier so einfach und selbstverständlich klingt, wird trotz der Einführung des Entlassmanagements (nach § 39 Abs. 1a SGB V) häufig nur unzureichend umgesetzt.

Wichtige Aspekte des „guten Arztbriefes“

Es versteht sich von selbst, dass der Brief in Deutsch und in kurzen, prägnanten Sätzen verfasst sein sollte. Auf redundante Bemerkungen und Floskeln soll verzichtet werden. Insbesondere sollten Abkürzungen vermieden werden, da diese gelegentlich in einzelnen Fachgruppen und sogar in einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich ver-

wendet werden. Lässt sich das nicht ganz vermeiden beziehungsweise sind bei bestimmten, sich wiederholenden Operationen die Beschreibungen sehr lang, wäre es hilfreich, wenn eingangs die zu verwendende Abkürzung eingeführt und erläutert wird. Ein Anhang mit Erläuterungen kann angefügt werden, welcher Diagnostik oder Prozeduren ausführlicher erklären kann.

In der täglichen Praxis ist es hilfreich, in der Diagnoseverschlüsselung den ICD-Code anzugeben und die Diagnosen in der Aufzählung zu wichten. So sollte die Hauptbehandlungsdiagnose als erste stehen und weitere Diagnosen dann entsprechend ihrer Wichtung und in Reihenfolge des Behandlungspfades geordnet aufgeführt sein.

Gerade bei operativen Fächern muss darauf geachtet werden, dass auch häufig auftretende „kleine“ Komplikationen, wie zum Beispiel eine nochmalige Wundversorgung, Erwähnung finden. Zum einen haben Patienten für eine mögliche Intransparenz ein Gespür und zum anderen können bei Nichterwähnung dem Nachbehandler Zweifel an der vollständigen Information der behandelnden (Krankenhaus)Ärzte kommen.

So sollten insbesondere auch Wunddokumentationen und Verbandwechsel (wann, wie oft, wie nach der Entlassung weiterverfahren, womit) Erwähnung finden. Dies betrifft ebenso den Umgang mit der parenteralen Ernährung, mit Inhalativa, Insulingaben und Antithrombotika. Als besonders wichtig erachtet wird hier die Angabe des empfohlenen Endpunktes der begonnenen Therapie. Für die Wunddokumentation sollten Erfassungsbögen hinsichtlich Ausdehnung, Wundtiefe, Pflegeintervallen und Pflegeprodukten genutzt und dem Arztbrief beigefügt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass hier häufig den Nachbehandlern (Hausärzten, Pflegekräfte, sogenannten Wundschwestern/-pflegern) berechtigter

Weise das Vertrauen zur Versorgung geschenkt werden kann, die Kontrolle allerdings obliegt dem Arzt. Haftungsrechtlich wichtig ist hier auch die Dokumentation von zum Beispiel Dekubitalulzera im Behandlungsverlauf, die gegebenenfalls schon vor Aufnahme in die Klinik vorlagen. Sollte es unvermeidbar sein, einen vorläufigen Arztbrief zu erstellen, findet der Ausschuss eine Zeit von zwei bis maximal zehn Tagen bis zur Erstellung des endgültigen Arztbriefes als angemessen. Ausnahmen bei komplexen und langen Krankheitsverläufen oder noch ausstehenden Spezialuntersuchungen sollten möglich sein. Hier muss zwingend der Verweis auf einen solchen vorläufigen und damit gegebenenfalls korrigierten endgültigen Entlassbrief erfolgen. Änderungen hinsichtlich des vorläufigen Arztbriefes sollten zum Beispiel durch Hervorhebungen, Fettdruck oder Ähnliches kenntlich gemacht werden. Ein Exemplar des Entlassbriefes sollte beim Patienten verbleiben, zum einen zur eigenen Information und zum anderen zur Information von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst oder Notarzt. Unabdingbar für eine qualitativ hochwertige Patientenbetreuung ist allerdings ein für den Patienten verständliches und nicht unter Zeitdruck geführtes Entlassungsgespräch.

Ein Wunsch und wichtiger Zukunftsaspekt ist auch, dass die vermeintlich einfache Tätigkeit der Erstellung eines hochwertigen Arztbriefes Eingang in die Vermittlung studentischen Wissens und in die Weiterbildung findet. Dies sollte für Hochschullehrer und Weiterbilder ein zentraler Aspekt innerärztlicher Kommunikation sein, dem mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. ■

Dr. med. Sören Funck
für den Ausschuss
„Ambulant-stationäre Versorgung“
Sächsische Landesärztekammer

Männer als Betroffene von Gewalt?!

In Arztpraxen, auf der Straße, im ÖPNV begegnen wir Menschen, die besondere Erfahrungen gemacht haben: Häusliche Gewalt, ein Phänomen, welches allzu gern „übersehen“ wird. Dann ist der Arzt eine Vertrauensperson, die bei blauen Flecken mal nachfragt, ob sie wirklich von einem Sturz stammen.

Neben den eher bekannteren Fällen von Gewalt an Frauen, kommt es auch immer wieder zu Gewalt an Männern. Diese sind nach den Ergebnissen der Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nicht nur Täter, sondern immer wieder auch Betroffene von häuslicher Gewalt. Die Studie zeigt in diesem Zusammenhang, dass circa 26 Prozent der in heterosexuellen und 25 bis 50 Prozent der in homosexuellen Partnerschaften lebenden Männer von physischer Gewalt betroffen sind. Neben der deutlich sichtbaren physischen Gewalt sind Männer auch immer wieder von weniger sichtbaren Gewaltformen, wie Beleidigungen, Kontakteinschränkungen, ökonomischen Unterdrückungen oder sexuellen Nötigungen betroffen [1].

Insgesamt ist die Zahl solcher Studien jedoch gering, da insbesondere Männer Schwierigkeiten bei der Artikulierung ihrer Gewalterfahrungen haben. Dies liegt an einer vorherrschenden Vorstellung, die Männern suggeriert, stets stark und durchsetzungsfähig gegenüber ihren Partnern oder Partnerinnen sein zu müssen. Männliche Betroffene sehen sich in diesem Zusammenhang in zweierlei Hinsicht konfrontiert: Einerseits durch ihre eigene männliche Rollenvorstellung, welche sie daran hindert, Gewalterfahrungen vollständig zu äußern. Andererseits durch ihr persönliches Umfeld, welches ihren Gewalterfahrungen oftmals mit Unverständnis oder Skepsis begegnet [2].

Opferschutzeinrichtungen bieten den Betroffenen von Gewalt Schutz und unterstützen sie bei der Vorbereitung auf ein neues Leben. Hierdurch wirken sie auch in den gesundheitlichen Bereich. Durch Schutz und Beratung kann psychischen und physischen Gesundheitsschäden frühzeitig präventiv begegnet werden. Zugleich tragen die Einrichtungen zur Behandlung von vorhandenen Erkrankungen bei, indem sie die Betroffenen frühzeitig an Ärzte und Psychotherapeuten vermitteln.

Sowohl Frauen- als auch Männerschutzprojekte sind in Deutschland gemessen an den Bedarfen unterrepräsentiert. In Sachsen hat man diese Leerstelle erkannt und es wurden seit 2017 drei Männerschutzwohnungen eingerichtet. Diese sind die Männerschutzwohnungen des Männernetzwerk Dresden e. V. in Dresden, des Weissenberg e. V. in Plauen und das Männer*Haus von LeMann e. V. in Leipzig. Die Projekte verfügen über insgesamt neun Plätze für die betroffenen Männer und zusätzliche Plätze für deren Kinder. Die Wohnungen selbst sind dabei zum Schutz der Bewohner anonym gelegen. Die Bewohner bleiben in der Regel für eine Übergangszeit von drei Monaten, welche es ihnen ermöglicht, zur Ruhe zu kommen und die weitere Zeit zu planen.

Nach dreijährigem Bestehen der Männerschutzwohnungen lässt sich im Sinne der Betroffenen eine äußerst positive Bilanz ziehen. Die Auslastung inklusive Startphase liegt bei 67 Prozent. Die Beratungs- und Vermittlungsangebote werden von den Bewohnern bereitwillig angenommen und tragen viel zur Stabilisierung und Neuausrichtung bei (vgl. Männernetzwerk Dresden e. V., LeMann e. V., Weissenberg e. V. 2020).

Aktuell bekommt die Debatte um Männerschutzeinrichtungen immer mehr



Aufwind. Bayern und Nordrhein-Westfalen haben dieses Jahr jeweils eigene Schutzeinrichtungen eröffnet und planen weitere. Zusätzlich hierzu werden seit dem letzten Jahr die Männerschutzeinrichtungen durch die gemeinsame „Bundesfach- und Koordinierungsstelle für Männergewaltschutz“ (BFKM) koordiniert.

Unter www.maennergewaltschutz.de hat sie eine interaktive Landkarte erstellt, in der die Kontakte aller bundesweiten Männerschutzeinrichtungen bereitgestellt werden.

Es ist wichtig, dass Ärzte auch bei Männern noch besser hinsehen und zuhören, wenn es um deren Gewaltbetroffenheit geht. Bleibt zu hoffen, dass sich auch weitere Schutzeinrichtungen etablieren. Dann wäre ein Beitrag geleistet, dass sich das Thema Gewalt gegen Männer gesellschaftlich enttabuisiert. ■

Männernetzwerk e. V.,

Schwepnitzer Straße 10,
01097 Dresden, www.mnw-dd.de

LeMann e. V.,

Bernhard-Göring-Straße 152, 04277
Leipzig, www.lemann-netzwerk.de

Weissenberg e. V.,

Äußere Reichenbacher Straße 3, 08527
Plauen, facebook.com/Schutzwohnung/

Literatur beim Autor

Sascha Möckel
Männernetzwerk Dresden e.V.
Schwepnitzer Straße 10, 01097 Dresden
www.maennernetzwerk-dresden.de
E-Mail: maw@mnw-dd.de

Fünf Jahre Intensiv-Lymphtherapie am Gefäßzentrum Bautzen

W. J. Oettler¹, H. Kuffner², A. Engwicht², U. Keßler²

Zusammenfassung

Extremitätenödeme sind ein häufiger Beratungsanlass. Ihre klare Differenzialdiagnostik ist für eine gezielte effektive Therapie unerlässlich. Insbesondere das Lymphödem der Extremitäten bereitet in der Praxis häufig Unsicherheiten.

Die Therapie von Lymphödemerkrankungen gliedert sich in eine Phase I (Entstauungsphase) und eine Phase II (Erhaltungsphase). In der Erhaltungsphase ist die Therapie mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen nach Maß und eine niedrigfrequente manuelle Lymphdrainage (MLD) flächendeckend relativ gut etabliert. Die Phase I (Entstauungsphase) erfordert eine hohe Frequenz an MLD und eine Kompressionsbandagierung, die unter ambulanten Bedingungen schlecht umsetzbar ist. Daher erfolgt die Durchführung bisher vorwiegend an lymphologisch orientierten Rehabilitationskliniken. Wegen des Genehmigungsvorbehaltes durch Antrag an den Kostenträger resultiert Zeitverzug; durch begrenzte Kapazitäten der Rehabilitationskliniken ist häufig keine zeitnahe Versorgung möglich. Ein Ausweg kann die Durchführung der Phase I an spezialisierten gefäßmedizinisch orientierten Versorgungskrankenhäusern sein („Akut-Lymphologie“). Der Artikel berichtet die Ergebnisse aus fünf Jahren lymphologischer Entstauungsbehandlung am interdisziplinären Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen (2014 bis 2019).

Einführung

Beinödeme sind ein häufiger Beratungsanlass in der ambulanten Primärversorgung. Ödeme sind definiert als interstitielle Flüssigkeitseinlagerungen. Ihre Differenzialdiagnostik erfordert viele anamnestiche Angaben und vor allem eine klar strukturierte klinische Untersuchung. Eine nichtinvasive venöse Funktionsdiagnostik (Venverschlussplethysmografie und Lichtreflexrheogramm) ist hilfreich, um eine venöse Insuffizienz und ein Abstromhindernis zu beurteilen; die venöse Duplexsonografie kann eine Varikose und das tiefe Venensystem beschreiben und Raumforderungen mit Behinderung der venösen Drainage der Beine finden.

Während organbezogene Ödeme (kardial, nephrogen und hepatisch) vorrangig kausal behandelt werden können, kann die chronische venöse Insuffizienz zumeist durch Sanierung einer zugrundeliegenden Varikose verbessert werden.

Eine Sonderstellung hat das Lipödem als schmerzhafte symmetrische und knotige Fettgewebsvermehrung mit Betonung der proximalen Extremitäten. Der Name ist irreführend – im Grunde besteht kein Ödem im Sinne der Definition, sondern eine Fettverteilungsstörung. Das Lipödem wurde in den letzten Jahren nur wenig weiter beforscht. Diagnostische und therapeutische Pfade wurden nicht fortentwickelt.

Im klinischen Alltag bestehen beim Lymphödem die meisten diagnostischen und therapeutischen Unsicherheiten. Es muss klar von den Phlebödem bei chronischer venöser Insuffizienz

getrennt werden. Das primäre Lymphödem resultiert aus einer angeborenen Hypoplasie der Lymphwege an einer oder mehreren Extremitäten. Die erstmalige klinische Manifestation kann im 20. bis 45. Lebensjahr beobachtet werden und verläuft ascendierend von peripher nach zentral chronisch progredient. Die sekundäre Form geht auf eine Unterbrechung des Lymphabstromes (zum Beispiel nach Lymphadenektomie nach malignen Tumoren) oder auf entzündliche Obliterationen der Lymphwege (zum Beispiel nach Erysipelen) zurück. Relevante geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht bekannt.

Bei allen Formen des Lymphödems findet die befundadaptierte komplexe physikalische Entstauungsbehandlung (KPE) Anwendung.

Der Begriff bezeichnet die befundadaptierte stufenweise Anwendung der vier Elemente Manuelle Lymphdrainage (MLD), Kompressionstherapie durch mehrlagigen lymphologischen Kompressionsverband oder Kompressionsstrümpfe, rückfettende Hautpflege und spezialisierte entstauende Krankengymnastik. Aus klinisch-praktischen Erwägungen heraus schlugen Földi seit den 1980er Jahren und Herpertz und Schuchardt seit 2004 [1, 2] vor, die Therapie des Lymphödems in zwei grundlegenden Phasen durchzuführen. Ist der klinische Ödembefund stark ausgeprägt, erfolgt zunächst eine Phase I der KPE (Entstauungsphase) mit häufigen MLD pro Woche (idealerweise bis zu zweimal täglich, hohe Wochenfrequenz). Da sich darunter der Ödemgrad schnell reduzieren lässt, verringern sich die Umfänge an der therapierten Extre-

¹ Praxis für Gefäßmedizin, Görlitz

² Oberlausitz-Kliniken gGmbH

mität zügig, so dass die Kompression mit einem mehrlagigen lymphologischen Kompressionsverband durchgeführt werden sollte. Kompressionsstrümpfe eignen sich in dieser Phase nicht, da sie sich der zunehmenden Umfangsreduktion nicht anpassen können.

In der hohen Wochenfrequenz an MLD können zusätzlich Komplikationen des Lymphödems mit behandelt werden. So können zum Beispiel lymphostatische subkutane Fibrosierungen an Narben und im Bereich des distalen Unterschenkels durch spezielle Lockerungstechniken verringert und Papillomatosen entstaut und verringert werden.

Parallel wird eine subtile Hautpflege durchgeführt und die Entstauung durch Bewegungsübungen bei angelegter Kompressionsbandagierung unterstützt. Nachdem mehr als 80 Prozent des Ödems reduziert wurden, kann der Übergang in die Phase II der KPE (Erhaltungsphase) erfolgen. Hier ist das Ziel, das erreichte klinische Therapieergebnis zu halten. Regeltherapie ist daher der Kompressionsstrumpf in maßangefertigter Flachstrickware mit Naht der Kompressionsklasse II oder III. Zeigt sich im Verlauf, dass der Kompressionsstrumpf allein die Ödemneigung nicht anhaltend oder nicht ausreichend zurückhalten kann, wird zusätzlich in niedriger Wochenfrequenz MLD ergänzt (ein- bis dreimal pro Woche, Erhaltungsfrequenz). Zeigt sich wieder eine progrediente Ödemverschlechterung, wird wieder eine Phase I begonnen. Dadurch erfahren die Patienten über die Zeit einen Wechsel der beiden Therapiephasen, wobei erfahrungsgemäß die Phase II immer länger wird und die Phase I seltener.

Ablauf in der klinischen Routine

Die Versorgung der Patienten in der Phase II der KPE ist unter den Rahmenbedingungen der deutschen Gesund-



Abb. 1: Phleb-Lymphödem mit Stauungsdermatitis

heitsgesetzgebung mit MLD (über den Heilmittelkatalog) und die Verordnung mit Kompressionsstrümpfen in Flachstrickqualität (geschulte Sanitätshäuser, Hilfsmittelversorgung) gut möglich und wird durch Hausärzte und gefäßmedizinisch orientierte Fachärzte flächendeckend wahrgenommen.

Die Durchführung einer ausreichend intensivierten Phase I der KPE gelingt hingegen ambulant nicht regelhaft [3,

eigene Erhebungen]. Seit den 1980er Jahren erfolgt diese Phase fast ausschließlich an lymphologisch spezialisierten Rehabilitationskliniken. Der Zugang erfolgt über Antrag an den zuständigen Kostenträger (Rentenversicherer oder die Krankenkasse) und setzt die Darstellung eines benennbaren Rehabilitationspotenzials voraus. Die zur Verfügung stehende Bettenkapazität der Rehabilitationskliniken, der Zeitverzug durch den Genehmigungsvorbehalt und die in der Regel zeitlich befristet ausgesprochene Kostenzusage führen oftmals nicht zu einem zeitgerechten Beginn der Entstauungstherapie.

Diese Versorgungslücke können spezialisierte gefäßmedizinisch orientierte Krankenhäuser schließen („Akut-Lymphologie“). Der erzielbare Erlös aus der DRG-Abrechnung setzt allerdings eine geeignete Kostenstruktur des Krankenhauses voraus, so dass sich nur wenige Versorgungskrankenhäuser mit Regelversorgungs- oder Schwerpunktversorgungsstatus und der Vorhaltung eines interdisziplinären Gefäßzentrums dieser Problematik stellen.

Der Artikel berichtet die Ergebnisse aus fünf Jahren Intensive Lymphologische



Abb. 2: Umfangsmessung und Volumenbestimmung von Extremitäten mit einem Maßbrett

Entstauungsbehandlung (2014 bis 2019) am interdisziplinären Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen.

Therapiekonzept

Das interdisziplinäre Gefäßzentrum der Oberlausitz-Kliniken besteht seit 2006, arbeitet satzungsbasiert und ist nach den drei gefäßmedizinischen Fachgesellschaften schon mehrfach und aktuell gültig zertifiziert worden (DGA, DGG und DRG). Die Gefäßstation ist der Klinik für Chirurgie zugeordnet und umfasst 32 Betten, die gemeinsam angiologisch und gefäßchirurgisch betreut werden.

Alle Patienten werden zuvor in ambulanten gefäßmedizinischen Facharztpraxen im Einzugsbereich beurteilt, die lymphologisch erfahren sind. Aufnahmekriterien für eine Phase I sind eine objektivierbare Ödemprogredienz oder Komplikationen der Ödemerkrankung, wie zum Beispiel lymphostatische subkutane Fibrosierungen, beginnende Papillomatose, Lymphorrhoe oder Stauungsdermatitis (Abb. 1). Eine phlebologische Funktionsdiagnostik und eine Duplexsonografie sollte zum Aufnahmezeitpunkt vorliegen. Patienten mit reinem Lipödem wurden nicht stationär aufgenommen.

Die MLD erfolgte nach Vodder-Asdonk zweimal täglich als Ganzbehandlung über 60 Minuten. Je nach Krankheitsbild werden bevorzugt die oberen oder die unteren Extremitäten betont behandelt; auch unter Nutzung von Fibroselockerungsgriffen.

Anschließend erfolgte ein mehrlagiger lymphologischer Kompressionsverband. Um eine exzentrische Kompression zu vermeiden, erfolgen Polsterungen mit verschiedenen Schaumstoffmaterialien. Außerdem wurde zweimal täglich über 30 bis 45 Minuten eine apparative

intermittierende Kompression durchgeführt. Am Ende des stationären Aufenthaltes erfolgte die Verordnung und Abgabe von entsprechender flachgestrickter Kompressionsware der Kompressionsklasse II oder III durch ein geschultes Sanitätshaus. Die Passgenauigkeit der Kompressionsstrümpfe wurde ärztlich kontrolliert.

Die Patienten werden in der lymphentlastenden Bewegungstherapie unterwiesen. Aufgrund der Dauer der Therapien pro Tag (drei bis vier Stunden je Patient) wurden der Gefäßstation eigene Physiotherapeutinnen zugewiesen.

Am Beginn und am Ende der etwa zehntägigen stationären Therapie erfolgen Umfangsmessungen beider Beine beziehungsweise beider Arme im Abstand von vier Zentimetern (Abb. 2). Dazu wird die Extremität auf einem standardisierten Messbrett gelagert. Neben den Umfangsmaßen ist dadurch auch die Berechnung der Volumenreduktion nach der Kegelstumpfmethode nach Kuhnke [4] möglich.

Insgesamt folgt das Behandlungskonzept damit im Wesentlichen dem der meisten spezialisierten Rehabilitationskliniken. Eine Patientenschulung zum Krankheitsbild und Verhalten im Alltag ist unter Bedingungen eines Versorgungskrankenhauses allerdings nur eingeschränkt möglich.

Die vorbestehende häusliche Medikation wird beibehalten beziehungsweise unter internistischen Gesichtspunkten optimiert. Eine nichtinvasive gefäßmedizinische Funktionsdiagnostik und Laborwerte werden bei Bedarf ergänzt.

Ergebnisse

Die Fallzahlplanung ging 2014 davon aus, dass unter derzeitigen Versorgungsbedingungen circa zehn bis zwölf Prozent aller Lymphödempatienten im

Jahr einer Phase I bedürfen. Bezogen auf die Einwohnerzahl im Einzugsbereich des Oberlausitz-Klinikums Bautzen und einer angenommenen Häufigkeit von Lymphödem von 1,5 Promille war damit pro Jahr mit 100 bis maximal 130 Patienten zu rechnen. Die Behandlungsfallzahl blieb aber mit 22 bis 46 Patienten/Jahr (im Mittel 32 Patienten/Jahr) deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Aufgenommen wurden 113 Patienten mit primären Lymphödem und 45 Patienten mit sekundären Lymphödem als Hauptdiagnose (HD). Damit ist auch das Verhältnis der Behandlungsfallzahl primär zu sekundär umgekehrt als in der Normalbevölkerung. In zwei Fällen wurden Genitallymphödem des Mannes behandelt. Die mittlere Verweildauer betrug 9,4 Tage (3 bis 16 Tage). Die Abrechnung erfolgte über die G-DRG nach J61C/J61B und F65B.

Die mittlere Volumenabnahme (bestimmt über die Kegelstumpfmethode) betrug 985 ml/Bein und 644 ml/Arm. Zwischen primären und sekundären Lymphödem bestanden keine Unterschiede in den klinischen und messbaren Behandlungsergebnissen. Ein Perometer zur Volumenmessung ist nicht verfügbar.

Hydropische Dekompensationen wurden, auch bei Patienten mit kompensierter Herzinsuffizienz, nicht beobachtet. In einem Fall trat am zweiten Therapietag ein heftiges Erysipel am Unterschenkel ein, an dem aber auch schon ein Ulcus cruris venosum vorbestanden hatte.

18 Patienten (elf Prozent) wurden im betrachteten Zeitraum zwei- bis viermal zu intensivlymphologischen Behandlungen aufgenommen. Davon hatten sieben Patienten ein sekundäres Lymphödem nach früheren Karzinom-erkrankungen.

Schwierigkeiten in der Genehmigung der flachgestrickten Kompressionsware durch die Krankenkassen wurden nicht registriert.

Diskussion

Die stationäre intensivierete lymphologische Entstauungstherapie an einem Versorgungskrankenhaus mit interdisziplinärem Gefäßzentrum kann eine Versorgungsoption sein, die Phase I der KPE effektiv durchzuführen. Der Therapieablauf gleicht dem der etablierten Therapie an Rehakliniken. Das Gesamtergebnis der Ödemreduktion ist aber naturgemäß geringer, da dem Krankenhaus DRG-bedingt nur maximal zehn Tage zur Verfügung stehen statt drei Wochen Therapiezeit in der Rehabilitation. Unsere Ergebnisse führen aber zumindest zu einem klinischen Befund, der eine neue Kompressionsstrumpfversorgung gestattet und die Gefahr lymphostatischer Komplikationen vermindert. In der anschließenden ambulanten Versorgung kann die Erhaltungsphase (Phase II) angeschlossen werden.

Die Anzahl der Behandlungsepisoden pro Jahr war deutlich geringer als zuvor aus der klinischen Erfahrung heraus angenommen worden war. Einerseits wurde annehmbar der Anteil klinisch dekompensierter Lymphödeme pro Jahr überschätzt. Andererseits wurde vor Einweisung auf die Gefäßstation gefordert, dass der Patient durch einen lymphologisch erfahrenen Arzt gesehen worden war, der die Indikation zur sta-

tionären Durchführung der Phase I der KPE gestellt haben musste. Einweisungen durch andere Haus- oder Fachärzte war bisher nicht vorgesehen worden.

Interessant und vorher nicht absehbar war die Erkenntnis, dass circa drei bis fünf Prozent der (vorbehandelten) Lymphödempatienten wiederholt einer intensiven Entstauung bedürfen. Elf Prozent der Patienten bedurften mehrfacher Therapiephasen in einem Fünf-Jahreszeitraum. Auch bei Patienten mit Komorbiditäten sind Komplikationen in der intensivierten Ödemtherapie selten. Aus letztlich klinischen Erwägungen heraus gilt die kompensierte Herzinsuffizienz zumindest als relative Kontraindikation. Hydropische Dekompensationen oder hypertensive Entgleisungen haben wir bei entsprechenden Patienten aber nicht beobachtet. Bisher existieren dazu in der Literatur nur kleine Fallserien und Fallberichte, die aber ebenfalls keine Komplikationen berichten [5, 6]. Perspektivisch werden dazu sicherlich neue Erkenntnisse und eine Überarbeitung der Kontraindikationen zu erwarten sein.

Die Aufwendung an Arbeitszeit der Physiotherapeuten ist deutlich höher als der Durchschnitt in unserer Klinik. Die MLD stellt auch den größten Kostenfaktor dar bei relativ niedrig vergüteter DRG.

Optimierungspotenziale sehen wir perspektivisch in der gezielteren Nutzung von Polstermaterialien unter dem Kom-

pressionsverband zur Lockerung von lymphostatischen subkutanen Fibrosierungen und in der Etablierung von Patienteninformationen (schriftlich und auch in der mündlichen Einzel- oder Gruppenschulung).

Zur effektiven Nutzung der verfügbaren Therapiezeit auf der Station ist allerdings eine vorherige phlebologische und lymphologische Beurteilung der Ödemerkrankung notwendig, die ambulant erfolgen sollte.

Wir halten diesen kurzfristig realisierbaren Behandlungsweg für Patienten mit dekompensierten Ödemerkrankungen für prognostisch sehr bedeutsam. Wenn auch das Lymphödem keine eigene Mortalität hat, kann es zu Sekundärerkrankungen der Haut und der großen Gelenke prädestinieren und zu einer unter Umständen relevanten Behinderung führen. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Wolfram Oettler

Interdisziplinäres Gefäßzentrum der
Oberlausitz-Kliniken Krankenhaus Bautzen
Am Stadtwall 3, 02625 Bautzen

und

Praxis für Gefäßmedizin

OCTAMED Fachärzteezentrum

Carolusstraße 214, 02827 Görlitz

E-Mail: Wolfram.Oettler@octamed-goerlitz.de

Anzeige



Fortbildungsreihe „Medizin und Recht“

FZ03

Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen
in der Traumatologie/Orthopädie

4. November | 18.00 Uhr | Sächsische Landesärztekammer

Einladung der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

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

Diese findet am Mittwoch, dem 4. November 2020, 17.30 Uhr, auf Schloss Schlettau statt.

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

Weiterhin erhalten Sie einen Tätigkeitsrückblick der Kreisärztekammer des vergangenen Jahres und den Bericht über die Verwendung der Rücklaufgelder. Ebenso werden wir Ihnen den Haushaltsplan 2020 vorstellen und aktuelle berufspolitische Aspekte zur

Diskussion bringen. Im Anschluss wird ein gemeinsamer Imbiss in lockerer Atmosphäre für das leibliche Wohl sorgen. Somit steht gleichfalls genügend Zeit für einen regen beruflichen wie auch persönlichen Austausch zur Verfügung. Fortbildungspunkte wurden beantragt.

Für die Planung der Teilnehmerzahl und insbesondere zur Erstellung des aktuellen Hygienekonzeptes bitten wir bis 26. Oktober 2020 um Anmeldung unter Tel. 03733 80 4015.

Der Vorstand freut sich auf Ihre zahlreiche Teilnahme, auf den interessanten Gastvortrag sowie auf einen regen Informationsaustausch. Insbesondere möchten wir auch die jüngere Ärztegeneration ansprechen.

Parkplätze sind ausreichend vorhanden (Parkplatzzufahrt über Elterleiner Straße). ■



Schloss Schlettau

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

Die Kreisärztekammer Meißen informiert

Die für den 27. Oktober 2020 geplante Jahreshauptversammlung der Kreisärztekammer Meißen muss wegen der aktuellen Corona-Situation leider abge-

sagt werden. In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung beabsichtigen wir, diese im Frühjahr 2021 nachzuholen. ■

Dr. med. Alexander Neumann
Vorsitzender der Kreisärztekammer Meißen

Einladung der Kreisärztekammer Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt ein zur Jahresversammlung mit Neuwahl des Kreiskammervorstandes am Montag, 23. November 2020 um 19 Uhr im Hygienemuseum.

Genauere Informationen, insbesondere zu coronabedingten Hygienemaßnah-



men, erhalten Sie in Kürze in Ihrer persönlichen Einladung sowie auf unserer Homepage www.kreisaeztekammer-dresden.de. ■

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

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Mittwoch, dem 13. Januar 2021, 9.00 – 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch. Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt in der 3. bis 5. Kalenderwoche 2021.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 13. Januar 2021 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2021 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

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

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

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

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für

die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

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

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

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

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizini-

schen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 6. November 2020** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

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

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) informiert

Mitgliederversammlung am 27. Oktober 2020

Die Corona-Pandemie hat unsere für April geplante Mitgliederversammlung verhindert. Als neuer Termin ist geplant Dienstag, den 27. Oktober 2020, 19.00 Uhr, Veranstaltungssaal im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Carl-Hamel-Straße 3. Es wird keine zusätzliche Fortbildung stattfinden

und es werden keine Fortbildungspunkte vergeben.

Da weiterhin coronabedingte Auflagen bestehen, können nur Mitglieder mit vorheriger Anmeldung teilnehmen.

Bitte melden Sie sich an bei Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt), Frau Thierfelder, 0371 216514, chemnitz@slaek.de.

Sollten sich situationsbedingte Änderungen ergeben, werden angemeldete Teilnehmer informiert. ■

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

MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE

63. Tagung der Kammerversammlung

Tagesordnung

**Mittwoch, 11. November 2020,
Beginn 15.00 Uhr**

Tagungsort:

Gebäude der Sächsischen Ärzteversorgung, Dr.-Külz-Ring 10, 01067 Dresden, Löwensaal

Coronabedingt wird diese Tagung ausnahmsweise als nicht öffentliche Veranstaltung durchgeführt. Wir bitten um Verständnis.

1. Eröffnung der 63. Tagung der Kammerversammlung

- Feststellung der Beschlussfähigkeit
 - Protokollbestätigung, Beschlusskontrolle
- Erik Bodendieck, Präsident

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

3. Satzungen

3.1. Satzung zur Änderung der Hauptsatzung

Bericht: Dr. Michael Schulte

Westenberg, Hauptgeschäftsführer

3.2. Satzung zur Änderung der

Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

Bericht: Prof. Dr. Maria Eberlein-

Gonska, Vorsitzende Sächsische

Akademie für Ärztliche Fort- und

Weiterbildung

4. Finanzen

Wirtschaftsplan 2021

Bericht: Dr. Mathias Cebulla,

Vorsitzender Ausschuss Finanzen

5. Bekanntgabe von Terminen

6. Verschiedenes

Abendveranstaltung

Beginn 18.00 Uhr

Musikalischer Auftakt

Begrüßung

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2020 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag: „Jetzt mal ehrlich:

SARS-CoV-2 und die neuen

Verantwortlichkeiten

von Wissenschaft und Journalismus.“

Referent: Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr.

phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

Musikalischer Ausklang

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen. ■

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:
Bitte beachten Sie folgende Hinweise:
 *) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.
Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar

(www.kvsachsen.de → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan).
 Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.
 Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/C046	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	26.10.2020
20/C047	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Chemnitz, Stadt	11.11.2020
20/C048	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie	Aue-Schwarzenberg	11.11.2020
20/C049	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Mittweida	11.11.2020
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/C050	Anästhesiologie (Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Südsachsen	26.10.2020

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
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/L060	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	26.10.2020
20/L061	Innere Medizin*)	Leipzig	11.11.2020
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/L062	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	11.11.2020
20/L063	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	11.11.2020
20/L031	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie	Leipzig, Stadt	26.10.2020

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
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/D092	Praktischer Arzt*)	Dresden	11.11.2020
20/D093	Allgemeinmedizin*)	Dresden	11.11.2020
20/D094	Innere Medizin*)	Neustadt	11.11.2020
20/D095	Allgemeinmedizin*)	Zittau	26.10.2020
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/D096	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Bautzen	11.11.2020
20/D097	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.11.2020
20/D098	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	11.11.2020
20/D099	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	11.11.2020
20/D100	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft und im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle) ¹⁾	Dresden, Stadt	26.10.2020
20/D101	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft und im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle) ¹⁾	Dresden, Stadt	26.10.2020
20/D102	Orthopädie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.10.2020
20/D103	Psychotherapeutisch tätiger Arzt – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	26.10.2020
20/D104	Psychotherapeutische Medizin – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	26.10.2020
20/D105	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.11.2020
20/D106	Chirurgie	Hoyerswerda Stadt/ Landkreis Kamenz	26.10.2020
20/D107	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	26.10.2020
20/D108	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	11.11.2020
20/D109	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	11.11.2020
20/D110	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Weißeritzkreis	11.11.2020
20/D111	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	11.11.2020
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
20/D112	Innere Medizin und Gastroenterologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Sächsische Schweiz/ Osterzgebirge	26.10.2020

¹⁾ Ausschreibungen im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer häftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes/einer Ärztin.

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
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz, Stadt	geplante Abgabe: nach Absprache
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Augenheilkunde	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	geplante Abgabe: ab sofort oder nach Vereinbarung

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	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
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Physikalische und rehabilitative Medizin	Sachsen (Ort: Dresden)	Abgabe: ab sofort

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Borna	Abgabe: 1/2022

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -144.

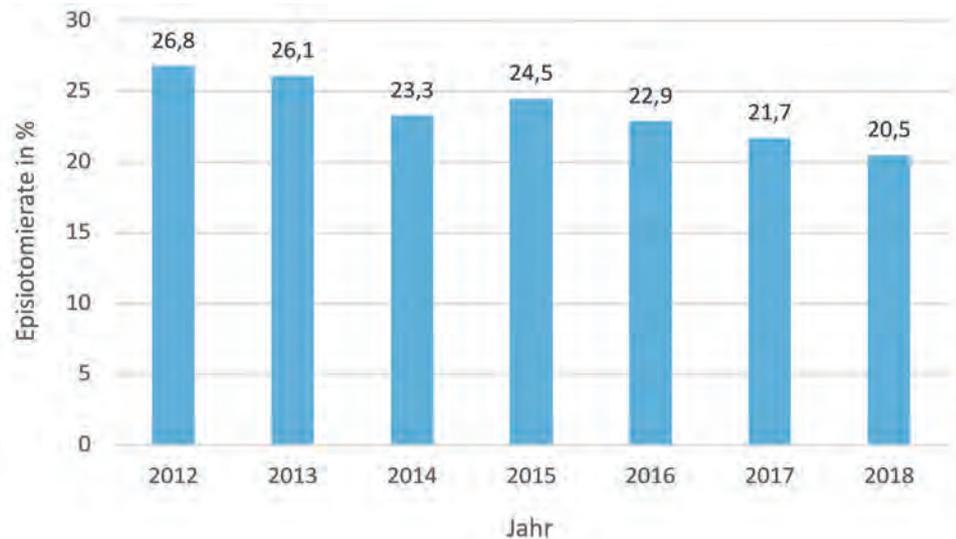
Die Episiotomie – noch zeitgemäß?

T. Sonnenburg¹, N. Uhlig¹, U. Köhler¹

Die Episiotomie, auch Dammschnitt genannt, beschreibt eine geburtshilfliche Maßnahme, bei der durch Einschneiden von Haut und Muskulatur des Perineums der Scheidenausgang erweitert werden soll. Erstmals durchgeführt im Jahre 1741 [1] ist die Episiotomie heute einer der am häufigsten durchgeführten geburtshilflichen Eingriffe. Wurde anfänglich noch bei nahezu allen Geburten eine routinemäßige Episiotomie durchgeführt, liegt die Episiotomierate in Sachsen bei vaginalen Entbindungen aktuell bei 20,5 Prozent mit abnehmendem Trend (vgl. Grafik 1). In unserer Klinik kommt die Episiotomie nur bei strenger Indikationsstellung zum Einsatz. Die Dammschnitt-rate betrug im vergangenen Jahr 16 Prozent, mit weiter fallender Tendenz. In einigen Kliniken anderer Bundesländer konnte sogar eine Episiotomierate von 2,3 Prozent, ohne Zunahme schwerwiegender perinealer Verletzungen, erreicht werden [2].

Indikation

Strenge Kriterien zur Indikation einer Episiotomie existieren nicht. Sie obliegt der individuellen Einschätzung des Geburtshelfers. Jedoch wird häufig ein Dammschnitt durchgeführt, um bei akutem oder drohendem fetalen Distress die Austreibungsphase abzukürzen. Weiterhin kann eine Episiotomie bei erwartetem vergrößerten Durchtrittsplanum erwogen werden. Bei vaginal-operativer Geburtsbeendigung kann der Dammschnitt eingesetzt werden, ist jedoch keinesfalls routinemäßig indiziert. Ebenso wenig sollte er bei zu erwartender Frühgeburtlichkeit routinemäßig eingesetzt werden, da sich kein positiver Effekt auf die postpart-



Grafik 1: Episiotomieraten der vaginal entbundenen Schwangeren anhand der Perinatalerhebung Sachsens
Quelle: www.slaek.de

tale neonatale Mortalität und periventrikuläre Hämorrhagien zeigt [3, 4]. Schließlich kann die Episiotomie bei notwendiger Manualhilfe zur Therapie einer Schulterdystokie erwogen werden. Durch Anlage eines Dammschnittes kann die Schulterdystokie jedoch nicht verhindert werden [5]. Ebenso können durch die Episiotomie höhergradige Dammsrisse nicht vermieden werden [6, 7]. Bei medianer Schnittführung ist das Risiko für diese (Dammsrisse III. und IV. Grades) sogar erhöht [7, 8].

Durchführung

Die Anlage der Episiotomie soll beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes, also Sichtbarwerden des kindlichen Kopfes innerhalb und außerhalb der Wehe, stattfinden.

Hier zeigen sich ein geringes vaginales Trauma, eine kürzere Schnittlänge und weniger Blutverlust im Vergleich zu einer früheren Durchführung [9]. Nur bei schwerwiegender Pathologie kann eine frühzeitige Anlage erwogen werden. Weiterhin soll die Episiotomie, für eine möglichst schmerzarme Durchführung, innerhalb der Wehe geschnitten werden. Wünschenswert ist die

vorherige Anlage einer Regionalanästhesie (zum Beispiel Lokalanästhesie, Pudendusblock, Periduralanästhesie), welche in akuten Risikosituationen jedoch nicht immer erfolgen kann.

Die Episiotomie kann auf sieben verschiedene Arten erfolgen, wobei am häufigsten die mediane, mediolaterale und laterale Episiotomie durchgeführt werden [10].

Empfohlen wird insbesondere die mediolaterale Schnittführung. Hierbei wird mit der Schere die Haut des Perineums sowie der Musculi transversus perinei superficialis und bulbospongiosus beginnend in der Mitte der hinteren Scheidenkommissur, in einem 60°-Winkel in Richtung Tuber ischiadicum inzidiert. Vorteilhaft gegenüber anderen Schnittführungen sind insbesondere die Möglichkeiten zur Erweiterung des Schnittes und im Vergleich zur medianen Episiotomie, bei welcher mittig von der hinteren Kommissur in Richtung Anus inzidiert wird, geringerem Risiko des Weiterreißen in Richtung des Anus und Ruptur des Muculus spincter ani [11, 8] (vgl. Abb. 1). Aufgrund des erhöhten Komplikationsrisikos ist die mediane Episiotomie mittlerweile obsolet.

¹ Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Komplikationen

Die Episiotomie geht mit einem erhöhten Blutverlust [12], Risiko für postpartale Hämorrhagien [13], erhöhtem Schmerzmittelbedarf, Wundinfektionen [6] und -heilungsstörungen (zum Beispiel Asymmetrien, Fisteln, Hauttaschen) sowie Nahtdehiszenzen einher [14]. Weiterhin erhöht sich das Risiko, bei der folgenden Spontangeburt, eine Verletzung der Scheide und des Perineums zu erleiden [15]. Langfristig ist die Episiotomie mit einem höheren Risiko für Dyspareunie assoziiert [16]. Im Vergleich zu einer spontanen Ruptur des Dammes kann durch die Anlage einer Episiotomie langfristig keine Reduktion der Inzidenz von Harn- oder fäkaler Inkontinenz, Deszensus genitalis und perinealen Schmerzen erreicht werden [17].

Versorgung

Die Nahtversorgung der Episiotomie erfolgt in der Regel nach abgeschlossener Plazentarperiode und kann durch ausgebildete Hebammen oder Geburtshelfer durchgeführt werden, wobei dies häufiger durch Geburtshelfer geschieht.

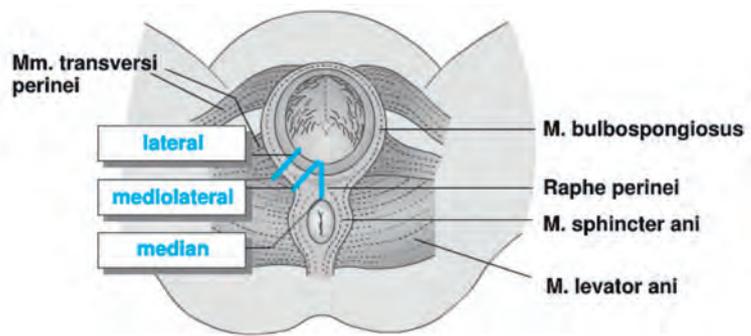


Abb. 1: Techniken der Episiotomie (Goerke, Steller und Valet, 2008, S. 357)

Bevorzugt wird eine fortlaufende Nahttechnik mit resorbierbarem Fadenmaterial gegenüber der Einzelknopfnah. Sie führt zu weniger Schmerzen sowie einem geringeren Schmerzmittelbedarf binnen der ersten zehn Tage post partum. Weiterhin treten weniger Dyspareunien in den ersten drei Monaten post partum auf und es besteht seltener die Notwendigkeit der Nahtmittelentfernung [18]. Die Versorgung der Haut sollte durch intracutane Nähte erfolgen [19].

Zusammenfassung

Die Episiotomie ist ein wichtiges Instrument zur Verkürzung der Austreibungs-

periode und somit Verringerung/Verhinderung von fetalem Distress. Aufgrund möglicher Komplikationen sollte sie jedoch mit Augenmaß und keinesfalls routinemäßig eingesetzt werden. Eine mediolaterale Schnittführung nach vorheriger Anästhesie und Durchschneiden des kindlichen Kopfes wird empfohlen. Die Versorgung sollte in kontinuierlicher Nahttechnik erfolgen. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:

Tina Sonnenburg

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Klinikum St. Georg gGmbH

Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

E-Mail: tina.sonnenburg@sanktgeorg.de

LESERBRIEFE

Aktueller Fall der Gutachterstelle

Leserbrief zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“, im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2020, Seite 19

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, herzlichen Dank für den interessanten Fall, in dem sich die Frage nach der Indikation für den Eingriff stellt. Aus meiner Sicht bestand keine Indikation für den Eingriff, weil die Aortensuffizienz nur gering ausgeprägt war (1. Grades, keinerlei Klinik, ein Zufallsbefund) und die Ektasie der Aorta nur gering ausgeprägt war (35 mm). Dies ist eine normale Entwicklung bei Marfan-Syndrom, die in dieser Ausprägung keiner operativen Therapie bedarf.

Gemäß Lehrbuchwissen besteht ein zwingender operativer Bedarf erst bei Klappenfehlern 3. Grades und bei Aortenaneurysmen erst ab einem Durchmesser von mindestens 55 mm. Der Klappenfehler kann im Übrigen heutzutage mit geringerem Aufwand und Risiko über eine Transkatheter-Prozedur erfolgen [1 – 3]. Im internationalen Schrifttum kommt eine OP eines asymptomatischen Aortenaneurysmas erst ab 55 mm Durchmesser in Frage [4].

Aus einem Fall meiner sozialmedizinischen Gutachtenambulanz weiß ich, dass der operative Klappenersatz mit circa 12.000,- Euro und die Aortenprothese mit weiteren 12.000,- Euro vergütet wird, so dass der finanzielle Anreiz für die Durchführung der kombinierten Operation besonders groß ist. ■

Literatur beim Autor

Name der Redaktion bekannt

Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte

„Who was who in nursing history“, Band 9

Herausgeber: Hubert Kolling.
Verlag: hps media. Hungen 2020
Preis: 34,80 €
ISBN: 978-3-94766-503-7



2020, im „Jahr der Pflegenden und Hebammen“ der WHO, haben 22 Autoren aus vier Ländern unter der Federfüh-

rung von Hubert Kolling 87 neue Biographien aus der Welt der Krankenpflege veröffentlicht. Mit Band 9 des „Biographischen Lexikon“ liegen nunmehr insgesamt über 1400 Biogramme vor. Dieser Band ist dem Begründer des Lexikons, dem 2017 verstorbenen Medizinpädagogen und Pflegehistoriker Horst-Peter Wolff, gewidmet.

Das Werk bietet wieder ein breites Spektrum von Persönlichkeiten aus der Krankenpflege – konfessions-, generations-, fach- und länderübergreifend. Es zeigt sich einmal mehr, dass der Mangel an Pflegekräften, ihre Ausbildung und Bezahlung und all das, was wir heute in verschärfter Form als „Pflegenotstand“ bezeichnen müssen, kein spezifisches Problem des 21. Jahrhunderts ist, sondern vielfach auch in der Vergangenheit zu beklagen war.

In summa stellen die in „solider Kärnerei“ (Kolling) und unter ungünstigen finanziellen Rahmenbedingungen erar-

beiteten Biographien für alle mit dieser Materie Beschäftigten eine unverzichtbare Quelle dar. Und auch wer nur so zum Zeitvertreib darin blättert, das Werk als historischen Spaziergang begreift, der wird garantiert immer etwas Neues und Interessantes in diesem Werk finden! Da die Krankenpflege ein wichtiges Querschnittsfach ist, verdient dieser Überblick, der anhand von Einzelschicksalen aus Vergangenheit und Gegenwart zu praxisrelevanten Einsichten führt, die Aufmerksamkeit möglichst vieler aus den Bereichen Berufsbildung, Pflegewissenschaft, Pflege- und soziale Dienste, Krankenhausverwaltungen, kirchliche Einrichtungen, Militärsanitätswesen sowie der Schwestern- und Ärzteschaft.

Es sollten nicht Jahre vergehen, bis dieses Nachschlagewerk zum selbstverständlichen Bestandteil der Bibliotheken im Gesundheitswesen gehört. ■

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden

Anzeige

LEKTÜRE-EMPFEHLUNG:

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

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



Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland

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



Es handelt sich bei dem Buch „Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“ um eine umfassende Darstellung der Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis heute. Das Buch ist in vielfältiger Hinsicht lesenswert und für die heutige Zeit aktuell.

Die Befassung mit der Geschichte zeigt die Grundauseinandersetzung zwischen dem Staat und der Ärzteschaft sowie allgemein den freien Berufen. Während der Staat eine zentrale Organisation und Lenkung der medizinischen Versorgung anstrebt oder zumindest be-

vorzugt, bevorzugen die Angehörigen der freien Berufe eine Selbstorganisation mit eigener unternehmerischer Verantwortung. Die Entwicklungen in der Geschichte haben dabei gezeigt, dass eine umfassende staatliche Lenkung letztlich nicht nur den Interessen der Ärzteschaft, sondern auch gerade den Interessen der Patienten und der Bevölkerung zuwiderläuft.

Die Bestrebungen des Staates zu einer stärkeren Lenkung der Ärzteschaft wurden in der Regel bei auftretenden Pandemien und Gefährdungen der Gesundheit der Gesamtbevölkerung verstärkt. Dies zeigte sich bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bei der Cholera-Pandemie und massiv nach den beiden Weltkriegen.

Seit jeher bestand das Problem, eine angemessene ärztliche Versorgung außerhalb der sächsischen Großstädte und insbesondere auf dem Lande sicherzustellen. Ebenso bestanden seit jeher Versuche einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens, zum Teil durch den Staat, zum Teil durch die Krankenkassen. Dies zeigt sich am deutlichsten in der Errichtung von Eigenbetrieben der Krankenkassen in der Weimarer Republik.

Das Buch setzt sich zudem schonungslos mit dem Versagen der gesamten Ärzteschaft und insbesondere der sächsischen Ärzteschaft im Nationalsozialismus auseinander. Nahezu 50 Prozent der sächsischen Ärzteschaft waren Mitglied der NSDAP, gegenüber etwa 25 Prozent der sächsischen Juristen. Die umgehende Gleichschaltung der Ärzteschaft erfolgte nicht nur innerhalb weniger Tage. Sie wurde auch von der Ärzteschaft und den Standesvertretern selbst getragen.

Ebenso setzt sich das Buch schonungslos mit den Fehlentwicklungen in der sowjetisch besetzten Zone und der DDR auseinander. Unter anderem erfolgten Auseinandersetzungen mit der weiteren Tätigkeit von früheren NSDAP-Mitgliedern im Gesundheitswesen der SBZ und der DDR bis hin auf Bezirksebene, der umfangreichen Zusammenarbeit der Bezirksärzte mit dem Ministerium für Staatssicherheit (MfS) sowie der Spitzeltätigkeiten von Ärzten für das MfS.

Schließlich wird die Gründung der sächsischen Selbstverwaltung nach 1989 ausführlich dargelegt. Dies ist heute, nur 30 Jahre später, ein wichtiger Abschnitt der jüngeren Geschichte.

Das Buch würdigt die Bedeutung Sachsens für das gesamte deutsche Selbstverwaltungswesen der Ärzteschaft. Letztlich beruht – entsprechend der Entwicklung bei den Anwälten – das gesamte ärztliche Selbstverwaltungswesen auf den entsprechenden Grundlagen und Entwicklungen in Sachsen, vor allem in Dresden und Leipzig.

Die Veröffentlichung verdeutlicht, dass die jeweiligen sozialen und politischen Bedingungen wesentlich für die Tätigkeit und Ausgestaltung der Ärzteschaft sowie generell der Freien Berufe sind. Sie verdeutlicht ferner, dass die heutigen Grundkonflikte zu allen Zeiten bestanden. Geschichte mag sich zwar nicht wiederholen, die Auseinandersetzung mit ihr ist aber auch für heutige Zeiten besonders wichtig. Das Werk liefert hierzu einen grundlegenden Beitrag. ■

Franz-Josef Schillo
 Vizepräsident der Rechtsanwaltskammer
 Sachsen sowie des Landesverbandes
 freier Berufe Sachsen e. V.

Unsere Jubilare im November 2020

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Krishker, Gabriele
09394 Hohndorf
- 01.11. Dr. med. Woischnik, Maria
04509 Delitzsch
- 03.11. Dr. med. Wandt, Birgit
09474 Crottendorf
- 04.11. Dipl.-Med. Stark, Birgit
08289 Schneeberg
- 05.11. Dipl.-Med. Scharf, Martina
08321 Zschorlau
- 09.11. Dipl.-Med. Kamper, Jutta
02625 Bautzen
- 09.11. Dr. med. Seelig, Carola
04463 Großpöna
- 10.11. Al-Shobash, Mohammed
97332 Volkach
- 10.11. Dr. med. Brückner, Matthias
01257 Dresden
- 10.11. Dr. med. Goerlich, Barbara
04275 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Bauer, Wolfgang
08289 Schneeberg
- 11.11. Tamke, Eugen
08523 Plauen
- 12.11. Dipl.-Med. Kutscher, Rita
04107 Leipzig
- 13.11. Dipl.-Med. Stöckel, Christine
09439 Amtsberg/OT Weißbach
- 15.11. Dr. med. Forker, Evelyn
01833 Dittersbach
- 15.11. Gontcharova, Tatjana
01127 Dresden
- 15.11. Dipl.-Med. Kurenz, Annemarie
09623 Frauenstein
- 15.11. Prof. Dr. med. habil.
Rothe, Ulrike
01237 Dresden
- 16.11. Dr. med. Rietzsch, Hannes
01189 Dresden
- 16.11. Dipl.-Med. Seifert, Bettina
08280 Aue

- 17.11. Dr. med. Böhme, Gunther
01689 Weinböhla
- 18.11. Dr. med. Burkhardt, Volker
04416 Markkleeberg
- 19.11. Dr. med. Glowa-Titze, Carla
09247 Röhrsdorf
- 21.11. Dr. med. Taupitz, Frank
04886 Kreischau
- 24.11. Dr. med. Hiekisch, Sabine
02736 Beiersdorf
- 24.11. Dipl.-Med. Slama, Christa
02977 Hoyerswerda
- 24.11. vrac/Staatliche Medizin-
akademie Semipalatinsk
Weber, Robert
08412 Werdau
- 25.11. Dipl.-Med.
Beckel-Reimann, Martina
04683 Naunhof
- 25.11. Dr. med. Beister, Roland
09112 Chemnitz
- 27.11. Dr. med. Otto, Steffi
04416 Markkleeberg
- 28.11. Dipl.-Med. von
Nyssen-Naumann, Astrid
04416 Markkleeberg
- 29.11. Dr. med. Henke, Gabriele
01309 Dresden
- 30.11. Dr. med. Wagner, Christine
08294 Löbnitz

70 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Schraft, Christine
04107 Leipzig
- 03.11. Dr. med.
Sämann, Rosemarie
09405 Gornau
- 10.11. Dipl.-Med. Berger, Dieter
04567 Kitzscher
- 10.11. Dr. med. Brech, Matthias
04416 Markkleeberg

- 14.11. Dr. med. Pretzsch, Gabriele
04105 Leipzig
- 15.11. Dr. med. Jänicke, Ulrike
04105 Leipzig
- 16.11. Dr. med. Ladstätter, Sabine
01259 Dresden
- 16.11. Mereines, Inna
04347 Leipzig
- 17.11. Dipl.-Med. Büttner, Kristina
01589 Riesa
- 17.11. Dipl.-Med. Enigk, Andrea
04838 Eilenburg
- 17.11. Prof. Dr. med. habil.
Möbner, Joachim
04155 Leipzig
- 18.11. Dipl.-Med. Eibisch, Reiner
08645 Bad Elster
- 18.11. Dr. med. Heinig, Gunther
01187 Dresden
- 21.11. Dr. med. Borch, Christoph
14612 Falkensee
- 22.11. Dipl.-Med. Rentsch, Brigitte
02692 Doberschau
- 23.11. Dipl.-Med. Bartsch, Ingrid
04316 Leipzig
- 29.11. Dipl.-Med. Müller, Annerose
08233 Treuen-Schreiersgrün
- 30.11. Dipl.-Med. Walther, Christa
09600 Weißenborn

75 Jahre

- 07.11. Dipl.-Med. Hösel, Sieghard
01705 Freital
- 12.11. Dr. med. Laqua, Ruth
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 12.11. Dr. med.
Scheffel, Ralf-Achim
08645 Bad Elster
- 15.11. Dipl.-Med. Hahn, Herbert
02827 Görlitz
- 26.11. Dr. med. Staemmler, Ulrich
01156 Dresden
- 29.11. Dipl.-Med. Trieglaff, Ursula
04651 Bad Lausick
- 30.11. Dr. med. Fischer, Rainer
01477 Arnsdorf

80 Jahre

- 01.11.** Dr. med.
Sierpinski, Lieselotte
04435 Schkeuditz
- 01.11.** Dr. med. Staudte, Helga
09244 Lichtenau
- 02.11.** Schug, Helga
08112 Wilkau-Haßlau
- 03.11.** Thunig, Uta
01855 Sebnitz
- 04.11.** Dr. med.
Schweitzer, Hannelore
01796 Pirna
- 04.11.** Dr. med. Tandler, Gisela
04509 Delitzsch
- 05.11.** Dr. med. Pilz, Dieter
01259 Dresden
- 08.11.** Dr. med. Hennig, Maria
04103 Leipzig
- 10.11.** Leimert, Christine
09112 Chemnitz
- 10.11.** Tietze, Norbert
04420 Markranstädt
- 11.11.** Dr. med. Laves, Gisela
04275 Leipzig
- 12.11.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Kunzelmann, Fred
09114 Chemnitz
- 13.11.** Neumann, Karin
02899 Ostritz
- 15.11.** Freund, Jürgen
01737 Pohrsdorf
- 15.11.** Richter, Gabriele
01904 Neukirch
- 17.11.** Dr. med. Unger, Götz
08262 Muldenhammer
- 18.11.** Dr. med. Drochner, Armin
01683 Nossen
- 21.11.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Fritsch, Christian
04317 Leipzig
- 21.11.** Dr. med. Pfob, Eveline
08373 Remse
- 23.11.** Dr. med. Tilch, Anita
08228 Rodewisch
- 26.11.** Dr. med. Jank, Hans-Jürgen
04808 Wurzen
- 27.11.** Dr. med. Lötsch, Christel
08112 Wilkau-Haßlau
- 27.11.** Dr. med. Schettler, Reinhard
09366 Stollberg
- 28.11.** Dr. med. habil. Neumann-
Oellerking, Dorothea
01277 Dresden
- 28.11.** Dr. med. Weißbach, Rainer
09123 Chemnitz
- 29.11.** Dr. med.
Deger-Voigtländer, Ingrid
01728 Possendorf
- 29.11.** Kirsch, Brigitte
02943 Weißwasser
- 24.11.** Dr. med. Jähnichen, Eckhard
01454 Radeberg
- 25.11.** Dr. med. Müller, Rolf
04277 Leipzig
- 26.11.** Dr. med. List, Antje
04157 Leipzig
- 28.11.** Dr. med. Lammel, Wilfried
02785 Olbersdorf
- 28.11.** Dr. med. Schliwa, Adolf
08228 Rodewisch
- 30.11.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Heilmann, Hans-Peter
01324 Dresden

81 Jahre

- 01.11.** Dr. med. Reuther, Bernd
08058 Zwickau
- 02.11.** Dr. med. Ahdali, Ursula
01307 Dresden
- 03.11.** Dr. med. Tier, Adolf
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 05.11.** Dr. sc. med. Stöber, Günter
04736 Waldheim
- 06.11.** Prof. Dr. med. habil.
Wehnert, Jörg
01279 Dresden
- 07.11.** Littmann, Barbara
09366 Stollberg
- 07.11.** Dr. med. Theß, Galina
01159 Dresden
- 09.11.** Dr. med.
Halamoda, Wolfgang
01067 Dresden
- 09.11.** Dr. med. Schöne, Annelies
01259 Dresden
- 10.11.** Dr. med. Ziegler, Almut
04159 Leipzig
- 11.11.** Dr. med. Lau, Thomas
04654 Frohburg
- 13.11.** Dr. med. Zobel, Stefanie
04157 Leipzig
- 14.11.** Dr. med. Pohle, Barbara
04275 Leipzig
- 14.11.** Dr. med. Zinkl, Marianne
08056 Zwickau
- 18.11.** Dr. med. Schwieger, Klaus
04277 Leipzig
- 20.11.** Dr. med. Rosenkranz, Erika
04288 Leipzig
- 01.11.** Dr. med. Träger, Hans
08112 Wilkau-Haßlau
- 03.11.** Dr. med. Müller, Peter
08491 Netzschkau
- 05.11.** Lipsz, Theresia
01067 Dresden
- 05.11.** Dr. med. Martin, Christel
04158 Leipzig
- 09.11.** Dr. med. Kühn, Gisela
04289 Leipzig
- 14.11.** Dr. med. Hänsel, Herbert
01796 Struppen
- 15.11.** Dr. med. Lieschke, Erika
08294 Lößnitz
- 15.11.** Tempel, Heinz-Dieter
02977 Hoyerswerda
- 21.11.** Dr. med. Freidt, Hannelore
01906 Burkau
- 23.11.** Prof. Dr. med. habil.
Bigl, Siegwart
09114 Chemnitz
- 23.11.** Gerlach, Brigitte
04157 Leipzig
- 24.11.** Dr. med. Kolodziej, Werner
01814 Bad Schandau
- 28.11.** Dr. med. Baron, Waltraud
04758 Oschatz
- 28.11.** Dr. med. Otto, Helga
09236 Claußnitz
- 29.11.** Dr. med. Ziegler, Sigrid
02827 Görlitz
- 30.11.** Dr. med. Bettzieche, Konrad
04177 Leipzig

82 Jahre

83 Jahre

- 02.11.** Dr. med. Roitzsch, Eberhart
01159 Dresden
- 04.11.** Dr. med. Hochmann, Henner
01589 Riesa
- 05.11.** Prof. Dr. med. habil.
Gottschalk, Klaus
04159 Leipzig
- 05.11.** Naumann, Dieter
04416 Markkleeberg
- 06.11.** Dr. med. Grand, Hans-Dieter
02827 Görlitz
- 06.11.** Dr. med. Ranft, Eberhard
01609 Gröditz
- 06.11.** Dr. med. Wolf, Stefan
04229 Leipzig
- 07.11.** Dr. med.
Brummack-Schulz, Elfriede
01099 Dresden
- 15.11.** Dr. med. Lippoldt, Rita
01237 Dresden
- 16.11.** Prof. Dr. med. habil.
Knothe, Jürgen
01796 Pirna
- 18.11.** Dr. med. Kriese, Rolf
04874 Belgern
- 21.11.** Dr. med. Körner, Klaus
04552 Borna
- 28.11.** Dr. med. Helling, Ruth
04157 Leipzig
- 29.11.** Dr. med. Wittig, Dagmar
01277 Dresden

84 Jahre

- 02.11.** Dr. med. Göpfert, Ursula
01219 Dresden
- 02.11.** Dr. med. habil. Martin, Hans
04288 Leipzig
- 03.11.** Dr. med. Jurczyk, Johannes
09669 Frankenberg
- 03.11.** Dr. med. Witthuhn, Margot
01900 Großröhrsdorf
- 05.11.** Dr. med. Müller, Ursula
01129 Dresden
- 07.11.** Rauschenbach, Barbara
04299 Leipzig

- 10.11.** Dr. med. Ufer, Christa
01219 Dresden
- 11.11.** Dr. med. Höse, Elisabeth
01307 Dresden
- 12.11.** Dipl.-Med.
Hartmann, Cordula
01326 Dresden
- 12.11.** Krohn, Renate
09573 Grünberg
- 20.11.** Dr. med. Parsch, Ingeborg
01445 Radebeul
- 27.11.** Dr. med.
Bindermann, Marianne
01067 Dresden
- 30.11.** Nossek, Annette
04275 Leipzig

85 Jahre

- 02.11.** Dr. med.
Endesfelder, Roland
09114 Chemnitz
- 03.11.** Dr. med. Böttger, Gerhard
09217 Burgstädt
- 03.11.** Dr. med. Gundlach, Helga
01445 Radebeul
- 05.11.** Dr. med. Dreffke, Fritz
08280 Aue
- 06.11.** Dr. med. Standau, Helga
04299 Leipzig
- 07.11.** Dr. med. Beckert, Annerose
01257 Dresden
- 20.11.** Dr. med. Friedrich, Ruthild
08371 Glauchau
- 25.11.** Dr. med. Haas, Sigrid
01097 Dresden
- 30.11.** Dr. med. Keil, Reinhard
04651 Bad Lausick

86 Jahre

- 01.11.** Prof. Dr. med. habil.
Behrendt, Wolfram
04299 Leipzig
- 04.11.** Dr. med. Dörre, Christa
08294 Löbnitz
- 09.11.** Dr. med. Künzel, Gunther
01877 Bischofswerda

- 09.11.** Schnabel, Irene
09405 Zschopau
- 11.11.** Prof. Dr. med. habil.
Müller, Martin
01324 Dresden
- 12.11.** Dr. med. Pfeffer, Klaus
01129 Dresden
- 13.11.** Prof. Dr. med. habil.
Müller, Jutta
04103 Leipzig
- 16.11.** Dr. med. Bulang, Eva
02625 Bautzen
- 17.11.** Dr. med. Conrad, Renate
01277 Dresden
- 22.11.** Dr. med. Hessel, Anni
04155 Leipzig
- 27.11.** Dr. med. Reinhold, Ursula
01217 Dresden
- 29.11.** Dr. med. Zimmermann, Betty
04229 Leipzig

87 Jahre

- 15.11.** Dr. med. Hoffmann, Günter
04779 Wermisdorf
- 15.11.** Dr. med. Neubert, Ruth
01705 Freital
- 16.11.** Dr. med. Matthes, Fredo
04720 Döbeln
- 24.11.** Külper, Dieter
01069 Dresden

88 Jahre

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

89 Jahre

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

90 Jahre

- 18.11. Dr. med. Gehrke, Günther
04328 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Naumann, Gisela
01069 Dresden

91 Jahre

- 07.11. Dr. med. Holm, Udo
04229 Leipzig

92 Jahre

- 29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz

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

94 Jahre

- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent.
Luczak, Johannes
04179 Leipzig

97 Jahre

- 15.11. Dr. med.
Kahleiss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen

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.

Redaktionsassistentz

Kristina Bischoff M.A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.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 Johne
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
E-Mail: john@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 – gegeben-
falls 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: ww.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

Erinnerung an den Pharmakologen Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Oelßner



Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Oelßner

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Oelßner wurde am 10. Oktober 1920 in Gröba, einem heutigen Ortsteil von Riesa/Sa. geboren. Das Abitur legte er 1939 an der Fürstenschule St. Augustin zu Grimma ab und nahm im Anschluss an den Arbeitsdienst am 1. Oktober 1939 das Medizinstudium in Leipzig auf. Nach der ärztlichen Vorprüfung 1941/1942 und vier Semestern klinischen Studiums wurde er zum Wehrdienst einberufen und kam in Gefangenschaft. Staatsexamen und Promotion 1946 in Hamburg sowie Habilitation 1953 in Leipzig unter Prof. Dr. med. Ludwig Lendle folgten.

Nach Gründung der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden übernahm Wolfgang Oelßner 1955 die Gestaltung des neu zu errichtenden Pharmakologischen Institutes. 1960 bis 1964 war er Rektor und von 1969 bis 1974 Prorektor für Wissenschaftsprog- nese.

Unter seiner Leitung erfolgte am Dresdner Institut neuropharmakologisch/toxikologische Forschung mit Metho-

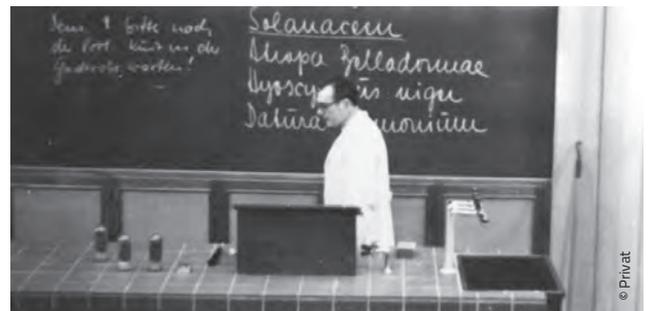
den der Verhaltensforschung, Elektro-physiologie und Biochemie. Die zentrale cholinerge Synapse stand im Mittelpunkt, etwa bei der Therapieopti- mierung des Morbus Parkinson, der cholinerg bedingten Hypothermie und der „analgetischen“ Wirkung zentral wirk- samer Cholinomimetika und wurde in die Hauptforschungsrichtung „Neuro- biologie und Hirnforschung“ im Programm Biowissenschaften der Akademie der Wissenschaften der DDR integriert.

Von seinen wissen- schaftlichen Mitarbei- tern verlangte er konze- ptionelle Eigeniniti- ative und erwartete auch von ihnen die ihm eigene selbstkri- tische Haltung und Genauigkeit im Detail. Um in einer Diskus- sion mit ihm zu beste- hen, musste man sehr gründlich vorbereitet sein. Vorbildlich war seine Gabe, komplizierte Zusam- menhänge mit wenigen Worten ver- ständlich und in sich schlüssig darzu- stellen. Damit setzte er Maßstäbe, die einzuhalten waren.

Wenngleich die vorwiegend neurowis- senschaftlich orientierte Forschung den weitaus größten Teil seiner Insti- tutsarbeit ausmachte, so legte er besonderen Wert auf Durchführung hervorragender Lehrveranstaltungen für Medizin- und Zahnmedizinuden- ten sowie auf Weiterbildung von Fach- ärzten für Pharmakologie. Bei der Erar- beitung seiner übersichtlich gegliederten und ständig aktualisierten Experimen- talvorlesung stützte er sich grund- sätzlich auf Originalpublikationen, mit denen er sich kritisch auseinander-

setzte. Eine einfache Übernahme von Lehrbuchinhalten lehnte er ab.

Hervorzuheben ist sein Einsatz bei der Etablierung der Klinischen Pharmako- logie und seine Initiative bei der Grün- dung des ersten Lehrstuhls für Klini- sche Pharmakologie Deutschlands in Dresden. Er selbst hatte bis 1973 den Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin-Lichtenberg inne und leitete



Die Dresdner Vorlesungen von Prof. Oelßner fanden im Hörsaal des Hygiene-Museums statt.

für die gesamte DDR die postgraduale Facharztweiterbildung.

1974 folgte Prof. Oelßner einem Ruf an die Humboldt-Universität Berlin. Er ge- staltete das Berliner Institut zu einer wissenschaftlich und methodisch leis- tungsfähigen Universitätseinrichtung mit einem konzentrierten neurowis- senschaftlichen Forschungsprofil und zur Leiteinrichtung der Forschungsrich- tung „Neurowissenschaftliche Grundla- gen endogener Psychosen“. Vor Antritt seiner Berliner Tätigkeit hatte er seine Vorlesung völlig neu erarbeitet.

Prof. Oelßner starb nach kurzer schwe- rerer Krankheit am 18. April 1983. Seine letzte Ruhe fand er in Ahrenshoop auf Fischland. ■

Prof. Dr. med. habil. Klaus Andreas, Dresden

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ralf Gahr

* 14. Juni 1952

† 2. August 2020

Mit großer Bestürzung haben wir die Nachricht vom Tod unseres Kollegen Prof. Dr. med. habil. Ralf Herbert Gahr erhalten, der am 2. August 2020 von uns gegangen ist. Prof. Gahr hat der Medizin über Jahrzehnte hinweg als leidenschaftlicher Unfallchirurg gedient und als Visionär viele Kollegen geprägt.

Prof. Dr. Ralf Gahr, geboren am 14. Juni 1952 in Dortmund, studierte von 1970 bis 1976 Humanmedizin in Köln und in London. Nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie am Städtischen Klinikum Dortmund spezialisierte er sich auf dem Gebiet der Unfallchirurgie und wurde 1986 zum Oberarzt an der Unfallklinik Dortmund ernannt.

Über Jahrzehnte war Prof. Gahr hoch engagiert dem Rettungsdienst verbunden, erst als Notarzt, später viele Jahre als Leitender Notarzt.

Im Jahr 1993 übernahm Prof. Gahr die Leitung der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig. Hier durften wir ihn als einen vor Taten drang und Visionen sprühenden Kollegen kennenlernen, der mit Energie, Fleiß und Ausdauer die Klinik erweiterte, modernisierte und als einer der ersten in Deutschland ein interdisziplinäres Traumazentrum ins Leben rief. Prof. Gahr leitete das Traumazentrum bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2016. Prof. Gahr war sein Berufsleben lang wissenschaftlich aktiv. 1997 habilitierte er sich an der Universität Leipzig. Im Jahr 2000 wurde ihm eine Ehrenpro-



Prof. Dr. med. habil. Ralf Gahr

fessur der Universität Skopje in Mazedonien verliehen und im Jahr 2008 wurde er zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Leipzig ernannt.

Er bereicherte die medizinische Wissenschaft als Herausgeber verschiedener Fachbücher, mit zahlreichen Buchbeiträgen, einer langen Reihe von Publikationen und über 500 Vorträgen auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen. Darüber hinaus war er Mitbegründer der PubMed-gelisteten Zeitschrift „GMS Interdisciplinary Plastic & Reconstructive Surgery DGPW“ im Jahre 2012 und war seitdem als Editor-in-Chief tätig.

Sein berufspolitisches Engagement war groß. So war er beispielhaft seit 2008 Vorstandsmitglied der DGPW, im Jahr 2010 Präsident dieser Gesellschaft und seit 2011 ihr Generalsekretär.

Prof. Gahr hat sich ein Berufsleben lang für die Belange der berufsgenossenschaftlichen Unfallversorgung eingesetzt. Als beratender Arzt und Gutachter war er hier ein gefragter Sachverständiger. Seine umfassende Erfahrung im Gutachtenwesen führte folgerichtig in die Gründung eines gefragten medizinischen Gutachteninstitutes.

Wichtig ist uns aber im Besonderen, auch den Menschen Prof. Gahr zu würdigen. Denn seine humanistische Bildung, sein Interesse für Kunst, Literatur und Musik, seine langjährige und erfolgreiche Karriere als Judoka, aber auch der Spaß an schönen und durchaus schnellen Autos sind untrennbar mit diesem humorvollen, interessanten und interessierten Gesprächspartner verbunden. Und für alle, die bei ihm ausgebildet worden sind oder mit ihm zusammengearbeitet haben, blieb er ein Leben lang ein verlässlicher und immer präsender Ansprechpartner und Berater.

Wir möchten seiner Frau, die ihm ein Leben lang zur Seite gestanden hat, und seinen Kindern, die beide erfolgreich eine medizinische Laufbahn eingeschlagen haben, unser Beileid aussprechen und wünschen Ihnen alles erdenklich Gute und viel Kraft. Und wenn es in der Trauer auch schwerfällt, sie können stolz auf das erfüllte Leben ihres Ehemannes und Vaters blicken. ■

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Mohamed Ghanem,
MBA, Leipzig
Prof. Dr. med. Christoph-Eckhard Heyde, Leipzig

Dr. Friedrich Moritz Heymann (1828 – 1870)

Reformer der Augenheilkunde im Königreich Sachsen und Freund von Albrecht von Graefe

Bereits 1999 rief die WHO als dauerhafte Kampagne die Mission „Vision 2020 – the right to sight“ ins Leben, das heißt gutes Sehen für jedermann durch Eliminierung der Hauptursachen vermeidbarer Erblindung. Das Jahr 2020 steht aber auch im Zeichen des großen Reformators der Augenheilkunde in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts: Albrecht von Graefe (1828 – 1870). Er war eine außergewöhnliche Persönlichkeit und 1857 der Gründer der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) in Heidelberg, der ältesten medizinischen Gesellschaft weltweit. Anlässlich seines 150. Todesjahres widmet ihm die DOG dieses Jahr in Berlin ein virtuelles medizinhistorisches Symposium [1]. Das gleiche Geburts- und Sterbejahr verbindet durch eine doppelte seltene Tragik den Reformator der Augen-

heilkunde im Königreich Sachsen: Dr. Friedrich Moritz Heymann. Er wurde am 24. Mai 1828 in Schneeberg im Erzgebirge geboren [2]. Sein Vater war zu dieser Zeit Oberpfarrer an der spätgotischen evangelischen Haltenkirche St. Wolfgang (Abb. 1). Bereits 1833 übersiedelte die Familie nach Dresden. Der Vater war zunächst Stadtprediger und ab 1838 Superintendent an der Kreuzkirche. Hier besuchte der Knabe den naturwissenschaftlichen Zweig der Kreuzschule von 1840 bis 1847. Danach studierte Heymann an der Universität in Leipzig von 1847 bis 1850 Medizin. Er wohnte in der Münzgasse, einer Nebenstraße vom Peterssteinweg. Im Mai 1850 wurde er in Leipzig mit einem Thema „Über Milztumoren“ mit „Censura prima“ promoviert [3].



Abb. 1: Schneeberg (Erzgebirge), Lithografie um 1830, Meister unbekannt

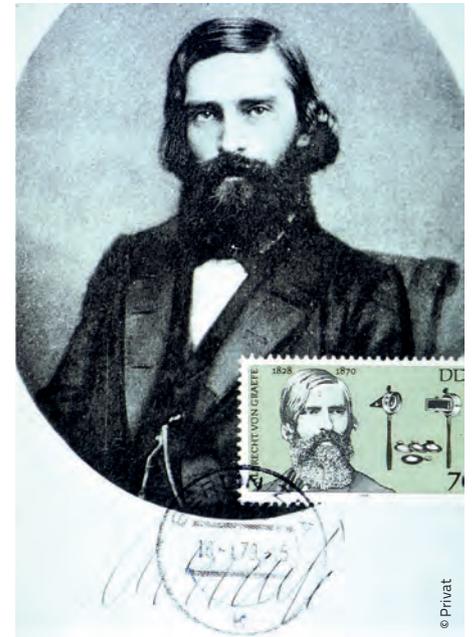


Abb. 2: Albrecht von Graefe, Porträt mit Briefmarke, DDR 1978

Wie es damals für junge bildungshungrige Ärzte üblich war, trat Heymann im Juli 1850 seine sogenannte „akademische Kavaliereisen“ nach Prag, Wien, Paris und London an. Schon im Sommer 1850 lernte er in Wien den bereits erwähnten gleichaltrigen Albrecht von Graefe kennen. Es entwickelte sich eine lebenslange Freundschaft [4, 5]. Durch den Einfluss von Graefe fand Heymann seinen weiteren beruflichen Weg zum Augenarzt und hospitierte 1851 einige Monate bei von Graefe in Berlin. Hier lernte Heymann den Schmalmesserschnitt zur Cataract-Operation und das Spiegeln des Augenhintergrundes. Der Augenspiegel wurde 1851 von Hermann von Helmholtz (1821 – 1894) kreiert und durch von Graefe propagiert (Abb. 2). So wurde die Augenheilkunde nun ein selbstständiges Fach in der Medizin [6].

Bereits 1851 erfolgte die Niederlassung Heymanns als Augenarzt in Dresden,



Abb. 3: Friedrich Moritz Heymann (1828 – 1870) aus J. Hirschberg, Reform der Augenheilkunde, § 1162, S. 207, Springer, Berlin 1918

1852 trat er in die Diakonissen-Anstalt als Hilfsarzt der Augen-Abteilung ein, wurde 1858 Oberarzt und 1859 deren leitender Augenarzt (Abb. 3). Damals verfügte das Hospital der Diakonissen-Anstalt Dresden über 50 Betten für Augenkranke, die Universität in Leipzig nur 31, dagegen befanden sich bei Albrecht von Graefe in Berlin 120 Betten [7]. Das Krankenhaus der Diakonissen war in dieser Epoche, als es noch keine staatliche Sozialfürsorge gab, eine große Hilfe für Unbemittelte und Arme. In Dresden erlebte Heymann nach Prof. Julius Hirschberg (1843 – 1925), in kurzer Zeit ein bedeutendes Arbeitsfeld: jährlich etwa 2.000 ambulante Patienten, von 1854 bis 1870 2.576 stationär behandelte Patienten, darunter 400 Star-Operationen. Heymann erstellte exakte Protokolle zu allen behandelten Patienten und veröffentlichte auch detailliert alle Operationen [8]. So hatte er bei 354 „Staar“-Operationen mit dem Schmalmesserschnitt nach Graefe (Abb. 4) nur 7,5 Prozent Misserfolge, die meisten Augenkliniken der deutschen Universitäten dagegen mehr [4]. Aus



Abb. 4: Starschnittmethoden bis von Graefe 1864

heutiger Sicht muss vermerkt werden, dass sich dieser sogenannte Graefeschnitt in den Händen der Ophthalmochirurgen bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts bewährt hat! Wir finden in einem eigenen Kapitel bei Hirschberg (1914) – dem Geschichtsschreiber der Augenheilkunde – welcher Heymann noch gut gekannt hat, dass „Heymann den heutigen Fachgenossen aus dem Gedächtnis verschwunden ist, aber während der Reformzeit die Augenheilkunde mit großem Erfolge vertreten und Wichtiges geleistet hat“. So war Heymann wissenschaftlich sehr fleißig und erfolgreich. Das beweisen seine 24 Publikationen [4]. Bereits 1853 hatte die Königlich-Belgische Akademie der Medizin eine Preisaufgabe über den Einfluss verschiedener Nerven auf die Bewegungen von Iris und Pupille gestellt. Heymann gewann die Goldmedaille durch eine Abhandlung in Latein. Es folgten zwei Veröffentlichungen in der Prager Vierteljahresschrift, danach sieben Beiträge über Erkrankungen von Netzhaut und Aderhaut in von Graefes Archiv für Ophthalmologie. Darunter war die erstmalige Beschreibung der Funduspathologie mit Amaurose bei Nierenleiden (Brightsche Krankheit). Auch in den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde erfolgten fünf Publikationen, unter anderem Glaukom bei Aphakie. Interessant ist, dass in einer Festschrift zum 50-jährigen Doktor-Jubi-

läum von Carl Gustav Carus (1789 – 1869) im Jahre 1861 Heymann mit einer Kasuistik vertreten war. Auch drei Monografien sind von Heymann bekannt. Die wertvollste war wohl „Die Autoskopie des Auges“, erschienen 1863. Das Auto-Ophthalmoskop wurde in Dresden von der Firma Stöhrer gebaut und im fundamentalen Werk „Der Augenspiegel“ 1996 gewürdigt [9]. Als Augenarzt war Heymann auch Mitglied der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Der leicht kränkelnde Heymann verstarb im 43. Lebensjahr an einer Meningitis am 21. Oktober 1870, drei Monate nach seinem Freund von Graefe. Wenn Albrecht von Graefe in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts als der große Reformator der Augenheilkunde allgemein gilt, so ist Friedrich Moritz Heymann als sein kleines Double in Dresden und Reformator unseres Faches im Königreich Sachsen von 1851 bis 1870 anzusehen.

Danksagung

Der Autor bedankt sich für die freundliche Unterstützung schon 2016 beim Verwaltungsdirektor, Dr. Matthias Schröter, und der Öffentlichkeitsreferentin, Frau B. Mutzek, vom Diakonissenkrankenhaus Dresden. ■

Literatur beim Autor

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne, Schneeberg

Kunst & Heilkunst

Kuratorinnenwechsel bei der Sächsischen Landesärztekammer



Dr. sc. phil. Ingrid Koch (v.) und Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil

Die Kuratorin der Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. sc. phil. Ingrid Koch, scheidet nach 20 Jahren erfolgreicher Tätigkeit aus. Frau Koch ist eine ausgewiesene Größe des kulturellen Lebens in der sächsischen Landeshauptstadt. Seit Jahrzehnten entdeckt und begleitet die studierte Philosophin und Publizistin mit wachem Interesse Künstler, besucht deren Ateliers, beobachtet ihre Entwicklung und verfasst fundierte Beiträge in Büchern, Zeitschriften und der Tagespresse. Dem Dresdener und auswärtigen Kunstpublikum ist sie als

gesuchte Rednerin für Ausstellungseröffnungen bekannt. Eines ihrer bedeutendsten Tätigungsfelder war bis vor kurzem das Kuratieren der Ausstellungen im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer. Mit Sorgfalt gegenüber den Künstlern wie gegenüber den Intentionen des Vorstands der Sächsischen Landesärztekammer entwickelte sie seit dem Jahr 1999 ein anspruchsvolles Ausstellungsprogramm.

Überzeugt von der Lebensnotwendigkeit der Kunst und ausgehend von deren Vermögen, die Betrachter aus ihren Alltagsgeschäften zu entführen, Alternativen für vertraute Wahrnehmungsmuster oder herkömmliche Schönheitsvorstellungen anzubieten, setzte sie sich mit Erfahrung, mit Geduld und Beharrungsvermögen für „ihre“ Künstler und deren Arbeiten ein. Dies fand seinen Niederschlag auch in einem insbesondere von ihr verfassten Bestandsverzeichnis der verschiedenen Werke.

Geleitet von einem unbestechlichen Blick, ließ sie gegenständliche und konstruktive, expressive und lyrische Bildwelten, farbsatte Malerei, Collagen, Zeichnungen und druckgrafische Werke

aufeinander folgen. Dass die Räume der Sächsischen Landesärztekammer heute als bedeutende Ausstellungsorte geschätzt werden, in denen sächsische Künstler von Rang und Namen gern ausstellen, ist nicht zuletzt Ingrid Kochs großes Verdienst, für das die Sächsische Landesärztekammer ihr herzlich dankt!

Indem Ingrid Koch die Kunstentwicklung der letzten 20 Jahre begleitete und lebenden Künstlern ein Podium und dem Publikum Anlässe für immer neue Wahrnehmungsweisen, für genaues Hinsehen, Vergnügen und das Schärfen des ästhetischen Verstandes bot, hat sie Maßstäbe gesetzt.

Auch ihre Nachfolge plante Dr. Ingrid Koch mit Umsicht und übergab den Staffelstab nun an Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil. Die Dresdener Kunsthistorikerin promovierte zur Landschaftsmalerei in Sachsen im 18. Jahrhundert und wirkte an zahlreichen Forschungsvorhaben, Ausstellungen und Katalogen mit. Sie verfasste mehrere Werkmonografien zu Künstlern des 18. Jahrhunderts, publizierte zu Künstlern des 20. Jahrhunderts und hält Vorträge und Eröffnungsreden zu Ausstellungen von Gegenwartskunst. ■

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Hans-Ulrich Wutzler

Fremdkörper

Hans-Ulrich Wutzler (*1964) ist ein Sammler: Neben realen Fundstücken für Assemblagen oder in Fotografien festgehaltenen Strukturen sammelt er Eindrücke, die ästhetische Essenz von Formen und Materialoberflächen.

Aus ihren erwartbaren Zusammenhängen versetzt er beispielsweise Gestelle, Röhren, Stangen, Treppen oder Gitter, die jeweils eine konkrete Funktionalität nahelegen, in seine Bildwelten. Mit sachlicher Präzision gibt er darin technische oder organisch schwellende Formen, Flächen oder herabhängende Stoffe von anscheinend haptischer Qualität wieder. Vereinzelt vor Farbflächen gesetzt und in malerische Strukturen neu zusammengefügt, erzeugen die Gerätschaften in ihrer scheinbaren Dreidimensionalität eigene Bildräume. Anfangs steht noch nicht fest, was sich auf der Leinwand ereignen, welche Fremdkörper nach dem Willen des Gemäldes Gestalt annehmen werden. Im Prozess des Malens, Übermalens und des Reagierens auf das bereits Entstandene konstruiert der Künstler ein Bild, bis es ihm auch zu einem Bild im übertragenen Sinn verfestigt erscheint. Ein Bild wofür?

In ihrer Bedeutungsoffenheit bedeuten Wutzlers Werke für den Betrachter Faszinosum und Herausforderung zugleich: Fremd stehen die auf Tischen und Tüchern präsentierten oder die zugedeckten und verschnürten, die gekippten und verbogenen, die lastenden oder in die Breite lappenden Körper im

Bildraum. Als nicht eindeutig identifizierbare, „gemalte Skulpturen“ drängen sie aus der Bildebene hervor. Dabei geht mit ihrer Dinglichkeit zugleich die Dringlichkeit einher, sie wahrzunehmen und zu deuten. Anknüpfend an vertraute Formen, sind sie unvertraut. Von sinnlicher Anmutung, erscheinen sie unsinnig. Somit wirken sie als eine produktive Zumutung für den sinnsuchenden Blick des Betrachters.

Bei allem gezielt ausgelösten Befremden setzt der Maler durchaus nicht künstlerische Gesetzmäßigkeiten außer Kraft. Vielmehr bezieht er sich ausdrücklich auf tradierte Kompositionsgesetze mit eindeutigem Oben und Unten, der Abgrenzung der Bildwelten gegen die Bildränder, einer Durchdringung von Vorn und Hinten in den Gemälden. In diesem Zusammenhang ist es nicht verwunderlich, dass er Altmeister der Kunstgeschichte wie die Künstler der Dürer-Zeit, Jan Vermeer van Delft oder Diego Velasquez zu seinen Vorbildern zählt.

Aus Lichtenstein im Erzgebirge stammend, studierte er an der Dresdner Hochschule für Bildende Kunst unter anderem bei Siegfried Klotz und Günter Horlbeck Malerei. Seitdem führen ihn seine malerischen Untersuchungen in Ausstellungen wie „Habitable Zone“, „Texturen“ oder „Sollbruch“ und nun „Fremdkörper“ in immer neue Räume des Darstellbaren. ■

Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil



Hans Ulrich Wutzler, Stasis, 2019. Öl auf Leinwand, 90 x 70 cm. Besitz des Künstlers.

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

22. Oktober 2020 bis 17. Januar 2021, montags bis donnerstags 9.00 bis 18.00 Uhr, freitags 9.00 bis 16.00 Uhr, (Informationen über aktuelle Einlassbestimmungen finden Sie unter www.slaek.de)