

Ärzteblatt Sachsen

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



ÄRZTLICHE KOLLEGIALITÄT Eine Tugend der Vergangenheit?

Lesen Sie auf Seite 5

Real-World-Daten
Krebsregister Sachsen

12

Tag des Gesundheits-
amtes 2025

18

Frakturen durch
Kindesmisshandlung

30

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. Jana Gärtner
Jenny Gullnick
Dr. med. Marco J. Hensel
Dr. med. Roger Scholz
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ute Taube
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. med. Amrei von Lieres und Wilkau
[seitens Geschäftsführung:](#)
Dr. Michael Schulte Westenberg
Dr. med. Patricia Klein
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistenz

Kristina Bischoff M. A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundekig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessence-publishing.com
Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-74
E-Mail: john@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreislise 2025,
gültig ab 01. Januar 2025

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,

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

Bezugspreise / Abonnementpreise:

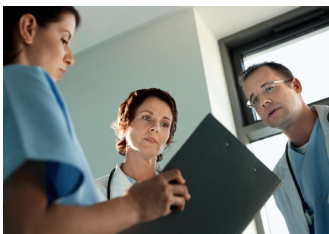
Inland: jährlich 162,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 162,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 16,00 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung
des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten
zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an
den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden
jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2025

Inhalt



Tag des
Gesundheitsamtes 2025
Seite 18



Fortbildung:
Ärztliche Führung
Seite 24



Frakturen langer
Röhrenknochen durch
Kindermisshandlung
Seite 30

MEINE MEINUNG	▪ Ab Mai wird alles neu?	4
BERUFSPOLITIK	▪ Ärztliche Kollegialität – eine Tugend der Vergangenheit?	5
	Ärztliche Kollegialität heute	5
	Kollegialität ist keine Leitlinie	7
	Stimmen ärztlicher Senioren zur Kollegialität	8
	Zehn Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung	10
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Real-World-Daten aus dem Krebsregister Sachsen	12
	▪ Interview „Karzinompatienten in Sachsen steht sowohl unter quantitativen als auch qualitativen Gesichtspunkten eine gute Versorgung zur Verfügung“	17
	▪ Tag des Gesundheitsamtes 2025	18
WEITERBILDUNG	▪ Digital zur Hausarzt-Karriere in Chemnitz	19
KOMMISSION SENIOREN	▪ Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit/Ehrenamt gesucht	20
	▪ 29. Sächsisches Seniorentreffen 2025	20
	▪ Umfrage: Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand	21
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Kreisärztekammer Dresden (Stadt)	21
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Konzerte und Ausstellungen	21
	▪ 35. Sächsischer Ärztetag	22
	▪ Die FobiApp im neuen Gewand	23
	▪ Ärztliche Führung neu denken	24
	▪ Geschäftsführer bei der Krebsregister Sachsen gGmbH gesucht	24
	▪ „Der frühe Vogel fängt den Wurm“	25
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Ärztliche Untersuchung der Auszubildenden gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz	26
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	27
ORIGINALIE	▪ Frakturen langer Röhrenknochen durch Kindesmisshandlung	30
LESERBRIEFE	▪ Ein Hoch auf die Umsetzung des MuSchG	33
PERSONALIA	▪ Abgeschlossene Habilitationen Verleihung Privatdozentur	35
	▪ Jubilare im Juni 2025	37
	▪ Nachruf für Dr. med. Dietmar Seifert	40
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – Juli 2025	



Dr. med. Heike Höger-Schmidt

Ab Mai wird alles neu?

Der Wechsel im Bundesgesundheitsministerium hat bei Erscheinen dieses Heftes wohl bereits stattgefunden. Mir persönlich wird Herr Lauterbach nicht fehlen.

Der Koalitionsvertrag gibt zum Thema Gesundheitsversorgung nur wenig her. Das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) hat einige gute Ansätze, aber das Versorgungsproblem bleibt ungelöst. Hierfür braucht es Anreize, die Produktion wieder in Europa anzusiedeln. Solange Vergaberichtlinien den „billigsten August“ präferieren und Bürokratie zwischen Entwicklung und Vertrieb erhalten bleibt, könnte sich die Situation weiter verschlechtern.

Weniger stationär, mehr ambulant – richtig, aber schwierig. Primär ist eine ehrliche Analyse zu Leistungsfähigkeit und Problemen erforderlich. Ambulantisierungspotenzial steht und fällt mit der Vernetzung von aktuell streng getrennten Praxis- und Kliniksystemen. Versuchen Sie doch mal, für einen ambulanten Patienten nur EINE spezielle Einzeluntersuchung in einem Krankenhaus umgehend zu bekommen oder für einen stationären Patienten im spezialisierten ambulanten Bereich – geht nicht. Gibt es 24/7 flexibel belegbare ambulante Pflegeeinrichtungen, um leichtere, sonst stationäre Fälle mit Pflegebedarf für wenige Tage zu betreuen? Gibt es überhaupt genügend Praxen auf dem Land, die nach Ambulantisierung der Eingriffe die Weiterversorgung abdecken können? Es reicht eben nicht, aus dem Elfenbeinturm nach unten zu schauen und die gute Versorgungslage von Berlin auch für den ländlichen Raum anzunehmen. Erste Ansätze

zur Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) können da nur ein Anfang sein.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) birgt die größte Struktur- und Prozessänderung im deutschen Gesundheitswesen. Noch sichern die Mitarbeiter die stationäre Versorgung, wenn auch mit Frustpotenzial. Aber das System ist ineffizient und träge, hat Fehlanreize im DRG-System und ist an Sektorengrenzen gebunden. Reformstau, Personal-, Energie- und Sachkostensteigerungen, neue medizinische Anforderungen, gestiegene Patientenerwartungen und Bürokratie haben Krankenhäuser in finanzielle Schieflage gebracht und die Versorgung nicht verbessert. Das soll sich jetzt ändern. Das System soll qualitativ besser und vor allem effizienter werden. Respekt für Herrn Lauterbach, er hat das heiße Eisen angefasst. Aber gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht.

Die Leistungsgruppen(LG)-Systematik wurde in NRW als krankenhausplanerisches Instrument entwickelt, im KHVVVG dient sie auch als Finanzierungsinstrument. Der InEk-Group gibt eine Verknüpfungssystematik von LGs mit Qualitäts- und Personalanforderungen vor, bei der man sich genau überlegen muss, welche zusammenhängenden LGs leistbar sind. Ärztekammern und Weiterbildungsverbünde sind dabei unverzichtbar, da die ärztliche Weiterbildung in neuen Kooperationen gedacht werden muss.

Wenn die LGs pro Haus bekannt sind, wird die Patientensteuerung für geplante Einweisungen transparenter. Bei Notfällen bleibt es schwierig, denn ein Symptom ist nun mal keine LG-relevante Diagnose. Diese Patienten, aber auch stationäre Patienten mit Komplikationen, müssen künftig öfter zwischen den Häusern verlegt werden. Dafür braucht es Abrechnungsmöglichkeiten für erbrachte Leistungen und Konzepte für 24/7-Transportkapazitäten. Noch fehlt die Rechtsverordnung – vielleicht klärt sich damit einiges. Leider bleiben Stand jetzt die Fehlanreize im DRG-System und die Fixierung auf lukrative elektive Versorgung erhalten. Diese ist in Organisation, Personal und Erlös planbar. Notfallpatienten – unplanbar, personalaufwändig, fraglich erlösrelevant – konkurrieren so weiter um die gleichen Ressourcen und das Abflussproblem der Notaufnahmen bleibt.

Der Wechsel im Bundesgesundheitsministerium wird hoffentlich (Ich weiß, die Hoffnung...) gute Lösungen bringen. Wünschen wir dafür solide Sachkenntnis und viel Erfolg. ■

Dr. med. Heike Höger-Schmidt
Vorstandsmitglied

Ärztliche Kollegialität – eine Tugend der Vergangenheit?

An die Kommission Senioren werden immer wieder Anfragen und Meinungen zum Thema Kollegialität herangetragen. Die Kommission befasste sich deshalb in mehreren Beratungen mit dieser Thematik.

In unserer Berufsordnung sind in § 29 Grundprinzipien festgelegt. Die Kammer beschloss ihrerseits auf dem 18. Sächsischen Ärztetag im Jahr 2008 zehn Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung und definierte unter anderem: „Die ärztliche Kollegialität ist zentraler Bestandteil des Arztbildes“ (siehe in diesem Heft, Seite 11).

Die Beobachtungen im Alltag sagen jedoch, dass die ärztliche Kollegialität, eine Tugend, auf dem Rückzug ist. Zu den Ursachen gibt es sehr unterschiedliche Betrachtungen. Manchmal wird darin ein Generationenkonflikt gesehen. Deshalb nahm die Kommission Senioren Kontakt mit dem Forum Junge Ärztinnen und Ärzte auf und bedankt sich für deren Bereitschaft, in einen Diskurs zu diesem Thema mit den Seniorinnen und Senioren zu treten. Eine weitere mögliche Ursache stellt unser Präsi-



Ärztliche Kollegialität zwischen allen Generationen

dent mit folgender Frage zur Diskussion: „Haben die Klagen unseres Berufsstandes über mangelnde Anerkennung, wachsende Beliebigkeit, steigende Arbeitsbelastung in der Berufstätigkeit und vieles mehr nicht auch immer etwas damit zu tun, dass nicht die oft angeführte Ökonomisierung dazu führt, dass wir unsere Kollegialität verlieren, sondern eher unsere Kollegialität zuerst geopfert wurde und dadurch die Ökonomisierung Raum greifen konnte?“ (Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft

5/2019). Wir fragen daher: Wird Kollegialität, ihr Wesen und ihre Grundsätze in unserer Zeit noch reflektiert?

Die folgenden Artikel geben unterschiedliche Standpunkte von Kolleginnen und Kollegen dazu wieder, die wir zur Diskussion stellen. Wir bitten Sie um Ihre Meinungen oder Vorschläge zu dieser Thematik. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Kommission Senioren

Ärztliche Kollegialität heute

Aus der Kommission Senioren kam an mich die Anregung, das Thema der ärztlichen Kollegialität zu beleuchten und ob dieser Begriff im ärztlichen Alltag überhaupt noch Relevanz besitzt. Ich meinte irrtümlich, dass Thema in zehn Sätzen „abfrühstücken“ zu können. Es kam anders.

Das Wort Kollegialität wird allgemein und immer wieder, letztlich jedoch in-

haltsleer genutzt. Spielt dieser Aspekt heute überhaupt noch eine relevante Rolle? Hat er sich inhaltlich überholt oder bekommt er in Zeiten absoluter Individualisierung gar eine neue Bedeutung, auch bezüglich der unterschiedlichen Arbeitswelten?

Wenden wir uns der historischen Ausgestaltung des Begriffes zu: Eine Kolle-

gin, ein Kollege ist jemand, der im gleichen Betrieb oder im gleichen Beruf tätig ist. Kollegial meint im Allgemeinen hilfsbereit und freundschaftlich. Kollegialität bedeutet ein gutes Einvernehmen unter Kolleginnen und Kollegen, ein kollegiales Verhalten und eine kollegiale Einstellung. Der Begriff „Kollege“ ist für jeden einzelnen durchaus wichtig, da man mit den Arbeitskollegen in

der Regel mehr Zeit verbringt als mit Familie oder Freunden. Und die Arbeitskollegen kennen einen selbst in den verschiedensten Stimmungslagen oft besser als Familie oder Freunde, nämlich auch unter Stress, unausgeschlafen, frustriert oder euphorisch. Man teilt mit diesen eine Erfahrungswelt, die Freunden oder Familie nicht im gleichen Maße zugänglich ist. Eine Kollegin, ein Kollege ist

also eine ganz besondere Form eines Mitmenschen, ein Ratgeber und Begleiter.

Die Abgrenzung zum Freund ist eher intuitiv und gelegentlich unscharf. Manche sprechen auch vom „Frollegen“. Aber anders als Freunde sucht man sich Kolleginnen und Kollegen in der Regel nicht aus. Man muss mit ihnen zurechtkommen und pflegt mit ihnen die Prinzipien der

Loyalität und Solidarität. Obwohl Kollegen keine Freunde sind, können sie es werden und gelegentlich sogar mehr. Aber es hat etwas Befreiendes, dass es bei einer nüchternen Arbeitsbeziehung zu einem mir angenehmen Menschen bleiben kann, ohne mehr werden zu müssen, ohne sich persönlich oder privat positionieren zu müssen.

Philosophisch handelt es sich bei Kollegialität um mehr als eine reine Zusammenarbeit, denn es geht um die Art und Weise, wie Menschen miteinander interagieren und sich gegenseitig unterstützen. Kollegialität beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und Unterstützung. Dass dies ein harmonisches Arbeitsumfeld fördert, liegt auf der Hand und trägt zum Erreichen gemeinsamer Ziele und damit zum Erfolg bei.

Hier wird auch deutlich, warum Frauen durch deren soziale Prägung ein kollegiales Arbeitsumfeld oft wichtiger ist als Männern. Eine von fast allen zu bestätigende Erfahrung ist die wohlthuende Wirkung, wenn eine Frau oder ein Mann in ein monogeschlechtliches Team kommt. Auch wenn hier ein altes Narrativ bedient wird: Männer sind wesentlich aggressiver auf Erfolg, Macht

reich der Praxis niederzulassen, in der man aus- oder weitergebildet wurde, ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich jemanden zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu dulden oder zu bewirken. Hier gilt auch das Prinzip des Verbotes der unentgeltlichen Behandlung (es sei denn Familie), um über Preisgestaltung Konkurrenzsituationen hervorzurufen. Natürlich gehört es sich

nicht, in Gegenwart des Patienten und anderer Personen zurechtweisende Belehrungen gegenüber Kollegen vorzunehmen. Das sollten sich so manche Hochschullehrer zu Herzen nehmen. Hier wird deutlich, dass Kollegialität hinter ökonomischen Interessen zurücktritt und im Umkehrschluss, dass eine zunehmende Ökonomisierung und die

damit einhergehenden Zwänge das Kollegiale im freien Beruf des Arztes unterminiert.

und Einkommen getrimmt. Dies belegen entsprechende psychologische Studien immer wieder.

Bei uns in der Medizin spielt der Begriff der Kollegialität selbst in der Berufsordnung eine Rolle, genauso wie in allen anderen freien verkammerten Berufen. Der § 29 der Berufsordnung definiert Kollegialität: Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten, unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie eine abwertende Äußerung sind berufswidrig. Dies findet auch seinen Niederschlag in dem besonderen Verhältnis des Unterschiedes Dienstleistung und Werkvertrag. Es ist berufswidrig, andere Kolleginnen und Kollegen durch unlautere Handlungen zu verdrängen, sich im Einzugsbe-

Im Arztberuf, im Arztsein ist Kollegialität noch auf besondere Weise durch die Art der Arbeitsteilung determiniert und findet im Berufsrecht seine Beschreibung. Die Ausgestaltung finden wir in der Selbstverwaltung und in den Gremien, die streng kollegial organisiert sind mit dem primären Ziel des Helfens und Heilens und um dies organisatorisch zu ermöglichen. Der höhere Anspruch, den wir Ärzte uns selber geben, sollte uns sensibel machen für das Akzeptieren des sich Irrens und Fehlens, um das Wissen um unsere Fehlbarkeit. Wir machen keinen Job, sondern haben eine Berufung. Die, entgegen zu anderen Freiberuflern, ein besonderes sensibles Gebiet umfasst, nämlich den



© Shutterstock / Africa Studio

Umgang mit Gebrechlichkeit und den Umgang mit kranken, fürsorgebedürftigen Menschen. Medizin ist keine Naturwissenschaft, sie ist eine Erfahrungswissenschaft, dadurch sehr abhängig von eigenen Erfahrungen und vom weitergegebenen Erfahrungsschatz derer, die uns aus- und weiterbilden. Das begründet die besondere, in der Berufsordnung beschriebene Dankbarkeit gegenüber unseren Lehrern. Es begründet eine Kollegialität über das berufliche Miteinander hinaus und damit auch die besondere Verpflichtung zur Kollegialität mit den älteren nicht mehr im Berufsleben stehenden Kolleginnen und Kollegen.

Ich selber bin kein Freund des kompletten Egalitarismus. Es gibt Bereiche, wo eben nicht jeder Mensch gleich ist. Gleich ist der Mensch vor Recht und vor Gott und insofern kann ich das mit dem Allgesagten bestens begründen, wenn ich altgediente, nun im Ruhestand be-

findliche Kolleginnen und Kollegen bevorzugt gegenüber anderen behandle, vorausgesetzt diese erleiden dadurch keinen Schaden. Ich finde es bedauerlich und kann die Betroffenheit von vielen älteren Kollegen verstehen, dass diese früher erlebte besondere Form der ärztlichen Kollegialität, wenn es diese überhaupt gab, nach dem Berufsleben dann keine Rolle mehr spielt. Unsere Älteren fühlen sich besonders im anonymen Klinikbetrieb heute nicht mehr als Ärzte und Ärztinnen wahrgenommen oder wertgeschätzt, obwohl sie das bis zum Lebensende sind.

Gleichwohl ist auch die Weitergabe von Erfahrungen von Alt zu Jung ein besonderer Aspekt bezüglich der innerärztlichen Kollegialität. Aber mit der heutigen Arbeitswelt erodiert dieser Anspruch, da ein wirkliches Anleiten, ein an die Hand nehmen, eine intensive persönliche Betreuung durch den Weiterbilder immer weniger dominiert und

Amboss oder andere Plattformen die Wissensvermittlung bei jungen Ärztinnen und Ärzten, aus meiner Sicht höchstbedauerlich, faktisch übernimmt. Das Wesen von Kollegialität und die Auswirkung von Kollegialität werden meiner Meinung nach im heutigen ärztlichen Miteinander immer weniger gelebt. Aus Respekt vor den erfahrenen Kolleginnen und Kollegen und aus Verantwortung für den ärztlichen Nachwuchs sollten wir, die wir noch voll im Berufsleben stehen, als Vorbilder wirken und daran etwas ändern. ■

Dr. med. Thomas Lipp
Vorstandsmitglied

Kollegialität ist keine Leitlinie

Nachdem sich die Seniorenkommission der Sächsischen Landesärztekammer im letzten halben Jahr intensiv mit der Frage der Kollegialität in der Ärzteschaft beschäftigte, wurde ein Aspekt besonders eingehend beleuchtet: die intergenerationelle Kollegialität. Geht die heutige Ärztegeneration der Millennials und Gen Z anders mit Kollegialität um als die Kolleginnen und Kollegen der Babyboomer-Generation, die sich aktuell zahlreich in den wohlverdienten Ruhestand verabschieden? Behandeln wir heute ärztliche Kollegen, die uns in unserem Arbeitsumfeld als Patienten begegnen, anders als vor 30 oder 40 Jahren? Die Seniorenkommission suchte den Austausch mit dem Forum Junge Ärztinnen und Ärzte, um genau diese Fragen zu diskutieren. Und ich muss gestehen: Bislang hatte ich mir darüber kaum Gedanken gemacht.

Dass sich der ärztliche Arbeitsalltag in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt hat, steht außer Frage und wurde im „Ärzteblatt Sachsen“ bereits vielfach diskutiert (siehe Themenheft „Generationen“, Heft 11/2022). Doch aus diesen Veränderungen lassen sich auch Rückschlüsse auf die möglicherweise veränderte Kollegialität unter Ärzten ziehen.

Wirtschaftlicher Druck und seine Folgen

Erstens steht die ärztliche Arbeitsweise heute mehr denn je unter dem Primat der Wirtschaftlichkeit. Schon Medizinstudierende im Praktischen Jahr erleben, dass viele Entscheidungen in Klinik und Praxis eher aus ökonomischen denn aus medizinischen Erwägungen getroffen werden. Als ich erstmals hörte, dass es unter ärztlichen Kollegen selbst in der Klinik lange Usus war (oder noch ist?), keine Privatrechnungen für Behandlungsleistungen zu erstellen, war ich baff. Beim Nachfra-

gen erfuhr ich, dass in den privaten Versicherungen unter anderem aus diesem Grunde eigene Tarife für versicherte Kolleginnen und Kollegen existieren. Ältere Kollegen berichteten aber auch, dass in aktuellen Chefarzt-Verträgen die Privat-Liquidation durchaus an den Krankenhaus-Träger abgegeben wird. Welcher Controller würde nicht liquidierte Leistungen heute noch durchgehen lassen? Auch im niedergelassenen Bereich herrscht enormer Druck. Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie sich unser ärztliches Leben – leider – verändert hat.

Kollegialität als gelebte Tradition

Zweitens ist ärztliche Kollegialität kein abstrakter Begriff, sondern ein Wesenszug, der vor allem durch Vorbilder geprägt wird. Neben dem Studium spielt hier insbesondere die Weiterbildung eine entscheidende Rolle. Während früher die gesamte Weiterbildung oft in einem einzigen Haus stattfand, mit einem festen Kreis von Assistenzärzten und einer kontinuierlichen Betreuung durch einen Weiterbilder, ist die heutige Weiterbildung durch Ambulantisierung und zeitliche Unterteilungen geprägt. Dies muss nicht zwangsläufig negativ sein, führt aber dazu, dass sich viele Assistenzärzte vielleicht weniger als Teil eines ärztlichen Kollektivs fühlen.

Ich selbst absolvierte meine Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin an sechs verschiedenen Stellen, war sogar in einer Klinik als Assistenzsprechlerin engagiert. Doch kaum hatte ich mich eingelebt, stand schon der nächste Wechsel an. So blieb wenig Zeit, mir gezielt Fach-, Ober- oder Chefärzte als Vorbilder zu nehmen und mich von ihrer gelebten Kollegialität inspirieren zu lassen. Erst im ambulanten Abschnitt mit längeren Verweilzei-

ten und intensiveren Kontakten begegnete ich Weiterbildungsbefugten, die ich bis heute gerne als „meine Lehrerinnen“ bezeichne.

Zwischen Leitlinien und Empathie

Drittens hat sich auch die medizinische Arbeitsweise stark gewandelt. Während früher erfahrungsbasierte Medizin dominierte, liegt heute der Fokus auf evidenzbasierter Medizin. Viele unserer Entscheidungen stützen sich auf Leitlinien und Meta-Reviews – so haben wir es gelernt. Doch der persönliche Umgang mit Patienten, mit ärztlichen Kollegen oder gar mit „ärztlichen Patienten“ ist dort nicht abgebildet. Auch hier gilt: Kollegialität muss vorgelebt werden – im Medizinstudium, in der Weiterbildung und im Arbeitsalltag, von jüngeren wie von erfahrenen Kollegen gleichermaßen. Denn ärztliche Kollegialität ist eben keine Leitlinie, aber eine dringende Handlungsempfehlung.

Ein Dialog zwischen den Generationen

Umso wichtiger ist es, dass wir den Austausch zwischen den Generationen pflegen. Die Erfahrungen der älteren Kollegen können eine wertvolle Orientierung bieten, während die jüngere Generation mit neuen Impulsen und frischen Perspektiven die Diskussion vorantreiben kann. Kollegialität bedeutet, voneinander zu lernen, einander zu unterstützen und ein gemeinsames Verständnis davon zu entwickeln, was es heißt, Teil dieser besonderen Berufsgruppe zu sein. Lassen wir uns also immer wieder daran erinnern: Kollegialität ist keine Selbstverständlichkeit – sie lebt vom Dialog, vom Vorbild und von der Bereitschaft, aufeinander zuzugehen. ■

Dr. med. Julia Fritz
Vorstandsmitglied
Forum Junge Ärztinnen und Ärzte

Stimmen ärztlicher Senioren zur Kollegialität

Gedanken zur ärztlichen Kollegialität

In den offiziellen medizinischen Dokumenten betreffen die Empfehlungen zur ärztlichen Kollegialität ausschließlich berufsbezogene Aspekte. Außer dieser Form ist Kollegialität aber auch im zwischenmenschlichen Sinne bedeutsam, zum Beispiel, wenn es darum geht, ärztliche Kolleginnen und Kollegen als Patienten zu betreuen.

Als ärztlicher Kollege oder Senior sollte man nicht erwarten, eine absolute oder gar kostengünstige Vorzugsbehandlung zu genießen. Aber man sollte doch darauf vertrauen können, dass man im Bedarfsfall zumindest eine fachgerechte und zeitnahe Betreuung auch bei hoher Arbeitsbelastung erhält.

Zu dieser Problematik gibt es allerdings weder Stellungnahmen noch Empfehlungen.

§ 29 der Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte befasst sich in sechs Artikeln mit dem Begriff „Kollegialität“. Der erste Satz der aktuellen Fassung

vom 128. Deutschen Ärztetages 2024 in Mainz lautet lediglich: „Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten“. Noch in der Fassung von 2011 hieß es: „Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern. Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre“.

Diese aktuellen Unverbindlichkeiten entsprechen dem Zeitgeist und dem meist unrealistischen Wunsch, jedwede soziale Ungerechtigkeit möglichst zu vermeiden. Das widerspricht aber jedem familiären, freundschaftlichen oder beruflichen Ehrencodex und somit auch einer gewissen kollegialen Sorgfaltspflicht.

Im Internet findet man seitenweise Empfehlungen dazu, wie man rasch und bevorzugt jedweden Arzttermin

vermittelt bekommt. Für ärztliche Patienten dagegen findet sich keine Empfehlung.

Es wäre sehr wünschenswert und erfreulich, wenn Kolleginnen und Kollegen, ebenso wie andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Erkrankungsfall darauf bauen können, dass ihre indizierte, kunstgerechte Behandlung und Betreuung gesichert werden kann. Daher mein Wunsch: Behandeln wir uns doch untereinander (auch noch im Seniorenalter) verständnisvoll und oft auch etwas kollegialer, also so, wie es jeder auch für sich selbst gern in Anspruch nehmen würde.

Dr. med. habil. Wolfgang Lotze

Ärztliche Kollegialität

Nach dem Studium hatte ich als junge Ärztin das Glück, die Facharztausbildung an einem Kreiskrankenhaus zu beginnen. Dort konnten wir sehr viel lernen, wurden aber vom Chefarzt erniedrigt und klein gehalten. Wir hatten

ständig Angst, vor den Patientinnen und Patienten denunziert zu werden. Von allen anderen fachfremdem Kollegen wurde man zuvorkommend behandelt, besonders, wenn man selbst „Patient“ war.

1990 änderte sich sehr viel. Man war jetzt selbst Chef in eigener Praxis und konnte freundlich und respektvoll mit seinen Mitarbeitern umgehen.

Dafür hat man nun aber als „Patient“ die Nachteile kennengelernt:

1. warten am Telefon, bis überhaupt jemand rangeht,
2. zum Teil unfreundliches Personal am Empfang,
3. langes Warten auf einen Termin,
4. kühles Gespräch mit Kollegen,
5. als Privatpatient erhält man zum Teil „überzogene“ Rechnungen.

Resümee: Als junger Arzt sollte man immer daran denken, dass ein Kollege ein gewisses Entgegenkommen verdient hat.

Dr. med. Bärbel Lederer

Ist Seniorenarbeit im Rahmen der Kammer überhaupt wichtig?

Wie sehen das die ärztlichen Seniorinnen und Senioren, wie die jüngere Kollegenschaft?

Wird man noch als Kollegin beziehungsweise als Kollege betrachtet, wenn der Abschied aus dem aktiven Berufsleben vollzogen ist?

Wenn ja, was erwarten dann die Älteren von den Jüngeren – und umgekehrt?

Das sind Fragen mit denen sich die Seniorenkommission beschäftigt und die an diese herangetragen werden.

Wir wollen dazu ins Gespräch kommen: ich, von Seiten der Kommission zum Beispiel mit dem Forum Junge Ärztinnen und Ärzte.

Wir sollten darüber sprechen, wie sich Ärzte im Ruhestand eine kollegiale Behandlung vorstellen und wie die (heute noch) junge Kollegenschaft auf

die „Alten“ blickt, was sie ihnen an Unterstützung und Entgegenkommen bieten kann und was sie auch von ihnen erwartet.

Ich, in meiner ärztlichen Tätigkeit, habe mich bemüht, mich ihren Anliegen rasch und zielgerichtet anzunehmen und mich immer darauf gefreut, mit meinen berenteten Kolleginnen und Kollegen im Gespräch zu bleiben.

Als ich vor zwei Jahren von Zittau nach Moritzburg gezogen bin, hat auch für mich die Frage nach einer neuen haus-

„Ich hoffe, dass wir über die Ärztegenerationen hinweg und egal in welcher Versorgungsebene, einen kollegialen und wertschätzenden Umgang pflegen können.“

und zahnärztlichen Betreuung gestanden und ich bin erleichtert gewesen, dass ich schnell und unkompliziert Kollegen gefunden habe, die mich in ihren Patientenstamm aufgenommen haben und bei denen ich mich gut aufgehoben fühle.

Ich hoffe, dass wir über die Ärztegenerationen hinweg und egal in welcher Versorgungsebene, einen kollegialen und wertschätzenden Umgang pflegen können.

Dafür möchte ich mit meiner Arbeit in der Seniorenkommission und meiner Tätigkeit in der Ärzteversorgung eintreten und für ein gegenseitiges Verständnis der Anliegen und Probleme der einzelnen Generationen werben.

Dr. med. Volker Kohl

Wie wollen wir als ältere Kollegen behandelt werden?

1974 wurde ich an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig immatrikuliert. Die meisten meines Jahrganges haben ihre Berufstätigkeit erfolgreich hinter sich gelassen und genießen die Freiheiten des Ruhestandes. Leider sind wir nun auch frei von Jahrzehnte lang gewachsenen beruflichen Beziehungen, die sich im Zuge des ambulanten Haus- und Fachärztemangels schmerzlich bemerkbar machen. Wie einfach war es doch, Kollegen anzurufen „Praxis Dr...., wir brauchen mal einen Termin...“. Meist hatte man die „Geheimnummer“ des Kollegen/der Kollegin und umging damit lästige Warteschleifen am Tresen. Man unterstützte sich, weil man sich oft schon seit der Ausbildungszeit und von der gemeinsamen Arbeit her kannte, ähnliche Sorgen und Probleme hatte. Jetzt auf der Suche nach einem Termin die Kollegenkarte zu ziehen, ist den meisten peinlich, zumal der Name eines ausgeschiedenen Kollegen den MFA oft nicht mehr geläufig ist.

Was wünschen wir uns als ältere Kollegen? Wir möchten gern mit unseren jüngeren Nachfolgern in Kontakt bleiben. Wir freuen uns über eine Einladung zu lokalen Weiterbildungen und dass sie uns im wahrsten Sinn des Wortes nicht aus den Augen verlieren. Auch Ärzte werden Patienten, eine Rolle, die anzunehmen uns oft sehr schwer fällt. Wie gut tut es, sich bei einer jüngeren Kollegin verständnisvoll betreut zu fühlen und sich des gegenseitigen Respektes zu versichern. Gelebte Kollegialität ist ein wertvolles Gut, von dem alle Beteiligten profitieren.

Dr. med. Christine Wagner

Ärztliche Zusammenarbeit und Kollegialität

Am 1. April 2024 konnte ich nach 33 Jahren als Allgemeinmedizinerin eine große Landarztpraxis meiner Weiterbildungsassistentin übergeben. Was für ein Glück für meinen Heimatort!

1991, ich hatte gerade die Prüfung zum „Facharzt für Allgemeinmedizin“ in Lichtenwalde abgelegt, da kam mit der „Wende“ auch der Strukturwandel im Gesundheitswesen. So hieß es für mich und viele andere Kollegen, Arbeitslosigkeit, Anstellung im Gesundheitsamt oder Niederlassung. Für uns als Familie mit noch jüngeren Kindern war die Niederlassung eine schwere Entscheidung und gestaltete sich dann auch als Herausforderung. Vieles mussten wir zu dieser Zeit erst lernen. Das Abrech-

nungssystem des Westens war völlig unbekannt. Ich war plötzlich Betriebswirtschaftler, Arbeitgeber und Mediziner. Es gab kaum ausgebildete Arzthelferinnen, wir mussten zur Bank fahren und die Abrechnung auf Scheinen dokumentieren. Am Quartalsende standen wir dann mit großen, sortierten Kisten in der Kassenärztlichen Vereinigung an.

Als der Computer eingeführt wurde, erzählte man sich bei uns im Dorf: „Bei der Ärztin müssen wir vier Stunden warten, die haben jetzt einen PC“. Learning by doing war die Devise.

Dass wir das Internet nicht befragen konnten, hatte aber auch Vorteile. Wir riefen einfach unsere fachärztlichen Kollegen an und nicht selten hieß es: „Schicken Sie den Patienten her, ich gu-

cke mir das gleich mal an“. Das habe ich die letzten Jahre so nicht mehr erlebt. Und es ist schade, dass der kollegiale Austausch und die Hilfsbereitschaft untereinander so auf der Strecke geblieben sind. Unsere jüngeren Kollegen haben es in der Zeit des neuerlichen Umbruchs mit Digitalisierung, Ärztemangel und überbordender Bürokratie auch nicht leicht. Trotzdem möchte ich an die jüngere Generation appellieren: Vergessen sie nicht, dass ihre älteren Kollegen Ihnen seit 1990 viele Wege, besonders auch im ambulanten Bereich, geebnet haben. Da müsste es selbstverständlich sein, ihnen mit Achtung und Wertschätzung zu begegnen.

Dipl.-Med. Gabriele Weinrich

Zehn Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung

Auf dem 18. Sächsischen Ärztetag 2008 beschlossen die Mandatsträger folgende „Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“:

I. Zunehmender politisch gewollter Wettbewerbsdruck durch Krankenkassen und Shareholder führt zur Umgestaltung der Gesundheitsversorgung in einen ausschließlich marktorientierten Wirtschaftszweig mit den Folgen einer zunehmenden Spannung innerhalb der Ärzteschaft.

II. Den Tendenzen einer durchgängigen Merkantilisierung und beobachtbaren Entsolidarisierung im gegenwärtigen Gesundheits- und Sozialbereich sollte die Ärzteschaft kraftvoll entgegenwirken.

III. Das Selbstverständnis zu ärztlich-ethisch kollegialem Verhalten aller

ärztlichen Berufsgruppen soll in der Berufsordnung der Ärzte in Sachsen über juristisch formulierte Rechte und Pflichten hinausgehend integraler Bestandteil sein und bleiben.

IV. Für die Diskussion zum ärztlichen Berufsverständnis sollte die Ärztekammer auch die notwendige Verantwortung bei der Ausbildung der Medizinstudenten übernehmen.

V. Der Erhalt der Freiberuflichkeit des ärztlichen Standes ist die Basis für patientenbezogene und hochwertige Versorgung.

VI. Trotz äußerer Zwänge ist kollegialer Umgang miteinander die Basis für erfolgreiche freiberufliche Tätigkeit am Patienten.

VII. Die Vorbildwirkung erfahrener Ärzte bezüglich Objektivität, Unabhängigkeit und Kollegialität ist unumgängliche Grundlage ärztlichen Handelns.

VIII. Ärztliche Kompetenz und Integrität in der Patientenversorgung erfordern objektives Wissen und dessen sachgerechte Anwendung.

IX. Die gerechte Verteilung der Mittel hat Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und auf die kollegiale Zusammenarbeit.

X. Die Ärzteschaft darf und muss offensiv werden und fachliche Verantwortung für die Verteilung der von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Mittel übernehmen. ■

Real-World-Daten aus dem Krebsregister Sachsen

Kurative Therapie des tiefen Rektumkarzinoms unter Berücksichtigung des Patientenalters

S. Lang¹, M. A. Neubert¹, B. Schubotz¹, S. Unger¹

Zusammenfassung

Im April 2024 widmete sich die entitätsspezifische Qualitätskonferenz des Krebsregisters Sachsen der kurativen Therapie des tiefen Rektumkarzinoms. Die Auswertungen der sächsischen Krebsregisterdaten gaben einen Überblick über die Behandlungsrealität. Der Fokus lag dabei auf der altersabhängigen Therapie. So zeigte sich, dass unabhängig vom Krankheitsfortschritt das Erkrankungsalter ein wesentlicher Faktor in der Therapieentscheidung darstellt.

Einleitung

Die operative Therapie der tiefen Rektumkarzinome erhielt mit dem Konzept der totalen mesorektalen Resektion nach der Publikation der Ergebnisse von Heald im Jahr 1982 einen wichtigen Impuls [1]. Danach wurden weitere diagnostische und therapeutische Neuerungen in die klinische Praxis eingeführt. Dazu zählen die Einführung der Magnetresonanztomografie in die prätherapeutische Diagnostik, die Umsetzung multimodaler Therapiekonzepte und die Akzeptanz der Watch-and-Wait-Strategie nach totaler neoadjuvanter Radiochemotherapie [2–7]. Im Laufe der Zeit verschoben sich aufgrund von Studienergebnissen die Schwerpunkte der multimodalen Therapie, sodass zunehmend von der Leitlinie abgewichen wurde [8]. Der Organerhalt rückte stärker in den Fokus und die totale neoadjuvante Therapie (TNT)

mit Verzicht auf adjuvante Behandlung löste die vorher gebräuchliche Therapieabfolge von neoadjuvanter Therapie, Operation und adjuvanter Therapie zunehmend ab. Vor diesem diagnostischen und therapeutischen Hintergrund standen für die Qualitätskonferenz 2024 die reale Therapiepraxis für die Rektumkarzinome im Zentrum der Analyse. In der klinischen Praxis wird die Therapieentscheidung durch den Tumorstatus zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und die damit korrespondierenden Behandlungsleitlinien, aber auch durch die mit dem Alter zunehmenden Komorbiditäten, die Nebenwirkungen der Therapie und den individuellen Patientenwunsch bestimmt [9, 10]. Daher gehen die im Folgenden berichteten Analysen der Frage nach, ob es in Sachsen eine altersabhängige Primärtherapie des Rektumkarzinoms gibt. Den Ergebnissen liegen altersstratifizierte Daten des Krebsregisters Sachsen im Diagnosezeitraum der Jahre 2012 bis 2021 zugrunde.

Material und Methode

In der Datenbank des Krebsregisters Sachsen befinden sich die Daten von 11.597 Patientinnen und Patienten, die

ein Rektumkarzinom in den Jahren 2012 bis 2021 diagnostiziert bekommen haben (Datenstand Dezember 2024). Diese Gruppe wurde für die Analysen aufgrund spezifischer Kriterien eingeschränkt (Tab. 1).

Bei der verbliebenen Gruppe von 10.055 Patienten wurden Adenokarzinome aller Rektumdrittel diagnostiziert. Angesichts dessen, dass die Entscheidung für ein Therapiekonzept stark von der Höhenlokalisierung abhängt und Rektumkarzinome des mittleren und unteren Drittels vergleichbar behandelt werden, stützen sich die Ergebnisse der nachfolgend berichteten Analysen auf 7.316 Patienten mit tiefem Rektumkarzinom.

Ziel der Analyse ist es, Unterschiede in der Primärtherapie des tiefen Rektumkarzinoms zu untersuchen und potenzielle Muster oder Trends in der Therapiewahl zu identifizieren. Die Patienten verteilen sich entsprechend des Erkrankungsalters auf folgende drei Gruppen: unter 60-Jährige (N = 1.486), 60- bis 79-Jährige (N = 4.452) und über 80-Jährige (N = 1.378).

Die Auswertung der kurativen Therapiekonzepte beschränkt sich auf Patienten mit klinischen UICC-Stadien II

Tab. 1: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien der Patientenauswahl

Allgemeine Kriterien	Ausschluss von Patienten
+ ICD-10: C20	- ohne histologische Sicherung (39 Fälle)
+ Diagnosezeitraum: 2012 bis 2021	- neuroendokrine Tumoren (387 Fälle)
+ Diagnosealter: ≥ 18 Jahre	- OS ≤ 30 Tage (377 Fälle)
+ Wohnort: Sachsen	- unbekannte Höhenlokalisierung (739 Fälle)
11.597 Patienten	10.055 Patienten

¹ Krebsregister Sachsen gGmbH

Quelle: Krebsregister Sachsen, Datenstand: 6.12.2024

und III* (N = 3.937), da für diese beiden Stadien vergleichbare Therapieoptionen zur Verfügung stehen.

Ergebnisse

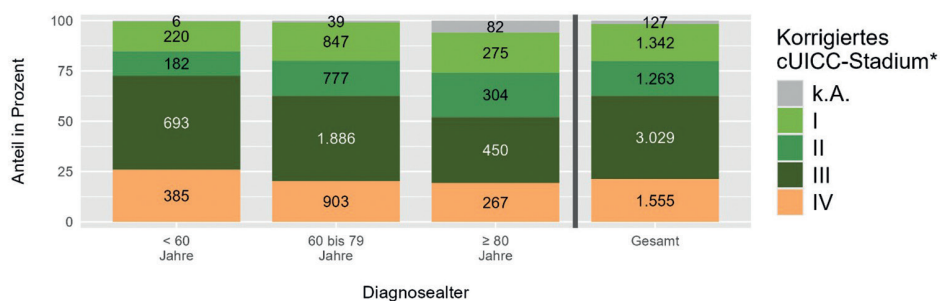
Beschreibung der Patientenkohorte

Vor dem Hintergrund, dass die Therapieentscheidung wesentlich vom initialen Tumorstadium abhängt, soll zunächst das Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnosestellung betrachtet werden. Trotz Einführung präventiver Maßnahmen wird die Mehrheit der Karzinome im UICC-Stadium III und IV diagnostiziert. Dabei wird das UICC-Stadium III insbesondere bei Patienten unter 60 Jahren am häufigsten diagnostiziert (47 Prozent vs. 42 Prozent vs. 33 Prozent), gefolgt vom UICC-Stadium IV (Grafik 1).

Die Operation ist ein wichtiger Pfeiler der Primärtherapie in allen UICC-Stadien. Dabei zeichnet sich ein klarer Trend ab: Mit zunehmendem Lebensalter und fortschreitendem Tumorstadium sinkt die Häufigkeit operativer Eingriffe (Grafik 2). Besonders deutlich zeigt sich diese Tendenz bei Patienten mit Fernmetastasierung. Diese Beobachtung legt nahe, dass das Alter der Patienten und das Ausmaß der Erkrankung wesentliche Faktoren bei der Entscheidung für oder gegen eine operative Behandlung darstellen, das größere Gewicht aber bei den lokalen Tumorverhältnissen liegt.

Unter allen Operationsverfahren, die zur Anwendung kamen, wurden Rektumresektionen mit und ohne Sphinktererhalt in allen Altersgruppen am häufigsten durchgeführt (circa 93 Prozent

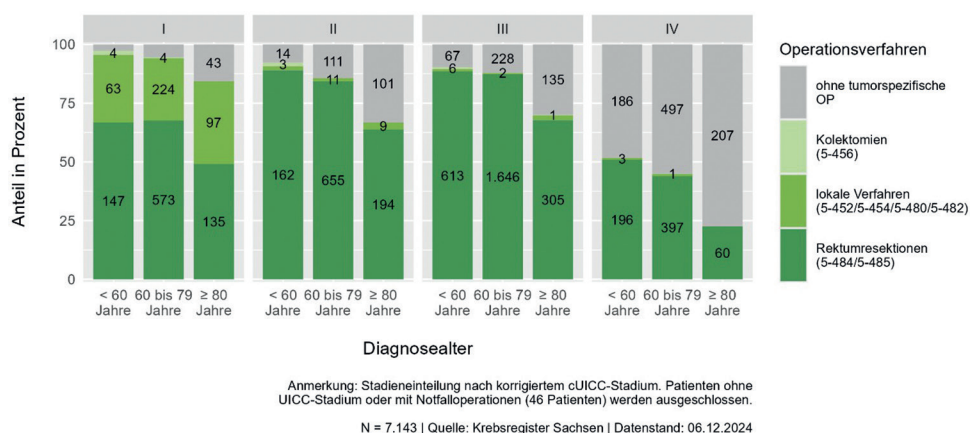
* Die UICC-Einteilungen sind von der Union Internationale Contre le Cancer, kurz UICC, veröffentlichte Klassifikationen zum Staging von Tumorerkrankungen. Jede Erkrankung wird einem von insgesamt fünf Stadien zugeordnet.



*Korrigiertes cUICC: Vor allem Tumore früherer Stadien erhalten oft erst postinterventionell ein UICC-Stadium. Im Sinn der Best-of-Bildung werden fehlende cUICC- durch pUICC-Stadien ersetzt (2 % statt 15 % ohne Angabe).

N = 7.316 | Quelle: Krebsregister Sachsen | Datenstand: 06.12.2024

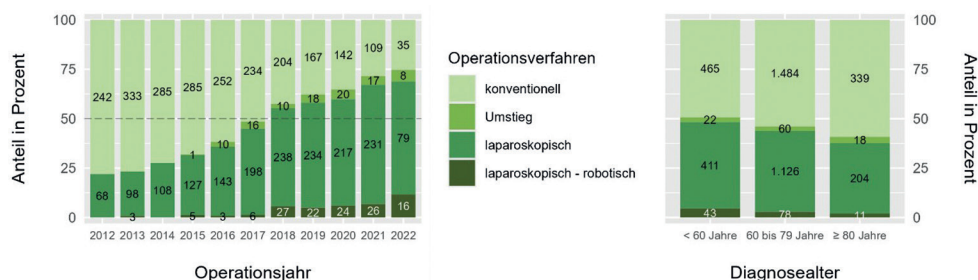
Grafik 1: UICC-Stadien getrennt nach Altersgruppen



Anmerkung: Stadieneinteilung nach korrigiertem cUICC-Stadium. Patienten ohne UICC-Stadium oder mit Notfalloperationen (46 Patienten) werden ausgeschlossen.

N = 7.143 | Quelle: Krebsregister Sachsen | Datenstand: 06.12.2024

Grafik 2: Überblick über elektive Operationen getrennt nach UICC-Stadien und Altersgruppen



Anmerkung: Ausschluss von 836 Operationen, bei denen das Verfahren unbekannt ist und 6 weiteren Operation, die außerhalb des Betrachtungszeitraums stattfanden.

Grafik 3: Zugangsarten resezierender Operationsverfahren getrennt nach Operationsjahr und Altersgruppen

in den beiden jüngeren Altersgruppen, 86 Prozent bei den über 80-Jährigen). Darüber hinaus verdoppelt sich mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von lokalen Verfahren (6 beziehungsweise 7 Prozent vs. 14 Prozent), dahingegen werden Kolektomien und Proktokolektomien in allen Altersgruppen seltener durchgeführt (1,1 Prozent vs. 0,2 beziehungsweise 0,1 Prozent). Der operative Zugangsweg wird in Grafik 3 (links) im Zeitverlauf dargestellt.

Der Anteil minimalinvasiver Rektumresektionen der unteren beiden Drittel überschritt im Jahr 2018 die 50 Prozent-Marke.

Aus Grafik 3 (rechts) geht zudem hervor, dass mit zunehmendem Alter häufiger ein konventioneller Zugang gewählt wurde (49 Prozent vs. 54 Prozent vs. 59 Prozent). Ein Umstieg fand bei den beiden jüngeren Altersgruppen etwas seltener als bei den älteren Patienten

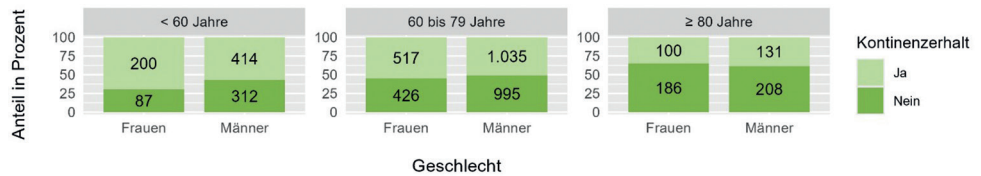
statt (2 Prozent vs. 3 Prozent). Auch bei den robotischen Operationen zeigt sich ein leichtes Altersgefälle: 5 Prozent vs. 3 Prozent vs. 2 Prozent. Neben den bekannten Benefits der minimalinvasiven Operationsverfahren stellen Kontinzenzerhalt und die Qualität der postoperativen Kontinenz einen wichtigen Faktor für die Lebensqualität der Patienten dar. Wie häufig die kontinzenzerhaltenden Verfahren im Rahmen der ersten resezierenden Tumoroperation durchgeführt wurden, zeigt Grafik 4. Der geringste Anteil kontinzenzerhaltender Operationen findet sich in der Gruppe der über 80-jährigen Frauen, der häufigste bei Frauen unter 60 Jahren.

Für den größten Teil der Patienten konnte durch die Operation eine R0-Situation** erzielt werden (ohne Abbildung). Innerhalb der Altersgruppen verringerte sich der prozentuale Anteil um knapp 2 Prozent-Punkte (95,3 Prozent vs. 95,1 Prozent vs. 93,5 Prozent). Innerhalb der UICC-Stadien zeigt sich ein Unterschied von fast 10 Prozent-Punkten. So konnten 99 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Tumoren im UICC-Stadium I mit R0 reseziert werden, während es nur 88 Prozent im UICC-Stadium IV waren. Die Rate an R0-Resektionen lag beim konventionellen OP-Zugang sowie beim Umstieg bei 95 Prozent, beim minimalinvasiven Zugang bei 97 Prozent, bei robotisch assistierten Operationen bei 99 Prozent.

Auswertung der kurativen Therapiekonzepte

Neben der operativen Therapie des Primärtumors bilden Strahlen- und Systemtherapie weitere Schwerpunkte der multimodalen Therapie von tiefen Rektumkarzinomen. Dabei werden Patienten mit UICC-Stadium II und III in vergleichbarer Weise behandelt. Grafik 5

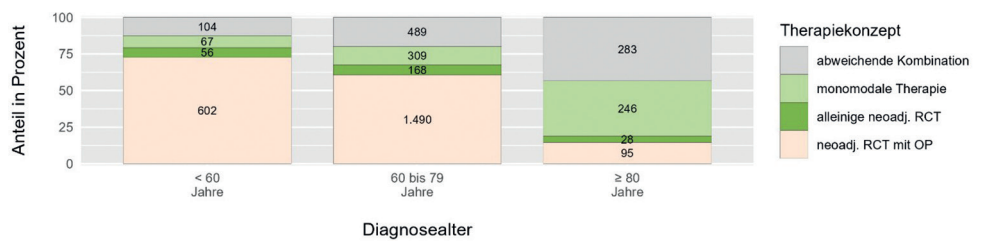
** R0 = kein Residualtumor, Patient vollständig tumorfrei



Anmerkung: Ausschluss von 836 Operationen, bei denen der Kontinzenzerhalt unbekannt ist.

N = 4.611 | Quelle: Krebsregister Sachsen | Datenstand: 06.12.2024

Grafik 4: Kontinzenzerhalt getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen



N = 3.937 | Quelle: Krebsregister Sachsen | Datenstand: 06.12.2024

Grafik 5: Therapieoptionen bei tiefen Rektumkarzinomen im UICC-Stadium II bis III getrennt nach Altersgruppen (neoadj. – neoadjuvant; RCT – Radiochemotherapie)

gibt einen Überblick über die angewandten Therapieverfahren.

Eine Aufgliederung nach Altersgruppen lässt bei den über 80-Jährigen ein gehäuftes Vorkommen monomodaler und von der Leitlinie abweichender Therapiekonzepte erkennen (> 80 Prozent). Rund drei Viertel der Patienten in der jüngsten Altersgruppe werden leitliniengerecht therapiert, ebenso deutlich mehr als 60 Prozent der Patienten der mittleren Altersgruppe.

Mit reichlich 60 Prozent ist die Radiochemotherapie (RCT) für Rektumkarzinompatienten mit UICC-Stadium II und III aller Altersgruppen zusammengekommen das dominierende Therapiekonzept. Insgesamt werden knapp 90

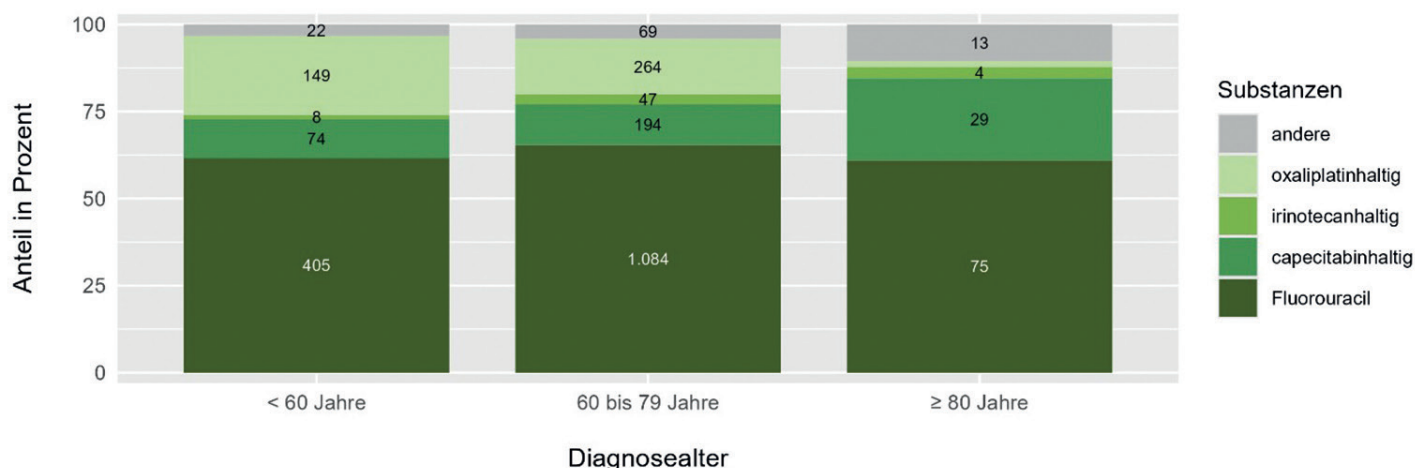
Prozent der Patienten im Anschluss operiert. Auch hier ist ein klarer Alterseffekt erkennbar. Bei den über 80-Jährigen sind es nur reichlich drei Viertel der Patienten, die im Zuge ihrer Primärtherapie nach einer neoadjuvanten RCT noch operiert werden.

Die Bestrahlung ist ein wesentlicher Bestandteil der neoadjuvanten RCT. Eine differenzierte Betrachtung der applizierten Gesamtstrahlendosis zeigt deutliche Altersunterschiede (Tab. 2). Das Konzept der Kurzzeitbestrahlung mit einer Gesamtdosis von 25 Gy wird über alle Altersgruppen hinweg nur selten angewendet. Die meisten Patienten wurden mit der Standarddosis von 50 bis 60 Gy therapiert. Der höhere An-

Tab. 2: Gesamtstrahlendosis getrennt nach Altersgruppen

Diagnosealter				Total
< 60 Jahre	60 bis 79 Jahre	≥ 80 Jahre		
Gesamtdosis				
25 Gy	14 (2,1%)	37 (2,2%)	3 (2,4%)	54 (2,2%)
50 bis 60 Gy	595 (90,4%)	1.466 (88,4%)	97 (78,9)	2.158 (88,5%)
unbekannt/andere	49 (7,4%)	155 (9,3%)	23 (18,7%)	227 (9,3%)
Total	658 (27%)	1.658 (68,0%)	123 (5,0%)	2.439 (100,0%)

Quelle: Krebsregister Sachsen, Datenstand: 06.12.2024



N = 2.439 | Quelle: Krebsregister Sachsen | Datenstand: 06.12.2024

Grafik 6: Chemotherapieprotokolle getrennt nach Altersgruppen

teil abweichender Gesamtstrahlendosen in der ältesten Patientengruppe kann zumeist auf die strahlentherapeutische Vorbehandlung von Zweitkarzinomen zurückgeführt werden.

Die Systemtherapie als zweiter Bestandteil der neoadjuvanten RCT wird in allen Altersgruppen durch 5-Fluorouracil-haltige Protokolle dominiert (Grafik 6). Protokolle mit Platinderivaten werden in den jüngeren Altersgruppen häufiger angewendet. Die Substanzen Irinotecan und Capecitabin werden häufiger bei Patienten der ältesten Patientengruppe verordnet.

Analyse des relativen 5-Jahres-Überlebens

Ungeachtet der Therapieoptionen ist die Überlebensdauer der Patienten nach Diagnosestellung des Karzinoms von entscheidender Bedeutung. Da nicht alle Sterbefälle auf die Tumorerkrankung zurückzuführen sind und insbesondere bei älteren Patienten die Sterbewahrscheinlichkeit unabhängig von ihrer Tumorerkrankung steigt, soll das relative 5-Jahres-Überleben Auskunft über die Überlebensaussichten geben. Die Überlebenskurven differenzieren nach Altersgruppen und dem korrigierten UICC-Stadium (Grafik 7).

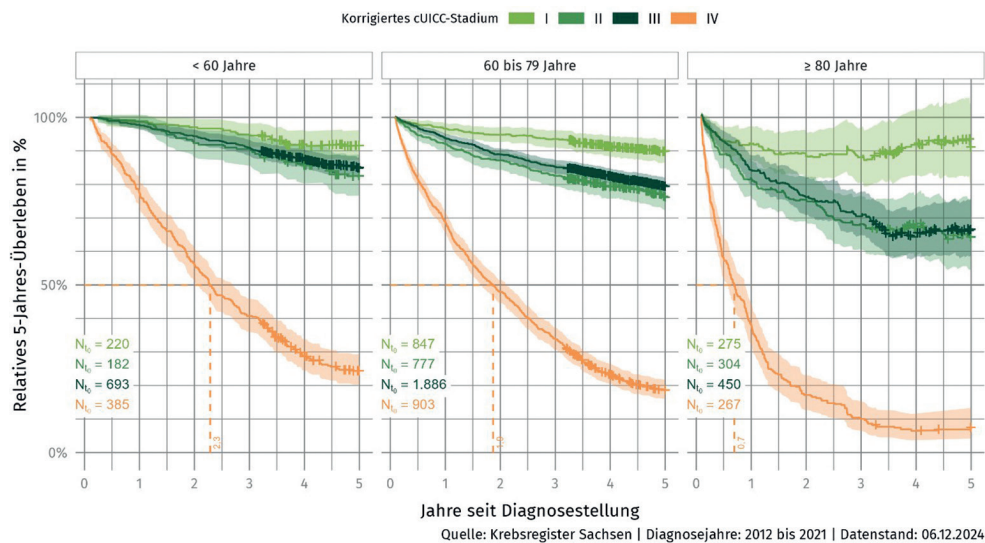
Bei Tumorpatienten der UICC-Stadien I bis III liegt das relative 5-Jahres-Überleben deutlich über 50 Prozent. Dabei zeigen sich in der jüngsten Altersgruppe die geringsten Unterschiede zwischen den UICC-Stadien I bis III. In den beiden anderen Altersgruppen haben Patienten des UICC-Stadiums I ein signifikant besseres relatives Überleben als jene im UICC-Stadium II und III, die sich nicht signifikant voneinander unterscheiden. In der ältesten Patientengruppe sind die Konfidenzbänder allerdings deutlich breiter als bei den jüngeren Patienten, was auf eine größere Heterogenität innerhalb der UICC-Stadien hindeutet. Bei Patienten im fernmetastasierten Stadium variiert die Zeit bis zum Erreichen der 50-Prozent-Sterberate je nach Altersgruppe zwischen 0,7 und 2,3 Jahren, wobei mit zunehmendem Erkrankungsalter das relative Überleben abnimmt.

Limitierungen

Eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung besteht in Sachsen seit 1995 in Nachfolge der Krebsdatenerfassung in der DDR. Das Krebsregister liefert langfristige bevölkerungsbasierte klinische und epidemiologische Daten zu Krebserkrankungen und führt die Daten aller Behandler zu einem

Best-of-Datensatz zusammen [11]. Damit stehen Daten für die Versorgungsforschung und für Auswertungen klinischer Fragestellungen außerhalb von Studien zur Verfügung [11, 12].

Die Inhalte des bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (jetzt oBDS, früher ADT/GEKID) und seiner organspezifischen Module ermöglichen Aussagen zur Behandlungsrealität. Lebensqualitätsparameter können nicht direkt abgebildet werden. Als Annäherung wurde der Kontinenserhalt bei Rektumresektionen verwendet. Detailliertere Auswertungen zu den Therapieentscheidungen insbesondere zur systemischen Therapie, die über die Lokalisation, das Tumorstadium, die Tumorbilologie und das Patientenalter hinausgehen, können nicht erfolgen, da keine Laborparameter, etwa für die Nierenfunktion, erfasst werden. Als Surrogatparameter für die Patientenperformance eignete sich der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), dessen Meldevollständigkeit allerdings noch nicht für eine verlässliche statistische Auswertung reicht. Limitierend wirkten sich auch Lücken bei der Meldung von Systemtherapien in Bezug auf Beginn- und Enddatum, fehlende Höhenlokalisation der Karzinome und



Grafik 7: Relatives 5-Jahres-Überleben getrennt nach Altersgruppen und UICC-Stadien

unvollständig übermittelte OPS-Codes aus. Darüber hinaus können Angaben zu Therapieabbruchgründen und Patientenentscheidungen für eine abweichende Therapie sowie Komorbiditäten aufgrund fehlender Meldung und Erfassung nicht berücksichtigt werden.

Fazit

Die vorliegenden Analysen gingen der Frage nach, ob es in Sachsen eine altersabhängige Primärtherapie des Rektumkarzinoms gibt. Diese Frage kann mit einem eindeutigen Ja beantwortet werden. Insbesondere die älteste Patientengruppe unterscheidet sich ungeachtet der UICC-Stadien zum Teil deutlich von den jüngeren Patienten. Über 80-jährige Rektumkarzinom-Patienten werden häufiger von der Leitlinie abweichend therapiert, insbesondere ohne Operation. Wenn sie operiert werden, dann kommen gegenüber den jüngeren Patientengruppen häufiger lokale Operationsverfahren und Operationen mit konventionellem Zugang zur Anwendung. Darüber hinaus sind auch Operationen ohne Kontinenzverlust und R+-Resektionen tendenziell häufiger in der ältesten Patientengruppe. Mit Blick auf die RCT werden den über 80-Jährigen häufiger von der Standardbestrahlung

(50 bis 60 Gy) abweichende Konzepte appliziert und irinotecan- und capecitabinhaltige Substanzen werden häufiger als Platinderivate verordnet.

Hinsichtlich des Überlebens der Rektumkarzinom-Patienten zeigt sich für die höheren UICC-Stadien eine ungünstigere Prognose für die über 80-Jährigen. Während über alle UICC-Stadien hinweg in den beiden jüngeren Patientengruppen nach fünf Jahren noch knapp drei Viertel leben, sind es bei den Älteren nur reichlich die Hälfte. Dieser Befund ist umso stärker zu gewichten, da es sich bei den Analysen um das relative Überleben handelt, welches das altersbedingt erhöhte Sterberisiko berücksichtigt.

Krebsregisterdaten sind für Übersichten zur Behandlungsrealität von Tumorerkrankungen gut geeignet. Die hohen Patientenzahlen und die systematische Datenerfassung über einen Zeitraum von mittlerweile 30 Jahren, ermöglichen vielfältige Betrachtungen. Differenzierte Auswertungen nach Tumorentität und Altersstruktur der Patienten können zuverlässig durchgeführt werden. Auch geriatrische Patienten, die in klinischen Studien aus verschie-

densten Gründen oft unterrepräsentiert sind, können in die Analyse einbezogen werden [11, 12].

Handlungsbedarf von Seiten der Melde- und Verarbeitungsqualität im Register gibt es bei detaillierten Therapiemeldungen. Wir appellieren an Ihre Bereitschaft, die klinischen Behandlungsdaten vollständig und vollzählig an das Krebsregister nach sächsischem Krebsregistergesetz zu melden, damit wir unsere Daten- und Auswertungsqualität weiter verbessern können. Gleichzeitig möchten wir uns bei den zahlreichen zuverlässigen Meldern bedanken, deren Zuarbeit diese Analyse überhaupt ermöglichte. Wir stehen im Krebsregister Sachsen jederzeit für Ihre Anfragen zur Verfügung. ■

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

Korrespondierende Autorin
Dr. Sabine Lang
Krebsregister Sachsen gGmbH
Regionalstelle Chemnitz
Bürgerstraße 2, 09113 Chemnitz
Tel.: 0371 31594743
Fax: 0371 31594751
E-Mail: s.lang@krebsregister-sachsen.de

Versorgung von Karzinompatienten in Sachsen

Ein Gespräch mit Dr. Sabine Lang, Statistikerin in der Regionalstelle Chemnitz, Krebsregister Sachsen gGmbH

Gibt es eine Abhängigkeit von Versorgungsstrukturen, das heißt ist womöglich die Versorgung weniger alters- als vielmehr strukturabhängig?

Der strukturelle Aspekt spielt in der Versorgung von Rektumkarzinom-Patienten eine wichtige Rolle. Vor dem Hintergrund, dass in Sachsen vor allem in dünn besiedelten Gebieten auf der einen Seite eine hohe Zahl an immobilen älteren Personen und auf der anderen Seite eine geringe Anzahl an Mediziner*innen zu verzeichnen ist, ist unbestritten und mit entsprechenden Folgen verbunden. Unsere Qualitätskonferenz aus dem Jahr 2023 hatte die onkologische Chirurgie in zertifizierten Organzentren zum Thema. Hierbei haben wir auch die Erreichbarkeit betrachtet und kamen zu dem Schluss, dass Patienten in Sachsen insgesamt gut versorgt sind – und das sowohl qualitativ als auch quantitativ. Zwar sind die Organzentren eher im urbanen Raum zu finden, allerdings ist deren Erreichbarkeit bei elektiven Operationen auch aus dem ruralen Raum gewährleistet. Darüber hinaus lassen sich auch für nicht-spezialisierte Kliniken gute Behandlungsergebnisse nachweisen. Details zu diesen Analysen finden sich in unserem Artikel im Ärzteblatt Sachsen 3/2024.

Gibt es Ursachen für das Abweichen von der Leitlinie? Kann man das aus Ihren Daten überhaupt erfassen? Wenn ja, was sind das für Gründe? Ist es zum Beispiel eine bewusste Entscheidung der Behandler, Patientenwunsch oder anderer?

Prinzipiell stehen die multimodalen Behandlungskonzepte für alle Patienten

ohne Alterseinschränkung zur Verfügung. In der Leitlinie wird zwischen Chemotherapieprotokollen für Patienten in gutem und reduziertem Allgemeinzustand unterschieden. Zahlreiche ältere Patienten haben bereits vorbestehende Nierenfunktionsstörungen oder neurologische Dysfunktionen, so dass der Einsatz von Platinderivaten kontraindiziert ist (vgl. https://www.tillomed.de/fachinformationen/Fachinfo_Oxaliplatin.pdf). Da aber Komorbiditäten kein Bestandteil des Basisdatensatzes sind, können wir darüber keine entsprechenden Aussagen treffen. Darüber hinaus sind Informationen zu Entscheidungen der Behandler und zum Patientenwunsch zwar Bestandteil der Datenbank. Leider werden diese aber, wie bereits im Artikel erwähnt, nur unzureichend gemeldet.

Lässt sich aus den Zahlen erkennen, ob es einen Unterschied in den Ergebnissen zwischen zertifizierten und nicht-zertifizierten Zentren sowie zwischen Stadt und Land gibt? Sie erwähnen es zwar im Text, aber kann man das gegebenenfalls präzise erfassen?

Die von Ihnen aufgeworfenen Fragen hinsichtlich der Zentren und regionalen Spezifika sind durchaus berechtigt und immer wieder interessant. Unsere Qualitätskonferenz aus dem Jahr 2023 stand im Zeichen der Zentren (Kolonrektale, Lungen-, Mamma- und Prostatakarzinome). Regionale Unterschiede – insbesondere mit Blick auf Stadt/Land-Unterschiede – waren zentral für die diesjährige Qualitätskonferenz zum Thema Hautkrebs in Sachsen. Im Fall der Rektumanalysen hatten wir den Fokus etwas anders gewählt. Wir wer-

den es für zukünftige Analysen im Blick behalten und bei entsprechenden Auffälligkeiten oder Veränderungen thematisieren.

Welche Fragen werfen Ihre Ergebnisse auf beziehungsweise welche therapeutischen Konsequenzen ergeben sich? Sollte die Forderung nach leitliniengerechter Versorgung deutlicher gestellt werden?

Die Patienten der jüngeren beiden Altersgruppen werden überwiegend multimodal behandelt, Abweichungen häuften sich insbesondere bei den über 80-Jährigen. Wie bereits erwähnt, stößt man hier auf dokumentationstechnische Restriktionen: Krebsregister erfassen keine Komorbiditäten. Außerdem wird der Surrogatparameter ECOG/Karnowsky-Index nur sehr unvollständig gemeldet (2012 bis 2021 für weniger als 40 Prozent). Zwar beinhaltet der onkologische Datensatz ebenso die Angabe von Therapieabbruchgründen, aber auch hier bestehen große Datenlücken, die eine statistisch sinnvolle Auswertung zu den Gründen des Abweichens derzeit unmöglich machen. Vor diesem Hintergrund scheuen wir uns, explizite Forderungen hinsichtlich der Therapie zu formulieren und bitten stattdessen um die vollständige Meldung entsprechender Parameter, um perspektivisch Antworten liefern zu können. ■

Das Gespräch führte
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich,
Vorsitzende Redaktionskollegium
„Ärzteblatt Sachsen“

Tag des Gesundheitsamtes 2025

Prävention und Aufklärung im Fokus

Am 19. März 2019 wurde erstmals der Tag des Gesundheitsamtes vom Robert Koch-Institut ausgerufen. Die Wahl fiel auf den Geburtstag des Sozialmediziners Johann Peter Frank, der als Begründer des öffentlichen Gesundheitsdienstes gilt. 2025 lud das Gesundheitsamt des Landkreises Bautzen anlässlich des „Tages des Gesundheitsamtes“ ins Lausitz Center in Hoyerswerda ein. Ziel der Veranstaltung war es, Bürgerinnen und Bürger über die vielfältigen Aufgaben des Gesundheitsamtes zu informieren und das Bewusstsein für Prävention, Hygiene und Gesundheitsförderung zu schärfen. Die große Resonanz zeigte, dass das Interesse an diesen Themen in der Bevölkerung ungebrochen ist.

Vielfältige Einblicke in die Arbeit des Gesundheitsamtes

An verschiedenen Informationsständen konnten sich die Besucher über zentrale Tätigkeitsfelder des Gesundheitsamtes informieren. Neben Informationen zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Zahngesundheit standen die



Auf dem „Smoothie-Bike“: Dr. med. Jana Gärtner



Informationsstand zum Tag des Gesundheitsamtes 2025 im Lausitz Center in Hoyerswerda

Überwachung von Hygienevorschriften, Präventionsmaßnahmen sowie die Aufklärung über aktuelle Gesundheitsthemen im Mittelpunkt. Besonders positiv gefiel den Bürgerinnen und Bürgern dabei die interaktive Gestaltung der Veranstaltung, die einen direkten Austausch zwischen Fachpersonal und Bevölkerung ermöglichte.

Praktische Demonstrationen und Mitmachangebote

Ein weiteres Highlight war das sogenannte „Smoothie-Bike“, mit dem Besucherinnen und Besucher sich durch kräftiges Strampeln ihre eigene gesunde Erfrischung zubereiten konnten – ein anschauliches Beispiel dafür, wie Bewegung und gesunde Ernährung spielerisch kombiniert werden können. Um die gute Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit weiteren Behörden und Institutionen zu demonstrieren, war auch dieses Jahr wieder ein Rettungswagen des Landkreises vor Ort ausgestellt. Interessierte konnten im Kontakt mit den Rettern zum einen das Innere des Fahrzeugs besichtigen und zum anderen ihre Erste-Hilfe-Kenntnisse auffrischen.

Ein generationenübergreifendes Gesundheitsbewusstsein

Besonders erfreulich war die breite Altersdurchmischung der Teilnehmenden. Von Kindern über Jugendliche bis hin zu Erwachsenen und Senioren – alle Altersgruppen nutzten die Gelegenheit, sich mit wichtigen Aspekten der Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. Dies verdeutlicht die Relevanz von Präventionsarbeit für alle Generationen.

Fazit: Prävention als gemeinschaftliche Aufgabe

Der „Tag des Gesundheitsamtes“ zeigte eindrucksvoll, wie wichtig und wirkungsvoll Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit ist. Ich denke, es ist gut gelungen, eine Kombination aus fachlicher Information und interaktiven Elementen zu präsentieren. Solche Veranstaltungen tragen nicht nur dazu bei, das Bewusstsein für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu stärken, sondern fördern auch den Dialog zwischen Gesundheitsinstitutionen und Bevölkerung. ■

Dr. med. Jana Gärtner
Landratsamt Bautzen
Leiterin Gesundheitsamt

Digital zur Hausarzt-Karriere in Chemnitz

Smarte Tools unterstützen die Weiterbildung

Hausärztinnen und Hausärzte fehlen allorts, das ist mittlerweile jedem bekannt. Auch die Großstadt Chemnitz ist seit vielen Jahren drohend unterversorgt – seit 2015 arbeitet der Weiterbildungsverbund und die Initiative NEUE GESUNDHEIT Chemnitz intensiv an der Nachwuchsförderung. Um Studierende und Nachwuchshausärzte für die Allgemeinmedizin zu begeistern, setzt Chemnitz auf innovative digitale Lösungen.

Digitale Rotationsplanung: Flexibel und transparent



„Wir planen jährlich die Rotation von rund 50 Ärzten in Weiterbildung. Das ist zeitaufwändig und oft fehlt den Ärzten in Weiterbildung eine klare Vorstellung ihrer Wünsche“, erklärt Laura Thieme, Koordinatorin für den Weiterbildungsverbund Chemnitz. Daher wurde die Rotationsplanung nach Weiterbildungsordnung (WBO) 2021 digitalisiert. Im Portal können sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (AiWs) im Rahmen der Möglichkeiten ausprobieren, Fachbereiche zusammensetzen und ihren Plan herunterladen oder zur Beratung an den Verbund senden. „So sind wir schneller, moderner und die

AiWs gleichzeitig besser informiert“, so Thieme. Die digitale Planung erleichtert zudem die Bewerbung bei Weiterbildungseinrichtungen.

Das integrierte Praxisportal zeigt Weiterbildungspraxen in Chemnitz und Umgebung mit Beschreibungen, Bildern und freien Stellen. „Das optimiert die Planung für beide Seiten und vermeidet Leerlaufzeiten“, ergänzt Thieme.



Rotationsplanung
und Praxisportal



Interaktives Video

Interaktives Video: Individuelle Wege, Hausarzt zu werden

„Die Wege, Hausarzt zu werden, sind sehr individuell. Wer die Fachrichtung wechseln will, hat andere Möglichkeiten als im Studium, genauso wie diejenigen die schon lang in einer Klinik als Facharzt arbeiten. Darüber wollten wir informieren“, sagt Thieme.

Aus dieser Idee ist ein interaktives Video entstanden, wo sich Nutzer vom Studium über die Facharztweiterbildung, zur Praxisgründung oder -anstellung bis zum Quereinstieg Allgemein-

Fazit

Mit diesen digitalen Tools kommt Chemnitz direkt mit potenziellen Nachwuchsmediziner in Kontakt und positioniert sich als attraktiver und moderner Standort für die Hausarzt-Karriere in Sachsen. ■

Dipl. Soz.-Verw. (FH) Antje Lecht
Sächsische Landesärztekammer
Geschäftsstelle zur Förderung von
Weiterbildungsverbünden
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel.: 0351 8267-119

E-Mail: geschaeftsstelle-wbv@slaek.de
www.weiterbildungsverbuede-sachsen.de



Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit/Ehrenamt gesucht

Unterstützen Sie die Ausbildung zukünftiger Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in Chemnitz

Wir als Seniorenvertretung der Sächsischen Landesärztekammer helfen immer wieder gern bei der Vermittlung von Angeboten für ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die nach einem langen Berufsleben in den wohlverdienten Ruhestand eintreten, aber immer noch gern ab und zu ihren ärztlichen Sachverstand für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einsetzen möchte. Sei es zum Beispiel durch Mitwirkung in den Seniorenakademien, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, als Lehrkräfte an den berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens, in Herzsportgruppen, in örtlichen Senio-

renvertretungen oder auch als Alltagsbegleiter und Nachbarschaftshelfer.

Ganz aktuell sucht die Freie Schulen Chemnitz der ASG mbH zwei Ärzte im Ruhestand, welche sich vorstellen können, in den Berufsfachschulen für Ergotherapie und Physiotherapie in Chemnitz zu unterrichten. Der Unterricht findet nach sächsischem Lehrplan statt. Es handelt sich um die Fächer Allgemeine Krankheitslehre, Grundlagen Gesundheitslehre/Hygiene sowie Inhalte der Speziellen Krankheitslehre, zum Beispiel Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Orthopädie und Innere

Medizin. Eine Beschäftigung ist im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses oder auf Honorarbasis möglich.

Haben Sie grundsätzlich Interesse an dieser oder einer anderen oben genannten Tätigkeit, können Sie sich auf der Homepage der Kammer (www.slaek.de) informieren beziehungsweise zur Klärung weiterer Einzelheiten mit der Unterzeichnerin in Verbindung setzen. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Kommission Senioren
Tel.: 0351 8267-414/-415
E-Mail: senioren@slaek.de

29. Sächsisches Seniorentreffen 2025

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2025, haben wir bereits auf das diesjährige Sächsische Seniorentreffen hingewiesen. Ziel der insgesamt vier Fahrten im September ist die Hauptstadt unseres Nachbar-Bundeslandes Halle (Saale). Unsere Anlaufpunkte sind dabei das Kunstmuseum Moritzburg und das Landesmuseum für Vorgeschichte Halle. In der nächsten Ausgabe unseres Ärzteblattes finden Sie in gewohnter Weise die detaillierte Einladung nebst Anmeldeformular. Der Reiseveranstalter Muldental Reisen GmbH wird in unserem Auftrag die Fahrtanmeldungen bearbeiten. Es erfolgt auch dieses Jahr kein Einzelanschreiben an die Senioren. Wir freuen uns jetzt schon auf Ihre zahlreichen Anmeldungen und einen interessanten gemeinsamen Tag. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Kommission Senioren



Landesmuseum für Vorgeschichte, Blick in den Raum „Elefantenschlachtplatz von Gröbern“, circa 125.000 Jahre vor heute

Konzerte und Ausstellungen

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

**OLDSCHOOL –
Gemälde und Druckgrafik**
von Wolfram Neumann
bis 11. Juli 2025



Wolfram Neumann: Ausschnitt aus „Der Aufbruch“, 2024/25, Öl auf Leinwand, 200 x 150 cm

VORSCHAU

Wenn ein Moment zum Sinnbild wird
Gemälde und Zeichnungen von
Babak Nayeibi

22. August bis 17. Oktober 2025

Vernissage: 21. August 2025, 19.30 Uhr

Junge Matinee

22. Juni 2025, 11.00 Uhr

Studierende der Korrepetitionsklassen von Prof. Hecker, der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden, musizieren für Sie.

Eintrittspreise (vor Ort zahlbar):

4 Euro/2 Euro (für Schüler und Studenten)

Im Anschluss an das Konzert wird ein Mittagsbuffet angeboten (kostenpflichtig).

Nähere Informationen und Tisch-

reservierung unter Tel. 0351 8267-110.

Umfrage: Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einer enormen Herausforderung: Ein erheblicher Teil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nähert sich dem Rentenalter, nahezu jeder vierte von ihnen ist 60 Jahre oder älter. Diese Ruhestandswelle wird den bereits heute vielerorts bestehenden Ärztemangel noch weiter verschärfen. Gleichzeitig können sich viele Ärztinnen und Ärzte vorstellen, auch nach Erreichen des Rentenalters weiterhin für ihre Patientinnen und Patienten tätig zu sein. Schon heute sind zahlreiche Mediziner über 65 Jahre noch beruflich aktiv. Sie schätzen die Möglichkeit, ihre Erfahrung und ihr Fachwissen weiterzugeben.

Attraktive und unbürokratische Anreize könnten noch mehr Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, ihre Berufstätigkeit über das übliche Rentenalter hinaus fortzusetzen oder nach dem Ein-

tritt in den Ruhestand in die medizinische Versorgung zurückzukehren.

Vor diesem Hintergrund möchten wir im Rahmen einer Umfrage in Kooperation mit dem Deutschen Ärzteblatt Ihre persönliche Einstellung zur ärztlichen Tätigkeit im Ruhestand erfahren. Mit Ihrer Rückmeldung leisten Sie einen wertvollen Beitrag zu politischen Diskussionen und helfen dabei, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland zu verbessern. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Kommission Senioren

Umfrage zur ärztlichen
Tätigkeit im Ruhestand
www.slaek.de → Ärzte →
Ärzte im Ruhestand



Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Seniorentreffen am Dienstag, 10. Juni 2025

Am Dienstag, dem 10. Juni 2025, um 15.00 Uhr, lädt die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ein zum Seniorentreffen in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Referentin wird Dr. phil. Marina Lienert, Institut für Geschichte der Medizin an der Technischen Universität Dresden, sein.

Seien Sie anschließend zu Kaffee und Kuchen herzlich willkommen! Der Organisationsausschuss Senioren trifft sich wie immer um 14 Uhr. Interessierte Mitstreiter sind jederzeit herzlich eingeladen! ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende Kreisärztekammer Dresden (Stadt)
E-Mail: info@kreisaerztekammer-dresden.de

35. Sächsischer Ärztetag

38. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung / 73. Tagung der Kammerversammlung am 13./14. Juni 2025

Tagungsort

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Carl-Gustav-Carus-Saal
Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

38. Tagung der Erweiterten

Kammerversammlung

Freitag, 13. Juni 2025

Beginn 14.00 Uhr

1. Eröffnung des 35. Sächsischen Ärztetages/der 38. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung
■ Feststellung der Beschlussfähigkeit, Erik Bodendieck, Präsident

2. Tätigkeitsbericht 2024 der Sächsischen Ärzteversorgung
2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
Bericht: Dr. Steffen Liebscher
2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
Bericht: Dr. Volker Kohl
2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2024
Bericht: Markus Müller, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten 2024
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2026
Bericht: Dipl.-Math. Mark Walddörfer, Mitglied des Verwaltungsausschusses
2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2024

3. Wahlen zum Verwaltungsausschuss und zum Aufsichtsausschuss

3.1. Wahlverfahren
3.2. Wahl der ärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses
3.3. Bestellung der sachverständigen Mitglieder des Verwaltungsausschusses
3.4. Wahl der ärztlichen Mitglieder des Aufsichtsausschusses
4. Bekanntgabe von Terminen

5. Verschiedenes

Abendveranstaltung

Freitag, 13. Juni 2025,

Beginn 18.30 Uhr

Begrüßung
Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2025 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag:
„And I think to myself – What a wonderful world – Wie wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und uns selbst gesund erhalten und glücklich machen. Ein motivational-neurowissenschaftliches Plädoyer“
Referentin: Prof. Dr. Michaela Brohm-Badry, Universität Trier

**73. Tagung der Kammerversammlung
Sonabend, 14. Juni 2025,
Beginn 9.00 Uhr**

1. Eröffnung der 73. Tagung der Kammerversammlung
■ Feststellung der Beschlussfähigkeit
■ Beschlusskontrolle
Erik Bodendieck, Präsident

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik
Bericht: Erik Bodendieck, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
■ dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
■ dem Tätigkeitsbericht 2024 der Sächsischen Landesärztekammer

3. Finanzen

3.1. Jahresabschluss 2024 und Verwendung des Überschussvortrages
Bericht: Dipl.-Ök. Andreas Franke, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH
3.2. Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2024
3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2025
Bericht: Dipl.-Med. Ingolf Schmidt, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

4. Wahlen

4.1. Wahl Vizepräsident/-in
4.2. Wahl Vorstandsmitglied (falls erforderlich)

5. Bestimmung der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht für die Heilberufe (WP 2025 – 2030)
Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

6. Vorbereitung und Durchführung der Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2027 – 2031
Bericht: Erik Bodendieck, Präsident

7. Bekanntgabe von Terminen

8. Verschiedenes

Ende gegen 13.00 Uhr ■

Die FobiApp im neuen Gewand

Viele Kolleginnen und Kollegen kennen und schätzen die FobiApp, über die man deutschlandweit die Fortbildungskalender der Landesärztekammern abrufen kann.

Um die Benutzerfreundlichkeit zu verbessern sowie auch den Zugang zu den Funktionen der App zu erleichtern, wurde eine neue plattformunabhängige Version der FobiApp entwickelt. Der Support der bisherigen Version, die ursprünglich von der Landesärztekammer Hessen entwickelt wurde, ist Ende März 2025 eingestellt worden. Im Zuge dessen wurde sie auch aus dem App-Store von Apple beziehungsweise dem Playstore von Google entfernt. Der Betrieb, Support und die Weiterentwicklung der FobiApp wurden zudem nach Berlin zur Bundesärztekammer verlagert.

Was bleibt – was ändert sich?

Die Funktionalitäten der alten FobiApp bleiben im Wesentlichen auch in der neuen „FobiApp-Web“ bestehen.

Punktekonto: Der aktuelle Punktestand kann jederzeit durch den individuell wählbaren Zeitraum abgefragt werden. Für den Zugriff auf das Punktekonto ist wie bisher das Einscannen eines Zugangsschlüssels erforderlich.

Den Zugangsschlüssel erhalten Sie über das Mitgliederportal der Kammer → Bereich Fortbildung → Zugangsschlüssel FobiApp.

Fortbildungssuche: Die App bietet auch weiterhin eine bundesweite Suche nach Fortbildungsveranstaltungen mit Informationen, die über die Web-Services der jeweiligen Kammern bereitgestellt werden.

Persönlicher Barcode: Die App generiert persönliche Barcodes der EFN zur Registrierung bei Fortbildungsveranstaltungen ohne Barcode-Aufkleber. Diese Barcodes können dann vom Handy bei der Veranstaltung vor Ort mittels der VeranstalterApp (siehe weiter im Text) eingelesen werden.

Für Veranstalter: Aus den Rückmeldungen und Rückfragen der Veranstalter von anerkannten Fortbildungsveranstaltungen ließ sich deutlich herauslesen, dass die Administration über die bisherige FobiApp nicht optimal war. Viele bemängelten die Bedienbarkeit auf kleinen Geräten beziehungsweise fehlende Massenerfassung bei großen Veranstaltungen. Dies führte zu der Entscheidung, diese bisherige Funktion aus der neuen App vollständig herauszunehmen und über eine separate Web-Lösung, in optimierter Form be-

reitzustellen. Diese Anwendung ist bereits verfügbar und kann für die Teilnehmermeldung genutzt werden:

<https://punktemeldung.eiv-fobi.de/> (Abb. 2).



Abb. 2: EIV-Punktemeldung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der neuen FobiApp ein zukunftssicheres System eingeführt wurde, das den Anforderungen der digitalen und mobilen Welt gerecht wird. Probieren Sie es gern aus!

Weitere Informationen zur FobiApp für Kammermitglieder:
www.fobiapp.de



Weitere Informationen für Veranstalter zur Teilnehmermeldung bei Veranstaltungen:
<https://punkte.eiv-fobi.de/>



Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an das Referat Fortbildung wenden: fortbildung@slaek.de.

Verwaltungsbetriebswirt (VWA) Göran Ziegler
Referatsleiter Fortbildung

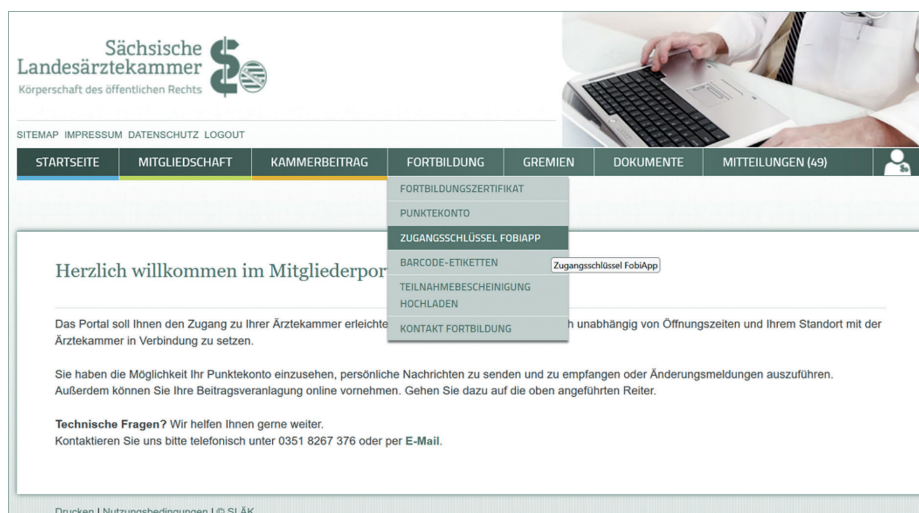


Abb. 1: Zugangsschlüssel FobiApp im Mitgliederportal

Ärztliche Führung neu denken



In herausfordernden Zeiten wird es immer wichtiger, als Führungspersönlichkeit Orientierung zu bieten. Daher geht moderne ärztliche Führung weit über die Vermittlung medizinischer Kenntnisse hinaus. Sie erfordert eine gesunde Mischung aus Klarheit, Empathie, Anpassungsfähigkeit und Selbstbewusstsein gegenüber den Kollegen, dem Team und den Patienten.

Das Curriculum „Ärztliche Führung“ greift die aktuellen Herausforderungen von Führungsarbeit im Gesundheits-

wesen auf und unterstützt Sie dabei, neue Perspektiven zu gewinnen.

Das erwartet Sie:

- **Persönliche Stärkung**
Eigene Führungskompetenzen erkennen und neugierig weiterentwickeln.
- **Sicherheit im Wandel**
Souveränität und Gelassenheit finden im Umgang mit neuen herausfordernden Situationen.
- **Führung im menschlichen Spannungsfeld**
Emotionen und Konflikte als Entwicklungshelfer verstehen, auffangen und in kraftvolles Handeln umwandeln.
- **Praktische Handlungsstrategien**
Talente erkennen, binden und fördern: Kleine Schritte mit großer Wirkung für Sie und Ihr Team.

Wir laden Sie ein, im geschützten Raum ärztliche Führung neu zu denken, eige-

ne Unsicherheiten zu reflektieren und eine Haltungsreife zu entwickeln, die Sicherheit und Vertrauen ausstrahlt.

Entwickeln Sie sich gemeinsam mit uns zur modernen Führungspersönlichkeit!

Termine:

Modul 1 5. – 7. November 2025

Modul 2 21. – 23. Januar 2026

Modul 3 25. – 27. Februar 2026

Modul 4 20. März 2026

Ort: Hotel Kloster Nimbschen,
Nimbschener Landstraße 1,
04668 Grimma

Auskunft: Sächsische Landesärztekammer, Referat Fortbildung,
Herr Madysa, Tel.: 0351 8267-348
E-Mail: fortbildung@slaek.de

Anmeldung unter
<https://veranstaltungen.slaek.de/> ■



Stellenanzeige

Geschäftsführer bei der Krebsregister Sachsen gGmbH

Sächsische
Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Die ehemals vier klinischen Krebsregister an den Standorten Chemnitz, Dresden, Leipzig und Zwickau waren viele Jahre zuverlässige, regionale Ansprechpartner für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Diese Register wurden im vergangenen Jahr in die Krebsregister Sachsen gGmbH (KRS) überführt. Die KRS wurde mit hoheitlichen Aufgaben der klinischen und epidemiologischen Krebsregistrierung beliehen.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir einen Geschäftsführer/eine Geschäftsführerin (m/w/d).

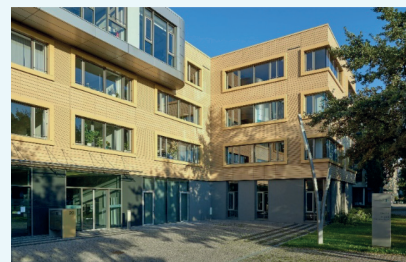
Ihre Aufgaben sind insbesondere:

- die eigenverantwortliche Führung und Leitung des Krebsregisters,
- die strategische Ausrichtung und strukturelle Weiterentwicklung des Registers, insbesondere mit Blick auf die Etablierung eines klinisch-epidemiologischen Krebsregisters,
- die Repräsentation des Registers auf Landes- und Bundesebene,
- die gezielte Steuerung und Kontrolle des zur Verfügung stehenden Budgets sowie
- die vorausschauende Planung und Steuerung des fach- und sachgerechten Personaleinsatzes.

Ihr Profil:

- Sie sind approbierte Ärztin/Arzt oder verfügen über ein abgeschlossenes Studium im Bereich Naturwissenschaften und über Leitungserfahrung im Bereich der Onkologie oder in der klinischen und/oder epidemiologischen Krebsregistrierung.
- Sie übernehmen strategische Verantwortung für das Gesamtunternehmen.
- Sie sind flexibel, begeisterungsfähig und überdurchschnittlich belastbar.
- Sie besitzen ein sehr hohes Verantwortungsbewusstsein.
- Sie verfügen über Verhandlungssicherheit, Überzeugungskraft, Führungsstärke und Durchsetzungsvermögen.
- Sie überzeugen durch Kommunikationsfähigkeit, Integrationsfähigkeit und Motivationsstärke.
- Sie haben eine ausgeprägte Fähigkeit zur internen und externen Vernetzung.
- Sie verfügen über Erfahrung im Umgang mit Partnern im Gesundheitswesen und in der Wissenschaft.

Wir bieten eine anspruchsvolle, abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit mit Gestaltungsmöglichkeiten in einem kompetenten Mitarbeiter-team sowie eine der Aufgabe angemessene Vergütung. Ihre Bewerbung senden Sie bitte bis zum 30.05.2025 an die Sächsische Landesärztekammer, Dr. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, E-Mail: bewerbung@slaek.de.



„Der frühe Vogel fängt den Wurm“

Früh buchen, sicher teilnehmen: Wichtige Hinweise zur Anmeldung bei Fortbildungen der Sächsischen Landesärztekammer

Wir schließen aus den gehäuften Anmeldungen erst kurz vor einem Veranstaltungstermin, dass sich viele Interessierte offensichtlich relativ kurzfristig für die Teilnahme an einer unserer Veranstaltungen entscheiden.

Das hat zwei große Nachteile:

- Oftmals müssen Kurse mangels Teilnehmerinteresses vier bis sechs Wochen vor Veranstaltungstermin abgesagt werden, um hohe Stornokosten zum Beispiel für Raummiete/Technik oder sonstige Leistungen zu vermeiden und auch um Referierende nicht unnötig zu blockieren. Zeitgerecht angemeldete Teilnehmende beklagen dann die mangelnde Zuverlässigkeit der Kammer, auf die sie sich in ihrer Planung verlassen haben.
- Jemand, der sich kurzfristig anmelden möchte, findet den abgesagten

Kurs nicht mehr und beklagt ebenfalls die mangelnde Zuverlässigkeit der Kammer.

Für unser Team und für die eingeplanten Referierenden ist ein abgesagter Kurs übrigens ebenfalls eine große Frustration. Es handelt sich also um eine loose-loose-Situation für alle Beteiligten.

Unsere große Bitte: **Melden Sie sich so früh wie möglich an!**

Unsere Stornobedingungen sind ausgesprochen kulant, eine Anmeldung kann

- bei Fortbildungen mit einer Teilnahmegebühr bis 100,00 Euro bis sieben Tage vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei storniert werden,
- bei Fortbildungen mit einer Teilnahmegebühr über 100,00 Euro immerhin noch bis vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn.

Nur so sichern Sie sich zuverlässig einen Platz und können vermeiden, dass Kurse unnötig ausfallen.

Vielen Dank! Für Rückfragen wenden Sie sich gern an das Referat Fortbildung, fortbildung@slaek.de.

Im Übrigen finden Sie unser umfangreiches Kursangebot tagaktuell in unserem Veranstaltungsportale:

<https://veranstaltungen.slaek.de/> ■

Verwaltungsbetriebswirt (VWA) Göran Ziegler
Leiter Referat Fortbildung



Patientenzentrierte Kommunikation

Webinar am 26. Juni 2025, 18 Uhr

Im ärztlichen Alltag stoßen wir täglich auf Gesprächssituationen, die unter die Haut gehen: schwierige Diagnosen, überforderte Angehörige, aggressive Patienten, Teamkonflikte. In solchen Momenten fehlen oft die richtigen Worte – und die innere Stabilität. In einem 45-minütigen Webinar gibt Dr. med. Annett Montag, erfahrene Anästhesistin, Intensivmedizinerin und Notärztin, einen kompakten Einblick in ihr praxiserprobtes Konzept der Patientenzentrierten Kommunikation. Sie stellt zentrale Aspekte aus ihrem dreitägigen Kurs vor und zeigt auf, wie Sie:

- unterschiedliche **Bewusstseinszustände** und **Wahrnehmungskanäle** erkennen,
- durch **Selbstregulationstechniken** handlungsfähig bleiben – auch in Stressmomenten,
- mit gezielten Techniken Beziehung aufbauen
- und mit wirksamem Handwerkzeug Gespräche klar und einfühlsam führen.

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen – für mehr Sicherheit in der Kommunikation, stärkere Resilienz und ein menschlicheres Miteinander.

Jetzt anmelden und erste Impulse für einen entspannteren Arbeitsalltag erhalten!

<https://veranstaltungen.slaek.de> ■

Auskunft:
Marika Wodarz
Referat Fortbildung
Tel.: 0351 8267-327
E-Mail: fortbildung@slaek.de



Anmeldung:
<https://veranstaltungen.slaek.de>

Ärztliche Untersuchung der Auszubildenden gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz

Das sollten Sie wissen

Im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) sind Arbeitgeber dazu verpflichtet, die Gesundheit ihrer jugendlichen Auszubildenden besonders zu schützen. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Schutzes ist die regelmäßige Nachuntersuchung der Jugendlichen. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die gesetzlichen Anforderungen und Hinweise für Ausbilder.

Gesetzliche Grundlage

Das JArbSchG schreibt vor, dass jugendliche Auszubildende vor Beginn der Ausbildung und im weiteren Verlauf ärztlich untersucht werden müssen. Jugendlich ist, wer das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die erste Untersuchung, die sogenannte Erstuntersuchung, muss vor Aufnahme der Ausbildung durchgeführt werden.

Spätestens vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres muss eine Nachuntersuchung erfolgen. Diese dient dazu, die gesundheitliche Entwicklung der jugendlichen Auszubildenden zu überprüfen und sicherzustellen, dass sie den Anforderungen ihrer Tätigkeit gewachsen sind. Sie hilft, gesundheitliche Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zu deren Vermeidung oder Minderung zu ergreifen.

Erstuntersuchung

Gemäß § 32 JArbSchG muss der minderjährige Auszubildende vor Beginn der Ausbildung innerhalb der letzten 14 Monate von einem Arzt untersucht worden sein. Ohne Nachweis dieser

Untersuchung darf ein Jugendlicher nicht beschäftigt werden. Der Berufsausbildungsvertrag wird ohne Vorlage dieser Untersuchung nicht im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse der Sächsischen Landesärztekammer registriert. Der Nachweis ist nur erforderlich, wenn der Auszubildende mit Beginn des Ausbildungsverhältnisses noch minderjährig ist.

Nachuntersuchung

Gemäß § 33 JArbSchG hat sich der Arbeitgeber ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung eine Bescheinigung über die Nachuntersuchung vorlegen zu lassen. Die Nachuntersuchung darf nicht länger als drei Monate zurückliegen. Der Arbeitgeber soll Jugendliche neun Monate nach Aufnahme der ersten Beschäftigung nachdrücklich auf den Zeitpunkt der Nachuntersuchung hinweisen. Diese Rechtsvorschrift gilt für Auszubildende, die zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch jugendlich sind. Legt der Jugendliche die Bescheinigung der Nachuntersuchung nicht nach Ablauf eines Jahres vor, hat ihn der Arbeitgeber innerhalb eines Monats unter Hinweis auf das Beschäftigungsverbot schriftlich dazu aufzufordern. Der Jugendliche darf nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung nicht weiterbeschäftigt werden, solange er den Nachweis nicht vorgelegt hat. Nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) ist eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der

Sächsischen Landesärztekammer einzureichen. Andernfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 BBiG zu löschen. Für den Nachweis der Durchführung sind die entsprechenden Formulare zu verwenden. Auszubildende und Ausbilder werden von der Sächsischen Landesärztekammer an diese Frist erinnert.

Formulare für die Untersuchung

Die Formulare für die ärztliche Untersuchung nach dem JArbSchG liegen in der Regel den Arztpraxen, welche die Untersuchung durchführen, vor. Andernfalls können diese über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) oder die Landesdirektion Sachsen, Abteilung Arbeitsschutz, angefordert werden.

Für Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referates MFA unter 0351/8267-170, -171 und -173, -168, -169 gern zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie zudem auch über den QR-Code. ■



Lydia Seehöfer B.A.
Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Bei Ausschreibungen von Praktischen Ärzten können sich Fachärzte für Allge-

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

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

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

www.kvsachsen.de → Für Praxen → Zulassung und Niederlassung → Bedarfsplanung → Bedarfsplanung und Sächsischer Bedarfsplan

Es können nur schriftliche und unterschriebene Bewerbungen berücksichtigt werden. Die Übergabe der Bewerbungen muss per Post, per Fax oder als eingescannte PDF-Datei per E-Mail erfolgen. Die Bewerbung muss die Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) der betreffenden Ausschreibung nennen.

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

Zulassungsbezirk Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/C045	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Freiberg	11.06.2025
25/C046	Orthopädie, ZB Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin	Zwickau	11.06.2025
25/C047	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	11.06.2025
25/C048	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mittweida	11.06.2025
25/C049	Psychologische Psychotherapie zur ausschließlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen – Verhaltenstherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	11.06.2025

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

Anzeige



KLASSIK MEETS JAZZ

**SONDERKONZERT DER UNIBIGBAND LEIPZIG
ANLÄSSLICH DES 129. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES**

27.05.2025 19.30 Uhr	Universitätskirche Leipzig Augustusplatz 10	Preis 10 EUR	Bestellung über Nepalmed e.V. nepalmed@gmx.de
--------------------------------	--	-----------------	--

Zulassungsbezirk Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/D058	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.06.2025
25/D059	Psychotherapeutisch tätige Ärztin Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.06.2025
25/D060	Psychotherapeutisch tätiger Arzt Verhaltenstherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.06.2025
25/D061	Urologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Weißeritzkreis	11.06.2025

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

Zulassungsbezirk Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/L036	Allgemeine Chirurgie (Viertel Vertragsarztsitz**)	Leipzig, Stadt	26.05.2025
25/L037	Haut- und Geschlechtskrankheiten ZB Allergologie	Leipzig, Stadt	11.06.2025
25/L038	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Torgau-Oschatz	11.06.2025
25/L039	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Torgau-Oschatz	11.06.2025
25/L040	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Torgau-Oschatz	11.06.2025
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
25/L034	Innere Medizin/ Rheumatologie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.05.2025 (Korrektur zur Ausschreibung Heft 4/2025)

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

Anzeige



**SAVE THE DATE: 17. Netzwerktreffen
„Ärzte für Sachsen“**

17. September 2025 | 16.00 - 19.00 Uhr
Königliches Kurhaus in Bad Elster

Ärztliche Nachwuchsgewinnung – gemeinsam erfolgreich
www.aerzte-fuer-sachsen.de

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Zulassungsbezirk Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin, ZB Naturheilverfahren *)	Chemnitz	geplante Abgabe: ab 2026
Allgemeinmedizin *)	Freiberg	geplante Abgabe: Anfang 2026

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

Zulassungsbezirk Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: ab sofort
Praktische Ärztin*)	Kamenz	Abgabe: Juli 2025
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Oktober 2025
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: Januar 2026
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: Januar 2026
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: Januar 2026
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: März 2026
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: Juli 2026
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: Oktober 2026
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: Januar 2027
ALLGEMEIN FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Neurologie und Psychiatrie	Bautzen	Abgabe: ab sofort
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	Abgabe: ab sofort
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Riesa-Großenhain	Abgabe: ab sofort
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: April 2025
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	Abgabe: Anfang 2026

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

Frakturen langer Röhrenknochen durch Kindesmisshandlung

M. Pleul¹, G. Fitze¹

Einführung

Knöcherne Verletzungen treten sehr häufig bei misshandelten Kindern auf und sind mitunter die ersten Auffälligkeiten, die mit einer Kindesmisshandlung in Zusammenhang gebracht werden. Mehr als die Hälfte misshandelter Kinder weist Verletzungen des Skelettsystems auf, etwa jedes fünfte Kind sogar multiple Frakturen.

Der deutsch-amerikanische Kinderarzt C. Henry Kempe (1922 – 1984) gilt als Begründer des medizinischen und multiprofessionellen Kinderschutzes. Die Veröffentlichung des Artikels „The Battered Child Syndrome“ im Jahr 1962 war bahnbrechend, 1968 folgte das erste medizinische Lehrbuch zu dem Thema. Für seine Arbeit wurde er für den Nobelpreis nominiert.

Seine Aussage „To the informed physician, the bones tell a story the child is too young or too frightened to tell.“ verdeutlicht die Bedeutsamkeit für tätige Ärzte, misshandlungsbedingte Frakturen erkennen zu können und zu müssen.

Epidemiologie

Überwiegend sind Kinder unter dem dritten Lebensjahr betroffen, insbesondere die Jüngsten: 55 bis 70 Prozent misshandlungsbedingter Frakturen werden bei Kindern unter einem Jahr nachgewiesen, 80 Prozent bei Kindern unter 18 Monaten. Unfallbedingte Frakturen betreffen hingegen häufig ältere Kinder.

Somit ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine nachgewiesene Fraktur Folge einer Kindesmisshandlung ist, umso höher, je jünger und damit immobil das Kind ist. Dies gilt so nicht für Kinder mit körperlichen Einschränkungen beziehungsweise relevanten Grunderkrankungen, die die Mobilität einschränken oder zu einer erhöhten Vulnerabilität der Knochen führen. Eine zunehmende Osteoporose in Verbindung mit Kontrakturen kann die Frakturneigung begünstigen.

25 bis 56 Prozent der Knochenbrüche bei Kindern unter einem Jahr werden als misshandlungsbedingt eingeschätzt, davon insbesondere bei Säuglingen unter vier Monaten.

Bei unfallbedingten akzidentellen Frakturen im Kindesalter findet man in 80 Prozent der Kinder eine Fraktur und in 19 Prozent zwei Frakturen. Umgekehrt werden bei misshandlungsbedingten nicht-akzidentellen Frakturen nur in 20 Prozent zwei Frakturen, aber in 60 Prozent drei und mehr Frakturen identifiziert. Diese haben dann meist ein unterschiedliches Konsolidierungsalter und implizieren somit eine Mehrzeitigkeit.

Außerdem gibt es eine hohe Koinzidenz mit anderen Misshandlungsformen. Insbesondere Kinder mit nicht-akzidentellen Schädel-Hirn-Traumata (NASHT beziehungsweise engl. Abusive Head Trauma) haben häufig zusätzliche Frakturen erlitten. Das NASHT beschreibt als rechtsmedizinischer Begriff die Folge einer Kindesmisshandlung mit meist schweren neurologischen Folgen und relativ geringen äußerlich sichtbaren Verletzungen. Der frühere Begriff „Schütteltrauma“ wird nicht mehr verwendet.

Differenzialdiagnostisch muss bei der Beurteilung einer möglicherweise zugrundeliegenden Kindesmisshandlung auch geklärt werden, ob beim betroffenen Kind Hinweise für eine Knochenkrankung bestehen. Mögliche Diagnosen wären beispielsweise eine Skelettdysplasie, Frühgeburtlichkeit, Infektionen oder neuromuskuläre oder metabolische Erkrankungen.

Auch ein Geburtstrauma, radiologische Normvarianten oder auch ungewöhnliche, aber tatsächlich mögliche Unfallmechanismen sollten in Betracht gezogen werden.

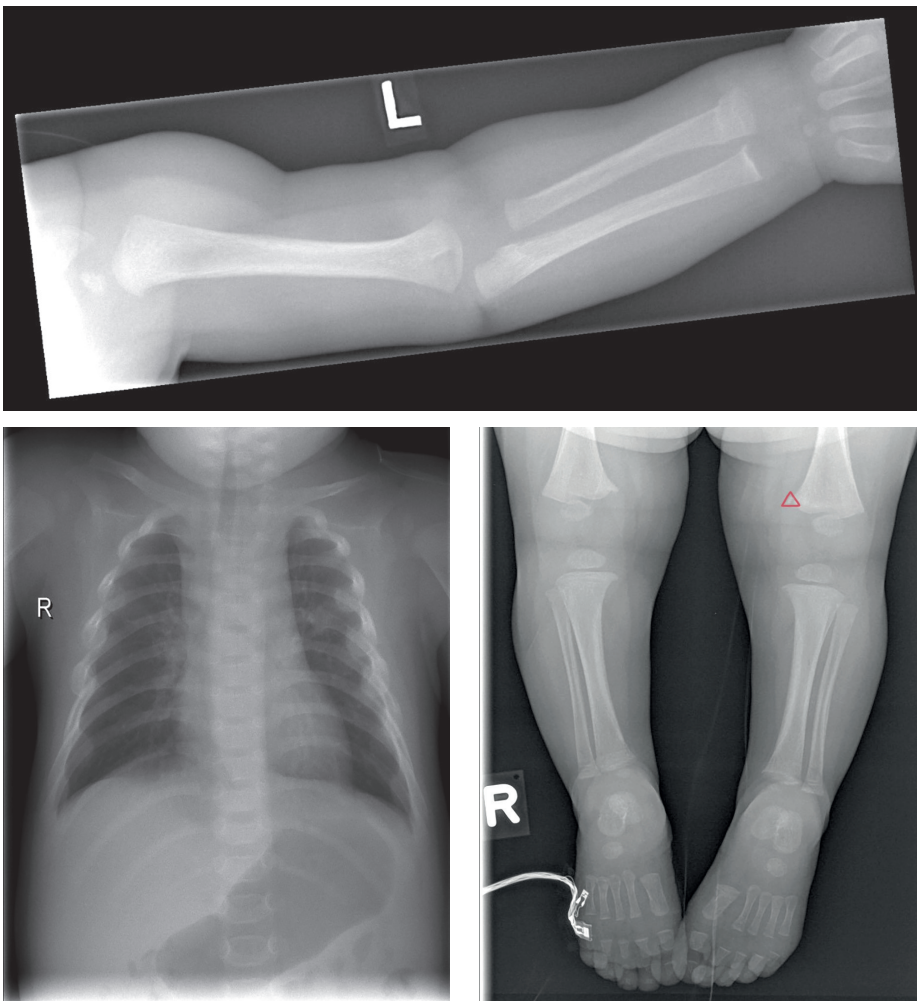
Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine Kindesmisshandlung in jeder sozialen Schicht vorkommt. Es gibt jedoch verschiedene Risikofaktoren. Von Seiten der Eltern sind soziale Belastungsfaktoren (alleinerziehend, viele Kinder, junges Alter, geringer Bildungsstand, niedriges Einkommen), psychische Belastungsfaktoren (Beziehungsprobleme, Bindungsstörungen, mangelndes Verständnis für Bedürfnisse, psychiatrische Erkrankungen), Suchterkrankungen, Kriminalität, vorübergehend im Haushalt lebende Bezugspersonen sowie eigene Missbrauchserfahrungen zu nennen.

Risikofaktoren der betroffenen Kinder sind: Alter unter drei bis vier Jahren, weibliches Geschlecht, Frühgeborene, chronisch kranke und behinderte Kinder sowie Kinder mit Fehlbildungen und Deformitäten, „Schreikinder“, verhaltensauffällige Kinder sowie Pflege-, Stief- und „ungewollte“ Kinder.

Anamnese

Grundsätzlich kann man einen behutsamen Umgang mit dem Körper eines Säuglings von den Eltern erwarten. Frakturen bei Kindern hingegen entste-

¹ Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Technische Universität Dresden



Abbildungen 1a – c: Auszüge des Röntgen-Skelettscreenings eines zwei Monate alten Säuglings mit Nachweis spezifischer Rippenfrakturen beidseits, distaler metaphysärer Radius- und Ulnafraktur links und metaphysären Eckfrakturen der distalen Femura und Tibiae beidseits (siehe rotes Dreieck), Verdacht auf Zustand nach metaphysärer Fraktur der proximalen Tibia links.

(mit freundlicher Genehmigung von Dr. med. Christoph Meißner, Kinderradiologie, Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

hen aber aufgrund einer massiven stumpfen Gewalteinwirkung mit Überschreitung der Biegeelastizität der knöchernen Struktur.

Bei allen Verletzungen im Kindesalter sollte die Beurteilung der Plausibilität durch den Behandler erfolgen. Wichtig ist dabei, dass die Aussagen der Eltern, insbesondere eher unwahrscheinliche Angaben zu Geschehensabläufen, generell nicht kommentiert werden sollten, um diese oder zukünftige Aussagen nicht zu beeinflussen. Eine auffallende Modifikation der Aussagen im Verlauf der medizinischen Befundfeststellungen et cetera sollte ein Warnsignal sein.

Für die Einschätzung eines plausiblen Entstehungsmechanismus sollte ein grundlegendes Verständnis bestehen, wie bestimmte Frakturen entstehen. Weiterhin müssen verschiedene andere Aspekte berücksichtigt werden, wie die Verletzungslokalisationen, die Anzahl und das ungefähre Alter der vorliegenden Frakturen sowie die mögliche Fähigkeit des Kindes, einen bestimmten Unfallhergang selbst herbeigeführt haben zu können.

Dieses Wissen trägt auch zur Erkennung auffälliger Anamnesen und möglicher Schutzbehauptungen bei. Beispielsweise ist es weder beschrieben noch nachvollziehbar, dass sich ein

Säugling aus eigener Kraft durch das Einklemmen einer Extremität zwischen Gitterstäben oder Herumrollen seines Körpers selbst eine Verletzung wie die häufige Femur- oder Humerusschaftfraktur zufügt.

Auch einfache Treppenstürze oder sogenannte banale Stürze von Bett, Sofa, Wickeltisch et cetera führen zwar möglicherweise, aber weitaus seltener zu Frakturen, als insgesamt vermutet wird. Zum Beispiel beträgt der positiv prädiktive Wert einer Schädelfraktur für eine Kindesmisshandlung 20,1 Prozent (95 Prozent KI 13,3 – 26,9 Prozent).

Klinische Untersuchung und Diagnostik

Grundsätzlich muss bei Kindern, bei denen nach Erhebung der Anamnese der Verdacht auf das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung vorliegt, gründlich klinisch untersucht werden. Diese Untersuchung muss den ganzen Körper umfassen, sollte am entkleideten Kind stattfinden und alle Befunde müssen fotografisch dokumentiert werden. Misshandlungsbedingte, nicht-akzidentelle Frakturen sind in den meisten Fällen klinisch unerwartet. Viele misshandlungsbedingte Frakturen gehen mit nur sehr geringen Weichteilverletzungen einher und weisen insbesondere keine erkennbaren Hämatome auf.

Aufgrund der Häufigkeit des Auftretens okkulten Frakturen wird daher ein standardisiertes, stufenweises Röntgen-Skelettscreening nach aktueller AWMF Kinderschutzleitlinie bei Kindern unter zwei Jahren mit Verdacht auf eine Kindesmisshandlung veranlasst. Die Durchführung sollte großzügig ebenso bei unter zweijährigen Geschwisterkindern erwogen werden. Weiterhin sollte die Untersuchung auch bei fehlendem Frakturachweis initial und weiterhin bestehenden klinischen Anhaltspunkten auf eine körperliche Misshandlung nach 11 bis 14 Tagen nahezu vollständig wiederholt werden.

Auch bei etwas älteren Kindern bis zum Alter von vier Jahren gibt es ebenso Indikationen für das Röntgen-Skelettscreening, wie das Vorliegen einer Schädelfraktur oder Rippenfraktur bei fehlendem bezeugten akzidentiellen Trauma oder zweifelhafter Anamnese.

Frakturlokalisation und Frakturmorphologie bei Kindesmisshandlung

Ohne benannten oder plausiblen Unfallmechanismus sind multiple Frakturen (vor allem bilateral oder in unterschiedlichen Konsolidierungsstadien vorliegend), nahtkreuzende Schädelfrakturen, Rippenfrakturen und seltener Wirbelkörper-, Sternum- und Skapulafrakturen sehr verdächtig bezüglich einer zugrundeliegenden Misshandlung, weiterhin ist jegliche Fraktur beim prämobilen Säugling unter sechs Monaten und Frakturen der langen Röhrenknochen (abgesehen der Tibia) bei einem Patientenalter unter 18 Monaten dringend abklärungsbedürftig. Fast pathognomonisch für eine Kindesmisshandlung sind epi- und metaphysäre Abscherverletzungen, deren Entstehung erheblich Scher- und Schleuderkräfte erfordern. Sie führen an den Metaphysen zu spezifischen Frakturen oder zu periostalen Ablösungen mit subperiostaler Hämatombildung an der Diaphyse. Typischerweise sind diese metaphysären Frakturen am distalen Femur, der proximalen Tibia und der medialen distalen Tibia zu finden. Morphologisch unterscheiden sich diese Knochenverletzungen von akzidentiell entstandenen Frakturen im Bereich der Wachstumsfugen, die auch eher bei älteren Kindern entstehen. Spezifisch für misshandelte Kinder sind Eckfrakturen, Korbhenkelfrakturen, nicht dislozierte metaphysäre Frakturen und Epiphyseolysen. Ungefähr ein Drittel aller misshandlungsbedingten Frakturen der langen Röhrenknochen sind metaphysär lokalisiert.

Histologisch sind im chondro-ossären Übergang multiple Mikrofrakturen nachweisbar, die parallel zur Wachstumsfuge verlaufen und auf die genannten Schleuder- und Rotationskräfte zurückzuführen sind. Radiologisch sichtbar ist bei horizontaler Abkippung des dicht an der Epiphysenfuge anliegenden, metaphysären Fragmentes dann die sogenannte Korbhenkelfraktur. Häufig ist der zentrale Anteil der Fraktur jedoch im Röntgenbild nicht sichtbar, sodass lediglich das am medialen oder lateralen Rand liegende Fragment als sichtbare Eckfraktur imponiert. Diese dürfen nicht als knöcherne Ausrisse interpretiert werden.

Diaphysäre Frakturen der langen Röhrenknochen sind zwar nicht besonders spezifisch für eine Kindesmisshandlung, werden jedoch häufiger bei misshandelten Kindern gefunden. Da sie auch nach Unfällen auftreten können, ist eine genaue Anamnese und Prüfung der Plausibilität der Frakturentstehung äußerst wichtig. Lediglich bei sehr jungen Kindern ist eine akzidentielle Ursache sehr selten.

Es ließ sich in verschiedenen Studien nicht belegen, dass Spiralfrakturen verdächtiger seien als Querfrakturen, was

häufig angenommen wird. Anhand der Morphologie lässt sich bei keiner diaphysären Fraktur genau zuordnen, ob sie durch einen Unfall oder eine Misshandlung entstanden ist.

Ober- und Unterarm sind klassische Lokalisationen für den „Griff zum Kind“ und treten am Humerus häufig als Spiralfrakturen auf. Am Unterarm weisen in Ulnaschaftmitte gelegene Frakturen als typische Parierverletzung auf eine mögliche Misshandlung hin. Andererseits können auch bereits ab Lauflernalter komplette Unterarmschaftfrakturen bei Stürzen entstehen.

Tibiaschaftfrakturen sind selten misshandlungsbedingt, Femurschaftfrakturen hingegen häufig Folge einer Kindesmisshandlung. Sie haben einen positiv prädiktiven Wert von 51,1 Prozent (95 Prozent KI 34,1 – 66,1 Prozent) bei Kindern unter 18 Monaten, bei Kindern von 12 bis 48 Monaten beträgt er noch 11,7 Prozent (95 Prozent KI 6,1 – 17,3 Prozent).

Fazit

Für die Behandlung und Betreuung von per se immer komplexen Verdachtsfällen einer Kindesmisshandlung, ist ein professionelles multidisziplinäres Kin-

TAKE-HOME-MESSAGE

Spezifisch für Kindesmisshandlung:

- Frakturen beim prämobilen Säugling < 6 Monaten
- Frakturen langer Röhrenknochen (außer Tibia) < 18 Monaten
- metaphysäre (v. a. Eck-, Korbhenkel-) Frakturen < 24 Monaten
- bilaterale Frakturen
- Frakturen in unterschiedlichen Heilungsstadien
- Rippen-, Wirbelkörper-, Sternum-, Skapulafrakturen
- nahtkreuzende Schädelfrakturen

Nicht spezifisch für Kindesmisshandlung:

- einfache, lineare Schädelfrakturen
- diaphysäre Schaftfrakturen (z. B. toddlers' fractures)
- suprakondyläre Humerusfrakturen
- meta- und epiphysäre Frakturen bei älteren Kindern

derschutzteam erforderlich. Rechtsmedizinisches und radiologisches Fachwissen, die Expertise von Kinder- und Jugendmedizinerinnen, Kinder- und Jugendchirurgen, Kinder- und Jugendpsychiatern und anderen Fachrichtungen wie Gynäkologie, Augenheilkunde, HNO et cetera sowie die Kompetenzen der Pflege und des Sozialdienstes sind einzeln und gemeinsam unersetzlich für

eine gute Kinderschutzarbeit. Weitere Informationen und Handlungsempfehlungen bieten, neben einschlägiger Literatur, die Kurz- und Langfassung der S3-Kinderschutzleitlinie der AWMF (Stand: 02/2019) und die Website der deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM). Kinderschutzgruppen an Kliniken oder im öffentlichen Gesundheitsdienst können

sich durch die DGKiM akkreditieren lassen. ■

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

Korrespondierende Autorin
Dr. med. Monica Pleul
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Monica.Pleul@ukdd.de

Seitens der Sächsischen Landesärztekammer bietet die Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz prozessorientierte Unterstützung im Gesundheitswesen und bei der systemübergreifenden Vernetzung mit der Kinder- und Jugendhilfe. Kontakt: Daniela Eckert, Tel. 0351 8267-210, E-Mail: kinderschutz@slaek.de, <https://kinderschutzmedizin-sachsen.de>

LESERBRIEFE

Ein Hoch auf die Umsetzung des MuSchG

Leserbrief zur Umsetzung des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) für operative Tätigkeiten

Ich fühle mich zurückversetzt ins 19. Jahrhundert. Der OP an sich und gar das Operieren scheint im Falle einer Schwangerschaft hoch gefährlich zu sein. Das Mutterschutzgesetz soll mich und mein ungeborenes Kind vor unverantwortbaren Gefährdungen schützen, die explizit durch meine berufliche Tätigkeit verursacht werden.

Da ist es doch selbstverständlich, dass ich am besten zu Hause bleibe als brave Hausfrau, dort koche (Umgang mit spitzen und scharfen Gegenständen) und backe (Exposition gegenüber Hitze), putze (gebückte Zwangshaltung möglich) und einkaufe (regelmäßiges Tragen von Lasten über 5 kg) und somit alle die Tätigkeiten ausführe, die laut Mutterschutzgesetz gefährlich sind. Damit entspreche ich dann doch ganz hervorragend, dem durch Männer geprägten Frauenbild. Im Gegensatz zu einer Frau vor 1958 kann ich nur leider nicht mal meinen Ehemann fragen, ob ich arbeiten darf.

Der Fakt des Schwangerseins führt zu einer derartigen gesellschaftlich aufer-

legten Unselbstständigkeit. Falls man mir überhaupt noch gestattet zu arbeiten, dann in einer Art und Weise, die mit meinem Beruf als Chirurgin nichts mehr zu tun hat. Ich frage mich, wenn mein Beruf und insbesondere der OP-Saal so gefährlich sind, warum habe ich dann bisher keine Gefahrenzulage erhalten? Anscheinend muss ich mit Eintritt der Schwangerschaft den Umgang mit OP-Instrumenten plötzlich nach mehreren Jahren verlernt haben.

Von allen Bereichen im Krankenhaus ist sicherlich die Arbeit am OP-Tisch mit den höchsten Hygienemaßnahmen und dem größten Ausmaß an Schutzkleidung verbunden, was natürlich die besondere Gefahr dieses Arbeitsplatzes vollkommen logisch erscheinen lässt. Daneben ist es völlig logisch, dass von jedem Notfallpatienten beispielsweise mit gebrochenem Handgelenk oder verstauchten Sprunggelenk eine nicht zu bemessende Gefährdung ausgeht. Diejenigen, die den chirurgischen Arbeitsplatz tatsächlich kennen, haben Strategien entwickelt und Rahmenbedingungen empfohlen, wie ein chirurgi-

sches Arbeiten als Schwangere möglich ist (OPidS, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie s.u.). Wer allerdings die Gefährdungen beurteilt und prüft, hat in der Regel keine Ahnung vom Arbeitsalltag im OP. So wird durch die Handhabung der Kliniken und Aufsichtsbehörden aus dem Mutterschutzgesetz ein Mutterverbotsgesetz oder ein Gesetz, das man nennen könnte: betriebliche Verordnung der Hausfrauentätigkeit durch Schwangerschaft. Schließlich hat eine Frau bekanntlich ohnehin keine intellektuellen Ansprüche, sondern fragt sich ausschließlich, was sie kochen und was sie anziehen soll. Selbstverständlich beides finanziert mit einem großzügigen Taschengeld des wesentlich besser verdienenden Ehemannes, oder sind wir hier gedanklich versehentlich wieder bei Dr. Oetker in den 50er Jahren gelandet?

Im Übrigen scheint es für den Arbeitgeber keinen Nachteil zu haben, wenn er auf eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes zugunsten der Schwangeren verzichtet, da er auch im Falle eines betrieblichen Beschäftigungsverbotes den

zu zahlenden Lohn aus der U2 Umlage der GKV zu 100 Prozent erstattet bekommt. Das macht natürlich das Festhalten an alten Rollenbildern umso leichter.

All diese Dinge zwingen Ärztinnen wiederholt dazu, ihre Schwangerschaft lange nicht bekannt zu geben, um weiter als Chirurgin (nicht Sekretärin) tätig zu sein und damit Nachtarbeit und wöchentliche Arbeitszeiten von teilweise bis zu 80 Stunden in Kauf zu nehmen (in einer Woche mit Dienstag, Freitag, Sonntag 24-Stunden-Dienst und Donnerstag reguläre Arbeit acht Stunden). Wenn Überstunden dazu kommen, könnte es sogar in einer einzelnen Woche noch mehr sein.

Sehr erfreulich ist dann auch die Empfehlung aus dem Kollegenkreis, die Schwangerschaft doch einfach mal zu genießen und Socken zu stricken, was

wohl die gesellschaftlich in den Köpfen verankerte einzig legitime Art ist eine Schwangerschaft zu genießen.

Einem konträreren Ansatz, eine intakte Schwangerschaft durch so viel Normalität solange wie möglich zu genießen, wird mindestens hinter dem Rücken, teils sogar offenkundig mit Unterstellung von Verantwortungslosigkeit und Lieblosigkeit begegnet.

Verstehen Sie mich nicht falsch, im Zusammenhang mit medizinischen Gründen, wie beispielsweise einer Zervixinsuffizienz und einem dadurch begründeten ärztlichen Beschäftigungsverbot, erkenne ich es durchaus als sinnvoll an, dass man nicht arbeitet und der Arbeitgeber für den weiterhin zu zahlenden Lohn entschädigt wird. Weiterhin bin ich sehr dankbar und erfreut über die Initiative Operieren in der Schwangerschaft (www.opids.de), die nun schon seit fast 13 Jahren aktiv ist und

dass die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2024 ein Konsensuspapier mit einer Auflistung von in der Schwangerschaft möglichen Eingriffen herausgegeben hat. Allerdings frage ich mich, wie auch einige andere Kolleginnen, denen immer noch das Operieren ohne oder mit sehr fadenscheinigen Begründungen verwehrt wird, wann endlich ein Umdenken in den Köpfen von Chefärzten, Betriebsführungen, Arbeitsschutzbeauftragten, Personalleitern, Ämtern und Behörden passiert. ■



Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit. Fächerübergreifender Konsensus in der Chirurgie, 2024

Name der Redaktion bekannt

GESUNDHEITSPOLITIK

World Transplant Games erstmals in Deutschland



Ärztinnen und Ärzte für Ehrenamt gesucht

Zum ersten Mal werden die World Transplant Games (WTG) in diesem Jahr in Deutschland ausgetragen – vom 17. bis 24. August 2025 in Dresden.

Die World Transplant Games sind die weltweit größte Sportveranstaltung für Organtransplantierte, Lebendspender und Spenderfamilien. Mit Athletinnen und Athleten aus bis zu 60 Nationen sind die WTG ein inspirierendes Beispiel für Hoffnung, Gemeinschaft und Dankbarkeit.

Eine bestmögliche medizinische Versorgung aller Teilnehmenden wird über eine zentrale DayClinic (Drop in Clinic)

im sogenannten Games Hub angeboten (ärztliche Sprechzeiten: 8.30 bis 10.00 Uhr und 16.00 bis 18.00 Uhr). Dafür werden Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich tageweise unterstützen möchten, gesucht. Ihre Aufgaben umfassen ärztliche Beratung, Rezeptausstellung sowie gegebenenfalls Überweisungen oder Einweisungen.

Darüber hinaus freuen wir uns auch über Kolleginnen und Kollegen, die in ihren Praxen (insbesondere Allgemeinmedizin, Nephrologie und Orthopädie, aber auch in allen anderen Fachgebieten) in dieser Woche gegebenenfalls

noch für eine weitere fachärztliche Abklärung im Einzelfall zur Verfügung stehen würden. Die Teilnehmer der WTG müssen alle eine (Auslands)Krankenversicherung nachweisen, weshalb es keine Probleme mit der Abrechnung geben wird. Falls Sie Interesse haben, die WTG zu unterstützen, oder Fragen zur Veranstaltung bestehen, melden Sie sich gerne beim Veranstalter. Jede Hilfe ist wertvoll. ■

Gudrun Manuwald-Seemüller
World Transplant Games 2025 Dresden GmbH
Freiberger Straße 31, 01067 Dresden
Tel.: 0162 7400462
E-Mail: gudrun.manuwald@wtg2025.com
www.wtg2025.com

Abgeschlossene Habilitationen Verleihung Privatdozentur

Medizinische Fakultät der
Technischen Universität Dresden
I. Quartal 2025

Priv.-Doz. Dr. rer. biol. hum.

Brita Sedlmayr,

Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Medizinische Informatik“ erteilt.

Thema: „Menschzentrierte Entwicklung klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. biol. hum.

Katja Steffi Karin de With,

Zentralbereich Klinische Infektiologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.

Thema: „Antimicrobial Stewardship (AMS) – Voraussetzungen und Maßnahmen zur Sicherung einer rationalen Antibiotikaverordnung in der (stationären) Patientenversorgung“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med. Susen Lailach,

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ erteilt.

Thema: „Qualitätsmessungen in der Mittelohrchirurgie“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med.

Christoph Johannes Heining,

Abteilung Translationale Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Dresden, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.

Thema: „Personalisierung onkologischer Therapie durch molekulare Stratifizie-

rung mittels Ganzexom- und Ganzgenomsequenzierung sowie Transkriptomanalyse“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Hölscher,

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Strahlentherapie“ erteilt.

Thema: „Aktuelle Aspekte der Strahlentherapie des Prostatakarzinoms unter besonderer Berücksichtigung funktionsbildgebender Verfahren“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med.

Sophia Freya Ulrike Blum,

Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Radiologie“ erteilt.

Thema: „Value-based Radiology in Theorie und Praxis“

Verleihungsbeschluss: 29.01.2025

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Susann Hertel,

Poliklinik für Zahnerhaltung mit Bereich Kinderzahnheilkunde, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Zahnerhaltung“ erteilt. Thema: „Initiale Bioadhäsionsprozesse bei Kindern“

Verleihungsbeschluss: 26.02.2025

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Rasche,

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Anästhesiologie und Intensivmedizin“ erteilt.

Thema: „Methodisches Konzept und Grundlagenuntersuchungen der kamerabasierten Photoplethysmografie zum Monitoring der peripheren Mikrozirkulation in der perioperativen Medizin und Intensivmedizin“

Verleihungsbeschluss: 26.02.2025

Priv.-Doz. Dr. Fabio Bernadoni,

Bereich Psychosoziale Medizin und Entwicklungsneurowissenschaften, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Psychosoziale Medizin und Entwicklungsneurowissenschaften“ erteilt.

Thema: „Towards a mechanistic understanding of Anorexia Nervosa“

Verleihungsbeschluss: 26.02.2025

Priv.-Doz. Dr. med. Mido Max Hijazi,

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Neurochirurgie“ erteilt.

Thema: „Chirurgische Behandlung primärer Wirbelsäuleninfektionen“

Verleihungsbeschluss: 26.03.2025

Priv.-Doz. Dr. med.

Bruno Heiner Nebelung,

Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Radiologie“ erteilt.

Thema: „Fortschritte auf dem Gebiet radiologischer Gefäßdiagnostik und interventioneller Therapien für ein optimiertes Patientenmanagement“

Verleihungsbeschluss: 26.03.2025

Priv.-Doz. Dr. med.

Verena Isabel Gudrun Plodeck,

Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Radiologie“ erteilt.

Thema: „Moderne Bildgebung im Rahmen onkologischer Erkrankungen“

Verleihungsbeschluss: 26.03.2025

Priv.-Doz. Dr. med.

Mathieu Florian Paul Pecqueux,

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, wurde die

Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt.

Thema: „Biomarker in der Chirurgie von gastrointestinalen Karzinomen“

Verleihungsbeschluss: 26.03.2025

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2025

Dr. rer. nat. Maria Keller,

Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Endokrinologie“ zuerkannt.

Thema: „Lifestyle-mediated epigenetic modifications and their impact on metabolic health“

Verleihungsbeschluss: 28.01.2025

Dr. med. Dr. phil. Sven Fikenzer,

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

Thema: „Sportkardiologie im Kontext der SARS-CoV2 Pandemie“

Verleihungsbeschluss: 28.01.2025

Dr. med. Vladan Vučinić,

Klinik und Poliklinik für Hämatologie, Zelltherapie, Hämostaseologie und Infektiologie, Universitätsklinikum Leip-

zig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Hämatologie“ zuerkannt.

Thema: „Novel Innovative Concepts for Cellular Therapies“

Verleihungsbeschlüsse:

Habilitation: 28.01.2025

Priv.-Doz.: 25.02.2025

Dr. med. Anne Freund,

Universitätsklinik für Kardiologie – HELIOS Stiftungsprofessur, Herzzentrum Leipzig, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin und Kardiologie“ zuerkannt.

Thema: „Risikostratifizierte Akuttherapie des akuten Myokardinfarktes kompliziert durch kardiogenen Schock oder außerklinische Reanimation“

Verleihungsbeschluss Priv.-Doz.: 28.01.2025

Dr. med. Sylvia Meuret,

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Sektion Phoniatrie und Audiologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Phoniatrie und Pädaudiologie“ zuerkannt.

Thema: „Aspekte zur auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen“

Verleihungsbeschluss Priv.-Doz.: 28.01.2025

Dr. med. Dr. rer. med.

Isabella Bettine Metelmann,

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Thoraxchirurgie“ zuerkannt.

Thema: „Chirurgische Sicherheit – Translationalität und Multidimensionalität am Beispiel der Thoraxchirurgie“

Verleihungsbeschluss: 25.02.2025

Dr. med. Sascha Heinitz,

Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.

Thema: „Variability within Human Energy Expenditure: Metabolic Adaptation and Novel Subcellular Determinants“

Verleihungsbeschluss: 25.02.2025

Dr. med. Anne Dathan-Stumpf,

Abteilung Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Geburtsmedizin“ erteilt.

Thema: „Schwangerschaft und kardio-metabolische Gesundheit – biochemische und biophysikalische Marker für schwangerschaftsassozierte und langfristige Folgeerkrankungen“

Verleihungsbeschluss: 25.02.2025 ■

Anzeige



KI in der Medizin - Von der Theorie in die Praxis
Beispiele aus Diagnostik, Onkologie & Psychiatrie
Gemeinsame Tagung von Niederschlesischer Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer

SAVE THE DATE
Wrocław, 13. September 2025

Unsere Jubilare im Juni 2025

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 03.06.** Dipl.-Med. Marion Janik
01705 Freital
- 08.06.** Dr. med. Matthias Jäger
08523 Plauen
- 08.06.** Dipl.-Med. Katrin Werner
01328 Dresden
- 09.06.** Irene Diesendorf
01309 Dresden
- 11.06.** Dipl.-Med. Ursula Schramm
02633 Göda
- 11.06.** Dipl.-Med. Christina Matthes
08412 Werdau
- 12.06.** Dipl.-Med. Angela Henn
01612 Nünchritz
- 13.06.** Dr. med. Karl-Heinz Müller
08294 Löbnitz
- 13.06.** Dipl.-Med. Dietmar Barthel
09579 Grünhainichen
- 13.06.** Dr. med. Simona Winckler
01900 Großröhrsdorf
- 13.06.** Dr. med. Lutz Buschmann
02943 Weißwasser/O.L.
- 19.06.** Dipl.-Med. Christoph Matthäus
04179 Leipzig
- 20.06.** Dr. med. Gabriele Schneider
01731 Kreischa
- 23.06.** Dr. med. Eva-Maria Kantz
02906 Niesky
- 24.06.** Dipl.-Med. Maja Schäfer
09221 Neukirchen/Erzgeb.
- 25.06.** Dr. med. Martina Sperling
09599 Freiberg
- 27.06.** Dipl.-Med. Christian Bill
08141 Reinsdorf
- 27.06.** Dr. med. Ina Straßburger
09123 Chemnitz
- 27.06.** Dr. med. Gudrun Schneider
02708 Großschweidnitz
- 27.06.** Dr. med. Beate Trausch
01454 Radeberg
- 28.06.** Otto Hölzer
01307 Dresden
- 29.06.** Dr. med. Gunhild Kratzsch
04416 Markkleeberg

- 29.06.** Dr. med. Peter Beetz
08297 Zwönitz
- 29.06.** Wido Flachowsky
01326 Dresden
- 30.06.** Dr. med. Annette Heinisch
01277 Dresden

70 Jahre

- 02.06.** Dr. med. Bettina Stengel
09224 Gröna
- 03.06.** Dr. med. Carola Paul
04838 Eilenburg
- 04.06.** Dipl.-Med. Stefanie Melde
01587 Riesa
- 05.06.** Dipl.-Med. Gottfried Henke
01796 Struppen
- 06.06.** Dipl.-Med. Martina Clauß
09249 Taura
- 09.06.** Beatrix Kovacs
09577 Niederwiesa
- 12.06.** Dr. med. Axel Ripp
01468 Friedewald
- 13.06.** Dr. med. Ulrike Huschmann
02625 Bautzen
- 15.06.** Dr. med. Ulrike Knappe
09217 Burgstädt
- 16.06.** Dipl.-Med. Carmen Talke
09509 Pockau-Lengefeld
- 16.06.** Dipl.-Med. Ewa Lohse
02708 Dürrhennersdorf
- 17.06.** Dipl.-Med. Gudrun Wündrich
01917 Kamenz
- 19.06.** Alexander Liebert
09306 Rochlitz
- 20.06.** Dr. med.
Angelika Raschpichler
04509 Delitzsch
- 22.06.** Dipl.-Med. Christine Knaut
01156 Dresden
- 22.06.** Dipl.-Med. Annette Mühlberg
04420 Markranstädt
- 22.06.** Dr. med. Elvira Edel
04316 Leipzig
- 23.06.** Dipl.-Med. Andreas Zmatlik
04155 Leipzig

- 24.06.** Dr. med. Margitta Knappe
01731 Kreischa
- 25.06.** Dipl.-Med. Eleonore Pohl
01705 Freital
- 26.06.** Dipl.-Med. Silvia Schurig
04874 Belgern-Schildau
- 27.06.** Dipl.-Med. Eva Zöllner
04720 Döbeln
- 27.06.** Dipl.-Med. Edwin Lehmann
02943 Weißwasser/O.L.
- 28.06.** Dr. med. Peter Göbel
01454 Radeberg
- 29.06.** Dipl.-Med. Monika Böhm
09439 Amtsberg
- 30.06.** Dr. med. Hiltrud Winkelmann
08064 Zwickau

75 Jahre

- 02.06.** Dr. med. Bernd Wündrich
01809 Heidenau
- 05.06.** Dr. med. Bärbel Taschke
04178 Leipzig
- 09.06.** Dr. med. Gerhard Stollberg
09661 Hainichen
- 09.06.** Dipl.-Med. Gisela David
01159 Dresden
- 12.06.** Dr. med. Heinrich Günther
01259 Dresden
- 13.06.** Dr. med. Günther Eichler
01689 Weinböhla
- 14.06.** Dipl.-Med. Brigitte Rölle
09471 Bärenstein
- 14.06.** Dr. med. Johann Spies
08648 Bad Brambach
- 14.06.** Dr. med. Rolf Dieterle
04158 Leipzig
- 17.06.** Dr. med. Doris Bräuer
01936 Königsbrück
- 17.06.** Dipl.-Med. Rolf-Peter Arlt
01169 Dresden
- 19.06.** Dr. med. Andreas Hahn
01326 Dresden
- 20.06.** Dr. med. Thomas Lenk
01159 Dresden
- 20.06.** Dr. med.
Birgit Fischbach-Breuer
02906 Waldhufen
- 21.06.** Dipl.-Med. Christine Gärtner
01728 Bannewitz
- 22.06.** Dr. med. Georg Rentsch
02692 Doberschau-Gaußig
- 22.06.** Dr. med. Stephan Mager
01156 Dresden

- 23.06.** Dipl.-Med. Carmen Gehrt
08371 Glauchau
- 23.06.** Dipl.-Med. Monika Weißflog
08349 Johanngeorgenstadt
- 25.06.** Dr. med. Dagmar Meyer
01471 Großdittmannsdorf
- 26.06.** Dr. med. Gabriele Tiller
09127 Chemnitz
- 26.06.** Dr. med. Frank Streibhardt
01558 Großenhain
- 28.06.** Faukat Romazanov
09127 Chemnitz
- 29.06.** Dipl.-Med. Stefan Siegel
09350 Lichtenstein/Sa.
- 29.06.** Dipl.-Med. Hans-Jürgen Brand
08626 Adorf/Vogtl.
- 30.06.** Dr. med. Christa Göpel
01259 Dresden

80 Jahre

- 01.06.** Peter Hantschel
08289 Schneeberg
- 01.06.** Gertraud Drephal
04178 Leipzig
- 06.06.** Dr. med.
Ferdinand Hausmann
04229 Leipzig
- 10.06.** Klaus Malinowski
08280 Aue-Bad Schlema
- 13.06.** Dr. med. Jörg Engelmann
01558 Großenhain
- 13.06.** Dr. med. Monika Telle
04779 Wermsdorf
- 15.06.** Dr. med. Michael Kretschmar
04229 Leipzig
- 16.06.** Dr. med. Edeltraud Kurt
01129 Dresden
- 17.06.** Dr. med. Frieder Lenk
08321 Zschorlau
- 18.06.** Dr. med. Elke Schreiber
01219 Dresden
- 23.06.** Dr. med. Günter Siegel
08645 Bad Elster
- 24.06.** Dr. med. Joachim Haase
01689 Weinböhla
- 27.06.** Dr. med. Ilse Winter
04575 Neukieritzsch
- 28.06.** Dr. med. Wolf-Diether Böhm
01309 Dresden
- 30.06.** Dr. med. Christian Fischer
04105 Leipzig

85 Jahre

- 04.06.** Dr. med. Hein Willkommen
01833 Dürrröhrsdorf-Dittersbach
- 05.06.** Peter Breitmann
01109 Dresden
- 06.06.** Dr. med. Jürgen Hensel
01156 Dresden
- 06.06.** Dr. med. Ingrid Janke
04509 Delitzsch
- 07.06.** Dr. med. Gudrun Wingerter
04416 Markkleeberg
- 07.06.** Dr. med. Sigrid Schöne
04328 Leipzig
- 08.06.** Dr. med. Helga Aurich
08280 Aue-Bad Schlema
- 09.06.** Dr. med. Peter Melzig
04299 Leipzig
- 10.06.** Dr. med. Dagmar Kluge
09127 Chemnitz
- 11.06.** Dr. med. Rosemarie Wolf
08529 Plauen
- 12.06.** Dr. med. Frank Becker
04565 Regis-Breitingen
- 13.06.** Dr. med. Konrad Ebert
01796 Pirna
- 13.06.** Dr. med. Lissi Liebe
01796 Pirna
- 14.06.** Dr. med. Ursula Sauerzapfe
04769 Mügeln
- 15.06.** Dr. med. Herbert Lang
08525 Plauen
- 15.06.** Dr. med. Frieder Egermann
02977 Hoyerswerda
- 25.06.** Dr. med. habil. Dieter Stiller
04299 Leipzig
- 30.06.** Dr. med. Christine Hoepffner
04155 Leipzig

86 Jahre

- 02.06.** Dr. med. Bodo Furkert
04539 Groitzsch
- 08.06.** Annerose Schäker
04105 Leipzig
- 09.06.** Dr. med. Bärbel List
01587 Riesa
- 10.06.** Dr. med. Reinhold Herrfurth
02708 Löbau
- 11.06.** Dr. med. Gudrun Banse
01705 Pesterwitz
- 11.06.** Dr. med. Julika Varga
01465 Langebrück

- 14.06.** Dr. med. Ursula Fischer
09557 Flöha
- 16.06.** Karla Sachsenröder
04838 Eilenburg
- 17.06.** Dr. med. Ute Witt
01307 Dresden
- 17.06.** Dr. med. Helga Dieck
04316 Leipzig
- 18.06.** Jürgen Kleefeldt
01936 Königsbrück
- 20.06.** Hiltrud Weber
04838 Eilenburg
- 22.06.** Dr. med. Heide Thiele
01809 Heidenau
- 23.06.** Dr. med. Karin Riemer
09600 Oberschöna
- 23.06.** Dr. med. Rosemarie Drubig
01662 Meißen
- 30.06.** Dr. med. Wolfgang Gocht
02779 Hainewalde
- 30.06.** Dr. med. Jochen Wegner
01662 Meißen

87 Jahre

- 02.06.** Dr. med. Karl Fritz
09456 Annaberg-Buchholz
- 02.06.** Dr. med. Klaus Weigel
09526 Olbernhau
- 02.06.** Dr. med. Ingeborg Zbik
08645 Bad Elster
- 03.06.** Dr. med. habil. Heiner Bellée
01324 Dresden
- 05.06.** Dr. med. Renatus Lehm
01833 Stolpen
- 06.06.** Dr. med. Hertha Eichstädt
04157 Leipzig
- 07.06.** Dr. med. Frank Trobisch
01847 Lohmen
- 08.06.** Dr. med. Manfred Kinder
01796 Struppen
- 08.06.** Dr. med. Harald Eienkel
08248 Klingenthal
- 09.06.** Jutta Belke
01468 Moritzburg
- 13.06.** Prof. Dr. med. habil.
Georg Neumann
04159 Leipzig
- 14.06.** Dr. med. Johanna Polster
01156 Dresden
- 18.06.** Dr. med. Klaus Schirmer
01683 Nossen
- 18.06.** Dr. med. Peter Gindl
04275 Leipzig

- 18.06.** Dr. med. Irene Müller
04277 Leipzig
- 19.06.** Gerda Nötzold
09120 Chemnitz
- 21.06.** Dr. med. Jürgen von Löbbecke
01326 Dresden
- 23.06.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Helmut Sorger
04107 Leipzig
- 25.06.** Prof. Dr. sc. med. Peter Emmrich
04316 Leipzig
- 25.06.** Ernst-Heinrich Sommermeier
01129 Dresden
- 26.06.** Dr. med. Klaus Menzel
01454 Radeberg
- 27.06.** Dr. med. Hartmut Scheibner
09380 Thalheim/Erzgeb.
- 28.06.** Dr. med. Inge Klimm
04416 Markkleeberg
- 28.06.** Ursula Paschke
02977 Hoyerswerda

88 Jahre

- 03.06.** Dr. med. Maria Heiner
01217 Dresden
- 08.06.** Dr. med. Hans-Joachim Niepel
02681 Crostau
- 08.06.** Dr. med. Manfred Lohs
01069 Dresden
- 09.06.** Dr. med. Margitta Köhler
02736 Beiersdorf
- 12.06.** Dr. med. Elena Gorke
04316 Leipzig
- 13.06.** Dr. med. Frank Schneider
01109 Dresden
- 13.06.** Dr. med. Bärbel Todt
01187 Dresden
- 15.06.** Dr. med. Eberhard Kleber
01855 Mittelndorf
- 17.06.** Dr. med. Gerhard Flemming
01326 Dresden
- 19.06.** Dr. med. Christa May
01189 Dresden
- 21.06.** Doz. Dr. med. habil.
Dietrich Wirth
01099 Dresden
- 22.06.** Dr. med. Christa Merrem
04105 Leipzig
- 24.06.** Dr. med. Gabriele Geiler
04277 Leipzig
- 25.06.** Dr. med. Renate Vicent
01277 Dresden

- 25.06.** Dr. med. Udo Woito
04567 Kitzscher
- 26.06.** Gerhard Reichenbach
01561 Ebersbach
- 26.06.** Dr. med. Walfried Walter
01773 Altenberg
- 26.06.** Dr. med. Renate Eberhardt
01324 Dresden
- 28.06.** Dr. med. Helmut Vettters
01324 Dresden
- 30.06.** Wolfgang Kämpf
09366 Stollberg/Erzgeb.

89 Jahre

- 05.06.** Hanna Stammwitz
01445 Radebeul
- 06.06.** Dr. med. Johannes Mehlhose
09127 Chemnitz
- 09.06.** Prof. Dr. med. habil.
Gerhard Richter
01326 Dresden
- 10.06.** Dr. med. Irmgard Liensdorf
09232 Hartmannsdorf
- 11.06.** Dr. med. Claus-Dieter Neuber
09128 Chemnitz
- 13.06.** Dr. med. Gisela Siegel
04316 Leipzig
- 16.06.** Dr. med. Karin Lattermann
04179 Leipzig
- 24.06.** Prof. Dr. med. habil.
Paul Rother
04157 Leipzig
- 30.06.** Dr. med. Klaus Herold
09116 Chemnitz
- 30.06.** Dr. med. Margot Mrosk
01609 Röderaue

90 Jahre

- 01.06.** Waltraut Voigt
01237 Dresden
- 03.06.** Dr. med. Doris Steffenhagen
04289 Leipzig
- 05.06.** Gottfried Möckel
08485 Lengenfeld
- 11.06.** Hildegard Philipp
02826 Görlitz
- 12.06.** Dr. med. Hella Schmidt
01705 Freital
- 12.06.** Dr. med. Dietmar Pohl
04758 Oschatz

91 Jahre

- 06.06.** Dr. med. Manfred Wildeck
01468 Reichenberg
- 06.06.** Dr. med. Hildegard Müller
01067 Dresden
- 11.06.** Dr. med. Gisela Kandler
01109 Dresden
- 16.06.** Dr. med. Hanna Gabel
09350 Lichtenstein/Sa.
- 17.06.** Siegfried Dreilich
04463 Großpösna
- 23.06.** Dr. med. Luise-Maria Oesen
09380 Thalheim/Erzgeb.
- 24.06.** Prof. Dr. med. habil.
Wolfgang Schubert
01324 Dresden

92 Jahre

- 09.06.** Dr. med. Horst Schyra
01109 Dresden
- 27.06.** Dr. med. Paul Guhr
01217 Dresden

94 Jahre

- 08.06.** Dr. med. Teo Barth
04463 Großpösna
- 11.06.** Dr. med. Christiane Bormann
08371 Glauchau

95 Jahre

- 18.06.** Dr. med. Christa Krämer
04275 Leipzig
- 21.06.** Emanuil Antonow
09618 Brand-Erbisdorf
- 25.06.** Dr. med. Rosemarie Rehnig
04275 Leipzig

98 Jahre

- 08.06.** Dr. med. Eva-Maria Spindler
01744 Dippoldiswalde
- 25.06.** Dr. med. habil. Johannes Wilde
04107 Leipzig

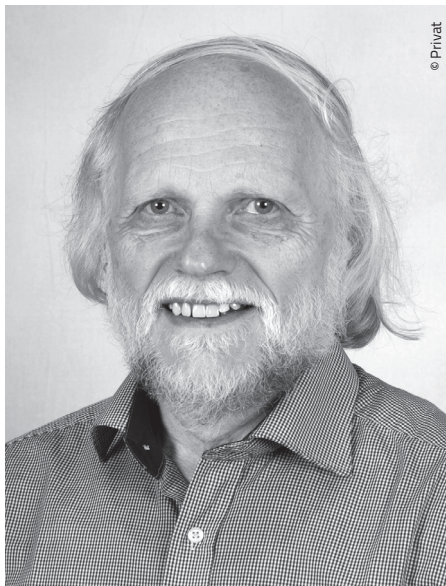
Nachruf für Dr. med. Dietmar Seifert

* 4. Juni 1944

† 30. Januar 2025

Am 30. Januar 2025 verstarb Dr. med. Dietmar Seifert, ein langjähriger und geschätzter Autor des „Ärzteblatt Sachsen“. Dietmar Seifert wurde am 4. Juni 1944 in Delitzsch geboren und wuchs in einem durch den Krieg zerstörten Land auf. Diese Erfahrungen prägten ihn tief. Eine lebenslange Sorge um das gefährdete Leben verband er mit der Liebe zur Kultur, die es zu bewahren gilt.

Trotz politischer Schwierigkeiten und einer einjährigen Relegation von der erweiterten Oberschule legte Dr. Seifert 1963 erfolgreich das Abitur ab. Nach zweijähriger Tätigkeit in der Pflege begann er sein Medizinstudium in Halle/Saale, das er 1971 mit Staatsexamen und Diplom abschloss. 1975 folgte die Promotion. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin beendete er 1976 erfolgreich.



Dr. med. Dietmar Seifert

Von 1978 bis 1991 war Dr. Seifert als Oberarzt in der kardiologischen Intensivtherapie tätig und erwarb 1988 die Zusatzbezeichnung Facharzt für Kar-

diologie/Angiologie. Nach der Wende ließ er sich in Bitterfeld nieder und führte bis Ende 2008 eine kardiologische Praxis. Im Ruhestand widmete er sich der Medizinhistorie und leitete Gedenkveranstaltungen zu bedeutenden Ärzten wie August Gottlieb Richter und Konrad Victor Schneider.

Sein Engagement für die Medizin und seine Beiträge zur Medizinhistorie werden uns stets in Erinnerung bleiben. Die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ wird ihn als geschätzten Kollegen und Autor vermissen. ■

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



129.
DEUTSCHER ÄRZTETAG
LEIPZIG

Hinweis in eigener Sache

Die nächste Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“ erscheint aufgrund der aktuellen Berichterstattung vom 129. Deutschen Ärztetag, der vom 27. bis 30. Mai 2025 in Leipzig stattfindet, erst am 12. Juni.

Ihre Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“