

<b>Editorial</b>	Humanitas	<b>364</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Menschen auf der Flucht	<b>365</b>
	Scabies	<b>373</b>
	Hinsehen – Erkennen – Handeln	<b>380</b>
<b>Aus den Kreisärztekammern</b>	Mitgliederversammlung KÄK Meißen	<b>377</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Berufung ehrenamtlicher Richter	<b>377</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>394</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Berufsrechtliche Grenzen der Werbung aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer	<b>378</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Start in die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten – ein Beruf mit Zukunft!	<b>381</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>383</b>
	Erstmals Unterversorgung bei Hausärzten in Sachsen	<b>384</b>
<b>Originalie</b>	PIPAC – Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapie	<b>385</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Ich, das Kind aus der Schnapsflasche	<b>387</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Oktober 2015	<b>389</b>
	Prof. Dr. med. habil. Gabriele Schackert an der Spitze der DGCH	<b>391</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Fokolare am St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	<b>392</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Labor und Klinik. Leipziger Universitätsmedizin im 19. Jahrhundert	<b>395</b>
	Ausstellung: Wolfgang Kühne – Malerei, Grafik	<b>395</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2015	



Start in die Berufsausbildung  
Medizinische Fachangestellte  
Seite 381



Scabies  
Seite 372



Ausstellung: Wolfgang Kühne  
Seite 395

Titelbild: Camp Info Point Dresden  
© DRK LV Sachsen e.V.

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
Redaktion: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de),  
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Humanitas



Erik Bodendieck © SLÄK

Liebe Kolleginnen und Kollegen, seit Ende des vergangenen Jahres kommen immer mehr Asylsuchende nach Deutschland. Ab Mitte dieses Jahres stieg die Zahl in Sachsen und Deutschland stärker an als prognostiziert. Seitdem beschäftigen wir uns mit der offen zur Schau getragenen Ablehnung ausländischer Mitbürger. Viele Fachleute sind sich einig, dass wir es mit einer modernen Völkerwanderung zu tun haben. Diese kommt nicht ganz unerwartet, dennoch haben die politisch Verantwortlichen die Vorzeichen nicht wahrgenommen. Durch mangelnde Bürgerbeteiligung teilen sich diese beim Thema Asyl in Gegner und Befürworter. Grundsätzlich gilt: Asyl ist seit der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 ein Menschenrecht und in Deutschland im Grundgesetz verankert (Art. 16a GG)!

Die Herausforderungen unserer Zeit bezüglich einer humanitären Hilfe für Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten sind jetzt nicht mehr nur auf dem Papier lesbar, nein, sie stehen im wahrsten Sinne des Wortes vor unserer Klinik- und Praxistür. Das macht manchen Mitbürgern Angst, macht einige unsicher und führt teilweise zu gewollten oder ungewollten Gegenreaktionen sowie zu einer Art Weglaufen vor dem Problem. Völkerwanderungen gibt es seit alters her und waren bis in die Neuzeit meist wirtschaftlichen Gründen geschuldet. Flucht und Vertreibung durch den 2. Weltkrieg haben ähnliche Folgen gehabt. Zuletzt gab es bis

November 1989 eine große Zahl von Wirtschaftsflüchtlingen aus der DDR in die Bundesrepublik.

Aggression und Ablehnung von Asylsuchenden entsteht immer aus Angst vor fremden Kulturen, ja bereits dem anderen Aussehen und der unbegründeten Sorge „etwas weggenommen zu bekommen“. Migration wird nie problemlos verlaufen. Auch die von Flucht und Vertreibung betroffenen Deutschen haben dies nach dem Zweiten Weltkrieg selbst im eigenen Land zum Teil schmerzlich zu spüren bekommen. Und es hat Jahrzehnte und Generationen gedauert, bis eine Integration stattgefunden hat.

Staatlich verordnet wird Integration nicht funktionieren. Und eine strikte Ausgrenzung von Asylgegnern schürt weitere Angst und damit Aggression. Unser Problem ist, das wenige Aufwiegler einen guten Nährboden in den Ängsten der Bevölkerung finden. Aus diesem Grund entsteht eine Teilung in zwei immer extremer werdende Lager. Integration muss jedoch aus der Mitte der Gesellschaft kommen. Dazu ist jeder aufgerufen. Die Politik und die verantwortliche Administration laufen derzeit der Entwicklung scheinbar hinterher. Dies wird am Beispiel der mangelnden medizinischen Versorgung der Flüchtlinge in Sachsen besonders deutlich. Die hier ankommenden Flüchtlinge bedürfen nach den Strapazen der Flucht, den traumatischen Erlebnissen und den Kriegsverletzungen besonderer ärztlicher Versorgung. Dabei handelt es sich nicht nur um junge Männer und Frauen, die tausende Kilometer zu Fuß zurück gelegt haben, nein, auch viele Kinder und ältere Menschen sind zu uns gekommen, um Schutz vor Verfolgung und Krieg zu suchen.

In den letzten Wochen haben wir erlebt, welch hohes Maß an Hilfsbereitschaft unter den sächsischen Ärzten herrscht. Neben der Tätigkeit in Klinik, Praxis und Gesundheitsamt haben sich mittlerweile über ganz Sachsen unzählig viele Ärzte aber auch Studentinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Angehörige anderer nichtärztlicher medizinischer Berufe völlig freiwillig bereitgefun-

den, im Ehrenamt die Akutversorgung der Flüchtlinge zu übernehmen. Drei Berichte davon finden Sie in diesem Heft. Ihnen gebührt dafür unser besonderer Dank. Wir können an diesem Beispiel sehen, dass das Genfer Gelöbnis und die Deklaration von Helsinki sowie alle ärztlich ethischen Verpflichtungen nicht nur leere Hüllen sind.

Leider vermissen wir bis heute ein Konzept der verantwortlichen Stellen für die medizinische Versorgung. Unser Sozialministerium, allen voran Frau Staatsministerin Klepsch und Frau Staatssekretärin Fischer, bemühen sich nach Kräften. Ich habe aber zuweilen den Eindruck, auch sie stehen mit uns allein da. Ein funktionierendes Ehrenamt darf aber nicht dazu führen, dass die Politik glaubt, es gäbe keinen Handlungsbedarf. Daher ist die Sächsische Landesärztekammer nicht nur dazu verpflichtet, die engagierten Kollegen nach besten Kräften zu unterstützen, sondern auch bei Landesregierung und Innenministerium eine strukturierte, transparente und untereinander abgestimmte Flüchtlingsversorgung anzumahnen.

Es geht dabei keinesfalls um eine Sonder- oder Luxusversorgung für Flüchtlinge, nein, es geht um humanitäre Hilfe. Die Menschen werden früher oder später auch in Ihrer Klinik oder in Ihrer Praxis mit ihren spezifischen Problemen vorsprechen. Und jeder Mensch hat bei Krankheit das gleiche Recht auf eine medizinische Versorgung. Politik und Selbstverwaltung müssen deshalb Lösungen finden, damit diese neuen Patienten in unser Gesundheitssystem mit Ärztebedarf, einem Mangel an Rettungskapazitäten, eingegliedert werden können. Ohne mittel- und langfristige Konzepte wird das Versorgungssystem überfordert.

Ich rufe Sie deshalb zur Mitarbeit auf. Verteilen wir die Last auf die breiten Schultern der sächsischen Ärzteschaft und zeigen wir wieder einmal, dass wir zusammenstehen und die Herausforderungen der Zukunft meistern können.

Erik Bodendieck  
Präsident

## Menschen auf der Flucht

Weltweit gibt es über 51 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Folter und Vertreibung (Uno-Flüchtlingshilfe). Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) hat die erwarteten Zahlen für Zuwanderer nach Deutschland für dieses Jahr auf 800.000 korrigiert. Bevor die Zahlen des BAMF nach oben angepasst wurden, rechnete das DRK Sachsen mit 30.000 Zuwanderern im Freistaat. Aktuelle Prognosen gehen inzwischen von 40.700 Flüchtlingen nur in diesem Jahr aus. Es wird von der größten humanitären Herausforderung seit den Balkankriegen in den 90er-Jahren gesprochen.

Bisher wurde im Freistaat Sachsen die Erstaufnahme der Flüchtlinge durch die Landesdirektion Sachsen in Chemnitz organisiert. Dort war die Aufnahmekapazität zunehmend erschöpft, sodass sich die Landesdirektion Sachsen kurzfristig entschied, Asylsuchende nach Dresden zu verlegen. Damit sollte vermieden werden, dass Hunderte Menschen in Chemnitz aufgrund fehlender Unterkünfte die Nächte im Freien verbringen müssen. Das Deutsche Rote Kreuz in Sachsen erhielt dabei von der Landesdirektion Sachsen den Auftrag, gemeinsam mit dem Technischen Hilfswerk ein provisorisches Camp für diese Asylsuchenden zu errichten, was durch die hohe Einsatzbereitschaft zahlreicher ehrenamtlicher Helfer innerhalb von 48 Stunden verwirklicht werden konnte.

Bereits am 24. Juli 2015 erreichten die ersten Flüchtlinge Dresden. Zwei Tage später war das Camp auf der Bremer Straße mit über 800 Personen gefüllt. Innerhalb kurzer Zeit war auch die Kapazität dieses Camps erschöpft, sodass am 6. August eine weitere Unterkunft für 600 Asylsuchende in den Sportstätten der TU Dresden eröffnet werden musste. In den beiden Dresdner Flüchtlingsunterkünften befinden sich hauptsächlich Asylsuchende aus Syrien, Afghanistan, Pakistan sowie aus den Bal-



Erik Bodendieck informiert sich bei Frau Dr. Taché über die medizinische Versorgung der Flüchtlinge in Dresden. © DRK LV Sachsen e.V.

kanstaaten. Darunter zahlreiche Familien mit Kindern ebenso wie allein geflüchtete Personen. Die medizinische Versorgung einer so großen Zahl an Flüchtlingen war jedoch ungeklärt. Vermutlich hatte weder die Landesdirektion Dresden noch das zuständige Ministerium eine Planung dafür vorgesehen. Nur die schnelle Reaktion vieler Freiwilliger hat hier bei Temperaturen von über 30 Grad im Dresdner Camp Schlimmeres verhindert. Inzwischen sichern rund 200 freiwillige Pflegekräfte, Hebammen, Medizinstudenten und Ärzte aus allen Dresdner Krankenhäusern sowie niedergelassene Ärzte die medizinische Versorgung ab. Täglich werden in der Sprechstunde ca. 60 – 90 Patienten jeden Alters behandelt. Für die Versorgung von

Kindern stehen Pädiater und Kinderkrankenschwestern bereit, für Probleme während der Schwangerschaft Hebammen. Patienten in kritischem Zustand und solche, die erweiterter Diagnostik bedürfen (wie Blutentnahmen, Bildgebung), werden zu umliegenden Arztpraxen überwiesen oder in Krankenhäuser eingewiesen. Sprachliche Barrieren werden durch den koordinierten Einsatz von ehren- und hauptamtlichen Dolmetschern verringert. Die Patienten weisen eine Bandbreite an verschiedenen akuten Problemen auf. Dazu gehören diverse akute Gelenkbeschwerden aufgrund monatelangen Durchmarschierens auf der Flucht, Kriegsverletzungen, Traumata sowie Infektionen jeder Art (obere Atemwege, HNO-Bereich, Haut, Blasenentzündungen etc.) und

akute Verschlechterungen chronischer Erkrankungen. Es traten auch Fälle von Scabies („Krätze“) auf. Hier wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt ein Hygieneplan aufgestellt. Die Fallzahlen sind stabil und erfüllen nicht die Kriterien einer Epidemie. Es gab bisher keinen Fall einer offenen Tuberkulose-Erkrankung. Grundsätzlich besteht derzeit keine Ansteckungsgefahr für Dresdner Bürger!

Das Genfer Ärztegelöbnis ist nach dem Hippokratischen Eid das neuerfasste Gelöbnis für die ärztliche Ethik. Es wurde vom Weltärztebund verfasst und lautet unter anderem wie folgt (Auszug): „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre. (...)“

Nach diesem Gelöbnis sollte die ärztliche Hilfe für Flüchtlinge gerade in Deutschland eine Selbstverständlichkeit sein. Ein Urteil über die Rechtmäßigkeit seines Aufenthaltes kann und sollte dabei nicht von Ärzten getroffen werden. Dies obliegt den zuständigen Behörden.

Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich, die Englisch, Arabisch, etc. sprechen und Flüchtlinge daher besonders gut behandeln können, möchten sich unter der E-Mail: [ausschuesse@slaek.de](mailto:ausschuesse@slaek.de) mit ihren jeweiligen Sprachkenntnissen melden. Die Sächsische Landesärztekammer wird die Kontaktdaten weitergeben.



Asylsuchende in der Erstaufnahmeeinrichtung in Dresden

© DRK LV Sachsen e.V.

Für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Sachsen besteht weiter dringender Handlungsbedarf:

1. Vordringlich ist der Aufbau einer koordinierten, zentralisierten und langfristig etablierten Struktur, um eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung der täglich eintreffenden Flüchtlinge nicht nur in Dresden zu gewährleisten.
2. Damit eine strukturierte und effiziente Kommunikation und Koordination möglich wird, muss ein Steuerungsgremium mit Vertretern des Landes, der Stadt, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen, der Sächsischen Landesärztekammer, des DRK und ungebundenen Helfern implementiert werden.
3. Und es muss grundsätzlich eine Klärung der langfristigen medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Sachsen erfolgen.

Umfangreiche Informationen zur „Medizinischen Versorgung von Asylsuchenden“ finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Allgemeinmedizinerin und Vorsitzende der  
Kreisärztekammer Dresden

### Flüchtlingskinder in Dresden Ein Erfahrungsbericht

Meine Familie und ich befanden uns gerade auf einer Fahrradtour nach Pirna, als ich am 25. Juli erfuhr, dass in Dresden ein provisorisches Zeltcamp für Flüchtlinge errichtet werde.

Bereits zu Studienzeiten plante ich einen Aufenthalt in einem Entwicklungsland, was leider nie gelang. Diese Gedanken kamen mir sofort wieder, als ich hörte, dass so viele Kriegsflüchtlinge in einem Zeltlager in Dresden leben sollten, und ich beschloss meine Hilfe anzubieten. Da am 27. Juli zudem die Sächsische Landesärztekammer im Auftrag des DRK nach Ärzten suchte, fiel mir die Entscheidung leicht, nach der Arbeit direkt zur Bremer Straße in Dresden zu fahren und meine medizinische Hilfe anzubieten. Bei der Anmeldung im Führungs- und Lagezentrum des DRK traf ich zwei Kollegen, die ebenfalls nach dem regulären Dienst aufbrachen und so wurden unsere drei Arzttause kopsiert und wir erhielten Zugang zum Camp. Als wir dann das Lager betraten, waren bereits drei Medizinstudenten und ein Internist aus dem Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt aktiv in der Patientenbetreuung neben vier DRK-Assistenten vertieft. Wir gaben zu verstehen, dass wir Pädiater seien, was dankbar von den Kollegen registriert wurde, sodass uns auch gleich kleine Patienten aus den Zelten vorgestellt wurden. Da mein klinischer Schwerpunkt zudem auf mentalen Belastungsreaktionen liegt, erklärte ich mich bereit, eine Patientin zu betreuen, die mir von den DRK-Mitarbeitern als „traumatisiert“ angekündigt wurde. Dies sei durch eine verstärkte Enuresis-Symptomatik aufgefallen. Da die kleine Patientin zunächst nicht auffindbar war, sondierte ich ein Stück die Lage im Camp, um einen groben Überblick



zu bekommen, unter welchen Bedingungen Kriegsflüchtlinge in der viertgrößten Wirtschaftsmacht der Welt untergebracht und versorgt werden. Es ereilte mich Scham. Als dann die Patientin mit ihren beiden Eltern auftauchte, war die Dolmetscherin inzwischen nicht mehr zugegen. Wir warteten also mit der Familie vor dem Zelt und ich versuchte, bereits mit den Eltern in Kontakt zu treten. Hierbei kam es für mich zu einem weiteren emotionalen Moment: Demut und Hochachtung für den Vater der kleinen Patientin, der neben mir stand und mir meinen Hemdkragen gerade richtete.

Schließlich fand sich ein Kollege ein, der fließend arabisch sprach und so begaben wir uns ins Zelt und ich begann meine Anamneseerhebung. Bevor ich zu Auskultation und Perkussion schritt, bat ich um einen Sichtschutz für die Patientin und die DRK-Mitarbeiter spannten prompt eine Decke um die Liege und verbannten alle Personen aus dem Zelt. So hatte ich auch genügend Ruhe für die Untersuchung. Als bei dem Mädchen Fieber gemessen werden sollte, zeigte sie ein hohes Maß an Unsicherheit und Verängstigung, sodass ich eine pädiatrische Kollegin hinzuholte, die die Untersuchung im Schambereich fortsetzte.

Unterdessen fing es draußen an, stark zu regnen. Auf dem Boden unter den Behandlungsliegen floss auf einmal ein kleiner Bach und wieder überholten mich meine Emotionen und es fiel mir schwer, die Tränen zu unterdrücken. Nachdem die Untersuchung beendet war und sich kein klinischer Fokus für die Symptomatik bot, führte eine Studentin noch eine Urinkontrolle durch, die einen Harnwegsinfekt andeutete. Wir verordneten ein Antibiotikum, welches nach unkomplizierter Absprache mit einem Apotheker, der ebenfalls kurzfristig vor Ort erschien, sofort geliefert wurde. Eine Verlaufskontrolle meiner Patientin war unmöglich, da sie innerhalb der nächsten Tage mit allen Familien das Camp verließ. Zum Glück hatte ich meinen Befund und die Therapie-

empfehlung auf der Rückseite des Personenstandsdocuments schriftlich fixiert.

Mit den Kollegen verständigten wir uns noch vor Ort, dass eine Koordination der ärztlichen Hilfe unerlässlich ist und so bildeten wir anfangs zwei Arbeitsgruppen, die seitdem zwei Sprechstunden im Camp organisieren – eine für die Kinder und eine für die Erwachsenen. Es erfüllt mich mit Stolz und Dankbarkeit, dass inzwischen ca. 100 Ärzte aus dem Raum Dresden und noch mal so viele Medizinstudenten der TUD sich freiwillig gemeldet haben, um diese unkomplizierte Akutversorgung zu gewähren.

Die Schaffung eines stabilen und sicheren Umfeldes ohne traumatisierenden Auslöser ist im Übrigen das therapeutische Mittel der ersten Wahl in der Behandlung akuter Belastungsreaktionen.

Dr. med. Enrico Ullmann  
Assistenzarzt, Sozial-Pädiatrisches Zentrum  
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

## Mein erster Tag im Dresdner Flüchtlingscamp

**Montag 27.07.15**

**11.30 Uhr**

Vor zwei Tagen hatte ich mich beim DRK Sachsen gemeldet, um im Flüchtlingscamp auszuhelfen. Ich hatte auch angeboten, eine Liste von Medizinstudenten zu erstellen, welche bei Bedarf dort ehrenamtlich

aushelfen könnten. Durch Aufrufe in Sozialen Medien und in meinem Freundeskreis hatten sich innerhalb von 48 Stunden über 30 Medizinstudenten gemeldet. Mir wurde jedoch gesagt, es seien Ärzte vor Ort und die Flüchtlinge würden medizinisch versorgt.

Heute rufe ich das dritte Mal dort an, um zu fragen, ob meine Hilfe benötigt wird. Eine Frau vom DRK geht ans Telefon. Diese sagt mir jetzt, medizinische Hilfe werde dringend benötigt und wenn wir Zeit hätten, könnten wir sofort kommen. Ich rufe zwei der Studenten an und wir verabreden uns, in das Camp zu fahren.

**12.30 Uhr**

Bei der Ankunft im Hauptgebäude des DRK werden wir sofort in die Einsatzzentrale gebeten. Dort werden uns zwei Jacken des Roten Kreuzes ausgehändigt und wir werden sofort in die Zeltstadt geschickt, um dort auszuhelfen. Auf der anderen Straßenseite fallen gleich die Polizeiwagen und die vielen Menschen in schwarzer Kleidung auf. Von der Security am Eingang werden wir freundlich begrüßt und dank unserer Jacken können wir direkt passieren.

Im Lager bietet sich ein Anblick, wie man ihn sonst nur aus dem Fernsehen kennt. Auf einem staubigen Schotterboden steht eine Unmenge von Zelten mit dem Logo des Roten Kreuzes. Da wir zur Mittagszeit

ankommen, fällt als erstes die lange Schlange von Menschen auf, welche vor dem Essenszelt anstehen, um ihr Mittagessen auf Plastiktellern zu empfangen.

Wir begeben uns zum Sanitätszelt. Der dortige Gruppenführer begrüßt uns freudig mit den Worten „endlich sind die Ärzte da!“ Auf unseren Hinweis, wir seien keineswegs Ärzte, sondern nur Medizinstudenten, bekommen wir als Antwort, dass sei besser als gar nichts, schließlich wüssten sie schon den ganzen Morgen nicht, was sie mit den Patienten tun sollten.

Im Zelt sieht es ernüchternd aus. Auf dem Schotterboden stehen mehrere Feldliegen, es gibt zwei Tische mit Materialien. Es stellt sich jedoch schnell heraus, dass die Materialien bei weitem nicht reichen. Für alle Patienten gibt es eine Packung Ibuprofen, eine mit Paracetamol und einen Nasenspray. Wir stellen klar, dass wir die Medikamente nicht herausgeben dürfen, da wir Studenten sind, worauf hin uns der Gruppenführer antwortet, dies habe er bisher auf seine Verantwortung genommen, einen Arzt, welcher die Medikamente verschreibt, gäbe es nicht. Auch Krankenhauseinweisungen seien bisher von ihm unterschrieben worden. Sonst sind noch ein paar Einmalhandschuhe und zwei Sanitätsterrucksäcke dort.

Bald darauf kommt unser erster Patient. Dieser hat Schnupfen und Kopfschmerzen. Da die Patienten in ihren Zelten jeder nicht mehr als eine dünne Einmaldecke haben, werden wir solche Patienten an diesem Tag noch häufiger sehen. Durch einen Dolmetscher stellen wir die nötigen Fragen und einigen uns darauf, ihn mit Nasenspray zu behandeln.

Danach spricht sich schnell herum, dass „Ärzte“ im Zelt sind und es bildet sich eine Schlange davor. Wir fangen an mit der Arbeit.

#### ca. 15.00 Uhr

So langsam steigt uns die Situation über die Köpfe und die Krankheitsbilder werden immer komplexer. Ein

Patient, welcher im Krieg verwundet wurde, stellt sich über einen Dolmetscher vor. Sein rechter Arm ist spastisch gelähmt, an Hals und Arm hat er viele Narben, da ihm dort schon einige Granatsplitter entfernt wurden. In Chemnitz war er schon beim Arzt, sein dort verschriebenes Medikament gegen die Schmerzen habe er jedoch nie bekommen. Auf die Frage, ob er sonst noch Verletzungen habe, reicht er mir eine Plastikhülle mit Arztbriefen. Hier sind Arztbriefe in Arabisch, Englisch und Französisch vorhanden, welche mir erzählen, der Patient habe auch noch eine Gewehrkugel im Kopf in der Nähe des Kleinhirns stecken. Diese verursache ihm jedoch zurzeit keine Probleme. Hilflös bitte ich den Gruppenführer um Ibuprofen und gebe dies dem Patienten. Wir sagen ihm, er solle in den nächsten Tagen wiederkommen, vielleicht sei dann ein Arzt da, um ihm zu helfen.

Der nächste Patient hat eine offene Wunde am Fuß von den langen Fußmärschen auf der Flucht. Ich löse den verbluteten Verband und schaue mir die Wunde an. Während ich dies tue, fängt es draußen an zu gewittern und zu regnen. Langsam sammelt sich am Rand des Zelts erst eine kleine Pfütze, welche sich alsbald zu einem kleinen Bächlein entwickelt, welches von rechts nach links durchs Zelt fließt. Mit dem Gedanken „steriler Verbandswechsel sieht doch anders aus“ steige ich über den Bach, um frisches Verbandsmaterial aus den Rucksäcken zu holen.

Kurz darauf stehe ich vor dem Zelt und telefoniere mit einem befreundeten Assistenzarzt aus dem Krankenhaus Dresden-Friedrichsstadt, welcher auch im Medi-Netz Dresden aktiv ist. Ich schildere ihm die Situation und er verspricht, nach seinem Dienst sofort vorbeizukommen.

#### 16.00 Uhr

Mein Kommilitone verlässt mich und ein anderer kommt für ihn. Dieser hat Erfahrung in Katastrophenmedizin und traut seinen Augen kaum, dass die Flüchtlinge hier auf Dixieklos gehen und es nicht einmal eine

Isolierstation gibt. Er fängt trotzdem sofort an, Patienten aufzunehmen und zu untersuchen. Ein Mann, mit lauter schorfigen Stellen an den Beinen, kommt und sagt, diese würden ihn unglaublich jucken. Da wir bereits mehrfach Scabies-Fälle hatten, jedoch keine Möglichkeit zur Behandlung, schicken wir ihn ins Krankenhaus Dresden-Friedrichsstadt. Gleich darauf kommt ein Mann mit schmerzverzerrtem Gesicht ins Zelt. Über seinen Freund, welcher englisch spricht, erfahren wir, dass er seit acht Tagen keinen Stuhlgang hatte und starke Bauchschmerzen hat. Nicht verwunderlich, da die Flüchtlinge oft als Grundnahrung Weißbrot bekommen, welches sie nicht gewohnt sind und nicht viel trinken können. Da der Patient auch hypoton ist, rufe ich einen Rettungswagen und lasse ihn in die Klinik bringen. Einen Menschen auf Dixieklos abführen zu lassen, halte ich für unmenschlich und die Medikamente hierfür waren noch dazu nicht vorhanden.

#### 17.00 Uhr

Der befreundete Arzt aus dem Krankenhaus Dresden-Friedrichsstadt trifft mit einer weiteren Medizinstudentin ein. Er macht sich sofort an die Behandlung der Patienten, welche wir für ihn zurückgestellt haben. Ein kleiner Junge stupst mich an und fragt „Are you doctor?“ Da der Arzt beschäftigt ist, gehe ich mit ihm zu seinem Zelt, wo er mir seine Mutter zeigt. Diese liegt auf einer der schmalen Liege in einem Zelt mit 36 Menschen und hat Fieber. Nur mit Mühe kann sie sich bewegen, auch ihre Beine sind geschwollen. Dem Arzt, welcher kurz darauf hinzukommt, bleibt auch hier nichts anderes als den Rettungswagen zu rufen.

#### 17.30 Uhr

Mehrere Ärzte des Uniklinikums treffen ein und verschaffen sich erst einmal einen Überblick. Da innerhalb von kurzer Zeit vier Ärzte kommen, ziehen wir Studenten uns erst einmal in das Hauptgebäude des DRK zurück, wo wir von „Dresden für Alle“ mit belegten Broten versorgt werden.

**18.30 Uhr**

Frisch gestärkt gehen wir zurück ins Camp. Dort sind die Ärzte dabei, die Patienten zu versorgen. Noch im Vorbeigehen sehe ich wie zwei Ärzte ratlos auf einen Patienten schauen, welcher hühnereigroße Tumore unklarer Genese an beiden Armen und Beinen hat. Wir Studenten versuchen noch zu helfen, soviel wir können, es ist jedoch schnell klar, dass es in dem kleinen Zelt mit den vielen Ärzten viel zu voll ist.

Es wird mir ein Patient mit Scabies vorgestellt. Dieser müsste zur Abklärung in das Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt. Draußen sind jedoch Demonstrationen angemeldet und man hört die Menschen laut rufen. Es handelt sich um eine Demonstration FÜR das Flüchtlingscamp. Die Flüchtlinge verstehen jedoch kein Wort von dem was gerufen wird und haben Angst. Da auch eine rechte Gegendemonstration angemeldet ist, trauen sich die Dolmetscher nicht mehr aus dem Camp und es möchte keiner den Patienten zum Krankenhaus bringen. Ich erkläre mich bereit dazu, lege jedoch meine Weste vom Roten Kreuz ab, da mir geraten wurde, mich nicht als Mitarbeiter zu erkennen zu geben.

Auf dem Weg zum Krankenhaus laufen wir auf die Demonstration zu. Der Patient stoppt, möchte nicht mehr weitergehen und stellt mir pantomimisch dar, er habe Angst vor Schlägen. Als ich einen Polizisten in der Nähe frage, ob wir durchlaufen können, sagt dieser, dies wäre zwar die Befürworter-Demo, er könne jedoch für nichts garantieren. Ich beschließe, eine Seitenstraße zu nehmen und versuche, dies dem Patienten mitzuteilen. Er möchte jedoch trotzdem nicht weiterlaufen. Ich halte ein junges Pärchen an, welches gerade spaziert und frage, ob sie uns begleiten könnten, damit der Flüchtling sich sicherer fühlt. Diese sprechen ihn sehr freundlich an und begleiten uns über Seitenstraßen bis in die Notaufnahme.

**20.00 Uhr**

Meine Kommilitonin und ich werden angefragt, ob wir noch bei der Klei-

derausgabe helfen könnten. Diese solle um 20.00 Uhr beginnen.

**21.00 Uhr**

Wir stehen mit den Helfern von „Dresden für Alle“ im Zelt für die Kleiderspendenausgabe. Überall stehen Kartons mit gespendeter Kleidung. Da es jedoch am Vortag bei der ersten Ausgabe Rängeleien unter den Flüchtlingen gab, dauert die Organisation sehr lange. Es sollen möglichst nur sechs Flüchtlinge auf einmal im Zelt sein, so viele, wie Helfer anwesend sind. Kurz nachdem die ersten sechs Flüchtlinge das Zelt betreten haben, wird schnell klar, dass unser System nicht aufgehen kann. Vor dem Zelt warten bereits 200 Flüchtlinge in einer Schlange und drinnen dauert es schlichtweg zu lange. Vom Eingang kommt immer wieder, wir sollen die Flüchtlinge bei der Kleiderwahl doch zur Eile antreiben. Ich versuche, einem Flüchtling ein T-Shirt in die Hand zu drücken, dieser sagt jedoch, es wäre nicht seine Größe. Auch bei den Hosen gibt es eine große Traube, da niemand eine Hose möchte, welche nicht passt. Ich fühle mich hilflos, da ich einerseits nicht den Flüchtlingen ihre Würde nehmen möchte, sich aus den gebrauchten Kleidungsteilen wenigstens etwas Passendes herauszusuchen, andererseits die Helfer am Eingang immer mehr zur Eile antreiben.

**22.30 Uhr**

Da meine Kommilitonin nach Hause gehen möchte und auch ich sehr

müde bin, übergebe ich meine Aufgabe und verlasse das Zelt. Der Hauptaussgang des Camps ist gesperrt, da sich dort eine Menge Demonstranten unklarer Gesinnung gesammelt haben. Einer der Securities öffnet uns ein Loch im Zaun an der Seite des Camps und lässt uns heraus.

Malte Lehmann, Medizinstudent  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Dresden

**Erstaufnahmeeinrichtung:  
Drinnen und draußen**

Eigentlich ist es nur eine Einfahrt zu einer Industriebrache, wie es viele solcher Grundstücke in der Dresdner Friedrichstadt gibt. Aber hinter dem breiten schwarzen Tor zur Bremer Straße tut sich eine andere, auf den ersten Blick gespenstische Welt auf. Es ist schon dunkel, als ich das erste Mal das Gelände, der vor einigen Stunden buchstäblich aus dem Boden gestampften Aufnahmeeinrichtung betrete. Die Luft ist staubig vom Schotter, der überall im Lager verteilt den Boden bedeckt. Menschen laufen in alle Richtungen hin und her, ein Bus wird gerade entladen. Vor einem großen Zelt hat sich eine lange Schlange gebildet. Das muss die Aufnahme sein. Menschen warten mit ein paar Beuteln in den Händen, in denen sich ihr ganzes Hab und Gut befindet. Sie warten, bis sie an der Reihe sind und ihnen ein Platz in einem Zelt zugewiesen wird. Viele haben sich eine Decke über die Schulter oder über den Kopf



Zeltunterkunft in Dresden

© Henryk Pich, Dresden

geworfen, um sich vor der kriechenden Kälte zu schützen. Die meisten sind nur schemenhaft zu erkennen, denn nur einige große Lampen schaffen ein paar Lichtflecken. Ist das noch Dresden? Habe ich gerade Deutschland verlassen? So muss es wohl in einem Flüchtlingslager an irgendeinem Krisenherd dieser Welt aussehen, dessen Namen wir nach den Nachrichten schon wieder vergessen haben. Zumindest vor dem Tor ist es ruhig. Niemand brüllt, einige Passanten recken neugierig ihre Köpfe über den Zaun.

Das war vor einigen Stunden noch anders. Gerade von einer Reise zurückgekehrt, waren das die ersten Nachrichten, die mich in der Nacht zum Samstag, dem 25.7., im Internet ansprachen: Ein rassistischer Mob steht vor einem eilig aufgebauten Zeltlager in der Bremer Straße und beschimpft Helfer und Flüchtlinge. Nur mit Mühe kann ein Überfall auf die Bewohner verhindert werden. Mich schaudert es. Sofort sind die Bilder wieder da: 1992, als überall in Deutschland die Heime brannten. Rostock-Lichtenhagen, als vietnamesische Gastarbeiter um ein Haar verbrannt wären. Von „Ausschreitungen“ war damals die Rede, dabei war es nichts anderes als ein Pogrom. Gleich am Samstagvormittag mache ich mich mit Familie auf den Weg in die Bremer Straße. In der Hand einen Beutel mit Plüschtieren als Spende für die Kinder. Aber es geht uns vor

allem darum, Gesicht und Solidarität zu zeigen.

Die Situation vor Ort ist noch sehr chaotisch. Die ersten Flüchtlinge sind in der Nacht angekommen. Die Koordination der Helfer läuft erst an. Ansprechpartner fehlen oder sind nicht erkennbar. Ich melde mich in der Spendensammlung und hinterlasse meine Nummer: Wenn ärztliche Hilfe gebraucht wird, stände ich bereit. Diese Nachricht braucht eine Weile durch die Instanzen. Am Abend klingelt dann tatsächlich das Telefon. Ganz dringend würde ein Arzt gebraucht, der mit Helfern des DRK eine erste medizinische Versorgung für die stetig neu eintreffenden Flüchtlinge übernehmen kann. Ich rufe noch einen arabischsprachigen Kollegen aus dem Herzzentrum an und gemeinsam machen wir uns auf den Weg.

Das Versorgungszelt wird gerade von ehrenamtlichen Helfern der Wasserwacht Koberbachtalsperre eingerichtet. Wir machen uns bekannt und sichten das Material. Acht Klappliegen, zwei Notfallrucksäcke, ein paar Decken, Handschuhe, Desinfektionsmittel und ein Kasten Wasser. Das wars. Medikamente gibt es genauso wenig wie Strom. Nur von außen dringt von einer Laterne etwas Licht hinein. Der Boden ist aus pragmatischen Gründen schotterbedeckt wie das restliche Lager. Der Wind rüttelt bedrohlich am Zelt. Eigentlich gibt es doch eine Sturm-

warnung für die Nacht? Die Vorstellung zeretzter Zelte möchten wir uns gar nicht erst machen. Wir wechseln schnell das Thema. Zum Glück wird die Prognose für die Nacht nicht eintreffen.

Patienten kommen erstmal nur wenige. Viele schlafen schon bzw. sind mit dem Bezug ihrer Schlafstätte beschäftigt. Die Nachricht, dass medizinische Versorgung im Lager vorhanden ist, wird erst morgen durch die Zelte laufen. Trotzdem melden sich schon einige, die den Aufbau beobachtet haben. Doch wir können ihnen nichts für ihre Hals- und Kopfschmerzen anbieten. Manche möchten auch nur eine zweite Decke, denn ein kalter Wind bläst durchs Lager. Manche haben nur Sandalen und kurze Hosen an.

Das DRK bittet uns, eine Liste an Medikamenten zusammenzustellen, die noch heute Abend aus einer Apotheke besorgt werden können. Aber was brauchen wir? Und wieviel? Für über tausend Menschen? Den Versuch, eine standardisierte Liste der WHO oder sonst wem im Netz zu finden, breche ich nach ein paar Minuten ab. Wir müssen uns auf unser Gefühl verlassen. Tatsächlich können wir dann später ein paar Schmerztabletten oder fiebersenkende Mittel und Nasenspray ausgeben. Noch immer kommen Busse an und ich beschließe, über Nacht im Lager zu bleiben.

Am nächsten Morgen hat sich die Nachricht über die medizinische Hilfe im Lager verbreitet. Es dauert nicht lange und wir müssen den Zugang zum Zelt reglementieren. Der Ansturm wird riesengroß. Die Patienten nehmen auf den Liegen Platz und schildern ihre Beschwerden. Das Zelt ist ständig voll und wir drehen uns buchstäblich im Kreis. Glücklicherweise stehen durch den uner müdlichen Einsatz von „Dresden für Alle“ Dolmetscher zur Verfügung. Ein zweiter arabischsprachiger Freund aus dem Herzzentrum ist mit dabei, sodass wir uns zu dritt um die Patienten kümmern können. Fieber, Halsschmerzen, Atemwegsinfekte, Zahnschmerzen, Kopfschmerzen sind



die häufigsten Beschwerden. Bei vielen Patienten wird klar, dass sie während ihrer Flucht wahrscheinlich seit Monaten keinen Arzt mehr gesehen haben. Es ist unklar, wer seine gesetzliche Aufnahmeuntersuchung schon bekommen hat oder wer gerade irgendwo an einem Bahnhof oder einer Grenze aufgegriffen wurde. Manche sind seit Wochen zu Fuß unterwegs und haben nun infizierte Wunden an den Füßen oder schmerzende Gelenke.

Eine junge syrische Frau mit Kleinkind ist nicht mehr in der Lage, den Bus zu verlassen und muss getragen werden, weil ihre Knie so schmerzen. Von der Klinik, bei der sie sich in Chemnitz vorgestellt hatte, hat sie lediglich einen Zweizeiler über eine „akute Überlastungsreaktion der Knie“ und ein Rezept für NSAR mitbekommen. Woher sie das verschriebene Medikament hätte bekommen sollen, hat man ihr nicht mitgeteilt. Diese Frau hätte überhaupt nicht nach Dresden verlegt werden dürfen! Eine junge Afghanin mit Kleinkind auf dem Arm zeigt uns ihren superinfizierten Zeh. Die Folge von tagelangen Märschen in ungeeignetem Schuhwerk. Zum Glück können wir sie genauso wie den jungen Mann, der sich mit akutem Abdomen gemeldet hat, problemlos in der Rettungsstelle vom Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt vorstellen.

Chronisch Kranke erbitten ihre Medikamente, weil sie keine mehr haben. Hypertoniker bleiben unversorgt und bei insulinpflichtigen Diabetikern können wir nur den Blutzucker messen und sie zur Insulin-Einstellung in die Klinik schicken. Es gibt kaum alte Patienten, bemerke ich gegenüber einem meiner Übersetzer. Klar, erwidert er mit hilfloser Geste, die Strapazen der Flucht überleben die alten Leute einfach nicht. Es tauchen Krankheitsbilder auf, die das letzte Mal während des Studiums besprochen wurden. Ich kenne Scabies nur aus Büchern, in die ich vor vielen Jahren das letzte Mal einen Blick geworfen habe. Die Symptome, die uns übersetzt werden und die Hautbefunde, die wir sehen, lassen kaum

einen anderen Schluss zu. Das muss die „Krätze“ sein. Die ersten Patienten können wir noch im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt vorstellen. Irgendwann kommen sie einfach ohne Behandlung und ohne Information zurück. Etwas ratlos richten wir ein Zelt als Quarantänequartier zur Kohortenisolierung ein. Ein Blick in die anderen, völlig überfüllten Zelte, lassen mich an der Effektivität dieser Maßnahme zweifeln.

Es kommen Patienten mit chronischen Wunden, mit Kriegsverletzungen, Armdurchschuss, Granatsplitter irgendwo, zum Glück nichts Akutes. Ein Patient hat seit einem Jahr Becken- und Hüftbeschwerden. Er wurde in einem irakischen Gefängnis immer wieder an den Beinen aufgehängt. Hier ein Schmerzmittel – der nächste bitte. Ein junger Mann aus Dagestan hat eine chronische Psychose. Eigentlich ist er seit Monaten gut ohne Medikamente ausgekom-

men. Aber hier im Lager kann er durch die Unruhe nicht schlafen und jetzt hört er wieder Stimmen, die ihm Befehle erteilen.

Die Stimmung im Lager ist nicht die beste. Vor den Versorgungszelten bilden sich lange Schlangen. Die Rationen sind knapp und genau bemessen. Möchte jemand mehr essen, fehlt es jemand anderem. Ein Streit um den Platz in der Schlange zum Mittag eskaliert fast zur Schlägerei.

### **Wo sind wir hier? Gibt es hier im Umkreis weniger Kilometer wirklich Hightech-Medizin?**

Kaum vorstellbar, wenn man sich im Lager umschaute. Sehr motivierte, freiwillige Helfer überall. Krankenschwestern und Medizinstudenten, die sich spontan gemeldet haben, Übersetzer, ehrenamtliche Helfer, die Essen ausgeben. Aber es muss doch auch Verantwortliche geben! Minis-



Registrierung von Flüchtlingen

© DRK LV Sachsen e.V.

terium, Landesdirektion, Gesundheitsamt, Katastrophenschutz oder wer auch immer? Wo sind die? Es gibt doch für sonst alles Pläne, Vorgaben, Anordnungen. Hat sich niemand darüber Gedanken gemacht, dass tausend Menschen, die auf der Flucht sind, ein Bedürfnis nach medizinischer Versorgung haben könnten? Bis zur Aufnahme der ersten Bewohner war doch ausreichend Zeit, sich das zu überlegen und sich vorzubereiten! Fühlt sich niemand außer ein paar freiwilligen Helfern zuständig? Bei Telefonaten mit der Rettungsleitstelle, dem Lagezentrum des DRK oder dem diensthabenden Leitenden Notarzt mache ich darauf aufmerksam, dass die Versorgung absolut unzureichend ist und die Beteiligung von Gesundheitsbehörden dringend nötig sei. Wenigstens beratend! Was soll mit den Scabies-Verdachtsfällen geschehen? Was machen wir mit Patienten, die ohne Erstuntersuchung aufgenommen werden und über eine frühere Tuberkulose oder eine tuberkuloseverdächtige Symptomatik berichten? Der diensthabende Internist aus dem Krankenhaus Dresden-Neustadt wiegelt ab. Man sei nicht zuständig. Das sei Sache des Gesundheitsamts. Der Leitende Notarzt ruft mich an und berichtet, dass sich der Amtsarzt

ebenfalls als nicht zuständig ansehen würde. Schließlich sei Chemnitz für die Erstuntersuchung verantwortlich. Am frühen Abend kommen dann doch noch zwei Mitarbeiter des Gesundheitsamtes ins Lager. Zumindest den Fall eines vormals tuberkuloseerkrankten Flüchtlings können wir gemeinsam klären.

Irgendwann am Abend, es ist schon lange dunkel, machen wir eine Pause und essen etwas im DRK-Gebäude außerhalb des Lagers. Zum Glück ist das Behandlungszelt weit genug von der Straße entfernt, denn die Sprüche, die von einigen Passanten wieder über die Straße und übers Tor gebrüllt werden, sind dort nicht zu hören. Es sind nur sehr wenige und die Polizei scheint alles unter Kontrolle zu haben. Trotzdem ist das für mich nicht akzeptabel. Auf dem Rückweg ins Lager gehe ich auf einen geschätzt 55-Jährigen, permanent Parolen Brüllenden zu und sage ihm, dass er sich dafür schämen sollte, wie er sich hier aufführt. Ich drehe mich ohne die Antwort abzuwarten um und gehe ins Lager zurück. Die eigentlich erwartete Schimpfkanonade auf mich bleibt überraschenderweise aus und Ruhe tritt ein. Auf dem Rücken meiner Weste steht „Arzt“.

Mit dem Einbruch der Nacht lässt der Strom der Patienten nach. Unsere Dokumentation ist sehr lückenhaft. Geschätzt hatten wir 200 Patientenkontakte. Viele Probleme sind völlig ungelöst. Wie können wir Medikamente verschreiben? Woher bekommen wir weiteres Material? Was passiert mit den Patienten, die wir bei Zahnschmerzen nur mit Schmerzmitteln behandeln konnten? Wie können wir den Transport in die Kliniken oder zu Arztpraxen organisieren? Wie geht es mit den Scabies-Patienten weiter? Und vor allem: Wie wird die ärztliche Betreuung in den nächsten Tagen gewährleistet sein? Meine beiden syrischen Freunde aus dem Herzzentrum sind schon nach Hause gegangen. Ich kann nicht bleiben, denn morgen wartet ein 24-Stunden-Dienst auf mich. Das heißt, ab jetzt wird keiner mehr Medikamente ausgeben. Das Behandlungszelt wird geschlossen. Mit Wut im Bauch und dem Gefühl, die Menschen im Camp im Stich zu lassen, mache ich mich nach Mitternacht durch das breite schwarze Tor auf den Weg nach Hause. Ich bin wieder draußen.

Dr. med. Henryk Pich  
Facharzt für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Dresden

## Scabies

**Zusammenfassung:** Die Scabies hominis (Krätze) ist eine weltweit auftretende Infestation durch die Scabies-Milbe. In ärmeren Ländern sind bis zu 20 % der Bevölkerung betroffen, aber auch in den Industrienationen ist die Scabies nicht selten. In ressourcen-armen Regionen verursacht die Scabies wesentliche gesundheitliche Probleme, besonders unter Kindern. Dazu zählen die Impetiginisation durch Staphylokokken und Streptokokken der Gruppe A, Poststreptokokken-Glomerulonephritis, Ekzematisation und Stigmatisierung. Klinisch lässt sich die Erkrankung mit einer Sensitivität von 96,2 % und einer Spezifität von 98 % diagnostizieren. Die Dermatoskopie kann die diagnostische Sicherheit verbessern. Die Behandlung der Scabies umfasst hygienische Maßnahmen, topische und systemische Therapieoptionen. Die Scabies-Infestation ist damit gut behandelbar.

### Die Milbe

Die typische Krätzmilbe ist *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* mit einer Größe ausgewachsener Tiere von 0,3 bis 0,5 mm. Ihre Form ist rundlich ovoid. Die Begattung der Weibchen erfolgt außerhalb des Wirtes durch die etwas kleineren Männchen. Nur die weiblichen, begatteten Tiere befallen den Menschen. Nach Anheftung an die Hautoberfläche durchbohren sie diese und graben sich in die Hornschicht ein. Für die Penetration der menschlichen Haut benötigt die Milbe knapp 30 min. Die Milben-Serinprotease *Sar s 3* zerlegt das Strukturprotein Filaggrin in der menschlichen Haut, von dem sich die Milbe ernährt. Weitere Proteasen sind beschrieben worden.

Die Eier werden in den Tunneln gelegt und dort angeheftet. Nach drei bis sieben Tagen schlüpfen die Larven und verlassen den Wirt. Der komplette Entwicklungszyklus der Weibchen dauert bis zu 15 Tagen. Die Lebenserwartung der Weibchen liegt bei maximal zwei Monaten in denen sie bis zu 50 Eier legen können.



Abb. 1: Papeln und Pusteln. (a) Papeln und Pusteln in der Hohlhand. (b) Papeln an der Handgelenkbeuge

© Uwe Wollina

Die histopathologischen Veränderungen in der befallenen Haut sind jedoch nicht auf die Hornschicht beschränkt. Häufig findet man Fibrinthrombi in den Gefäßen der oberflächlichen Dermis, Endothelschwellungen, dermale Infiltration durch Eosinophile, Neutrophile und Lymphozyten sowie eine epidermale Spongiose. Seltener sieht man Erythrozytenextravasate, intraepidermale Pusteln, Plasmazellen oder eine Vasculitis.

Antigen-Homologien bestehen zu anderen Krätzmilben, welche vor allem Tiere (Schweine, Hunde, Kaninchen, Wombats u.a.m.) befallen, aber auch zu Hausstaubmilben wie *Euroglyphus maynei* (3).

Ohne ihren Wirt können die humanen Scabiesmilben bei 21 Grad Celsius und einer Luftfeuchtigkeit zwischen 40 und 80 % maximal 36 Stunden überleben, bei 13 Grad Celsius sterben sie innerhalb von zwei Tagen.

Nicht alle Menschen werden gleichermaßen von Krätzmilben befallen. Das könnte genetische Ursachen haben. Eine IgE-vermittelte Th-2-Reaktion scheint für schwere Infestationen zu prädisponieren. Dies gilt

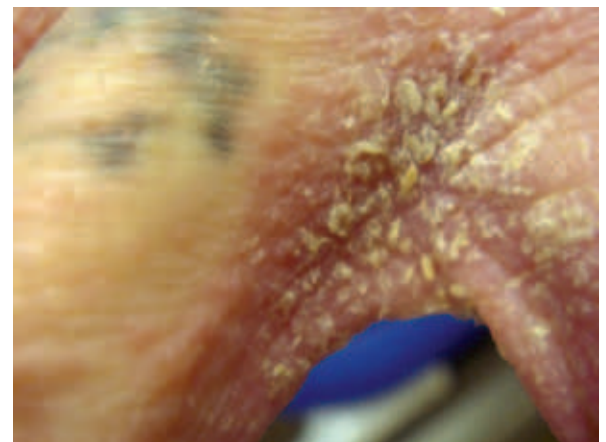


Abb. 2: Krustöse Läsionen

© Uwe Wollina

auch für Zustände der Immunsuppression. Die Milben verändern das Mikrobiom der Haut und fördern das Wachstum opportunistischer Keime. Bei der Übertragung von Tier-Krätzmilben stellt der Mensch einen Fehlwirt dar. In unseren Breiten sind solche Fälle selten.

### Die Klinik

Nächtlicher starker Juckreiz ist ein Leitsymptom des Krätzebefalls. Weitere Symptome sind Tab. 1 zu entnehmen (Abb. 1 – 3). Besonders betroffen sind Areale mit zarter Haut (Schwimmhäute, Umbilicus, Achsel-



Tab. 1: Typ und Lokalisation der Scabies-Läsionen (nach Kouotou et al. 2015)

Typen der Läsionen	Prozentsatz (%), gerundete Werte
Vesikel	54
Papulo-Vesikel	69
Papeln	70
Knötchen	25
Pusteln	16
Krustöse Läsionen	82
Scabies-Gänge	22
Exkoriationen	53
Lokalisation der Läsionen	
Gesicht	10 (einschl. der Ohren)
Rumpf, ventral	48
Rumpf, dorsal	43
Axillen	53
Areola	25
Umbilikal	39
Handgelenkebeuge	70
Gesäßfalte zum Oberschenkel	72
Analfalte	56
Palmar	18
Interdigitalräume	80
Glans penis	46
Plantar	16
Diffuser Befall	20

höhlen). Selten einmal liegt eine bulöse Scabies vor. Die Veränderungen können jedoch fast gänzlich fehlen, wenn die Infestation mit einer übertriebene Hautreinigung und -pflege zusammentrifft. Hier ist auch der Begriff der „gepflegten Krätze“ gängig.

Rein klinisch lässt sich die Erkrankung mit einer Sensitivität von 96,2 % und einer Spezifität von 98 % diagnostizieren.

Die Scabiesgänge sind mittels Dermatoskopie gut zu untersuchen und können Milben wie auch Scybala

zeigen. Die Mikroskopie des aus einem Milbengang entfernten Tieres gibt weitere diagnostische Sicherheit. Eine Histologie ist nur selten erforderlich.

### Die Übertragung

Die Übertragung der Scabies-Milbe von Mensch zu Mensch setzt große körperliche Nähe voraus. Die Zahl der Menschen, die sich ein Bett/Schlafraum teilen, ist ein indirekter Risikofaktor bei der Übertragung. Andere körperliche Kontakte wie bei der Pflege oder bei Sexualverkehr begünstigen eine Transmission.

### Komplikationen

Durch den nächtlichen Juckreiz kommt es zu Schlafstörungen. Bei Kindern kann sich dies auf die Aufmerksamkeit in der Schule und ihre schulischen Leitungen negativ auswirken. Durch die Exkoriationen und die Veränderungen des kutanen Mikrobioms werden Infektionen, insbesondere mit Staphylokokken und Streptokokken der Gruppe A gefördert.

Daraus können eine sekundäre Impetiginisierung, Lymphangitis oder

Lymphadenopathie sowie eine Glomerulonephritis entstehen. In den ersten fünf Jahren nach Scabies-Infestation erhöht sich die Hazard-Rate für chronische Nierenerkrankungen auf 1,34. Sehr selten wurde bei Säuglingen eine Sepsis als Komplikation beobachtet.

Pseudolymphome finden sich je nach Immunitätslage mehr oder weniger ausgeprägt. Sie imponieren als rötliche oder livide Knoten und Knötchen und können über Wochen persistieren. Meist, aber nicht immer, treten sie gemeinsam mit dem postskabiösen Ekzem auf. Das Auftreten beider Symptome erfolgt verzögert (1 – 2 Wochen nach Erstbefall). Differentialdiagnostisch ist an den Morbus Bäfverstedt bei Borreliose, Syphilide und a.m. zu denken.

Stigmatisierung und Schamgefühl sind bei der frühzeitigen Diagnose hinderlich.

### Die Risikobereiche

Die weltweite Prävalenz der Scabies wurde 2014 mit 100 625 000 angegeben. Damit gehört diese Erkrankung zu den Top-10. In den armen Ländern dieser Welt ist die Scabies endemisch. Kinder sind überproportional betroffen. Massenbehandlungen auf den Fidji- und Solomon-Inseln, Panama und Nord-Australien haben die Scabies-Prävalenz in diesen Regionen deutlich reduziert. Ob dies auch auf Mitteleuropa übertragbar ist, ist schlichtweg nicht untersucht.

In den Industrie-Nationen des Westens sind Pflege- und Altenheime, Gefängnisse und Obdachlosen asyl mögliche Hot Spots. Die zu späte Erkennung eines Indexfalles ist ein Hauptproblem. Eine britische Studie aus Brighton hält die Mehrzahl der Ausbrüche für vermeidbar, wenn das Personal entsprechend geschult und Mittel für die Behandlung vorgehalten werden.

### Therapie der Scabies

Permethrin ist das Mittel der ersten Wahl. Eine topische Anwendung 2,5%ig 2 x täglich über eine Woche gefolgt von einer zweiten Behandlung in einer Woche Abstand erzielt eine Heilungsrate von 65,8 %, bei



Abb. 3: Ausgeprägte Scabies crustosa mit zahlreichen Milben  
© Uwe Wollina



Tab. 2: Aktuelle Studien zur Scabies-Therapie

Studie	Patientenzahl	Ergebnis
Ivermectin 200 µg/kg p.o. vs 5% Permethrincreme vs. Benzylbenzoat-Lotion 25% vs. Gamma-Benzenhexachlorid (GBHC) <sup>1</sup>	60	Verbesserung der Läsionen: 80% Ivermectin, 88% Permethrin, 65% Benzylbenzoat, 72% GBHC
Ivermectin 200µg/kg p.o. vs Benzylbenzoat-Lotion 25% vs. 5% Permethrincreme <sup>2</sup>	103	Heilungsrate: 100% Ivermectin, 96% Permethrin, 92% Benzylbenzoat
Ivermectin 200 µg/kg vs 5% Permethrincreme <sup>3</sup>	120	Heilungsrate nach 4 Wochen: 94,7% Permethrin, 90% Ivermectin
Ivermectin 150-200 µg/kg vs 12,5 % Benzylbenzoat-Lotion <sup>4</sup>	181	Heilungsrate nach 4 Wochen: 43,1% Ivermectin, 76,5% (Benzoylbenzoat 1 x über 24h), 95,8% (Benzoylbenzoat 2x über 24 h)
1% Ivermectincreme vs. 5% Permethrincreme <sup>5</sup>	380	Heilungsrate nach 4 Wochen: 84,2% Ivermectin, 89,5% Permethrin

(1) Manjhi et al. J Clin Diagnost Res 2014;8, HC01-4. (2) Bachewar et al. Indian J Pharmacol 2009;41:9-14. (3) Sharma & Singal. Indian J Dermato Venereol Leprol 2011;77:581-6. (4) Ly et al. Bull Worold Health Organ 2009;87:424-30. (5) Goldust et al. Ann Parasitol 2013;59:79-84.

Wiederholung wird eine Heilungsrate von 89,5 % erreicht. Permethrin ist auch bei Säuglingen, Kleinkindern und Schwangeren möglich. Bei Stillenden wird eine Stillpause von drei bis zu fünf Tagen nach Anwendung empfohlen (Deutschland: fünf Tage). In Deutschland wird meist eine einmalige Behandlung als ausreichend angesehen.

Ivermectin ist ein systemisches Präparat, dass bei einmaliger oralen Anwendung in einer Dosis von 200 µg/kg eine 60,8%ige Heilungsrate und bei zweimaliger Anwendung im Abstand von acht Tagen eine Hei-

lungsrate von 89,1 % erzielt. In Deutschland ist seine Anwendung off-label. Eine 1%ige topische Formulierung wie in den USA steht uns noch nicht zur Verfügung. Bei einer Scabies crustosa werden allerdings fünf bis sieben Behandlungen im Abstand von acht Tagen empfohlen. Für eine prophylaktische Scabies-Therapie gibt es derzeit keinen medizinisch-wissenschaftlichen Hintergrund. Eine Übersicht zur Studiensituation gibt Tab. 2; die in Deutschland zugelassenen Präparate sowie orales Ivermectin sind bezüglich Anwendung, Dosierung und

Kontraindikationen Tab. 3 zu entnehmen.

Das postskabiöse Ekzem und die Pseudolymphome werden mit topischen Kortikosteroiden behandelt.

### Hygienische Maßnahmen

Bettwäsche, Handtücher und Bekleidung sind bei 60 Grad Celsius 1 – 2 x täglich zu waschen. Nicht-waschbare Textilien können durch Einfrieren oder 7-tägiges Lüften behandelt werden. Polstermöbel und Teppiche sind mehrfach abzusaugen.

Bei der Behandlung ist auf die Therapie aller Personen im Haushalt und

Tab. 3: Antiscabiosa

Wirkstoff	Handelsname	Anwendung
Benzylbenzoat	Antiscabiosum 10% f. Kinder Emulsion	ab 1. Lj., wenn keine Hautschäden vorliegen, sonst ab 6. Lj., an 3 aufeinanderfolgenden Tagen von Hals bis Fuß gleichmäßig auftragen Cave: nicht bei unreifen Neugeborenen (Gasping-Syndrom), Schwangerschaft für Kinder > 12 Lj.
Permethrin	Antiscabiosum 25% Emulsion Infectoscab 5% Creme	ab 2. Lebensmonat, Dosierungshinweise des Herstellers beachten! Anwendung 1 x von Hals bis Fuß, bei älteren Erwachsenen Ohren nicht vergessen, evtl. Wiederholung nach 14 Tagen Cave: Kreuzreaktionen zu Chrysanthemen und Korbblütlern, Schwangerschaft, in der Stillzeit 5 Tage Stillpause
Ivermectin	Stromectol-Tbl.	Eine Dosis à 200 µg/kg Körpergewicht einmalig, Wiederholung nach 14 Tage auf nüchternen Magen Cave: nicht bei einem Körpergewicht unter 15 kg, Stillzeit und Schwangerschaft, Immunsuppression, HIV-Infektion, Leber- und Nierenleiden Ivermectin bei Scabies ist off-label use!

der Sexualpartner zu achten. Nach Abschluss der Behandlung sollte eine Nachuntersuchung erfolgen.

### Der Massenanstfall

Bei Massenanstfall von infestierten Patienten hat das Robert-Koch-Institut folgende Handlungsleitlinie formuliert:

- Untersuchung aller Heimbewohner und des Personals durch einen Dermatologen oder einen dermatologisch versierten Infektiologen; Dokumentation aller auffälligen Befunde; Hinzuziehung des zuständigen Amtsarztes (und der Pflegedienstleitung),
- zeitgleiche Behandlung aller Heimbewohner, unabhängig da-

von, ob Scabies-verdächtige Läsionen vorliegen oder nicht,

- Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen nur im Zimmer von hochkontagiösen Patienten (Scabies crustosa),
- Wechsel und Reinigung von Bettwäsche und Unterwäsche aller Heimbewohner,
- Tragen von Schutzkleidung und Einmalhandschuhen bei der Pflege,
- zeitgleiche Behandlung des gesamten Pflegepersonals, unabhängig davon, ob Scabies-verdächtige Läsionen vorliegen,
- Behandlung aller Familienangehörigen/Partner von Patienten bzw. Pflegepersonal, mit denen in den letzten vier Wochen enger Körperkontakt bestand,
- Wiederholung der Therapie bei Patienten mit Scabies nach acht Tagen,
- 14-tägige Isolierung der Patienten mit Scabies crustosa,
- dermatologische Nachuntersuchung aller Heimbewohner, der Angehörigen und des Personals nach 14 Tagen,
- evtl. erneute Behandlung von Patienten mit Scabies crustosa in Abhängigkeit vom dermatologi-

schen Befund und gegebenenfalls Verlängerung der Isolierung für weitere 14 Tage,

- Koordinierung der medizinischen, hygienischen und pflegerischen Maßnahmen durch den Infektiologen/Dermatologen/Amtsarzt zusammen mit der Heimleitung.

### Gesetzliche Bedingungen

Gemäß §34 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) dürfen Personen, die an Krätze erkrankt oder dieser verdächtig sind, in Einrichtungen zur Betreuung von Säuglingen, Kindern oder Jugendlichen (Gemeinschaftseinrichtungen gemäß §33 des IfSG) keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil (Attest) eine Weiterverbreitung der Krätze durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina  
Klinik für Dermatologie und Allergologie,  
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt,  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden  
E-Mail: wollina-u@khdf.de



Abb. 4: Pseudolymphome nach Scabies-Befall © Uwe Wollina

## Berufung ehrenamtlicher Richter

Berufung der ehrenamtlichen Richter des Berufsgerichts und des Landesberufsgerichts für Heilberufe für die Wahlperiode 2015 – 2020

Das Sächsische Staatsministerium für Justiz hat mit Wirkung vom 1. September 2015 auf die Dauer von fünf Jahren nachfolgend genannte Kollegen zu ehrenamtlichen Richtern beim Berufsgericht und beim Landesberufsgericht für die Heilberufe im Freistaat Sachsen bestellt. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hatte dem Justizministerium im Juni 2015 entsprechende Vorschläge unterbreitet.

### Berufsgericht für Heilberufe beim Landgericht Dresden

#### Dr. med. Rüdiger Anke

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, FA für Orthopädie, Niedergelassener Arzt, Dresden

#### Dr. med. Jürgen Brüggemann

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

Arzt im Ruhestand, Bad Elster

#### Dr. med. Siegfried Herzig

FA für Chirurgie, Arzt im Ruhestand, Roßwein

#### Matthias Maibaum

Arzt in Weiterbildung, Angestellter Arzt, Rodewisch

#### Mike Philipp

FA für Anästhesiologie, Niedergelassener Arzt, Zwickau

#### Dr. med. Thomas Zarnitz

FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Angestellter Arzt, Leipzig

Das Berufsgericht für die Heilberufe entscheidet als erste Instanz in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzenden und zwei ehrenamtlichen Richtern.

### Landesberufsgericht für Heilberufe beim Oberlandesgericht Dresden

#### Dr. med. Volker Burkhardt

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, FA für Orthopädie Angestellter Arzt, Leipzig

#### Gerald Dimmel

FA für Anästhesiologie, Niedergelassener Arzt, Leipzig

gliederversammlung ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2015 – 2018 gewählt werden. Überdies wird Herr Professor Oehmichen zum Thema „Placebo – als Linderung geboten oder als Täuschung abzulehnen“ referieren. Eine Einladung nebst

#### Dr. med. Dietmar Eckstein

Praktischer Arzt, Arzt im Ruhestand, Auerbach

#### Dr. med. Uwe Reinhold

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Niedergelassener Arzt, Dresden

#### Dipl.-Med. Cathrin Spindler

FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie Angestellte Ärztin, Annaberg-Buchholz

#### Dr. med. Stefan Thiel

FA für Allgemeinmedizin, Niedergelassener Arzt, Pirna

Das Landesberufsgericht für die Heilberufe entscheidet als Rechtsmittelinstanz in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzenden, einem weiteren Berufsrichter und drei ehrenamtlichen Richtern.

Ich danke allen Kollegen, die sich auf unseren Aufruf im „Ärzteblatt Sachsen“, dieses Ehrenamt zu übernehmen, gemeldet haben für Ihre Bereitschaft, auf diese Weise an der Erfüllung der Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer mitzuwirken.

Erik Bodendieck  
Präsident

## Einladung der KÄK Meißen

Der Vorstand der Kreisärztekammer Meißen lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am **Dienstag, den 6. Oktober 2015, 19.00 Uhr**, in das Gasthaus „Adams Gasthof“, Markt 9, 01468 Moritzburg, zur nächsten und konstituierenden Mit-

Tagesordnung haben alle Mitglieder auch schriftlich erhalten.

Sollten Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand unserer Kreisärztekammer haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf (Tel.-Nr. 0351 8302169, E-Mail: l.meissen@slaek.de).

Dipl.-Med. Brigitte Köhler  
Vorsitzende der Kreisärztekammer Meißen

## Berufsrechtliche Grenzen der Werbung aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer

Ein Thema der berufsrechtlichen Beratung in der täglichen Praxis ist nach wie vor die Zulässigkeit von „Werbung“. Deshalb ist dieser Aufsatz erneut dieser Problematik gewidmet.

Grundsätzlich ist jede Information in eigener Sache Werbung. Gegenstand der Werbung kann ein bestimmtes Produkt, das Unternehmen oder die eigene Person sein. Die ärztliche Tätigkeit in Klinik und Praxis kann in unterschiedlicher Form beworben werden. Wenn eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, wie die Sächsische Landesärztekammer, Vorschriften zur Regelung dieser beruflichen Kommunikation von Ärzten und Ärztinnen erlässt, so sind diese stets grundrechtsrelevant. Nur der umfassend informierte Patient kann sein Recht auf Selbstbestimmung, beispielsweise auch sein Recht auf freie Arztwahl, wahrnehmen. Das Grundrecht auf Informationsfreiheit, Berufsfreiheit und Meinungsfreiheit korreliert mit dem vom Gesetzgeber im Heilberufe- und Kammergesetz, dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) oder dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) zum Ausdruck kommenden Schutzgedanken für Patienten und sonstige „Marktteilnehmer“ vor allzu unsachlicher, überzogener, falscher oder gar gefährdender Werbung. In einer jeden Einzelfallbetrachtung muss daher eine individuelle Abwägung der einzelnen Rechtsgüter und -positionen erfolgen.

In § 17 Abs. 1 Nr. 10 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) ist geregelt, dass die Berufsordnung für Ärzte im Freistaat Sachsen Regelungen über Berufspflichten enthalten kann, vor allem hinsichtlich der nach dem Wesen des jeweiligen Heilberufes gebotenen Zurückhaltung in der Werbung, unter Einschluss von Werbebeschränkungen und -verboten. Von dieser Möglichkeit einer Regelung hat die Sächsi-

sche Landesärztekammer im § 27 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) Gebrauch gemacht. Danach sind sachliche berufsbezogene Informationen gestattet. Berufswidrige Werbung ist untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch Andere weder veranlassen noch dulden. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

Nach der Systematik der Berufsordnung kann der Arzt nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen, nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen, als solche gekennzeichnete Tätigkeitsschwerpunkte und organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen, nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können. Die Angaben sind auch nur dann zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Auf Grund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sollten die Tätigkeiten mindestens 20 Prozent der regulären Arbeitszeit umfassen.

Als anpreisende Werbung sind eine besonders reißerische, plakative Aufmachung der Darstellung, die reklamehafte Übertreibung der ärztlichen Tätigkeit, von Leistungen und Persönlichkeitsmerkmalen, die objektiv nicht nachprüfbar sind, aber auch die Kritik an Kollegen in herabsetzender Form zu verstehen. Irreführend ist eine Werbung, wenn sie Angaben enthält, die eine Fehlvorstellung über die Person des Arztes, die Praxis oder die Behandlung her-

vorrufen, den Eindruck erwecken, dass Erfolg mit Sicherheit eintritt oder wenn Qualifikationen beworben werden, denen kein entsprechender Leistungs- oder Kenntniszuwachs im Vergleich zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung gegenübersteht. Bei einer vergleichenden Werbung wird auf die persönlichen Eigenschaften und Verhältnisse ärztlicher Kollegen Bezug genommen. Entweder erfolgt vergleichende Wertung durch Herabsetzen der Kollegen oder durch Hervorheben der eigenen Person in unlauterer Weise.

Weitere Fallgruppen ergeben sich aus dem UWG und dem HWG. Eine ständige Überformung des Werberechts erfolgt durch aktuelle Urteile, sodass stets auch auf die Rechtsprechung zu achten ist, wenn im Einzelfall eine Bewertung von Werbung vorgenommen wird.

Oft wird der Einwand erhoben, „man habe von der Werbung nichts gewusst“ oder „konnte keinen Einfluss auf die Berichterstattung nehmen“. Hierzu sei auf § 27 Abs. 3 Satz 4 der Berufsordnung verwiesen. Danach ist nicht nur die aktive berufswidrige Werbung untersagt, sondern auch solche, die veranlasst oder geduldet wird. Der Arzt hat die Verpflichtung, gegen ihn bekannt gewordene berufswidrige Werbung einzuschreiten.

In den letzten Jahren ist das Werberecht weitgehend liberalisiert worden, sodass Werbung bei der Berufsaufsicht der Ärztekammer keine besondere Rolle mehr spielt. Allerdings sind Werbeverbote, die sich aus dem UWG, dem HWG, aber auch aus dem Strafgesetzbuch (StGB) ergeben, zu beachten, denn gemäß § 27 Abs. 3 Satz 4 der Berufsordnung bleiben Werbeverbote auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen unberührt.

Im UWG ist das Verbot unlauterer geschäftlicher Handlungen verankert. Es werden unlautere geschäftliche Handlungen, irreführende geschäftliche Handlungen, die Irreführung durch Unterlassen, vergleichende Werbung und die unzumutbare Belästigung geregelt. Die Rechtsfolgen können durchaus empfindlich



sein. Neben dem Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch können Schadenersatzansprüche, Gewinnabschöpfung oder gar Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe drohen. Für den Vollzug des UWG ist die Sächsische Landesärztekammer jedoch nicht zuständig. Direkt oder indirekt Betroffene werden auf den Zivilrechtsweg verwiesen, den sie selbst beschreiten oder einen klageberechtigten Verband, wie die Wettbewerbszentrale, einschalten können. Drei Beispiele für die Grenzen der Imagewerbung sollen an dieser Stelle genannt werden. So ist die Beeinträchtigung der Entscheidungsfreiheit durch Druck, in menschenverachtender Weise oder durch sonstigen angemessenen unsachlichen Einfluss verboten (§ 4 Nr. 1 UWG). Geschäftliche Handlungen sind unlauter, die die geschäftliche Unerfahrenheit, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, Leichtgläubigkeit, die Angst oder die Zwangslage von Verbrauchern ausnutzen (§ 4 Nr. 2 UWG). Aber auch die Verletzung der berufsrechtlichen Werbevorschriften und des HWG kann eine unlautere Wettbewerbshandlung darstellen (§ 4 Nr. 11 UWG). Damit ist das Stichwort zum HWG gefallen. Als Gesetz mit dem „Kittelverbot“ und dem Verbot der „Vorher-Nachher-Bilder“ bekannt geworden, hat auch das HWG eine tiefgreifende Wandlung erfahren. So wurden eine Reihe Verbote in den letzten Jahren aufgehoben, so die Werbung mit Gutachten, Zeugnissen usw., die Werbung mit der bildlichen

Darstellung von Ärzten in Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit, die Werbung mit fremd- oder fachsprachigen Begriffen oder die Anleitung zur Selbstbehandlung. Andere Verbote blieben in abgeänderter Form erhalten. Gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG darf außerhalb der Fachkreise für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht mit Angaben oder Darstellungen, die sich auf eine Empfehlung von Wissenschaftlern, von im Gesundheitswesen tätigen Personen, von im Bereich der Tiergesundheit tätigen Personen oder anderen Personen, die auf Grund ihrer Bekanntheit zum Arzneimittelverbrauch anregen können, beziehen, geworben werden. Nicht geworben werden darf mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 HWG). Ein Werbeverbot besteht auch für Werbeaussagen, die nahelegen, dass die Gesundheit durch die Nichtverwendung des Arzneimittels beeinträchtigt oder durch die Verwendung verbessert werden könnte (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 HWG). Gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 HWG darf nicht mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen, geworben wer-

den, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgen. Auch darf nicht außerhalb der Fachkreise mit Preisausschreiben, Verlosungen oder anderen Verfahren, deren Ergebnis vom Zufall abhängig ist, Werbung betrieben werden, sofern diese Maßnahmen oder Verfahren einer unzweckmäßigen oder übermäßigen Verwendung von Arzneimitteln Vorschub leisten.

Gemäß § 11 Abs. 1 Satz 3 HWG darf für die operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe, soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht, nicht mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff, geworben werden. Damit wurde das Verbot der sogenannten „Vorher-Nachher-Bilder“ nur noch auf diesen Tätigkeitsbereich bezogen.

Die Sächsische Landesärztekammer hält auf ihrer Homepage [www.slaek.de](http://www.slaek.de) unter dem Ordner Ärzte/Rechtsgrundlagen/Berufsrecht ihre aktuellen Auslegungsgrundsätze „Arzt – Werbung – Öffentlichkeit“ vor. Darin enthalten sind auch die aktuellen Entscheidungen zum Zentrumsbegriff, weiterhin Musterbeispiele für Praxisschilder, aber auch Pflichtangaben für Homepages nach dem Telemediengesetz.

Gesetze tagesaktuell unter:  
[www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

## Hinsehen – Erkennen – Handeln

### Ankündigung einer Befragung von Ärzten und Zahnärzten in Sachsen im Auftrag der Staatsministerin für Gleichstellung und Integration beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Das sächsische Verbundprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln in der Medizin“ optimiert die Zusammenarbeit zwischen dem Netzwerk Häuslicher Gewalt und dem Medizinsystem. Der Umgang mit den Folgen Häuslicher Gewalt ist ein multiprofessioneller Auftrag. Ärzte und Ärztinnen spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Sie sehen während ihrer medizinischen Tätigkeit direkte körperliche Folgen von Gewalteinwir-

kungen bis zu langfristigen Folgen wie Verhaltensveränderungen und psychische Beschwerden. Nicht immer ist Medizinern bekannt, welche Dokumentationshilfen es gibt, welche Rechte Betroffene häuslicher Gewalt haben und wie die Netzwerke zur Hilfe bei Häuslicher Gewalt funktionieren.

Ein Vorprojekt (Epple et al. 2011) bestätigte diese Unsicherheiten von Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Zum Beispiel kannten 90 % der Befragten die Hauptberatungsstelle für Opfer häuslicher Gewalt nicht. Im Projekt wurde daher eine einheitliche Dokumentationshilfe entwickelt. Im Auftrag der Staatsministerin für Gleichstellung und Integration beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz sollen nun im Oktober dieses Jahres sachsenweit Ärzte und Zahnärzte zu

diesem Thema befragt und zusätzlich um Rückmeldung über die Handhabbarkeit des Dokumentationshilfen gebeten werden. Die Befragung findet in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer als Kooperation des Universitätsklinikums Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik mit dem Verein Frauen für Frauen e.V. Leipzig, und der Praxis für Rechtsmedizin Leipzig statt. Je zahlreicher die Rückmeldungen sind, desto praxisnäher werden hinterher die Unterstützungsinstrumente für die tägliche Arbeit sein.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Julia Schellong  
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: 0351 458 7092, Fax: 0351 458 6332

## Start in die Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte

Zum 1. August 2015 begannen fünf junge Männer und 190 Frauen ihre 3-jährige Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten in einer Arztpraxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer anderen medizinischen Einrichtung (Stand 17.08.2015).

Gerade zu Beginn der Ausbildung stellen sich sowohl für den Ausbilder als auch für die Auszubildenden viele Fragen. Auf die am häufigsten nachgefragten Themen wollen wir nachfolgend näher eingehen:

### ■ Probezeit

Jedes Berufsausbildungsverhältnis muss mit einer Probezeit beginnen. Die Probezeit ist dabei schon Bestandteil des Berufsausbildungsverhältnisses. Es bestehen zu dieser Zeit bereits die beiderseitigen Pflichten und Rechte.

Die Probezeit muss mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Die Vereinbarung einer kürzeren oder längeren Frist ist unwirksam.

Wurde die Auszubildende bereits vor Beginn des Berufsausbildungsverhältnisses auf Probe beschäftigt, so war sie nicht Auszubildende, sondern angestellt als Hilfskraft. Eine Probezeit von bis zu vier Monaten ist dann im Berufsausbildungsvertrag dennoch zulässig.

Die Probezeit beginnt mit dem vereinbarten Tag des Beginns des Berufsausbildungsverhältnisses, ohne Rücksicht darauf, ob die Auszubildende die Tätigkeit auch tatsächlich aufnimmt oder zum Beispiel wegen Krankheit nicht aufnimmt oder nicht aufnehmen kann.

Die Probezeit ist zweckbestimmt. Der Auszubildende hat insbesondere die geistige und körperliche Eignung der Auszubildenden für den zu erlernenden Beruf zu ermitteln. Die Auszubildende soll prüfen, ob sie sich geeignet fühlt, den Beruf überhaupt und in der gewählten Praxis zu erlernen. Wechselt eine Auszubildende nach Ablauf der Probezeit, zum Beispiel

aufgrund eines Wohnortwechsels, in eine andere Praxis und die bereits absolvierte Ausbildungszeit wird voll angerechnet, so ist eine erneute Probezeit in vollem Umfang bei diesem Ausbilder rechtmäßig.

Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis jederzeit ohne Einhalten einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Die Kündigung während der Probezeit trägt der besonderen Zweckbestimmung der Probezeit Rechnung.

Für die Zeit nach Ablauf der Probezeit sieht das Gesetz zwei Kündigungsmöglichkeiten vor:

1. Vorliegen eines wichtigen Grundes und
2. Berufsaufgabe oder Berufswechsel.

Diese Kündigungsmöglichkeiten sind erschöpfend. Insbesondere ist eine ordentliche Kündigung nicht vorgesehen. Sie wäre mit dem Wesen des Berufsausbildungsverhältnisses als einem besonderen, zur Vermittlung eines bestimmten Umfangs von Kenntnissen und Fertigkeiten angelegten Beschäftigungsverhältnisses nicht vereinbar.

Mangelnde Eignung einer Auszubildenden rechtfertigt eine Kündigung aus wichtigem Grund nach Ablauf der Probezeit nicht mehr.

### ■ Freistellung für die Teilnahme am Berufsschulunterricht

Auszubildende haben Auszubildende für die Teilnahme am Berufsschulunterricht freizustellen.

Freistellen bedeutet, dass die Auszubildende von der Ausbildung und Anwesenheit in der Praxis entbunden wird. Dies umfasst nicht nur die notwendige Zeit für den Berufsschulunterricht, sondern auch die Zeit, die für die Wegstrecke zwischen Praxis und Berufsschule und für die dort vorgesehenen Pausen benötigt wird. Ein Verstoß gegen die gesetzliche und vertragliche Berufsschulpflicht ist damit gleichzeitig ein Verstoß gegen die Pflichten im Berufsausbildungsverhältnis.

### ■ Dauer der wöchentlichen/täglichen Ausbildungszeit



© SLÄK

Die durchschnittliche wöchentliche Ausbildungszeit beträgt bei Auszubildenden 40 Arbeitsstunden.

Dabei dürfen Jugendliche nicht mehr als acht Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 8 JArbSchG). Wenn an einzelnen Werktagen die Arbeitszeit auf weniger als acht Stunden verkürzt ist, können Jugendliche an den übrigen Werktagen derselben Woche 8,5 Stunden beschäftigt werden.

Es bleibt dem ausbildenden Arzt überlassen, die Arbeitsstunden unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorschriften auf die einzelnen Wochentage nach den Erfordernissen der Praxis zu verteilen.

Persönliche Angelegenheiten hat die Auszubildende grundsätzlich außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben ist nur mit vorheriger Zustimmung des ausbildenden Arztes gestattet.

Bleibt die Auszubildende ohne Erlaubnis oder ohne hinreichende Entschuldigung der Arbeit oder der Berufsschule fern, so verliert sie für die Dauer des Fernbleibens den Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Jugendliche Auszubildende dürfen vor einem vor 9.00 Uhr beginnenden Unterricht und an einem Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden nicht beschäftigt werden. Ein Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden wird mit acht Stunden auf die Ausbildungszeit angerechnet. Ein Wiedererscheinen in der Praxis nach dem Berufsschulunterricht entfällt somit.

Bei volljährigen Auszubildenden wird als Berufsschulzeiten die tatsächliche Unterrichtszeit einschließlich Pausen angerechnet. Eine Rückkehr in die Praxis ist zulässig. Hier ist zu prüfen, ob aufgrund einer übermäßigen Wegezeit die verbleibende Restzeit noch zweckentsprechend für die betriebliche Ausbildung genutzt werden kann. Anderenfalls ist die noch „offene“ Ausbildungszeit an einem anderen Tag abzuleisten.

■ **Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung**

Für Mitarbeiter, die unmittelbaren Kontakt mit Patienten oder der Medizinprodukteaufbereitung haben, ist die arbeitsmedizinische Vorsorge hinsichtlich Biostoffgefährdung (bislang G 42) obligat. Sie hat ihren rechtlichen Ursprung in der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbmedVV). Die Veranlassung bzw. das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen ist durch den Arbeitgeber zu regeln. Erstuntersuchungen sind vor Aufnahme der Tätigkeit durchzuführen. Für Nachuntersuchungen gelten in der Regel die nachstehend genannten Fristen:

- Erste Nachuntersuchung
  - vor Ablauf von 12 Monaten
  - nach Schutzimpfung je nach Impfschutzdauer
  - bei lebenslanger Immunität kann die Nachuntersuchung entfallen
- Weitere Nachuntersuchung
  - vor Ablauf von 36 Monaten und bei Beendigung der Tätigkeit (nach Schutzimpfung je nach Impfschutzdauer, bei lebenslanger

- Immunität kann die Nachuntersuchung entfallen)
- Vorzeitige Nachuntersuchung
  - nach Infektion oder schwerer oder längerer Erkrankung, die Anlass zu Bedenken gegen die Fortsetzung der Tätigkeit geben könnte
  - nach Verletzung mit der Möglichkeit des Eindringens von Infektionserregern
  - nach ärztlichem Ermessen in Einzelfällen (zum Beispiel bei befristeten gesundheitlichen Bedenken)
  - auf Wunsch eines Beschäftigten, der einen ursächlichen Zusammenhang zwischen seiner Erkrankung und seiner Tätigkeit am Arbeitsplatz vermutet
  - bei unfallartigem Geschehen
- Nachgehende Untersuchungen
  - nach einer Tätigkeit in biotechnischen und/oder gentechnischen Laboratorien gemäß TRBA 310.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind von einem Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ entsprechend dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen G 42 – „Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“ durchzuführen.

Der Arbeitgeber darf Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung nur von Mitarbeitern ausüben lassen, die an der arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge teilgenommen haben. In die arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge sind auch Schülerinnen und Schüler, Studenten und Praktikanten einzubeziehen.

Im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge müssen auch Impfungen angeboten werden, wenn die Infektionsgefahr im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht und ein Impfstoff vorhanden ist.

Alle Kosten der Vorsorge inkl. Impfungen sind vom Arbeitgeber zu tragen.

Ist eine Ihrer Fragen rund um das Ausbildungsverhältnis offen geblieben? Rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte  
Tel.-Nr.: 0351 8267170



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

**Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-**

**sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de)) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.** Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
15/C042	Psychiatrie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Zwickau	24.09.2015
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
15/C043	Innere Medizin/SP Kardiologie/SP Angiologie (hälftiger Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	12.10.2015

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
15/D043	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	12.10.2015

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

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe: 01.10.2016
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	geplante Abgabe: spätestens 2017

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

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: 02.01.2017

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

## Erstmals Unterversorgung bei Hausärzten in Sachsen

### Landesausschuss verabschiedet neue Fördermaßnahmen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen hat für die Region Reichenbach im Vogtland erstmals in Sachsen „Unterversorgung“ in der hausärztlichen Versorgung festgestellt. Der Landesausschuss hat angesichts dieser Entwicklung neben sechs Förderstellen zur Gewinnung neuer Hausärzte für die Region erstmals auch die Förderung der Anstellung eines Arztes beschlossen.

Die Hausärzte in Reichenbach können 4.000 Euro monatlich für maximal zwei Jahre erhalten, wenn sie einen Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin in ihrer Praxis in Vollzeit anstellen. Praxisinhaber und potentielle Praxisneustarter haben damit Sicherheit, im Rahmen dieser „ambulanten Probezeit“ den Grundstein für eine dauerhafte gute Zusammenarbeit zu legen.

Interessierte Ärzte können sich bei der Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) melden. Diese vermittelt den Kontakt zu den Hausarztpraxen.

Weitere Informationen zu Ausschreibung und Region finden Sie auf der Internetseite der KV Sachsen und in der nebenstehenden Annonce.

## Wir suchen Sie

als **Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin**  
oder **Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin**

für eine hausärztliche Tätigkeit in Reichenbach im Vogtland.

**Die Stadt Reichenbach ist eine Große Kreisstadt mit 18.879 Einwohnern, zentral in der Vierländerregion Bayern, Tschechien, Sachsen und Thüringen gelegen, verfügt über eine sehr gute Verkehrsanbindung: die A 72, die Bundesstraßen 173 und 94 sowie über einen Fernbahnhof an der Sachsen-Franken-Magistrale, einer Hauptstrecke der Bahn.**

### Wir bieten Ihnen:

- flexible Möglichkeiten der hausärztlichen Tätigkeit, insbesondere:
  - ✓ in Anstellung – auch Teilzeit
  - ✓ Neuniederlassung in Einzelpraxis
  - ✓ Neuniederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft
- Unterstützung beim Einstieg in die niedergelassene Tätigkeit
  - ✓ Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung, nach Betreuungsmöglichkeiten für Ihre Kinder und nach einem Arbeitsplatz für Angehörige
- Fördermaßnahmen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Sachsen

### Anforderungen an die Bewerberin/den Bewerber:

- Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin mit dem Wunsch hausärztlich tätig zu sein
- Interesse an einer ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum
- Durchführung von Hausbesuchen und Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst
- Verantwortungsbewusstsein, Einsatzbereitschaft und hohe soziale Kompetenz

### Ihre Ansprechpartnerin:

Frau Tobisch – Telefon: 0371 2789-403

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte ausschließlich schriftlich bis zum **30. September 2015** mit dem Vermerk „persönlich/vertraulich“ an die

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz  
Geschäftsführung  
Carl-Hamel-Straße 3  
09116 Chemnitz



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**ÄRZTE FÜR SACHSEN**  
WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

## 7. Netzwerktreffen

21. September 2015  
Tagungszentrum  
Cunewalde  
(bei Bautzen)

# PIPAC – Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapie

## Ein neues Behandlungskonzept bei Peritonealkarzinose

Steffen Leinung<sup>1</sup>, Carl-Ludwig Weiss<sup>1</sup>, Lydia Hergett<sup>1</sup>, Christina Klein<sup>1</sup>, Gitta Fickenwirth<sup>1</sup>, Hicham El-Halabi<sup>1</sup>, Melanie Mecke<sup>1</sup>, Florian Vollrath<sup>1</sup>, Herbert Kiefer<sup>2</sup>, Ulrich Halm<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

Die intraabdominelle Applikation von Zytostatika als Aerosol unter Druck ist ein neuer Ansatz in der Behandlung der Peritonealkarzinose. Diese Technik wurde über viele Jahre experimentell entwickelt und Ende 2011 erstmalig in die Klinik eingeführt. Die PIPAC ist ein kurzzeitstationärer Eingriff, der gut vertragen wird. Über eine spezielle Zerstäubungsdüse wird in einem laparoskopischen Eingriff Chemotherapie appliziert.

Die Zytostatika-Applikation als Aerosol unter Druck des Capnoperitoneums ist für die Verteilung und Eindringtiefe der Medikamente und damit für Ihre Wirksamkeit wesentlich.

Bisher wurden PIPAC-Behandlungsergebnisse bei Patienten mit isolierter Peritonealkarzinose von Magen-, kolorektalen oder Ovarkarzinomen veröffentlicht. Diese profitierten in Beobachtungsstudien über 40 % mit einem Ansprechen auf die Behandlung, zum Teil wird eine über Jahre – aktuell anhaltende – Tumorfreiheit beobachtet.

### Einleitung

Die intraabdominelle Applikation von Zytostatika in Form eines Aerosols sowie unter Druck stellt einen neuen Behandlungsansatz in der Behandlung der Peritonealkarzinose dar.

Es wurde schon seit über 50 Jahren versucht, die unbefriedigende Wirk-

samkeit der intravenösen Chemotherapie durch lokale Applikation von Chemotherapielösungen in die Bauchhöhle zu verbessern (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014). Intraperitoneale Chemotherapie ist jedoch mit signifikanten Limitationen behaftet, denn es findet nur eine sehr begrenzte Diffusion des Zytostatikums in das Tumorgewebe statt (Dedrick, R.; Flessner, M., 1997), die unter anderem durch den erhöhten intratumoralen interstitiellen Flüssigkeitsdruck erklärt wird (Heldin, C.; Rubin, K.; Pietras, K. et al., 2004). Sugerbaker (Sugerbaker, P.; Ryan, D., 2012) hat zuerst beim Pseudomyxoma peritonei zusätzlich eine zytoreduktive Chirurgie (CRS) mit einer hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie (HIPEC) verbunden. Diese technisch, zeitlich und intensivmedizinisch sehr aufwändige Methode wird auch bei Peritonealkarzinose – in Einzelfällen sehr effektiv – eingesetzt. Die HIPEC bleibt als aggressive Therapieform bei diesen Patienten jedoch umstritten (Sugerbaker, P.; Ryan, D., 2012).

Die Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapie (PIPAC) wurde durch Marc A. Reymond nach subtilen Vorarbeiten am Tiermodell erstmalig Ende 2011 am evangelischen Krankenhaus in Bielefeld angewandt (Reymond, M.; Solass, W., 2014); Reymond ist der Erfinder der PIPAC. Nach über 600 PIPAC-Behandlungen bei über 200 Patienten sind Leber- und Nierentoxizität des Verfahrens als minimal und die lokale Toxizität als beherrschbar einzuschätzen (Oyasis, A.; Solass, W.; Zieren, J. et al., 2014, Blanco, A.; Giger-Papst, U.; Solass W. et al. 2013, Solass, W.; Herbette, A.; Schwarz, T. et al. 2012). Die PIPAC wird in der Regel von den Patienten sehr gut vertragen (Oyasis, A.; Solass, W.; Zieren, J. et al., 2014, Leinung, S.; Severin, A., 2015).

Die Einführung in die Klinik erfolgte unter unabhängiger Gefahrenstoff-Prüfung der Fa. Dräger Analysetechnik und ist in seiner standardisierten Durchführung sowohl für die Patienten als auch für das Personal als sicher und absolut unbedenklich einzuschätzen (Oyasis, A.; Solass, W.;

### Geeignete Patienten (Einschlusskriterien) zur PIPAC

Isolierte Peritonealkarzinose bei Magenkarzinom  
Isolierte Peritonealkarzinose bei Ovarialkarzinom  
Isolierte Peritonealkarzinose bei kolorektalen Karzinom  
Interdisziplinärer Therapieentscheid in einer Tumorkonferenz

### Ausschlusskriterien von der PIPAC

Karnowsky-Index unter 60  
Stenosen des Gastrointestinaltraktes, Subileus  
Behandlung mit Bevacizumab  
Adhäsioylysen und andere simultane Operationen

Abb. 1: Ein- und Ausschlusskriterien zur PIPAC

Zieren, J. et al., 2014). Die Technologie ist CE-zugelassen (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014).

### PIPAC-Methode

Die PIPAC-Anwendung kann bei isolierter Peritonealkarzinose, insbesondere beim Magen-, kolorektalen und Ovarialkarzinom diskutiert werden (Abb. 1).

Bei der PIPAC erhalten die Patienten in Vollnarkose eine 10 mm Minilaparotomie, über die ein 10 mm-Trokar und anschließend ein weiterer 10 mm- und ein weiterer 5 mm-Trokar unter Sicht platziert werden. Es erfolgt eine explorative Laparoskopie mit Erhebung des sogenannten Peritonealkarzinoseindex (systematische Beschreibung der Tumorlast an 12 festgelegten Punkten der Bauchhöhle). Anschließend werden Proben zur histologischen Sicherung von den benannten Punkten entnommen.

Zu diesem Zeitpunkt beginnt ein umfassender Sicherheitscheck der PIPAC-Ausrüstung mittels Abfragung von 40 Punkten einer Checkliste. Dabei muss insbesondere gewährleistet sein, dass die Druck-Aerosol-Chemotherapie ohne Undichtigkeiten in den Bauchraum gelangt und dort verbleibt.

Bei Nachweis der Patienten- und OP-Sicherheit verlassen alle MitarbeiterInnen aus pragmatischen Gründen den OP-Saal und es erfolgt ein Monitoring des Patienten sowie die Applikation der PIPAC aus dem OP-Vorraum über etwa drei Minuten mit einer nachfolgenden Ruhezeit von 30 Minuten.

<sup>1</sup> Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesie und Schmerztherapie

<sup>3</sup> Klinik für Innere Medizin II – Gastroenterologie, Hepatologie, Gastroenterologische Onkologie



Abb. 2: Programmierung der MARK 7-Pumpe

© Steffen Leinung

Die Applikation der Zytostatikallösung erfolgt über eine Kontrastmittelapplikationspumpe, wie sie in der Angiographie benutzt wird (Abb. 2). Das Aerosol wird mit Hilfe einer sogenannten Mikropumpe hergestellt, die frei und sicher in einem 10ér Trokar schwebt (Abb. 3). Der Applikationsvorgang wird über einen zweiten 10ér Optiktrokar visualisiert und im Vorraum des OP-Saals durch ein Glasfenster beobachtet.

Beim Magen- und Ovarialkarzinom werden  $7,4 \text{ mg/m}^2$  Cisplatin und  $1,5 \text{ mg/m}^2$  Doxorubicin appliziert. Beim kolorektalen Karzinom wird  $92 \text{ mg/m}^2$  Oxaliplatin via PIPAC verabreicht. Danach wird die Bauchluft über ein Filtersystem abgesaugt, die Inzisionen verschlossen und das Einmalmaterial als Sondermüll entsorgt.

Die Patienten werden nach zwei Laborkontrollen etwa am 4. postoperativen Tag entlassen.

### Rationale der PIPAC – Vorteile der PIPAC gegenüber der HIPEC

Die Rationale für die PIPAC ist die oftmals relativ gute Lebensqualität in finalen Tumorstadien mit Peritonealkarzinose. Nebenwirkungen der Zweit- und Drittlinien-Chemotherapie sind bei oftmals fehlenden Benefit für die Patienten hoch.

Die Beurteilung der Peritonealkarzinose ist in der CT-Bildgebung unsicher. Durch die wiederholten Laparoskopien mit Peritonektomien besteht

eine sichere klinische und histopathologische Stagingmethode, sowie auch die Möglichkeit tumortragende Areale zu entfernen.

Im Tiermodell und am kranken humanen ex-vivo-Modell zeigte die PIPAC eine bessere Verteilung eines Farbstoffes innerhalb der Bauchhöhle (auch bei Adhäsionen) im Vergleich zu einer Flüssigkeit bei der hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie, der HIPEC (Solass, W.; Kerb, R.; Mürdter, T. et al., 2014, Solass W.; Giger-Pabst, U.; Zieren, J. et al., 2014).

Die zum Einsatz kommende Zytostatikadosis ist bei der HIPEC zehnfach höher als bei der PIPAC (Solass, W.; Herbet, A.; Schwarz, T. et al. 2012). Durch pharmakologische Analysen bei Patienten wurden bei der PIPAC bis 200-fach höhere Konzentrationen von Doxorubicin im Gewebe im Vergleich zur HIPEC gemessen (Solass, W.; Hetzel, A.; Nadiradze G. et al., 2012). Die Zytostatikaeindringtiefe bei der PIPAC etwa 100 Mal höher als bei der HIPEC (Solass, W.; Herbet, A.; Schwarz, T. et al. 2012).

Neben der Applikationsform als Aerosol erhöht der intraabdominelle Druck des Capnoperitoneums mit 12 mm Hg die intraoperative Aufnahme des Zytostatikums in die Zellen. Im peripheren Blut wurde eine niedrigere Doxorubicinkonzentration gemessen, so dass eine deutliche

Verbesserung des therapeutischen Index mittels PIPAC dokumentiert wurde (Solass, W.; Hetzel, A.; Nadiradze G. et al., 2012).

Im Gegensatz zur HIPEC verbleibt die Chemotherapie bei der PIPAC in der Bauchhöhle und wirkt so weiter.

Im Gegensatz zur HIPEC kann die PIPAC in regelmäßigen Abständen wiederholt werden (zum Beispiel aller sechs Wochen, später aller drei Monate). Die HIPEC ist kaum wiederholbar.

### Datenlage

Bis Mitte 2014 waren über 600 PIPAC-Behandlungen bei über 200 Patienten dokumentiert. Etwa 50 % der Patienten wurden wegen eines Ovarialkarzinoms und die andere Hälfte aufgrund einer Peritonealkarzinose gastrointestinaler Tumore PIPAC-behandelt (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014). Die Effektivität und Sicherheit der PIPAC wurde in retrospektiven Analysen beim Ovarialkarzinom (Temper, C.; Celik, I.; Solass, W. et al., 2014), beim Magenkarzinom (Giger-Pabst, U., Solass, W.; Strumberg, D. et al., 2013), beim kolorektalen Karzinom (Reymond, M.; Giger-Pabst U., Solass, W. et al.) und beim peritonealen Mesotheliom (Solass, W.; Giger-Pabst, U.; Demtröder, C. et al., 2014) belegt.

In diesen Arbeiten wurden nach Zweitlinienchemotherapie eine Ansprechrate über 40 % dokumentiert (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014).

Zwei von zehn Patienten mit Peritonealkarzinose beim Magenkarzinom zeigten histologisch eine komplette, 5 von 10 Patienten eine partielle histopathologische Tumorremission (Giger-Pabst, U., Solass, W.; Strumberg, D. et al., 2013, Leinung, S.; Severin, A., 2015),

Eine erste prospektive Phase-2 Studie nach Arzneimittelgesetz beim rezidierten platin-resistenten Ovarialkarzinom wurde abgeschlossen (Temper, C.; Celik, I.; Solass, W. et al., 2014). Bei 34 PIPAC-Prozeduren an 18 Frauen zeigten 6 Patientinnen ein Ansprechen (eine komplette, zwei partielle Remissionen sowie drei Patientinnen eine „stable disease“).



Eine weitere Phase-2-AMG-Studie wurde im März 2014 eröffnet und rekrutiert derzeit ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), NCT01854255). Sie untersucht Effektivität und Sicherheit der PIPAC bei der platinresistenten Peritonealkarzinose eines Magenkarzinoms in der palliativen 2.-Linien-Situation (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014).

### Ausblick

Der Autor ist der Ansicht, dass sich die PIPAC bei Patienten mit Magenkolorektalen oder Ovarialkarzinom mit Peritonealkarzinose auch als „neoadjuvante“ Therapie etablieren wird und so ein Teil dieser Patienten seitens der Primärtumore resektabel werden.

Die PIPAC ist auch als „neoadjuvante“ Therapie vor einer CRS und HIPEC zu diskutieren.

Die PIPAC könnte auch als neo-, adjuvante Therapie bei Tumorstadien diskutiert werden, die ein hohes Risiko für eine spätere Peritonealkarzinose besitzen, wie zum Beispiel T3/4-Magenkarzinome.

Es kommen zunehmend Medikamente in Aerosolform in Anwendung (Laube, B., 2005), so zum Beispiel die 5-FU-Aerosoltherapie beim Lungenkarzinom (Tatsumara, T., Koyama, S., Tsujimoto, M. et al. 1993). Eine Erforschung der Aerosolchemotherapie in anderen Körperhöhlen



Abb. 3: OP-Setting mit Optik im Martinarm und „schwebender“ Micropump  
© Steffen Leinung

erscheint wahrscheinlich (PITAC-Thorax, PIVAC-Harnblase, PILAC-intraluminär-Barrettkarzinom). Man wird außerdem versuchen, die Aufnahme von Medikamenten in die Tumorzelle weiter zu optimieren. Neue Medikamente wie zum Beispiel Nanomoleküle könnten Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapie haben (Zarogoulidis, P.; Chatzaki, E.; Porpodis, K. et al., 2012).

Die PIPAC kann mit einer intravenösen Chemotherapie kombiniert werden, da sich die beiden Verfahren in ihrem Wirkungsbereich kaum überschneiden und weil die Zytostatika-

Dosis der PIPAC niedrig ist (Reymond, M.; Temper, C.; Strumberg, D., 2014).

Der Ansatz der intraabdominellen Aeorsol-, Druckchemotherapie ist neu, sicher und vielversprechend. Durch die PIPAC wird die Tumorbehandlung weiter individualisiert.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung<sup>1</sup>  
Helios Park-Klinikum Leipzig  
Klinik für Allgemeine Chirurgie,  
Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie  
Strümmelstraße 41  
04289 Leipzig

## Ich, das Kind aus der Schnapsflasche

Grit Wagner

Cogitare-Verlag 2012, 104 Seiten

Die 43-jährige Grit Wagner beschreibt in dem Buch „Ich, das Kind aus der Schnapsflasche“ aus der Sicht einer vom „Fetalen Alkoholsyndrom“ Betroffenen den eigenen Kampf in, um und durchs Leben.

Sie ist eine von den ca. 10.000 Betroffenen jedes Geburtsjahrganges, die an Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) lebenslang leiden. Sie gehört mit dem Minderwuchs, facialem Auffälligkeiten und

einer Intelligenzminderung sowie einem angeborenen Vitium cordis und einem Hüftgelenkschaden zu den Menschen mit dem „Vollbild“ FASD.

Sie schildert in einfachen Worten ihre Frühgeburtlichkeit, ihre Vernachlässigung durch die alkoholkranken Eltern und den massiven Alkoholkonsum der Kindesmutter („in der Schwangerschaft sechs Flaschen Bier pro Tag und mehrere Flaschen Schnaps pro Woche), aber auch ihren starken Willen bereits als Kleinkind („als meine Mutter betrunken war, habe ich solange geschrien bis eine Nachbarin mich rausgeholt

hat“). Sie kam wie 80 – 90 Prozent aller FASD-Kinder in eine Pflegefamilie. Sie zeigt sich extrem dankbar gegenüber ihrer Pflegefamilie und idealisiert diese.

Sie schildert ihre Odyssee durch verschiedene Schulen, Ausbildungseinrichtungen und Institutionen, wird auch in der Sonderschule gemobbt. Ihr wird wenig Verständnis wegen ihres „Andersseins“ entgegengebracht. Diese Erfahrung zieht sich von der Kindheit und Jugend in der DDR bis in die Gegenwart.

Das „Anderssein“ von Grit Wagner, was sie selber fühlt und immer wieder zur Ausgrenzung führt, ist





Zeichnung eines 16-Jährigen mit Inselbegabung bei FASD. Die Botschaft: Wir ticken anders. Wir brauchen Hilfe. Wir brauchen Medikamente. Wir brauchen Brücken.

typisch für Menschen mit FASD und spiegelt sich in der Darstellung im Buch wieder.

Sie ist einerseits fürsorglich und kreativ (Singen, Tanzen, Teppiche knüpfen, Schwächere verteidigen), aber durch ihre psycho-emotionale Unreife und fehlende Antizipation und Reflexionsfähigkeit wird sie immer wieder Opfer ihrer Gutgläubigkeit, außerdem hat sie große Probleme in Nähe-Distanz-Beziehungen.

Ihre Schilderungen demonstrieren auch die Störungen der Exekutivfunktionen wie fehlende Handlungsplanungsstruktur und extreme Vergesslichkeit (Störung des Kurzzeitgedächtnisses).

Ihre große Ressource ist, niemals aufzugeben. Sie schließt sich der christlichen Glaubensgemeinschaft an und sucht Fürsorglichkeit und Geborgenheit, die sie selbst gegenüber Schwächeren immer wieder weitergibt. Ihr Leben ist von vielen Krisen mit sich wiederholenden Psychiatrieaufenthalten geprägt.

Bei Veränderungen ist sie schnell überfordert und „stürzt“ ab und ist auch mitunter unbändig wütend. Sie schildert auch die typischen Schlafstörungen mit Alpträumen und diffusen Ängsten in Gedichten und nahezu surrealen Darstellungen.

Viele FASD-Betroffene haben psychische Erkrankungen (90 Prozent nach Streissguth 1997), insbesondere Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen mit dissoziativen Störungen. Dieses dürfte auch für Frau Wagner zutreffen. Oft werden den Betroffenen Motivationsmangel oder Nichtwollen zugesprochen, aber es ist ein „Nichtkönnen“ aufgrund der sehr diffusen hirnganischen Defizite mit heterogenem neuropsychologischen Leistungsprofil. Die Gefahr, selbst suchtkrank zu werden, liegt bei über 50 Prozent. Frau Wagner berichtet auch, wie sie darum kämpft, keinen Alkohol als „Notausgang“ zu trinken.

Frau Wagner recherchiert selbst im Internet (sie ist fast 40 Jahre alt), dass sie FASD hat und empfindet Trauer und Erleichterung.

Ich persönlich habe sie auf einer Tagung als mutig, ängstlich mit ambivalenter Freude an Öffentlichkeit erlebt und schon Jahre zuvor einen ihrer Helfer gecoacht.

Fazit des Buches ist, dass es mitunter „anstrengend“ zu lesen ist. Zwischen Zeiten und Ebenen springen Alpträume und Gedichte vermischt, aber genau dadurch gewinnt man einen Einblick in die innere Zerrissenheit, extremen Leistungs- und Gefühlsschwankungen und psychosomatischen Beschwerden der Betroffenen.

Frau Wagner ist eine tapfere mutige Frau, die es lernt, mit ihrer Behinderung umzugehen und sich Helfer sucht.

Dieses Buch ist für alle, die mit der Betreuung Betroffener befasst sind, lesenswert, besonders aber für Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Mitarbeiter von Behörden und Institutionen sowie Therapeuten zu empfehlen.

Die wichtigsten Ressourcen sind eine frühe Diagnose mit sozialmedizinischer Realitätsprüfung, ein stabiles Bezugssystem, das Verstehen von FASD als lebenslange hirnganisch bedingte Behinderung, die mit hohen Risiken für psychische Erkrankungen, Sucht und Kriminalität und sozialer Ausgrenzung verbunden ist. FASD wächst sich nicht aus, sondern bedarf einer lebenslangen Begleitung (ein Schatten, der sie durch den Alltag führt). Bei einer Prävalenz von 2 – 6 Prozent müssen Strukturen im Bereich von Schule, Betreuung, Wohnen und Beschäftigung insbesondere bei der Transition ins Erwachsenenalter gefunden werden.

Rezensentin:  
Seit 1. 7. 2015 Leitende Ärztin im SPZ Leipzig und Aufbau eines FASD-Fachzentrums  
Dr. Heike Hoff-Emden ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Psychotherapeutin, Sozialmedizinerin und EMDR-Therapeutin, Mitarbeit an der Expertenkommission zur S3-Leitlinie zu FAS und zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen zu FASD.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:  
Dr. med. Heike Hoff-Emden  
Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig  
Haus 51  
E-Mail: spz@fhle.de

Anmerkung der Redaktion:  
Auf das Buch von Grit Wagner stießen wir durch einen Anruf der Autorin, die nach einem Weg suchte, ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten für deren Hilfe und Zuwendung zu danken.

Ihre  
Sächsische  
Landesärztekammer  
im Internet

[www.slaek.de](http://www.slaek.de)

## Unsere Jubilare im Oktober 2015 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 02.10. Dipl.-Med. Wiener, Sybille  
01099 Dresden
- 04.10. Dr. med. Eiselt, Franz  
01920 Rosenthal
- 04.10. Fischer, Silvia  
04229 Leipzig
- 07.10. Dipl.-Med.  
Krimmenau, Andreas  
01445 Radebeul
- 09.10. Dipl.-Med. Nichtitz, Gudrun  
04249 Leipzig
- 09.10. Dipl.-Med.  
Schweigert, Günter  
09366 Stollberg
- 10.10. Dipl.-Med. Preißler, Susanne  
01728 Bannewitz
- 11.10. Prof. Dr. med. habil.  
Gramatté, Thomas  
01326 Dresden
- 11.10. Grüneisen, Ulrich  
04425 Taucha
- 12.10. Dr. med. Dalicho, Ralph  
01067 Dresden
- 12.10. Dr. med. Wollina, Karin  
01309 Dresden
- 13.10. Dr. med.  
Schaarschmidt, Rolf  
08547 Jöbnitz
- 14.10. Dipl.-Med.  
Biedermann, Armin  
01069 Dresden
- 15.10. Dr. med.  
Merten, Wolfgang  
04288 Leipzig
- 16.10. Dipl.-Med. Finke, Martina  
02763 Eckartsberg
- 16.10. Dipl.-Med. Kohl, Olga  
01139 Dresden
- 16.10. Dr. med. Mesech, Andreas  
01109 Dresden
- 17.10. Dipl.-Med. Fieber, Kerstin  
01900 Großröhrsdorf
- 17.10. Dipl.-Med. Schulze, Barbara  
09127 Chemnitz
- 18.10. Dipl.-Med. Schmidt, Horst  
08371 Glauchau
- 19.10. Dipl.-Med. Friedrich, Monika  
04329 Leipzig
- 19.10. Dipl.-Med. Schulz, Christina  
04523 Pegau
- 19.10. Dr. med. Uhlmann, Martina  
01069 Dresden
- 20.10. Dr. med. Klein, Michaela  
01109 Dresden
- 20.10. Oykova-Vasileva, Olga  
09130 Chemnitz
- 21.10. Dr. med. Krujatz, Norbert  
02692 Doberschau
- 22.10. Dr. med. Kobes, Rainer  
08060 Zwickau
- 24.10. Dr. med. Köllner, Olaf  
01445 Radebeul
- 24.10. Dipl.-Med. Urbanczyk, Steffi  
01796 Pirna
- 25.10. Dipl.-Med. Jope, Jörg  
09306 Rochlitz
- 25.10. Dipl.-Med. Knuth, Petra  
08645 Bad Elster
- 25.10. Dr. med. Pomrehn, Andrea  
04103 Leipzig
- 26.10. Dipl.-Med.  
Dutschke, Annette  
02708 Schönbach
- 26.10. Dipl.-Med. Hoffmann, Jan  
01328 Dresden
- 26.10. Dipl.-Med. Werner, Carmen  
01307 Dresden
- 27.10. Dipl.-Med. Schnabel, Marion  
04249 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Schütze, Cornelia  
04229 Leipzig
- 28.10. Dipl.-Med. Morgner, Rita  
08107 Kirchberg
- 28.10. Dr. med. Dr. med. dent.  
Zschenderlein, Rolf-Peter  
09114 Chemnitz
- 30.10. Dr. med. Scheibner, Thomas  
02739 Eibau
- 31.10. Dr. med. Thiede, Andrea  
08344 Grünhain-Beierfeld
- 65 Jahre**
- 01.10. Dipl.-Med. Cieslak, Gerhard  
04207 Leipzig
- 01.10. Dr. med. Vogel, Karlheinz  
09366 Stollberg
- 02.10. Dr. med. Schöbel, Klaus  
08645 Bad Elster
- 03.10. Dr. med. Garten, Christine  
01187 Dresden
- 03.10. Dr. med. Scherpe, Ursula  
08062 Zwickau
- 05.10. Dr. med.  
Neubauer, Michael  
09599 Freiberg
- 05.10. Dipl.-Med.  
Schneider, Reinhard  
08228 Rützengrün
- 07.10. Dr. med. Schalk, Gerd  
01309 Dresden
- 09.10. Dr. med. Wernicke, Sylvia  
04509 Delitzsch
- 12.10. Dipl.-Med. Ebert, Sibylle  
08523 Plauen
- 12.10. Dr. med. Neubert, Gabriele  
08371 Glauchau
- 13.10. Uebel, Annelene  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 14.10. Dipl.-Med. Fritsche, Thomas  
02796 Kurort Jonsdorf
- 16.10. Dr. med. Schüwer, Ursula  
01896 Pulsnitz
- 17.10. Dr. med. Klakus, Sieglinde  
01744 Dippoldiswalde
- 17.10. Dr. med.  
Ullmann, Hans-Michael  
09419 Thum
- 18.10. Neykov, Lyubomir  
02826 Görlitz
- 18.10. Nowotny, Michael  
02763 Zittau
- 19.10. Dr. med. Meyer, Gisbert  
09456 Mildenau
- 20.10. Dr. med. Hein, Klaus  
04416 Markkleeberg
- 20.10. Dipl.-Med. Schraft, Frank  
01796 Pirna
- 20.10. Sturm, Gabriele  
01279 Dresden
- 24.10. Dr. med. Stark, Margita  
04357 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Stein, Helga  
01326 Dresden
- 26.10. Dipl.-Med. Groba, Christina  
02977 Hoyerswerda
- 26.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Prager, Jürgen  
09456 Annaberg-Buchholz
- 27.10. Dr. med. Gierth, Marga  
04416 Markkleeberg
- 27.10. Dipl.-Med.  
Rottenbach, Sylvana  
09390 Gornsdorf
- 28.10. Behrmann, Frank  
01099 Dresden
- 28.10. Dipl.-Med.  
Wiesbaum, Silvia  
09387 Jahnsdorf
- 29.10. Prof. Dr. med.  
Boese-Landgraf, Joachim  
09112 Chemnitz
- 29.10. Hennig, Marina  
01309 Dresden
- 29.10. Dr. med. Lehmann, Martina  
01219 Dresden
- 31.10. Haaker, Karin  
08371 Glauchau
- 31.10. Prof. Dr. med. habil.  
Haroske, Gunter  
01277 Dresden
- 70 Jahre**
- 03.10. Dipl.-Med.  
Coßmann, Wilhelm  
01917 Kamenz
- 05.10. Raußendorf, Winfriede  
01809 Dohna
- 07.10. Dr. med.  
Heinemann, Klaus-Peter  
08412 Königswalde

- 10.10. Dr. med. Funke, Heidelind  
02763 Eckartsberg
- 15.10. Dr. med. Hentschel, Rudolf  
01705 Freital
- 18.10. Dr. med. univ. Prinz zur  
Lippe-Weissenfeld, Christian  
01326 Dresden
- 18.10. Dr. med. Vogel, Claus  
04155 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Wronna, Rosemarie  
09419 Thum
- 22.10. Prof. Dr. med. Schulz, Jörg  
13127 Berlin
- 23.10. Dr. med.  
Lindner, Rosemarie  
09114 Chemnitz
- 23.10. Dr. med.  
Pawlowitsch, Taissija  
04107 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Junge, Brigitte  
08209 Auerbach
- 30.10. Dr. med. Haaser, Brigitte  
04758 Oschatz
- 30.10. Dr. med. Kobler, Arno  
09627 Oberbobritzsch
- 75 Jahre**
- 01.10. Achenbach, Sigrid  
04416 Markkleeberg
- 01.10. Kühne, Uta  
01737 Tharandt
- 02.10. Bohls, Hans-Georg  
01773 Altenberg
- 03.10. Dr. med.  
Oberbach, Wilfriede  
01458 Ottendorf-Okrilla
- 04.10. Dr. med. habil.  
Sickor, Hans-Jürgen  
02827 Görlitz
- 05.10. Bollinger, Brigitte  
02977 Hoyerswerda/  
Schwarzkolm
- 05.10. Dr. med. Thümmel, Ingrid  
01445 Radebeul
- 05.10. Dr. med.  
Vogtmann, Brigitte  
04425 Taucha
- 06.10. Beckert, Hellfried  
01819 Kurort Berggießhübel
- 06.10. Dr. med. Nake, Bernd  
01139 Dresden
- 06.10. Dr. med.  
Schittkowski, Hans-Peter  
09618 Brand-Erbisdorf
- 07.10. Dr. med. Möller, Brigitte  
04347 Leipzig
- 08.10. Dr. med. Merkel, Petra  
01156 Dresden
- 10.10. Dr. med. Diettrich, Gerda  
04435 Schkeuditz
- 10.10. Dr. med. Schlegel, Günter  
02827 Görlitz
- 11.10. Dr. med. Henschel, Udo  
04205 Leipzig
- 11.10. Dr. med. Weinert, Barbara  
01109 Dresden
- 12.10. Orphal, Peter  
01900 Großbröhrsdorf
- 12.10. Pleschke, Monika  
08606 Oelsnitz
- 13.10. Dr. med. Winklmann, Bernd  
01239 Dresden
- 14.10. Dr. med. Herzig, Werner  
01731 Kautzsch
- 15.10. Dr. med. Hennig, Helga  
04668 Grimma
- 16.10. Ebert, Klaus  
01587 Riesa
- 16.10. Dr. med. Fege, Jürgen  
09600 Berthelsdorf
- 18.10. Prof. Dr. med. Beier, Lothar  
09116 Chemnitz
- 19.10. Dr. med. Eckleben, Renate  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 20.10. Dipl.-Med. Seidel, Christa  
08209 Auerbach
- 21.10. Dr. med. Schott, Maria  
08056 Zwickau
- 22.10. Prof. Dr. med. habil.  
Duck, Hans-Joachim  
04827 Machern
- 22.10. Dipl.-Med. Moritz, Valentina  
04157 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Czekalla, Wolfgang  
04105 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kunz, Wieland  
04824 Beucha
- 23.10. Dr. med. Thielemann, Helga  
01129 Dresden
- 24.10. Dr. med. Thoß, Peter  
08523 Plauen
- 25.10. Dr. med. Gatzweiler, Gisela  
01219 Dresden
- 25.10. Dr. med. Ramsch, Manfred  
04838 Eilenburg
- 26.10. Dr. med.  
Dietrich, Hans-Jürgen  
01662 Meißen
- 26.10. Morgenstern, Helgard  
09337 Hohenstein-Erstthal
- 27.10. Peltner, Roswitha  
09517 Zöblitz
- 28.10. Dr. med. Theml, Doris  
04288 Leipzig
- 29.10. Gruner, Senta  
09350 Lichtenstein
- 29.10. Dr. med. Schwabe, Werner  
01468 Reichenberg
- 30.10. Dr. med. Günther, Jürgen  
09244 Lichtenau
- 30.10. Halank, Ursula  
02625 Bautzen
- 30.10. Dr. med. Nolopp, Thomas  
04347 Leipzig
- 30.10. Dr. med. Petsch, Helga  
02991 Lauta
- 30.10. Dr. med. habil.  
Reske, Wolfgang  
01217 Dresden
- 31.10. Dr. med. Jelen, Marlis  
01307 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.10. Prof. Dr. med. habil.  
Göpfert, Edith  
04178 Leipzig
- 01.10. Prof. Dr. sc. med.  
Schentke, Klaus-Ulrich  
01326 Dresden
- 02.10. Dr. med.  
Wendel, Hanns-Georg  
09496 Marienberg
- 07.10. Dr. med. Luther, Theo  
04159 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Schulze, Ingrid  
01847 Rathewalde
- 10.10. Dr. med. Geisler, Ullrich  
02829 Markersdorf
- 10.10. Dr. med. Pause, Hans-Udo  
09496 Marienberg
- 10.10. Prof. Dr. med. habil.  
Seebacher, Claus  
01309 Dresden
- 17.10. Dr. med. Sandow, Anne  
01662 Meißen
- 20.10. Dr. med. Schilke, Gertrud  
09603 Bräunsdorf
- 21.10. Beyer, Marianne  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.10. Dr. med. Polster, Ingrid  
04159 Leipzig
- 25.10. Doz. Dr. med. habil.  
Siegismund, Kurt  
01309 Dresden
- 28.10. Werner, Karla  
01816 Bad Gottleuba
- 31.10. Dr. med. Basche, Friedrich  
02739 Eibau
- 81 Jahre**
- 02.10. Dr. med. Kotsch, Siegfried  
01219 Dresden
- 04.10. Dr. med. Lange, Eberhard  
04159 Leipzig
- 06.10. Dr. med. Jahn, Wolfgang  
08265 Erlbach
- 07.10. Dr. med. Wildeck, Christa  
01468 Boxdorf
- 08.10. Dr. med.  
Engelmann, Christiane  
01445 Radebeul
- 08.10. Dr. med. Fleischer, Christa  
04275 Leipzig
- 12.10. Dr. med.  
Goethe, Wolfgang  
01328 Dresden

- 13.10. Dr. med. Kittelmann, Maria  
08309 Eibenstock
- 18.10. Wohlgemuth, Dorit  
04229 Leipzig
- 19.10. Dr. med. Kopietz, Werner  
04539 Groitzsch
- 21.10. Dr. med. Schippel, Gisela  
04229 Leipzig
- 23.10. Dr. med.  
Kretschmar, Diethelm  
04720 Döbeln
- 23.10. Dr. med. Tillmann, Monika  
04654 Frohburg
- 25.10. Prof. Dr. med. habil. Dr.  
med. dent. Pinkert, Rolf  
01259 Dresden
- 26.10. Dr. med. Düniß, Erika  
01187 Dresden
- 82 Jahre**
- 01.10. Dr. med. Audersch, Horst  
04105 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Scharfe, Erika  
04838 Eilenburg
- 02.10. Dr. med. Unger, Gisela  
01109 Dresden
- 05.10. Dr. med. Lenk, Sigrid  
01279 Dresden
- 10.10. Dr. med.  
Haß-Brodherr, Monika  
30161 Hannover
- 10.10. Dr. sc. med. Havelka, Jan  
04107 Leipzig
- 10.10. Lehmann, Annemarie  
04683 Naunhof
- 10.10. Dr. med. Wolf, Christine  
04279 Leipzig
- 10.10. Dr. med.  
Wünsche, Annemarie  
01257 Dresden
- 12.10. Dr. med. Göhre, Hartmut  
08258 Markneukirchen
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.  
Köhler, Klaus  
01326 Dresden
- 13.10. Neubert, Dieter  
01844 Neustadt
- 14.10. Dr. med.  
Weinrich, Reinhilde  
04107 Leipzig
- 15.10. Dr. med. Oelsner, Irene  
04107 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Grosser, Helmut  
09120 Chemnitz
- 24.10. Dr. med.  
Mohnke, Evemaria  
04347 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Mehlhorn, Roland  
08321 Zschorlau
- 29.10. Prof. Dr. med. habil.  
Waurick, Siegfried  
04668 Großbothen
- 83 Jahre**
- 06.10. Dr. med. Grethe, Hanno  
09465 Sehmatal-Sehma
- 07.10. Nötzold, Heidi  
02977 Hoyerswerda
- 15.10. Dr. med.  
Pfefferkorn, Renate  
09228 Wittgensdorf b.  
Chemnitz
- 31.10. Dr. med. Schmidt, Alfred  
08349 Johanngeorgenstadt
- 84 Jahre**
- 07.10. Dr. med. Riemer, Gert  
04158 Leipzig
- 09.10. Dr. med.  
Schöneich, Annemarie  
01326 Dresden
- 14.10. Dr. med.  
Uhlmann, Christa  
01309 Dresden
- 23.10. Dr. med. Kirmse, Hans  
08349 Erlabrunn
- 23.10. Dr. med.  
Wendler, Gottfried  
08485 Lengenfeld
- 31.10. Dr. med. Hiltner, Regina  
04416 Markkleeberg
- 85 Jahre**
- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula  
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter  
01219 Dresden
- 24.10. Dr. med.  
Bechmann, Gerda  
04275 Leipzig
- 87 Jahre**
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar  
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore  
04416 Markkleeberg
- 88 Jahre**
- 01.10. Wiehe, Barbara  
09430 Drebach
- 03.10. Jurisch, Else  
02763 Zittau
- 11.10. Dr. med. Baudrexl, Alfred  
01445 Radebeul
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna  
02929 Rothenburg
- 89 Jahre**
- 18.10. Dr. med.  
Bredow, Hans-Joachim  
04880 Dommitzsch
- 21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth  
04316 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita  
04155 Leipzig

**91 Jahre**

- 18.10. Dr. med. Huth, Christa  
04229 Leipzig

**92 Jahre**

- 04.10. Prof. em. Dr. med. habil.  
Ludewig, Reinhard  
04357 Leipzig

**94 Jahre**

- 13.10. Prof. Dr. med. habil.  
Schlegel, Lotte  
04109 Leipzig

## Prof. Dr. med. habil. Gabriele Schackert DGCH-Präsidentin 2015/2016

Zum ersten Mal in der 143-jährigen Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) übernimmt eine Frau deren Präsidentschaft: Prof. Dr. med. habil. Gabriele Schackert, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden.

Die renommierte Neurochirurgin steht jetzt für ein Jahr an der Spitze der DGCH. Prof. Dr. Gabriele Schackert studierte von 1971 bis 1977 Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg. Anschließend absolvierte sie eine Facharztausbildung in Neurochirurgie an den Universitäten Erlangen/Nürnberg und Heidelberg.

Von 1984 bis 1993 arbeitete Schackert in Heidelberg als Oberärztin. Sie unterbrach diese Aufgabe für zwei Forschungsjahre am M.D. Anderson Hospital and Cancer Center in Houston, Texas, USA. Nach ihrer Habilitation wurde sie 1993 auf den Lehrstuhl für Neurochirurgie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden berufen. Seither steht sie der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie als Direktorin vor.



## Fokolare am St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

**Die Entwicklung der – vielleicht ersten – anästhesiologischen Intensivstation in der DDR.**

**45 Jahre interdisziplinäre Intensivmedizin im St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig.**

Bereits seit dem Jahre 1969 besteht am St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig eine interdisziplinäre intensivmedizinische Abteilung, die organisatorisch als eigenständiger Bereich durch den Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin geleitet wird. Wie kam es bereits zu einem so frühen Zeitpunkt zu dieser Organisationsstruktur?

„Die Wege des Herrn sind unergründlich“ (Röm 11, 33), so heißt es in Paulus Brief an die Römer. War es nun göttliche Fügung oder nur zeitgeschichtlicher Zufall, der Anfang der 60er-Jahre zwei Fachärzte für Anästhesie und Reanimation im Rahmen einer katholischen Laienbewegung, der Fokolare aus Italien, an das St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig brachte? Die Beantwortung dieser Frage bleibt letztlich im Ermessen des Lesers, aber der Einfluss auf die Gründung einer eigenständigen Abteilung für Anästhesie inklusive Leitung der Intensivstation ist unstrittig.

Der Reihe nach: 1943 gründet Chiara Lubich im italienischen Trient die katholisch-geistliche Gemeinschaft der Fokolar-Bewegung, welche 1962 von der katholischen Kirche approbiert wurde. Ihre Ursprünge liegen damit in der katholischen Kirche, doch engagieren sich in der Bewegung inzwischen Christen aller Kirchen. 1957 lernte der damalige Leipziger Oratorianer Hans Lubczyk diese Gemeinschaft in Münster kennen. Die ersten Kontakte wurden geknüpft, es gab Treffen in Leipzig und am Ende stand 1960 der Wunsch des damaligen Bischofs von Meißen, Otto Spülbeck, in Leipzig ein Fokolar zu gründen. Ein schwieriges Unterfangen zu Zeiten der DDR,

dessen Lösung durch den Mangel an Ärzten gefördert wurde, da damals viele Ärzte in den Westen flohen. So entsandte Chiara Lubich im Mai 1961 zwei italienische Ärzte der Fokolarbewegung, Enzo Fondi und Guisepppe Santanché, nach Leipzig. Beide fanden über das Bistum ihre Anstellung im katholischen St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig. Wie aber konnten die Fokolare dauerhaft im System der damaligen DDR Fuß fassen. Das erste Engagement der Angehörigen dieser christlichen Bewegung richtete sich auf das persönliche Umfeld und die Umsetzung christlicher Nächstenliebe im Alltag. Somit traten die Fokolare in Leipzig nicht durch öffentliche Aktionen in den Vordergrund. Den Unterlagen der Staatsicherheit zu den operativen Personenkontrollen ist zu entnehmen, dass: „die italienischen Ärzte eine gute fachliche Arbeit leisteten. Offiziell leben sie sehr zurückgezogen und treten in keiner Weise in Erscheinung“. Diese quasi Unbedenklichkeitserklärung führte zu einer notwendigen Verlängerung ihrer zunächst befristeten Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen. Aus diesen Anfängen der Fokolar-Bewegung in der DDR hat sich über die Jahre eine größere Gemeinschaft gebildet, die heute in Zwochau bei Leipzig eine große Begegnungsstätte als Zentrum ihrer Bewegung hat, welche als Zentrum der Bewegung in den neuen Bundesländern gilt.

Zurück zur Medizin: Guisepppe Santanché war bereits seit 1952 Facharzt für Anästhesie und Wiederbelebung (Facharztbezeichnung Italien). Die Ausbildung umfasste somit nicht nur den Bereich der Anästhesie, sondern auch der Intensivmedizin. Seine Ausbildung hatte er an der Universitätsklinik in Turin absolviert. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass hier eine der Hochburgen der Entwicklung dieses jungen Fachgebiets in Italien lag. Bereits 1948 gab es in Turin die erste fachärztliche Ausbildung zum Anästhesisten in Italien. Erst 1953 erfolgte die Anerkennung des eigenständigen Facharztes für Anästhesiologie in der BRD, in der DDR erst im Jahr 1956. Ebenso wurde in Turin 1958 der erste Lehr-

stuhl für Anästhesiologie Italiens eingerichtet. Das erste Ordinariat für Anästhesiologie in Deutschland wurde dagegen erst 1966 am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf gegründet. Die deutlich frühere Etablierung des Fachgebietes der Anästhesie in Italien zeigt sich noch in weiteren Daten: So erfolgte die Gründung der „Societa Italiana di Anestesia ed Analgesia“ am 24.9.1934, während es bis zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie noch bis zum 10.4.1953 dauerte. Darüber hinaus wurden in Italien bereits im Jahr 1954 die Notwendigkeit und die Autonomie der anästhesiologischen Dienste in den Krankenhäusern gesetzlich bestimmt und garantiert.

Die verzögerte Verselbstständigung des Fachgebiets Anästhesie in Deutschland ging maßgeblich auf die Haltung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zurück. Indem die „Narkotiseure“ bis zur Anerkennung der Anästhesiologie als eigenes Fachgebiet formal eine Subspezialisierung der Chirurgie blieben, unterstanden diese damit auch dem fachlichen und organisatorischen Weisungsrecht der Leiter der operativen Kliniken. Somit war eine Abspaltung des Fachgebietes nicht im Interesse der Chirurgen. Allerdings gab es auch einen viel profaneren Grund. Im Unterschied zu den angloamerikanischen Ländern, in denen die Anästhesieleistung finanziell honoriert wurde und sich die Anästhesie nicht zuletzt auch hierdurch bereits vor der Jahrhundertwende etablieren konnte, waren die wirtschaftlichen Voraussetzungen in der ersten Jahrhunderthälfte in Deutschland nicht geschaffen. Dies verleitete Max Kappis (1871 – 1938), Lehrstuhlinhaber für Chirurgie der Universität Würzburg, zu der Aussage: „Ich glaube, dass die Deutschen zurzeit zu arm sind, um Narkosefachärzte ausreichend zu bezahlen.“

Diese Gesinnung fand Santanché auch im St. Elisabeth-Krankenhaus vor, sodass der Weg in die Eigenständigkeit, die er bereits aus Italien kannte, erst geebnet werden musste. Die Einstellung erfolgte 1961 zunächst als Assistenz- bzw. Facharzt



für Anästhesie des Krankenhauses. Eine Fachzugehörigkeit gab es somit nicht. Unterstellt war er dem Ärztlichen Direktor, welcher allerdings der Chefarzt der Chirurgie war. Schon ein Jahr später wurde er zum Oberarzt ernannt und mit der Errichtung und Leitung einer anästhesiologischen Abteilung beauftragt. Die organisatorischen Weisungsrechte blieben aber dabei faktisch weiter beim Chefarzt der Chirurgie.

Santanché benötigte für den Aufbau der Abteilung Anästhesie zunächst vor allem personelle Unterstützung. Auch hier waren die Verbindungen der Fokolare wieder hilfreich, sodass es gelang, Roberto Saltini – ebenfalls Anästhesist aus Italien und ebenfalls den Fokolaren angehörend – ans St. Elisabeth-Krankenhaus zu holen. Roberto Saltini ist der einzig verbliebene Zeitzeuge dieser Anfangstage und hat maßgeblich an der Erstellung dieses Artikels mitgewirkt.

Des Weiteren mangelte es an einer adäquaten medizintechnischen Ausrüstung, die für eine anästhesiologische Versorgungsqualität auf dem aus Italien gewohnten Level notwendig war. Die Verbindungen des katholischen Krankenhauses über die Caritas in die BRD ermöglichten den Zugang zu modernen medizinischen Geräten. So konnten Narkose-/Beatmungsgeräte der Firma Dräger und Monitorsysteme der Firma Siemens aus dem damaligen „Westen“ beschafft werden. Diese wurden nicht nur in der Anästhesie eingesetzt, sondern fanden nun auch Eingang in die Wach-/Intensivstation, welche mit Eintritt von Santanqué erstmals auch eine kontinuierliche ärztliche Versorgung durch Ärzte erfuhr.

Die Kombination des fachärztlichen Kenntnisstandes sowie der Motivation der italienischen Anästhesisten und die nun vorhandene Ausrüstung waren letztlich auch zielführend bei der Entwicklung der Eigenständigkeit der Abteilung für Anästhesie. Durch wissenschaftliche Erarbeitung und Vergleich der Mortalitätsstatistiken bei gängigen chirurgischen Operation der Jahre 1960/61 – also vor ihrem Kommen – und der Jahre

1964/65, nach Etablierung einer modernen Anästhesieabteilung und Betreuung der Intensivstation durch die Anästhesisten, konnten Santanqué und Saltini den positiven Effekt von Narkosespezialisten nachweisen. Erst hierdurch gelang die Reduktion der Mortalität auf international vergleichbare Werte. Neben dem Engagement im anästhesiologischen Bereich war hier auch der Einfluss der Anästhesisten auf der Wach-/Intensivstation deutlich zu erkennen.

Um zu verstehen, was diesen Qualitätssprung ausmachte, muss man wissen, von wem die Narkosen vor Eintritt der Anästhesisten durchgeführt wurden. An unserem Haus, wie auch in vielen anderen Häusern, waren dies vor allem OP-Schwestern, die sich speziell dieser Tätigkeit annahmen; also die Vorläufer der Anästhesiepflege, die es damals noch gar nicht gab. Obwohl die Aufgaben mit Interesse und Engagement wahrgenommen wurden, fehlten dem Pflegepersonal doch die ärztliche Ausbildung und auch die Möglichkeit zur Weiterentwicklung. Neben dem Pflegepersonal gab es aber auch einzelne Ärzte der chirurgischen Abteilungen, die sich zunehmend dem Bereich der Narkose widmeten und der Wahrnehmung dieser Aufgaben letztlich mehr Interesse zukommen ließen als ihrem eigentlichen chirurgischen Fachgebiet. Diese Kolleginnen und Kollegen sind die Pioniere der Anästhesie in Deutschland.

Im St. Elisabeth-Krankenhaus dauerte es jedoch auch nach der Veröffentlichung dieser Daten im Jahr 1967 über den positiven Einfluss von Anästhesisten noch weitere zwei Jahre, bis die Chirurgie die fachlichen Vorteile anerkannte und Giuseppe Santanqué zum 1. Juli 1969 auf die erste Chefarztposition für die neu geschaffene Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin berufen werden konnte.

Wie ist nun aber diese Schaffung einer eigenständigen Fachabteilung zeitlich im Vergleich zu der Entwicklung in Deutschland zu sehen? Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

wurde von Prof. Schüttler ein Buch über die geschichtliche Entwicklung der Anästhesie in Deutschland herausgegeben. Dieses Werk stellt wohl bis heute die umfassendste Aufarbeitung zu diesem Thema dar. Unter anderem wird hier auch, soweit möglich, die Schaffung eigenständiger Abteilungen in deutschen Krankenhäusern dargestellt. Während dies für alle Universitätskliniken gelang, war es jedoch verständlicherweise nicht möglich, für jedes Krankenhaus eine Dokumentation über die Entstehung der Anästhesie-Abteilungen zu erhalten, obwohl sich auch hier eine große Anzahl an Krankenhäusern an der Recherche beteiligte. Die nachfolgenden Aussagen sind also vor dem Hintergrund dieser Lücke zu sehen, jedoch kann letztlich nur bewertet werden, was auch dokumentiert ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die getroffenen Aussagen nicht immer mit der notwendigen Trennschärfe erfolgten. Insbesondere gilt dies für die Verwendung der Begriffe „Abteilung“ und „Leiter“. Nehmen wir hierzu regionale Beispiele aus Sachsen. Bereits im Jahr 1960 wurde an der Universitätsklinik Leipzig eine „Anästhesieabteilung“ gegründet, deren „Leiter“ Harry Hartmann wurde. Es handelt sich hierbei aber immer noch um eine den chirurgischen Kliniken untergeordnete Abteilung; das heißt, weder die Abteilung noch ihre Leiter sind organisatorisch den Chefarzten anderer Abteilungen bzw. Kliniken gleichgestellt. Schaut man auf die Geschichte der Anästhesie auf der Homepage des Klinikums Dresden-Friedrichstadt, so ist folgende Unschärfe festzuhalten: „Seit 1967 bestanden die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin ...“.

- Dieses Teilsatz legt nahe, es hätte eine Abteilung gegeben, die sowohl die Anästhesie als auch die Intensivmedizin organisatorisch vereinte. Liest man jedoch weiter, so relativiert sich diese Aussage:

„... (bis 1974 „Zentrale Anästhesieabteilung“, danach „Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin“, später „Klinik für Anästhesiologie

und Intensivmedizin“) und die Chirurgische Klinik als zwei voneinander unabhängige Kliniken im gleichen Haus.“ Es scheint also vielmehr so, dass die neue eigenständige Abteilung zunächst nur die Anästhesie und erst ab 1974 auch die Intensivmedizin beinhaltet.

Die Gründung eigenständiger Anästhesie-Abteilungen vollzog sich in der BRD knappe 10 Jahre früher als in der DDR. Chefarzt der ersten zentralen Anästhesieabteilung in der BRD wurde Manfred Körner am Klinikum Krefeld. In der DDR entstand die erste Abteilung wahrscheinlich 1967 am Klinikum Dresden Friedrichstadt. Ab 1969 gab es in der DDR einige Krankenhäuser, die eigene Abteilungsstrukturen mit Chefarztpositionen schufen. In Sachsen waren dies 1969 die Leipziger Krankenhäuser St. Georg und St. Elisabeth sowie 1972 bzw. 1974 die beiden Universitätsklinik Dresden und Leipzig.

Diese Abteilungsgründungen beschränkten sich fast alle auf die anästhesiologische Leitung und beinhalteten nicht die Intensivmedizin. Zwar waren auch in diesem Bereich Anästhesisten tätig, jedoch unterstanden die Stationen weiterhin der organisatorischen Leitung der Chirurgen. Dies änderte sich nachweislich erstmalig 1963 an der Universitätsklinik Göttingen, indem der Chefarzt der Anästhesie auch Chefarzt einer eigenen Intensivstation wurde.

Was nun die DDR betrifft, so gibt es keinen bekannten Nachweis einer Eigenständigkeit einer Intensivstation unter Leitung des Chefarztes für Anästhesiologie und zusätzlich für Intensivmedizin vor 1969. In diesem Jahr wurde am 1. September einer der Leipziger Anästhesie-Pioniere und späterer Bezirksanästhesist, Gerd Gmyrek, Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin am St. Georg Krankenhaus. Allerdings

war die Ernennung von Guiseppe Santanché am Krankenhaus St. Georg bereits zwei Monate zuvor zum 1. Juli erfolgt. Somit dürfte diese Chefarztstelle im Gebiet der damaligen DDR eine der ersten, wenn nicht vielleicht sogar die erste Chefarztstelle für den Fachbereich Anästhesiologie zusammen mit Intensivmedizin gewesen sein.

Dass diese Entwicklung an einem Krankenhaus der Größe des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig begann, wäre wohl ohne die aufgezeigten Besonderheiten der geschichtlichen Entwicklung der Anästhesie in Italien und Deutschland sowie die besonderen „Versorgungsmöglichkeiten“ eines katholischen Krankenhauses über die Caritas nicht denkbar gewesen.

Dr. med. Jörg Raumanns  
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig  
Abt. Anästhesie/Intensivmedizin  
Biedermannstraße 84, 04277 Leipzig

**Sächsische Landesärztekammer**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
**Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**

**VORANKÜNDIGUNG:**  
**25 Jahre Kreisärztekammer Dresden**

**Fest auf Schloss Albrechtsberg  
am 7. Mai 2016**  
*mit der Reinhard Stockmann Band und  
zahlreichen ärztlich-künstlerischen Höhepunkten*

**Voranmeldungen ab sofort:**  
Kreisärztekammer Dresden (Stadt)  
Sekretariat: Frau Riedel  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Tel. 0351 8267-134 • Fax 0351 8267-132  
Telefonische Anmeldung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr  
E-Mail: [info@kreisaerztekammer-dresden.de](mailto:info@kreisaerztekammer-dresden.de)  
[www.kreisaerztekammer-dresden.de](http://www.kreisaerztekammer-dresden.de)

*Weitere Informationen folgen in Kürze!*

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Programmorschau

##### Konzert – Festsaal

Sonntag, 27. September 2015

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Herbstliche Klänge“

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen

Sonntag, 8. November 2015

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Klarinettenkaleidoskop“

Studierende der Klarinettenklassen der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich vor  
Lunchbuffet „Herbstlich – Wild(e) Köstlichkeiten“

Um Reservierung wird gebeten.

##### Ausstellung

Wolfgang Kühne – Malerei, Grafik

24. September bis 22. November 2015

Vernissage: Donnerstag,

24. September 2015, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

## Ausstellung „Labor und Klinik. Leipziger Universitätsmedizin im 19. Jahrhundert“

Am 10. Juni dieses Jahres wurde in der Universitätsbibliothek Leipzig-Albertina in Anwesenheit des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Prof. Dr. med. Michael Stumvoll, die Ausstellung „Labor und Klinik“ eröffnet. Diese Ausstellung ist das Geschenk der Universitätsbibliothek an die Medizinische Fakultät, die 2015 ihr 600-jähriges Gründungsjubiläum feiert.

Aus der Geschichte der Leipziger Universitätsmedizin wird eine glanzvolle Zeit, das 19. Jahrhundert, anhand von vier bedeutenden Persönlichkeiten der Fakultät thematisiert: Carl Ludwig und Paul Flechsig, Karl Reinhold August Wunderlich und Carl Thiersch. Sie verkörpern auf

besondere Weise eine neue, stark an naturwissenschaftlichen Grundlagen orientierte Medizin und zugleich das Zusammenwirken von Labor und Klinik, von Forschung und klinischer Medizin. Die Ausstellung zeigt die Ergebnisse ihrer Arbeit, publiziert in seltenen Büchern und Zeitschriften, ergänzt zum Beispiel durch ein Kymographion nach Ludwig-Baltzer aus dem Carl-Ludwig-Institut oder Hirnschnitte aus dem Paul-Flechsig-Institut. Besondere Rarissima stellen Dokumente aus dem Leipziger Universitätsarchiv dar, so das „Journal über die in das St. Jacobs-Hospital aufgenommenen Kranken 1833 – 1837“ mit einem angebundenes „Verzeichnis der Herren Mediziner und Chirurgen, welche unter Aufsicht des Herrn Prof. Dr. Kuhl ihre Operationen pro examine gemacht haben“, Krankengeschichten und Sektionsprotokolle über die Jahre 1841 – 1846 oder vom Ende des 19. Jahrhunderts Aufzeichnungen über Vorlesungen und Praktika an der Medizinischen Klinik.



© Universitätsbibliothek Leipzig

Die Ausstellung ist noch bis zum 18. Oktober 2015 in der Universitätsbibliothek Leipzig zu sehen. Information über Öffnungszeiten, Führungen sowie zum Erwerb des Kataloges siehe [www.ub.uni-leipzig.de](http://www.ub.uni-leipzig.de) > Ausstellungen.

Prof. Dr. med. habil. Ingrid Kästner, Leipzig

## Wolfgang Kühne – Malerei, Grafik

Landschaften und Stillleben, aber auch Menschenbilder gehören zum bevorzugten Repertoire des Malers und Grafikers Wolfgang Kühne (Jg. 1952). Seine Motive – das können ein altes Haus in der Altmark, ein Blick auf den Elbdeich, ein Fisch auf dem Teller oder italienische Hügel sein – findet er in der Flusslandschaft von Elbe und Havel sowie seit 1993 während wiederholter Studienreisen nach Italien. Die Handschrift Kühnes ist dem Gegenstand verpflichtet, dabei auf die Erfassung des Wesentlichen konzentriert. Seine Werke zeichnen sich durch einen strengen Bildaufbau aus. Mitunter entdeckt man sogar Elemente des Konstruktivismus, die ihrerseits aus dem Motiv „herausgefiltert“ sind. Zugleich versteht es der Künstler, Lichtstimmungen einzufangen und besonders Licht und Schatten als Mittel der Gestaltung zu nutzen. Farblich zeichnet sich seine Malerei durch einen fein abgestimmten Kolorismus aus,

dessen Grundlage eher gedämpfte, naturhafte Töne sind, die wiederum durch Lichtstimmungen zum Leuchten gebracht werden. Seit 1980 entstehen zudem zahlreiche Steindrucke. Wolfgang Kühne stammt aus der Altmark, lebt aber seit Langem mit seiner Familie in Dresden-Laubegast, wo er 2002 und 2013 stark vom Elbehochwasser betroffen war. Seit 2005 hat er außerdem in einem alten Deichwärterhaus, gelegen in der flachen Landschaft zwischen Elbe und Havel, ein Refugium zum Arbeiten und Kraft Schöpfen gefunden. Schon ab 1990 war er mehrmals mit dem Boot elbabwärts nach Hamburg, ins Wendland sowie zu den Havelseen aufgebrochen und hatte so die dortige Landschaft für sich entdeckt. Seine ersten malerischen Impulse hatte Kühne, der zunächst eine Ausbildung zum Agrochemiker absolvierte, in jungen Jahren vom Magdeburger Künstler Jochen Aue empfangen. Zwischen 1973 und 1978 studierte er dann an der HfBK Dresden bei Gerhard Kettner, Christian Hasse und Jutta Damme. Seit 1978 arbeitet



„Stilleben am Deich“, 2015, Öl auf Leinwand, 65 x 93 cm

er freischaffend. Gemeinsames Aktzeichnen verband ihn über Jahre mit Künstlern wie Günther Hein, Veit Hofmann, Helge Leiberg und Konrad Maass, mit denen er heute noch freundschaftlich verbunden ist.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 24. September bis 22. November 2015, Montag bis Freitag 9.00 – 18.00 Uhr, Vernissage: 24. September 2015, 19.30 Uhr**