

<b>Editorial</b>	Big Pharma und der orientalische Basar	<b>184</b>
<b>Berufspolitik</b>	Heilberufe treffen Politik	<b>185</b>
	1. Ärztliches Treffen der Asylpraxen	<b>186</b>
	CIRS-Fälle	<b>187</b>
	Keine Weiterbildung mit Berufserlaubnis	<b>188</b>
	STEX in der Tasche – wie weiter?	<b>188</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Zukunft Medizin: Symposium in Dresden	<b>190</b>
	Ergänzende Hilfen zum sexuellen Missbrauch im institutionellen Bereich	<b>191</b>
	Ein Abend zu Sucht und Glück	<b>191</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Änderungen im Sächsischen Heilberufekammergesetz	<b>192</b>
	Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie	<b>194</b>
	Ablehnung der Leichenschau ist Ordnungswidrigkeit	<b>195</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Schulung der Mentoren zur Berufsausbildung MFA	<b>196</b>
	Neue Tarifverträge für MFA	<b>196</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	21. Sächsisches Seniorentreffen	<b>197</b>
	Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden (Stadt)	<b>197</b>
	Tagungsordnung 26. Sächsischer Ärztetag	<b>198</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>199</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>199</b>
<b>Originalie</b>	Operatives Management thorako-abdominaler Aortenaneurysmen	<b>201</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Burnout im Kinderzimmer	<b>206</b>
	Gemeinsame Fortbildung Ärzte und Hebammenverband e.V.	<b>207</b>
<b>Personalia</b>	Verabschiedung von Prof. Dr. med. Joachim Boese-Landgraf in den Ruhestand	<b>208</b>
	Jubilare im Juni 2016	<b>209</b>
	Abgeschlossene Habilitationen	<b>212</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Die Pest in Europa	<b>213</b>
<b>Verschiedenes</b>	Alumni-Treffen in Jena und Leipzig	<b>216</b>
	Nachsorgepreis 2016	<b>216</b>
	Beilage Fortbildung in Sachsen – Juli 2016	



Heilberufe treffen Politik  
Seite 185



1. Ärztliches Treffen der Asylpraxen  
Seite 186



Ein Abend zu Sucht und Glück  
Seite 191



Die Pest in Europa  
Seite 213

Titelbild: Morphologische Einteilung von TAAA nach Crawford (Ausschnitt)  
© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

## Big Pharma und der orientalische Basar



Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
© SLÄK

Manchmal kommt man auf Reisen zu neuen Einsichten. Ich habe mir kürzlich eine kleine Auszeit gegönnt und eine Rundreise durch Marokko gemacht. Dort habe ich den „Volks-sport“ der Nation erlebt, das Handeln und Feilschen. Man geht von einem „Mondscheinpreis“ aus und trifft sich dann in der Mitte und beide Seiten haben gewonnen.

Damit wären wir bei der Überschrift des Editorials, bei der Realität der großen international agierenden Pharmakonzerne, die Milliarden-gewinne einstreichen und diese natürlich als schlagkräftigen Machtfaktor einsetzen können. Das erleben wir schon fast alltäglich. Da wird ein neues Präparat, das als „zukunftsweisend“ angepriesen wird, auf den Markt gebracht. Dem ist eine ausgeprägte subkutane Lobby-Arbeit vorausgegangen, um dieses Mittel gebührend zu platzieren. Dann wird eine sehr hohe Preisvorstellung eingebracht und nun beginnt der „orientalische Basar“. Es erfolgt zunächst ein Aufschrei bei den potenziellen Kostenträgern, die Preisvorstellungen würden das Solidaritätsprinzip sprengen. Man versucht, die Politiker einzuschalten, meist ohne Erfolg. Dann wird verhandelt, alles natürlich streng geheim (TTIP lässt grüßen). Man feilscht und feilscht und feilscht. Jede Seite bringt Argu-

mente für die Preisgestaltung ein. Die Vertreter der Pharmedia verweisen auf die hohen Entwicklungskosten und den innovativen Charakter des neuen Produktes, die Kostenträger auf das Ende der Finanzierbarkeit. Schließlich einigt man sich auf eine niedrigere als die ursprüngliche Preisvorstellung. Beide Seiten fühlen sich als Sieger. Die Pharmaindustrie, weil sie trotzdem noch riesenhafte Gewinne macht. Die Seite der Kostenträger, weil sie im Sinne der Solidargemeinschaft größeren Schaden abgewendet habe. Ob die Kostenträger es nicht merken wollen, dass sie trotzdem gelinkt wurden, bleibt offen. Es gibt nämlich keine Offenlegung, wie hoch der Herstellungspreis tatsächlich ist.

Gute Beispiele sind die Onkologika oder die Biologika. Schaut man sich die „Hit-Liste“ der zehn umsatzstärksten Präparate an, so machten diese im Jahr 2014 einen Umsatz von 74,3 Mrd. Euro. Von den Biologika liegt auf Platz 1 unverändert Adalimumab mit einem Jahresumsatz von 11,3 Mrd. Euro. Auf Platz 3, 4 und 5 der „Hitliste“ folgen mit Infliximab (8,3 Mrd. Euro), Rituximab (7,8 Mrd. Euro) und Etanercept (7,7 Mrd. Euro) drei weitere Biologika. Das sind die wichtigsten Medikamente in der Rheumatologie. Wer aber nun glaubte, dass nach Auslaufen der Patente die Preise sinken, sieht sich getäuscht. Weil diese Medikamente so kostenintensiv sind, sollen nun die Biosimilar Abhilfe schaffen. Deren vergleichbare Wirkung ist aber noch keineswegs gesichert. Sie sind außerdem nur etwas preisgünstiger. Viele Rheumatologen lehnen eine Umstellung ab, weil noch keine Langzeitergebnisse vorliegen. Allenfalls bei Neueinstellungen von Patienten sollte über diese Möglichkeit nachgedacht werden.

Am Ende der Kette stehen Arzt und Patient. Bei den Ärzten steht die verbrieft Therapiefreiheit schon lange nur noch auf dem Papier. Über ihnen schweben die drei großen „R“ (Rabattverträge, Reimporte, Regresse). Ärzte sollen entsprechend der Rabattverträge die preisgünstigsten

Präparate verordnen. Da aber die Preisverhandlungen zwischen den Kostenträgern und der pharmazeutischen Industrie streng geheim bleiben, wissen sie nicht, ob es vielleicht noch preisgünstigere Alternativen gibt. Ein weiteres Problem stellen die Reimporte dar. Da werden die Medikamente durch ganz Europa gekarrt, um dann mit einem niedrigeren Preis wieder in unseren Apotheken zu landen. Ist das im Sinne unserer Umwelt? Wenn die Medikamente nach solch einer Irrfahrt mit entsprechenden Kosten dann trotzdem in Deutschland noch preisgünstiger vertrieben werden können, zeigt das doch, wieviel „Luft“ noch im System ist. Ob auf der Irrfahrt Kühlketten und Lagerungsbedingungen eingehalten oder Fälschungen vorgenommen wurden, kann niemand sagen. Wenn der verantwortungsvolle Arzt das „Aut idem Feld“ zu häufig ankreuzt, weil er garantieren will, dass der Patient nicht gefährdet wird, greifen die Regeln der sogenannten Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dann sind wir beim dritten „R“, dem Regress. Der neuste Trend der Kassen scheint die direkte Beeinflussung der Patienten zu sein, indem sie die Patienten auffordern, ihre Ärzte anzusprechen, ob es nicht preisgünstigere Therapien gibt. Auch dafür gibt es bereits Beispiele.

Der Patient als letzter in der Kette hat angeblich Anspruch auf die bestmögliche Therapie. Wie soll das nach den bisherigen Ausführungen noch funktionieren? Wir erleben es doch täglich, wie die Patienten verunsichert sind, weil die „blaue Pille“, die sie bisher erhalten haben, vom Apotheker aufgrund seiner Vorgaben in eine „gelbe“ und beim nächsten Mal in eine „weiße“ umgewandelt wurde. Förderung der Compliance? Fehl-anzeige!

Fazit: Globale Kleptokratie, obszöne Preisvorstellungen, Eingriffe in die Therapiefreiheit – wie lange wollen wir uns das noch gefallen lassen? Wie ist Ihre Meinung? Diskutieren Sie mit!

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums des  
„Ärzteblatt Sachsen“

## Heilberufe treffen Politik

Auf dem 8. Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufekammern trafen sich am 19. April 2016 in Dresden über 70 Vertreter der Bundes- und Landespolitik sowie der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Tierärzte. Schwerpunkte des Treffens waren die aktuellen gesundheitspolitischen Debatten.

„Freiberuflichkeit als Garant für eine hochwertige Versorgungsqualität sowie die Entbürokratisierung und Nachwuchsgewinnung sind nur drei von vielen aktuellen Stichpunkten“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, der im Namen aller sächsischen Heilberufekammern die Gäste begrüßte. Auch der demografische Wandel sei eine besondere Herausforderung für die zukünftige medizinische Versorgung in Sachsen. Dabei müsse immer das Patientenwohl als ethischer Standard in Praxis und Krankenhaus gelten, betonte der Präsident. Eine rein ökonomische Betrachtungsweise der Leistungen der Heilberufe führe zu einer automatisierten Gesundheitsindustrie mit Verlust an Versorgungsqualität.

Der Kampf gegen eine weitere Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen sei ebenfalls nicht zu unterschätzen und nur gemeinsam zu gewinnen, so der Präsident. Deshalb führen die Sächsische Landesärztekammer und die Sächsische Landestierärztekammer gemeinsame Fortbildungen zu diesem Thema durch. In diesem Zusammenhang dankte Erik Bodendieck den sächsischen Ministern, insbesondere der Sozialministerin Barbara Klepsch, für die sehr konstruktive Zusammenarbeit, wenn es um die Lösung von Problemen geht. „Trotz unterschiedlicher Sichtweisen gelingt es immer wieder, im Gespräch zu gemeinsamen Lösungen zu kommen.“

Diesen Faden nahm Staatsministerin Barbara Klepsch auf und führte die medizinische Versorgung der Flücht-



Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Barbara Klepsch; Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, Friedemann Schmidt; Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck  
© SLÄK

linge im Freistaat als besonders positives Beispiel an. Nur gemeinsam sei es gelungen, die Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu verbessern und Asylpraxen zur Entlastung der Hausärzte kurzfristig zu installieren. „Um das Zusammenwirken der Heilberufe und der Ministerien in Sachsen werden wir von anderen Bundesländern oft beneidet.“

In den anschließenden Gesprächen zwischen Politikern und Heilberufvertretern konnten die berufs- und gesundheitspolitischen Positionen weiter ausgelotet werden.

Der Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufekammern ist eine Kooperation der Sächsischen Landesärztekammer, der Landes Zahnärztekammer Sachsen, der Sächsischen Landesapothekerkammer, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der Sächsischen Landestierärztekammer. Er wird seit 2009 durchgeführt. Die Kammern vertreten rund 50.000 Mitglieder.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## 1. Ärztliches Treffen der Asylpraxen

Die große Flüchtlingswelle im Sommer und Herbst 2015 veranlasste die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KV Sachsen), zunächst in Dresden und später auch in Leipzig und Chemnitz Flüchtlingspraxen aufzubauen. Mit festangestellten Ärzten und Honorar-Ärzten werden ausschließlich Asylsuchende und perspektivisch auch Asylberechtigte behandelt. Die komplexe Logistik für eine fach- und sachgerechte Versorgung von Flüchtlingen kann so gebündelt und ressourcenschonend eingesetzt werden. Die Praxen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten eingerichtet und in Betrieb genommen und stehen unter der Führung der jeweiligen Bezirks-geschäftsstelle der KV Sachsen. Durch lokale organisatorische, institutionelle und personelle Gegebenheiten ergeben sich spezifische Besonderheiten, in denen sich die Praxen voneinander unterscheiden. Um einen innerärztlichen Austausch anzuregen, hat die Sächsische Landesärztekammer am 30. März 2016 die in den Flüchtlingspraxen tätigen Ärzte zu einem ersten Treffen eingeladen.

Bei diesem Treffen zeigte sich, dass das Bedürfnis einer kritisch-konstruktiven Betrachtung sowohl der Unterschiede als auch der Ähnlichkeiten in den Asylpraxen in einer kollegialen Atmosphäre groß war. Es waren von jedem Praxisstandort mehrere Ärzte gekommen. Auch der Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen, Dr. med. Klaus Heckemann, war anwesend, um persönlich mit den Ärzten ins Gespräch zu kommen.

Jede Praxis stellte zunächst ihre strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten vor. Schnell und unkompliziert entstand ein produktiver Austausch, bei dem die Vernetzung untereinander, das Teilen bestimmter Lösungsansätze und die gegenseitige Unterstützung im Mittelpunkt standen.

So zeigte sich am Beispiel der psychiatrischen Sprechstunde in der Dresdner Praxis, dass eine orientierende psychiatrische Befunderhebung auch



Louay Sheikh Alard behandelt Kinder in der Asylpraxis Chemnitz.

© KV Sachsen

in einer Asylpraxis möglich ist. Da alle Kollegen dieses Versorgungssegment für außerordentlich wichtig halten, sind hier weitere Gespräche geplant, um die psychiatrische Primärversorgung auch an den anderen Standorten zu ermöglichen.

In Chemnitz gibt es sehr positive Erfahrungen mit einem Videodolmetscherdienst, der den dortigen Kollegen die Arbeit erheblich erleichtert. Gerade seltene Sprachen, die doch immer wieder benötigt werden, sind dadurch schnell abrufbar. Diese Information war für die anderen beiden Standorte sehr wichtig, da die Verfügbarkeit und Präsenz der Dolmetscher ein generelles Problem darstellt. In Leipzig hat sich eine vorbildliche Zusammenarbeit mit Hautärzten entwickelt, was bei bestimmten exotischen Krankheitsbildern eine große Unterstützung ist. In den anderen Praxen wird ebenfalls versucht, derartige Kooperationen mit Fachärzten weiter auszubauen.

Das vereinfachte Vorgehen bei der Zuweisung zu Fachärzten, das in Dresden und Chemnitz mit den Kostenträgern (Landesdirektion und Sozialamt) vereinbart wurde, könnte eine Anregung auch für Leipzig sein. Hier verhandelt die KV Sachsen weiter, um diese vereinfachten Prozesse zur Entlastung von Sozial- und Gesundheitsamt sowie der Praxis auch in Leipzig umsetzen zu können. Die Sächsische Landesärztekammer wird diese Verhandlungen nach Kräften unterstützen.

Es gab zahlreiche weitere Bereiche, die thematisiert wurden: die Zusammensetzung des Praxisteam, der diagnostische und therapeutische Leistungsumfang, die Versorgung von Kindern, Laborkontrollen zu HIV, Tbc und Hepatitis, Kooperationen mit Institutionen, Organisationen, Dienstleistern und fachärztlichen Kollegen/Praxen und vieles mehr. Einige Verbesserungsvorschläge aus diesem Treffen, welche die Versorgung von Kindern und die Laborkontrollen bei übertragbaren Erkrankungen betreffen, wurden schon beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz angesprochen und dort pragmatisch aufgegriffen und schnell umgesetzt. Am Ende konnten die Teilnehmenden auf interessante Gespräche und Diskussionen zurückblicken, bei denen eine kollegiale Zusammenarbeit über Praxisgrenzen hinaus entstanden ist. Um diese zu pflegen, sollen perspektivisch weitere Treffen stattfinden. Die persönliche und institutionelle Vernetzung kann hoffentlich im Sinne aller Beteiligten die ärztliche Arbeit und somit auch die medizinische Versorgung der Asylsuchenden in den Asylpraxen in Sachsen verbessern.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Katrin Schönemann  
Ärztliche Koordinatorin der  
Flüchtlingsversorgung

## CIRS-Fälle:

### „Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers.“ Epikur

**Die Buchstaben „CIRS“ stehen für Critical Incident Reporting-System. Die Internetplattform <http://www.cirsmedical.de/> ist inzwischen allgemein bekannt und wird von vielen Kolleginnen und Kollegen genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.**

**Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform <http://www.kh-cirs.de/> und die Plattform für Hausarztpraxen <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>**

#### Fall 1:

Schon im August 2014 wurde auf der CIRS-Seite der Anästhesie ein Fall veröffentlicht, der auch für alle anderen Fächer interessant ist.

Ein latent aggressiver Patient mit angedrohtem Suizidversuch und erfolgter Fremdgefährdung war vom Notarzt mit Midazolam und Haloperidol behandelt und unter Polizeibegleitung und Fixierung bei Verdachtsdiagnose akute Psychose in die zuständige Psychiatrie verbracht worden. Hier wurde jedoch eine Aufnahme mit der Begründung abgelehnt, nach der initialen Medikation müsse der Patient überwacht werden, was in der Psychiatrie nicht erfolgen könne. Daraufhin wurde der Patient im nächst gelegenen Akutkrankenhaus auf die Intensivstation aufgenommen.

Im Weiteren kam es dann zu einer akuten Gefährdung von Mitarbeitern der Intensivstation, als der Patient am Folgetag in die Psychiatrie verlegt werden sollte. Da im Vorfeld die Polizei zur Verlegung hinzugezogen worden war, ließ sich die Situation beherrschen.

Problematisch war, dass der Patient initial nicht vollständig entkleidet worden war, sodass er ein Stech-

werkzeug am Körper verstecken konnte. Er hatte eine körperliche Untersuchung abgelehnt, was vom aufnehmenden Arzt (wahrscheinlich im Sinne einer gewünschten Deeskalation) akzeptiert wurde. Darüber hinaus war keine polizeiliche Sitzwache angefordert worden.

Solche Situationen bleiben im Akutkrankenhaus schwer zu beurteilen. Gerade aber bei erfolgter Fremdgefährdung kann und sollte die Unterstützung durch die Polizei angefordert werden.

Details insbesondere zur rechtlichen Situation finden Sie unter <https://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMAugust2014.pdf>.

#### Fall 2:

Im November 2015 stellte die Plattform <http://www.cirs-berlin.de> einen interessanten Fall vor.

Ein Patient war unter Propofol sedierung per Perfusor aufgewacht. Grund war die Kombination von zwei Problemen:

1. war die Perfusorspritze nicht korrekt eingespannt und
2. war der Perfusor defekt, sodass kein Alarm ausgelöst wurde.

Bei der internen Aufarbeitung des Falles stellte sich heraus, dass die involvierten externen Mitarbeiter einer Personalvermittlung nicht in eine korrekte Anwendung der haus-eigenen Geräte unterwiesen waren. Es wäre also ein erhebliches rechtliches Problem entstanden, wenn hier ein Patient zu Schaden gekommen wäre, was nicht der Fall war.

Allerdings ist immer der zuständige Arzt verantwortlich für eine Überprüfung, ob externe Mitarbeiter entsprechend der Medizinproduktebetreiberverordnung an den hauseigenen Geräten eingewiesen sind. Im geschilderten Fall wurden zur Problemlösung hausinterne Listen der genutzten Geräte vorab mit der Personaldienstleistungsfirma abgestimmt. Es kann aber auch andere Lösungen geben, zum Beispiel die Vorhaltung eines internen entsprechend geschulten Personalpools.

Details finden Sie unter:

<http://www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1511-fall-124091.pdf>

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Gerätefehler, das heißt hier die gebrochene Feder und der unterbliebene Alarm, auch ans Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemeldet werden müssen.

#### Fall 3:

Auf der speziell für Hausärzte angelegten Erfassungsplattform [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) findet sich als Fehler des Monats 12/2015 der Fall eines 80-Jährigen, bei dem beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt eine ventrikuläre Tachykardie übersehen wurde. Obwohl von der MFA eine Pulsfrequenz von 138 gemessen und dokumentiert wurde, war dies dem untersuchenden Kollegen nicht aufgefallen. Erschwerend kam hinzu, dass der Patient selbst seine Beschwerden eher herunterspielte und einige andere körperliche Symptome in den Vordergrund stellte.

Details finden Sie unter

<https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=789>.

Sehr eindrücklich zeigt sich, wie wichtig gerade in einer Hausarztpraxis ein eingespieltes Team ist, aber auch wie wichtig es ist, dass geklärt ist, wann bestimmte von den MFA erhobene Befunde sofort mündlich weitergegeben werden müssen. Dies betrifft vor allem natürlich die Vitalparameter (Puls, RR, Atemfrequenz, Temperatur), wobei immer geklärt sein sollte, wer wann was misst und ab welchen Werten eine unverzügliche Information des Arztes notwendig ist.

Dabei wird übrigens die Relevanz der Atemfrequenz erheblich unterschätzt, die nicht nur in Arztpraxen sondern auch in den Aufnahmebereichen der Krankenhäuser ein sehr präziser Parameter für sich anbahnende Notfälle ist.

## Keine Weiterbildung mit Berufserlaubnis

Aus gegebenem Anlass macht die Sächsische Landesärztekammer erneut darauf aufmerksam, dass eine Berufserlaubnis wesentliche Unterschiede zu einer Approbation haben kann.

Gemäß § 28 Abs. 2 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) darf mit der Weiterbildung erst begonnen werden, wenn der Arzt eine ärztliche Grundausbildung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der Bundesärzteordnung [Approbation] abgeschlossen hat oder über einen gleichwertigen Ausbildungsstand oder

einen gleichwertigen Kenntnisstand, der durch Ablegen einer Kenntnisprüfung nachzuweisen ist, verfügt.

Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes (noch) nicht nachgewiesen, kann bis zu einer Gesamtdauer von höchstens zwei Jahren auch eine Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der ärztlichen Tätigkeit erteilt werden. Diese kann – im Gegensatz zur Approbation – mit Auflagen zum Beispiel unter Leitung und Verantwortung eines approbierten Arztes oder für eine Tätigkeit in einem bestimmten Krankenhaus versehen werden. Das bedeutet, dass Tätigkeiten innerhalb einer Berufserlaubnis nicht auf die Weiterbildungszeiten anerkannt wer-

den können. Eine entsprechende Übergangsfrist endete 2013. Ärzte, die eine Berufserlaubnis erhalten, werden von der Landesdirektion mit einem entsprechenden Begleitschreiben über die Einschränkungen informiert.

Folgerichtig können Ärzte, die mit einer Berufserlaubnis arbeiten, nicht im gleichen Umfang eingesetzt werden wie Kollegen, die eine Approbation erhalten. Dies muss organisatorisch berücksichtigt werden. Sowohl die Personalabteilung als auch der verantwortliche Chefarzt sollten sich unbedingt die Berufserlaubnis einschließlich Anschreiben der Landesdirektion vorlegen lassen.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## STEX in der Tasche – wie weiter?

### Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zur Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte

**am 22. Juni 2016, ab 11.30 Uhr,**

in das Medizinisch-Theoretische Zentrum der TU Dresden,  
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.

Im Hörsaal findet ein Einführungsvortrag zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung statt und anschließend eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, von Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung.

Vor, während und nach der Plenarveranstaltung informieren und beraten Sie an ihren Ständen im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer

sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Dabei stehen Themen im Mittelpunkt wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Weiterbildung und Karrierechancen im Krankenhaus,
- Weiterbildung im ambulanten Bereich,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltung ist gesorgt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung sind kostenfrei. Für Fragen, auch gerne vorab für die Podiumsdiskussion, stehen wir Ihnen unter [arzt-in-sachsen@slaek.de](mailto:arzt-in-sachsen@slaek.de) zur Verfügung.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Zukunft Medizin

### Ein interdisziplinäres Symposium am 4. und 5. Juni 2016 in Dresden

Das heutige Gesundheitswesen operiert oft an den Bedürfnissen der Beteiligten vorbei. Wachsende ökonomische Zwänge und bürokratische Hürden führen beim Gesundheitspersonal zunehmend zu beruflicher Unzufriedenheit, bei Patienten zum Teil zu Unverständnis, und insgesamt zu einer Fehlverteilung der Ressourcen. Kein Gesundheitswesen kann sich eine solche Fehlentwicklung leisten.

Ein Schlüssel zu einer bedürfnisorientierten, effizienten Medizin ist die therapeutische Beziehung. Eine dem Menschen zugewandte und mitfühlende Haltung bewirkt eine bewussterere Öffnung aller Beteiligten. So wird präzise erkannt, was gerade wirklich gebraucht wird, sodass vorhandene Ressourcen gezielt eingesetzt werden können.

Was sich einfach anhört, setzt beim medizinischen Personal Wissen, Erfahrung und eine innere Haltung der Präsenz und Offenheit voraus. Wie können wir diese Fähigkeiten entwickeln? Was können wir aus den verschiedensten Perspektiven voneinander lernen?

Mit diesen Fragen setzen sich Menschen in Gesundheitsberufen im gemeinnützigen Verein „Medizin und Menschlichkeit e.V.“ seit Ver-

einsgründung 2009 auseinander. Zu diesen Fragen organisierten die beiden Dresdner Ärztinnen Marie Downar und Oxana Atmann von Medizin und Menschlichkeit unter der Schirmherrschaft von Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Leiterin für den Lehr- und Forschungsbereich Allgemeinmedizin an der TU Dresden, das Dresdner Symposium „Zukunft: Medizin“ am 4. und 5. Juni 2016. Im Rahmen des innerärztlichen Wertediskurses unterstützt die Sächsische Landesärztekammer das Dresdner Symposium und zertifizierte die Veranstaltung mit 15 Fortbildungspunkten.

Highlight ist ein Vortrag des neuseeländischen Anästhesisten, Dr. Robin Youngson, Autor von „Time To Care – Wie Sie Ihre Patienten und Ihren Job lieben“, das zum Sympo-

sium erstmals auch auf Deutsch in einer Übersetzung von Marie Downar erscheint.

Viele weitere interessante Workshops wurden zusammengestellt: Zum Beispiel hält die Leipziger Initiative „Arzt mit Humor“ einen Workshop zum heilsamen Einsatz von „Humor in der Medizin“. Das Team von „Was hab ich?“ aus Dresden zeigt in Anlehnung an ihren beliebten Universitätskurs Werkzeuge für eine verständliche Arzt-Patienten-Kommunikation auf. Die Dresdner Spiegelneuronen bereiten aktuelle Erkenntnisse der Positiven Psychologie zur Stärkung der beruflichen und privaten Zufriedenheit alltagsrelevant auf. Und Medizin und Menschlichkeit macht im Workshop das heilsame Element von Begegnung und Kommunikation erfahrbar.

Im Symposium ist aber auch der offene Dialog der Medizinergenerationen mit der Frage „Was können wir voneinander lernen?“ ein wichtiges Thema. Die achtsam moderierte Begegnung der verschiedenen Generationen unter Einbezug des Publikums garantiert interessante Einblicke in Gemeinsamkeiten, Unterschiede und daraus erwachsende Perspektiven.

Weitere Informationen und der Anmeldelink sind auf <http://www.medizinundmenschlichkeit.de/zm2016/> zu finden.

Dr. med. Marie Downar, Dresden

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Ergänzende Hilfen zum sexuellen Missbrauch im institutionellen Bereich

Da das System der ergänzenden Hilfen zum sexuellen Missbrauch, das von der Bundesregierung schon 2011 eingerichtet wurde, bei Ärzten oft unbekannt ist, möchten wir an dieser Stelle darauf aufmerksam machen. Betroffene, die sexuellen Missbrauch im institutionellen Bereich (Schule, Sportverein, etc.) im Kindes- oder Jugendalter erlitten haben, können Anträge auf Hilfeleistungen aus dem ergänzenden Hilfesystem noch bis zum 31. August 2016 an die Geschäftsstelle des Fonds Sexueller Missbrauch richten. Ärzte können Patienten über diese Versorgung informieren, Informations-Flyer für die Praxis können unter [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de) unentgeltlich bestellt werden.

## Ein Abend zu Sucht und Glück

Unter der Überschrift „Looking for Happiness“ hatten die Landeshauptstadt Dresden und die Sächsische Landesärztekammer zu einem Abend über Glück und Sucht am 26. April 2016 eingeladen. „Die Suche nach und das Empfinden von Glück ist nur dem Menschen möglich.“, stellte der Psychologe, Prof. Dr. Gerhard Bühringer, von der TU Dresden zu Beginn fest. Dies unterscheidet ihn vom Tier. Die Fähigkeit, Glück zu empfinden, hänge eng mit der Entwicklung des Bewusstseins und der Selbstreflexion zusammen. Das Streben nach Glück beginne zudem erst, wenn evolutionsbiologisch bedingt das Überleben gesichert ist. Prof. Bühringer: „Ein Flüchtling auf dem Mittelmeer kämpft ums Überleben, er strebt in diesem Moment aber ganz bestimmt nicht nach Glück. Wenn er das rettende Ufer erreicht, wird er kurzzeitig Glück empfinden. Aber danach geht es wieder um essen,

### Wer kann einen Antrag stellen?

Antragsberechtigt sind Betroffene, die als Kinder oder Jugendliche im institutionellen Bereich sexuell missbraucht wurden, also zum Tatzeitpunkt minderjährig waren. Zeitliche Voraussetzung für den Erhalt der Hilfeleistungen ist, dass die Tat nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland (23. Mai 1949) – innerhalb der heutigen Grenzen – und vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG) am 30. Juni 2013 begangen wurde.

### Wie kann die Hilfe aussehen?

Betroffene können Hilfen bis zu 10.000 Euro beantragen, die Antragsfrist wurde entgegen bisheriger Angaben aktuell bis Ende August 2016 verlängert. Die Leistungen aus dem Fonds entsprechen den Empfehlungen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch und sind für Betroffene gegenüber den gesetzlichen Leistungen nachrangig.

schlafen oder arbeiten, die Grundbedürfnisse des Menschen.“

In der heutigen Leistungsgesellschaft ist es schwer, Arbeit, Familie und persönliche Bedürfnisse unter einen Hut zu bringen. Um Wohlbefinden und Glück zu erreichen, kann man auf die kleinen Dinge des Lebens achten, was man als Erwachsener im Alltag schnell verlernt, oder zum Beispiel weite Reisen unternehmen. Es

Das Hilfesystem soll das bestehende Netz sozialrechtlicher Versorgung nicht ersetzen, sondern ergänzen. Leistungen, die unter bestimmten Bedingungen gewährt werden können, sind zum Beispiel:

- Psychotherapien, wenn sie von den Krankenkassen nicht oder nicht mehr übernommen werden,
- Kosten der individuellen Aufarbeitung des Missbrauchs (Musiktherapie, Kunsttherapie, etc.),
- Unterstützung bei Weiterbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen,
- Beratungs- und Betreuungskosten,
- sonstige Unterstützung in besonderen Härtefällen.

Weitere Informationen erhalten die Patienten über 0800 4001050 oder [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de).

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

bleibt im Alltag meist kaum Zeit, sich kleine Augenblicke des Glücks zu gönnen. Der Griff zur Droge ist dagegen planbar und die Wirkung schnell sowie gezielt zu erreichen. Nach einem stressigen Arbeitstag greifen manche Menschen eher zu Alkohol oder anderen Suchtmitteln, um herunterzufahren, um sich zu entspannen. „Mit legalen wie illegalen Drogen kann man selbst bestimm-



Sven Kaanen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie © SLÄK

men, wann und in welcher Intensität man einen Glücks- bzw. Rauschzustand erreicht. Diese Erfahrung wird tief im Stammhirn als Urfahrung abgespeichert mit der Folge, dass der Körper diese Erfahrung immer wieder machen und verstärken möchte. Und schon beginnt bei einigen Menschen die Abhängigkeit.“, beschrieb Sven Kaanen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachkliniken

Heidehof gGmbH, Weinböhl, den Zusammenhang von Glück und Rausch. Suchtkranke aus dieser Spirale herauszuholen, sei besonders schwer, da sie solche extremen Glückszustände in einem drogenfreien Leben nicht erreichen können. Wichtig sei daher eine langwierige Therapie sowie die Einbindung in ein funktionierendes soziales Umfeld. Ob und wann jemand Suchtkrank wird, ist von der Genetik sowie vom sozialen und familiären Umfeld und der Prägung in der Kindheit abhängig. Kaanen: „Wenn ein Vater täglich zum Frühstück zwei Flaschen Bier trinkt, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass sein Sohn dieses Verhalten als Normal begreift und seinem Vater nacheifern wird. Und wenn eine Prävalenz zu Suchtmitteln vorliegt, dann rutschen trockene Alkoholiker oft in eine andere Sucht, wie zum Beispiel Spielsucht oder Tabaksucht.“ Dagegen helfen nur eine lebenslange Abstinenz und kein kontrollierter Suchtmittelgebrauch.

Prof. Bühringer, übrigens einziger Lehrstuhlinhaber in Deutschland zu Sucht, vertrat auf dem Podium dann eine sehr pragmatische Sicht. „Drogen wurden in jeder Zeit und in jeder Gesellschaft genommen. Jede Generation hat ihre „eigene“ Droge. Was früher Heroin oder Kokain waren, sind jetzt Extasy oder Crystal Meth. In früheren Kulturen dienten Drogen den religiösen Erfahrungen, heute

sind sie im Alltag angekommen.“ Sven Kaanen ergänzte: „Bei jeder neuen Droge kommt es zu einer starken Zunahme an Abhängigen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Durch Prävention, Therapie und Rehabilitation gelingt es der Gesellschaft dann, damit umzugehen, zu den entsprechenden Kosten.“

Dipl.-Psych. Andrea Horn von Spiegelneuronen lieferte den perfekten Ausstieg aus der Veranstaltung: „Eine allgemeingültige Definition von Glück gibt es nicht. Was ihn glücklich macht, muss jeder für sich selbst entscheiden. Dem einen reicht der Marienkäfer auf dem Blatt, dem anderen die Besteigung eines 2.000-er Gipfels. Entscheidend ist, Glücksmomente in sein Leben, seinen Alltag einzubauen, ohne sich oder anderen zu Schaden.“ Dazu könne jeder den „Sound des Lebens“ wie bei einem Kassettenrecorder an einer günstigen Stelle anhalten, zurückspulen oder in Erwartung eines schönen Ereignisses auch vorspulen. Auch dient es dem Wohlbefinden sich spontan einem fremden Menschen zuzuwenden oder einer nahestehenden Person, zu der man lange keinen Kontakt hatte, eine SMS zu schicken. Beides konnten die rund 100 Gäste im gerade sanierten Festsaal des Rathauses Dresden sofort ausprobieren.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Aufmerksame Zuhörer

© SLÄK

## Änderungen im Sächsischen Heilberufekammergesetz

### Ein Überblick

Das Sächsische Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) ist die Rechtsgrundlage für die Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer. Ursprünglich mit der Intention, „nur“ die novellierte EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG zur Erleichterung der Mobilität von Berufsangehörigen im Bereich der Gesund-

heitsberufe in Europa umzusetzen, trat nun mit weiteren notwendigen Anpassungen am 16.02.2016 eine inhaltlich weitreichende Änderung des SächsHKaG in Kraft.

### 1. Möglichkeit, Mitglieder, die nur gelegentlich und vorübergehend in Sachsen tätig sind, von der Mitgliedschaft zu entbinden

Eine wesentliche Änderung enthält § 2 Abs. 3 SächsHKaG<sup>1</sup>. Danach können nun Mitglieder, die nur gelegentlich und vorübergehend in Sachsen tätig sind, von der Mitgliedschaft entbunden werden, wenn sie auch

in einem anderen Bundesland ihren Beruf ausüben und dort der entsprechenden Kammer angehören. Eine Lockerung der starren mitgliederschaftlichen Regelungen wurde hier nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und der liberalisierten Vorschriften zur Berufsausübung in den Berufsordnungen, aber auch aufgrund der allgemeinen flexibleren ärztlichen Tätigkeit unter Berücksichtigung karriere- und familienfreundlicher Lebensmodelle und der dadurch sichtbaren Tendenz zu ärztlicher Tätigkeit an mehreren Orten, auch über die Kam-

mergrenzen hinaus, als erforderlich angesehen. Zu beachten ist jedoch, dass dennoch eine Meldepflicht besteht, siehe unten, und trotz der Entbindung von der Mitgliedschaft das Berufsrecht, also die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BO)<sup>2</sup>, bei der Tätigkeit in Sachsen gilt.

## 2. Mitteilung von Änderungen und erweitertes Ordnungswidrigkeitenrecht

Die Meldepflicht in § 3 wurde neben der Anmeldepflicht innerhalb eines Monats nun um eine „Ummeldepflicht“ erweitert (§ 3 Abs. 1 Satz 4). Das hat zur Folge, dass jetzt auch bei Verstößen gegen die bisher nur in der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer formulierte Pflicht zur Meldung von Veränderungen der meldepflichtigen Angaben während der Pflichtmitgliedschaft ein Ordnungswidrigkeiten-Verfahren durchgeführt werden kann (§ 75 Abs. 1).

## 3. Berufsrecht

Berufsrechtlich relevant sind insbesondere die Änderungen in den §§ 41 und 43. Entsprechend des neu eingefügten Absatzes 3 in § 41 können nun auch Berufspflichtverletzungen verfolgt werden, die Mitglieder während ihrer Zugehörigkeit zu einer vergleichbaren Berufsvertretung eines anderen Bundeslandes oder ehemalige Mitglieder während ihrer Mitgliedschaft im Freistaat Sachsen begangen haben (Nach- bzw. Weiterverfolgung). Das ist ausgeschlossen, soweit und solange sie von einer anderen Kammer verfolgt werden.

Neben der Rüge kann im Rügeverfahren ein Ordnungsgeld statt bis zu 2.500 EUR nun bis zu 5.000 EUR verhängt werden (§ 41 Abs. 5).

In § 43 wurde die Verjährung von Berufspflichtverletzungen von 3 auf 5 Jahre erhöht (Absatz 2 Satz 1). Ist vor Ablauf der Verjährungsfrist wegen derselben Tat ein Straf-, Bußgeld- oder Disziplinarverfahren eingeleitet worden, ruht die Verfolgungsverjährung nun bereits vom Beginn des Ermittlungsverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des anderen Verfahrens (Absatz 2 Satz 3). Bisher war die Rechtshängigkeit (also die Einleitung eines Strafverfahrens) dafür ausschlaggebend. Die Änderung soll die Effektivität der Berufsaufsicht erhöhen, da nicht selten bereits mehrere Jahre der polizeilichen oder staatsanwaltlichen Ermittlung vergehen, bevor ein Strafverfahren überhaupt eingeleitet wird. Die bisherige Regelung stellte dazu auf die Kenntnis der Kammer ab, häufig wurde sie jedoch über Ermittlungsverfahren nicht oder erst viel später unterrichtet.

In § 42 wurde lediglich eine formale Anpassung an den § 41 Abs. 6 vorgenommen, nach der nun vereinheitlicht auf den Einspruch mit einem Einspruchsbescheid (bisher Beschwerdebeseid) geantwortet wird.

## 4. Veröffentlichung von Satzungen

Neu ist auch die Möglichkeit in § 38 Abs. 3, genehmigte Satzungen in elektronischer Form, z.B. auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer, bekannt zu machen – wenn sich die Kammer in ihrer Hauptsatzung dafür entscheidet.

## 5. Weiterbildungsrechtliche Änderungen

Die Umsetzung der Berufsanerkenntnisrichtlinie bringt eine wesentliche weiterbildungsrechtliche Ände-

rung im Hinblick auf das Anerkennungsverfahren von Weiterbildungen aus dem Gebiet der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder einem durch Abkommen gleichgestellten Staat (§ 20) mit sich. Bei der Prüfung des gleichwertigen Weiterbildungsstandes ist eine Eignungsprüfung erforderlich, wenn die Weiterbildung wesentliche Unterschiede zu den von der Kammer bestimmten Weiterbildungsinhalten aufweist. Ein solcher wesentlicher Unterschied lag bisher u.a. auch dann vor, wenn die absolvierte Weiterbildungszeit mindestens ein Jahr unter der in der Weiterbildungsordnung geregelten Zeit lag. Diese zeitliche Komponente ist europarechtlich bedingt nun entfallen.

Eine Eignungsprüfung ist nicht erforderlich, sofern der wesentliche Unterschied durch die Berufspraxis oder durch Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, die durch lebenslanges Lernen in einem Mitgliedsstaat oder Drittland erworben wurden und hierfür von einer einschlägigen Stelle formell als gültig anerkannt wurden, ausgeglichen ist (Absatz 8 Satz 1 zweiter Halbsatz). Ein ablehnender rechtsmittelfähiger Bescheid ist gemäß Absatz 10 Satz 4 im Hinblick auf die erforderliche Ausgleichsmaßnahme hinreichend zu begründen; die Anforderungen dafür sind in Satz 5 aufgeführt. Die Kammer muss sicherstellen, dass die entsprechende Eignungsprüfung innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntgabe des Bescheids abgelegt werden kann (Satz 6). Diesbezüglich ist eine Änderung der Weiterbildungsordnung erforderlich. Bis zu deren Inkrafttreten gilt in diesen Punkten das SächsHKaG, da es als

<sup>1</sup> Sofern nicht anders bezeichnet, handelt es sich um Paragraphen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24.05.1994, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 42) geändert worden ist.

<sup>2</sup> Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24.06.1998, die zuletzt durch Satzung vom 30. November 2015 (ÄBS S. 526) geändert worden ist.

Landesrecht Vorrang vor der Weiterbildungsvorschrift (Satzungsrecht) hat.

Der neue Absatz 12 lässt ein Anerkennungsverfahren (außer Eignungsprüfung) nun auch elektronisch oder über den einheitlichen Ansprechpartner (Landesdirektion Sachsen) zu, der in diesem Falle als Verbindungsstelle zwischen Antragsteller und Kammer fungieren würde.

### 6. Zusammenarbeit mit europäischen Behörden und Vorwarnmechanismus

Ebenfalls auf die Berufsanerkenntnisrichtlinie sind die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit europäischen Behörden und der sogenannte Vorwarnmechanismus zurückzuführen. Gemäß § 4 Abs. 8 ist die Kammer im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, mit Beratungszentren, die den Auftrag haben, Bürger und Beratungszentren der anderen Mitgliedsstaaten u.a. hinsichtlich der Anerkennung von Berufsqualifikationen und zu nationalen Regelungen bezüglich der Berufstätigkeit sowie etwaigem Landesrecht zu beraten,

zusammenzuarbeiten. Zu diesem Zwecke ist auch eine personenbezogene Datenverarbeitung/-übertragung zulässig. Über den Vorwarnmechanismus wird ein Austausch von Warnmeldungen zwischen den EU-Mitgliedsstaaten gefördert. Gemäß des neu eingefügten § 4a ist die Kammer zuständige Stelle für ein- und ausgehende Warnmeldungen einschließlich deren Bearbeitung und Aktualisierung, soweit die Warnmeldungen die Untersagung oder die Beschränkung von Weiterbildungsbezeichnungen betreffen. Die betreffenden Meldungen erfolgen über das Binnenmarkt-Informationssystem (IMI), auf das die zuständigen Behörden aller Mitgliedsstaaten Zugriff haben. Absatz 2 regelt den Inhalt der Warnmeldung und die zu beachtende Frist. Über die Warnung ist der betreffende Berufsangehörige einschließlich einer Rechtsbehelfsbelehrung zu informieren; diesbezügliche Rechtsbehelfe haben keine aufschiebende Wirkung. Unberührt davon bleibt die Zuständigkeit des einheitlichen Ansprechpartners (Landesdirektion Sachsen) für die Koordinierung

von Warnmeldungen im IMI über Berufsangehörige, deren Ausübung beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise (auch vorübergehend) aufgrund behördlicher oder gerichtlicher Entscheidung untersagt oder beschränkt wurde.

### 7. Klare Datenaustauschregelung

Im Hinblick auf eine effektive Aufgabenerfüllung wurde § 5 Abs. 3 um eine Regelung zum notwendigen Datenaustausch mit den Kammern der anderen Bundesländer ergänzt. Dies betrifft zum Beispiel Informationen über ergriffene berufsrechtliche Maßnahmen, weiterbildungsrechtliche Erkenntnisse oder melderechtliche Vorgänge. Als Pendant zum § 285 Abs. 3a SGB V ist nun auch eine Datenübermittlung an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf gesetzliche Grundlagen gestellt. Die Gesetzesänderung finden Sie hier: <http://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/16817#a1>

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung  
Ass. jur. Claudia Hauswald M.Mel.  
Rechtsreferentin

## Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

Muss man wissen, dass es eine Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt? Politisch korrekt muss jeder Vertragsarzt diese vielleicht etwas sarkastische Frage mit „ja“ beantworten.

Jeder Arzt mit gesundem Menschenverstand reibt sich allerdings ob der derzeitigen Kontroversen um diese Richtlinie verblüfft die Augen. Denn diese Richtlinie, die schon seit 2003 existiert und ein weitgehend unauffälliges Dasein unter dem Decknamen „Krankenhausbehandlungsrichtlinie“ geführt hat, ist zum 30. April 2015 in novellierter Form in Kraft getreten. Mehr als vier Jahre hat der G-BA für diese Neufassung gebraucht.

Zu welchen Verwerfungen vergleichsweise geringfügige Änderungen führen können, hat sich in den letzten Monaten nicht nur in Sachsen gezeigt. Auch in anderen Bundesländern wurde nur schwer verstanden, was denn nun „des Pudels Kern“ war.

Der Großteil der Änderungen bezieht sich allein auf redaktionelle Anpassungen gemäß dem Beschluss des G-BA zur Richtliniengestaltung vom 21. Juni 2005. Weitere inhaltliche Überarbeitungen setzen die seit 2003 vorgenommenen Änderungen der Sozialgesetzgebung um und berücksichtigen die seitdem gewandelte Rechtsprechung. Es sind also Konsequenzen aus diesen beiden Punkten, die nichts am grundlegenden bisher geübten Vorgehen ändern. Der Inhalt wurde im Wesentlichen um die sich weiter entwickelten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und Therapien jenseits des

Krankenhauses ergänzt. In der Sache ändert sich damit eigentlich nichts. **Es galt und gilt nach wie vor, dass eine Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (§ 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V).**

Nur auf diesen Problembereich beziehen sich die Novellierungen. Es wurde versucht, diesen Sachverhalt rechtssicher zu formulieren, was nicht unbedingt zur Verständlichkeit beigetragen hat. Die verschiedenen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung, die (so sie denn verfügbar sind) vom einweisenden Arzt als Option geprüft werden sollen, sind jetzt im Richtlinien-text umfassend enthalten.

Den Gesetzlichen Krankenkassen war zunehmend „ein Dorn im Auge“, dass die vom Gesetzgeber im SGB V eingerichtete Möglichkeit der

prästationären Behandlung in einigen Regionen missbräuchlich über deren eigentliche Zielsetzung hinaus genutzt wurde. In Ermangelung von ambulanten Ermächtigungen wurde ein Einweisungsschein ausgefüllt und die entsprechende Krankenhausabteilung führte ihre Untersuchungen dann prästationär und somit ambulant durch. Dies erfolgte, ohne dass der Patient tatsächlich stationär behandlungsbedürftig war. Dieses Vorgehen widerspricht allerdings eindeutig den oben genannten Festlegungen im § 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V. Eine prästationäre Behandlung dient uneindeutig nur:

1. Der Prüfung durch den Krankenhausarzt, ob die stationäre Behandlung wirklich erforderlich ist.
2. Der Vorbereitung einer stationären Behandlung, die sich spätestens im Laufe der folgenden drei Tage anschließen muss.

**Fazit:**

Eine Einweisung kann nur ausgestellt werden, wenn sich der einweisende Arzt sicher ist, dass der Patient stationär oder teilstationär behandelt werden muss und sämtliche Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung ausgeschöpft sind.

Unabhängig davon prüft der aufnehmende Arzt im Krankenhaus die stationäre Behandlungsbedürftigkeit und kann diese ex ante anders beurteilen. In diesen Fällen steht dem Krankenhaus zur Abrechnung die prästationäre Behandlungsoption zur Verfügung.

Eine geplante ambulante Behandlung im Krankenhaus ist im Rahmen der Ermächtigungen von Krankenhausärzten möglich und erfolgt auf Überweisung.

Dr. med. Thomas Lipp, Vorstandsmitglied  
Dr. med. Patricia Klein, Ärztliche  
Geschäftsführerin  
Ass. jur. Michael Kratz, Rechtsreferent

## Ablehnung der Leichenschau ist Ordnungswidrigkeit

Die Sächsische Landesärztekammer weist aktuell darauf hin, dass eine Ablehnung der ärztlichen Leichenschau durch den zuständigen Arzt nach Bestattungsgesetz eine Ordnungswidrigkeit darstellen kann.

Zur Leichenschau verpflichtet ist nach § 12 Sächsisches Bestattungsgesetz:

1. jeder erreichbare, in der ambulanten Versorgung tätige Arzt, vorrangig jedoch der behandelnde Hausarzt im Rahmen seines Sicherstellungsauftrages,
2. die während des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes tätigen Ärzte,
3. bei Sterbefällen in Krankenhäusern oder vergleichbaren Einrichtungen jeder dort tätige Arzt, der von der Leitung des Krankenhauses oder der Einrichtung dazu bestimmt ist,
4. bei Sterbefällen in einem Fahrzeug des Rettungsdienstes oder eines sonstigen organisierten Krankentransportwesens der in dem jeweils nächstgelegenen Krankenhaus diensthabende Arzt.

Ist ein zur Leichenschau verpflichteter Arzt im Einzelfall aus wichtigem Grund an der Durchführung der Leichenschau verhindert, hat er unver-

züglich eine Vertretung zu bestellen. Lehnt der zuständige Arzt die Leichenschau ab, so kann eine Ordnungswidrigkeit nach § 23 Bestattungsgesetz vorliegen. Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfol-

gung von Verstößen sind nach Ordnungswidrigkeitengesetz die regionalen Gesundheitsämter.

Dr. med. Andreas Prokop  
Vorsitzender Ausschuss Berufsrecht

## Schulung der Mentoren zur Berufsausbildung MFA

Das erstmalige Angebot der Sächsischen Landesärztekammer für die Schulung der Mentoren zur Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte (MFA) zu den Themen

- Ausbildung vorbereiten,
- Ausbildung strukturiert planen und durchführen,
- Ausbildung kontrollieren, Prüfungen

wurde von den Teilnehmerinnen gut angenommen.

„Dies ist eine gute Sache und sollte mehr publik gemacht werden, damit andere Praxen dieses Angebot auch nutzen können. Wir erhielten Informationen und tauschten Erfahrungen aus, die bei der Ausbildung von großem Nutzen sind“, so die Teilnehmerinnen.

Diese Fortbildungsreihe richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die als Mentor für die Auszubildenden fungieren und an der Planung, Durchführung und Kontrolle der praktischen Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten mitwirken. Auf der Grundlage der rechtlichen



Teilnehmerinnen der Mentorenschulung

© SLÄK

Rahmenbedingungen vermittelt sie Ausbildungsinhalte und leitet die Auszubildende an.

In den Fortbildungsreihen erwerben sie das zur Berufsausbildung erforderliche pädagogische, organisatorische und rechtliche Grundwissen und werden mit den wichtigsten Ausbildungsmethoden vertraut gemacht.

### Teilnahmevoraussetzungen

Die Teilnahme an der Fortbildung setzt einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin

oder dem Krankenpflegegesetz voraus. Darüber hinaus müssen mindestens drei Jahre Berufstätigkeit nachgewiesen werden.

**Neue Termine sind ab September 2016 geplant.** Eine Eintragung in die Warteliste ist möglich. Für Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referates Medizinische Fachangestellte unter Tel. 0351 8267 170-171 und -173 gern zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Neue Tarifverträge für MFA

Am 12. April 2016 haben sich in Berlin die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten auf drei neue Tarifverträge geeinigt. Danach erhöhen sich die Gehälter gemäß neuem Gehaltstarifvertrag ab dem 1. April 2016 um linear 2,5 % auf Basis der Tätigkeitsgruppe I.

Die Ausbildungsvergütung steigt in allen drei Ausbildungsjahren um 30,00 Euro monatlich, und zwar auf 730,00 Euro im 1. Ausbildungsjahr, auf 770,00 Euro im 2. Ausbildungsjahr und 820,00 Euro im 3. Ausbildungsjahr. Der Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Altersversorgung erhöht sich für Vollzeitkräfte und Teilzeitkräfte mit 18 Wochenstunden

und mehr um 10,00 Euro pro Monat auf 76,00 Euro, für Auszubildende und Teilzeitkräfte mit weniger als 18 Wochenstunden um 5,00 Euro pro Monat auf 53,00 Euro bzw. 43,00 Euro. Der Manteltarifvertrag wurde redaktionell angepasst.

Die Laufzeit des Gehalts- und des Manteltarifvertrages beträgt zwölf Monate bis zum 31. März 2017, die des Tarifvertrages zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung bis zum 31. Dezember 2019.

Die Anpassung der Ausbildungsvergütungen soll den Beruf der Medizinischen Fachangestellten in Zeiten des Fachkräftemangels attraktiver machen.

Gemäß § 17 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat der Auszubildende dem Auszubildenden eine angemessene Vergütung zu gewähren. Sie ist nach dem Lebensalter des Auszubilden-

den so zu bemessen, dass sie mit fortschreitender Berufsausbildung, mindestens jährlich, ansteigt.

Bei nicht tarifgebundenen Vertragsparteien ist die vertraglich vereinbarte Ausbildungsvergütung jedenfalls dann nicht mehr angemessen, wenn sie die tarifvertraglich vereinbarte Vergütung um mehr als 20 % unterschreitet.

Ausbilder müssen bei bestehenden Ausbildungsverhältnissen prüfen, ob die vereinbarte Ausbildungsvergütung infolge des neuen Gehaltstarifvertrages für Medizinische Fachangestellte den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Gegebenenfalls muss eine Anpassung des Ausbildungsvertrages an die neuen Vorgaben erfolgen.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## 21. Sächsisches Seniorentreffen

Das 21. Sächsische Seniorentreffen steht in diesem Jahr unter dem Motto „Festung Königstein & Pirna – Sächsische Geschichte erleben“. Die Festung Königstein und die Stadt Pirna wurden in den letzten Jahren hervorragend restauriert.

In einer 90-minütigen Führung wird den Gästen die Festung Königstein als einzigartiger Zeuge europäischer Festungsbaukunst und ihre 800 Jahre alte Geschichte nahe gebracht. Es schließt sich das Mittagessen in einem Restaurant auf dem Festungsgelände an. Am Nachmittag steht der Besuch der Stadt Pirna auf dem Plan. Bei einem Stadtrundgang erhalten die Gäste Informationen zur Stadt- und Baugeschichte, sehen das Panorama der Stadt mit den stolzen Bürgerhäusern am Marktplatz, die schon Canaletto zu seinem weltberühmten Gemälde inspiriert haben, und besichtigen die Kirche St. Marien. Der Ausflugstag endet mit einem gemeinsamen Kaffeetrinken.

## Seniorenveranstal- tung der KÄK Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer lädt herzlich am Dienstag, dem 7. Juni 2016, zur Seniorenveranstaltung in den Fest-



Festung Königstein

© Frank Lochau

Die Ausfahrten sind für sechs Termine im September geplant. Auch in diesem Jahr wird es Zubringerbusse aus Görlitz/Bautzen, Torgau und Plauen/Zwickau geben. Die detaillierten Einladungen werden im Juni verschickt.

Gemeinsam mit dem Reiseveranstalter Muldental Reisen freuen wir uns

auf einen eindrucksvollen, entspannten Tag.

**Eingeladen werden in diesem Jahr die Senioren ab Jahrgang 1936 und älter sowie einige jüngere Jahrgänge.**

Dr. med. Ute Göbel  
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

saal Carl Gustav Carus Saal der Sächsischen Landesärztekammer ein. Dr. Jörg Engelmann wird die Gäste auf eine faszinierende Reise durch Armenien und Ostanatolien mitnehmen – eine Region voller historischer, kultureller und landschaftlicher Höhepunkte, aber auch ge-

prägt von Konflikten und Bedrohung. Seien Sie zu Vortrag, Film und anschließendem Kaffeetrinken herzlich willkommen!

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

## 26. Sächsischer Ärztetag/54. Tagung der Kammerversammlung

17./18. Juni 2016

### Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagungen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

### Tagesordnung

#### 26. Sächsischer Ärztetag / 54. Tagung der Kammerversammlung Freitag, 17. Juni 2016 Beginn 14.00 Uhr

1. Eröffnung des 26. Sächsischen Ärztetages
  - Feststellung der Beschlussfähigkeit
  - Protokollbestätigung
  - Beschlusskontrolle
 Erik Bodendieck, Präsident
2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik  
Bericht: Erik Bodendieck, Präsident  
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
  - dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
  - dem Tätigkeitsbericht 2015 der Sächsischen Landesärztekammer
3. Finanzen
  - 3.1. Jahresabschluss 2015
  - 3.2. Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2015
  - 3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2016  
Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
Dipl.-Ök. Andreas Franke, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche GmbH

4. Wahlen
  - 3.1. Wahl eines Vizepräsidenten
  - 3.3. Wahl eines Vorstandsmitglieds (falls erforderlich)
5. Personalien  
Verabschiedung des juristischen Beraters der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Herrn Harald Kirchmayer

### Abendveranstaltung

Freitag, 17. Juni 2016, 18.30 Uhr

Begrüßung, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2016 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag: „Qualität und gute Patientenversorgung – ein Widerspruch?“

Referent: Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Musikalischer Ausklang

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen.

### Fortsetzung der 54. Tagung der Kammerversammlung Sonnabend, 18. Juni 2016 Beginn 9.00 Uhr

6. Begrüßung  
Feststellung der Beschlussfähigkeit  
Erik Bodendieck, Präsident
7. Schwerpunktthema: Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung  
„Sind wir unfehlbar oder können wir uns weiter verbessern?“  
Referent: Prof. Dr. Thomas Mansky  
TU Berlin, Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen  
„Externe Qualitätssicherung Orthopädie/Unfallchirurgie: schlechte Ergebnisse, schlechte Ärzte oder schlechte Kliniken?“

Referent: Prof. Dr. Felix Bonnaire, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt

8. Bekanntgabe von Terminen
9. Verschiedenes

### 29. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung

Sonnabend, 18. Juni 2016

Beginn 12.15 Uhr

(Organ der Sächsischen Ärzteversorgung; um 10 Mandatsträger der Sächsischen Landestierärztekammer erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer)

1. Eröffnung der 29. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung  
Feststellung der Beschlussfähigkeit  
Präsident
2. Tätigkeitsbericht 2015 der Sächsischen Ärzteversorgung
  - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses  
Bericht: Dr. Steffen Liebscher
  - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses  
Bericht: Dr. med. vet. Jens Achterberg
  - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2015 und Diskussion  
Bericht: Dipl.-Ök. Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer  
Baker Tilly Roelfs AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
  - 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2017  
Bericht: Dipl.-Math. Mark Wald-dörfer, Mitglied des Verwaltungsausschusses
  - 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2015
3. Bekanntgabe des Termins der 30. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung.
4. Verschiedenes

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzert – Festsaal

Sonntag, 5. Juni 2016

11.00 Uhr – Junge Matinee

Violine plus – „Weiss(t) (Mo)zart Du von Bach?“

Klassische und romantische Werke gefühlvoll bis virtuos von Beethoven, Mozart, Wieniawsky, Weiss, Brahms u.a. dargeboten von Studierenden der Klasse

Prof. Annette Unger der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden  
Am Klavier: Dariya Hrynkiv

### Lunchbuffet

Für das Lunchbuffet ist eine Reservierung unter der Tel.-Nr. 0351 8267 110 erforderlich.

### Programmorschau

25. September 2016, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Katharina Lewonig  
Hinkeln – Malerei und Zeichnung  
bis 10. Juli 2016  
Vernissage: Donnerstag,

Rita Geißler

Im Licht – Malerei, Zeichnung, Grafik  
28. Juli bis 23. Oktober 2016  
Vernissage: Donnerstag,  
28. Juli 2016, 19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

## 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>			
16/C021	Kinder- und Jugendmedizin	Annaberg	13.06.2016
16/C022	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitzer Land	13.06.2016
16/C023	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	13.06.2016
16/C024	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	13.06.2016

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>			
16/D025	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	24.05.2016
16/D026	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Sächsische Schweiz	24.05.2016
16/D027	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Weißeritzkreis	13.06.2016

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

**Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
16/L014	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	13.06.2016
16/L015	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	24.05.2016
16/L016	Innere Medizin*)	Markkleeberg	24.05.2016
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
16/L017	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Leipzig, Stadt	24.05.2016
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
16/L018	Anästhesiologie	Westsachsen	13.06.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 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>		
Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 31.12.2016
Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Aue	geplante Abgabe: 2017/2018
Allgemeinmedizin*)	Hohenstein-Ernstthal	Abgabe nach Absprache

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: I/2017
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: II/2017

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

# Operatives Management thorako-abdominaler Aortenaneurysmen

St. Wolk<sup>1,2</sup>, St. Ludwig<sup>1,2</sup>,  
R.-T. Hoffmann<sup>2,3</sup>, N. Weiss<sup>2,4</sup>,  
J. Weitz<sup>1,2</sup>, Ch. Reeps<sup>1,2</sup>

## Einleitung und Zusammenfassung

Als Aortenaneurysma wird eine pathologische Erweiterung der Hauptschlagader auf mehr als das 1,5 – 2-fache des physiologischen Durchmessers bezeichnet. In Abgrenzung zum rein thorakalen (TAA) oder abdominalen Aortenaneurysma (AAA) ist das thorako-abdominale Aortenaneurysma (TAAA) durch eine Mitteinbeziehung der Nieren- bzw. Viszeralarterienmanschette charakterisiert [1, 2] (Abb. 1). Durch die Größe des Eingriffs, die kardiopulmonal belastende thorakale Aortenklammung (Cross-Clamping) und die Anatomie mit Beteiligung lebenswichtiger Organ- und Rückenmarkarterien ist die Behandlung solcher Aortenpathologien eine der größten operationstechnischen Herausforderungen. Durch eine fortwährende Weiterentwicklung der Operationstechnik, konsequente Anwendung organ- und rückenmarksprotektiver Maßnahmen und deutlicher Verbesserungen im perioperativen intensivmedizinisch anästhesiologischen Management konnten die Ergebnisse der offenen Operation in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert werden. Eine postoperative Paraplegie, Nierenversagen, die mesenteriale Ischämie, kardiale und pulmonale Insuffizienz sind jedoch nach wie vor Komplikationen mit entsprechend hoher Morbidität und Mortalität.

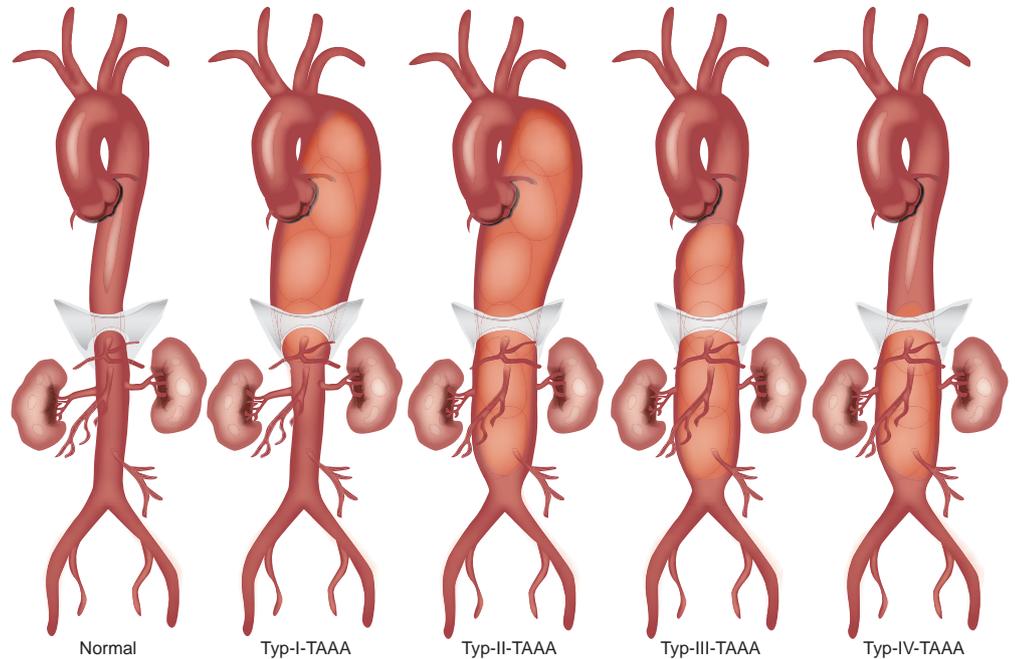


Abb. 1: Morphologische Einteilung von TAAA nach Crawford

Das Typ-I-TAAA beginnt distal der linken A. subclavia und endet auf Höhe der Nierenarterien.

Das Typ-II-TAAA umfasst den Abschnitt von der Höhe der linken A. subclavia bis zur Aortenbifurkation.

Das Typ-III-TAAA beginnt im distalen Abschnitt der Aorta descendens ab dem 6. Interkostalraum und reicht über die gesamte abdominelle Aorta. Das Typ-IV-TAAA beginnt auf Höhe des Truncus coeliacus und betrifft die gesamte abdominelle Aorta.

© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Wegen des operativen Traumas der offenen Aneurysmanerung sowie durch die zunehmenden technischen Möglichkeiten der endovaskulären Therapie wurden in der letzten Dekade neue potenzielle, weniger belastende, komplementäre Verfahren zur Behandlung des TAAA entwickelt und evaluiert. Neben kombinierten endovaskulär-offenen Hybrideingriffen haben sich mittlerweile aber auch vollständig endovaskuläre Therapieverfahren zur TAAA-Ausschaltung etabliert und bereichern das mögliche therapeutische Armamentarium. Das Ziel dieser Übersichtsarbeit ist eine Darstellung der derzeitigen Behandlungsoptionen hinsichtlich Anwendbarkeit und den Ergebnissen dieser komplementären Therapieverfahren beim TAAA.

## Pathogenese des TAAA

Neben degenerativ chronisch proteolytisch-inflammatorischen Vorgängen, entstehen viele TAAA häufig auch als Spätfolge einer sekundär dilatierenden Aortendissektion (26,7 %) oder auf dem Boden einer familiären Prädisposition bzw. hereditärer Bindegeweberkrankungen wie dem Marfan- (7,1 %) oder dem Ehlers-

Danlos-Syndrom (0,1 %). Aber auch mykotische Aneurysmen (0,6 %) oder als Folge einer Takayasu Arteritis (0,5 %) müssen differenzialpathogenetisch in Erwägung gezogen werden [3]. Trotz der teilweise hereditären Ursachen ist das TAAA meist eine Erkrankung des älteren Menschen mit einem Durchschnittsalter bei Operation von etwa 70 Jahren [4].

## Epidemiologie und natürlicher Verlauf

Die genaue Prävalenz und Inzidenz von TAAA ist wegen fehlender systematischer Populationsstudien unklar, wird jedoch auf 0,4 bis 3 von 100.000 Personen pro Jahr geschätzt [5 – 7]. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war im Zeitraum von 2004 bis 2013 ein kontinuierlicher Anstieg von Behandlungsfällen wegen eines Aortenaneurysmas von 22.933 auf 29.048/a zu verzeichnen, mit einem überproportionalen Anstieg des TAAA von 3,5 % auf 5,5 % (Abb. 2). Die Prognose des nicht-operierten TAAA-Patienten ist schlecht. Nach einer Analyse von Bickerstaff et al. betrug die 5-Jahres-Überlebensrate bei unbehandelten

<sup>1</sup> Bereich für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden

<sup>2</sup> Universitäts GefäßCentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden

<sup>3</sup> Institut und Poliklinik für radiologische Diagnostik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden

<sup>4</sup> Medizinische Klinik und Poliklinik III, Bereich Angiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden

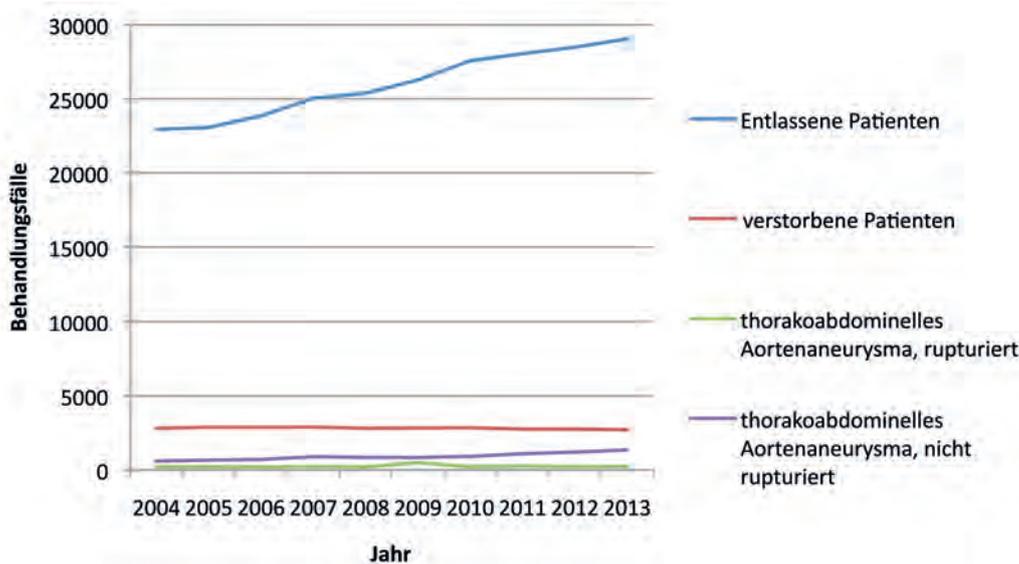


Abb. 2: Behandlungsfälle von Aortenaneurysmen in Deutschland, 2004 bis 2013 (Quelle: Statistisches Bundesamt).

TAAA nur 19,2 %, wobei 51 % der Patienten auch tatsächlich an einer TAAA-Ruptur verstarben [5]. Noch weniger optimistische Angaben wurden von Crawford et al. gemacht, welcher ein 2-Jahres-Überleben un behandelter Aneurysmapatienten von nur 24 % beschreibt, während das Überleben operativ versorgter TAAA-Patienten nach 2 und 5 Jahren 70 % bzw. 59 % betrug [8]. Im Gegensatz zum AAA versterben vermutlich mehr TAAA-Patienten tatsächlich zeitlebens an einer Aneurysmaruptur.

Zur Vorbeugung einer Aneurysmaruptur werden in Zukunft Screening-Programme eine größere Rolle spielen. So ist durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits eine positive Nutzenbewertung eines Früherkennungsprogrammes von AAA beschieden worden. Hierdurch könnte sich auch die Früherkennung von TAAA erhöhen. Ein Screening mittels Sonografie innerhalb klinischer Studien erbrachte, dass sich bezüglich der Gesamtmortalität, der AAA-bedingten Mortalität, der Ruptur-Häufigkeit und Anzahl der Notfalloperationen ein Beleg für einen Nutzen eines Ultraschall-Screenings auf AAA für Männer ergab ([www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)). So soll in Zukunft bei Männern über 65 Jahren, insbesondere mit Raucheranamnese und anderen Risikofaktoren ein einmaliges

Screening eingeführt werden. Ein Entwurf einer G-BA-Richtlinie wurde bereits von den Fachgesellschaften kommentiert und befindet sich in der finalen Entscheidung.

### Klinische und morphologische Klassifikation

Bei der morphologischen Klassifikation des TAAA hat sich die Klassifikation nach Crawford durchgesetzt, welche 4 Typen unterscheidet [1] (Abb. 1). Diese hat für die Planung, das Operationsverfahren und die Abschätzung des perioperativen Risikos erhebliche Bedeutung.

Die klinische Einteilung des TAAA erfolgt in Analogie zum AAA in drei Stadien. Das Stadium I beschreibt das bislang asymptomatische TAAA, welches als Zufallsbefund diagnostiziert wird. Symptomatische, aber nicht rupturierte TAAA werden dem Stadium II zugeordnet und meist durch abdominelle oder Rückenschmerzen apparent. Seltener werden Symptome durch Kompression von Nachbarorganen oder Strukturstörungen oder Heiserkeit). Im Stadium III besteht eine gedeckte oder freie Ruptur, welche mit plötzlichen stärksten thorakalen oder abdominalen Schmerzen einhergeht.

### Therapieindikation

Hauptziel der Behandlung ist einer tödlichen Aneurysmaruptur zuvor-

zukommen. Zuverlässige Zahlen zur prähospitalen und damit zur Gesamtmortalität des rupturierten TAAA existieren nicht, wird jedoch auf über 90 % geschätzt. Ausschließlich Patienten mit gedeckter Ruptur oder symptomatischem TAAA erreichen das Krankenhaus. Dieser Anteil mit absoluter Therapieindikation liegt in großen Serien bei 9,1 bis 11,4 % [9, 10]. Die Notfallversorgung im Stadium der Ruptur ist dabei ein unabhängiger Risikofaktor für eine hohe Krankenhausmortalität [9 – 11], liegt bei über 30 – 40 % [10] und ist stark altersabhängig [4]. Ähnliche Ergebnisse werden bei der Hybridversorgung erzielt [12]. Daten zur vollständig endovaskulären Versorgung rupturierter Aneurysmen mit sogenannten „Off-the-Shelf“ Stentgrafts liegen aktuell nicht vor.

Im Gegensatz zum symptomatischen oder rupturierten TAAA orientiert sich die Indikation zur prophylaktischen Aneurysmasanierung am Maximal-Durchmesser, an der Expansionsrate (> 0,5 cm/Jahr), der Aneurysma-Morphologie, der Ätiopathogenese, dem Operationsrisiko und dem Therapieverfahren. Aufgrund der höheren Komplexität der Operation und des perioperativen Risikoprofils wird im Vergleich zum AAA die Indikation zur Ausschaltung eines degenerativen TAAA tendenziell zurückhaltender gestellt. Nach den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG), European Society of Cardiology (ESC) und American besteht bei einem maximalen Durchmesser von 6 cm bei degenerativen TAAA und 5,5 cm bei chronisch expandierenden Dissektionen, sowie einem maximalen Durchmesser von über 5 cm bei hereditären Bindegewebskrankungen die OP-Indikation [13, 14]. In Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil des Patienten, der Morphologie des TAAA, des Mortalitätsrisikos und der Langzeitprognose wird eine offen-chirurgische, komplett endovaskuläre oder Hybridversorgung gewählt. Bei Patienten mit TAAA handelt es sich um ein meist multimorbides Patientengut mit zahlreichen Begleiterkrankungen, wie Herzinsuffizienz (33,4 %), vorange-

gangener Herzinfarkt (3,8 %), Hypertonie (83,8 %), COPD (37,1 %), chronische Niereninsuffizienz (19,5 %), Diabetes mellitus (19,3%) oder ein vorangegangener Schlaganfall (16,5 %) [4]. Eine präoperative internistische Risikostratifizierung und Risikofaktorenoptimierung ist deshalb obligat und dient auch zur Verbesserung der Gesamtprognose [15].

### Therapieoptionen

Zur Ausschaltung stehen 3 komplementäre technische Verfahren zur Verfügung, welche in spezialisierten Zentren je nach Aneurysmamorphylogie, Grunderkrankung, Prognose und Risikofaktorenprofil des Patienten ihre Anwendung finden: Die offen-chirurgische Aneurysmasanierung, kombinierte offen-endovaskuläre Hybrideingriffe und die komplett endovaskuläre Aneurysmaausschaltung mittels gebräuchter oder fenestrierter Spezialprothesen. Bei allen genannten Verfahren erhöht die Beteiligung der Viszeralarterienmanschette das Risiko für das Auftreten von Endorganischämien. Die Ausschaltung rückenmarkversorgender Arterien erhöht zudem signifikant das Risiko für eine konsekutive Paraparese.

### Offener Aortenersatz

Bezüglich der offenen Versorgung eines TAAA gibt es bisher die größte und längste Erfahrung und ist technisch prinzipiell zur Sanierung jedweder Aortenpathologie geeignet. Die Exposition des TAAA wird hierbei durch einen thorako-abdominellen Zugang nach Crawford erreicht (Abb. 3). Entsprechend der Aneurysmamorphylogie erfolgt ein sequentielles Cross-Clamping der Aorta mit stufenweiser Rekonstruktion unter Einbeziehung kaliberstarker Interkostal- bzw. Spinalarterien zur spinalen Ischämieprophylaxe. Eine kontinuierliche distale Perfusion der unteren Körperhälfte mittels externer maschineller Kreislaufunterstützung wirkt sich zusätzlich günstig aus. Auch zur Protektion der Nieren und Viszeralorgane kann während des Ersatzes der renoviszeralen Manschette eine selektive maschinelle Perfusion der entsprechenden Organarterien erfol-

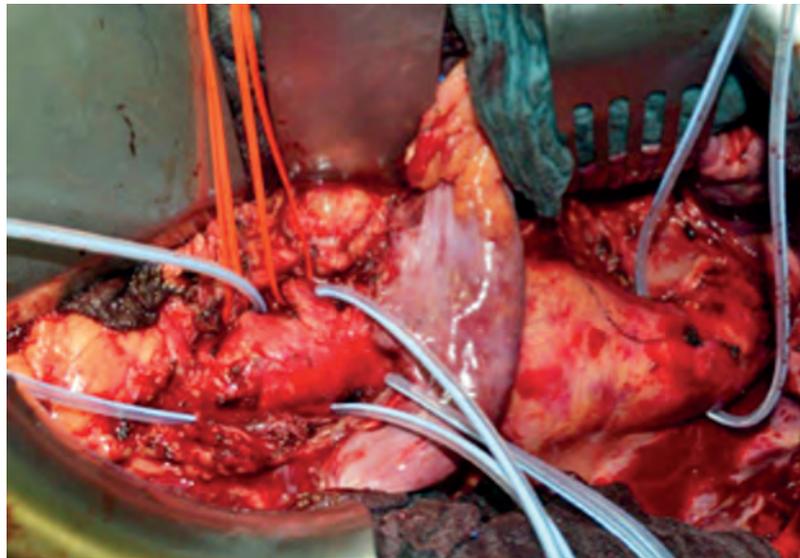


Abb. 3: intraoperativer Situs vor offener Ausschaltung eines TAAA

© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

gen. Aufgrund der guten Langzeitergebnisse und der stabilen Nahtanastomosen stellt die offene Operation immer noch den Goldstandard bei jüngeren Patienten, aortalem Infekt und endovaskulär schwierig zu versorgenden Patienten dar [13]. Jedoch ist anzumerken, dass insbesondere beim langstreckigen Aortenersatz (Typ I- und II-TAAA) sowohl die perioperative Mortalität als auch die Morbidität vor allem bei älteren Patienten hoch sein können. Verschiedene Registerstudien berichten hier eine durchschnittliche perioperative Mortalität zwischen 19 % und 31 % nach einem Jahr [16]. Auch die bisher größte retrospektive Analyse aus den USA, basierend auf Kran-

kenkassendaten von 5.489 Patienten [4] beschreibt eine signifikante 1-, 5- und 10-Jahres Mortalität von jeweils 36 %, 54 % und 76 %, obwohl trotz der Eingriffsgröße in hochspezialisierten Zentren über eine akzeptabel niedrige perioperative 30-Tages-Mortalität von 5 % berichtet wird [17]. Als relevante Komplikationen, welche oben genannte signifikante Morbidität und Mortalität bedingen, sind vor allem Nachblutungen (5,9 %), dialysepflichtiges Nierenversagen (16,6 %), Schlaganfall (5 %), respiratorische Insuffizienz (39 %) und die spinale Ischämie (4,1 %) zu nennen und sind mit dem Umfang des Aortenersatzes assoziiert [10]. Postoperative terminale Niereninsuffizienz

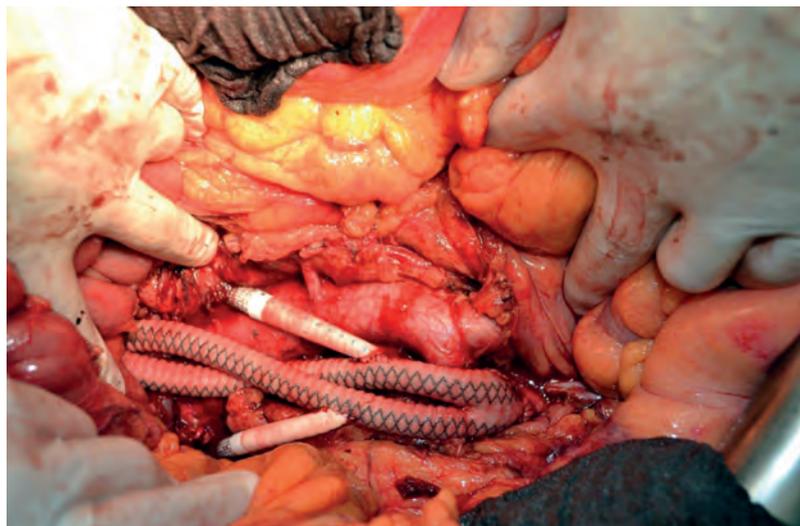


Abb. 4: intraoperativer Situs nach Anlage eines ilacoviszeralen Bypasses zum Debranching der Nieren- und Viszeralgefäße

© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden



Abb. 5: CT-Angiografie nach erfolgreicher Ausschaltung eines TAAA mittels Hybridverfahren

© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

oder spinale Ischämie sind dabei Hauptprädiktoren eines letalen Verlaufs [10]. Zur Prophylaxe einer spinalen Ischämie ist es deshalb angeraten, durchgängige Spinalarterien zwischen Th8 und Th12 zu revascularisieren, eine intraoperative Hypotonie zu vermeiden und einen suffizienten Hb-Ausgleich sowie ein Monitoring des Liquordrucks (Zieldruck 10 mmHg) durchzuführen [10]. Die Vorteile einer milden Hypothermie und distalen Perfusion mittels Herz-Lungen-Maschine sind ebenfalls in Kohortenstudien belegt. Auch ist das Risiko der spinalen Ischämie bei Typ-II-TAAA mit einer Abklemmzeit von mehr als 45 Minuten mit 50 % stark erhöht. Falls möglich, führt ein sogenannter „staged repair“, also ein mehrzeitiges Vorgehen in der offe-

nen Versorgung von TAAA ebenfalls zu einer Verringerung der Rate an spinalen Ischämien durch Induktion der spinalen Kollateralisation [18]. Eine perioperative Liquordrainage senkt das relative Risiko einer spinalen Ischämie bei der offenen Versorgung in einer randomisiert-kontrollierten Studie von Coselli et al. um 80 % [19]. Zur Verringerung der Rate an Niereninsuffizienz und Ischämien der Viszeralorgane sollte eine selektive Perfusion während der Operation über die Herz-Lungen-Maschine vorgenommen werden [20]. Zur Reinsertion der Nieren- und Viszeralgefäße können Prothesen mit Seitenarmen verwendet werden. Eine Alternative ist die Reinsertion der Viszeralmanschette als Insepatch (Seit-zu-Seit) in die Prothese. Jedoch ist bei Patienten mit Bindegewebserkrankungen die Rate an Patchaneurysmen hoch, weshalb hier ein Anschluss mittels Seitenarmprothese bevorzugt werden sollte [21].

#### Hybridverfahren

Ein potenziell weniger belastendes und invasives Verfahren im Vergleich zum kompletten offenen thorakoabdominellen Aortenersatz wurde ab dem Jahr 2002 mit der Einführung des sogenannten Hybridverfahrens etabliert. Hierbei kombiniert man die offene und endovaskuläre Chirurgie in einem ein- oder mehrzeitigen Verfahren. Zunächst wird durch eine Laparotomie ein sequenzielles Debranching der Nieren- und Viszeralarterien durchgeführt und die Organperfusion mittels retrograder Bypässe von der aorto-iliacalen Strombahn distal des Aneurysmas aufrechterhalten (Abb. 4). In einem zweiten Schritt erfolgt dann die eigentliche Ausschaltung des TAAA durch endovaskuläre Rohrprothesenimplantation mit Überdeckung der Viszeralmanschette [22] (Abb. 5). Prinzipielle Vorteile des Verfahrens sind, dass auf eine Thorakotomie mit Einlungenventilation, thorakales Cross-Clamping der Aorta und auf einen Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit distaler peripherer bzw. selektiver Organperfusion verzichtet werden kann. Trotz dessen handelt es sich bei der aortalen Hybrid-Ope-

ration ebenfalls um einen ausgedehnten offen-chirurgischen Eingriff mit inhärentem Risikoprofil und methodenspezifischen Komplikationsmöglichkeiten. In einer Meta-Analyse von Moulakakis et al. wird jedoch auch hier über eine signifikante 30-Tages-Mortalität von 12,8 % berichtet. Als Ursache werden hauptsächlich Multiorganversagen, respiratorische Insuffizienz, Sepsis und Darminfarkte genannt. Zu erwähnen ist, dass über 87 % der Patienten schwere Nebenerkrankungen aufwiesen (ASA > 3) und der Großteil der Patienten aufgrund von Typ-II und Typ-III-TAAA behandelt wurden (61,1%). Die primäre technische Erfolgsrate lag bei 96,2 %, die Bypassöffenheitsrate bei 96,5%. Eine spinale Ischämie entwickelten 7,5 % mit permanenter Paraplegie bei 4,5 %, ein dialysepflichtiges Nierenversagen 8,8 %, eine prolongierte Beatmungsdauer 8,2 % und kardiale Komplikationen 3,7 % der Patienten [12]. Aufgrund der Möglichkeit von Bypassverschlüssen oder sekundären Endoleckagen (insuffiziente Stentgraftabdichtung) ist nach Anwendung des Hybridverfahrens eine lebenslange CT-angiografische Nachsorge indiziert. Die langfristige Bypassöffenheitsrate nach im Mittel 34,5 Monaten lag bei 96,5 %, jedoch entwickelten 22,7 % der Patienten reinterventionspflichtige Endoleckagen im Verlauf [12]. Prinzipiell handelt es sich beim Hybridverfahren, im Vergleich zum kompletten offenen Aortenersatz, um ein tendenziell schonenderes Verfahren, welches insbesondere auch für die Ruptur und Notfallpatienten genutzt wird, da es für die überwiegende Anzahl von Morphologien zur Versorgung geeignet und mit hoher chirurgischer, aber durchschnittlicher endovaskulärer Expertise ausführbar ist.

#### Komplett endovaskuläre Therapie (branched und fenestrated Stentgrafts)

Die komplette endovaskuläre Ausschaltung stellt eine echte Bereicherung des Therapiespektrums dar. Hierdurch ist es mittlerweile möglich geworden, Aortenaneurysmen, wel-

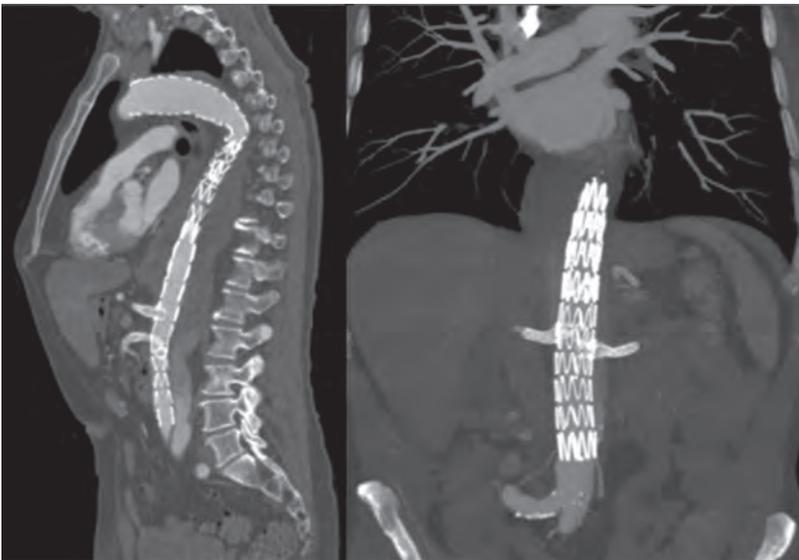


Abb. 6: CT-Angiografie nach Implantation einer fenestrierten Aortenprothese  
© Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

che die Viszeral- und Nierenarterien involvieren, komplett endovaskulär auszuschalten. Die Patienten, die vor allem hiervon profitieren, sind Patienten mit schweren Begleiterkrankungen, welche für eine offene Operation aufgrund der Komorbiditäten nicht geeignet sind. Hierfür sind Spezialprothesen entwickelt worden, welche sogenannte Fenestrierungen u/o Branches aufweisen, das heißt Fenster oder Seitenarme in der Endoprothese für die Viszeral- und Nierenarterienabgänge, durch die sich kleinere Endoprothesenröhrchen zur Überbrückung und Abdichtung implantieren lassen (Abb. 6). In einer aktuellen multizentrischen Kohortenstudie von Marzelle et al. wird bei diesem Verfahren über eine 30-Tages-Mortalität von 6,7 % berichtet [23]. Dies ist im Vergleich zur Mortalität beim offenen Aortenersatz deutlich geringer [10] trotz der hohen Komorbidität im untersuchten Kollektiv (Medianes Alter 71,6 Jahre +/- 8,5 Jahre), wie KHK (43,3 %), Herzinsuffizienz (13,4%) und COPD (34,3 %). Bei weiteren 25,4 % beziehungsweise 27,6 % der Patienten war zudem ein Aorten- oder andere abdominale Eingriffe vorangegangen (sogenannte „hostile abdomen“) [23]. Komplikationen bei der endovaskulären Versorgung, mit hohem Bezug zur Mortalität, waren ein terminales Nierenversagen mit Notwendigkeit der Hämodialyse (in 5,6 % der Patienten) und das

Auftreten einer spinalen Ischämie (in 7,1 % der Patienten). Zudem war das Outcome der Patienten stark vom Ausmaß des Aneurysmas abhängig. In der Gruppe der Patienten mit Typ-I- bis Typ-III-TAAA war die 30-Tages-Mortalität bei 11,9 %, während sie bei Patienten mit para- und suprarenalen Aneurysmen bei nur 4,3 % lag. [23]. Das Risiko einer spinalen Ischämie steigt dabei exponentiell mit der Länge des Überdeckens (Covering) der thorakalen Aorta auf bis zu 50 % [24]. Um dieses Risiko minimieren zu können, erfolgt deshalb auch hier eine schrittweise Ausschaltung der Pathologie u/o einer Erhaltung einer Restperfusion des Aneurysmasacks über eine offene Fenestrierung oder Seitenarm, welcher nach spinaler Kollateralisation verschlossen wird. Hierdurch konnte eine Reduktion der spinalen Ischämie von 20,9 % auf 5,0 % gezeigt werden [25]. Ein Problem patientenspezifischer Endoprothesen ist jedoch die schlechte Verfügbarkeit in dringenden Behandlungsfällen und Notfällen. Von der Planung sowie der Fertigung bis zur Auslieferung können bis zu drei Monate vergehen. Daher wurden sogenannte „off-the-shelf“ Endoprothesen entwickelt, welche nicht maßangefertigt und bei 60 – 80 % der Patienten anwendbar sind und erste gute Ergebnisse zeigen [26]. Eine andere Notfallalternative besteht darin, sogenannte Chimney grafts in Sandwich-Technik anzuwenden.

## Fazit

Das TAAA stellt bezüglich der operativen Versorgung eine Herausforderung dar. Aufgrund des höheren perioperativen Risikos besteht die Indikation zur Ausschaltung bei höherem Durchmesser als bei abdominalen Aortenaneurysmen. Der offene Aortenersatz geht mit einer initial höheren operativen Belastung für die Patienten aber nachgewiesenen guten Langzeitergebnissen einher und ist deshalb bei jungen und bindegewebserkrankten Patienten als Standardeingriff anzusehen. Eine robuste Alternative zur Versorgung stellt der Hybrideingriff dar. Dieser kommt insbesondere bei engem Aortenlumen (beispielsweise bei Dissektionen) und im akuten Notfall zum Einsatz, stellt aber ebenfalls eine nicht zu vernachlässigende Belastung für den Patienten dar. Bei Patienten mit zahlreichen Komorbiditäten besteht mittlerweile die Möglichkeit einer kompletten endovaskulären Ausschaltung mittels individuell angefertigten Endoprothesen mit guten kurz- und mittelfristigen Ergebnissen. Als unter Umständen nachteilig erweisen sich jedoch manchmal die längere Planungsphase und selten Einschränkungen hinsichtlich der anatomischen Anwendbarkeit des Verfahrens. Aufgrund der mittlerweile großen therapeutischen Vielfalt gibt es jedoch für fast jeden Patienten ein geeignetes Verfahren, welche jedoch in ihrer Gesamtheit nur an einigen spezialisierten Zentren vorgehalten und routiniert abgebildet werden können.

## Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Verfasser:  
Prof. Dr. med. habil. Christian Reeps, FEBVS  
Bereichsleiter Vaskuläre- und Endovaskuläre  
Chirurgie  
Klinik und Poliklinik für  
Viszeral-, Thorax-Gefäßchirurgie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Christian.Reeps@uniklinikum-dresden.de

## Burnout im Kinderzimmer

Unter dem Titel „Machen wir unsere Kinder verrückt?“ fanden im April Themenabende zu Burnout, AD(H)S, Essstörungen und Autismus bei Kindern im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden statt. Grundanliegen der Kooperationsveranstaltung zwischen Sächsischer Landesärztekammer, Hygiene-Museum sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Dresden war eine kritische Auseinandersetzung mit den Ursachen dieser Krankheitsbilder in der heutigen Zeit. Den Einstieg zu Burnout bei Kindern lieferten der Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Dr. med. habil. Martin Holtmann aus Bochum und der Erziehungswissenschaftler Prof. Dr. Holger Ziegler aus Bielefeld. Beide betonten ausdrücklich, dass Burnout keine Diagnose ist und sich dahinter meist eine Depression verbirgt. Aber Burnout ist ein Risikozustand für psychische Erkrankungen.

Prof. Holtmann zeigte anhand von Statistiken die enorme Zunahme von psychischen Störungen bei Kindern. Waren es im Jahr 2000 noch 2.000 Kinder die stationär behandelt wurden, so waren es zehn Jahre später bereits 12.000. Die Zunahme erklärt sich nach seiner Analyse dadurch, dass psychische Störungen immer früher einsetzen, die Gesamtzahl in der Bevölkerung daher gleich bleibt. Heute durchläuft jedes fünfte Kind bis zum 18. Lebensjahr eine depressive Phase, die nicht mit einer pubertären Melancholie verwechselt werden darf. Zum Schutz der Kinder sollten Ärzte eine psychische Störung immer zweifelsfrei diagnostizieren, um Fehlbehandlungen auszuschließen. Die prozentualen Steigerungsraten bei der Verschreibung von Methylphenidat ließen da manchmal etwas anderes vermuten.

Zu den häufigsten Störungen bei Kindern gehören 1. Depressionen, 2. Angst, 3. AD(H)S und 4. Sozialverhalten. Zu den Hauptursachen zählt Prof. Dr. Holtmann Konflikte in der Familie, negative Grundeinstellung,



Prof. Dr. med. Martin Holtmann © SLÄK

Armut, fehlende Verantwortungsübernahme von Eltern bzw. Schule, Zeitmangel und die Präsenz der Medien. Depressionen sind zunächst mit einer Pharmako- und Psychotherapie gut heilbar. Allerdings gibt es eine Rückfallquote von 40 Prozent nach fünf Jahren. Es sollte immer eine Familientherapie erfolgen. Doch da fehlt es oft an einer vernetzten Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychologen.

Eine erziehungswissenschaftliche Studie zu Stress bei Kindern von Prof. Ziegler in München, Dresden und Hamburg ergab, dass 18 Prozent unter Stress leiden. Die Hauptursachen dafür sind der hohe Erwartungs- und Erfolgsdruck der Eltern bei (schulischen) Leistungen, zu wenig Zeit und negative Termine sowie Konflikte in der Familie. Eltern sollten daher ihre Kinder fördern, aber nicht überfordern. Der Stresslevel steigt zwischen der 1. und 4. Klasse stark an. Wobei Kinder aus der sogenannten Mittelschicht durch den elterlichen Wunsch nach gesellschaftlichem Aufstieg besonders betroffen sind. Kinder aus wohlhabenden Familien neigen dagegen zu geringerer Stressanfälligkeit, da deren Eltern aufgrund des finanziellen Spielraums weniger Druck ausüben.

Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner, Kinder- und Jugendpsychiater von der Uniklinik Dresden, und Prof. Dr. Nicole Becker, Erziehungswissenschaftlerin aus Freiburg, widmeten sich beim zweiten Termin dem Thema „AD(H)S – Eine Modediagnose für Schulprobleme?“. Auch hier wurde eine zweifelsfreie Diagnose



Prof. Dr. Holger Ziegler © SLÄK

angemahnt, um andere psychische Störungen wie Angst oder Depression auszuschließen. Dabei sind die gängigen Fragebögen meist nicht ausreichend zuverlässig. Das Diagnoseverfahren ist eine Kombination aus Fragebogen, Blut-, Urin- und Stuhlproben, EEG, EKG oder Computertomografie. Die Gesamtzeit der Diagnosestellung bei AD(H)S kann durch mehrere Wochen betragen und weitere Untersuchungen beinhalten. Zu den Ursachen zählen zu 80 Prozent Vererbung sowie gesellschaftlich fördernde Faktoren, wie Abweisung von Verantwortung, weniger Regeln im Alltag und die mangelnde Einhaltung von Regeln sowie die permanente Medienpräsenz.

Die sich anschließenden Diskussionen mit dem Publikum, bestehend aus Erziehern, Eltern, Ärzten und Betroffenen, zeigte eine allgemeine Orientierungslosigkeit im Umgang und mit der „richtigen“ Erziehung von Kindern in der heutigen Gesellschaft, wo Leistung, Medienpräsenz und Patch-Work-Familien zum Alltag gehören. Kann es richtig sein, ein dreijähriges Kind im Kindergarten zu fragen „Möchtest du jetzt beim Architekturprojekt, beim Kreativtisch mitmachen oder gar nichts tun?“. Und ist es gut, wenn weinende Drei- bis Vierjährige beim Kindermarathon, wie kürzlich in der Schweiz, von ihren Eltern über die Ziellinie geschleift werden?

Zumindest die jeweils über 500 Gäste pro Abend dieser Veranstaltungsreihe werden sich diese Fragen gestellt haben.

## Gemeinsame Fortbildung Ärzte und Hebammenverband e.V.

Am 27. Januar 2016 fand im gut besuchten Festsaal Carl Gustav Carus der Sächsischen Landesärztekammer die 9. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Geburtshilfe/Neonatologie mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V. statt. Moderiert wurde die Veranstaltung von der Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Geburtshilfe/Neonatologie, Dr. med. Gabriele Kamin, und der Vorsitzenden des Sächsischen Hebammenverbandes Grit Kretschmar-Zimmer.

Die Themen sind immer Schwerpunkte des geburtshilflichen Arbeitens der Hebammen. In diesem Jahr waren die Probleme nach einem Kaiserschnitt sowohl für folgende Schwangerschaften und Geburten als auch die seelische Verarbeitung des Geschehens die ersten Referate des Tages, gehalten von Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan, Universitätsfrauenklinik Leipzig und Antje Stock, Beratungspraxis Schwarzenberg. Prof. Dr. Stepan erläuterte die Risiken, die aufgrund einer Kaiserschnittnarbe im Zusammenhang zu einer erneuten Schwangerschaft und Geburt sowohl mit dem Hintergrund einer natürlich einsetzenden Wehentätigkeit auftreten, als auch bei induzierter Geburtseinleitung mit den verschiedenen Möglichkeiten. Frau Stock stellte die subjektive Wahrnehmung der konkreten Situation der Frau als den ausschlaggebenden Fak-



Dr. med. Gabriele Kamin, Vorsitzende der Arbeitsgruppe Geburtshilfe/Neonatologie und Grit Kretschmar-Zimmer, 1. Vorsitzende des Sächsischen Hebammen e.V. (v.l.) © SLÄK



Blick ins Auditorium

© SLÄK

tor für die weitere Verarbeitung dar. Je nach persönlicher Resilienz oder Vulnerabilität können im Wochenbett Symptome einer akuten Belastungsreaktion, einer Anpassungsstörung bis hin zur PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) auftreten. Die die Schwangerschaft und Wochenbett begleitende Hebamme kann gut einschätzen, ob das aktuelle Verhalten der Frau zum zu erwartenden Verhalten in dieser Zeit passt und somit als eine der ersten die Symptomatik erkennt. Gute Information und Begleitung aller Beteiligten in dieser Situation ist oft schon hilfreich.

„Lass mir meine Zeit, halte meine Tränen aus, du brauchst es nicht bis ins letzte Detail verstehen, was geschehen ist, aber verstehe, wie es mir jetzt gerade geht und geh mit mir da durch – hilf mir, diese Zeit zu verstehen und zu überstehen.“ – Keiner kann das Erlebte ungeschehen machen – aber es kann irgendwann zum Leben dazugehören.

Der folgende Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig, Klinikum St. Georg Leipzig, galt der postnatalen Betreuung von Kindern mit genetisch bedingten Erkrankungen. Hier sind Aufklärung und Hilfe bei der Suche nach kompetenter Pflege, Förderung und Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Situationen gefragt.

Erfahrungen und Perspektiven der Familienhebammen Sachsens wurden von Andrea Hilpmann, Beauftragte für Familienhebammen des

Sächsischen Hebammenverbandes e.V., dargestellt. Der Einsatz von Familienhebammen in Sachsen ist etabliert. Die bedürftigen Familien haben Kenntnis von Familienhebammen oder werden von den Akteuren des Netzwerkes bei Bedarf darauf hingewiesen und nehmen das Angebot sehr gerne an.

Im Fachbeirat arbeiten die Familienhebammen im Hebammenverband gemeinsam mit dem Felsenweginstitut und dem Ministerium stetig an einer fundierten Grundqualifikation der Hebammen und weiterführenden Fortbildung der bereits qualifizierten Familienhebammen. Anonyme Fallbesprechungen und Supervision nehmen die Familienhebammen in ihren Landkreisen wahr.

Abschließend leitete Prof. Dr. med. Kai von Klitzing, Klinik für Kinderpsychiatrie der Universität Leipzig, die Podiumsdiskussion „Geburtserleben und Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung“. Anstoß für die lebhafteste Diskussion waren Videobeispiele aus der täglichen Praxis, die auch den psychotherapeutischen Laien Situationen sehr gut verdeutlichte.

Alles in allem konnten wir uns für tolle Vorträge und eine lebhafteste Diskussion bei den Anwesenden bedanken und baten um erneute Themenwünsche für 2017.

Dr. med. Gabriele Kamin  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden  
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe, Fetscherstraße 74,  
01307 Dresden

## Zur Verabschiedung von Prof. Dr. med. Joachim Boese-Landgraf in den Ruhestand

Am 17. März 2016 wurde Herr Prof. Dr. med. Joachim Boese-Landgraf feierlich von Mitarbeitern und Kollegen verabschiedet. Er leitete von Januar 1997 bis März 2016 die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH. Prof. Dr. med. Joachim Boese-Landgraf wurde 1950 in Wieda im Harz in der Nähe der Ost-West-Grenze geboren. Nach der Grundschule wechselte er in das Gymnasium Braunlage. Hier erlangte er 1969 das Abitur. Er wurde früh mit der Teilung Deutschlands konfrontiert und entwickelte ein besonderes Interesse für Politik. Nach dem Wehrdienst als Sanitäter begann er ein Studium für Romanistik und Politik in München und Göttingen. Während des Studiums beendete er die Ausbildung zum Krankenpfleger. 1972 wechselte er in den Westteil Berlins und begann an der Freien Universität das Studium der Humanmedizin. Ohne Verzögerung beendete er das Studium 1978 und begann im Klinikum Steglitz (Freie Universität Berlin) die Ausbildung zum Chirurgen in der renommierten Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Rudolf Häring. Für eine 1982 abgeschlossene Promotion zu einem experimentellen Thema erhielt er das Prädikat „Magna cum laude“. 1986 wurde er mit dem Willy-Pitzer-Preis für „Tumornachsorge bei kolorektalem Karzinom“ geehrt. 1994 erhielt seine Arbeitsgruppe den Oskar-Stauffer-Preis für die innovativste Publikation des Jahres 1994. Klinisch und wissenschaftlich profilierte er sich zu einem Viszeralchirurgen mit onkologischem Schwerpunkt. Seine besonderen Expertisen sind in einer Monografie über regionale Tumorthapie hinterlegt. 1993 erfolgte an der FU Berlin die Habilitation zum Thema „Die regionale Chemotherapie in Kombination mit perkutaner Radia-



Portrait Prof. Dr. med. Joachim Boese-Landgraf

© Volker Henze, Berlin

tio der Leber als Palliativkonzept zur Behandlung kolorektaler Karzinome“.

Prof. Dr. Boese-Landgraf wurde vom 1. April 1994 bis 30. September 1994 die kommissarische Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeral- und Thoraxchirurgie im Klinikum Steglitz als leitender Oberarzt übertragen. Nach einer Zwischenstation als geschäftsführender Oberarzt im St. Joseph-Krankenhaus Berlin wurde er im Januar 1997 als Chefarzt der Chirurgie an das Klinikum Chemnitz berufen und trat in die Nachfolge von Dr. med. Gottfried Lindemann. Prof. Dr. Boese-Landgraf war nicht nur ein hervorragender Chirurg, sondern auch ein engagierter Lehrer, der Assistenten, Fachärzte und Oberärzte ausbildete. Einige seiner Schüler haben inzwischen Chefarztpositionen besetzt. Er betreute zahlreiche Promotionen und war als Prüfer der Sächsischen Landesärztekammer für das Fach „Viszeralchirurgie“ tätig. Sein wissenschaftliches Interesse hat er in über 30 wissenschaftlichen Arbeiten in Fachzeitschriften unter Beweis gestellt.

Prof. Dr. Boese-Landgraf kümmerte sich insbesondere um die Stomaver-sorgung und etablierte in Chemnitz einen deutschlandweit besuchten Stomakurs. Er war innovativ orientiert und förderte nicht nur neue Technologien, wie die laparoskopische Chirurgie, sondern auch die der Viszeralchirurgie benachbarte ope-

rativ Endoskopie eskortierte. So wurde es möglich, transgastral Nekrosen bei Pankreatitis zu versorgen oder die transgastrale Ablation von Insulinomen durchzuführen.

Er hatte einen geradlinigen Charakter und war stets in der Lage, zu widersprechen. Gekennzeichnet durch ein ungeheures Arbeitspensum, das bis spät in die Nacht hineinreichte und auch Wochenenden umfasste, wurde er wegen seiner Kompetenz, seiner Verlässlichkeit und seiner Hilfsbereitschaft von Kolleginnen und Kollegen hoch geschätzt.

In seiner Funktion als langjähriger Standortleiter für den Bereich Flemingstraße der Klinikum Chemnitz gGmbH und ab Juli 2015 auch als Ärztlicher Direktor war er für uneigennützig Entscheidungen bekannt. Das hohe Maß an Arbeitsdisziplin, die hervorragende Fähigkeit, Konflikte zu bewältigen, das soziale Engagement und die fachliche Kompetenz als Chirurg mit einem innovativen Potenzial und nicht zuletzt sein knurriger Humor machten ihn über die Jahre zunehmend beliebt.

Wir wünschen Herrn Boese-Landgraf eine glückliche Zeit im Kreise seiner Freunde und seiner Familie.

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II  
Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Chefarzt der Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie Klinikum Chemnitz gGmbH

## Unsere Jubilare im Juni 2016 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

02.06. Dr. med.  
Lautenbach, Werner  
01737 Kurort Hartha

04.06. MUDr. Lukes, Michal  
09648 Mittweida

05.06. Dr. med. Leistner, Regina  
08209 Auerbach

05.06. Dr. med. Schmidt, Bettina  
04416 Markkleeberg

06.06. Dr. med. Gläser, Ilona  
09661 Hainichen

06.06. Dipl.-Med. Petschat, Juliane  
04155 Leipzig

07.06. Dipl.-Med. Oehmig, Hansjörg  
04703 Leisnig

08.06. Dipl.-Med. Nowak, Beate  
04158 Leipzig

09.06. Dr. med. Geppert, Volker  
09350 Lichtenstein

10.06. Dipl.-Med. Döring, Elvira  
09126 Chemnitz

10.06. Dr. med. Sorgenfrei, Sabine  
01309 Dresden

10.06. Dr. med. Strasser, Ewald  
04347 Leipzig

12.06. Dr. med. Gerner, Ulrike  
09212 Limbach-Oberfrohna

12.06. Dr. med. Göhlert, Matthias  
09669 Frankenberg

13.06. Dr. med. Kuss, Wolfgang  
01309 Dresden

13.06. Dr. med. Ziegler, Barbara  
04316 Leipzig

15.06. Dr. med. Härtwig, Renate  
09405 Zschopau

16.06. Dr. med. Leidner, Irene  
08645 Bad Elster

16.06. Dipl.-Med. Wendler, Marina  
02828 Görlitz

16.06. Dr. med. Wenzel, Solveig  
04157 Leipzig

17.06. Dr. med. Kayser, Angela  
04668 Parthenstein

17.06. Dr. med. Naumann, Steffi  
01640 Coswig

17.06. Dr. med. Schwalbe, Karin  
09337 Hohenstein-Ernstthal

19.06. Dr. med. Lemke, Manfred  
02953 Bad Muskau

21.06. Dipl.-Med. Frank, Michael  
09111 Chemnitz

22.06. Dr. med. Eilitz, Bernd  
08359 Erlabrunn

24.06. Dipl.-Med. Seidel, Erika  
01609 Gröditz

25.06. Gubnitskiy, Arkady  
01307 Dresden

25.06. Dr. med. Otto, Dietmar  
02827 Görlitz

25.06. Dipl.-Med. Zürn, Barbara  
01796 Pirna

26.06. Dipl.-Med. Fraß, Isolde  
08209 Auerbach

27.06. Dipl.-Med. Bormann, Lona  
08115 Lichtentanne

27.06. Dr. med. Schwarz, Barbara  
01259 Dresden

30.06. Dr. med. Bernhardt, Renate  
04316 Leipzig

30.06. Dipl.-Med. Hähnel, Gisela  
09380 Thalheim

### 70 Jahre

04.06. Dipl.-Med.  
Schädlich, Margot  
08228 Rodewisch

06.06. Dr. med. Dickopf, Bernd  
01445 Radebeul

08.06. Dipl.-Med. Laban, Brunhild  
01465 Langebrück

09.06. Dr. med. Siegel, Margarete  
08645 Bad Elster

11.06. Dr. med. Schaufuß, Christine  
08645 Bad Elster

25.06. Prof. Dr. med. habil. von  
Kummer, Rüdiger  
01309 Dresden

28.06. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Rother, Traugott  
04179 Leipzig

29.06. Dr. med. Hofmann, Brigitte  
04158 Leipzig

### 75 Jahre

01.06. Erbgen, Hans-Peter  
01594 Stauchitz

01.06. Dr. med.  
Hoffmann, Dietmar  
02692 Großpostwitz

01.06. Lenke, Ute  
04319 Leipzig

01.06. Weber, Sabine  
01619 Röderau

02.06. Dr. med. Lorenz, Lieselotte  
01558 Großenhain

04.06. Dr. med. Dietze, Hanswolf  
01877 Bischofswerda

04.06. Dr. med. Teubner, Michael  
09217 Burgstädt

04.06. Dr. med.  
Windisch, Wolf-Rüdiger  
08060 Zwickau

05.06. Dipl.-Med.  
Hoffmann, Brigitte  
02977 Hoyerswerda

06.06. Dr. med. Pallat, Rosemarie  
08525 Plauen

07.06. Rauschenbach, Rainer  
04779 Wernsdorf

07.06. Dr. med.  
Trumpold, Hermann  
01665 Schieritz

08.06. Dr. med. Heilmann, Bärbel  
01219 Dresden

08.06. Dr. med. Schulz, Manfred  
04357 Leipzig

09.06. Dr. med. Gerchel, Barbara  
04209 Leipzig

09.06. Dr. med.  
Hähnel, Hans-Jürgen  
09116 Chemnitz

10.06. Dr. med.  
Zechlin, Hans-Henning  
01689 Weinböhla

11.06. Dr. med. Leibiger, Rainer  
09456 Annaberg

11.06. Dr. med. Wagner, Martin  
04316 Leipzig

12.06. Dr. med. Frobart, Willi  
02977 Hoyerswerda

12.06. Dr. med. Rumler, Hilmar  
08541 Jöbnitz

13.06. Dr. med. Steinigen, Günter  
01458 Ottendorf-Okrilla

14.06. Lorenz, Christa  
09618 Brand-Erbisdorf

14.06. Dr. med.  
Steinberg, Christa-Maria  
09212 Limbach-Oberfrohna

15.06. Dr. med. Baekler, Friedbert  
01900 Kleinröhrsdorf

15.06. Dr. med. Hoppe, Karin  
04509 Delitzsch

15.06. Dr. med. Küchler, Peter  
01561 Großenhain

15.06. Dr. med. Petzold, Hella  
08141 Reinsdorf

15.06. Dr. med. Sippach, Joachim  
08289 Schneeberg

17.06. Dr. med. Jäsch, Kristin  
01324 Dresden

17.06. Dr. med. Otto, Monika  
08060 Zwickau

17.06. Dr. med.  
Schönfelder, Berndt  
09496 Marienberg

18.06. Doz. Dr. med. habil.  
Fritsche, Frithjof  
01326 Dresden

18.06. Dr. med. Knoll, Hans-Jürgen  
01877 Schmölln

- 18.06. Seelmann, Uta  
01612 Nünchritz
- 18.06. Dr. med. habil.  
Verlohren, Hans-Joachim  
04420 Markkranstädt
- 19.06. Lippold, Gunter  
04849 Bad Dübener
- 20.06. Dr. med. Böttner, Gudrun  
04416 Markkleeberg
- 20.06. Dr. med. Grunert, Christa  
02681 Schirgiswalde /  
Kirschau
- 20.06. Dr. med.  
Sommer, Wolf-Peter  
02943 Weißwasser
- 20.06. Dr. med. Winterstein, Rainer  
01824 Königstein
- 21.06. Doz. Dr. med. habil.  
Eulitz, Jürgen  
01108 Dresden
- 22.06. Dr. med. Baekler, Barbara  
01900 Kleinröhrsdorf
- 25.06. Dr. med.  
Rebner, Hans-Joachim  
08523 Plauen
- 26.06. Kirchner, Wilfried  
01609 Wülknitz
- 26.06. Schirge, Jutta  
02708 Löbau
- 27.06. Dr. med. Adomeit, Günter  
09350 Lichtenstein
- 27.06. Dr. med.  
Schicketanz, Brigitte  
04277 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Tränkner, Margot  
09376 Oelsnitz
- 27.06. Dr. med. Weigel, Harald  
04157 Leipzig
- 28.06. Dr. med. Mauler, Birgit  
01326 Dresden
- 28.06. Dr. med.  
Wolfersdorf, Brunhilde  
04808 Wurzen
- 29.06. Dr. med. Rytter, Manfred  
04347 Leipzig
- 80 Jahre**
- 02.06. Dr. med. Pour, Georg  
04289 Leipzig
- 03.06. Dr. med. Luge, Rolf  
01454 Radeberg  
OT Liegau-Augustusbad
- 05.06. Stammwitz, Hanna  
01445 Radebeul
- 06.06. Dr. med.  
Mehlhose, Johannes  
09127 Chemnitz
- 06.06. Dr. med. Trnka, Helga  
04416 Markkleeberg
- 07.06. Dr. med. Scholtz, Helga  
01589 Riesa
- 08.06. Miesch, Gudrun  
01326 Dresden
- 09.06. Prof. Dr. med. habil.  
Richter, Gerhard  
01326 Dresden
- 10.06. Dr. med. Liensdorf, Irmgard  
09232 Hartmannsdorf
- 11.06. Dr. med.  
Neuber, Claus-Dieter  
09128 Chemnitz
- 13.06. Dr. med. Siegel, Gisela  
04319 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Lattermann, Karin  
04178 Leipzig
- 19.06. MUDr. Konecny, Alena  
01067 Dresden
- 21.06. Dr. med.  
Bergmann, Eva-Maria  
01324 Dresden
- 24.06. Dr. med. Drechsel, Günther  
08144 Ebersbrunn
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.  
Rother, Paul  
04157 Leipzig
- 26.06. Dr. med. Siegmund, Armin  
01259 Dresden
- 29.06. Doz. Dr. sc. med.  
Lange, Armin  
01159 Dresden
- 29.06. Dr. med. Wehner, Johannes  
04703 Leisnig
- 30.06. Dr. med. Herold, Klaus  
09116 Chemnitz
- 30.06. Dr. med. Mrosk, Margot  
01609 Röderaue
- 81 Jahre**
- 01.06. Voigt, Waltraut  
01237 Dresden
- 03.06. Dr. med.  
Steffenhagen, Doris  
04289 Leipzig
- 05.06. Möckel, Gottfried  
08485 Lengenfeld
- 08.06. Dr. med. Jentsch, Manfred  
04736 Waldheim
- 09.06. Dr. med. habil. Welt, Klaus  
04288 Leipzig
- 11.06. Philipp, Hildegard  
02826 Görlitz
- 12.06. Dr. med. Pohl, Dietmar  
04758 Oschatz
- 12.06. Dr. med. Schmidt, Hella  
01705 Freital
- 14.06. Prof. Dr. med. habil.  
Leonhardt, Peter  
04129 Leipzig
- 15.06. Dr. med.  
Kretzschmar, Gerlinde  
01099 Dresden
- 18.06. Dr. med.  
Silbernagl, Brigitte  
01069 Dresden
- 20.06. Dr. med. Gierth, Renate  
09116 Chemnitz
- 21.06. Dr. med.  
von Schmude, Bodo  
08064 Zwickau
- 23.06. Dr. med. Kulpe, Marianne  
01217 Dresden
- 23.06. Dr. med. Voigt, Christian  
08228 Rodewisch
- 27.06. Schubert, Marlene  
08525 Plauen
- 82 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Heinrich, Roland  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 05.06. Dr. med. Vietor, Friedhelm  
01109 Dresden
- 06.06. Dr. med. Müller, Hildegard  
01067 Dresden
- 06.06. Dr. med. Schmoranz-  
Schwenke, Hermine  
04157 Leipzig
- 08.06. Dr. med.  
Leutert, Hannelore  
01744 Dippoldiswalde
- 11.06. Dr. med. Kandler, Gisela  
01109 Dresden
- 12.06. Dr. med. Zschornack, Martin  
01920 Räckelwitz
- 15.06. Prof. Dr. med. habil.  
Tauchnitz, Christian  
04299 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Gabel, Hanna  
09350 Lichtenstein
- 17.06. Dreilich, Siegfried  
04463 Großpösna
- 21.06. Dr. med. Winkler, Manfred  
01796 Pirna
- 22.06. Dr. med. Scharch, Brigitte  
08523 Plauen
- 23.06. Dr. med.  
Oesen, Luise-Maria  
09380 Thalheim
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.  
Schubert, Wolfgang  
01324 Dresden
- 29.06. Dr. med. Günther, Ursula  
01737 Tharandt
- 83 Jahre**
- 02.06. Dr. med.  
Mehlhorn-Cimutta, Bertl  
09114 Chemnitz

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 09.06. Dr. med. Schyra, Horst<br>01109 Dresden                 | 18.06. Dr. med. Dr. med. dent.<br>Mahn, Siegmар<br>01734 Rabenau       | 22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes<br>09127 Chemnitz                     |
| 14.06. Dr. med. Lewek, Angela<br>04103 Leipzig                 | 18.06. Dr. med. Wegner, Dieter<br>01900 Großröhrsdorf                  | <b>89 Jahre</b>   |
| 21.06. Dr. med. Glöckner, Eva<br>09618 Brand-Erbisdorf         | 28.06. Dr. med. Haas, Ruth<br>01097 Dresden                            | 08.06. Dr. med.<br>Spindler, Eva-Maria<br>01762 Hartmannsdorf         |
| 26.06. Dr. med. Reinhardt, Christa<br>04315 Leipzig            | 30.06. Dr. med. Richter, Elisabeth<br>09569 Oederan                    | 25.06. Dr. med. habil.<br>Wilde, Johannes<br>04357 Leipzig            |
| 27.06. Dr. med. Guhr, Paul<br>01217 Dresden                    | <b>86 Jahre</b>  | 27.06. Dr. med. Lotze, Horst<br>01217 Dresden                         |
| <b>84 Jahre</b>  | 13.06. Dr. med. Schäfer, Eva<br>04109 Leipzig                          | 28.06. Dr. med. Preibisch-<br>Effenberger, Rosemarie<br>01309 Dresden |
| 28.06. Dr. med. Ranke, Christian<br>08228 Rodewisch            | 18.06. Dr. med. Krämer, Christa<br>04275 Leipzig                       | <b>92 Jahre</b>   |
| <b>85 Jahre</b>  | 21.06. Antonow, Emanuil<br>09618 Langenau                              | 25.06. Dr. med.<br>Meyer-Nitschke, Rosemarie<br>04552 Borna           |
| 02.06. Dr. med. Hendel, Georg<br>08289 Schneeberg              | 25.06. Dr. med. Rehnig, Rosemarie<br>04275 Leipzig                     | <b>98 Jahre</b>   |
| 07.06. Prof. Dr. med. habil.<br>Hunger, Horst<br>04299 Leipzig | 28.06. Prof. Dr. sc. med.<br>Schmidt, Paul-Karl-Heinz<br>01187 Dresden | 03.06. Dr. med.<br>Schreckenbach, Gerhard<br>04552 Borna              |
| 08.06. Dr. med. Barth, Teo<br>04463 Großpösna                  | <b>87 Jahre</b>  |   |
| 11.06. Dr. med.<br>Bormann, Christiane<br>08371 Glauchau       | 07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst<br>01309 Dresden                    |   |

Anzeige

Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirge lädt ein:

# Tanz in den Sommer

## FREITAG, 24. JUNI 2016

EMPFANG AB 18.30 UHR

GÄSTEHAUS WOLFSBRUNN

Stein 8, 08118 Hartenstein



Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da die Plätze begrenzt sind und die Anmeldung in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Der Preis für die Karte beträgt 65 EUR / pro Person. Ihre Anmeldung richten Sie bitte an die Kartenreservierung: Telefon: 03771/32161

## Abgeschlossene Habilitationen

### Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2016

#### Priv.-Doz. MUDr.

#### Ivian Matia, Ph.D.,

Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Gefäßchirurgie zuerkannt.

Thema: Immunosuppression with tacrolimus after experimental and clinical allover vessel transplantation

Habilitation: 26.01.2016

Privatdozent: 24.02.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Preuß,

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Neurochirurgie zuerkannt.

Thema: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der hydrozephalen Hirnwasserzirkulationsstörungen

Habilitation: 26.01.2016

Privatdozent: 24.02.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Haifa Kathrin Al-Ali, M.B.; Ch.B. (Universität Bagdad),

Selbstständige Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie am Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Hämatologie und Internistische Onkologie zuerkannt.

Thema: Therapeutic strategies to improve treatment outcome in acute myeloid leukemia

Habilitation: 26.01.2016

Privatdozent: 24.02.2016

#### Dr. med. Mario Bauer,

Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung GmbH - UFZ, Department für Umweltimmunologie, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Umweltmedizin zuerkannt.

Thema: Umweltmedizinische Risikobewertung von Umweltschadstoffen – Realität oder Vision

Verleihungsbeschluss: 24.02.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med.

#### Jan Peter Halbritter,

Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie – Sektion Nephrologie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin zuerkannt.

Thema: Ziliopathien und andere monogene Ursachen der chronischen Niereninsuffizienz

Habilitation: 24.02.2016

Privatdozent: 23.03.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. univ. Dr. med.

#### Jedrzej Kosiuk,

Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.

Thema: Catheter ablation of atrial fibrillation in distinct patient subgroups

Habilitation: 24.02.2016

Privatdozent: 23.03.2016

#### Dr. med. Miloš Fischer,

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig AÖR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zuerkannt.

Thema: Bedeutung und technische Weiterentwicklung der diagnostischen und operativen Endoskopie in der HNO-Heilkunde

Verleihungsbeschluss: 23.03.2016

#### Dr. med. Bernhard Sehm,

Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Neurologie zuerkannt.

Thema: Neuroplastizität des menschlichen Gehirns: Mechanismen und Modulation mittels nicht-invasiver Hirnstimulation

Verleihungsbeschluss: 23.03.2016

### Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden I. Quartal 2016

#### Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Katrin Köhler

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum der TU Dresden

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

Thema der Habilitationsschrift: „Untersuchung der molekularen Mechanismen der Pathogenese des Triple-A-Syndroms“

Verleihungsbeschluss: 27.01.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Kristian Barlinn

Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Neurologie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Die Bedeutung der transkraniellen Doppelsonographie in der Diagnostik und Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls“

Verleihungsbeschluss: 27.01.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med.

#### Marietta Ioana Toma

Institut für Pathologie am Universitätsklinikum der TU Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Pathologie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Prognostische Marker beim klarzelligen Nierenzellkarzinom“

Verleihungsbeschluss: 24.02.2016

#### Priv.-Doz. Dr. med. Manuel Wilbring

Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum Dresden

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

Thema der Habilitationsschrift: „Untersuchungen zur differenzierten kardiochirurgischen Therapie von Hochrisikopatienten mit Herzklappenerkrankungen unter Verwendung katheterbasierter Therapieverfahren mit erweitertem Indikationsspektrum“

Verleihungsbeschluss: 23.03.2016

## Die Pest in Europa

### Der „Schwarze Tod“ 1347 – 1352

Als 1346 die zur Goldenen Horde gehörenden Tataren des Djam Bek die reiche Hafen- und Handelsstadt Caffa (heute Feodosija) auf der Krim belagerten, brach bei ihnen die Pest aus. Viele Soldaten starben. Die Belagerer zogen ab, aber nicht ohne die Leichen Verstorbener über die Mauer in die Stadt zu katapultieren, die die Einwohner prompt zurückwarfen.

### Vormarsch der Pest auf den Handelsrouten

Aber nicht diese legendäre Belagerung brachte die Pest in die reiche Handelsniederlassung der Genuesen, sondern die vielen russischen und asiatischen Händler, die auf dem schaukelnden Rücken von Lastkameln und mit ihren Schiffen den Handelsstützpunkt aufsuchten und die Pest mitbrachten. Die Pest breitete sich entlang der Handelsrouten aus. Sie segelte Richtung Süden und Westen auf den Schiffen, sodass sie noch im Sommer 1347 in Konstantinopel, im September in Messina und im November in Genua und Marseille ankam. Von hier breitete sich die Seuche nach Nordafrika und in alle Länder Europas aus: Venedig, Genua, Bordeaux, im März 1349 Wien und Nordfrankreich, im August London. 1349 erfasste die Seuche auch Basel, Frankfurt und Köln, über Magdeburg, Hamburg, Bremen, Danzig kam die Seuche 1352 nach Russland und Skandinavien.

### Pestformen und Massensterben

Als Zeitzeuge beschrieb der Leibarzt von Papst Clemens VI. (1342 – 1352) Guy de Chauliac die beiden häufigsten Pestformen: „Die erste war durch anhaltendes Fieber und Blutspucken gekennzeichnet, und man starb daran innerhalb von drei Tagen. Die zweite dauerte lange Zeit an, ebenfalls unter anhaltendem Fieber, wobei sich Pusteln und Beulen auf der Haut entwickelten, besonders unter den Achseln und in der Leistengegend. Man starb daran nach fünf Tagen.“ Die Menschen starben praktisch „wie die Fliegen“. Todes-



Abb. 1: Kleidung eines Pestarztes (Paul Fürst, 1656)

© trift.org

angst und Panik breiteten sich aus. Als Zeitzeuge berichtet Giovanni Boccaccio (1313 – 1375) in seinem Dekameron: „Wir wollen darüber schweigen, dass ein Bürger den anderen mied, dass kein Nachbar für den anderten sorgte und sich selbst Verwandte gar nicht oder nur selten von weitem sahen ... Vater und Mutter scheuten sich, nach ihren Kindern zu sehen und sie zu pflegen.“ In einem gewaltigen Massensterben gingen die Menschen einsam zugrunde. Die Friedhöfe mussten erweitert werden. Weit außerhalb legte man Pestfriedhöfe an. 1348 bis 1350 zählte man in Mainz 6.000, in Erfurt 12.000 Tote. Zwischen 1347 und 1352 starben an der Pest in Lübeck 25 % der Hausbesitzer und 35 % der Ratsherren, im französischen Perpignan starb über die Hälfte der Notare und Schreiber, in Albi ging die Zahl der Familienoberhäupter um 55 % zurück. Arme star-

ben häufiger als Reiche. Anhand solcher, einigermaßen sicherer Daten schätzt man heute, dass der „Schwarze Tod“ 18 Millionen Menschen, ein Drittel der Bevölkerung, dahinraffte und das wirtschaftliche Gefüge regional lahm legte. Die Medizin und die Bevölkerung waren gegenüber der Pest machtlos. Die zerstörerische schwarze Macht zog durch das Land und erschütterte das Gefüge des christlichen Abendlandes, sodass sich der Begriff „Schwarzer Tod“ einbürgerte oder „das große Sterben“ an der Pestilenz (= Seuche). Andere Autoren beziehen den Begriff auf die dunklen Hautveränderungen Kranker.

Erklärungsversuche der Pestentstehung betrafen die Konstellation der Gestirne, aufsteigende üble Dämpfe (Miasmen), die Luft und Wasser verseuchten, Schwärme von Insekten, Erdbeben, Dyskrasie der Körpersäfte (Viersäftelehre). Man war der Mei-

nung, dass eine Berührung der Kleider oder Sachen eines Kranken zur Seuche führe, ja schon der Blick eines Kranken könne gefährlich sein. Und wieder waren die Juden die Sündenböcke, indem man ihnen Vergiftung von Brunnen und Giftmischerei unterstellte. Sie wurden aus ihren Orten vertrieben und in Progroten getötet. Zwar sah man, dass die Juden ebenfalls an der Seuche starben, denn vor der Pest waren alle gleich. Dies verhinderte aber nicht, dass jüdische Viertel abgebrannt und die Bewohner ermordet wurden. Man war der allgemeinen Meinung, dass von einer Bevölkerungsgruppe, die Christus tötete, nur Schlechtes kommen könne. In Köln zählte man 800 jüdische Opfer. Um 1.500 waren die Juden im Heiligen Römischen Reich weitgehend verschwunden.

### Behandlungsversuche, Hygienemaßnahmen

Mit den damaligen Maßnahmen gegen die Seuche konnte man nur minimale Erfolge erzielen. Die Häuser Erkrankter wurden mit einem weißen Kreuz gekennzeichnet und zum Teil verriegelt. Die Kranken mussten teilweise in Unterkünfte außerhalb der Stadt zwangsumsiedeln. Überall qualmten Räucherpfannen mit verbrennenden Kräutern, Gewürzen und Parfümen zur Luftreinigung. Die Behandler der Kranken trugen einen roten oder weißen Stab in der Hand. Später benutzten die Pestärzte eine kittelartige Schutzbekleidung und eine Kopfkappe mit schnabelartiger Vorwölbung im Nasenbereich, in der sich ein mit Essig gefüllter Schwamm zur Luftverbesserung befand. Eine Kristallbrille sollte vor Blicken der Kranken schützen (Abb. 1). Venedig und Regusa (heutiges Dubrovnik) isolierten ihre Kranken auf vorgelagerten Inseln. Krankheitsverdächtige wurden 40 Tage (quaranta) in Quarantäne gesetzt. In venezianisches Gebiet durfte man nur mit Pestbrief einreisen, eine Art Gesundheitspass. Trotzdem starben in Venedig 50 % der Leute. Im Herbst und Winter machte die Pest oft eine Pause, da der Erreger Temperaturen unter plus 10 Grad nicht mag. Das beste Mittel für

Begüterte war die schnelle und möglichst weit entfernte Flucht. König Karl IV. hielt sich deshalb mit dem ganzen Hofstaat im pestfreien Prag auf, und Papst Clemens VI. verbrachte die Pestzeit in Avignon zwischen rauchenden Holzfeuern in seinen Gemächern. 300 Jahre später schrieb auch Daniel Defoe in seinem Buch über die Pest in London: „Die beste Arznei gegen die Pest ist das Davonlaufen.“ Man kurierte mit altbekannten Mitteln: Ausbrennen und Aufschneiden der Pestbeulen, Aderlässe, Einläufe und Brechmittel zur Säftereinigung und Entfernen der Fäulnisgase aus dem Körper, Rauch von Holzfeuern in den Krankenzimmern, ausgewogene Ernährung ohne Alkohol, Vermeiden schwerer Arbeit, kein Schlaf am Tag, Selbstgebelungen. Die Behörden, zum Beispiel in Florenz und Venedig, erließen Vorschriften zur Reinhaltung der Straßen und Häuser, zum Lebensmittelhandel, zur Wasserversorgung, Unterbringung von Fremden, Bettlern und Dirnen. In den Pestordnungen gab es das Prinzip der Isolierung Kranker, das Verbot öffentlicher Veranstaltungen und Versammlungen wie Kirchweih, Jahrmärkte, Prozessionen usw. Und man sammelte auch Informationen über andere eventuell verseuchte Regionen im Sinne einer Seuchenspionage. Große Hospitäler und Krankenhäuser baute man erst später.

1351 hatte die Pest ganz Europa fest im Griff, und sie gelangte auch mit verseuchten Schiffen nach St. Petersburg und Nowgorod. Ab 1352 schwächte sich die Seuche ab, um noch einige Male in etwa zehn Jahresabständen zuzuschlagen und dann aus Mitteleuropa zu verschwinden bis zum 30-jährigen Krieg (1618 – 1648), wo sie durch die Militärbewegungen wieder starke Verbreitung fand. 1720 – 1722 war die Seuche in Südfrankreich sehr aktiv. Die bisher letzte Pestpandemie Mitte des 19. Jahrhunderts forderte 10 Millionen Tote.

### Alexander Yersin entdeckt den Pesterreger, der Übertragungsweg

Im Verlaufe dieser Seuche gelang es dem in der Schweiz geborenen fran-



Abb. 2: Alexander Yersin, Bild vor 1909  
© Wikipedia

zösischen Bakteriologen und Schiffsarzt Alexander Yersin (1863 – 1943) (Abb. 2) in Hongkong 1894 aus den Lymphknoten Kranker den Erreger der Pest zu isolieren, den wir heute *Yersinia pestis* nennen, ein gramnegatives, kurzes, plumpes, sporenloses Stäbchen. Nun konnte Robert Koch mit einer deutschen Pestkommission in Bombay die Spur des Erregers aufnehmen. Man erkannte bald, dass der Pest immer ein massenhaftes Rattensterben vorausging. Erst die Erkrankung der Tiere, dann die des Menschen. „An der Gefährlichkeit der pestinfizierten Ratten für den Menschen läßt sich nicht zweifeln“ schrieb die Kommission. Auch in dem 1947 in Paris erschienenen Nachkriegsroman „Die Pest“ von Albert Camus sterben in der westalgerischen Stadt Oran zuerst die Ratten und dann die Menschen. Diesen Roman liest man heute allgemein als politische Allegorie zur Okkupationszeit Frankreichs.

Als nun der Japaner Masanori Ogate Pestbakterien in Rattenflöhen fand, erschloss sich 1906 dem englischen Entomologen Charles Rothschild der genaue Übertragungsweg der Pest: Die Rattenflöhe (= Pestflöhe) saugen beim Stich einer erkrankten Ratte massenhaft Pestbakterien in ihren Magen, sodass ihr Vormagen verstopft. Stirbt nun die Ratte an der Pest, verlassen die Pestflöhe den erkalteten Körper, um sich hungrig auf den nächsten möglichen Wirt,

besonders Ratten und Menschen, zu stürzen, bei denen sie in die winzige Stichwunde Pestbakterien speien.

### Klinisches Bild

Die Erreger gelangen in die Lymphbahnen, sodass als Entzündungsreaktion die „Pestbeulen“, die Bubonen, in Axilla, Leiste und Halsregion entstehen. Der Menschenfloh hat epidemiologisch nur eine geringe Bedeutung. Durch Inhalation und auf dem Blutweg kann der Mensch auch an Lungenpest erkranken. Gelangen sehr viele Erreger ins Blut des Menschen, besteht die Gefahr einer Sepsis. Es gibt auch abortive Pestverläufe. Klinisch zeigt ein an Pest erkrankter Mensch nach einer Inkubation von 2 bis 5 Tagen mit Fieber, Benommenheit, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall die Zeichen einer Infektionskrankheit. Die häufigste Erkrankungsform ist die „Bubonenpest“ (Abb. 3). Die Bubonen können nach nekrotischer Erweichung durchbrechen. Die seltenere Lungenpest verläuft wie eine schwere Pneumonie mit septischen Zeichen und Bluthusten häufig tödlich. Sie ist inhalativ sehr infektiös. Die Pest ist primär eine Zoonose. Heute weiß man, dass neben Haus- und Wanderratten, Eichhörnchen, Kaninchen, Murmeltiere, Hamster, die Hausmaus und andere ein Reservoir für Pestbakterien sein können. Auch Hunde, Katzen, Rinder und Schweine können an Pest erkranken. Die Forscher haben erkannt, dass *Yersinia pestis* im Erdboden abgelegene, von Nagern bewohnte Erdhöhlen, lange überdauert. Von hier bricht die Pest dann auf und infiziert wie immer zuerst die Tiere, um dann den Menschen den „Schwarzen Tod“ zu bringen.



Abb. 3: Pestbeulen in der Leiste  
© Wikipedia

### Die Seuche in Sachsen

Der Altchronist des Erzgebirges, Pfarrer Christian Lehmann (1611 – 1688), schreibt über die Pest in Annaberg: „1568 riss eine grausame Pest im Junio zu St. Annaberg ein, und dauerte das ganze Jahr hinaus, dass davon in und vor der Stadt 2.228 Personen hingerissen wurden.“ Pfarrer Wolfgang Uhle (1512 – 1594) pflegte aufopferungsvoll als der legendäre Pestpfarrer von Annaberg Pestkranke, ohne sich selbst zu infizieren. Wie sich zeigte, ist die Ansteckung von Mensch zu Mensch eher die Ausnahme.

Auch in Martin Luthers Haus wurden von Katarina Pestkranke gepflegt. In der Chronik des Amtsgerichtsbezirkes Frauenstein von Oscar Schleinitz 1887 liest man anekdotisch: „Nicht nur in Freiberg grassierte 1552 die Pest. Sie raffte auch nachweislich in Clausnitz, Dittersbach und Hermsdorf (Osterzgebirge) unsäglich viele Menschen dahin (Abb. 4). Auch in diesen Dörfern fanden die Toten in ihren Gräbern keine Ruhe. Man konnte deutliche Essgeräusche und Schmatzen unten in den Gräbern hören, so als würden sie unten noch essen. Sie holten auch ihre Angehörigen Person um Person nach. Die verängstigten Angehörigen schlugen den Toten mit dem Grabscheid die Köpfe ab und verbrannten sie auf Scheiterhaufen. Es half nichts ...“.

1555 erließ Kurfürst Moritz für Sachsen eine Verordnung mit seuchenhygienischen Maßnahmen gegen die Pest. 1599 zog sich erneut die Pest aus „Freyberg ins Gebirge und riß viel Volck weg.“ 1566 grassierte in Dresden die Pest das ganze Jahr, sodass 400 Tote zu beklagen waren. Im Jahr 1630 zählte man in Leipzig 884 Pesttote, in Berlin wurden 777 hingerafft und in Freiberg schrieb man 1.000 Tote der Pest zu. 1631 wurden 124 Pesttote in Freiberg nachts beerdigt. Im gleichen Jahr verlor der Diakon Blumenhagen in Schneeberg fünf Kinder in wenigen Tagen an Pest, und im mittelsächsischen Dorf Mainitz starb der Müller Buchhain mit Frau und sechs Kindern an der Seuche.



Abb. 4: Pestwiese 1,5 km außerhalb von Scharfenstein, Erzgebirge

© Fege

### Und was macht die Pest heute?

Derzeit registriert die WHO jährlich 1.000 – 3.000 Pestfälle weltweit. Infizierte Tierpopulationen wurden in China, Russland, der Mongolei, Ostafrika, in den USA, Süd- und Mittelamerika nachgewiesen. Man kann heute in Bubonen und im Blut die Pesterreger bei Kranken nachweisen und diese antibiotisch mit Streptomycin, Gentamycin und Chloramphenicol oft erfolgreich behandeln. 2002 starben in Nordindien vier Menschen an Lungenpest, und 2008 erkrankten in Madagaskar 18 Menschen an der Pest. Erst kürzlich verstarb in der chinesischen Kleinstadt Yumen ein Mann an Beulenpest, der wahrscheinlich durch ein Murmeltier infiziert wurde. Und in Paris kämpft man gegen Millionen krankheitsübertragende Ratten, die sich auch in den Gärten des Louvre breit gemacht haben und von den Leuten als Ratatouille-Effekt fast sympatisch gefunden werden. Auch heute noch ist vieles im Zusammenhang mit der Pest rätselhaft.

Waren eigentlich alle Pandemien der Vergangenheit wirklich immer Pestepidemien? Könnten nicht Milzbrand, Fleckfieber oder Pocken einen ähnlichen Schrecken verbreitet haben? Diesen Fragen geht man mit Hilfe von DNA-Untersuchungen nach. Man muss auch heute eine Pesterkrankung in die ärztliche Differenzialdiagnose einbeziehen, zumal es Länder geben soll, in denen in peripherer Weise Pesterreger zum Arsenal biologischer Kampfmittel gehören.

Dr. med. Jürgen Fege  
09600 Weißenborn, OT Berthelsdorf

## 5. Alumni-Treffen in Jena

Das 5. Alumni-Treffen der Medizinischen Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena findet am **Samstag, dem 18. Juni 2016**, im kleinen Sitzungssaal der Rosensäle, Fürstengraben 27, 07743 Jena, statt.

Ausführliche Informationen zum Programm und Anmeldung unter

[www.uniklinikum-jena.de/alumni.html](http://www.uniklinikum-jena.de/alumni.html) bzw. Tel. 03641 934293 oder per E-Mail an: [alumni@med.uni-jena.de](mailto:alumni@med.uni-jena.de).

Dr. Uta von der Gönna  
Dekanat Medizinische Fakultät  
Universitätsklinikum Jena

## Alumni-Treffen in Leipzig

**Am 24. und 25. Juni 2016** lädt die Universität Leipzig zu einem fächerübergreifenden Alumni-Treffen nach Leipzig ein. Aus diesem Anlass bietet der Alumni-Verein der Medizinischen

Fakultät mit Unterstützung durch das Universitätsklinikum Leipzig verschiedene Führungen durch das Medizinische Viertel und Vorträge zur 600-Jährigen Geschichte der Universitätsmedizin an. Die Führungen und Vorträge sind kostenlos. Interessenten finden ausführlichere Informationen zum fächerübergreifenden

Alumni-Treffen sowie Links zum Programm und zum Anmeldeformular auf der Internetseite: [www.zv.uni-leipzig.de/studium/alumni](http://www.zv.uni-leipzig.de/studium/alumni).

Prof. Dr. rer. nat. Frank Gaunitz  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie

## Nachsorgepreis 2016

Die Deutsche Kinderkrebsnachsorge vergibt für zukunftsweisende Arbeiten, Projekte und Initiativen der stationären und ambulanten familienorientierten Nachsorge und Betreuung den Nachsorgepreis 2016. Der Förderpreis ist mit 10.000 Euro

dotiert. Für die Vergaben des Nachsorgepreises sind Bestimmungen maßgebend, die bei der Deutschen Kinderkrebsnachsorge angefordert oder unter [www.kinderkrebsnachsorge.de](http://www.kinderkrebsnachsorge.de) nachgelesen werden können. Die Verleihung des Preises erfolgt Ende des Jahres 2016. **Bewerbungsfrist: 31. Juli 2016.**

Deutsche Kinderkrebsnachsorge – Stiftung für das chronisch kranke Kind, Tannheim, Gemeindegartenstraße 75, 78052 Villingen-Schwenningen, Telefon-Nr.: 07705 920182, E-Mail: [info@kinderkrebsnachsorge.de](mailto:info@kinderkrebsnachsorge.de)

## Impressum

**Ärzteblatt Sachsen**  
ISSN: 0938-8478  
Offizielles Organ der  
Sächsischen Landesärztekammer

### Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer, KÖR mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

### Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon: 0351 8267-161, Telefax: 0351 8267-162  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder (V.i.S.P.)  
Erik Bodendieck  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin  
Dr. med. Roger Scholz  
Ute Taube  
Dipl.-Med. Heidrun Böhm  
Dr. med. Marco J. Hensel  
seitens Geschäftsführung:  
Ass. jur. Michael Schulte Westenberg  
Dr. med. Patricia Klein  
Knut Köhler M.A.

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hübner

**Grafisches Gestaltungskonzept:**  
Hans Wiesenhütter, Dresden

### Verlag:

Quintessenz Verlags-GmbH,  
Iffentpfad 2–4, 12107 Berlin  
Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680  
Internet: [www.quintessenz.de](http://www.quintessenz.de)  
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /  
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

### Anzeigenverwaltung Leipzig:

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de)  
Anzeigendisposition: Livia Kummer  
Telefon: 0341 710039-92  
Telefax: 0341 710039-74  
E-Mail: [kummer@quintessenz.de](mailto:kummer@quintessenz.de)

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2016, gültig ab 1.1.2016.*

**Druck:** Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheber-

rechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

### Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 125,50 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 125,50 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 12,05 € zzgl. Versandkosten 2,50 €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgebühren werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2016