



Ärzteblatt Sachsen

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

© Shutterstock/Peter Lee



NEUE LEITLINIEN BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Lesen Sie auf Seite 14

Dyspnoe nach
COVID-19

5

COVID-19:
Nur eine Grippe oder
doch mehr?

8

Neuer Tarifabschluss
für MFA

25

Inhalt



COVID-19: Nur eine Grippe
oder doch mehr?
Seite 8



Kontraindikationen der neuen
mRNA-Impfstoffe
Seite 13



Neuer Tarifabschluss für MFA
Seite 25

EDITORIAL	▪ Vertrauenskrise	4
CORONA-PANDEMIE	▪ Persistierende Dyspnoe nach COVID-19: Vorschläge zur hausärztlichen Nachsorge	5
	▪ COVID-19: Nur eine Grippe oder doch mehr?	8
	▪ Kontraindikationen der neuen mRNA-Impfstoffe ...	13
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Neue Leitlinien bei Kindeswohlgefährdung	14
	▪ Kinder- und Jugendärzte leisten mit CrescNet-Monitoring einen wichtigen Beitrag für Public Health	19
	▪ Sachsen fördert Alltagsbegleiter für Senioren und unterstützt Pflegebedürftige	23
	▪ Qualitätssicherung Hämotherapie 2019	24
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Neuer Tarifabschluss für MFA	25
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ...	26
PERSONALIA	▪ Jubilare im März 2021	29
	▪ In memoriam Dr. med. Martin Rosenkranz	32
	▪ Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel ...	33
	▪ Abgeschlossene Habilitationsverfahren	34
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – April 2021	



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler

Vertrauenskrise

Heute saß mir eine bereits betagte Patientin in der Sprechstunde zur Zweitmeinung gegenüber. Sie fragte, ob denn bei ihrer bisherigen Tumorbehandlung alles richtig gemacht wurde, ob es Alternativen gab oder gibt und ob sie sich gegen das Virus impfen lassen sollte.

Ich antwortete, dass sie nach meiner Überzeugung eine leitlinienkonforme Behandlung ihrer schwerwiegenden Erkrankung erhalten hatte und empfahl ihr auch dringend die Impfung. Abschließend sagte ich ihr, dass für den Behandlungserfolg Vertrauen ganz wichtig sei und es keinerlei Gründe gäbe, dieses Vertrauen ihren bislang behandelnden Ärzten zu entziehen.

Warum beginne ich mit diesem Beispiel aus unserer alltäglichen Praxis? Ich bin davon überzeugt, dass Vertrauen nicht nur in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung, sondern für das Funktionieren einer Gesellschaft insgesamt von immenser Bedeutung ist. Bei Wikipedia wird Vertrauen als subjektive Überzeugung von der Richtigkeit von Handlungen, der Wahrheit von Einsichten und Aussagen beziehungsweise der Redlichkeit von Personen definiert. Nach meinem Erleben haben wir es in den letzten Jahren mit einem zunehmenden Vertrauensverlust gegenüber staatlichen Institutionen, der Politik insgesamt, aber auch gegenüber unserer Selbstverwaltung, sogar der Wissenschaft zu tun. Die aktuelle Naturkatastrophe verdeutlicht das in besonderem Maße. Wie ist das zu erklären? Einen wesentlichen Grund sehe ich in der uns regelmäßig überfordernden Fülle sich widersprechender Informationen und Meinungen – eine Unterscheidung

von Wahrheit und Dichtung (Fake News) ist für den Einzelnen kaum noch möglich. Eindrückliches Beispiel sind die widerstreitenden Ansichten der zahlreichen Virologen, Infektiologen, Epidemiologen und letztlich auch Entscheider aus der Politik im Verlaufe der Pandemie. Der Föderalismus und die Unfähigkeit, über die profilierungsgetriggerte Kleinstaaterei hinaus zu einheitlichen Vorgehensweisen bei nahezu identischen Ausgangsbedingungen zu finden, tragen darüber hinaus zur Verunsicherung bei. Hilfreicher wäre dagegen, das Krisenmanagement der letzten Monate zu hinterfragen und in Zukunft zu verbessern. Es gab und gibt zu viele Parallelstrukturen, Krisenstäbe und „Entscheider“.

Vertrauensverlust infolge des Nichtverstehens eingeleiteter Maßnahmen oder deren Widersprüchlichkeit fördert „Querdenken“ mit wahnhaften Verzerrungen der Wirklichkeit. Wen wundert's, wenn über soziale Netzwerke gefährliche Verschwörungsmymen kursieren. Leider gibt es nicht wenige Querdenker bis hin zu entschiedenen Impfgegnern auch in Weiß. Wie geschichtsvergessen oder -ignorant muss man eigentlich sein, wenn man den Mund-Nasen-Schutz als Grundrechtsgefährdung bezeichnet und Parallelen zur menschenverachtenden und grausamen Ächtung jüdischer Mitbürger während der Nazizeit zieht? Das ist nicht mehr zu tolerieren.

Wir werden dieses Virus in einigen Monaten im Ergebnis der zunehmenden Impfstoffbereitstellung zurückdrängen und schrittweise zur Normalität finden. Um dies zu erreichen, müssen die niedergelassenen Ärzte, neben den Impfzentren und mobilen Impfteams, miteinbezogen werden. Die Impfstoffentwicklung in historisch kurzer Zeit ist eine nicht hoch genug zu bewertende Erfolgsgeschichte und ich bin überzeugt, dass die berechtigte Debatte um Organisationsdefizite beim Impfbeginn und die anfänglich begrenzte Verfügbarkeit ausreichender Impfstoffmengen in Zukunft keine Rolle mehr spielen dürfte. Wir sollten gemeinsam als Ärzteschaft unser Hauptaugenmerk darauf richten, irrationalen Bedenken gegen das Impfen aufgrund vermeintlicher Nebenwirkungen und nicht absehbarer Spätfolgen zu begegnen. Ermüdende Diskussionen zur Impfpflicht für Pflegekräfte und eine mögliche Besserstellung bereits Geimpfter führen nicht weiter. Es obliegt uns Ärzten selbst, nicht nur wie in der eingangs dargestellten individuellen Arzt-Patienten-Beziehung, sondern weit darüber hinaus, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen, um einen Beitrag zur Vertrauensbildung zu leisten. ■

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vizepräsident

Persistierende Dyspnoe nach COVID-19: Vorschläge zur hausärztlichen Nachsorge

M. Kolditz¹, J. Beyer-Westendorf², S. v. Bonin³,
D. Koschel⁴

Vorbemerkung

Aktuelle Studiendaten demonstrieren bei einem relevanten Anteil an Patienten mit COVID-19 eine prolongierte beziehungsweise persistierende Symptomatik, welche über Wochen bis Monate anhalten kann und nicht immer mit dem Schweregrad der initialen Infektion assoziiert ist („Long-COVID“). Das Spektrum der Symptomatik ist dabei außerordentlich vielfältig, zahlenmäßig deutlich im Vordergrund stehen jedoch persistierende Belastungsdyspnoe und Symptome chronischer Erschöpfung. Eine einheitliche Nomenklatur und zeitliche sowie inhaltliche Definitionen des Beschwerdebildes existieren bisher nicht.

Belastbare wissenschaftliche Daten zu Ausprägung, Risikofaktoren, Prognose und Management dieser Post-COVID-19-Beschwerden sind noch nicht vorhanden. Aktuelle Leitlinien geben folgerichtig keine detaillierten Empfehlungen zum Management von Patienten mit persistierenden Beschwerden nach COVID-19-Infektion [1, 2]: Von der S2k-Leitlinie zur stationären Therapie von

COVID-19 (Stand 23. November 2020) wird lediglich eine Nachuntersuchung bezüglich Langzeitfolgen innerhalb von acht bis zwölf Wochen ohne nähere Spezifizierung empfohlen, die aktuelle DEGAM-Empfehlung (Stand: 23. Dezember 2020) berücksichtigt das Thema derzeit gar nicht.

Die Autoren des vorliegenden Artikels versuchen daher, auf Basis der aktuellen Daten und persönlichen Erfahrungen aus pneumologischer, kardiologischer und hämostaseologischer Sicht Vorschläge zum Management von Patienten mit persistierender Dyspnoe (definiert als zum Beispiel fehlende Besserung nach Entlassung aus dem Krankenhaus beziehungsweise Persistenz > 3–4 Wochen nach Symptombeginn bei milder Erkrankung) in der hausärztlichen Praxis zu geben, welche dem Stand Ende Dezember 2020 entsprechen. Das aktuelle Papier sollte dabei nicht als Leitlinie missverstanden werden, und es versucht auch nicht, den vollen Umfang möglicher persistierender Beschwerden nach COVID-19 abzubilden. Auch wird nicht das Management von Dyspnoe im Rahmen der akuten Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus besprochen. Hierzu wird auf entsprechende Leitlinien [1, 2] verwiesen.

Häufigkeit und mögliche Bedeutung persistierender Dyspnoe nach COVID-19

Persistierende Symptome sind auch nach einer bakteriellen ambulant-erworbenen Pneumonie häufig. Dies gerät in der aktuellen Diskussion leicht in Vergessenheit. So ist bekannt, dass etwa 85 Prozent der Patienten mit einer stationär behandelten Pneumonie 30 Tage nach Entlassung aus dem

Krankenhaus noch Einschränkungen beklagen (47 Prozent Husten oder Luftnot; 73 Prozent allgemeine Schwäche). Bis zum Wiedererreichen des Gesundheitszustands, der vor der Pneumonie vorlag, vergehen teils bis zu sechs Monate [3, 4]. Dazu kommt, dass nach bakteriellen und viralen Pneumonien häufig akute Dekompensationen vorbestehender chronischer pulmonaler, aber auch kardialer Erkrankungen bis hin zum akuten Koronarsyndrom auftreten, die mit einem erhöhten poststationären Letalitätsrisiko assoziiert sind [5–7]. Diese Aspekte sollten daher in der Nachsorge von COVID-19 wie auch aller anderen Atemwegsinfektionen stets berücksichtigt werden.

Besonders an der aktuellen COVID-19-Situation ist aber, dass die oft noch länger bestehenden persistierenden Symptome (insbesondere Belastungsdyspnoe) Ausdruck von durch SARS-CoV-2 getriggerten persistierenden oder sogar progredienten interstitiellen Lungenveränderungen sowie thromboembolischen Komplikationen sein können, was von besonderer Bedeutung für die Nachsorge ist.

Für COVID-19-Patienten nach stationärer Behandlung (davon circa 20 Prozent auf ITS) zeigen drei prospektive Studien aus Italien, Österreich beziehungsweise Norwegen in Nachfolgeuntersuchungen persistierende Symptome (vor allem Fatigue und Belastungsdyspnoe) bei etwa 75 Prozent der Patienten nach zwei und bei etwa 50 Prozent der Patienten nach drei Monaten, häufig verbunden mit persistierenden Milchglasinfiltraten im CT. In Relation zur Symptomatik eher selten ließen sich dagegen Einschränkungen in der Lungenfunktion nachweisen: Jeweils etwa 20 Prozent der Patienten zeigen eine per-

¹ Bereich Pneumologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

² Bereich Hämostaseologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

³ Bereich Notfallmedizin und Kardiologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

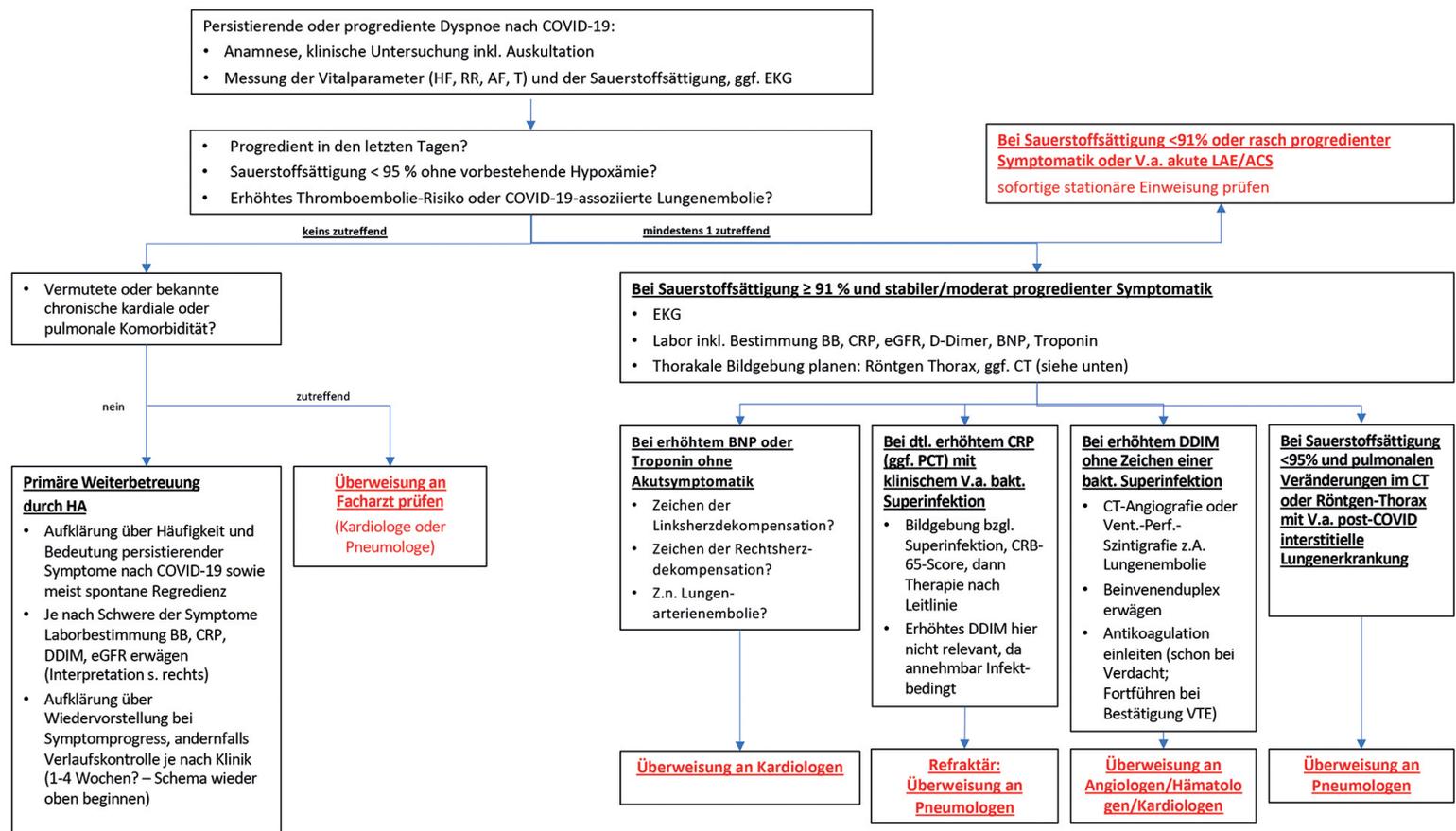
⁴ Bereich Pneumologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden und Abteilung Innere Medizin und Pneumologie, Fachkrankenhaus Coswig

sistierende restriktive Ventilationsstörung beziehungsweise eine eingeschränkte Diffusionskapazität [8–10]. Etwas günstiger scheint der Verlauf bei ambulant behandelter COVID-19-Erkrankung zu sein. Eine große britische Online-Erhebung fand bei zehn Prozent der ambulant behandelten Patienten mit leichter Erkrankung noch Symptome nach drei Wochen. In einer Erhebung aus den USA hatten 35 Prozent mild erkrankter ambulanter Patienten nach zwei bis drei Wochen noch nicht wieder ihren vorherigen Gesundheitszustand erreicht [11, 12]. Auf der anderen Seite zeigte eine MRT-Studie des Herzens bei 78 Prozent von überwiegend ambulant behandelten COVID-19-Patienten nach im Mittel 71 Tagen nach initialer Diagnose eine myokardiale Mitbeteiligung, allerdings ist der klinische Stellenwert dieser Befunde unklar [13].

Thromboembolische Ereignisse sind häufige Komplikationen bei stationär behandelten Patienten mit COVID-19 (circa fünf Prozent auf Normalstation und 31 Prozent auf Intensivstation) [14]. Daten zu ambulanten Patienten mit COVID-19 beziehungsweise zur Dauer eines persistierend erhöhten Risikos nach stationärer Entlassung liegen bisher nicht vor. Es muss jedoch insbesondere bei Risikopatienten (erhöhte D-Dimere, frühere VTE, Malignom, BMI > 40, Schwangerschaft, Thrombophilie, schwere COVID-19-Erkrankung) von einer persistierenden Gefahr ausgegangen werden. So werden immer wieder auch Fälle von schweren venösen Thromboembolien, Myokardinfarkten und ischämischen Schlaganfällen (teils trotz eskalierter Heparinprophylaxe) in der Post-COVID-Phase berichtet.

Es lassen sich für die hausärztliche Nachsorge nach COVID-19 derzeit folgende Aspekte ableiten:

- Die Mehrzahl stationär behandelter Patienten leidet zwei bis drei Monate nach COVID-19 noch an persistierender Symptomatik, ambulant behandelte Patienten scheinen hiervon seltener betroffen, können aber ebenfalls prolongierte Symptome aufweisen.
- Belastungsdyspnoe und chronische Erschöpfung sind die dominierenden Beschwerden.
- Der Anteil von Patienten mit persistierenden Beschwerden nimmt im weiteren Verlauf (> 3 Monate) deutlich ab.
- Die Beschwerden sind teils, aber nicht immer mit einer pathologischen Lungenfunktion oder persistierenden CT-Veränderungen assoziiert.



Vorschlag für ein Management-Schema von Post-COVID-19-Beschwerden

- Die Beschwerden sind dagegen nicht immer mit dem Schweregrad der initialen Erkrankung von COVID-19 korreliert.
- Mit COVID-19 assoziierte interstitielle Lungenerkrankungen können auftreten und bedürfen dann einer pneumologischen Diagnostik und Therapie. Häufigkeit und Bedeutung sind jedoch aktuell unklar.
- Es besteht wahrscheinlich auch im Verlauf nach stationärer Entlassung beziehungsweise unter ambulanter Therapie ein erhöhtes Risiko thromboembolischer Komplikationen, dessen Zeitdauer derzeit noch nicht näher bestimmbar ist.
- Generell sollte nach COVID-19 wie auch nach allen anderen respiratorischen Infektionen auf das erhöhte Risiko akut dekompensierender (insbesondere kardialer) Komorbiditäten geachtet werden.
- Aufklären des Patienten über die oben genannten Aspekte und die hohe Frequenz persistierender Symptome nach COVID-19 sowie deren wahrscheinlich spontane Besserung im Verlauf.

Hieraus kann als Vorschlag das Management-Schema abgeleitet werden (siehe Abb. Seite 6).

Dieser Algorithmus kann nicht die persönliche ärztliche Evaluation von Dyspnoe entsprechend aktueller kardiologischer und pneumologischer Leitlinien ersetzen, sondern soll die Evaluation der Dyspnoe im Kontext einer kürzlichen COVID-19-Erkrankung erweitern.

Aktuell bereits laufende nationale und internationale systematische wissenschaftliche Datenaufarbeitungen zur Nachsorge nach COVID-19 werden helfen, diese Vorschläge in hoffentlich absehbarer Zeit auf der Basis einer breiteren Evidenz zu aktualisieren und konkretisieren. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Priv.-Doz. Dr. med. Martin Kolditz
Abteilung Pneumologie
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Martin.Kolditz@uniklinikum-dresden.de

Vorschlag zum Management persistierender Dyspnoe nach COVID-19 in der hausärztlichen Praxis

Folgende zentrale Aspekte sind beim Management von persistierender Dyspnoe nach COVID-19-Erkrankung aus Sicht der Autoren zu berücksichtigen:

- Klinische Untersuchung, Oxygenierungsmessung, anamnestische Evaluation relevanter Komorbiditäten, anamnestische Abklärung eines erhöhten Thromboembolierisikos sowie bei höherem Alter oder kardiovaskulärer Komorbidität EKG bei allen Patienten nach COVID-19.
- Rasche Identifikation akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen (vor allem thromboembolische Komplikationen und/oder akut dekompensierte vorbestehende kardio-pulmonale Komorbiditäten).
- Detektion von Patienten mit einer mit COVID-19 assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung zur Überweisung zum Pneumologen.

COVID-19: Nur eine Grippe oder doch mehr?

Ein Charakteristikum einer neu aufgetretenen Infektionserkrankung wie COVID-19 ist, dass die Risiken dieser Erkrankung (noch) nicht schlüssig genug abschätzbar sind. Trotz einer explosionsartigen Fülle an wissenschaftlicher Literatur zu diesem Thema seit Ausbruch des Infektionsgeschehens vor einem Jahr sind die bis heute verfügbaren Daten mit erheblichen Unsicherheiten verbunden, die mit der Vollständigkeit und Validität der Daten zu tun haben.

Eines der prägnantesten Beispiele für diese Unsicherheit ist die Abschätzung der Sterblichkeit. Bei Ausbruch eines akuten Infektionsgeschehens erfolgt die Schätzung der Sterblichkeit über den Fall-Verstorbenen-Anteil (kumulierte Anzahl der Verstorbenen dividiert durch die kumulierte Anzahl von labor-diagnostisch bestätigenden Fälle zu einem bestimmten Zeitpunkt). Die Fallsterblichkeit ist vor allem eine Funktion des Nenners, also der Anzahl der getesteten Personen. Die Anzahl der getesteten Personen ist jedoch keine Konstante, sondern kann erheblich variieren. Sie hängt im Wesentlichen von politischen Regularien, den Zugängen zum Gesundheitssystem, Indikationspräferenzen von Ärzten, wirtschaftlichen Überlegungen, Testressourcen oder auch teilweise von methodischen Überlegungen ab (zum Beispiel Vorhersagewert eines Tests in Abhängigkeit der Infizierten-Prävalenz), wie wir das im Kontext der COVID-19-Pandemie eindrucksvoll erfahren konnten. In der Regel werden symptomatische und schwere Fälle häufiger getestet als asymptomatische oder milde Fälle, insbesondere zu Beginn einer Pandemie. Dies führt zu einer Überschätzung der



Die Zahl der Testungen hat großen Einfluss auf die Berechnung der Fallsterblichkeit.

Fallsterblichkeit. Umgekehrt könnte jedoch ein nicht zu unterschätzender Anteil der in Alten- und Pflegeheimen Verstorbenen ungetestet bleiben. Aber auch der Zähler, die Erfassung der Todesfälle, birgt möglicherweise Tücken. Zurzeit fließen alle Todesfälle, die mit COVID-19 assoziiert sind, mit in die Statistik ein. Dies führt zu einer Überschätzung von COVID-19 als Todesursache. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, unter Bezug auf 154 Obduktionen, die deutschlandweit an verstorbenen COVID-19-Patienten vorgenommen wurden, sterbe jedoch der Großteil nicht „mit“, sondern „an“ Corona. Dieser Anteil wird auf über 80 Prozent geschätzt [1]. Des Weiteren „laufen“ die Todesfälle den Erkrankungsfällen bei COVID-19 zeitlich im Mittel etwa 14 Tage hinterher, so dass der Fall-Verstorbenen-Anteil unterschätzt wird, da sowohl die Erkrankungs- wie die Todesfälle auf den selben Zeitpunkt bezogen werden (siehe

Definition). Die zeitliche Verzögerung kann jedoch modelliert werden. In der wissenschaftlichen Kommunikation spricht man daher besser vom rohen beziehungsweise verzögerungsbereinigten Fall-Verstorbenen-Anteil (time-delay adjusted case fatality ratio). Summa summarum ist die Fallsterblichkeit durch die Vielzahl an Verzerrungsmöglichkeiten wohl als der unsicherste Indikator zur Einschätzung der Sterblichkeit zu bewerten.

Will man eine verzerrungsfreie Schätzung der COVID-19-Sterblichkeit erhalten, ist das gesamte Spektrum an infizierten Fällen zu betrachten. Dies führt zur Berechnung des Infizierten-Verstorbenen-Anteils (Verstorbene dividiert durch alle Infizierte). Die Infektionssterblichkeit wird entweder durch Modellierungsannahmen oder durch die Bestimmung von SARS-CoV-2-Antikörpern in repräsentativen Stichproben, sogenannten Serosurveys, ge-

schätzt. Im Idealfall basiert sie jedoch sowohl auf einem Antigentest (PCR-Test) als auch auf einem virusspezifischen Antikörpertest, um akute und stattgefunden Infektionsfälle erfassen zu können. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die sogenannte Heinsberg-Studie [2].

Die SARS-CoV-2-Infektionssterblichkeit lag in der ersten Welle der Pandemie (März, April 2020) in Deutschland auf der Basis weniger Serosurveys zwischen 0,4 Prozent (Gangelt; Heinsberg-Studie) [2] und 0,8 Prozent (München; KoCo19) [3]. In Spanien erreichte sie auf der Basis eines national repräsentativen Serosurveys einen Wert von 0,8 Prozent [4]. In einer Meta-Analyse, in

die 24 Studien aus verschiedenen Regionen der Welt einfließen, lag die durchschnittliche globale SARS-CoV-2-Infektionssterblichkeit in der ersten Pandemiewelle bei 0,7 Prozent [5]. In einer noch umfangreicheren Meta-Analyse mit 61 Studien lag sie jedoch deutlich niedriger bei 0,3 Prozent [6]. In beiden Metaanalysen zeigte sich eine deutliche Heterogenität der Ergebnisse (0,1 bis 1,3 Prozent [5] beziehungsweise 0,0 bis 1,5 Prozent [6]), die von den Autoren insbesondere mit der Altersstruktur und dem Casemix (Komorbidität) der Bevölkerungen in Verbindung gebracht wurde. Beide Annahmen konnten in zwei Metaanalysen bestätigt werden [7, 8].

Eine möglichst genaue Schätzung der Infektionssterblichkeit kann für die Prognose von zu erwartenden Todesfällen am Beginn einer Pandemie von hoher gesellschaftlicher Relevanz sein, insbesondere dann, wenn über einen längeren Zeitabschnitt, etwa über Jahre hinweg, keine effektiven Gegenmaßnahmen wie Impfungen, Behandlungs- oder Präventionsmaßnahmen zur Verfügung stehen beziehungsweise zu erwarten sind. Unter einer sehr konservativen Annahme, dass die (wahre) SARS-CoV-2 Infektionssterblichkeit in Deutschland bei 0,5 Prozent liegt und die Ansteckungsrate für SARS-CoV-2 bei Nicht-Verfügbarkeit effektiver Gegenmaßnahmen 2,5 beträgt (Basisreproduktionszahl R_0), wäre bezogen auf

Anzeige

EINLADUNG

**Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus**
DIE DRESDNER.



8. Dresdner Symposium „Aktuelles aus der Frauenheilkunde“ Samstag, 13. März 2021

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. Pauline Wimberger



- Wichtiges aus der gynäkologischen Onkologie und Senologie
- Familiäres Risiko: Was sollte man wissen?
- Aktuelles und praxisrelevantes aus der Geburtshilfe
- Endometriose: Langzeit- und Alternativtherapien

www.dfhk.de

Virtuell

Zertifiziert von der Sächsischen Landesärztekammer mit 7 CME-Punkten

die deutsche Bevölkerung (circa 83,5 Millionen Personen) bis zur Erreichung der Herdenimmunitätsschwelle ($1-1/R_0 = 0,6$) mit mindestens 249.000 Todesfällen zu rechnen ($0,005 \cdot 83.500 \cdot 0,6 = 249.000$).

Trotz aller methodischen Probleme, was die Schätzung der Fallsterblichkeitsstatistik betrifft, ist diese Statistik ein erster und wichtiger Indikator sowohl zur Beschreibung eines akuten Infektionsgeschehens als auch zur Grobbeurteilung der Effektivität eingeleiteter Interventionsmaßnahmen. Insbesondere Analysen in kurzen und längeren Zeitabschnitten einer Pandemie (täglich, einmal pro Woche beziehungsweise einmal im Monat) können auf mögliche Probleme im Zugang zur Gesundheitsversorgung oder in der Qualität der Gesundheitsversorgung hinweisen, während stratifizierte Analysen erste Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit, wie Alter, Geschlecht oder Komorbidität, geben können [9].

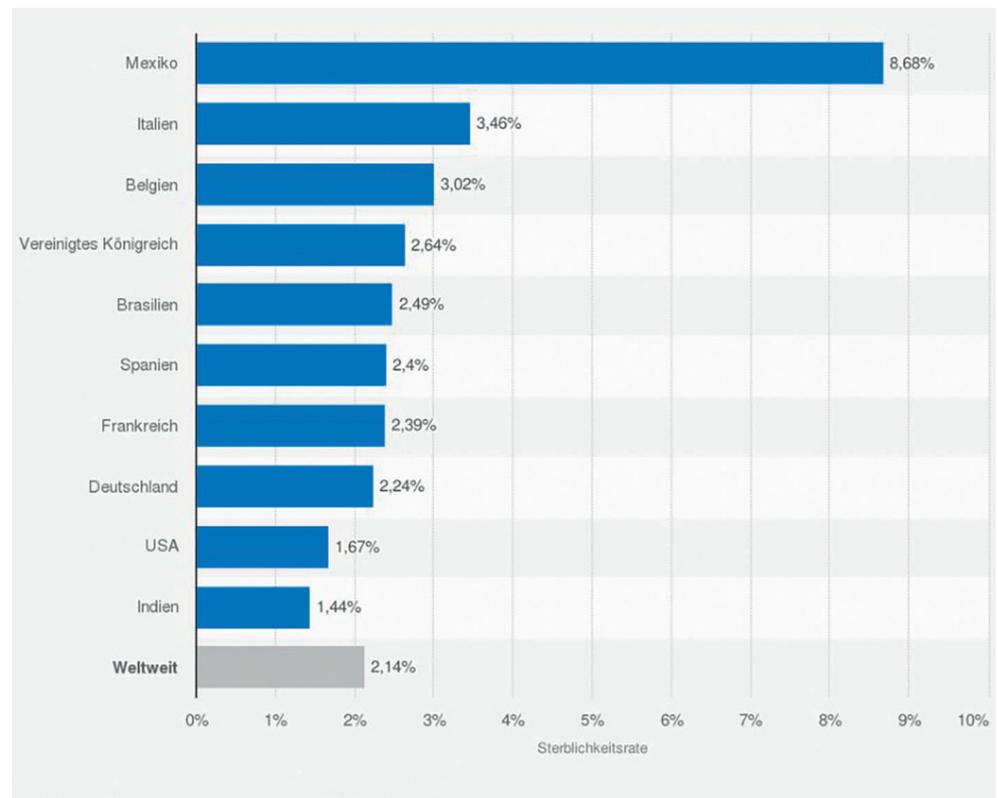
Die Fallsterblichkeit von COVID-19-Erkrankten liegt deutlich über der Infektionssterblichkeit. Mit Stand 9. Dezember 2020 lag die Fallsterblichkeit für COVID-19 bezogen auf Gesamt-Deutschland bei 1,7 Prozent, für Italien bei 3,5 Prozent, für Frankreich bei 2,4 Prozent [10]. Für Sachsen betrug sie 1,9 Prozent, für die Stadt Leipzig 0,8 Prozent, für den Landkreis Sächsisches Osterzgebirge 2,3 Prozent [11]. Laut Medienberichten beruht die erhöhte Fallsterblichkeit im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge auf COVID-19-assoziierten Todesfällen, die hauptsächlich in Pflegeheimen aufgetreten sind [12]. Der Anfang Dezember errechnete (rohe) Fall-Verstorbenen-Anteil liegt damit deutlich unter den Schätzungen am Beginn der Pandemie, die etwa um den Faktor 2 bis 3 höher lagen [13]. Dies dürfte insbesondere

damit zusammenhängen, dass am Anfang der Pandemie vorwiegend die „schweren Erkrankungsfälle“ getestet wurden (confer Einleitung).

Zum 15. Januar 2021 lag die Fallsterblichkeit für Deutschland und Sachsen dann wieder deutlich höher als Anfang Dezember 2020, weil über die Weihnachtstage wieder weniger und vor allem die symptomatischen Fälle getestet wurden (Gesamtdeutschland: 2,2 Prozent, Sachsen: 2,9 Prozent, Stadt Leipzig: 1,6 Prozent, Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge: 4,5 Prozent) [10, 11].

Das Fehlen einer einheitlichen Systematik bei der Meldung beziehungsweise Dokumentation von Erkrankungen und Todesfällen erschwert Risikovergleiche zwischen Infektionen mit SARS-CoV-2 und Influenza-Viren beziehungsweise anderen Gesundheitsrisiken [13]. So liegt bei Grippe-Erkrankungen im Vergleich zu COVID-19 eine

erhebliche Untererfassung vor, dies gilt sowohl für die Erfassung von Fällen als auch von Todesfällen. Die gängige Praxis ist, dass Grippe-Erkrankungen vornehmlich rein klinisch diagnostiziert werden und Influenza häufig nicht als Todesursache angegeben wird, selbst dann, wenn eine labordiagnostische Bestätigung vorliegt. Befragungen ergaben, dass Influenza-assoziierte Todesfälle vor allem der Gruppe der respiratorischen Todesursachen zugeordnet werden. Aber auch hinter kardiovaskulären Todesursachen verbergen sich Influenza-assoziierte Todesfälle [14]. Auf Grund dieser Problematik wird in Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, seit vielen Jahren die Influenza-assoziierte Sterblichkeit über die Exzess-Mortalität geschätzt. Die Exzess-Mortalität errechnet sich als Differenz zwischen der Gesamtzahl aller Todesfälle, die während einer Grippeperiode auftreten, und einer aufgrund zurückliegender Jahre angenommenen



Letalitätsraten beim Corona-Virus (COVID-19) in den am stärksten betroffenen Ländern (Stand: 15. Januar 2021), Quelle: Johns Hopkins University © Statista 2021

Zahl an Todesfällen ohne eine übliche Grippewelle im Hintergrund [14].

Schon zu Beginn der ersten Welle der Corona-Pandemie prognostizierte das Robert Koch-Institut (RKI) eine zehnfach höhere Wahrscheinlichkeit an einer SARS-CoV-2-Infektion zu versterben als an einer Grippe. Die Sterblichkeit von COVID-19-Erkrankten läge zwischen ein bis zwei Prozent, die Sterblichkeit von Grippe-Erkrankten im Rahmen einer üblichen saisonalen Grippe bei 0,1 bis 0,2 Prozent [15]. Die Autoren des oben genannten spanischen Sero-surveys [4] kamen zum selben Risikoverhältnis, wobei sie sich auf die Infektionssterblichkeit und Daten der Influenza-Welle 2019/2020 der US-Behörde „Centers for Disease Control und Prevention“ bezogen [16]. Chinesische Wissenschaftler untersuchten in einem systematischen Review die Fall- und Infektionssterblichkeit während der Schweinegrippe (Influenza A (H1N1pdm09)) [17]. Auf der Basis der weltweit verfügbaren Surveys lag die Fallsterblichkeit

zwischen 0 – 13 Todesfällen pro 100.000 labordiagnostisch bestätigten Fällen beziehungsweise die Infektionssterblichkeit zwischen 1 – 10 Todesfällen pro 100.000 Infektionen. Somit liegen die Schätzungen zur Sterblichkeit im Kontext der Schweinegrippe etwa um ein Hundertstel niedriger als die aktuellen Schätzungen zur Fall- beziehungsweise Infektionssterblichkeit bei COVID-19-Erkrankten beziehungsweise SARS-CoV-2-Infizierten (siehe oben).

Trotz der derzeit noch nicht hinreichend verlässlichen Datenlage zur SARS-CoV-2-Infektion und vieler methodischer Herausforderungen, die sich bei Vergleichen von Infektionserkrankungen untereinander ergeben, ist davon auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit an einer SARS-CoV-2-Infektion zu versterben um ein Vielfaches höher liegt, als bei einer üblichen saisonalen Influenza. Diese These wird auch durch die Ergebnisse einer aktuell publizierten, hochwertigen retrospektiven Ko-

hortenstudie unterstrichen, die das Sterberisiko von COVID-19-Krankenhauspatienten mit dem Sterberisiko von Patienten verglich, die wegen einer saisonalen Influenza zwischen 2017 und 2019 in ein Hospital überwiesen wurden. Das Sterberisiko lag bei den COVID-19-Patienten fast fünfmal höher (Hazard-Ratio: 4,97) als bei den Influenza-Patienten [18].

Die SARS-CoV-2-Sterblichkeit dürfte auch höher liegen als die Sterblichkeit der asiatischen (A(H2N2)) und der Hongkong-Grippe (A(H3N3)), mit Ausnahme natürlich der Spanischen Grippe, die wiederum um ein Vielfaches höher liegt als die SARS-CoV-2-Sterblichkeit [14, 19].

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Dr. med. Thomas Brockow
Leiter des Referats
„Medizinische und ethische Sachfragen“
E-Mail: t.brockow@slaek.de

Anzeige

Junge Ärzte in der Region

Ein neuer Film von
ÄRZTE FÜR SACHSEN



www.aerzte-fuer-sachsen.de





INFORMATIONEN RUND UM DIE CORONA-SCHUTZIMPFUNG

1. Auflage
21.12.2020

Diese Informationen sind nur für Ärzt:innen. Bitte nicht an Patient:innen weitergeben.

Hier finden Sie alle aktuellen
Dokumente zum Download.

WIE INFORMIERE ICH RICHTIG?

Leitfaden für Ärzt:innen im Patient:innen- und Bürger:innengespräch

i

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

- Die Corona-Schutzimpfung ist freiwillig und für alle Bürger:innen kostenfrei.
- Die in Deutschland verfügbaren Corona-Impfstoffe durchlaufen ein zentralisiertes Zulassungsverfahren, koordiniert von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA und bewertet von den Expert:innen der nationalen Arzneimittelbehörden, z. B. dem Paul-Ehrlich-Institut. Eine Zulassung der COVID-19-Impfstoffe wird unter Beachtung aller Bestimmungen, die für die Zulassung eines Impfstoffes in der Europäischen Union gelten, erteilt. Voraussetzung ist ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis. Vor dem Einsatz der Impfstoffe prüft das Paul-Ehrlich-Institut deren Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit und bestätigt diese mit der staatlichen Chargenfreigabe.
- Zunächst wird es nicht erforderlich sein, dass Sie eine Impfbescheinigung für Ihre Patient:innen ausfüllen. In der zweiten Impfphase könnte es jedoch notwendig sein, dass Patient:innen mit bestimmten Vorerkrankungen ein ärztliches Zeugnis benötigen. Zunächst sollten Sie lediglich beratend für Ihre Patient:innen da sein und diese an die Impfzentren verweisen. Prüfen Sie bitte auch die jeweiligen Verordnungen Ihres Bundeslandes, da es hier zu unterschiedlichen Vorgehensweisen kommen kann.

[coronavirus.sachsen.de/
coronaschutzimpfung.html](https://coronavirus.sachsen.de/coronaschutzimpfung.html)

WIE? WER? WANN? – DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Es wird schrittweise geimpft: Denn zuerst müssen wir die Menschen schützen, die das höchste Risiko haben. Natürlich ist das Ziel, dass nach und nach allen Menschen ein gleichberechtigter Zugang zu der Corona-Schutzimpfung gewährleistet wird.
- Priorisiert geimpft werden Bürger:innen, die ein besonders hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf oder ein besonders hohes berufliches Risiko haben, sich oder schutzbedürftige Personen anzustecken.
- Geimpft wird intramuskulär, nicht subkutan (auch bei Gerinnungsstörung/Antikoagulation): mit einer dünnen Nadel, vorsichtig und mit anschließender Kompression.
- Nur gemeinsam und in Solidarität aller Bürger:innen gelingt uns eine Normalisierung unseres Alltags.

GESPRÄCHSLEITFADEN

- Suchen Sie als Ärzt:innen selbst das Gespräch mit Ihren Patient:innen und impfwilligen Bürger:innen über die Corona-Schutzimpfung. Das baut bei den zu impfenden Personen die Hemmschwelle ab, Fragen zu stellen und mögliche Sorgen rund um die Impfung zu äußern.
- Kommunizieren und erklären Sie in einfacher Sprache und so barrierefrei wie möglich.
- Bauen Sie Vertrauen auf, nehmen Sie die Sorgen der zu Impfenden ernst – vieles lässt sich durch ein ruhiges Beantworten der Fragen klären.
- Reagieren Sie auf die Fragen und Sorgen der Patient:innen und bieten Sie Ihre Unterstützung bei Fragen an.
- Beziehen Sie sich auf die Fakten, lassen Sie sich nach Möglichkeit auf keine Verschwörungstheorie-Diskussion ein: Sie müssen keine Ideologien widerlegen, sondern über die Corona-Schutzimpfung aufklären.
- Eine persönliche Empfehlung von Ihnen als Vertrauensperson ist wichtig und hat großen Einfluss auf die Patient:innen.
- Verweisen Sie auf www.corona-schutzimpfung.de für tagesaktuelle Informationen.



Die wichtigsten Anlaufstellen für Ärzt:innen



- In der kostenlosen STIKO-App des Robert Koch-Instituts finden Sie Antworten auf Fragen rund um individuelle Impfberatung (Webversion: www.stiko-web-app.de)

- Weiterführende Informationen finden Sie auf: www.rki.de/covid-19-impfen und www.pei.de/coronavirus

Impressum:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen | 11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de
Stand: Dezember 2020, 1. Auflage | Publikations-Nr.: BMG-G-11136

Kontraindikationen der neuen mRNA-Impfstoffe

Für viele Fragen zur Impfaufklärung hat das Auftreten von Anaphylaxien nach mRNA-Impfungen gegen COVID-19 gesorgt. Das Paul-Ehrlich-Institut hat am 23. Dezember 2020 eine Stellungnahme dazu erstellt, um zu verhindern, dass allen Allergikern aus einem falsch verstandenen Sicherheitsbedürfnis heraus der Impfstoff verwehrt wird (www.pei.de → Newsroom → Positionen).

In den Phase 2/3-Studien waren bei beiden Impfstoffen Probanden ausgeschlossen, bei denen in der Vorgeschichte eine schwere unerwünschte Reaktion im Zusammenhang mit Impfungen und/oder eine schwere allergische Reaktion auf einen Bestandteil des Impfstoffes bekannt war. Es traten in den Phase 2/3-Studien keine anaphylaktischen Reaktionen auf.

Allerdings wurden im Weiteren weltweit anaphylaktische Reaktionen beschrieben und zwar ungefähr in einer Häufigkeit von 1:100.000. Im Klinikum Chemnitz traten allerdings bisher bei 1.500 Impfungen 1 schwere Anaphylaxie (III) und 1 mildere (II) auf. Am ehesten dafür verantwortlich gemacht werden die Polyethylenglycole (PEG), die in beiden Impfstoffen die fetthaltigen Nanopartikel stabilisieren, in die die Boten-RNA eingehüllt ist. Polyethylenglycole finden sich zum Beispiel in Kosmetika.

Es sollte also immer vor der Impfung nach Allergien gefragt werden und nach anaphylaktischen Reaktionen in der Vorgeschichte. Kontraindiziert ist die Impfung in der EU für die beiden zugelassenen mRNA-Impfstoffe allerdings nur bei bekannten Allergien gegen einen Impfstoffbestandteil. ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Dr. med. Thomas Grünewald
Vorsitzender Sächsische Impfkommision



© Daniel Schudi / Unsplash

Die SIKO empfiehlt

- bei Impfungen mit einer signifikanten Allergie-Anamnese (polyvalente Sensibilisierung, Polyallergie, Anaphylaxie Grad II-III n. Ring und Meßmer in der Anamnese sowie unklaren Lebensmittelunverträglichkeiten) die Verlängerung der Nachbeobachtungsdauer von 15 Minuten auf mindestens 30 Minuten.
- bei Impfungen mit einem schweren anaphylaktischen Schock (Anaphylaxie Grad IV n. Ring und Meßmer) in der Anamnese oder dem Verdacht auf eine Polyethylenglykol (PEG)-Unverträglichkeit die Rückstellung von der Impfung mit dem aktuell verfügbaren mRNA-Impfstoff.

In jedem Fall muss die Versorgung einer Anaphylaxie sofort möglich sein.

Neue Leitlinien bei Kindeswohlgefährdung

Kinder, die Opfer von Gewalt, sexuellem Missbrauch oder auch Vernachlässigung werden, benötigen ein gut geknüpftes Netzwerk an Behandlung und Unterstützung, welches zudem koordiniert und kooperativ arbeiten sollte.

Gleich zwei neue S3-Leitlinien seien dazu im Folgenden vorgestellt, die ebendies abbilden.

Zum einen wird in der „S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“ der Fokus auf objektivierte Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung sowie sichere Prognosestellung und auch (kindgerechte und transparente) Vermittlung der Einschätzung gelegt.

Doch was kommt danach und wie können die Kinder, die so etwas erleben mussten, langfristig und nachhaltig behandelt und bei der Bewältigung dessen unterstützt werden?

Dem widmet sich die „S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen“,



© Shutterstock/Photographie.eu

welche anschließend durch Dr. Sabine Ahrens-Eipper, Vorstandsmitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), welche mit fünf Bundesländern eines der größten Einzugsgebiete versorgt, vorgestellt wird.

Die berufsständische Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Ost-

deutschen Psychotherapeutenkammer und die Sächsische Landesärztekammer mit der Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz sind sehr an einer weiteren Kooperation im Sinne eines gut funktionierenden multiprofessionellen und interdisziplinären Kinderschutzes interessiert und sehen die Notwendigkeit, das sicher auffangende Netz für diese Kinder noch engmaschiger zu weben und zu knüpfen.

S3-Leitlinie Kinderschutz – Relevanz für viele medizinische Versorgungsbereiche

Derzeit ist aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Maßnahmen auch das Thema „Kindeswohlgefährdung“ wieder etwas mehr in den medialen Fokus gerückt.

Die Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz an der Sächsischen Landesärztekammer erhebt seit mehreren Jahren die Fallzahlen der Verdachtsfälle von Kindeswohlgefähr-

dung an den sächsischen Kliniken und muss durch immer exaktere Zählung der Kinderschutzgruppen sowie verlässliche Rückmeldungen aller Kinderschutzgruppen eine erhebliche Zunahme feststellen (siehe Grafik).

Was genau aber ist eine Gefährdung des Kindeswohls? Welche medizinischen Bereiche haben damit überhaupt Berührung? Und wie steht dieses

Thema mit der häuslichen Gewalt in Zusammenhang?

Diese Fragen finden in der bereits 2019 veröffentlichten S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung“ eine Antwort.

Diese Leitlinie der höchsten wissenschaftlichen Qualität ist das Ergebnis eines vierjährigen Prozesses und bündelt die Expertisen von 82 Fachgesell-



schaften, Organisationen, Bundesministerien und -beauftragten sowie diversen Vertretern aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit.

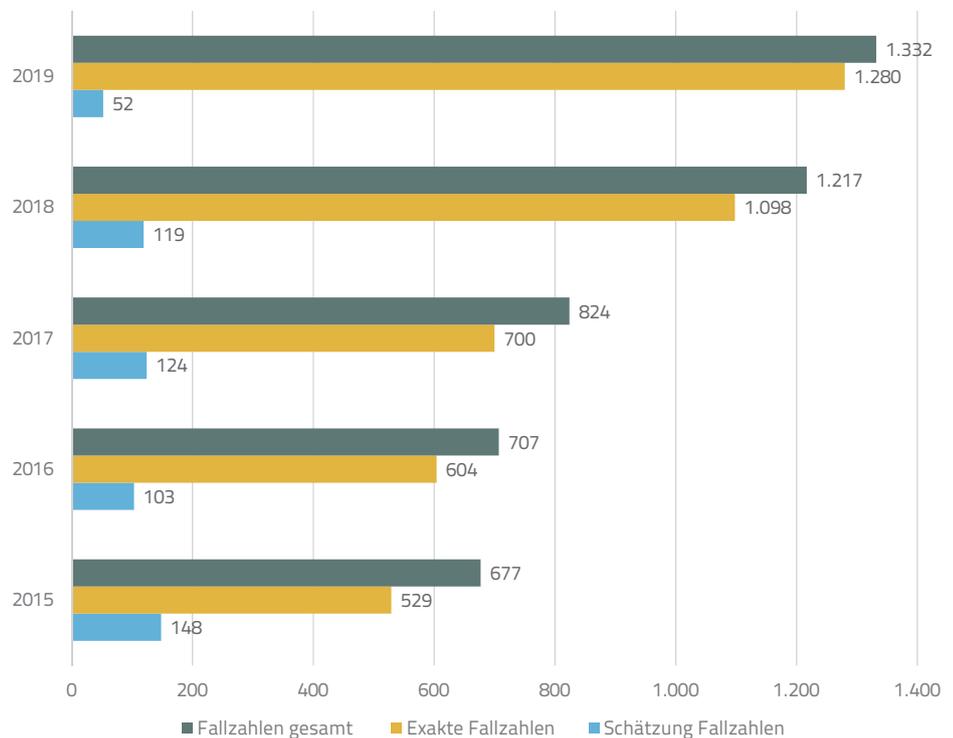
Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde 2011 im Rahmen des „Runden Tisches sexueller Missbrauch“ getroffen.*

Ergebnis des Prozesses ist die Entwicklung diagnostischer Vorgehensweisen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit dem Ziel, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit den Fällen zu vermitteln und Kinder zu schützen. Die Leitlinie, die mittlerweile sowohl in einer Lang- als auch in einer Kurzfassung vorliegt, fokussiert neben fachlichen, methodischen und rechtlichen Grundlagen zum medizinischen Kinderschutz auch konkrete multidisziplinäre Handlungsempfehlungen im Kinderschutzfall. Dies alles ist evidenzbasiert und von allen beteiligten Fachgesellschaften konsentiert.

Die gesamte Leitlinie basiert auf einem kindzentrierten Ansatz und verfolgt die Maßgabe „keine Diagnose ohne Prognose“. Dementsprechend muss jede am Fall beteiligte Profession vor dem Hintergrund ihrer Diagnose bezüglich des Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung eine Einschätzung über die prognostische Entwicklung des Kindes abgeben.

Konkret bedeutet dies, dass nicht nur der gegenwärtige Zustand des Kindes/

* Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069, S. 8



Kinderschutzfallzahlen im stationären Gesundheitswesen in Sachsen 2015 – 2019

Jugendlichen entscheidend für eine Unterstützung sein soll, sondern auch der prognostizierte Verlauf der Entwicklung mit und ohne Intervention des Arztes beziehungsweise der Kinderschutzgruppe.

Diverse Arbeitsmittel wurden für Diagnose- und Prognosestellung im Kinderschutzfall durch das Leitlinienteam entwickelt, so zum Beispiel in Form von handlichen Kitteltaschenkarten zu Themenbereichen wie das neue spezifische Röntgen-Skelettscreening bei Misshandlungsverdacht, welches eine stufenweise Durchführung von Einzelaufnahmen vorsieht oder dentaler Vernachlässigung.

Ebenso wurden kindgerechte Flyer entworfen, die dem kleinen Patienten im Kinderschutzfall jede Profession und deren Aufgaben erklären, die an dem Fall und mit dem Kind arbeitet – somit soll mehr Transparenz und auch Vertrauen für das Kind in dieser schwierigen Situation aufgebaut werden.

Auch die eigens für Kinder entwickelte App „Pilani“ wurde im Zuge der Leitlinie

erarbeitet hergestellt – hierbei können Kinder anhand einiger Fragen für sich selber herausfinden, ob ihnen Unrecht angetan wird, was Kinderrechte sind, an wen sie sich in einem solchen Fall wenden und wie sie für sich Hilfe organisieren können.

Ein weiterer nennenswerter Schwerpunkt der Leitlinie ist die Einbeziehung der Erwachsenenmedizin in das Kinderschutzgeschehen.

Hier wird ein Zusammenhang nicht nur im Bereich der häuslichen Gewalt hergestellt, die bei Vorhandensein von Kindern in der Familie diese in jedem Fall direkt oder indirekt involviert und betrifft.

Auch verschiedene Bereiche der Erwachsenenmedizin tangieren unter Umständen den Kinderschutz beziehungsweise können eine „Tür“ zu betroffenen Kindern darstellen.

So sollte zum Beispiel bei der notfallmäßigen Behandlung einer Frau im gebärfähigen Alter standardmäßig die Frage nach Kindern und deren aktuellem Verbleib gestellt werden.

Ebenso wird empfohlen, Frauen, welche mit dem Vorstellungsgrund akuter Intoxikation, Suizidversuch, psychischer Dekompensation oder häuslicher Gewalt erscheinen, nach der Verantwortung für minderjährige Kinder zu befragen und folglich den Sozialdienst/die Kinderschutzgruppe hinzuzuziehen. Weitere direkte, optionale Handlungsmöglichkeit für den Kinderschutz besteht in der Gynäkologie. Der Gedanke eines „guten Starts von Beginn an“ ist hier leitend. Mögliche Fallkonstellationen für Kinderschutz in der Gynäkologie bestehen bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Frauen mit Kleinkindern und können folgende Indikationen betreffen: mütterlicher Drogenabusus vor und während der Schwangerschaft/

Geburt, postpartale Depression und psychische Erkrankung, zurückliegende oder aktuelle Gewalterfahrungen sowie psychosoziale und familiäre Faktoren (Armut, Trennung, Erkrankung und ähnliches).

Alle Materialien sowie die Leitlinie in Lang- und Kurzfassung können über folgenden Link beziehungsweise QR-Code abgerufen werden.
www.dgkim.de/leitlinien/verfuegbare-dokumente



Weitere Fachinformationen sowie eine anonymisierte Fallberatung erhalten Sie: www.kinderschutzmedizin-sachsen.de

Kontakt:

Tel.: 0351 8267-127/-210

Fax: 0351 8267-312

E-Mail: kinderschutz@slaek.de

Besucheradresse:

Sächsische Landesärztekammer
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden ■

Dipl.-Sozialpädagogin Juliane Albertowski,
 Magdalena Schulz
 Koordinatorinnen
 Sächsische Landesärztekammer –
 Landeskoordinierungsstelle Medizinischer
 Kinderschutz

Gewalt gegen Kinder: Gemeinsam Versorgungslücken schließen und Vernetzung ausbauen

Fakten zu Gewalt gegen Kinder in Deutschland

Die aktuellen Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik 2019 [1] zu kindlichen Gewaltopfern liegen nun vor. Geschlagen und misshandelt wurden im Jahr 2019 mehr als 4.000 Kinder. Diese Zahl ist seit vielen Jahren trotz aller politischer Bemühungen stabil. Opfer sexueller Gewalt wurden 15.936 Kinder, damit mehr Kinder als in den zehn vorausgegangenen Jahren. Fälle von Kinderpornografie nehmen sogar kontinuierlich zu: Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 12.262 polizeilich erfasste Fälle im Zusammenhang mit Kinderpornografie.

In den fünf Bundesländern der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) sind die Zahlen der Delikte bezüglich des sexuellen Missbrauchs von Kindern nach den §§ 176, 176a und 176b alarmierend hoch:

- 571 Fälle in Brandenburg (23 pro 100.000 Einwohner),
- 346 Fälle in Mecklenburg-Vorpommern (21 pro 100.000 Einwohner),
- 830 Fälle in Sachsen (20 pro 100.000 Einwohner),
- 514 Fälle in Sachsen-Anhalt (23 pro 100.000 Einwohner),
- 578 Fälle in Thüringen (27 pro 100.000 Einwohner).

Die polizeilich erfassten Fälle bilden das eigentliche Ausmaß des Missbrauchs jedoch bei Weitem nicht ab [2].

Der Ort, an dem Kinder dem höchsten Risiko ausgesetzt sind, Gewalt zu erfahren, ist die Familie [3]. Es werden vier Formen von Misshandlung unterschieden: körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch [4]. Schlagen, Schütteln, Anschreien, Vernachlässigen, Einsperren, sexueller Miss-

brauch, Abwerten und Nichtbeachtung sind Handlungen mit fatalen Auswirkungen für die betroffenen Kinder. Die Formen intrafamiliärer Gewalt sind Ausdruck einer tiefgreifenden Störung der Beziehung zwischen Eltern und Kind, die zu erheblichen gesundheitlichen Folgen auf der somatischen und der psychischen Ebene führen können.

Psychische Folgen sexueller und körperlicher Gewalt

Die psychischen Folgen sind umso schwerwiegender, je näher der Verursacher dem Kind steht [5]. Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit sind mit hohen Risiken verbunden, später psychische Störungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu entwickeln [6]. Die psychischen Folgen sind stets individuell und sorgfältig zu diagnostizieren. Sie hängen vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse und den biologi-

schen oder psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes ab, die seine Störanfälligkeit (Vulnerabilität) oder auch Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beeinflussen. Laut aktuellem Forschungsstand entwickeln 40 bis 80 Prozent der von Misshandlung oder Missbrauch betroffenen Kinder in ihrem weiteren Entwicklungsverlauf psychische Störungen [7]. Diese umfassen die gesamte Bandbreite psychischer Störungen: die klassische Traumafolge Posttraumatische Belastungsstörung, jedoch auch andere, wie Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und Bindungsstörungen [8].

Die neue S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen

2020 erschien erstmalig eine S3-Leitlinie [9] speziell für die Behandlung der PTBS bei Kindern.

Ihre Kernpunkte sind:

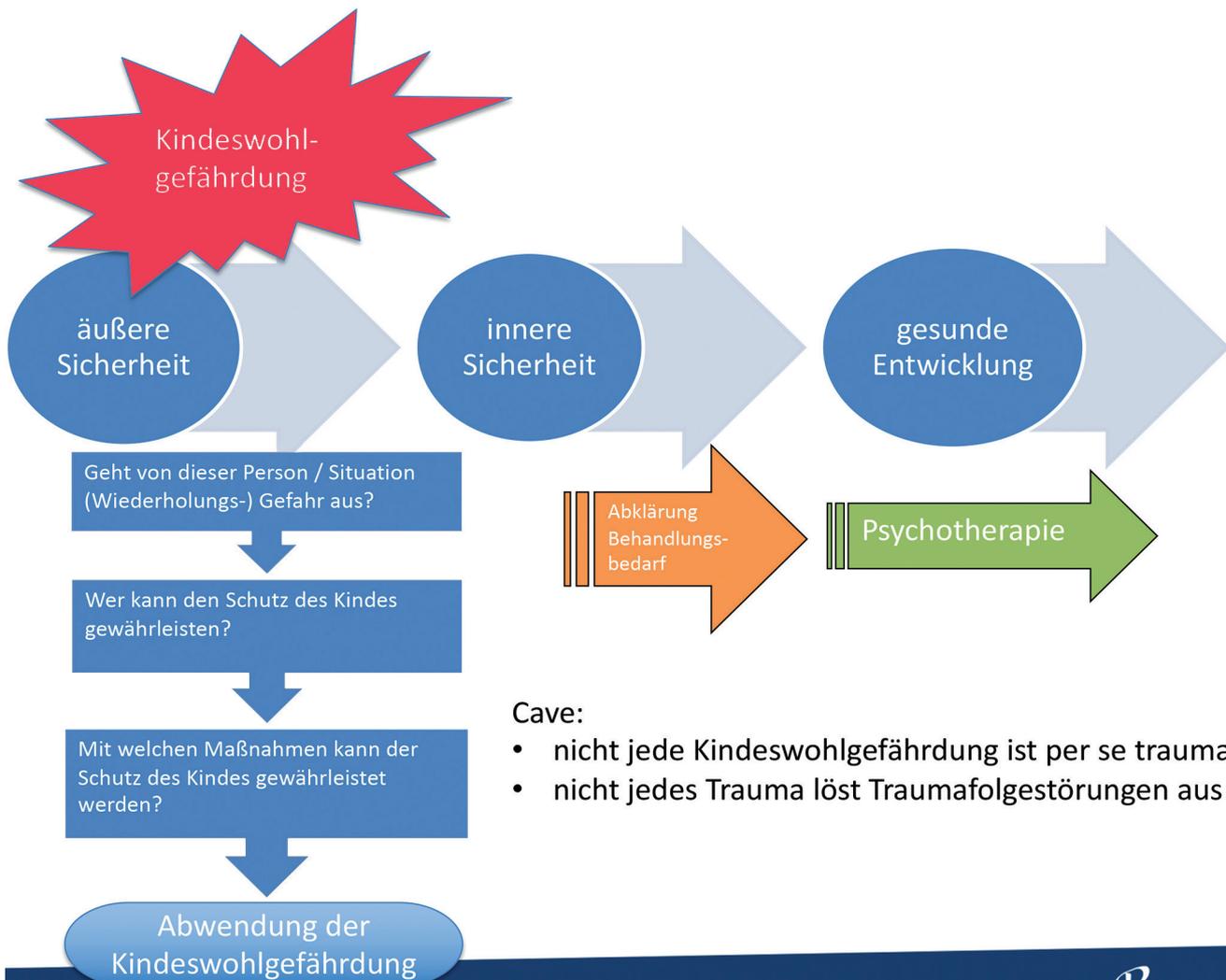
- Wie bei Erwachsenen sollte auch jedem Kind und Jugendlichen mit einer PTBS eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.
- Für eine komplexe PTBS sollte auch bei Kindern und Jugendlichen die Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei der die Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung

und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Bindungsproblemen.

- Bei Behandlungsbeginn sollte die aktuelle Gefährdung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen abgeklärt und bei anhaltender Bedrohung geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohles ergriffen werden.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen

Aktuelle Studien [10] zeigen, dass nur 41 Prozent der sexuell viktimisierten



Was gilt es im Umgang mit Gewalt gegen Kinder und Jugendliche bezüglich der Abklärung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen?

Kinder auf ihren Missbrauch bezogene therapeutische Hilfe erhalten. In den Befragungen der Anlaufstelle des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) wurde ebenfalls deutlich, dass bei weitem nicht alle traumatisierten Kinder und Jugendliche ein passendes Versorgungsangebot erhalten. Es ist somit aktuell von einer massiven Unterversorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher auszugehen.

Was tun? Eine Vision von Standardisierung und kollegialer Vernetzung

Wir als Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer setzen uns für den Schutz von Kindern vor sexueller und körperlicher Gewalt sowie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen ein.

Kinder haben ein Recht darauf, vor Vernachlässigung und Misshandlung geschützt zu werden. Dies stellt eine dauerhafte Aufgabe für alle Institutionen dar, die mit Kindern und ihren Eltern in Berührung kommen. Gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen arbeiten unsere Mitglieder tagtäglich mit Patienten, die in der Vergangenheit Gewalt ausgesetzt waren, oder es in einigen Fällen auch aktuell noch sind. Kinderschutz sowie die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Gewalterleben sind für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Alltag und Herausforderung zugleich.

- Nach wie vor gelingt es unserer Gesellschaft nicht in ausreichender Weise, Kinder und Jugendliche vor Gewalterfahrungen zu schützen.
- Als Heilbehandler sind wir verpflichtet, den Schutz der Kinder herzustellen.
- Den betroffenen Kindern sollten aufgrund des hohen Erkrankungsrisikos (Traumafolgestörungen)

standardisiert eine diagnostische Überprüfung der Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden. Diese sollte durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatern regelhaft stattfinden.

- Wird eine psychische Traumafolgestörung festgestellt, sollte leitliniengemäß eine traumaspezifische psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.

Unsere Vision besteht in der Vernetzung und Standardisierung der Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen, die Kinder versorgen, betreuen und behandeln: Schulen, Kindergärten, Jugendämter, Beratungsstellen, Polizei und Gericht. An allererster Stelle für eine Verbesserung der Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen kommt für uns die Vernetzung und die gemeinsame Entwicklung von standardisierten Abläufen in der Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachärzten und ihrer berufsständischen Vertretung, den Ärztekammern.

Die Sächsische Landesärztekammer nimmt hier bundesweit eine Vorreiterrolle ein, indem sie die Landeskoordi-

nierungsstelle Medizinischer Kinderschutz etabliert, die Einrichtung von Kinderschutzgruppen in den Kliniken initiiert und Materialien für den Kinderschutz in der Niederlassung entwickelt hat – perfekte Voraussetzungen für den Ausbau der Vernetzung aller im Kinderschutz und in der Versorgung der betroffenen Kinder beteiligten Disziplinen. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer wollen hier noch näher heranrücken und die Kooperation mit der Sächsischen und den vier anderen Landesärztekammern intensivieren und ausbauen.

Denn jedes betroffene und an Traumafolgestörungen erkrankte Kind sollte die Chance auf eine traumaspezifische psychotherapeutische Behandlung erhalten, um ihm den Weg zurück in ein gesundes und unbelastetes Leben zu ermöglichen.

Gemeinsam können wir erreichen, dass diese fatale Versorgungslücke geschlossen wird. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Dr. Sabine Ahrens-Eipper
Mitglied des Vorstandes der Ostdeutschen
Psychotherapeutenkammer

Dr. Sabine Ahrens-Eipper ist Mitglied des Vorstandes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (Sachsen-Anhalt). Ihre länderübergreifenden Tätigkeitsschwerpunkte sind Kinderschutz, Psychosoziale Notfallversorgung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Seit 2006 als Psychologische Psychotherapeutin in eigener Niederlassung tätig, seit 2008 Versorgungsangebot „Trauma First“ (Ahrens-Eipper & Nelius), traumaspezifische Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen ab dem 3. Lebensjahr. Sie veröffentlichte eine Reihe von Fachbüchern und Fachartikeln zum Thema Trauma und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel „Der große Schreck“, Ahrens-Eipper & Nelius, 2015) und führt bundesweit Weiterbildungen zur Psychotherapie, zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern und Jugendlichen sowie zum Kinderschutz durch.

Kinder- und Jugendärzte leisten mit CrescNet-Monitoring einen wichtigen Beitrag für Public Health



R. Gausche¹, Ch. Beger¹, W. Hoepffner¹, R. Pfäffle¹

Zusammenfassung

Das von Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller 1998 begründete Wachstumsnetzwerk CrescNet [1] ist eine Kooperation von Kinder- und Jugendärzten mit der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Für eine Früherkennung von Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung werden Körperhöhen-, Körpergewichts- und Kopfumfangmessungen longitudinal überprüft. Analysen zum wachstumsbezogenen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen werden ermöglicht. Wachstumsstörungen werden frühestmöglich erkannt. Mit Hilfe des Netzwerks können im Bereich der Adipositasprävention Auswirkungen von Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege und Gesundheitsförderung beurteilt werden. Das Netzwerk verknüpft die Anliegen Früherkennung und Versorgungsforschung und leistet damit einen Beitrag im Bereich Public Health.

Früherkennung und Qualitätssicherung

Die Messung von Körpergröße und Körpergewicht gehören zu jeder Visite eines Kindes beim Kinderarzt. Wie wichtig hierbei die longitudinale Betrachtung der Messungen ist, können pädiatrische Endokrinologen nicht oft genug betonen. Abweichende Entwicklungen bei Körpergröße und Körpergewicht können als ein wichtiges klinisches Signal dafür verstanden werden, dass körperliche Ressourcen des Kin-

des, die dem gesunden Aufwachsen normalerweise zur Verfügung stehen, nicht ausreichen. Die Ursachen für ein verlangsamtes Wachstum sind dennoch sehr vielfältig. Die elterliche Zielgröße und das familiär determinierte Einsetzen der Pubertätsentwicklung spielen eine große Rolle. Unter besonders belastenden Situationen, Mangelzuständen oder langfristigen Erkrankungen kann das Wachstum völlig zum Erliegen kommen. So ist zum Beispiel bei einer Raumforderung im Bereich der Hypophyse eine Wachstumsrestriktion häufig das erste klinisch zu beobachtende Frühsymptom. Um Folgeschäden zu vermeiden und rechtzeitig therapeutisch eingreifen zu können, ist daher die konsequente Beobachtung der Größen- und Gewichtsentwicklung bei Kindern eine wichtige pädiatrische Tätigkeit.

Die meisten der zum Einsatz kommenden Praxisverwaltungssysteme für die Pädiatrie halten eine fortlaufende Protokollierung von Körpergröße und Körpergewicht gemeinsam mit einer Eingruppierung anhand bevölkerungsbezogener Referenzwerte vor und unterstützen somit die kinder- und jugendärztliche Einschätzung des individuellen Falles. Um im ärztlichen Alltag, wo häufig die Versorgung von Akuterkrankungen im Vordergrund steht, eine zusätzliche Absicherung zu erhalten, beteiligen sich Kinder- und Jugendärzte aus ganz Deutschland (aktuell 130) auf freiwilliger Basis am Qualitätssicherungsangebot von CrescNet. Dazu werden in der Praxis erhobene Datensätze von Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang pseudonymisiert und an eine zen-

trale Datenbank an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig geschickt. Das System bietet ein Screening der eingeschickten Messwerte auf Wachstums- und Gewichtsentwicklungsstörungen an und fungiert dabei so wie eine Art zweites Netz. Es analysiert insbesondere auch Veränderungen, die sich noch innerhalb des Normbereichs abspielen. Eine Rückmeldung des CrescNet zu auffälligen Verläufen lenkt somit in kritischen Fällen die Aufmerksamkeit des behandelnden Kinder- und Jugendarztes noch einmal auf die langfristige Entwicklung des kleinen Patienten, fordert dazu auf, genauere Hintergrundinformationen einzuholen, sodass früher eine eventuell erforderliche Konsultation von Spezialisten erfolgen kann. Dies sichert neben einer rechtzeitigen Behandlung häufig auftretender Wachstumsstörungen auch eine Abklärung von seltenen Ursachen durch pädiatrische Spezialisten. Im Kalenderjahr 2019 wurden auf diese Weise die Daten von 82.165 Kindern und Jugendlichen geprüft. Bei circa elf Prozent ($n = 9.012$) wurde eine Auffälligkeit im Wachstums- und/oder Gewichtsentwicklungsverlauf festgestellt, die bei 2.100 Kindern und Jugendlichen zu einer konkreten Handlungsempfehlung an die betreuenden Kinder- und Jugendärzte führte. Die Patienten kamen aus 118 kinderärztlichen Einrichtungen. Die Handlungsempfehlungen reichten von engmaschigeren Körpermaßkontrollen über Beratungsempfehlung zu einer auffälligen Gewichtsentwicklung bis zu einer Abklärungsempfehlung des auffälligen Entwicklungsverlaufs durch einen pädiatrischen Endokrinologen. Die Gestaltung der daraus folgenden

¹ CrescNet, Universitätsmedizin Leipzig

Interventionsformen obliegt dem Kinder- und Jugendarzt. In einer Veröffentlichung von 2011 konnte belegt werden, dass ein konsequentes Screening auf Wachstumsstörungen den Beginn einer wachstumsregulierenden Behandlung um anderthalb Jahre vorverlegen kann [2], was positive Auswirkungen auf den Therapieerfolg und die Erwachsenengröße hat.

Adipositasprävention

Übergewicht und Adipositas stellen international eine große Herausforderung für jedes Gesundheitssystem dar. Sie sind ursächlich mit Stoffwechsel- und kardiovaskulären Erkrankungen verknüpft, die die häufigsten Todesursachen darstellen. Steigende Prävalenzen für Übergewichtigkeit und Adipositas, die bereits im Kindesalter auftreten, stellen auch die Kinder- und Jugendmedizin vor vielfältige Probleme. So betreffen Rückmeldungen zu auffälligen Entwicklungsverläufen aus CrescNet im Jahr 2019 die Gewichts- und Body Mass Index (BMI)-Entwicklung etwa doppelt so häufig wie die Körperhöhenentwicklung. Die im Rahmen von CrescNet mögliche Zusammenfassung von Einzelverläufen hinsichtlich Lebensalter und Kalenderjahr stellt eine wichtige Informationsquelle dar, um säkulare Trends zeitnah zu erfassen und zu belegen. Auf diese Weise generieren Kinder- und Jugendärzte ein Werkzeug zum Monitoring des generellen kindlichen Entwicklungsverlaufs unter einer bestimmten Umgebungssituation.

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern ist das Problem Adipositas durch eine „behandelnde Medizin“ allein nicht zu lösen. Es werden gesundheitsförderliche Strukturen erforderlich, die sowohl die Familien selbst, als auch alle Berufsgruppen einbeziehen können, die mit dem Kindwohl befasst sind, wie zum Beispiel pädago-

gische, pflegerische, beratende und ärztliche Berufe. Diese müssen mit den Mitteln und Befugnissen ihrer jeweiligen Profession die Lebenswelt der Kinder so zu ändern suchen, dass Erkrankungshäufigkeiten minimiert werden können. Interdisziplinäre Zusammenhänge mit einem konkreten lokalen Bezug, also innerhalb einer Wohnregion oder eines Einzugsbereichs, können sich sehr befördernd auswirken [3].

Mit der gemeinsamen Früherkennungsinitiative von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig ein großer Datenbestand geschaffen, der Rückschlüsse auf die sächsische und deutschlandweite Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Aktuell sind etwas mehr als fünf Millionen Visitenprotokolle von knapp 940.000 Kindern und Jugendlichen erfasst worden. Sie stehen insbesondere für Aussagen zum säkularen Trend bei der Körperhöhen- und Körpergewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Viele solcher Auswertungen sind bereits publiziert worden. Herausragend ist eine Arbeit aus dem Jahr 2018, in der die Entwicklung des Body Mass Index von 51.505 Kindern longitudinal ausgewertet werden konnte. Das stellt auch international die Beobachtung einer sehr großen Fallzahl über einen langen Zeitraum dar. Die Arbeit belegt die große Bedeutung einer gesunden Entwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter. Nahezu 90 Prozent aller in diesem Zeitraum übergewichtigen und adipösen Kinder behalten diese Eigenschaften bis ins Jugendalter bei und die stärksten Veränderungen finden im Lebensalter von zwei bis sechs Jahren statt [4]. Infolge der erhöhten Vulnerabilität in dieser Altersgruppe bieten sich hier die besten Chancen, erfolgreich korrigierend einzugreifen, was ein starkes Argument für eine frühe Inter-

vention ist. Über den dargestellten QR-Code kann mit einem QR-Codescanner ein Video des New England Journal of Medicine (NEJM) geöffnet werden, welches die Ergebnisse sehr anschaulich und kurz zusammengefasst darstellt.

Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity.

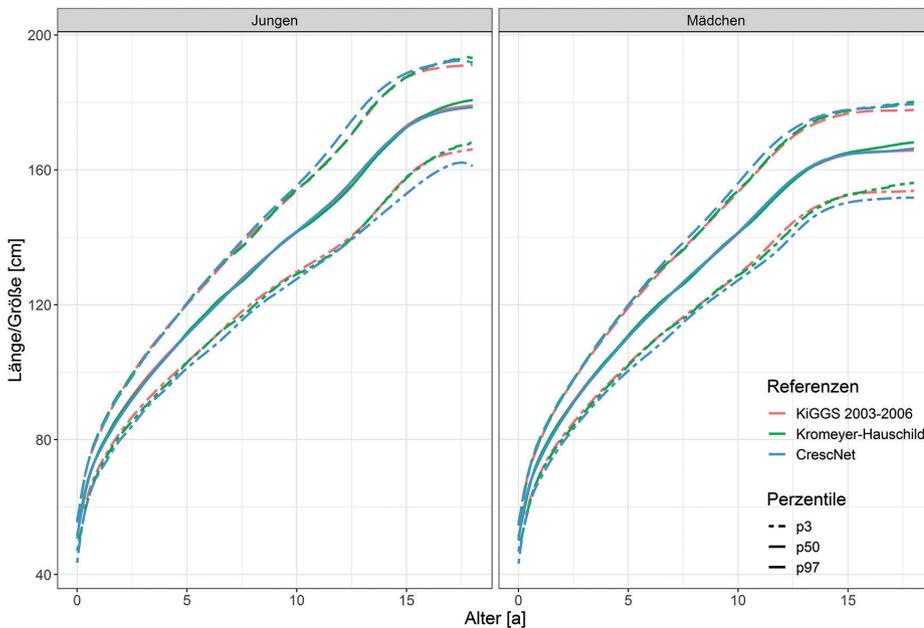


Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, Pfäffle R, Kiess W, Körner A.

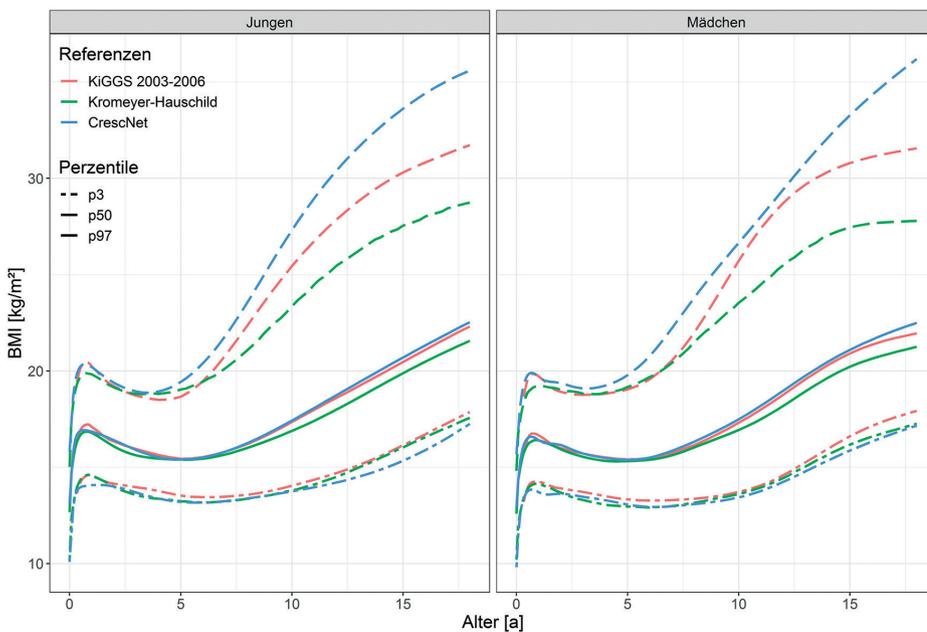
QR-Code zum Kurzvideo New England Journal of Medicine 2018; 379:1303-1312 – Ergebniszusammenfassung der Studie [4]

Populationsbezogene Referenzwerte

Während sich gegenüber den deutschen Referenzwerten von 2001 [5] und der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) von 2006 [6] über die vergangenen 20 Jahre keine signifikanten Änderungen im Körperwachstum bis zur Erwachsenengröße feststellen lassen (Grafik 1), ändert sich das durchschnittliche Gewicht und der Anteil der nach dem Body Mass Index übergewichtigen beziehungsweise adipösen Kinder über die vergangenen Jahrzehnte sehr (Grafik 2). Seit der Jahrtausendwende ermöglicht nun der Datentransfer aus kinder- und jugendärztlichen Einrichtungen an ein universitäres Zentrum, validierte Aussagen zum sogenannten säkularen Trend zu treffen. CrescNet-Daten belegen in allen Altersklassen bis zum Jahr 2004 einen kontinuierlichen Anstieg von Body Mass Index-Werten über der 90. beziehungsweise 97. Perzentile (entspricht Übergewicht beziehungsweise Adipositas im Kindesalter) [7]. Für jüngere Kinder blieben die Auffälligkeitsraten zwischen 2004 und 2015 auf einem stabil hohen



Graphik 1: Vergleich der Perzentilen für Körpergröße, CrescNet 2015 – 2020 vs. Kromeyer-Hauschild 2001 und KiGGS 2006 [9]



Graphik 2: Vergleich der Perzentilen für Body Mass Index, CrescNet 2015 – 2020 vs. Kromeyer-Hauschild 2001 und KiGGS 2006 [9]

Niveau. Sogar ein geringfügiger Abwärtstrend war bei den jüngsten Kindern zu verzeichnen. Für über Zwölfjährige setzt sich allerdings eine sukzessive Steigerung der Adipositasprävalenz kontinuierlich fort [8, 9]. Neueste noch unveröffentlichte Auswertungen zeigen einen erneuten Anstieg der Prävalenzraten ab 2017. Die Ergeb-

nisse dieses Monitorings geben dringenden Anlass zu gesundheitspolitischem Handeln.

Kinder- und Jugendärzte können in ihrem beruflichen Alltag dieses Problem nicht allein bewältigen. Im Einzelfall ist bereits viel erreicht, wenn eine individuelle Beratung erfolgt und Sport-

sowie Ernährungstherapeuten vermittelt werden. Die kindliche Lebensumgebung zu adressieren und in diesem Kontext eine Adipositasprävention zu leisten, muss jedoch ein gesamtgesellschaftliches Anliegen werden und dabei alle obengenannten Berufsgruppen mit einbeziehen.

Öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health)

Mit CrescNet wurde ein Instrument geschaffen, mit dem Kinder- und Jugendärzte eine Entwicklungsbeobachtung für den individuellen Patienten absichern und gleichzeitig mit der zusammengefassten Datensammlung und zeitnahen Auswertung den Erfolg oder Misserfolg gesundheitsförderlichen Handelns in einer Kommune oder Region abbildbar machen. Kommunal basierte Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege und -förderung, die beispielsweise Adipositasprävention im Fokus haben, können auf diese Weise in ihren Auswirkungen überprüft werden.

So konnten zwischen 2015 und 2019 innerhalb Leipzigs zwei Stadtgebiete mit sozialem Förderbedarf miteinander verglichen werden. Die Gebiete sind in ähnlicher Weise bebaut (Plattenbauweise) und weisen vergleichbare soziale Merkmale auf. Im Interventionsgebiet erfolgte neben allgemeiner Stadtgebietsförderung eine gezielte Verhältnisprävention hinsichtlich Adipositas im Kindesalter [10]. Bei der Zusammenschau von Daten aus den in diesen Gebieten ansässigen Kinder- und Jugendarztpraxen ließ sich nachweisen, dass sich im Interventionsgebiet der Anstieg des mittleren BMI-SDS bei älteren Kindern verlangsamte (Tab. 1).

Die in der Tabelle dargestellten Zahlen beziehen sich auf den mittleren BMI-SDS, der für die jeweilige Altersklasse berechnet wurde. Erwartet wird ein Wert von 0. Dieser Wert entspricht der

50. Perzentile einer Verteilung. Positive Abweichungen bedeuten, dass eine Verschiebung der Gesamtverteilung hin zu höheren Werten stattgefunden hat, negative Werte lassen auf eine Abnahme schließen. In den jeweils zweiten Spalten ist die Differenz dargestellt, die sich für die miteinander verglichenen Regionen nach dem Interventionszeitraum ergeben hat.

Prävalenzraten für Übergewicht und Adipositas unterschieden sich insbesondere zwischen Stadtgebieten mit höherem und niedrigerem Sozialstatus sehr und machen den großen Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung in Regionen mit niedrigerem Sozialstatus deutlich. Auch infrastrukturell unterschiedlich ausgestattete Gebiete, das heißt städtische beziehungsweise ländliche Umgebung, weisen unterschiedliche Prävalenzraten aus. Eine noch nicht publizierte Auswertung von Daten aus den Bundesländern Sachsen und Thüringen belegt einen deutlichen Unterschied für Stadt und Land (Grafik 3).

Das Monitoring- und Früherkennungssystem als eine Innovation für Adipositasprävention in der pädiatrischen Gesundheitslandschaft in eine Regelleistung der Krankenkassen zu überführen, schlug 2019 leider fehl. Geblieben aber ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und das gemeinsame

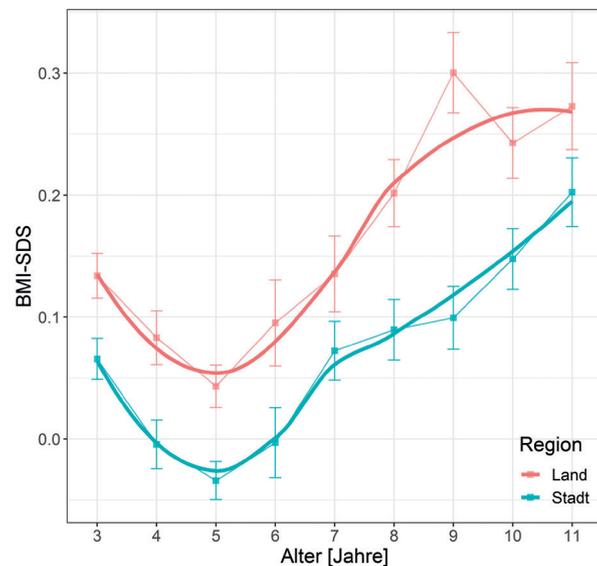
Engagement für die Nutzung leicht zu erhebender Messwerte, die als verlässliche Indikatoren für den Zustand der Kindergesundheit und deren Förderung genutzt werden können.

Beteiligung von Kinder- und Jugendärzten

Über die Webseite www.crescnet.org können Hintergründe und aktuelle Veröffentlichungen des Netzwerks abgerufen werden. Im Rahmen der einer Zusammenarbeit vorausgehenden Kooperationsvereinbarung mit der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig entstehen Kinder- und Jugendärzten keine zusätzlichen Kosten. Die mit dem System möglichen Aussagen ließen sich durch eine erhöhte Beteiligung von Kinder- und Jugendärzten aus verschiedenen Regionen deutlich verbessern.

Schlussbetrachtung

Das von Prof. Eberhard Keller seit 1998 zunächst mit dem Ziel der Früherkennung von Wachstumsstörungen aufgebauete deutschlandweite System CrescNet ist auch seit der Beendigung seiner



Grafik 3: Unterschiede des mittleren BMI-SDS pro Lebensalter zwischen ländlicher und städtischer Region in Sachsen und Thüringen (Messungen in Kinder- und Jugendarztpraxen des CrescNet)*
*Vortrag bei AOK PLUS anlässlich Vorbereitung Innovationsfonds-Beantragung IMPALA Dresden, 22. Januar 2019

Tab. 1: Mittlerer BMI-SDS (Messungen aus Kinderarztpraxen) in einem Leipziger Interventions- und Kontrollgebiet für verhältnisbezogene Adipositasprävention*

Altersklasse	Praxen im Interventionsgebiet		Praxen im Kontrollgebiet	
	Projektende	Differenz Ende – Start	Projektende	Differenz Ende – Start
	mittlerer BMI-SDS	BMI-SDS	mittlerer BMI-SDS	BMI-SDS
4 bis 6	0,007	+0,002	-0,001	-0,073
7 bis 9	0,277	+0,151	0,282	+0,183
10 bis 12	0,234**	-0,014	0,389**	+0,351

* Vortrag Projektabschluss „Grünau bewegt sich“ beim Quartiersrat Grünau Leipzig, 6. Juli 2020
** Unterschied ist signifikant $p < 0,05$

Leitung des Systems im Jahr 2014 noch heute in bemerkenswerter Weise aktiv. Die Datenbank wuchs zu einem so großen Umfang an, dass auch wissenschaftliche Analysen der anthropometrischen Patientenangaben vorgenommen werden konnten. Insgesamt wurden 42 Arbeiten mit der Darstellung des Systems beziehungsweise mit statistischen Auswertungen publiziert. Die besondere Eigenschaft von CrescNet, sowohl für die Beurteilung des individuellen Einzelfalls als auch für die Abbildung genereller Veränderungen in regionalen Zusammenhängen Informationen liefern zu können, stellt eine systematische Erweiterung seines Beitrags für Public Health dar. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Korrespondierende Autorin
Ruth Gausche
Projektkoordination
CrescNet-Wachstumsnetzwerk
Universitätsmedizin Leipzig
Liebigstraße 22a, 04103 Leipzig
E-Mail: ruth.gausche@medizin.uni-leipzig.de

Sachsen fördert Alltagsbegleiter für Senioren und unterstützt Pflegebedürftige

Die stetig wachsenden Anforderungen in Bezug auf Mobilität und Flexibilität erschweren in besonderem Maße die Vereinbarkeit von Beruf und familiären Bedarfen. Dazu zählt auch die Unterstützung von älteren und/oder pflegebedürftigen Familienmitgliedern. Der Freistaat Sachsen bietet verschiedene

gebedürftige Senioren ab 60 Jahren (in Ausnahmefällen ab 55 Jahren). Es ermöglicht eine kostenfreie, ehrenamtliche Begleitung (zum Beispiel zum Einkauf et cetera), Unterstützung im Haushalt sowie die gemeinsame Gestaltung sozialer Aktivitäten (zum Beispiel Spiele, Besuch kultureller Veranstaltungen et cetera). Gerade die Begleitung zu Arztterminen kann, vor allem in ländlichen Regionen Sachsens, eine große Stütze für die Senioren sein. Alltagsbegleiter können über entsprechende Projektträger vermittelt werden. Da von den ehrenamtlichen Alltagsbegleitern keine Schulung erwartet wird, sollte eine Pflegebedürftigkeit und eine psychische Erkrankung ausgeschlossen sein.

mal 10 Euro/Stunde abrechnen. Nachbarschaftshelfer können über die Pflegedatenbank des Pflagenetzes Sachsen (www.pflagenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/) unter „Pflegeleistung“ – „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ und über Kontaktstellen für Nachbarschaftshilfe gefunden werden. Ferner helfen die Pflegekoordinatoren der Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Fachservicestelle Sachsen gern weiter.

Flyerbestellungen sind über den Broschürenservice des Pflagenetzes Sachsen möglich:

<https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/34244>,

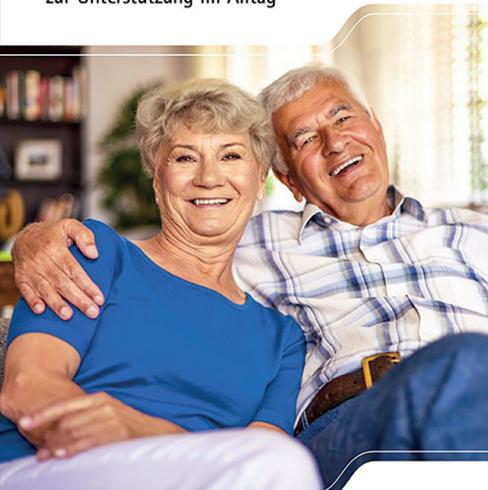
<https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/34263>. ■

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND GESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENHALT



Informationen für Senioren und Pflegebedürftige

Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag



Gutes Leben im Alter

VON MENSCH ZU MENSCH.

Pflegebedürftigen jeden Alters steht bei Bewilligung eines Pflegegrades ab Antragstellung ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro zur Verfügung, der unter anderem für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden kann. Dazu zählt im Freistaat Sachsen auch die Nachbarschaftshilfe, bei der Pflegebedürftige in ihrer Häuslichkeit betreut und/oder entlastet werden. Die volljährigen Nachbarschaftshelfer dürfen weder private Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI noch mit der zu betreuenden Person bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert sein oder mit ihr in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Nach der Teilnahme an einem Grundkurs Nachbarschaftshilfe im Umfang von 5 x 90 Minuten und einem ausreichenden Versicherungsschutz erhält der bürgerschaftlich Engagierte seine Anerkennung durch die eigene Pflegekasse. Danach kann der Nachbarschaftshelfer maximal 40 Stunden/Monat mit maxi-

Marion Beyer
Leiterin Fachservicestelle Sachsen
für Alltagsbegleitung, Nachbarschaftshilfe und
anerkannte Angebote zur Unterstützung
im Alltag
im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales und Gesellschaftlichen
Zusammenhalt
Volkssolidarität Dresden e.V.
Spitzwegstraße 57, 01219 Dresden
Tel.: 0351 5010716
E-Mail: fachservicestelle@sms.sachsen.de

Optionen für die Alltagsbewältigung und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen ab 60 Jahren und Pflegebedürftigen jeden Alters zur Verbesserung der Lebensqualität. Das Förderprogramm „Alltagsbegleiter für Senioren“ richtet sich an nicht pfe-

Qualitätssicherung Hämotherapie 2019



© DRK-Blutspendedienst

Für die Einrichtungen der Krankenversorgung in Sachsen ist die Umsetzung der auf dem Transfusionsgesetz basierenden „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ selbstverständlich geworden. Nach wie vor ist eine wiederkehrende Fragestellung dabei die Bestellung von Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten erst nach der vollständigen Erlangung der geforderten Qualifikationsvoraussetzungen, insbesondere bei personellen Veränderungen oder bei längeren Ausfällen wegen Krankheit. Die neue Audit-Fragestellung G2 Meldepflichten bei Hämophiliepatienten erforderte größeren Arbeitsaufwand als vermutet. Die Fragestellung wurde für das Berichtsjahr 2020 noch einmal überdacht und an die Versorgungsrealität angepasst.

Hinweisen möchten wir auch noch einmal eindringlich darauf, dass der qualifizierte ärztliche Qualitätsbeauftragte Hämotherapie im jährlichen Audit in Zusammenarbeit mit dem Transfusionsverantwortlichen und den Transfusionsbeauftragten und gegebenenfalls weiteren Beteiligten feststellt, wo es gegebenenfalls noch Verbesserungspotenzial gibt.

Der Ist-Stand wird vom Qualitätsbeauftragten Hämotherapie mindestens mit dem Transfusionsverantwortlichen ausgewertet, auf jeden Fall an die Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung weitergegeben, damit diese anschließend mit den Ergebnissen arbeiten und Verbesserungsmaßnahmen einleiten kann. Auch die Transfusionskommission wird vom Qualitätsbeauftragten entsprechend unterrichtet, sodass sie ihre daraus resultierenden Aufträge bearbeiten kann.

Die Aufgabe des Qualitätsbeauftragten Hämotherapie besteht nicht darin, Defizite abzustellen. Dies ist die Aufgabe der Leitung der Einrichtung der Krankenversorgung. Die Beseitigung der Qualitätsdefizite dient in erster Linie der Erhaltung der Patientensicherheit,

aber auch der Berufszufriedenheit und der Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Diese Facette der Arbeit eines Qualitätsbeauftragten Hämotherapie scheint noch nicht von allen in diesem Sinne erkannt und wahrgenommen worden zu sein.

Neu liegen die „Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten - Gesamtnovelle 2020 in der vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats am 21. August 2020 beschlossenen Fassung“ vor.

Den Jahresbericht über die Ergebnisse der Qualitätssicherung Hämotherapie 2019 und weitere Informationen finden Sie unter www.slaek.de → Ärzte → Qualitätssicherung. ■

Anfragen und Anregungen bitte an:
Sächsische Landesärztekammer
Ärztliche Geschäftsführung
Tel.: 0351 8267-311
E-Mail: p.klein@slaek.de

QUALIFIKATION IST PFLICHT

Wir möchten dringend noch einmal darauf aufmerksam machen, dass es bei fehlender Qualifikation der Transfusionsverantwortlichen und der Transfusionsbeauftragten im Schadensfall zu erheblichen rechtlichen Problemen kommen kann, da die Richtlinie die Qualifikation zwingend vorschreibt. Weiterführende Informationen zu den Kursangeboten erhalten Sie unter www.slaek.de → Fortbildung sowie im Referat Fortbildung, Tel.: 0351 8267-379, E-Mail: transfusionsmedizin@slaek.de.

Neuer Tarifabschluss für MFA

In der zweiten Tarifrunde am 8. Dezember 2020 einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte (Arbeitsgemeinschaft der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten-AAA) und der Medizinischen Fachangestellten (Verband medizinischer Fachberufe e. V.) auf einen

- neuen Gehaltstarifvertrag mit einer Laufzeit vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2023,
- aktualisierten Manteltarifvertrag mit einer Laufzeit bis zum 31. Dezember 2023 sowie
- Tarifvertrag zur Regelung der Kurzarbeit mit Gültigkeit vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021.

Zu den Änderungen in den Tarifverträgen geben wir folgende Hinweise:

Gehaltstarifvertrag

Die **Gehälter** werden zum 1. Januar 2021 um sechs Prozent, ab dem 1. Januar 2022 um drei Prozent und ab dem 1. Januar 2023 um 2,6 Prozent linear erhöht, jeweils bezogen auf die Tätigkeitsgruppe I.

Darüber hinaus wurde eine erweiterte Einstufung vom 17. bis zum 28. Berufsjahr vereinbart. Die Beschäftigten er-

halten vom Beginn des Monats an, in dem die nächste Berufsjahrstufe erreicht wird, das Tabellenentgelt nach der neuen Stufe. Als Berufsjahre zählen die Jahre seit der bestandenen Abschlussprüfung zur MFA oder Arzthelferin.

Die **Ausbildungsvergütungen** steigen ebenfalls in drei Stufen an.

Konkret erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen ab dem 1. Januar 2021 im 1. Ausbildungsjahr von 865 Euro auf 880 Euro, im 2. Ausbildungsjahr von 910 Euro auf 935 Euro und im 3. Ausbildungsjahr von 960 Euro auf 995 Euro.

Ab dem 1. Januar 2022 betragen die Ausbildungsvergütungen in den drei Ausbildungsjahren 900 Euro, 965 Euro beziehungsweise 1.035 Euro und ab dem 1. Januar 2023 jeweils 920 Euro, 995 Euro beziehungsweise 1.075 Euro.

Zielsetzung der Erhöhung der Tarifgehälter ist, das Berufsbild MFA in der Einkommens-Rangliste mit anderen vergleichbaren Berufen deutlich aufzuwerten. Hierdurch soll die Attraktivität der Ausbildung zur MFA für Schulabgänger gesteigert werden. Ferner soll

ein Anreiz für gut qualifizierte MFA gesetzt werden, in der ambulanten Versorgung tätig zu bleiben.

Auch wenn vorgenannte Beträge grundsätzlich nur für tarifgebundene Arbeitgeber gelten, ist die Erhöhung für alle Ausbildungsverträge von Relevanz. So muss die Ausbildungsvergütung gemäß den Regelungen im Berufsbildungsgesetz angemessen sein, das heißt die tarifliche Vergütung darf nicht um mehr als 20 Prozent unterschritten werden. Die jeweils zulässigen Mindestsätze sind in der untenstehenden Übersicht dargestellt.

Manteltarifvertrag

Die im Jahr 2018 eingeführte Sonderzahlung steigt im Jahr 2022 ab dem 2. Jahr der Betriebszugehörigkeit von 65 auf 70 Prozent des regelmäßigen Bruttomonatsgehaltes. Dabei muss das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Fälligkeit (1. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres) mindestens sechs Monate bestehen, bei Auszubildenden genügen drei Monate.

Durch den neuen § 17a MTV („Tarifvertrag zur Regelung der Kurzarbeit“) erfolgt die Bezugnahme zum Tarifvertrag zur Regelung der Kurzarbeit.

Ausbildungsvergütungen

Ausbildungsjahr	ab dem 1.1.2021 bis 31.12.2021		ab dem 1.1.2022 bis 31.12.2022		ab dem 1.1.2023 bis 31.12.2023	
	tarifliche Vergütung*	Mindestsätze**	tarifliche Vergütung*	Mindestsätze**	tarifliche Vergütung*	Mindestsätze**
im 1. Jahr monatlich	880 Euro (Brutto)	731,43 Euro (Brutto)	900 Euro (Brutto)	748,05 Euro (Brutto)	920 Euro (Brutto)	764,67 Euro (Brutto)
im 2. Jahr monatlich	935 Euro (Brutto)	777,14 Euro (Brutto)	965 Euro (Brutto)	802,08 Euro (Brutto)	995 Euro (Brutto)	827,02 Euro (Brutto)
im 3. Jahr monatlich	995 Euro (Brutto)	827,02 Euro (Brutto)	1.035 Euro (Brutto)	860,26 Euro (Brutto)	1.075 Euro (Brutto)	893,50 Euro (Brutto)

* ausgehend von der tariflich geregelten Wochenarbeitszeit von 38,5 h

** ausgehend von einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von 40 h

Tarifvertrag zur Regelung der Kurzarbeit

Neu abgeschlossen wurde ein Tarifvertrag zur Regelung der Kurzarbeit für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021. Der Vertrag ist angelehnt an die Regelungen des Öffentlichen Dienstes und enthält unter anderem die Aufstockung zum Kurzarbeitergeld auf 80 Prozent des Netto-

entgelts, den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und die Wiedereinstellung bei befristeten Arbeitsverträgen.

Alle Tarifverträge finden Sie unter anderem auf der Homepage der Bundesärztekammer unter: www.bundesaerztekammer.de/mfa/tarife/. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

MITTEILUNGEN DER KVS

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D012	Allgemeinmedizin*)	Radebeul	11.03.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D013	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häuftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.03.2021
21/D014	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	11.03.2021

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/C008	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Aue-Schwarzenberg	11.03.2021
21/C009	Augenheilkunde	Chemnitz, Stadt	11.03.2021
21/C010	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Chemnitz, Stadt	24.02.2021
21/C011	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitz, Stadt	24.02.2021
21/C012	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.02.2021
21/C013	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.02.2021
21/C014	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Chemnitzer Land	11.03.2021
21/C015	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	24.02.2021
21/C016	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	11.03.2021
21/C017	Orthopädie / ZB Chirotherapie, Akupunktur	Zwickau	24.02.2021
21/C018	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	11.03.2021
21/C019	Kinder- und Jugendmedizin	Zwickau	11.03.2021

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			
21/L010	Innere Medizin*)	Leipzig	11.03.2021
21/L011	Innere Medizin*)	Leipzig	24.02.2021
21/L012	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	24.02.2021
21/L013	Allgemeinmedizin*) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig	24.02.2021
21/L014	Innere Medizin*)	Leipzig	11.03.2021
21/L015	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	24.02.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L016	Kinder- und Jugendmedizin	Torgau-Oschatz	11.03.2021
21/L017	Kinder- und Jugendmedizin	Torgau-Oschatz	11.03.2021
21/L018	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	24.02.2021

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.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Annaberg-Buchholz	geplante Abgabe: 01.04.2021
Innere Medizin*)	Döbeln	geplante Abgabe: Mai 2021 oder zeitiger nach Absprache

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: März 2021
Praktischer Arzt*)	Freital	Abgabe: April 2021
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: Mai 2021
Praktischer Arzt*)	Weißwasser	Abgabe: Ende 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: 02.01.2022

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

Unsere Jubilare im März 2021

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.03.** Dipl.-Med. Graf, Carla
04451 Panitzsch
- 02.03.** Auer, Rosemarie
02828 Görlitz
- 02.03.** Dr. med. Hable, Kersti
04579 Espenhain
- 02.03.** Dr. med. Schramek, Jörg
04319 Leipzig
- 03.03.** Dipl.-Med. Lenz, Marina
09350 Lichtenstein
- 04.03.** Dr. med. Dette, Thomas
08233 Treuen
- 04.03.** Dipl.-Med. Schiddel, Sabine
04720 Döbeln
- 08.03.** Dipl.-Med. Kanis, Johannes
08321 Zschorlau
- 09.03.** Dr. med. Goerlich, Thomas
04275 Leipzig
- 09.03.** Dr. med. Hänig, Gudrun
01445 Radebeul
- 09.03.** Dipl.-Med. Kotrini, Larissa
09127 Chemnitz
- 12.03.** Dipl.-Med. Arzberger, Heike
01662 Meißen
- 13.03.** Dr. med. Friedrich, Angelika
04109 Leipzig
- 13.03.** Prof. Dr. med. habil.
Kortmann, Rolf-Dieter
04103 Leipzig
- 14.03.** Dipl.-Med.
Matthes, Angelika
04356 Leipzig
- 15.03.** Dipl.-Med. Gutzke, Cordula
01844 Neustadt / Sa.
- 15.03.** Dr. med. Kreller, Erika
01796 Pirna
- 15.03.** Dr. med. Wohlgemuth, Gudrun
01558 Großenhain
- 16.03.** Dr. med. Heidrich, Marina
09366 Stollberg
- 16.03.** Dr. med. Schulz, Konrad
02633 Gaußig
- 19.03.** Dipl.-Med. Zenker, Kerstin
08523 Plauen

- 20.03.** Dipl.-Med. Bartl, Steffi
08371 Glauchau
- 20.03.** Dipl.-Med. Fichtner, Eva
09366 Stollberg
- 20.03.** Dr. med. Horlbeck, Richard
04229 Leipzig
- 21.03.** Dipl.-Med. Michaelsen, Stefan
01309 Dresden
- 22.03.** Dr. med. Hasse, Erdmute
01279 Dresden
- 22.03.** Dr. med. Pluta, Lutz
04416 Markkleeberg
- 24.03.** Dipl.-Med. Lippmann, Romy
09244 Lichtenau
- 24.03.** Dr. med. Martin, Martina
04668 Grimma
- 24.03.** Dipl.-Med.
Weißig-Liebscher, Eva
01814 Rathmannsdorf
- 25.03.** Dr. med. Hildebrand-
Hartmann, Christina
04416 Markkleeberg
- 27.03.** Dipl.-Med. Seiniger, Gabriele
08064 Zwickau
- 28.03.** Dipl.-Med. Kuntz, Christoph
09212 Limbach-Oberfrohna
- 28.03.** Dipl.-Med. Markert, Christine
09123 Chemnitz
- 28.03.** Dr. med. Martin, Anita
04109 Leipzig
- 28.03.** Dr. med. Rahmig, Gabriele
09471 Königswalde
- 28.03.** Dr. phil. nat. Siegert, Joachim
01099 Dresden
- 29.03.** Dr. med. Brunner, Hannelore
04207 Leipzig
- 30.03.** Dipl.-Med. Gerth, Christina
04680 Colditz
- 31.03.** Dr. med. Ronneberger, Konrad
04509 Delitzsch

70 Jahre

- 01.03.** Dipl.-Med. Nesztler, Elke
09526 Olbernhau

- 01.03.** Dipl.-Med. Seifert, Sieglinde
09456 Annaberg-Buchholz
- 02.03.** Dr. med. Schiller, Frank
08645 Bad Elster
- 03.03.** Prof. Dr. med. habil.
Klöppel, Rainer
04316 Leipzig
- 05.03.** Dr. med. Birke, Reinhold
04155 Leipzig
- 05.03.** Dipl.-Med. Ebert, Dagmar
04425 Taucha
- 05.03.** Dr. med. Nagel, Susanne
04105 Leipzig
- 06.03.** Dr. med. Themel, Karin
08223 Falkenstein
- 07.03.** Dr. med. Henke, Roswitha
04207 Leipzig
- 08.03.** Dr. med. Güttler, Brigitte
08309 Eibenstock
- 08.03.** Dr. med. Kellermann, Jutta
08523 Plauen
- 08.03.** Dr. med. Maßlich, Hubert
01731 Kreischa
- 08.03.** Dr. med. Schöne, Rosemarie
04435 Schkeuditz
- 09.03.** Dr. med. Heinze, Marlies
04821 Brandis
- 09.03.** Dr. med. Wiesner, Gabriele
04779 Wernsdorf
- 13.03.** Dr. med. Heiland, Gernot
08412 Werdau / OT Leubnitz
- 13.03.** Dipl.-Med.
Lieberwirth, Margit
08529 Plauen
- 13.03.** Lorer, Kaleria
08523 Plauen
- 15.03.** Prof. Dr. med. habil.
Sternitzky, Reinhardt
01328 Dresden
- 23.03.** Dr. med. Lorenz, Thomas
08261 Schöneck
- 23.03.** Dr. med. Voerkel, Wolfgang
04416 Markkleeberg
- 24.03.** Dr. med. Riecke, Jörg-Michael
01796 Pirna
- 24.03.** Walther, Friedrun
09350 Lichtenstein
- 27.03.** Dr. med. habil.
Knöfler, Wolfram
04435 Schkeuditz
- 27.03.** Meyer, Ulrike
09618 Brand-Erbisdorf
- 28.03.** Dr. med. Strehle, Wolfram
09573 Leubsdorf

- 28.03.** Dr. med. Wunderlich, Anita
09328 Lunzenau
- 29.03.** Dr. med. Hahn, Frank-Steffen
01139 Dresden
- 30.03.** Dr. med. Unger, Christina
08309 Eibenstock
- 31.03.** Leichsenring, Manfred
08312 Lauter
- 31.03.** Dr. med. Nolopp, Rosemarie
04347 Leipzig

75 Jahre

- 01.03.** Dr. med. Heilmann, Johannes
08523 Plauen
- 06.03.** Dr. med. Benedix, Peter
01589 Riesa
- 13.03.** Kunath, Regina
08112 Wilkau-Haßlau
- 13.03.** Dr. med. Küppers, Peter
02694 Großdubrau
- 14.03.** Bothe, Monika
08645 Bad Elster
- 15.03.** Dr. med. Hahn, Ingrid
02827 Görlitz
- 16.03.** Meitsch, Renate
04299 Leipzig
- 19.03.** Dr. med. Kupfer, Bernd
08606 Oelsnitz
- 19.03.** Dr. med. Schwenke, Irmhild
01640 Coswig
- 23.03.** Dipl.-Med.
Leonhardt, Christine
04155 Leipzig
- 24.03.** Dr. med. Philipp, Almut
04105 Leipzig
- 30.03.** Dr. med. Oestreich, Sonja
09376 Oelsnitz

80 Jahre

- 01.03.** Dr. med. Buschbeck, Joachim
08228 Rodewisch
- 01.03.** Dr. med. Mauersberger, Monika
09600 Weißenborn
- 04.03.** Dr. med. Schädlich, Heide
01187 Dresden
- 05.03.** Dr. med. Brunner, Regina
04179 Leipzig
- 05.03.** Dr. med. Dr. med. dent.
Wörle, Michael
04416 Markkleeberg

- 06.03.** Dr. med. Mittag, Barbara
04683 Belgershain
- 07.03.** Fickert, Hans-Erich
08209 Auerbach
- 07.03.** Dr. med. Ihle, Marianne
04279 Leipzig
- 07.03.** Dr. med. Meier, Helmut
04289 Leipzig
- 07.03.** Dr. med. Michler, Elke
01237 Dresden
- 08.03.** Dr. med.
Herrmann, Waltraud
02999 Weißkollm
- 08.03.** Dr. med. Pahl, Ingrid
08529 Plauen
- 09.03.** Dr. med.
Birkenhagen, Reinhard
01445 Radebeul
- 09.03.** Dr. med. Wendler, Klaus
08304 Schönheide
- 11.03.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Wiedemann, Bernd
04347 Leipzig
- 12.03.** Dr. med. Kühnöl, Monica
01187 Dresden
- 12.03.** Dr. med. Schöche, Ulrike
09113 Chemnitz
- 14.03.** Dr. med. Erbe, Adelheid
01187 Dresden
- 14.03.** Hoffmann, Margarete
02625 Bautzen
- 14.03.** Dipl.-Med.
Joppien, Hans-Georg
04279 Leipzig
- 14.03.** Dr. med. Schulz, Ilse
04107 Leipzig
- 14.03.** Dr. med. Wunder, Horst
04758 Oschatz
- 17.03.** Dr. med. Lorenz, Almut
04299 Leipzig
- 18.03.** Körner, Klaus
02625 Bautzen
- 19.03.** Dr. med. Siegel, Angelika
01279 Dresden
- 20.03.** Jahn, Gisela
04668 Grimma
- 21.03.** Dr. med. Müller, Heidemarie
08491 Limbach
- 24.03.** Dr. med. Hentschel, Marlies
01445 Radebeul
- 25.03.** Harrendorf-Weinert, Regina
04442 Zwenkau
- 27.03.** Dr. med. Frank, Ursula
09599 Freiberg

- 27.03.** Dr. med. Kneehans, Steffen
09648 Mittweida
- 28.03.** Prof. Dr. med. habil.
Nentwich, Hans-Jürgen
08060 Zwickau
- 29.03.** Dr. med. Beeke, Norman
09113 Chemnitz
- 29.03.** Brendler, Ute
02625 Bautzen
- 30.03.** Gräfe, Gertraute
04105 Leipzig
- 30.03.** Dr. med. Holstein, Siegfried
01936 Königsbrück
- 30.03.** Dr. med. Stahl, Elke
08412 Werdau
- 31.03.** Dr. med. Naumann, Christa
01257 Dresden

85 Jahre

- 02.03.** Dr. med. Stoschek, Hanna
01326 Dresden
- 03.03.** Dr. med. Geissler, Waldemar
01594 Heyda
- 03.03.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Kotte, Wolfgang
01471 Berbisdorf
- 08.03.** Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut
01796 Pirna
- 09.03.** Dr. med. Aleksic, Leonore
09122 Chemnitz
- 11.03.** Dr. med. Bach, Herta
01277 Dresden
- 11.03.** Dr. med. Werner, Ilse
09306 Erlau
- 12.03.** Dr. med. Jendreschek, Christa
01217 Dresden
- 13.03.** Dr. med.
Joachim, Hans-Edleff
02826 Görlitz
- 13.03.** Dr. med. Kademann, Heinz
04509 Delitzsch
- 15.03.** Dr. med. Müller, Harry
04703 Leisnig
- 19.03.** Schmolling, Dietlinde
08499 Mylau
- 21.03.** Dr. med. Büttig, Manfred
01796 Pirna
- 22.03.** Wintzer, Ulrike
09131 Chemnitz
- 26.03.** Dr. med. Höpner, Siegfried
09117 Chemnitz

86 Jahre

- 03.03.** Dr. med. Grimm, Isolde
01689 Weinböhla
- 04.03.** Dr. med. Busse, Renate
08393 Meerane
- 05.03.** Dr. med. Behrendt, Gisela
04299 Leipzig
- 16.03.** Dr. med. Dieck, Georg
04109 Leipzig
- 16.03.** Dr. med. Weller, Günther
08228 Rodewisch
- 18.03.** Dr. med. Haße, Manfred
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 21.03.** Dr. med. Pachmann, Peter
09120 Chemnitz
- 22.03.** Dr. med. habil.
Vetter, Joachim
09366 Stollberg
- 23.03.** Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried
08525 Plauen
- 29.03.** Dr. med.
Buschbacher, Richard
09111 Chemnitz
- 29.03.** Doz. Dr. med. habil.
Föttsch, Rolf
01768 Glashütte

87 Jahre

- 02.03.** Prof. Dr. med. habil.
Raatzsch, Heinz
01309 Dresden
- 02.03.** Dr. med. Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
- 03.03.** Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
- 04.03.** Dr. med. Buhr, Joachim
08468 Reichenbach
- 11.03.** Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
- 16.03.** Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Oberschöna
- 21.03.** Dr. med. Jäger, Johannes
01279 Dresden
- 21.03.** Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
- 21.03.** Dr. med. Schneider, Helga
09131 Chemnitz
- 22.03.** Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Grimma

- 22.03.** Dr. med.
Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
- 23.03.** Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Dübén
- 29.03.** Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißenborn
- 30.03.** Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg

88 Jahre

- 01.03.** Dr. med. Weinert, Klaus
01219 Dresden
- 05.03.** Dr. med. Fischer, Peter
02957 Krauschwitz
- 05.03.** Kümmel, Siegfried
01561 Priestewitz
- 11.03.** Prof. Dr. med. habil.
Hartig, Wolfgang
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03.** Dr. med. Dr. rer. nat.
Muschner, Konrad
01705 Freital/Pesterwitz
- 20.03.** Dr. med. Rauer, Eleonore
01737 Kurort Hartha
- 25.03.** Dr. med. Kramer-Schmidt,
Barbara-Esther
02794 Leutersdorf
- 25.03.** Dr. med. Kühne, Joachim
09526 Pfaffroda

89 Jahre

- 03.03.** Dr. med. Arbeiter, Michael
09661 Hainichen
- 05.03.** Doz. Dr. med. Dr. med. dent.
Dyrna, Joachim
04316 Leipzig
- 17.03.** Dr. med. Bresan, Johann
01917 Kamenz
- 28.03.** Dr. med. Vogel, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03.** Dr. med. Heyder, Horst
01217 Dresden
- 29.03.** Dr. med. Schurig, Wolfram
01796 Pirna

90 Jahre

- 12.03.** Dr. med. Kühne, Sighilt
09526 Pfaffroda

- 21.03.** Dr. med. Richter, Christa
01217 Dresden
- 30.03.** Dr. med. Krügel, Elisabeth
04178 Leipzig

91 Jahre

- 31.03.** Dr. med. Fröhlich, Barbara
01768 Glashütte

92 Jahre

- 06.03.** Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
- 14.03.** Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
- 25.03.** Dr. med. Klein, Charlotte
04289 Leipzig
- 27.03.** Wientzek, Bernhard
01067 Dresden

93 Jahre

- 02.03.** Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
- 24.03.** Dr. med. Tscharncke, Gudrun
01307 Dresden

94 Jahre

- 19.03.** Steinmann, Erna
04328 Leipzig

97 Jahre

- 19.03.** Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
- 27.03.** Eisner, Ingeborg
04315 Leipzig

100 Jahre

- 11.03.** Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig

In memoriam Dr. med. Martin Rosenkranz

* 21. Januar 1941 † 17. März 2004

Am 21. Januar 2021 wäre unser Kollege, Dr. med. Martin Rosenkranz, Mitbegründer des Instituts für Pathologie am Elsapark in Leipzig, 80 Jahre alt geworden. Am 17. März 2004 war er, immer hoffnungsvoll in die Zukunft blickend, seinem schweren Leiden erlegen.

Martin Rosenkranz wurde am 21. Januar 1941 in Danzig in einer Akademikerfamilie geboren. Von 1959 bis 1965 studierte er Humanmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig und erhielt am 6. September 1965 die Approbation als Arzt. Danach wurde er Assistent am Pathologischen Institut der Universität unter Prof. Dr. med. habil. Gottfried Holle. Im Februar 1967 promovierte er mit der Dissertationsschrift „Das Bronchialkarzinom und seine Metastasen im Zusammenhang mit dem histologischen Bild an Hand des Sektionsmaterials von 1948 bis 1963“ zum Dr. med. (summa cum laude). Nach bestandener Facharztprüfung am 18. März 1970 wurde er als Facharzt für Pathologische Anatomie in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis am Pathologischen Institut der Universität übernommen. Hier verbrachte Dr. Rosenkranz 27 Jahre seiner beruflichen Tätigkeit als Pathologe. Er war in Lehre, Forschung und Diagnostik voll integriert. Seine wissenschaftliche Tätigkeit war eingebunden in die Forschungsgruppe Rheumatologie unter Prof. Dr. med. habil. Gottfried Geiler. Er arbeitete im Forschungsprojekt degenerativer und entzündlicher Gelenkrheumatismus und im Bereich der klinischen und experimentellen Immunologie, der Perinatalogie und der klinischen Pathologie. Am Universitätsinstitut erwarb Dr. Rosenkranz umfangreiche Erfahrungen



Dr. med. Martin Rosenkranz

in der Autopsie- und Biopsiediagnostik (über 4.500 Autopsien durchgeführt, über 60.000 Sektionen gesehen, über 280.000 Biopsien beurteilt).

Er war im histologischen Eingangslabor unter dem Direktorat von Prof. Dr. med. habil. Arno Hecht eigenverantwortlich tätig. Ihm oblag die Ausbildung der Fachärztkandidaten in histologischer Diagnostik sowie die Betreuung von Diplomanden und Doktoranden. Außerdem organisierte er die Schnittseminare für alle südlichen Institute und Prosekturen der DDR.

Nach der politischen Wende sah Dr. Rosenkranz seine Zukunft in den nun entstehenden ärztlichen Niederlassungen. Bereits zum 1. Januar 1991 hatte Dr. med. Joachim Uhl eine Praxis für Pathologie als erste private Praxis für Pathologie in den neuen Bundesländern in der Hans-Poche-Straße in Leipzig gegründet und zahlreiche Partner gewonnen. Im September 1992 trat Dr. Rosenkranz in diese Praxis ein, die nun als Gemeinschaftspraxis für

Pathologie weitergeführt wurde. Sein in den Universitätsjahren erworbenes Wissen und die dabei gewonnene Routine erleichterten ihm die Bewältigung der Aufgaben beim Aufbau eines modernen Instituts, der täglichen Routine und der Personalführung wesentlich. Seit 1. Januar 1993 wurden die beiden Protagonisten durch Prof. Dr. med. habil. Gerhard Taubert unterstützt.

Die Praxisräume wurden bald zu eng. Daher wurde ein Neubau in der Leipziger Elsastraße in Angriff genommen und zum Jahreswechsel 1997/1998 das neue Institut für Pathologie am Elsapark bei laufendem Routinebetrieb bezogen.

Der Aufbau und Betrieb dieses privaten Instituts, gemeinsam mit Dr. med. Joachim Uhl, darf als Höhepunkt des Berufslebens von Dr. Rosenkranz und als seine bleibende Lebensleistung angesehen werden. Es entwickelte sich zu einem Schwerpunkt der morphologischen Gewebs- und Zytodiagnostik im Raum Leipzig und darüber hinaus und ist Partner zahlreicher klinischer Einrichtungen und niedergelassener Kollegen. Unter seinen Nachfolgern wurde diese Entwicklung weitergeführt und auf hohem fachlichen Niveau gefestigt.

Zu seinem 80. Geburtstag gedenken wir unseres Kollegen in herzlicher Erinnerung an viele Jahre eines gemeinsamen beruflichen Weges. Seine fachliche Kompetenz, seine menschliche Wärme und Hilfsbereitschaft werden unvergessen bleiben. ■

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Taubert, Leipzig
Dr. med. Joachim Uhl, Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Peter Stiehl, Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel

* 6. August 1929

† 12. Januar 2021

Am 12. Januar 2021 verstarb unser hochgeschätzter Kollege und verehrter Lehrer, Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel. Heinrich Geidel wurde 1929 in Leipzig geboren. Nach dem Medizinstudium begann er 1957 seine Facharzt Ausbildung für Innere Medizin in Jena unter Prof. Dr. med. habil. Walter Brednow und Prof. Dr. med. habil. Albrecht Beickert. Durch sie wurde seine Leidenschaft für die Rheumatologie und Immunologie geweckt.

1960 promovierte Heinrich Geidel zum Thema „Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung des Lupus erythematodes-Phänomens und andere Autophagozytoseerscheinungen im Blut“, eine Arbeit, die bis in die heutige Zeit Beachtung findet.

Mit Prof. Beickert kam Heinrich Geidel 1961 in das Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, wurde dort 1965 Oberarzt und nach dem plötzlichen Tod von Prof. Beickert 1976 Chefarzt der 1. Medizinischen Klinik.

Unter der Leitung von Heinrich Geidel wurde die Klinik zu einem wichtigen Ansprechpartner für die niedergelassenen Kollegen. Die praxisnahen „klinischen Visiten“, ärztliche Fortbildungen am Krankenbett, waren sehr gefragt.

1980 habilitierte Heinrich Geidel mit einem Thema zu metabolischen Störungen, wurde Honorarprofessor an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und 1994 zum außerordentlichen Professor ernannt.

Prof. Geidel war von 1990 bis 1997 Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und von 1991 bis 1997 Gründungsvorsitzender der Aka-



Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel

demie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Sachsen. Zugleich war er viele Jahre Mitglied des Senats für ärztliche Fortbildung bei der Bundesärztekammer. An der Organisation mehrerer Kongresse war er führend beteiligt und veröffentlichte über 100 wissenschaftliche Arbeiten.

Seine Verdienste wurden mehrfach mit Auszeichnungen gewürdigt, unter anderem erhielt er die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer. Pensionierung bedeutete für Prof. Geidel keineswegs Ruhestand. Von seiner langjährigen Erfahrung profitierten die Patienten in der Medizinischen Klinik 3 und Poliklinik des Universitätsklinikums (unter Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder) und später in der Schwerpunktpraxis von Dr. med. Kirsten Lühke. Einfühlsam betreute er die Patienten, manche über 40 Jahre lang. Als ehemalige Schüler haben wir Prof.

Geidel sehr viel zu verdanken. Er war ein strenger und durchaus autoritärer Lehrer. Vor Chefarztvisiten hatten wir als damalige Assistenzärzte großen Respekt. Die aufmerksame Befragung und gründliche klinische Untersuchung des Patienten waren selbstverständlich, spätestens bei der Diskussion der Entlassungsbriefe konnte man wegen Ungenauigkeiten zur Rede gestellt werden. Wir haben viel aus diesen Gesprächen gelernt, nicht zuletzt, jeden Patienten in seiner Gesamtheit, seinem Umfeld zu sehen und wertzuschätzen. Prof. Geidel scheute sich nicht vor Auseinandersetzungen. Aufrecht und vehement vertrat er die Interessen von Patienten und Ärzten, forderte wieder mehr Mitspracherecht der Ärzte in der Gesundheitspolitik und wendete sich gegen die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin.

Er war ein „Urgestein“ der Sächsischen Rheumatologie und hat diese über viele Jahrzehnte, aber auch viele von uns in unserem ärztlichen Handeln wesentlich geprägt.

Wir alle, Kollegen, Schüler oder Patienten, werden ihn sehr vermissen. Wir verlieren einen hochgeschätzten Lehrer und Arzt, einen wertvollen Kollegen und väterlichen Freund. Wir werden uns dankbar an viele kleine Episoden und Geschichten erinnern und sein Andenken in Ehren bewahren. Unser Mitgefühl und unsere Verbundenheit gelten seiner Familie. ■

Dr. med. Kirsten Lühke, Dresden
Dr. med. Leonore Unger, Dresden
Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder,
Dresden

Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozent

Medizinische Fakultät Technische Universität Dresden – IV. Quartal 2020

Priv.-Doz. Dr. med.

Robert Haußmann,

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ erteilt.

Thema: „Prädiktion von Neurodegeneration in der multidimensionalen Demenzdiagnostik“

Verleihungsbeschluss: 1.10.2020

Priv.-Doz. Dr. rer. nat.

Robert Freudenberg,

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Nuklearmedizin“ erteilt.

Thema: „Die Bedeutung der Dosisbestimmung bei der Zellbestrahlung mit offenen Radionukliden“

Verleihungsbeschluss: 28.10.2020

Priv.-Doz. Dr. med. Percy Schröttner,

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ erteilt.

Thema: „Charakterisierung von seltenen und erst kürzlich beschriebenen humanpathogenen Bakterien“

Verleihungsbeschluss: 28.10.2020

Priv.-Doz. Dr. med. Cornelia Link-Rachner,

Medizinische Klinik und Poliklinik I am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.

Thema: „T Zell Rezeptor Sequenzierung zur Charakterisierung des Immunrepertoires nach allogener Stammzelltransplantation“

Verleihungsbeschluss: 16.12.2020

Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Nowotny,

UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & plastische Chirurgie am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Orthopädie und Unfallchirurgie“ erteilt.

Thema: „Biomechanische und biologische Konzepte zur Therapieoptimierung von Erkrankungen und Verletzungen des Ellenbogengelenks“

Verleihungsbeschluss: 16.12.2020

Medizinische Fakultät Universität Leipzig – IV. Quartal 2020

Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Hollenbach,

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Pulmologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ zuerkannt.

Verleihungsbeschluss

Priv.-Doz: 13.10.2020

Priv.-Doz. Dr. rer. med.

Henry Oppermann,

Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Medizin/Biochemie“ zuerkannt.

Verleihungsbeschluss

Priv.-Doz.: 13.10.2020

Priv.-Doz. Dr. rer. med. Ronny Grunert,

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Medizin“ zuerkannt.

Verleihungsbeschluss

Priv.-Doz: 13.10.2020

Dr. rer. nat. Claudia Uta Stäubert,

Rudolf-Schönheimer-Institut für Biochemie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach „Physiologische Chemie/Biochemie“ zuerkannt.

Thema: „Understanding cancer metabolism and metabolite-sensing GPCRs through application of pharmacological, biochemical and evolutionary approaches“

Verleihungsbeschlüsse

Habilitation: 13.10.2020

Priv.-Doz.: 17.11.2020

Dr. med. Christian Besler,

Universitätsklinik für Kardiologie – Helios-Stiftungsprofessur, Herzzentrum Leipzig, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin und Kardiologie“ zuerkannt.

Thema: „Untersuchungen zum Stellenwert kardiovaskulärer Risikofaktoren und Biomarker im Kontext krankheitsassoziiertes Inflammation“

Verleihungsbeschlüsse

Habilitation: 13.10.2020

Priv.-Doz.: 17.11.2020

Dr. med. Christopher Michael Weise,

Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Neurologie“ zuerkannt.

Thema: „Neurobiologische und behaviorale Aspekte der Adipositas und der menschlichen Energiehomöostase“

Verleihungsbeschluss

Habilitation: 13.10.2020

Dr. med. Daniel Lavall,

Klinik und Poliklinik für Kardiologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin und Kardiologie“ zuerkannt.

Thema: „Myokardiales Remodeling: Molekulare Mechanismen und funktionelle Auswirkungen“

Verleihungsbeschluss

Habilitation: 15.12.2020

Dr. med. Amrei von Braun,

Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie, Bereich Infektions- und Tropenmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ zuerkannt.

Thema: „HIV-Infektion und Tuberkulose-Koinfektion in Ländern mit limitierten Ressourcen: Klinische, diagnostische und therapeutische Herausforderungen am Beispiel Ugandas“

Verleihungsbeschluss

Habilitation: 15.12.2020

Dr. med. dent. Gerhard Schmalz,

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Zahnheilkunde“ zuerkannt.

Thema: „Oral health situation, dental behavior and oral health-related quality of life in patients on haemodialysis and after kidney transplantation“

Verleihungsbeschluss

Habilitation: 15.12.2020

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.

Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M.A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden

www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,

Iffnenpfad 2–4, 12107 Berlin

Telefon: 030 76180-5

Telefax: 030 76180-680

Internet: www.quintessenz.de

Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig

E-Mail: leipzig@quintessenz.de

Anzeigendisposition: Silke Johné

Telefon: 0341 710039-94

Telefax: 0341 710039-99

E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2021, gültig ab 01. Januar 2021

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 übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen werden in der männlichen Form verwendet. Diese gelten einheitlich und neutral für Personen jeglichen Geschlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen 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 gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls 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 erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: www.slaek.de

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, 2021