

<b>Editorial</b>	Neues Entlassmanagement – Nachbesserungen notwendig?	<b>136</b>
<b>Berufspolitik</b>	Arztzahlen für Sachsen STEX in der Tasche – wie weiter? Erfahrungsaustausch der Sächsischen Heilberufekammern	<b>137</b> <b>139</b> <b>147</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Entlassmanagement aktuell CIRS-Fall Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung in Kraft getreten Qualitätssicherung Hämotherapie 2015 Sachsen: Umsetzung des Präventionsgesetzes	<b>140</b> <b>143</b> <b>144</b> <b>145</b> <b>145</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Podiumsdiskussion „Kinderwunsch – Wunschkind“ Medizin am Lebensende Umgang mit traumatisierten Patienten Konzert und Ausstellungen	<b>148</b> <b>148</b> <b>149</b> <b>149</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	<b>149</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Suchtmedizin kompakt – Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis	<b>150</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>151</b>
<b>Originalie</b>	Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Praxis	<b>153</b>
<b>Leserbriefe</b>	Liebesleben und HIV/ STI-Prävention	<b>160</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Wissen wollen – Wissen müssen. Die neue Pränataldiagnostik und ihre Konsequenzen	<b>161</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Mai 2017 Verabschiedung von Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert in den Ruhestand Nachruf für Dr. med. Bernhard Ackermann Nachruf für Dr. med. Hans-Jürgen Pollack Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gotthard Schettler posthum zum 100. Geburtstag	<b>162</b> <b>165</b> <b>166</b> <b>167</b> <b>168</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann	<b>169</b>
<b>Ostern</b>	Warum wir Ostern feiern	<b>170</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Juni 2017	



Entlassmanagement aktuell  
Seite 140



Sexuell übertragbare Erkrankungen  
in der Praxis  
Seite 153



Die Dresdner Künstlerfamilie  
Hofmann  
Seite 169

Titelbild: © Depositphotos / lenecnikolai

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

## Neues Entlassmanagement – Nachbesserungen notwendig?



Dipl.-Med. Sabine Ermer

© SLÄK

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den besten der Welt – wobei es darauf ankommt, aus welcher Perspektive man es betrachtet. Und es ist entscheidend, welche individuellen Maßstäbe an eine „gute Qualität“ angelegt werden. Der Zugang zum System der Gesundheitsleistungen ist niedrigschwellig, die Wartezeiten auf eine Operation sind im internationalen Vergleich relativ kurz. Dennoch gibt es offenbar Versorgungslücken, die sich insbesondere an den Sektorengrenzen bemerkbar machen. Wie kann es sein, dass Patienten nach der Entlassung aus vollstationärer Behandlung Tage oder gar Wochen durch die Maschen des medizinischen Betreuungsnetzes fallen? Werden tatsächlich Patienten ohne Arztbrief, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel oder organisierte Nachsorge aus unseren Kliniken entlassen?

Seit Jahren ist im SGB V geregelt, dass ein Entlassmanagement, auf das der Patient auch einen Anspruch hat, zu den Krankenhausleistungen gehört. Durch die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem, nicht zuletzt durch eine älter werdende Gesellschaft, sah sich die Bundesregierung veranlasst, im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungs-

gesetzes auch den § 39 Absatz 1a neu zu fassen. Das Gesetz trat am 23. Juli 2015 in Kraft. Um die Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagements, das heißt die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, gegebenenfalls Vertragsarzt und Krankenkasse sowie deren Zusammenarbeit zu regeln, sollte auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung abgeschlossen werden. Leider sind die Verhandlungen im ersten Anlauf gescheitert. Daher wurde gemeinsam das erweiterte Bundesschiedsamt angerufen, welches in seiner Sitzung am 13. Oktober 2016 den Rahmenvertrag festgesetzt hat, der am 1. Juli 2017 in Kraft treten wird (siehe Beitrag ab S. 140).

Haben wir jetzt eine Vereinbarung in den Händen, die vor allem eines bewirkt: die Versorgung der Patienten zu verbessern? In vielen Punkten kann man das uneingeschränkt bejahen.

Dass bei Entlassung des Patienten verpflichtend wenigstens ein vorläufiger Arztbrief mitgegeben werden muss, ist eigentlich selbstverständlich. Die Minimalanforderungen an den Inhalt sind in der Rahmenvereinbarung festgeschrieben und verpflichten zum Beispiel auch zur Information über eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen. Auch die Aufgabe, Patienten mit einem sogenannten „komplexen Versorgungsbedarf“ rechtzeitig während des stationären Aufenthaltes zu identifizieren und eine umfassende Versorgung nach ihrer Entlassung sicherzustellen, ist vielleicht noch nicht überall in optimaler Weise gelöst. Die Möglichkeit zur Verordnung von Arzneimitteln durch einen Krankenhausarzt, falls erforderlich und nur für einen begrenzten Zeitraum, wird für einen Teil der Patienten ebenso hilfreich sein, wie die Ausfertigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Ob die einzige Möglichkeit zur Umsetzung dieser Vorgabe die Vergabe einer lebenslangen Arztnummer durch die Kassenärztliche Vereinigung an jeden Krankenhausarzt

darstellt, sollte man allerdings hinterfragen. Der klinische Alltag wird es nicht selten mit sich bringen, dass der verordnende Arzt die Unterlagen für am Folgetag zu entlassende Patienten am Nachmittag fertigstellt und am nächsten Tag nach einem Bereitschaftsdienst für Rückfragen nicht zur Verfügung steht.

Zu überdenken ist die Festlegung, dass künftig jeder Patient über das Entlassmanagement informiert werden muss, unabhängig davon, ob er es benötigt. Die Zustimmung oder Ablehnung sind schriftlich zu dokumentieren. Das Musterschreiben dazu umfasst fünf DIN A4-Seiten. Rechnet man die zur Erläuterung des Verfahrens notwendige Arbeitszeit auf ca. 13 Millionen stationär behandelte Patienten im Jahr hoch, dann stellt sich die Frage, ob diese Zeit nicht sinnvoller für die Belange des Patienten eingesetzt werden könnte.

Der Rahmenvertrag sieht weiterhin vor, dass stets ein Ansprechpartner für Entlassmanagement im Krankenhaus zur Verfügung steht. Hier hätte ich mir eine Präzisierung der zu erbringenden Leistungen gewünscht. Geht es um die Möglichkeit, Rückfragen zu bereits entlassenen Patienten klären zu können? Oder darf eine Beratung zur Versorgung in stationärer Behandlung befindlicher Angehöriger eingefordert werden? Wer die Arbeit von Entlassmanagern und des klinischen Sozialdienstes kennt, der weiß, welche umfassenden Kenntnisse für ihre Tätigkeit erforderlich sind. Ohne zusätzliches geschultes Personal ist eine solche Forderung kaum zu realisieren. Allerdings fehlen abends und am Wochenende auch die Ansprechpartner bei anderen Leistungserbringern.

In manchen Punkten dieses Vertrages ist man, wenn auch in bester Absicht, über das Ziel hinaus geschossen. Ich wünsche mir, dass die Vertragspartner noch einmal das Gespräch miteinander suchen und den Mut zu Nachbesserungen aufbringen.

Dipl.-Med. Sabine Ermer  
Vorstandsmitglied

## Arztzahlen für Sachsen

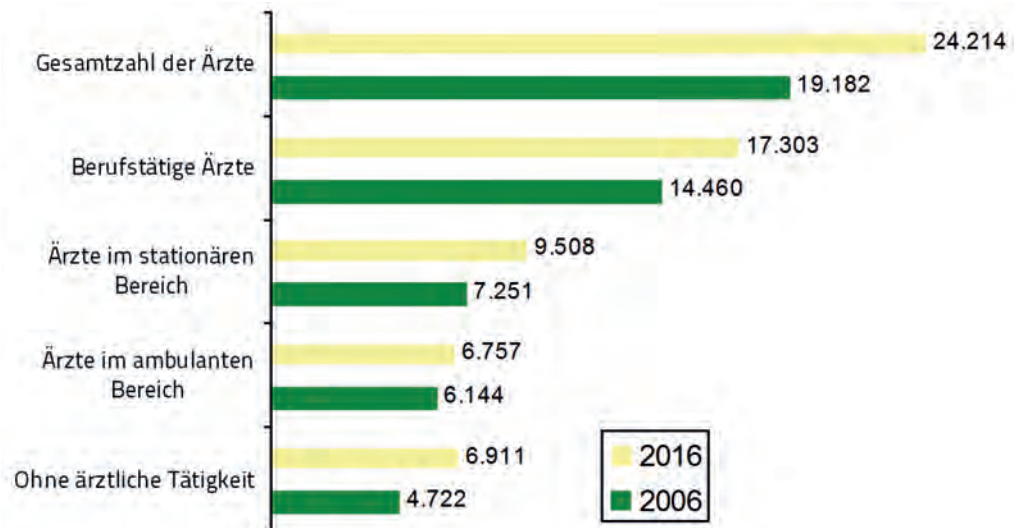
Zum 31. Dezember 2016 waren 24.214 Ärzte bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet. Dies sind 438 Ärzte mehr als im Jahr zuvor. 17.303 Ärzte sind derzeit in Sachsen auch ärztlich tätig (+ 373) davon 9.508 im stationären (+ 135) und 6.757 im ambulanten Bereich (+ 90). Ein Vergleich von 2006 und 2016 zeigt Grafik 1.

### Angestellt statt Einzelkämpfer

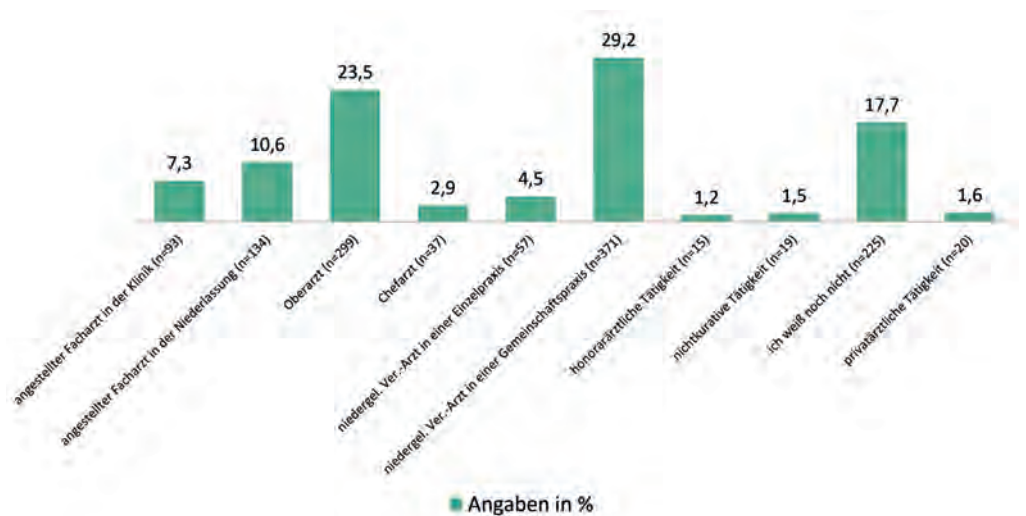
Im ambulanten Bereich setzt sich trotz der steigenden Zahlen der Bedarf an Ärzten weiter fort. Vor zehn Jahren gab es noch 5.794 Ärzte mit eigener Praxis. Diese Zahl sank bis Ende 2016 um 455 auf 5.339 niedergelassene Ärzte. Dagegen stieg im gleichen Zeitraum die Zahl der in Niederlassung angestellten Ärzte von 350 auf 1.418 Ärzte an. Allein im Erzgebirgskreis gibt es laut Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Sachsen 37,5 offene Hausarztstellen. „Immer weniger Ärzte möchten eine eigene Praxis übernehmen. Sie arbeiten lieber als Angestellte in einer stadtnahen Praxis. Bedenklich ist dies vor allem für die ländlichen Bereiche. Daher muss das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Netzwerk ‚Ärzte für Sachsen‘ weiterhin mit gezielten Maßnahmen Nachwuchs für den ambulanten Bereich gewinnen.“, so Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Denn laut einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes unter 1.300 Assistenzärzten (65 Prozent Ärztinnen) können sich mehr als 30 Prozent der befragten Assistenzärzte eine Niederlassung und selbständige Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis vorstellen (Grafik 2). Und rund 80 Prozent der befragten Ärzte möchte zwischen 30 und 40 Stunden pro Woche arbeiten.

### Anteil der Ärztinnen

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 223 auf 9.114. Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärzten beträgt jetzt 52,7 Prozent. Die Anzahl berufstäti-



Grafik 1: Arztzahlen in Sachsen 2006 und 2016 im Vergleich



Grafik 2: Hartmannbund-Umfrage: Karriereziel von Assistenzärzten (n=1.270) in %.

© Hartmannbund

ger Ärzte erhöhte sich dagegen nur um 150 auf 8.189 (47,3 Prozent).

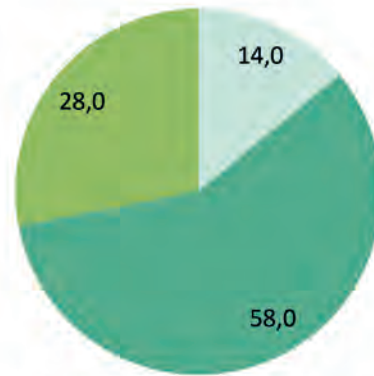
### Hartmannbund-Umfrage

Wenke Wichmann, Weiterbildungsassistentin in Dresden und Ausschussmitglied der Assistenzärzte im Hartmannbund, kommentiert mit Blick auf die Arztzahlen in Sachsen die Ergebnisse der Hartmannbund-Umfrage so: „Dass 65 Prozent der Befragten angaben, keine ausreichende Personaldecke zu haben, dass über 50 Prozent der Befragten ihre Pausenzeiten selten oder nie einhalten können, dass noch immer 52 Prozent der Befragten ihre Überstunden nicht dokumentieren, zeigt, dass trotz steigender Arztzahlen vielerorts noch immer ein großer Hand-



Wenke Wichmann, Weiterbildungsassistentin in Dresden und Ausschussmitglied der Assistenzärzte im Hartmannbund  
© Hartmannbund

lungsbedarf besteht. Und so überrascht es mich nicht, dass schon jetzt 44 Prozent der Assistenzärzte ihr Karriereziel in der Niederlassung sehen. Die Arbeitsbedingungen in der Niederlassung werden allgemein hin – vorzugsweise in einer Gemeinschaftspraxis – als flexibler und familienfreundlich wahrgenommen. Die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist – auch vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin – ein immer wichtiger werdendes Kriterium bei der Stellenwahl.“ Die Hart-



- wird meine ärztliche Tätigkeit mehrheitlich positiv unterstützen (n=178)
- wird meine ärztliche Tätigkeit mehrheitlich negativ beeinflussen (n=736)
- kann ich nicht einschätzen (n=356)

Grafik 3: Informationen aus dem Internet – Auswirkung auf die ärztliche Tätigkeit (n=1.270)  
© Hartmannbund

mannbund-Umfrage hat auch ergeben, dass bei 61 Prozent der Befragten das Privatleben unter der Arbeitsbelastung leidet.

### Ausländische Ärzte

2.517 (+ 96) ausländische Ärzte aus 94 Nationen sind derzeit bei der Sächsischen Landesärztekammer insgesamt gemeldet. Davon sind 2.288 berufstätig. Die meisten ausländischen Ärzte stammen aus der Tschechischen Republik (376), der Slowakei (274), aus Polen (233), Rumänien (180), der Russischen Föderation (152), Bulgarien (114), der Ukraine (99) und Ungarn (96).

Die Zahl der syrischen Ärzte hat sich in den letzten drei Jahren von 52 auf 182 mehr als verdreifacht. Der Anteil der berufstätigen ausländischen Ärzte ist in Bezug auf die Gesamtzahl der berufstätigen Mediziner von 12,9 Prozent in 2015 auf heute 13,5 Prozent gestiegen.

Erik Bodendieck betont ausdrücklich, „dass einige sächsische Kliniken den Betrieb mancher Stationen ohne die ausländischen Ärzte nicht aufrechterhalten könnten, weil sie in Deutschland keine Mediziner finden“. Der Präsident setzt zur besseren Verständigung zwischen Ärzten

oder mit den Patienten auf berufs begleitende Integrationskurse. Viele Krankenhäuser in Sachsen bieten bereits solche Kurse an. Die im letzten Jahr eingeführte Fachsprachprüfung trägt ebenfalls dazu bei, dass die Verständigung verbessert wird. Über 90 ausländische Ärzte aus 41 Ländern haben diese Prüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer bisher vor ihrem Berufseinstieg abgelegt.

### Apps, Dr. Google & Co.

Ob die Digitalisierung den Bedarf an Ärzten beeinflussen wird, ist dagegen derzeit vollkommen offen. Laut der Umfrage des Hartmannbundes glauben nur 27 Prozent der Assistenzärzte, dass digitale Anwendungen ihre Tätigkeit positiv beeinflussen werden. 66 Prozent können dies nicht beurteilen. Und die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte beurteilen nur 40 Prozent positiv für den ärztlichen Alltag. Über 44 Prozent können es nicht einschätzen. Aber 58 Prozent sind sich sicher, dass sich die Vorinformation von Patienten über das Internet negativ auswirken wird (Grafik 3).

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## STEX in der Tasche – wie weiter?

### Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Auch in diesem Jahr lädt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu zwei

### Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte

**am 2. Mai 2017 ab 11.00 Uhr in das Studienzentrum der Universität Leipzig, Liebigstraße 27, 04103 Leipzig**

sowie

**am 17. Mai 2017 ab 11.30 Uhr in das Dekanat (Haus 40) der Technischen Universität Dresden, Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.**

Einführend wird es im Hörsaal einen Vortrag zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung sowie eine Podiumsdiskussion zum Thema Weiterbildung mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer und Ärzten in Weiterbildung aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung geben.



Besucher der STEX-Veranstaltung in Leipzig

© SLÄK

Erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer informieren und beraten Sie im Foyer vor, während und nach der Plenarveranstaltung zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich und
- 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 und
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltungen ist gesorgt.

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

Den Einladungsflyer für Dresden und Leipzig können Sie sich demnächst auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer herunterladen.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Entlassmanagement aktuell

**Neue Regelungen zum 1. Juli 2017 bundesweit verbindlich**

*„Ich kam nach Hause und da war der Kühlschrank leer. Bin am Freitag nachmittag aus dem Krankenhaus entlassen worden. Meinen Hausarzt konnte ich für die Verordnung der Medikamente nicht erreichen. Der Pflegedienst ist vom Krankenhaus wohl spät informiert worden und kam dann erst nach 18 Uhr zu mir. Glücklicherweise hat meine Nachbarin nach mir geschaut.“*  
(Quelle: Patient, 83 Jahre)

Am 13. Oktober 2016 hat das Schiedsamt den Rahmenvertrag Entlassmanagement festgelegt, da in langen Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes kein Konsens erreicht werden konnte. Strittige Punkte waren unter anderem die Vergabe der lebenslangen Arztnummer an alle Krankenhausärzte, die Leistungen im Sinne des Entlassmanagements erbringen, und die zukünftige Regelung, dass jeder Patient einen Anspruch auf Entlassmanagement hat. Ziel des Rahmenvertrages ist eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Die Regelungen aus dem Vertrag sind nach dem Schiedsspruch bundesweit verbindlich und werden zum 1. Juli 2017 in Kraft treten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat im Januar 2017 Klage gegen diesen Schiedsspruch eingereicht. Es ist allerdings umstritten, ob diese Klage aufschiebende Wirkung haben wird. Bei Drucklegung dieses Artikels plante die Deutsche Krankenhausgesellschaft, diese Klage zurückzuziehen. Daher wird allen Krankenhäusern dringend empfohlen, sich auf eine verpflichtende Umsetzung ab dem 1. Juli 2017 vorzubereiten.



© TK

### Worauf müssen sich Krankenhäuser zukünftig einstellen?

Jeder Patient muss künftig, zumindest formal, in ein Entlassmanagement eingebunden werden – unabhängig davon, ob er es benötigt oder nicht. Bei Aufnahme müssen eine Einwilligungserklärung und ein Patienteninformationsblatt unterschrieben werden. Diese beiden Dokumente sind bereits vorgefertigt in der Anlage 1a des Vertrags verankert. Weiterhin müssen sowohl schriftliche Standards zum Entlassmanagement in jedem Krankenhaus etabliert als auch die Verantwortlichkeiten verbindlich geregelt sein. Analog zum Expertenstandard für Entlassmanagement muss der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden. Bei einem komplexen Versorgungsbedarf ist ebenfalls ein differenziertes Assessment durchzuführen. Frühzeitig muss Kontakt mit dem Weiterversorger aufgenommen werden und am Entlassungstag muss das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten sorgen. Zudem muss zukünftig im Internetauftritt des Krankenhauses über Entlassmanagement informiert werden.

### Verordnungsrecht

Krankenhausärzte dürfen mit Inkrafttreten der Vereinbarung Arzneimittel sowie Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Sozio-

therapie verordnen. Die Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a SGB V ist zu prüfen und, falls erforderlich, spätestens am Entlassungstag auszustellen. Beim Verordnungsrecht gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Hier liegt ein erhebliches Konfliktpotenzial, da die GBA-Richtlinie der Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankschreibung und Krankenhaustransporten den Krankenhausärzten bisher weitgehend unbekannt ist. Die Krankenhäuser unterliegen dabei dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Wenn auf die Entlassung des Patienten ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, können Medikamente auch mitgegeben werden. Die Mitgabe hätte Vorrang, wenn die medikamentöse Behandlung durch die Reichweite der mitgegebenen Medikamente abgeschlossen werden kann.

Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel muss die Behandlung/Verordnung innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein. Auch bei der Soziotherapie sind die Therapieeinheiten so zu bemessen, dass sie sieben Kalendertage nach der Entlassung aufgebraucht sind. Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (zum Beispiel Gehhilfen, Orthesen) unterliegen keiner Begrenzung der Verordnungsdauer. Auch die Arbeitsunfähigkeit darf zukünftig für sieben

Tage nach der Entlassung von einem Krankenhausarzt festgestellt werden. Damit ein Krankenhausarzt eine Verordnung verschreiben kann, benötigt er nach dieser Rahmenvereinbarung eine lebenslange Arztnummer von einer Kassenärztlichen Vereinigung. Dieser Part der Rahmenvereinbarung wird aktuell noch angepasst. DKG und GKV-Spitzenverband werden aller Voraussicht nach ein Verzeichnis aller im Krankenhaus tätigen Ärzte führen. Unabhängig vom Vorhandensein einer Arztnummer oder eines Verzeichnisses muss der das Rezept unterschreibende Arzt nach § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) mit Namen/Vornamen und der Berufsbezeichnung aufgeführt sein.

### **Kommunikation zwischen den Leistungserbringern**

Das Krankenhaus muss den Informationsaustausch sicherstellen. Das bedeutet unter anderem, dass stationäre Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste (falls erforderlich) über den Entlassungstermin informiert werden müssen, bei einem komplexen Versorgungsbedarf ein Termin beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden muss, und dass ein Entlassungsbrief an alle Beteiligten übersandt wird. Die Inhalte des Entlassungsbriefes sind konkret in der Rahmenvereinbarung definiert. Eine wichtige Neuerung ist, dass im Entlassungsbrief die Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners im Krankenhaus angegeben werden muss. Dieser ist

mindestens Montag bis Freitag von 9.00 bis 19.00 Uhr und Samstag/Sonntag 10.00 bis 14.00 Uhr erreichbar. Auch einweisende Ärzte sollen das Krankenhaus im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (zum Beispiel Überleitungsbrief, Medikationsplan, Angaben zu Pflegestufe etc.) soweit wie möglich über den Patienten informieren und für Rücksprachen erreichbar sein.

### **Definition Entlassmanagement**

Alle diese jetzt sehr konkreten Vorgaben für das Entlassmanagement durch den Schiedsspruch fußen auf den fachlichen Diskussionen und Best Practice Ansätzen der letzten zehn Jahre. In Deutschland sowie im internationalen Raum gibt es bisher zwar keine allgemeingültige Definition für Entlassmanagement. Allgemein wird mit dem Begriff Entlassmanagement der Vorgang der Überleitung des Patienten aus der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung beschrieben.

Beim Entlassmanagement handelt es sich stets um einen Prozess zur Unterstützung des Patienten, mit einer Abfolge mehrerer Handlungsschritte. Unterschiedliche Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Versorgung sind neben dem Patienten und gegebenenfalls seinen Angehörigen involviert. Konsequenzen einer unzureichenden Entlassungsplanung im Krankenhaus sind unter anderem:

- eine mangelhafte, diskontinuierliche Versorgung der Patienten,
- ungeplante Wiederaufnahmen,
- hohe, vermeidbare Folgekosten und
- die Unzufriedenheit aller beteiligten Akteure.

### **Expertenstandard für Entlassmanagement**

Der Versuch, den optimalen Ablauf eines Entlassmanagements, unterteilt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darzustellen, wird im Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) unternommen.

Die Schlüsselfunktionen im Entlassmanagement werden in diesem Standard von Pflegekräften übernommen. Aufgaben anderer Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten) rücken in den Hintergrund. Der Expertenstandard (Stand 2009) bleibt in seinen Aussagen sehr allgemein und macht keine konkreten Vorgaben zur Umsetzung. Es wird der Klinikleitung überlassen, die getroffenen Aussagen auf die Praxis zu übertragen und für den Einzelfall zu konkretisieren. Dabei ist das Ziel, jedem Patienten mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme das Entlassmanagement anzubieten. In das sehr praxisnahe Konzept müssen alle Berufsgruppen eingebunden werden.

Das DNQP beschreibt den Prozess des Entlassmanagements wie folgt:



© depositphotos/racorn

### Aufnahme des Patienten

Nach Krankenhausaufnahme des Patienten führt die zuständige Pflegefachkraft innerhalb der ersten 24 Stunden eine kriteriengeleitete Einschätzung durch, ob für die Tage nach der Entlassung Unterstützungsbedarf vorhanden sein wird. Wenn möglich, sind bereits hier Angehörige mit einzubeziehen. Bei einem zu erwartenden Unterstützungsbedarf wird anschließend ein differenziertes Assessment mit dem Patienten durchgeführt, in welchem der konkrete Betreuungsbedarf nach der Entlassung ermittelt wird.

Berücksichtigt werden Defizite und Ressourcen sowie das persönliche Umfeld des Patienten. Diese Einschätzung muss in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf aktualisiert werden. Im Idealfall finden die genannten Einschätzungen unter Einbeziehung aller in die Betreuung involvierten Berufsgruppen in regelmäßigen Besprechungen statt. Somit wird eine ganzheitliche Sichtweise auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ermöglicht. Die notwendigen Assessment-Instrumente hierfür sowie Verfahrensregelungen für ein multidisziplinäres Entlassmanagement müssen von der Klinikleitung bereitgestellt werden. Dazu gehört auch die notwendige Qualifikation der Pflegefachkraft, zum Beispiel durch die Ausbildung „Casemanagement“, für die Aufgaben im Entlassmanagement. Dafür sind eine abgeschlossene Ausbildung zum Gesund-

heits- und Krankenpfleger, mindestens fünf Jahre Berufserfahrung, nachgewiesene Kommunikationsschulungen und eine berufsbegleitende Weiterbildung über eineinhalb bis zwei Jahre erforderlich.

### Entlassungsplanung

Auf Basis des differenzierten Assessments entwickelt die Pflegefachkraft in Abstimmung mit dem Patienten, seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen eine individuelle Entlassungsplanung:

- In welchen Bereichen benötigen der Patient und seine Angehörigen Unterstützung?
- Welche Heil- und Hilfsmittel können organisiert werden?
- Welcher Arzt übernimmt die ambulante Nachsorge?
- Sind Veränderungen in der Wohnung notwendig?

Stimmen Patient, Angehörige und beteiligte Berufsgruppen dem Versorgungsplan zu, kümmert sich die Pflegekraft um die notwendigen Bewilligungen, nimmt Kontakt zu den Apotheken und Home-care-Versorgern auf, organisiert Hilfsmittel, Medikamente und Verbandsmaterialien.

### Entlassung des Patienten

Nachdem vom behandelnden Arzt der Abschluss der medizinischen Behandlung im Krankenhaus und der Entlassungstermin festgelegt wurden, stimmt die Pflegefachkraft mit dem Patienten und allen beteiligten Berufsgruppen die erforderlichen

Maßnahmen ab und leitet diese ein. Die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen obliegt in der Regel dem Kliniksozialdienst. Wenn es eine andere weiterversorgende Einrichtung gibt (zum Beispiel Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst), bietet die Pflegefachkraft dieser eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten an. Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung wird mit dem Patienten eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durchgeführt und bei Bedarf notwendige Modifikationen eingeleitet. Abschließend führt die Pflegefachkraft innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung des Patienten eine Evaluation durch.

Die Beschreibung dieses Prozesses verdeutlicht, wie personalintensiv er ist. In Zeiten der Diagnosis Related Groups und des allgemeinen Stellenabbaus in der Pflege wird es immer schwerer für Krankenhäuser, diese Anforderungen umzusetzen. Trotzdem gaben 63 Prozent der Krankenhäuser 2014 in Deutschland an, den Expertenstandard umzusetzen. Allerdings zeigen weitere Umfragen, dass dies in vielen Krankenhäusern eher unvollständig und lückenhaft erfolgt. Durch eine weitere Studie des Deutschen Krankenhausesinstitutes von 2014 wurde bekannt, dass 75 Prozent der Krankenhäuser über schriftliche Standards verfügen, aber bisher nur 54 Prozent der Krankenhäuser ein initiales Assessment-Instrument nutzen.

### Statistik

Aus einer Studie des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen im September 2015 geht hervor, dass 48 Prozent der Patienten, die Unterstützung beim Übergang in den ambulanten Bereich benötigen, diese nur teilweise oder gar nicht bekommen. Nicht nur der Genesungsprozess wird dadurch unterbrochen, sondern auch ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus sind häufig die Folge. Diese werden in der Literatur meist als „Drehtüreffekt“ bezeichnet und treten in Deutschland im ersten Monat nach Entlassung in ca. 14 Prozent der Fälle auf.



Andere Quellen geben Rehospitalisierungsraten zwischen 20 Prozent und 50 Prozent innerhalb des ersten Monats nach Entlassung an.

Auch aus wirtschaftlicher Perspektive birgt eine Wiederaufnahme folgenreiche Konsequenzen für die Klinik und das deutsche Gesundheitssystem. Es ist davon auszugehen, dass die ökonomischen Folgen von einem schlechten oder fehlenden Entlassmanagement enorm sind. Wenn der Behandlungsprozess nicht ganzheitlich über alle Sektoren beurteilt und finanziert wird, sind Effizienzverluste an den Schnittstellen vorprogrammiert.

### Fazit

Die Vorgaben zum Entlassmanagement sind zum großen Teil sinnvoll und werden die Versorgung der Patienten gerade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer

Behandlung verbessern. Aber die Umsetzung der Vorgaben ist sehr aufwändig. Krankenhäuser, die die bekannten Standards bisher noch nicht umsetzen, sehen sich hier erheblichen Problemen ausgesetzt. Aber auch die Ausweitung des Entlassmanagements auf ausnahmslos alle Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird Zeit und Arbeitskraft medizinischen Personals binden, die für die Patientenbetreuung sinnvoller zu nutzen wäre.

Der Schulungs- und Umsetzungsaufwand unter anderem für die Arzneimittelrichtlinie darf nicht unterschätzt werden, da die für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Regelungen auch an der Schnittstelle ambulant/stationär gültig bleiben. Sinnvoll ist für jedes Krankenhaus, den Termin 1. Juli 2017 nicht aus dem Auge zu verlieren.

Krankenhäuser, die für Inhouseschulungen Referenten zu den verschiedenen GBA-Richtlinien benötigen, können sich gerne an die Sächsische Landesärztekammer oder an die Krankenhausgesellschaft Sachsen wenden (zum Beispiel zum Thema Arzneimittelrichtlinie bei der Krankenhausgesellschaft in Leipzig am 15. Mai 2017, nähere Infos unter [www.kgs-online.de/veranstaltungs-bereich](http://www.kgs-online.de/veranstaltungs-bereich)).

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat für die Vermittlung von versierten Referenten zu den verschiedenen Richtlinien ebenfalls ihre Unterstützung zugesagt.

Emily Hickmann  
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## CIRS-Fall:

### Amiodaron-Therapie

Der Fall des Monats November 2016 auf dem CIRS-Berlin Netzwerk handelt von einem Schnittstellenproblem zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Ein Patient sollte unter Dauermedikation mit Amiodaron kardiovertiert werden, da eine Kardioversion ohne Amiodaron nicht anhaltend erfolgreich gewesen war. Die Medikamententherapie besteht aus einer zehntägigen Aufdosierungsphase und einer anschließenden Erhaltungsdosis. Der behandelnde Kardiologe im Krankenhaus kommunizierte die Anweisung zur Gabe von Amiodaron am Telefon dem Hausarzt des Patienten.

Der Patient stellt sich einige Zeit später zu einer endoskopischen Untersuchung in einer anderen Praxis vor. Dem Gastroenterologen fällt auf, dass der Patient seit über zwei Wochen eine Dosis von 1.200 mg Amiodaron am Tag einnimmt. Dass auf die Erhaltungsdosis hätte umgestellt werden müssen, wurde

### Take-Home-Message

- 1) Die Gabe von potenziell toxischen Spezialmedikamenten (wie Amiodaron) sollte grundsätzlich schriftlich an den weiterbehandelnden Arzt kommuniziert werden.
- 2) Zur Absicherung der Arzneimitteltherapie, auch über Sektorengrenzen hinweg, gibt es mittlerweile das „Instrument des systematischen Medikationsabgleichs“ der ÄZQ ([www.aeqz.de/patientensicherheit/h5s/high5s-medrec](http://www.aeqz.de/patientensicherheit/h5s/high5s-medrec)).
- 3) Auch der Patient selbst sollte schriftlich und mündlich informiert werden.
- 4) Die neuen Regelungen zum Entlassmanagement könnten diese Probleme beheben helfen.

anscheinend nicht richtig zwischen dem Klinik- und dem Hausarzt kommuniziert.

Die Amiodaron-Therapie wurde zwei Tage lang pausiert und dann auf die

Erhaltungsdosis umgestellt. Der Patient überstand alles unbeschadet.

Link zum Fall: [www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1611-fall-141217.pdf](http://www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1611-fall-141217.pdf)

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung in Kraft getreten

Am 15. Dezember 2016 veröffentlichte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die neue Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Die Richtlinie soll bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen für die Krankenhausplanung ermöglichen. Bereits im Dezember 2015 wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) festgelegt, dass Qualitätsindikatoren zur Grundlage der Krankenhausplanung der Länder hinzugezogen werden sollten. Somit wurde dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum 17. März 2016 der Auftrag erteilt, Qualitätsindikatoren auszuwählen, die über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern bereits erhoben werden und für die „qualitätsorientierte Entscheidung der Krankenhausplanung geeignet sind.“ Diese Richtlinie ist ab 1. Januar 2017 gültig. Das Bundesministerium für Gesundheit hat zugestimmt.

Auch um das Vorgehen zunächst erst einmal zu testen, wurden vorerst nur Qualitätsindikatoren aus dem Fachgebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ ausgewählt. Sowohl bei gynäkologischen Operationen, in der Geburtshilfe und in der Mammachirurgie werden ab Mitte Mai 2017 insgesamt elf Qualitätsindikatoren übermittelt. In wie weit die Länder die übermittelten Daten für die Krankenhausplanung nutzen, ist den Ländern freigestellt.

Die elf vorerst identifizierten Qualitätsindikatoren aus dem seit 2001 an die Projektgeschäftsstelle externe Qualitätssicherung zu liefernden Indikatorenset sind:

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien):

- Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

- Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebesentfernung
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Geburtshilfe:

- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
- Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
- E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
- Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Mammachirurgie:

- Primäre Axilladisektion bei DCIS
- Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
- Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Ein weiterer Bestandteil des Auftrags vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestand in der Entwicklung eines Verfahrens zur Übermittlung der Ergebnisse. Die geforderten Datensätze sollen quartalsweise von den Krankenhäusern über die auf Landesebene beauftragte Stelle, in Sachsen die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, an das IQTIG geliefert werden. **Der 15. Mai 2017 ist somit der Stichtag für die erste Datenübermittlung.** Das IQTIG erstellt anschließend Zwischenberichte in Form von Quartals- und rollierenden Jahresauswertungen (immer die letzten 4. Quartale) sowie eine Gesamtjahresauswertung für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und übermittelt sie an die auf Landesebene beauftragten Stellen, welche sie wieder an die jeweiligen Krankenhäuser übermitteln. Das IQTIG muss die Jahresauswertung bis zum 1. September des Folgejahres an den Gemeinsamen Bundesausschuss schicken, der die Informationen bundes-

landbezogen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen zur Verfügung stellt. Der Abschluss des Verfahrens 2017 ist somit für September 2018 geplant.

Eine Datenvalidierung, in Sachsen durch die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, wird stichprobenartig sowie bei statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Der Auftrag kann an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) abgegeben werden. Wird nach der Datenvalidierung weiterhin (oder erstmals) eine statistische Auffälligkeit des gesamten Erfassungsjahres festgestellt, wird eine Stellungnahme vom Krankenhaus angefordert. Auf Basis dessen nimmt das IQTIG beziehungsweise eine zur Klärung der Auffälligkeiten hinzugezogene Fachkommission eine Bewertung möglicher relevanter Ausnahmetatbestände vor. Wenn nach der Datenvalidierung weiterhin ein statistisch auffälliges Ergebnis besteht, keine relevanten Ausnahmetatbestände geltend gemacht wurden und eine Bewertung durch das IQTIG unter Berücksichtigung vorliegender Hinweise erfolgt ist, gilt die Qualität als unzureichend.

In der Politik wird die Richtlinie zum Teil stark kritisiert. Fraglich ist, wie viele Länder sich der Krankenhausplanung nach Qualitätsindikatoren anschließen werden. Besonders kritisiert wird die Tatsache, dass gegebenenfalls einzelne Abteilungen durch die neue Handhabung in der Krankenhausplanung geschlossen werden müssen und es hierdurch zu Versorgungsengpässen (gerade im ländlichen Raum) kommen kann. Andererseits darf die Qualität der medizinischen Versorgung nicht aus dem Auge verloren werden. Kann unter dem Gesichtspunkt einer guten Erreichbarkeit eine nicht ganz so gute Qualität akzeptiert werden? Durch den Beschluss der Richtlinie „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ hat der Gemeinsame Bundesausschuss deutlich Stellung bezogen. Es wird spannend, wie sich in der Praxis im kommenden Jahr die Richt-

linie auf die Krankenhausplanung in Sachsen auswirken wird.

Wichtig ist, dass die betroffenen Abteilungen ein noch größeres Augenmerk auf die Dokumentationsqualität der zu liefernden Daten rich-

ten als bisher. Wir empfehlen dringend, dies für die Datenqualität in den letzten Jahren zu prüfen und Mängel spätestens für die Datenerfassung ab dem ersten Quartal 2017 abzustellen. Alle entsprechenden Abteilungen wurden diesbezüglich

von der Projektgeschäftsstelle Externe Qualitätssicherung informiert.

Emily Hickmann  
Assistentin der Ärztlichen Geschäftsführerin

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Qualitätssicherung Hämotherapie 2015

Die Umsetzung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ ist für die Einrichtungen der Krankenversorgung in Sachsen selbstverständlich geworden. Probleme bei der Bestellung von Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten mit den geforderten Qualifikationsvoraussetzungen, insbesondere bei personellen Veränderungen oder bei längeren Ausfällen wegen Krankheit,

sind jedoch wiederkehrende Fragestellungen. Die Sächsische Landesärztekammer bietet dazu entsprechende Kurse zur Unterstützung der Einrichtungen an. Der nächste Kurs findet am **17. und 18. Oktober 2017** statt.

Weiterführende Informationen dazu erhalten Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) – Fortbildung sowie im Referat Fortbildung, Telefon-Nr.: 0351 8267-325, E-Mail: [transfusionsmedizin@slaek.de](mailto:transfusionsmedizin@slaek.de).

Den Jahresbericht über die Ergebnisse der Qualitätssicherung finden

Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) im Bereich Qualitätssicherung – Qualitätssicherung, Blut und Blutprodukte.

Anfragen und Anregungen an:  
Kerstin Rändler  
Sachbearbeiterin Qualitätssicherung  
Telefon-Nr.: 0351 8267-381  
E-Mail: [quali@slaek.de](mailto:quali@slaek.de)

Kerstin Rändler  
Sachbearbeiterin Qualitätssicherung

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Sachsen: Umsetzung des Präventions- gesetzes

**Stellungnahme des Ausschusses Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer zur Landesrahmenvereinbarung gemäß § 20f SGB V zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Freistaat Sachsen**

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention hat der Bundestag 2016 Regelungen für eine zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen getroffen und Verantwortlichkeiten definiert. Die Umsetzung liegt nun in der Verantwortung der Länder. Sachsen hat als drittes Bundes-

land eine Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Umsetzung verabschiedet, in welcher die „Beteiligten und verantwortlichen Akteure“ definiert werden. „Diese Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung setzen sich gemeinsam dafür ein, weitere Partner für Prävention und Gesundheitsförderung im Freistaat Sachsen zu gewinnen und die Reichweite ihrer Aktivitäten zu erweitern.“ Das ist ein willkommener Hinweis, denn die Ausgestaltung liegt auch in den Händen der Empfänger, der Bedürftigen sowie der Erbringer von Gesundheitsförderung und Prävention. Ärzte spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie Angehörige aller gesellschaftlicher Schichten gleichermaßen erreichen, deren Vertrauen in Ge-



Prävention im Kindergarten

© Archiv

sundheitsaspekten genießen sowie diese bei Bedarf auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote ansprechen und motivieren können.



Gesundheitsvorsorge im Alter

© Archiv

Unter diesen Gesichtspunkten hat der Ausschuss für Prävention und Rehabilitation eine Stellungnahme erarbeitet, die der Verantwortung der Sächsischen Landesärztekammer und den gesundheitspolitischen Aufgaben Rechnung trägt und als Konsequenz dessen eine Vertretung der Sächsischen Landesärztekammer im Steuerungsgremium fordert. Folgende Positionen wurden dazu definiert:

1. Die Landesrahmenvereinbarung stellt eine sehr gute Basis dar, damit sich die Beteiligten gemeinsam für die Gesundheit der Menschen im Freistaat engagieren. Sie ermöglicht, durch eine noch stärkere Kooperation als bisher, trägerübergreifende Projekte und Maßnahmen im Interesse der Gesundheitsförderung und Prävention der Menschen im Freistaat Sachsen zu etablieren und zu fördern und so eine bessere Nachhaltigkeit zu erzielen.

2. Die Schwerpunktthemen für die gemeinsamen Projekte der nächsten Jahre sind mit

- Gesund aufwachsen,
  - Gesund leben und arbeiten einschließlich der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen und
  - Gesundheit im Alter
- sehr gut gewählt.

Damit werden die wichtigsten Lebenswelten der Bevölkerung abgebildet. Gerade der Zielbereich „Gesund leben und arbeiten einschließlich der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen“ greift auf, dass der Gesundheitszustand Erwerbsloser häufig schlechter ist und die Erwerbslosigkeit per se durch das soziale Ungleichgewicht diesen Unterschied noch verstärkt. Deshalb ist auch bei dieser Personengruppe sowie deren Angehörigen Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig.

Für die Mitglieder des Ausschusses Prävention und Rehabilitation erscheint es vor dem Hintergrund der aktuellen europäischen Bevölkerungsentwicklung außerdem wichtig, sich für die Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit Migrationshintergrund und für Asylsuchende mit Bleiberecht als Anteil einer wertschätzenden Integration zu engagieren. Gleiches gilt natürlich auch für deren Kinder.

3. Ziel der Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung ist es, gemeinsam

für mehr Gesundheit in Sachsen einzutreten. Da Gesundheit und Prävention zu den wesentlichen Aufgaben und Anliegen der Sächsischen Landesärztekammer und deren Ausschuss für Prävention und Rehabilitation gehören, bieten wir ausdrücklich unsere Unterstützung an. Denn eine erfolgreiche Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung für mehr Gesundheit und Prävention kann nur unter Einbezug medizinischen Sachverständigen erfolgen.

Die erfolgreiche Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung ist ein gemeinsames gesamtgesellschaftliches Anliegen. Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt dieses Anliegen ausdrücklich. Prävention und Gesundheitsförderung geht nur mit Ärzten und ist neben der Aufgabe der Sozialleistungsträger auch Aufgabe aller sächsischen Ärzte, einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Daher ist der Ausschuss Prävention und Rehabilitation bereit, eine Unterstützungserklärung entsprechend der Landesrahmenvereinbarung zu unterzeichnen und sich aktiv beratend bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes im Freistaat Sachsen einzubringen.

Dr. med. Inge Scherwinski  
Vorsitzende  
Ausschuss Prävention und Rehabilitation

## Erfahrungsaustausch der Sächsischen Heilberufekammern

Zu ihrem jährlichen Meinungs- und Erfahrungsaustausch trafen sich am 29. März 2017 die Präsidenten der Sächsischen Heilberufekammern im Hause der Sächsischen Landesärztekammer.

Dabei standen neben landespolitischen Themen, wie etwa die seit ca. einem Jahr von den Kammern durchgeführten Fachsprachenprüfungen, die Zukunft des Pharmazeutischen Instituts an der Universität in Leipzig und die Landesrahmenvereinbarung Prävention, vor allem bundesrechtliche Regelungen und Themenkomplexe im Vordergrund. Hier wurden insbesondere die Sachstände bei der Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte, der neuen Vergütung für Sprechstunden und Akuttherapie in der Psychotherapie ab 1. April 2017 und der Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte, der zahnärztlichen Approbationsordnung und der verschiedenen Ausbildungsordnungen ausgetauscht.

Daneben wurden die Auswirkungen verschiedener aktueller Gesetze beziehungsweise Gesetzesvorhaben, wie etwa die Cannabisgesetzgebung, das Korruptionsbekämpfungsgesetz, das Pflegeberufsgesetz, das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz und das Bundeskriminalamt-Gesetz diskutiert.

Auch der Stand der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, die an Finanzierungsfragen zu scheitern droht, und die bevorstehende Bundestagswahl mit Blick auf die gesundheitspolitischen Inhalte der Wahlprogramme der Parteien wurden erörtert.

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer



Dr. med. vet. Uwe Hörügel, Präsident der Sächsischen Landestierärztekammer; Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer; Andrea Mrazek M.A., M.S. (USA), Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer; Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; Dr. med. Mathias Wunsch, Präsident der Landeszahnärztekammer Sachsen (v.l.) © SLÄK

Anzeige

# 22. Dresdner Ärzteball & Party

BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM



Samstag,  
29. April 2017  
Empfang ab 18 Uhr

Schloss Albrechtsberg  
Bautzner Straße 130  
01099 Dresden

<b>Ballkarte „Kronensaalebene“</b>	
für Mitglieder KÄK	80 €
Nichtmitglieder	100 €
<b>Ballkarte „Gartensaalebene“</b>	
für Mitglieder KÄK	65 €
Nichtmitglieder	85 €
<b>Ballkarte für Studenten</b>	15 €

**Kreisärztekammer Dresden (Stadt)**  
 Sekretariat: Frau Rasche  
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
 Tel. 0351 8267-413 • Fax 0351 8267-446  
 Anmeldung telefonisch oder per E-Mail  
 an [info@kreisaerztekammer-dresden.de](mailto:info@kreisaerztekammer-dresden.de)

Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Präsentiert von [www.kreisaerztekammer-dresden.de](http://www.kreisaerztekammer-dresden.de)

## Kinderwunsch – Wunschkind

### Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin



Der Wunsch nach einem Kind kann stark sein und die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin sind inzwischen weit fortgeschritten. Viele Paare kommen mit großen Hoffnungen in Arztpraxen und Beratungsstellen. Die späte Familiengrün-

dungsphase und das mitunter hohe Durchschnittsalter von Müttern bei der Erstgeburt erschweren jedoch die Erfolgsaussichten.

Aktuelle gesellschaftliche Diskussionen, wie etwa zum Einfrieren von Eizellen, werfen zusätzlich ethische Fragestellungen, auch nach der Ökonomisierung von individueller Familien- und Lebensplanung, auf. Der persönliche Lebensentwurf, das eigene Familienbild oder gesellschaftliche Entwicklungen sowie Werte und Normen spielen dabei eine wichtige Rolle. Gibt es das Wunschkind auf Bestellung? Welche Wünsche kann die Reproduktionsmedizin wirklich erfüllen? Wo sind die medizinischen und ethischen Grenzen? Warum schieben junge Paare die Familiengründungsphase immer weiter nach hinten?

Diese und weitere Fragen werden im Dialog mit dem Publikum und Experten aus der Perspektive der Reproduktionsmedizin, der Beratungsstellen und aus christlicher Sicht diskutiert. Der Abend dient der Information, der Aufklärung und soll auch Mut machen, Fragen zu stellen und miteinander ins Gespräch zu kommen.

Die Referenten sind:

- Dr. med. Hans-Jürgen Held, Dresden, Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Vorsitzender der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“, Sächsische Landesärztekammer,

- Dr. Anne Katrin Olbrich, Pirna, Psychologische Beraterin, Schwangerschafts(konflikt)beratung, Ehe- und Lebensberatung,
- Prof. Dr. Hans-Ulrich Dallmann, Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Professur für Theologie und Ethik,
- Cordula Leidner, Bad Klosterlausnitz, Gemeinschaft Christlichen Lebens (GCL).

Moderation: Eva Brackelmann, Dresden, Geschäftsführerin Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen Sachsen e. V.

Anschließend finden Gespräche mit den Referenten an Thementischen statt.

**Kinderwunsch – Wunschkind**  
**2. Mai 2017, 19.00 Uhr**  
**Deutsches Hygiene-Museum**  
**Dresden**  
**Freier Eintritt.**

Eine Kooperationsveranstaltung mit der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsen, dem Bistum Dresden-Meißen, der Evangelischen Aktionsgemeinschaft für Familienfragen Sachsen e. V. und dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden.

Kristina Bischoff M.A.  
 Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“

## Medizin am Lebensende

### Kursangebot „Palliativmedizin – eine Standortbestimmung für ärztliche Senioren“

Für ärztliche Senioren des Kammerbezirkes Leipzig findet oben genannter

Kurs am **15. Mai 2017, 16.00 Uhr** in der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Braunstraße 16, 04347 Leipzig statt.

Anmeldungen nimmt Marco Madysa, Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer, unter der Telefon-Nr. 0351 8267-348,

Fax-Nr. 0351 8267-322 oder per E-Mail [fortbildungskurse@slaek.de](mailto:fortbildungskurse@slaek.de) entgegen.

Teilnahmegebühr: 18,00 Euro

Dr. med. Ute Göbel  
 Vorsitzende des Seniorenausschusses

## Umgang mit traumatisierten Patienten

Unter dem Titel „Psychotraumatologie und traumainformierte Gesprächsführung“ setzt das Curriculum den Fokus auf die konkrete Gesprächssituation im Zusammentreffen mit traumatisierten Patienten. Ein vierteiliges Blockseminar wird die Teilnehmer in die Lage versetzen, durch praktische Übungen in verbaler Intervention, intensiver Gruppenarbeit und Supervision mögliche Unsicherheiten oder Abwehrreaktionen im Umgang mit traumatischen

Patienten zu erkennen und abzulegen. Durch positive Erfahrungen in der Gruppenarbeit, interkollegialem Austausch und in der Bewusstmachung und Anwendung der gelernten Fähigkeiten und Fertigkeiten in der täglichen Praxis mit anschließender Rückmeldung positivem, aber auch negativem Erlebens im nächsten Block, werden die Teilnehmer ermutigt und auch befähigt, Traumatisierungen zu erkennen, zu thematisieren sowie zu intervenieren.

Angesprochen sind Ärzte aller Fachrichtungen, die in der täglichen Basisversorgung in der Notaufnahme,

im Klinikalltag oder in der Niederlassung tätig sind, um sich Kompetenzen im Umgang mit traumatisierten Menschen anzueignen.

Das Curriculum „Psychotraumatologie und traumainformierte Gesprächsführung“ (40 Stunden) findet unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Julia Schellong in vier Blöcken – beginnend am 22./23. September 2017 – in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden statt.

Dr. med. Kirsten Schubert-Fuchs  
Mitglied der Sächsischen Akademie für  
ärztliche Fort- und Weiterbildung

## Konzert und Ausstellungen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Lutz Bleidorn  
WaldLandschaft – Malerei, Zeichnung  
bis 23. April 2017

Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann  
27. April bis 9. Juli 2017  
Vernissage:  
Donnerstag, 27. April 2017, 19.30 Uhr  
Einführung: Mathias Wagner, Kunsthistoriker, Staatliche Kunstsammlungen  
Dresden

### Programmorschau

11. Juni 2017, 11.00 Uhr  
Junge Matinee „Violine Plus“  
Große Talente der Violinklasse von  
Prof. Annette Unger stellen erneut ihr  
Können unter Beweis.  
Studierende der Hochschule für Musik  
Carl Maria von Weber Dresden

## Zwischenprüfung

### im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ **am Mittwoch, dem 7. Juni 2017, 9.00 – 11.00 Uhr**, in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, durch.

Teilnehmer der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **30. April 2017** zu erfolgen.

Auszubildende und Umschüler sind aufgefordert, das Ausbildungsnachweisheft am Tag der Zwischenprüfung bei der Aufsichtsführung zur Sichtung durch die Sächsische Landesärztekammer einzureichen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintra-

gung des Berufsausbildungsvertrages der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter den Telefon-Nrn.  
0351 8267-170 /-171 oder -173  
zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Suchtmedizin kompakt

### Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis

**Herausgeber: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter**  
**Verlag: Schattauer Stuttgart,**  
**3. Auflage, 2017,**  
**310 Seiten mit 61 Abbildungen und 105 Tabellen.**  
**ISBN: 978-3-7945-3162-2**  
**Preis: 44,99 Euro**



Der neue Tretter „Suchtmedizin kompakt“ ist gerade erschienen. Praktisch und übersichtlich, dabei meist knapp und auf das Wesentliche beschränkt mit trotzdem detaillierten therapeutischen Vorschlägen, gibt der Band viele Anregungen und taugt für den Alltag und beim Not-

fall in Klinik und Ambulanz. Er kann auch nichtärztliche Berufsgruppen sehr ansprechen.

Nach einem kurzen einleitenden Kapitel wird auf die Ursachen von Suchterkrankungen eingegangen. Hier kommt im Abschnitt über die Neurobiologie der Sucht für ein Werk mit dem Titel „Suchtmedizin kompakt“ eine sehr umfangreiche Behandlung synaptischer, intrazellulärer molekularer Prozesse und anderer Effekte vor, für nicht speziell Interessierte sind die danach dargestellten Tretter'schen „Neurochemischen Mobiles“ für das Verständnis der Effekte auf verschiedene Transmitter bei den einzelnen Erkrankungen und Substanzgruppen von höherem anschaulichem Gewinn. Pathophysiologisch betrachtet, kommen in diesem Abschnitt die substanzbezogenen differenzen Auslenkungen der körpereigenen Homöostase in Richtung Parasympathikotonie oder Sympathikotonie zum Ausdruck, jeweils davon abhängig, ob die Substanzeffekte in den verschiedenen Stadien während des Konsums, einer Intoxikation oder im Entzug verfolgt werden.

Anregend ist in diesem Ursachenkapitel auch die Darstellung sozialer Faktoren der Suchtentstehung aus systemischer Perspektive. Allerdings werden in dem Problemfeld von Jugend und Sucht die umfassenden Erziehungsprobleme und der häufige Ausfall konsequenter sozialer Normensetzung für die Suchtentstehung nicht explizit thematisiert.

Vermisst werden auch Ausführungen zu Kindling und insbesondere zentralnervösen zytotoxischen Substanzeffekten, die zum Beispiel bei methamphetaminbezogenen Störungen die mangelnden Restitutionschancen begründen. Es überrascht und enttäuscht, dass die umfassende Methamphetaminproblematik, die insbe-

sondere Sachsen und Bayern, die Heimat des Herausgebers, seit Jahren über die Suchtkrankenhilfe hinaus gesamtgesellschaftlich beschäftigt, nicht breiter in allen ihren Facetten und Schwierigkeiten Darstellung findet.

Umfänglich und instruktiv werden dagegen die auf die Opiatabhängigkeit begrenzten Substitutionsfragen behandelt. Die im allgemeinen und speziellen klinischen Teil ausgeführten Sachverhalte sind ausnahmslos treffend und überzeugend umgesetzt. Verdienstvoll ist der kurze Überblick zu den Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS), bei denen ein kommendes Tätigkeitsfeld der Suchtmedizin markiert wird. Das gilt auch für die verschiedenen besprochenen verhaltensbezogenen Süchten.

Positiv wirkt die Anerkennung der Gültigkeit von Abstinenz als fundamentalem Therapieziel, auch wenn Abstinenz in praxi nicht bei jedem Betroffenen und stets im ersten Anlauf zu haben ist.

Am Rande zu bemerken bleibt, dass nach den aktuellen therapeutischen Erfahrungen die Bewertung von Nalmefene zu positiv ausfällt.

Ausführungen zu Drogennotfällen, Medikamentenliste, Drogenlexikon und ein breites Adressverzeichnis rundet die „Suchtmedizin kompakt“ gelungen ab.

Trotz der zu kurz gekommenen Behandlung der Methamphetaminthematik ist dieser neue „Tretter“ in der suchtmedizinischen Arbeit nicht verzichtbar und zu empfehlen.

Dr. med. Frank Härtel, Zwickau



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

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

**netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:**

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/C019	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Annaberg	24.04.2017
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
17/C020	Innere Medizin / Endokrinologie, Gastroenterologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	11.05.2017
17/C021	Innere Medizin / Endokrinologie, Gastroenterologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	11.05.2017
<b>Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>			
17/C022	Pathologie (häftiger Vertragsarztsitz innerhalb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	24.04.2017

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>			
17/D018	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (psychosomatisch orientierte Praxis)	Dresden, Stadt	24.04.2017
17/D019	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.04.2017
17/D020	Ärztliche Psychotherapie – Tiefenpsychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz in Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	24.04.2017
17/D021	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Dresden, Stadt	24.04.2017
17/D022	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.04.2017
17/D023	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	24.04.2017
17/D024	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Löbau-Zittau	24.04.2017
17/D025	Chirurgie (allgemeine Chirurgie/Unfallchirurgie/Traumatologie/D-Arzt)	Löbau-Zittau	24.04.2017
17/D026	Neurologie und Psychiatrie	Riesa-Großenhain	24.04.2017
17/D027	Chirurgie/SP Unfallchirurgie (ambulantes Operieren/D-Arzt)	Riesa-Großenhain	11.05.2017
17/D028	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Riesa-Großenhain	11.05.2017
17/D029	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	24.04.2017

17/D030	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	24.04.2017
---------	--	----------------	------------

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>			
17/L009	Allgemeinmedizin*)	Leipzig, Stadt	11.05.2017
17/L010	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	24.04.2017
17/L011	Innere Medizin*)	Borna	24.04.2017
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/L012	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipzig, Stadt	11.05.2017
17/L013	Urologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.04.2017
17/L014	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Delitzsch	11.05.2017

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 durch einen Nachfolger veröffentlicht:

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Innere Medizin*)	Annaberg-Buchholz	geplante Abgabe: 2018/2019
Allgemeinmedizin*)	Aue	geplante Abgabe: September/Oktober 2018

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*)	Zittau Ort: Hirschfelde	Abgabe: ab Juli 2017
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: ab Januar 2018

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

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Torgau	Abgabe: 01.10.2017

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

# Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Praxis

P. Spornraft-Ragaller

## Einleitung

Sexuell übertragbare Infektionen (STI's) haben in den Industrienationen in den letzten Jahren, insbesondere seit dem Jahr 2000, deutlich zugenommen. Dies liegt nicht zuletzt an der guten Behandelbarkeit der HIV-Infektion, die inzwischen ihren Schrecken verloren hat. Zahlreiche Hinweise sprechen für eine erhöhte Risikobereitschaft bei sexuellen Kontakten; in letzter Zeit zunehmend mit gleichzeitigem Drogengebrauch und Einnahme sexueller Stimulantien („Chemsex“). Durch die inzwischen auch in Deutschland zugelassene medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist damit zu rechnen, dass der Kondomgebrauch nachlässt und STI's noch weiter zunehmen, wenn die PrEP bei fehlender Kostenerstattung nicht wie vorgesehen ärztlich begleitet wird. Parallel zu der für die HIV-Infektion besonders vulnerablen Gruppe der MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) sind die häufigsten bakteriellen STI's, Chlamydieninfektionen und die Gonorrhoe, schon seit vielen Jahren besonders unter jungen Erwachsenen beiderlei Geschlechts prävalent.

Während zur HIV-Infektion schon seit Jahren vielfältige Informationsmöglichkeiten bei Gesundheitsämtern und unterschiedlichen Trägern der Prävention vorgehalten werden, erstrecken sich die Präventionsangebote erst seit relativ kurzer Zeit auch auf andere STI's. In diesem Sinne ist auch die jüngste Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu verstehen, die junge Menschen mit Plakaten und Flyern darauf aufmerksam machen möchte, bei entsprechenden Symptomen einen Arzt aufzusuchen. Während dies bei jungen Frauen in der Regel gleichzeitig mit der gynäkologischen Krebsvorsorge abgedeckt werden kann, sind junge Männer deutlich schwerer zu erreichen.

Daher ist es wichtig, dass auch Allgemeinärzte über die wichtigsten STI's informiert sind.

## Syphilis

Die Häufigkeit der Syphilis hat etwa seit dem Jahr 2001 in Deutschland sprunghaft zugenommen. Im selben Jahr war nach dem neuen Infektionsschutzgesetz die Labormeldepflicht etabliert worden, die die Arztmeldungen nach dem früheren Bundesseuchen-Gesetz ablöste. Da der Anstieg nicht Frauen, sondern nur Männer und überwiegend MSM betraf, kann von einer tatsächlichen Steigerung ausgegangen werden. Seit 2010 ist eine weitere Zunahme der Fälle um jährlich etwa 20 Prozent zu beobachten. So ist nach den aktuellsten Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) die bundesweite Inzidenz von 7,1 Fällen 2014 auf 8,5 Fälle/100.000 Einwohner 2015 [1,2] angestiegen. Hauptsächlich betroffen sind Großstädte, an erster Stelle Berlin; bei den Flächenstaaten hatte Sachsen 2015 noch vor Nordrhein-Westfalen die höchste Syphilis-Inzidenz bundesweit.

Der Erreger ist *Treponema pallidum*, eine Spirochäte, die nicht anfärbbar und in der Routinediagnostik auch nicht anzüchtbar ist.

## Klinik

Die Syphilis wird außerhalb klassischer Screening-Situationen wie zum Beispiel bei der Blutspende, während der Schwangerschaft oder beim

regelmäßigen STI-Screening HIV-Infizierter oft nicht erkannt, weil Hautveränderungen oft nur zeitweilig bestehen, meist schmerzlos oder schlecht zugänglich sind (zum Beispiel intraanaler Primäraffekt) oder andere Erkrankungen imitieren können (zum Beispiel Exanthem der sekundären Syphilis als Mononukleose oder als Arzneimittelexanthem fehlgedeutet). Im weiteren Verlauf kann die Syphilis klinisch abheilen und als sogenannte Lues latens seropositiva bestehen bleiben.

Die Syphilis zeigt einen stadienhaften Ablauf: Ca. drei Wochen post infectionem kommt es an der Eintrittsstelle zu einem derben, schmerzlosen Ulcus (ulcus durum) mit regionaler Lymphknotenschwellung, dem Primäraffekt (PA). Dieser findet sich zu etwa 10 Prozent auch extragenital (zum Beispiel Lippen, intraanal) (Abb. 1). Bis zum Auftreten des Sekundärstadiums ist der PA häufig bereits abgeheilt.

Etwa neun Wochen nach Infektion tritt zu Beginn des Sekundärstadiums häufig ein zartes, verwaschenes makulöses Exanthem auf, das klinisch von einem Virusexanthem kaum zu unterscheiden ist (Roseola) und sich im Lauf der Zeit in ein distinkteres, größerfleckiges, bräunlich rotes Exanthem umwandeln kann (Abb. 2). Typisch, aber nicht immer vorhanden, sind Palmoplantar-Exantheme, die bei längerem Bestehen einen Clavus-artigen Aspekt entwickeln können (Clavi syphilitici).



Abb. 1: Syphilis Primäraffekt an der Lippe

© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Petra Spornraft-Ragaller



Abb. 2: Syphilisexanthem im Sekundärstadium

© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Petra Spornraft-Ragaller

Schleimhautveränderungen finden sich insbesondere oral, zum Beispiel aphthös wirkende Läsionen, oft multipel und teilweise sehr schmerzhaft, sowie weißliche schleierartige Beläge auf den Tonsillen (Angina syphilitica) oder auf der Zunge (Plaques muqueuses). Perianal können sogenannte Condylomata lata auftreten; erregereiche, flache, nässende Vegetationen; nicht zu verwechseln mit HPV-bedingten Condylomata acuminata. Im Sekundärstadium kommt es nicht selten zu einem kleinherdigen „mottenfraßartigen“ Haarausfall und zu einer generalisierten Lymphknotenschwellung.

Nach Jahren können spätsekundäre Syphilide auftreten, die aufgrund des oft unspezifischen Befundes bei Verlust der Symmetrie nur schwer klinisch zugeordnet werden können. Nicht umsonst trägt die Syphilis die Bezeichnung „Chamäleon“ unter den Dermatosen, sodass bei jedem unklaren Hautbefund nach wie vor eine Syphilis-Serologie angestrebt

wird. Im Tertiärstadium treten ebenfalls eher einzeln stehende granulomatöse Herde auf, die destruirend wachsen können und mit einem fadenziehenden Sekret gefüllt sind; sogenannte Gummen. Hautveränderungen des Tertiärstadiums sind heutzutage selten, ebenso wie die klassischen neurologischen Manifestationen Tabes dorsalis und progressive Paralyse. In den letzten Jahren manifestiert sich das klinische Bild der Neurosyphilis häufig mit vaskulären Symptomen, zum Beispiel Apoplex (cave bei jungen Männern!), sowie mit Befall der Hirnnerven, insbesondere als Okulosyphilis, aber auch als Otosyphilis. Jeder plötzliche Seh- oder Hörverlust bei einer Risikopopulation oder bei jungen Menschen sollte auch an diese Diagnose denken lassen!

### Diagnostik

Wünschenswert ist der Direktnachweis in der Dunkelfeld- oder Fluoreszenz-Mikroskopie; dies gelingt je-

doch nur bei erregerreichen Läsionen (Primäraffekt, Condylomata lata) und ist somit wenig sensitiv. Die PCR ist sensitiver, schließt aber bei negativem Ausfall eine Syphilis nicht aus. Daher ist der Standard nach wie vor die serologische Stufendiagnostik, bestehend aus einem spezifischen Antikörper-Screening-Test (meist TPHA oder TPPA; das heißt Treponema pallidum Häm- beziehungsweise Partikelagglutinationstest) in Kombination mit einem nichttreponemenspezifischen Cardiolipin-Antikörpertest (CMT oder VDRL) zum Nachweis eines floriden Geschehens; bei positivem Ausfall wird oft schon vom Labor aus die 2. Stufe mit Nachweis spezifischer IgG- oder IgM-Antikörper durchgeführt (zum Beispiel Immunoblot). Die Syphilis hinterlässt keine Immunität; Mehrfach-Infektionen sind häufig. In diesen Fällen ist die Interpretation der serologischen Befunde oft schwierig und sollte nur im Verlauf und vom Spezialisten beurteilt werden.

Zur Diagnose einer Neurosyphilis ist neben der Erfassung möglicher klinischer Symptome eine Liquor-Untersuchung erforderlich, wobei der Antikörper-Index aus einem Serum-Liquor-Paar bestimmt wird.

### Therapie

Man unterscheidet hierbei nach Früh- und Spätsyphilis; die Neurosyphilis wird grundsätzlich intravenös behandelt (vgl. deutsche Leitlinie AWMF [3]).

Wenn eine Liquorpunktion nicht möglich oder vom Patienten nicht gewünscht ist, sollte im Zweifel wie eine Neurosyphilis behandelt werden. Alternativ kommt zum Beispiel bei Penicillin-Allergie auch eine orale Behandlung mit Doxycyclin in Betracht (cave Schwangere!), was jedoch in Hinblick auf die Therapieüberwachung die Ausnahme bleiben sollte.

HIV-Infizierte werden ebenso wie HIV-negative Patienten behandelt. Serologische Kontrolluntersuchungen sollen im ersten Jahr nach Therapie alle drei Monate stattfinden. Partner-Benachrichtigung: Bei primärer Syphilis sollen alle Sexualpartner

Tab. 1: Therapie der Syphilis

Früh-Syphilis (Dauer < 1 Jahr)	Einmal-Behandlung mit Benzathin-Penicillin 2,4 Mio E i.m. (jeweils 1,2 Mio E glutaal bds.)
Spät-Syphilis (Dauer > 1 Jahr)	Benzathin-Penicillin 2,4 Mio E i.m. an Tag 1, 8, 15
Neuro-Syphilis	Penicillin G 3 x 10, 5 x 5 oder 4 x 6 Mio E i.v.; alternativ: Ceftriaxon initial 4 g, dann 2 g/Tag als Kurzinfusion über 10 bis 14 Tage

der letzten drei Monate, bei sekundärer oder frühlatenter Syphilis der letzten zwölf Monate benachrichtigt und untersucht werden.

Wichtig ist ein Screening auch auf andere STI's, zumindest Gonorrhoe und Chlamydien-Infektionen, sowie sechs Wochen nach dem Risiko-Kontakt auf eine HIV- und Hepatitis-Infektion.

### Gonorrhoe

Eine weitere, den „klassischen“ Geschlechtskrankheiten zugehörige Infektion ist die Gonorrhoe. Sie gehört zu den häufigsten STI's weltweit. In Europa wurde für 2014 eine Inzidenz von 20 Fällen/100.000 Einwohner/Jahr ermittelt (European Centre of Disease Control and Prevention, ECDC) [4]. Für Deutschland existieren kaum Daten, da es außer in Sachsen hierfür keine Meldepflicht gibt. Nach Erkenntnissen der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) waren in den letzten Jahren einschließlich 2015 16 Fälle/100.000 Einwohner pro Jahr aufgefallen; die höchste altersspezifische Inzidenz liegt ebenso wie bei den europäischen Daten in der Altersgruppe der 15 bis 24-Jährigen (persönliche Mitteilung von Dr. med. Ingrid Ehrhard, LUA).

Der Erreger ist *Neisseria gonorrhoeae*, entdeckt durch Albert Neisser 1879, ein gramnegativer Diplococcus, der in erster Linie die Zylinder-Epithelien der Schleimhäute des Genitoanalbereichs befällt, aber auch die Konjunktiven (Ophthalmoblenorrhoe des Neugeborenen). Die Inkubationszeit ist kurz, meist nur drei bis sechs Tage, in Einzelfällen aber auch deutlich länger.

### Klinik

Entsprechend des Schleimhautbefalls kommt es zum Auftreten einer eitrigen Urethritis, die beim Mann meist symptomatisch verläuft und diesen in der Regel rasch einen Arzt aufsuchen lässt. Bei ausgeprägtem, insbesondere morgendlichem Fluor („Bonjour-Tropfen“) mit reichlich rahmig-purulenter Sekretion kann schon klinisch mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Gonorrhoe ausgegangen werden. Bei Frauen ist die genitale Infektion in etwa der Hälfte der Fälle jedoch asymptomatisch, sodass hier ein Infektions-Reservoir besteht; dies gilt auch bei Befall des Pharynx. Auch das Rektum kommt als Lokalisation in Betracht; bei Frauen durch abfließendes Sekret oder – bei beiden Geschlechtern – durch Analverkehr. Weiterhin kann es bei chronischer Gonorrhoe zu aufsteigenden Infektionen des Genitaltrakts kommen, bei Frauen bis hin zur PID (pelvic inflammatory disease) mit möglicher sekundärer Sterilität. Weitere Komplikationen der Gonorrhoe sind Arthritiden (Monarthritis gonorrhoeica) oder selten die disseminierte Gonokokken-Infektion (Gonokokken-Sepsis). Die Infektion des Neugeborenen im Geburtskanal mit der Folge einer Ophthalmoblenorrhoe ist durch die Credé'sche Prophylaxe (zum Beispiel Tetracyclin-Augensalbe) selten.

### Diagnostik

Der direkte Nachweis gelingt beim Mann mit symptomatischer Urethritis aus einem mit Methylen-Blau oder nach Gram gefärbten Abstrich, was aber in der Praxis – häufig außerhalb der Sprechstundenzeit – oft nicht durchführbar ist. Die am besten etablierte, sensitivste und hochspezifi-

sche Methode für alle Lokalisationen (urethral, genital, anal, pharyngeal) ist die PCR, die sowohl aus Abstrichmaterial oder auch Urin durchgeführt werden kann, wobei sich für Frauen Abstrichmaterial besser eignet. Vaginalabstriche und Cervix-Abstriche sind vergleichbar sensitiv [5]. Für die zusätzliche Kultur ist jedoch Abstrichmaterial aus der Urethra (beide Geschlechter) oder der Cervix am besten geeignet. Die Abstrich-Entnahme richtet sich nach dem Ort der Exposition; häufig asymptomatische Regionen wie der Pharynx sollten erfragt und mituntersucht werden.

Resistenzlage: *N. gonorrhoeae* hat im Lauf der Zeit gegen zahlreiche Antibiotika Resistenzen entwickelt (Sulfonamide, Penicillin, Tetracycline, Chinolone) und es kam in den letzten Jahren bei dem bis dahin gebräuchlichen Cefixim zu verminderter Empfindlichkeit [6] und Therapieversagen. Als die ersten Resistenzen auch gegen parenterale Drittgenerations-Cephalosporine (Ceftriaxon) gemeldet wurden und außer dem de facto nicht mehr verfügbaren Spectinomycin kaum noch weitere therapeutische Optionen bestanden, rief die WHO 2012 zu einem weltweiten Aktionsplan auf, um die antimikrobielle Surveillance zu verbessern [7].

Bei jeder symptomatischen Gonorrhoe sollte daher gleichzeitig zur PCR eine Kultur angelegt werden, um eine Resistenzbestimmung zu ermöglichen. Zwar sind die Erreger sehr empfindlich; bei ausgeprägtem Fluor kann aber auch ein normales Transportmedium (zum Beispiel Amies) versucht werden. Sowohl die Landesuntersuchungsanstalt (LUA) Sachsen, als auch das Institut für

Tab. 2: Therapie der Gonorrhoe

Therapie der unkomplizierten Gonorrhoe (urogenital, Pharynx):	Ceftriaxon 1 g i.m. oder i.v. + 1,5 g Azithromycin als Einmalbehandlung Bemerkung: Nach Hersteller-Vorgaben werden 1 g Ceftriaxon mit 3,5 ml 1 % Lidocain-Lsg. (ohne Adrenalin) verdünnt und tief intramuskulär injiziert; die i.v.-Gabe als Kurzinfusion ist daher in der Regel einfacher.
Wenn eine intramuskuläre Injektion nicht möglich ist oder eine intravenöse Gabe nicht zur Verfügung steht:	Alternativ: Cefixim 800 mg p.o. + 1,5 g Azithromycin. Cave: nicht ausreichend für die pharyngeale Gonorrhoe! Bei vorhandenem Antibiogramm aus einer Kultur können entsprechend auch andere Antibiotika eingesetzt werden; zu den jeweiligen Dosierungsempfehlungen, ebenso wie zur Therapie der komplizierten Gonorrhoe wird auf die deutsche Leitlinie (AWMF) verwiesen [8].

Medizinische Mikrobiologie am Universitätsklinikum Dresden beteiligen sich an der bundesweiten mikrobiologischen Surveillance des RKI im Rahmen des GORENET, mit Übermittlung der Kulturen an das Konsiliarlabor für Gonokokken in Berlin.

### Therapie

Die kalkulierte Behandlung der Gonorrhoe erfolgt aufgrund der Resistenzlage heute dual [8].

Eine Therapiekontrolle wird empfohlen: Ab drei Tage nach der Therapie, wenn sich die Symptome nicht gebessert haben, mit Kultur zwei Wochen nach Therapie zumindest mit einer PCR, besser zusätzlich mit einer Kultur. Sämtliche Sexualpartner der letzten 60 Tage sollten informiert, untersucht und gegebenenfalls behandelt werden.

### Chlamydien-Infektionen

Chlamydien sind sehr kleine, gramnegative, obligat intrazelluläre Bakterien, die dort einem Vermehrungszyklus mit infektiösen und nicht infektiösen Zustandsformen unterliegen. Sie wurden erstmals 1907 in Bindehautzellen beim Trachom entdeckt (v. Prowazek), sind aber auch sehr häufige Erreger von STI's. Man unterscheidet bei Chlamydia trachomatis nach den Oberflächenproteinen verschiedene Serovare, die für unterschiedliche Krankheitsbilder verantwortlich sind: Die Serovare A-C für das Trachom, D-K für urogenitale Infektionen, sowie die Serovare L1-L3 für eine weitere klassische Geschlechtskrankheit, nämlich das Lymphogranuloma venereum (LGV).

### Chlamydia trachomatis-Infektionen der Serovare D-K

Sie sind nach Schätzung der WHO aus dem Jahr 2008 nach den Trichomonaden die häufigste sexuell übertragbare Infektion mit 106 Millionen jährlichen Neuinfektionen weltweit.

Sie betreffen wie die Gonorrhoe überwiegend junge Erwachsene beiderlei Geschlechts. Das ECDC berichtete 2014 über knapp 400.000 Infektionen aus 26 Ländern, was einer Inzidenz von 187 Infektionen/100.000 Einwohner entsprach. Die höchste altersspezifische Inzidenz mit etwa 63 Prozent der Fälle wies die Altersgruppe der 15 bis 24-Jährigen auf [9]. In Deutschland existiert für urogenitale Chlamydien-Infektionen keine Meldeflicht; nach der ergänzenden Meldeverordnung in Sachsen wurde im Jahr 2015 eine Inzidenz von 95 Fällen/100.000 Einwohner beobachtet (persönliche Mitteilung Dr. med. Ingrid Ehrhard, LUA). Im September 2007 wurde durch den GBA in Deutschland ein jährliches Chlamydienscreening bei jungen Frauen bis zu 25 Jahren als zusätzliche GKV-Leistung beschlossen. Leider wird das Screening aufgrund fehlender Unkostenerstattung an die Veranlasser der Leistung nur unzureichend umgesetzt.

### Klinik

Chlamydien der Serovare D-K befallen in erster Linie Mucosazellen und rufen überwiegend eine Urethritis und Cervicitis hervor.

Beim Mann kommt es zu einer in etwa 70 Prozent der Fälle symptomatischen Urethritis mit glasig-trübem urethralen Fluor, zum Teil auch eitrig, jedoch meist nicht in dem Ausmaß wie bei der Gonorrhoe. Eine klinische Unterscheidung ist jedoch nicht möglich. Häufig besteht eine Rötung des Meatus urethrae. Aufsteigende Infektionen im Sinne einer Epididymitis oder male accessory gland infection (MAGI) sind beschrieben, wenngleich sich der Nachweis schwierig gestaltet, da noninvasiv kaum Urethra-kontaminationsfreie Proben zu gewinnen sind. Der Einfluss aufsteigender Chlamydien-Infektionen auf die männliche Fertili-

tät ist nach wie vor umstritten [10]. Bei der Frau kommt es in erster Linie zu einer Cervicitis, teilweise begleitet von einer Urethritis. Die Symptomatik ist meist subklinisch. Die Infektion kann Monate oder sogar jahrelang bestehen und unbehandelt zu aufsteigenden akuten oder chronischen Infektionen im kleinen Becken im Sinne einer PID (Endometritis, Salpingitis, Oophoritis) bis hin zu einer Peritonitis oder Peri-Hepatitis führen. Entsprechende Beschwerden sind unter anderem akute oder chronische Unterbauchschmerzen, atypischer Ausfluss oder Blutungen, mit möglicher sekundärer Sterilität. Je nach Exposition können auch pharyngeale (insbesondere bei MSM) oder rektale Infektionen vorkommen. Infektionen durch Chlamydien der Serovare D-K verlaufen auch in diesen Lokalisationen häufig asymptomatisch. Eine weitere Komplikation ist eine reaktive Arthritis mit Bevorzugung der unteren Extremität (M. Reiter.)

### Nachweis

Nachweismethode der Wahl für Chlamydien-Infektionen ist heute die PCR-Diagnostik, idealerweise mit mindestens dualer Spezifität auch für Gonokokken und wenn möglich auch für Mykoplasmen und Trichomonas vaginalis. Für die Chlamydien-PCR wird beim Mann Erststrahl-Urin empfohlen, bei der Frau Cervix- und Vaginalabstriche (Urethra-Abstrich ist ebenso möglich). Sichtbarer Fluor beim Mann sollte, sofern zeitnah möglich, mikroskopisch (Methylenblau, Gramfärbung) untersucht werden, um eine Gonorrhoe auszuschließen.

Der Cervix-Abstrich zur Chlamydien-Diagnostik wird in der deutschen Leitlinie [10] nach wie vor an erster Stelle empfohlen, wobei derselbe Tupfer dann auch für die Vagina und das Vestibulum verwendet werden soll. Bei vergleichbarer Sensitivität [5] kann in der Praxis jedoch auch ein Vaginal-Abstrich als geeignet angesehen werden.

### Therapie

Nach wie vor ist Doxycyclin Mittel der ersten Wahl.

Tab. 3: Therapie der unkomplizierten Chlamydien-Infektion

Therapie der unkomplizierten Chlamydien-Urethritis und-Cervicitis:	Doxycyclin 100 mg 2 x 1 über 7 Tage (bei Schwangerschaft kontraindiziert)
Alternativ:	Azithromycin 1,5 g als Einmalgabe (1 bis 1,5 g in Schwangerschaft und Stillzeit als Erstlinientherapie)

Bei aufsteigenden Infektionen (PID, Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, MAGI) wird auf die Angaben der deutschen Chlamydien-Leitlinie (AWMF) [10] verwiesen, hier ist in jedem Fall eine fachärztliche Therapie anzustreben.

Bei Chlamydieninfektionen sollten sämtliche Sexualpartner der letzten sechs Monate getestet und gegebenenfalls behandelt werden; sofern ein Test nicht möglich ist, sollte dennoch eine kalkulierte Therapie erfolgen.

### Lymphogranuloma venereum (LGV)

Das LGV (syn. Lymphogranuloma inguinale) galt früher hierzulande noch als Tropenkrankheit und ist auch weiterhin in Teilen Afrikas, Asiens und Südamerikas endemisch. Etwa ab dem Jahr 2000 mehren sich Infektionen auch in Europa, ab 2003 mit ersten autochthonen Fällen überwiegend bei MSM. In Dresden wurde der erste Fall 2004 beobachtet [11]. Bei den etwa 1.400 im Jahr 2014 an das ECDC gemeldeten Fällen handelte es sich erneut nahezu ausschließlich um MSM [12]. Es besteht eine deutliche Assoziation mit einer HIV-Infektion.

Erreger ist *Chlamydia trachomatis* der Serovare L1-3. Da für die Diagnose-Sicherung aufwendigere Subtypisierungen erforderlich sind, die teilweise nur in Speziallaboren und damit nicht zeitnah zur Verfügung stehen, existieren für gesicherte Fälle nur unzureichende epidemiologische Daten. Es ist daher von einer erheblichen Untererfassung auszugehen. Insofern ist es wichtig, typische Symptome bereits klinisch zu erkennen.

### Klinik

Die LGV-Subtypen L1-L3 befallen nicht nur die Schleimhaut, sondern auch tiefere Gewebe und Lymphknoten. Sie rufen damit deutlich invasive Infektionen hervor als die Serovare D-K und verlaufen daher meist symptomatisch [10].

Im Primärstadium kommt es beim klassischen LGV nach etwa sieben bis zehn Tagen an der Eintrittsstelle im Genitalbereich zur Primärläsion,

Tab. 4: Therapie des Lymphogranuloma venereum

1. Wahl: Doxycyclin 100 mg p.o. 2x1 /Tag über drei Wochen
2. Wahl: Azithromycin 1,5 g Tag 1,8,15 oder Erythromycin 500 mg 4x /Tag p.o. über drei Wochen

einer kleinen Papel oder Erosion, die spontan wieder abheilen kann. Im Sekundärstadium nach im Mittel etwa 20 Tagen bildet sich eine unilaterale regionale entzündliche Lymphknotenschwellung (inguinales Stadium), die eitrig einschmelzen und perforieren kann (Abb. 3). Das anogenitorektale Sekundärstadium entspricht der Lokalisation der jeweiligen Primärläsion und äußert sich als Proktokolitis oder lymphatische Proliferationen. Im dritten oder Spätstadium des LGV, entstehen nach Jahren chronische, plattenartige Infiltrationen, Lymphödem und fistulierenden Prozessen, die häufig einer zusätzlichen chirurgischen Sanierung bedürfen.

In den Industrieländern äußert sich das LGV entsprechend der Hauptbetroffenengruppe jedoch weniger in der klassischen Form, sondern weit überwiegend als teilweise hämorrhagische Proktosigmoiditis, die endoskopisch nicht von einer entzündlichen Darmerkrankung unterschieden werden kann. Typisch sind proktitische Beschwerden mit Schleimabsonderungen. Auch bei Frauen mit Proktitis ist bei entsprechender Exposition hieran zu denken!

### Nachweis

Abstriche oder Gewebe für die PCR zum Nachweis von *Chlamydia trachomatis* und möglichst anschließende Subtypisierung hinsichtlich der LGV-Serovare.

Aufgrund der Invasivität können meist *Chlamydia trachomatis* IgG und IgA-Antikörper im Serum nachgewiesen werden; ihr Fehlen schließt die Erkrankung jedoch nicht aus. Die Histologie ist unspezifisch.

### Therapie

Aufgrund der höheren Invasivität und des schwereren Verlaufs erfordert das LGV eine Therapie über drei Wochen, sowohl in der „klassischen“ Form, als auch die LGV-Proktitis [10].

Die Kontrolle der vollständigen klinischen Abheilung ist erforderlich. Auch hier sollen alle Sexualpartner der letzten sechs Monate am besten in allen Lokalisationen diagnostiziert und behandelt werden; falls nicht möglich, sollte auch ohne Labornachweis therapiert werden [10].

Aufgrund der Assoziation mit einer HIV-Infektion ist zumindest bei MSM ein HIV-Test dringend zu empfehlen.

### Herpes simplex genitalis

Erreger ist das zu den humanen Herpesviren gehörende Herpes simplex Virus Typ2 (HSV2); nicht selten findet man jedoch auch im Genitoanalbereich HSV1 und umgekehrt im Gesichtsbereich HSV2. Nach der überwiegend asymptomatischen Primärinfektion persistieren die Viren latent in Ganglienzellen, von wo aus sie durch verschiedene Trigger oder auch ohne besondere Ursache sekundär zu Rezidiven führen können, meist in derselben Region (Her-



Abb. 3: Lymphogranuloma venereum

pes simplex recidivans in loco). Die Durchseuchung ist hoch; etwa 90 Prozent der Erwachsenen haben Antikörper. Typische Auslöser sind UV-Licht, Traumata, Infekte, Menstruation oder Stress (13).

### Klinik

Die Primärinfektion mit HSV erfolgt meist im Kindesalter durch engen Kontakt mit Infizierten und bleibt häufig asymptomatisch; nur bei etwa einem Prozent der Infizierten treten im weiteren Verlauf Symptome auf.

Die symptomatische Primärinfektion mit HSV2 erfolgt meist nach der Pubertät nach einer Inkubationszeit von vier bis sieben Tagen als Vulvovaginitis herpetica, Balanitis oder auch Anitis unter zum Teil heftigen Beschwerden mit starken Schmerzen, Fieber und Einschränkung des Allgemeinbefindens, die bis zu vier Wochen anhalten können.

In der Praxis wird man eher mit dem rezidivierenden Herpes simplex genitalis konfrontiert werden (Abb. 4), der sich klinisch meist nicht so typisch manifestiert wie in der Mund- oder Gesichtsregion. In intertriginösen Räumen wie dem Genitoanalbereich bleiben die Bläschen meist nicht lange bestehen, sondern hinterlassen oberflächliche Erosionen mit häufig polyzyklischer Begrenzung. Hinweisend sind neben anamnestischen Rezidiven auch oft starke und teilweise neuralgiforme Schmerzen; dies gilt insbesondere für die Peri- oder schwer zugängliche Intraanalregion (Patient „kann nicht mehr sitzen“ oder Schmerzen bei der Defäkation).

Zu beachten ist der Herpes simplex genitalis bei Frauen vor der Entbindung, da hier die Gefahr der Infektion des Neugeborenen mit einer



Abb. 4: Herpes simplex genitalis © Priv.-Doz. Dr. med. habil. Petra Spornraft-Ragaller

Keratokonjunctivitis, Encephalitis und im Extremfall einer Herpes-Sepsis besteht.

Die klinische Ausprägung korreliert mit dem Immunstatus; so ist zum Beispiel der ulzerierende Herpes simplex eine AIDS-definierende Erkrankung. Eine weitere Komplikation stellt bei gleichzeitiger Neurodermitis das Eczema herpeticatum dar.

### Nachweis

Die sensitivste und am häufigsten angewandte Methode ist eine PCR-Untersuchung aus Abstrichmaterial. Bei einer Primärinfektion können nach ca. zehn Tagen IgM- und nach-

folgend IgG-Antikörper nachgewiesen werden; Rezidive lassen sich serologisch jedoch nicht zuverlässig sichern.

### Therapie

Eine virustatische Lokalthherapie sollte schon bei den ersten Anzeichen eingesetzt werden. Hilfreich sind adstringierende und desinfizierende Maßnahmen zur Vermeidung einer Sekundärinfektion. Inzwischen wird auch lokale Hyperthermie empfohlen. Bei schwereren Krankheitsbildern, insbesondere bei der Primärinfektion, ist eine systemische Therapie häufig unumgänglich [14].

### Systemische Therapie des Herpes simplex genitalis (beim immunkompetenten Patienten) (vgl. Tab. 5)

Bei häufigen Rezidiven: Dauertherapie über mehrere Monate mit individueller Dosisanpassung, vgl. die jeweiligen Fachinformationen. Bei Immunsuppression werden generell

Tab. 5: Therapie von Herpes simplex genitalis beim immunkompetenten Patienten (14)

Primärinfektion:	Aciclovir 3 x 400 mg oder 5 x 200 mg p.o. über 7 bis 10 Tage; Valaciclovir 2 x 500 mg p.o. oder Famciclovir 3 x 250 mg p.o., über jeweils 7 bis 10 Tage
Rezidive:	Aciclovir 3 x 400 oder 2 x 800 mg p.o., oder Valaciclovir 1 x 1000 mg p.o., oder Famciclovir 2 x 125 mg p.o., über jeweils 5 Tage. Auch andere Dosierungsschemata sind möglich; vgl. Fachinformationen und Leitfaden der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG).



höhere Dosierungen empfohlen [DSTIG-Leitfaden, 14]; in schweren Fällen kann eine i.v. Therapie mit Aciclovir notwendig sein.

### Infektionen durch humane Papillomviren

Humane Papillomvirus (HPV)-Infektionen sind weltweit die häufigste virusbedingte STI und befallen sowohl das Plattenepithel der äußeren Haut wie auch der Schleimhäute des Genitoanaltrakts. Die Übertragung erfolgt durch direkten Hautkontakt, auch Schmierinfektionen über kontaminierte Gegenstände sind möglich. Meist handelt es sich um harmlose Genitalwarzen, jedoch sind karzinogene HPV-Typen, insbesondere 16 und 18, mit zervikalen und analen intraepithelialen Dysplasien (CIN, AIN) bis hin zum Cervix- oder Analkarzinom assoziiert. Eine besonders hohe HPV-Prävalenz findet sich bei Frauen im Alter bis 25 Jahre, häufig mit Hochrisiko-Subtypen (15,16).

### Klinik

Genitalwarzen oder Condylomata acuminata werden zu etwa 90% durch humane Papillomviren (HPV) des Subtyps 6 und 11 hervorgerufen [17,18]. Man geht davon aus, dass etwa 1 Prozent der sexuell aktiven europäischen Bevölkerung davon betroffen ist. Kondylome sind ausgesprochen rezidivfreudig. Klinisch reichen die Veränderungen von winzigen, einzelstehenden filiformen Warzen bis zu exophytischen oder flächenhaft wuchernden Beeten am äußeren Genitale oder im Perianalbereich; im inneren Genitalbereich oder intraanal werden die Veränderungen aufgrund meist fehlender Symptome häufig nicht erkannt. Ein Befall der Schleimhaut kann durch Betupfen mit drei prozentiger Essigsäure besser sichtbar gemacht werden.

Anfällig für Umwandlung durch karzinogene Subtypen ist der Übergang von Plattenepithel zu Zylinderepithel an der Transformationszone der Zervix und intraanal im Bereich der Linea dentata.

### Diagnostik

Klinisch; im Zweifel Histologie. Bei V.a. Dysplasien Abstrich mit PCR (Konsensus-Primer und Subtypisierung)

### Therapie

Je nach Ausprägung kommen unterschiedliche Lokalmaßnahmen in Betracht, wobei auch ein chirurgisches Vorgehen keinen Schutz vor Rezidiven bietet. Für einzelstehende Kondylome kommen Scherenschlag, Kürettage, elektrokaustische Maßnahmen oder auch Kryotherapie in Frage. Beetartige Läsionen bieten sich für eine topische Therapie mit verschiedenen immunmodulierenden Externa an, wie Podophyllotoxin, Imiquimod oder Grüntee-Extrakt. Imiquimod kann in einer Rezeptur als Zäpfchen auch intraanal angewendet werden. Wichtig ist gegebenenfalls eine Sanierung von Terrainfaktoren wie zum Beispiel ein Analekzem oder eine weitere STI. Bei großflächigen Veränderungen ist eine chirurgische Therapie häufig unumgänglich.

### Prophylaxe

Zur Prävention des Zervixkarzinoms wird seit 2007 von der ständigen Impfkommision (STIKO) bei Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren vor dem ersten Geschlechtsverkehr eine HPV-Impfung mit dem bivalenten (HPV 16, 18) oder quadrivalenten Impfstoff (16, 18, 6, 11) empfohlen; inzwischen steht auch ein nonavalenter Impfstoff zur Verfügung. Die Impfstoffe sind für Mädchen ab neun Jahre, der quadri- und nonavalente Impfstoff auch für Jungen ab neun Jahre zugelassen. Die Sächsische Impfkommision (SIKO) [19] empfiehlt, ebenso wie die Leitlinie zur Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien [20], auch eine Impfung für Jungen, die jedoch leider von den Kostenträgern nicht erstattet wird. Die Impfquote in Deutschland ist selbst für die empfohlene Impfung bei jungen Frauen deutlich unzureichend (39 Prozent der 17-Jährigen [21]), sodass hier verstärkt darauf hingewiesen werden sollte. In Australien ist seit Einführung des nationalen

Impfprogramms 2007 mit dem quadrivalenten Impfstoff die Häufigkeit von Kondylomen deutlich zurückgegangen [21]; inzwischen zeigt sich in großen internationalen Studien auch ein Rückgang der Krebsvorstufen [22].

Das Analkarzinom und entsprechende Vorstufen finden sich besonders häufig bei HIV-infizierten MSM, weswegen hier ein gezieltes Screening durch die HIV-Behandler durchgeführt wird.

### Zusammenfassung

Sexuell übertragbare Erkrankungen nehmen zu und sind deshalb Ziel staatlicher Aufklärungskampagnen und der Bemühungen weiterer Träger der Prävention, wie zum Beispiel der Gesundheitsämter oder der AIDS-Hilfen e. V. Daher sollten auch Allgemeinärzte über die häufigsten STI's informiert sein. Auch Konsultationen aus anderer Ursache bieten die Gelegenheit, Patienten mit möglicherweise erhöhtem Risiko daraufhin anzusprechen und gegebenenfalls zu untersuchen. Nicht zuletzt sind STI's auch Marker für eine gleichzeitige HIV-Infektion. Eine kürzliche Untersuchung aus Dresden konnte zeigen, dass zwar fast alle von 63 befragten Hausärzten Patienten dahingehend beraten, sich aber 43 Prozent dafür nicht ausreichend ausgebildet halten. Es wird daher ein Bedarf an hausärztlicher Fort- und Weiterbildung zum Thema STI und Sexualverhalten gesehen [21], wozu auch diese Übersicht beitragen möchte.

Literatur bei der Autorin

Interessenkonflikte: keine

Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Petra Spornraft-Ragaller  
Leiterin Immunschwäche-Ambulanz,  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: Petra.Spornraft-Ragaller@  
uniklinikum-dresden.de

## Liebesleben und HIV/STI-Prävention

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2017, hatte die Redaktion dazu aufgerufen, über die Plakatkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Liebesleben“ und zur Stellungnahme von Dr. med. Karla Lehmann, Dresden, mit zu diskutieren. Nachfolgend veröffentlichen wir in gekürzter Form eine Auswahl der Leserzuschriften sowie eine abschließende Stellungnahme von Dr. med. Lehmann.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte für mich, in Übereinstimmung mit meinem gesamten Praxisteam, betonen, dass ich die gesamte Aktion von Anfang an widerwärtig fand und der Kollegin Dr. med. Karla Lehmann sehr dankbar für ihren wunderbaren Brief bin; ich möchte jedes Wort davon unterschreiben. Die Richtigkeit der Plakataktion mit der sowieso stark verbreiteten Sexualisierung der Umwelt zu begründen, ist geradezu ein Hohn gegenüber Frauenverbänden, die seit Jahren gegen diese Darstellungen Sturm laufen, aber es ist aus meiner Sicht noch einmal etwas anderes, ob so etwas von Privatfirmen oder vom Staat kommt. Der Staat sollte seine Bürger schützen, eben auch vor derartigen Darstellungen. Und derart übertrieben unangenehm und groß hat es sich auch kaum eine Firma oder ein Konzern gewagt.

Dr. med. Gudrun Schleicher, Rötha

Sehr geehrte Frau Kollegin Lehmann, ich teile die Kritik an der aktuellen BZgA-Kampagne in keiner Weise. Den Vorwurf der Pornografie halte ich für offensichtlich lächerlich. Hingegen begrüße ich die Kampagne als einen Anstoß zum Reden über das anhaltend tabuisierte Thema Sexualität. Dies scheint besonders in Sachsen dringend notwendig. Anders als durch einen Mangel an Offenheit, Kommunikation und Toleranz kann ich mir nicht erklären, warum wir im Freistaat die bundesweit höchsten Steigerungsraten der HIV-Inzidenz

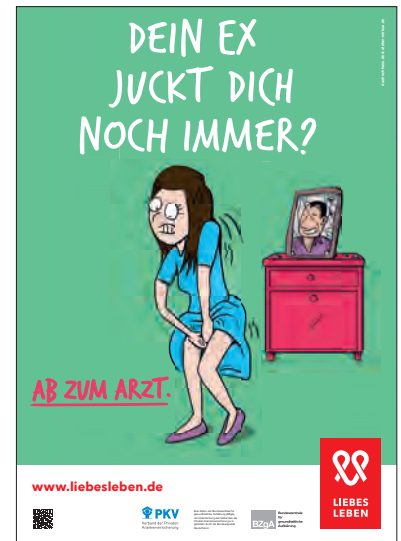
haben. Mittlerweile sind wir auf „Westniveau“ gelangt. Und das trotz bundesweit vergleichbarer Arbeit der BZgA. Ihrem Ruf nach namentlicher Meldung von HIV- und STI-Infizierten muss ich eine klare Absage erteilen und auf die vor bereits 30 Jahren in der Bundesrepublik beendete Gauweiler-Süßmuth-Debatte diesbezüglich verweisen (vgl. DER SPIEGEL, Heft 7/1987, [www.spiegel.de/spiegel/print/d-13521326.html](http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13521326.html)).

Dr. med. Thomas Heuchel, Chemnitz

Sehr geehrte Damen und Herren, betrachtet man die Aufklärungsarbeit der BZgA, so bilden die angesprochenen Plakate nur einen Bruchteil im umfangreichen Angebot zur Sexualaufklärung der Behörde. Um eine möglichst breite Masse für das Thema zu sensibilisieren, setzt die Bundeszentrale für die einzelnen Zielgruppen auf unterschiedliche Stilmittel. In diesem Fall hat man sich für die Form des Cartoons auf einem Plakat entschieden. Seinem Wesen nach vermittelt das Plakat einfache Botschaften an eine anonyme Gruppe von Empfängern. Von diesem Stilmittel eine umfassende Aufklärung zu erwarten, ist schlichtweg absurd.



Die Motive sollen vielmehr ohne moralischen Zeigefinger eine Generation ansprechen, die längst zu einem unbeschwerten und unverkrampften Umgang mit der eigenen



Sexualität gefunden hat. Mit humorvoller Weise versuchen die Cartoons auf die Lebenswirklichkeit der Zielgruppe einzugehen. Jedes der dargestellten Motive tauchte vorher schon unzählige Male in unserer Literatur, in Filmen und der bildenden Kunst auf. Vor diesem Hintergrund verwundert die Entrüstung über vergleichsweise harmlose Cartoons. Deren Botschaft lautet für mich: Denkt bitte auch bei spontanem Sex an ungewöhnlichen Orten an die Benutzung eines Kondoms oder sucht bei Beschwerden nach dem Sex einen Arzt auf. Einen „kontraproduktiv auffordernden Charakter“ sehe ich nicht, aber die Interpretation abstrahierender Darstellungen liegt bekanntlich auch immer im Auge des Betrachters.

Die Frage ist vielmehr, was wir von einer Kampagne der BZgA erwarten: Aufklärung oder die Vermittlung subjektiver Moralvorstellungen einzelner Personen?

Weiterhin beklagen Sie, dass durch die Darstellungen „unsere“ Werte nicht verteidigt werden. Abgesehen davon, dass dies nicht die Zielstellung der BZgA war, bleiben Sie dem Leser schuldig, wessen Werte Sie eigentlich verteidigen wollen. Ihre persönlichen oder die einer bestimmten Gruppe?

Stattdessen schlagen Sie weitergehende stigmatisierende und diskriminierende Lösungen vor. So gipfelt Ihr Artikel in der Forderung nach einer

namentlichen Meldepflicht von HIV-Infizierten, um „Infektionswege gezielt verfolgen und unterbinden zu können“. Unabhängig davon, dass so die Hemmschwelle zum Arzt zu gehen, mit Sicherheit weiter steigen würde, sind Ihre Forderungen ethisch mehr als fragwürdig. In welcher Form beabsichtigen Sie, die Infektionswege zu verfolgen und zu unterbinden? Wollen Sie eine Kennzeichnungspflicht für HIV-Infizierte einführen oder eine Zwangsbehandlung? Beabsichtigen Sie HIV-Infizierten den Sexualverkehr zu untersagen oder schwebt Ihnen gar eine Sicherungsverwahrung vor? Was meinen Sie eigentlich, wenn Sie von „abweichendem Sex-Verhalten“ sprechen? Unvoreingenommene Aufklärung hingegen ist unverzichtbar. Das betrifft auch unsere Kinder. Nur eine aufgeklärte und tolerante Gesellschaft garantiert einen sorgsam

und achtungsvollen Umgang miteinander, akzeptiert unterschiedliche Lebensentwürfe, schafft es, Grenzen zu überwinden, um für die Zukunft gewappnet zu sein. Daran sollten wir arbeiten. Denn die Welt ist bunt. Und das ist gut so.

Dr. med. Andreas Jenke, Dresden

**Stellungnahme Dr. med. Karla Lehman, Dresden:**

Mein Anliegen war und ist eine wirkungsvolle Aufklärung und Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen mit geeigneten Mitteln. Die überdimensional großen Plakate (BZgA 70601003-09) beziehungsweise „Cartoons“ mit denen sich Passanten unvermittelt im Alltag konfrontiert sahen, lösten nicht nur viele Fragen aus, sondern induzierten Kritik an Darstellung und Aussage. Meine kritischen Ausführungen sind aus-

schließlich gegen diese Plakataktion gerichtet und beinhalten keine verallgemeinernde Kritik an der BZgA. Dieser Kampagne fehlte es – mit Ausnahme des Verweises auf Kondome – an umfassender medizinischer Aufklärung zu STI – wie kann sich ein Gesunder schützen, wie kann eine Infektion verhindert werden (primäre Prävention) und wie kann eine Infektion in Risikogruppen früh erkannt werden, wie können Progredienz und Chronifizierung verhindert werden (Sekundärprävention). Einen solchen Anspruch hätte man realisieren können und darüber hinaus auch müssen, wenn einem der Schutz der Gesunden am Herzen liegt. Die bereits Erkrankten bedürfen einer sachgerechten medizinischen Betreuung – das steht außer Frage – dies war aber offensichtlich nicht das Ziel dieser Plakataktion.

**Wissen wollen – Wissen müssen**

**Trisomie 21**

Die Veranstalter waren vom Besucherandrang zur Veranstaltung „Wissen wollen – wissen müssen?“ am 21. März 2017 nahezu überwältigt. Mindestens 150 Gäste, darunter viele Ärzte und Mitarbeiter aus der Schwangerenberatung, waren ge-

kommen. Und ja: Die Diskussion war sehr kontrovers. Prinzipiell war das Podium gut zusammengestellt und es war von beiden Podiumsgästen mutig, sich der Diskussion zu stellen – einerseits mit dem Pränataldiagnostiker Dipl.-Med. Uwe Schilling und der Autorin des Buches „Mein gläserner Bauch“ Monika Hey, die die Spätabtreibung infolge der Trisomie-21-Diagnose bereut und dafür die mangelhafte und einseitige Beratung durch Mediziner und Bera-

tungsstellen für ihre Entscheidung verantwortlich macht.

Damit waren von Anfang an die Fronten ziemlich verhärtet: Die Ärzte fühlten sich an den Pranger gestellt, weil sie angeblich nicht entscheidungsoffen und neutral genug beraten, die Eltern von Kindern mit Down-Syndrom fühlten sich unter Rechtfertigungsdruck, weil sie ihre Kinder bekommen wollten. Sie plädieren sogar noch dafür, dass Ärzte Eltern, die diese Diagnose erhalten, zu diesem Kind zuraten sollen, damit eine größere Anzahl von Menschen mit Down-Syndrom in der Gesellschaft die Selbstverständlichkeit für den Umgang mit diesen Menschen erhöht. Es wurde heftig über zweieinhalb Stunden diskutiert. Leider erfolgte die Moderation wie bei einer Gruppentherapie, aber nicht wie für eine Podiumsdiskussion. Das war der sich stark polarisierenden Debatte nicht angemessen. Alles in allem aber war es ein kontroverser, interessanter und gut besuchter Abend – die Gäste haben hinterher noch intensiv weiterdiskutiert.



Monika Hey, Dr. Anne-Katrin Olbrich, Dipl.-Med. Uwe Schilling © Alexander Heber

Knut Köhler M.A. Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Unsere Jubilare im Mai 2017 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 02.05. Dipl.-Med. Gröschel, Ingrid  
02977 Hoyerswerda
- 02.05. Dr. med.  
Klammer, Angelika  
08058 Zwickau
- 03.05. Dr. med. Berndt, Lothar  
01796 Pirna
- 04.05. Dr. med. Höhn, Eva-Maria  
01277 Dresden
- 04.05. Dr. med. Kreibich, Ute  
08115 Schönfels
- 06.05. Dr. med. Enderlein, Werner  
08340 Schwarzenberg
- 06.05. Dipl.-Med. Kaulfürst,  
Hans-Eberhard  
02625 Bautzen
- 06.05. Dr. med. Müller, Joachim  
04860 Torgau
- 12.05. Dipl.-Med. Eckardt, Ursula  
09405 Gornau
- 12.05. Dr. med. Hessel, Wolfgang  
08228 Rodewisch
- 12.05. Dr. med. Stieber, Lothar  
01109 Dresden
- 15.05. Dipl.-Med. Schrötter, Anna  
04575 Neukieritzsch
- 16.05. Dr. med. Riedel, Dietmar  
09661 Hainichen
- 16.05. Dr. med. Schmidt, Holger  
04416 Markkleeberg
- 17.05. Dr. med. Schönherr, Ellen  
09517 Niederlauterstein
- 18.05. Dr. med. Weigl, Inge  
09599 Freiberg
- 23.05. Dr. med. Meier, Gabriele  
01219 Dresden
- 24.05. Dr. med. Teich, Andreas  
04356 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Beck, Dieter  
02763 Zittau
- 26.05. Dr. med. Hamann, Bettina  
04105 Leipzig
- 28.05. Dipl.-Med. Hänert, Uta  
01587 Riesa
- 28.05. Dipl.-Med. Reichel, Helga  
09496 Marienberg
- 30.05. Dr. med. Scharf, Roland  
08060 Zwickau
- 31.05. Dr. med.  
Gottwald, Hans-Jürgen  
04157 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Schubert, Rolf  
01877 Demitz-Thumitz

### 70 Jahre

- 01.05. Prof. Dr. med. habil.  
Schubert, Stefan  
04288 Leipzig
- 03.05. Dr. med. Fischer, Doris  
01156 Dresden
- 05.05. Prof. Dr. med.  
Hauss, Johann  
04229 Leipzig
- 05.05. Dr. med.  
Meinking, Michael  
01309 Dresden
- 08.05. Dr. med. Böttger, Gesine  
01326 Dresden
- 08.05. Dr. med. Neuber, Wolfgang  
09599 Freiberg
- 10.05. Dr. med. Biesold, Günther  
01877 Putzkau
- 10.05. Dipl.-Med. Schwarz, Hans  
04808 Thallwitz
- 13.05. Renger, Erika  
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 15.05. Gorthe, Alex  
01219 Dresden
- 15.05. Dr. med. Hofmann, Margot  
09221 Neukirchen
- 16.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Frey, Günter  
08280 Aue
- 18.05. Dr. med. Böger, Wolfgang  
04107 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Kerner, Uwe  
09114 Chemnitz
- 21.05. Dr. med. Jugel, Gerd  
09376 Oelsnitz
- 24.05. Dipl.-Med. Billig, Stefan  
04288 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Hoeges, Franz  
08112 Wilkau-Haßlau
- 25.05. Prof. Dr. med. habil.  
Müller, Heidrun  
04158 Leipzig
- 28.05. Dr. med. Härtel, Frank  
08060 Zwickau
- 29.05. Dipl.-Med.  
Teichert, Dagmar  
08340 Schwarzenberg
- 30.05. Edelmann, Barbara  
01917 Kamenz
- 30.05. Epperlein, Claus  
08645 Bad Elster
- 30.05. Dr. med. Wolz, Dieter  
03048 Cottbus
- 75 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Pohl, Annelies  
04229 Leipzig
- 03.05. Dr. med. Gros, Hans-Peter  
08371 Glauchau

- 04.05. Dr. med. Haß, Siglinde  
08547 Jöbnitz
- 04.05. Dr. med. Madai, Irma  
09599 Freiberg
- 04.05. Dipl.-Med. Sommer, Karl  
01705 Freital
- 04.05. Dr. med. Wildführ, Dietmar  
04509 Delitzsch
- 05.05. Dr. med. Ebert, Hans-Peter  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 05.05. Dr. med. Franke, Karin  
09456 Annaberg-Buchholz
- 05.05. Dr. med. Röhrborn, Helmut  
01157 Dresden
- 05.05. Dr. med. Schaller, Hermann  
04668 Großbothen
- 06.05. Dr. med. Borrmann, Brigitte  
09599 Freiberg
- 06.05. Bräunig, Peter  
01279 Dresden
- 06.05. Dr. med. Meisel, Claus  
08606 Oelsnitz/Vogtl.
- 07.05. Dr. med. Doyé, Achim  
08606 Oelsnitz
- 07.05. Dr. med. Fengler, Angela  
04736 Waldheim
- 07.05. Dr. med.  
Nietzschmann, Ute  
04316 Leipzig
- 08.05. Dr. med. Becker, Helga  
01309 Dresden
- 08.05. Dr. med. Brändel, Volker  
09496 Marienberg
- 08.05. Dr. med. Pohl, Wilgard  
01099 Dresden
- 08.05. Dr. med.  
Schnurrbusch, Hermann  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 09.05. Dr. med. Tüllmann, Uta  
08236 Ellefeld
- 10.05. Dr. med. Lüdicke, Volker  
08496 Neumark
- 11.05. Dr. med. Härtel, Theo  
01662 Meißen
- 11.05. Dr. med. Löffler, Helga  
08321 Zschorlau
- 11.05. Martinsohn, Heidemarie  
01723 Kesselsdorf /  
Wilsdruff
- 11.05. Roth, Jens  
02827 Görlitz
- 13.05. Dr. med. Oehme, Gisela  
09131 Chemnitz
- 14.05. Georgi, Klaus  
08393 Meerane
- 14.05. Dr. med. Thoß, Ulla  
04103 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Kupetz, Eva  
08280 Aue

- 19.05. Dr. med. Lüdicke, Rolf  
04155 Leipzig
- 21.05. Dr. med. Kafka, Gudrun  
01454 Seifersdorf
- 24.05. Gampert, Elke  
02779 Großschönau
- 24.05. Dr. med. Haufe, Klaus  
01454 Radeberg
- 26.05. Dr. med. Eschemann, Birgit  
04157 Leipzig
- 27.05. Dr. med.  
Kowalsky, Elisabeth  
08496 Neumark
- 27.05. Dr. med. Kunze, Eva-Maria  
04158 Leipzig
- 27.05. Dr. med. Mocek, Frank  
04416 Markkleeberg
- 28.05. Dr. med. Lamla, Monica  
01465 Langebrück
- 28.05. Dr. med. Mahn, Gudrun  
01219 Dresden
- 28.05. Dr. med.  
Schmid, Christoph  
09244 Lichtenau b.  
Chemnitz
- 31.05. Prof. Dr. med. habil. Dr.  
med. dent. Päßler, Lutz  
01454 Wachau
- 80 Jahre**
- 03.05. Dr. med. Hofmann, Gerhard  
04105 Leipzig
- 08.05. Prof. Dr. med. habil.  
Geißler, Ursula  
01279 Dresden
- 09.05. Hesselbarth, Rolf  
02997 Wittichenau
- 10.05. Dr. med. Kleemann, Beate  
02906 Niesky
- 13.05. Dr. med.  
Heidel, Hans-Jochen  
04158 Leipzig
- 15.05. Dr. med. König, Renate  
04179 Leipzig
- 15.05. Dr. med.  
Schwarz, Wolfgang  
09244 Lichtenau
- 16.05. Dr. med.  
Morgenstern, Dieter  
01324 Dresden
- 21.05. Prof. Dr. med. habil.  
Bach, Otto  
04109 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Jänchen, Maria  
01097 Dresden
- 28.05. Dr. med. Palmer, Sabine  
04155 Leipzig
- 30.05. Dr. med. Glaß, Heinz  
02943 Boxberg / OT Uhyst
- 81 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Helbig, Brigitte  
04277 Leipzig
- 01.05. Dr. med. Hengst, Roland  
09577 Braunsdorf
- 01.05. Dr. med. habil.  
Kammel, Horst  
02694 Malschwitz
- 01.05. Sänger, Christa  
01309 Dresden
- 01.05. Dr. med.  
Steinhöfel, Hildegard  
09130 Chemnitz
- 02.05. Dr. med.  
Schedel, Friedhold  
04509 Delitzsch
- 03.05. Dr. med.  
Schweigert, Christoph  
08280 Aue
- 04.05. Dr. med. Schlünz, Gisela  
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.05. Dr. med. Hartung, Ingrid  
04318 Leipzig
- 07.05. Dr. med.  
Köhler, Hans-Heinrich  
08064 Zwickau
- 10.05. Klosterknecht, Sigrid  
09423 Gelenau
- 10.05. Dr. med.  
Koitschew, Charlotte  
01309 Dresden
- 11.05. Pankow, Ruth  
02977 Hoyerswerda
- 11.05. Dr. med. Schmidt, Christine  
09130 Chemnitz
- 14.05. Dr. med. Müller, Dieter  
08209 Auerbach
- 15.05. Dr. med. Börnig, Christine  
01705 Freital
- 15.05. Dr. med. Bredemeyer, Inge  
01159 Dresden
- 17.05. Prof. Dr. med. habil.  
Haupt, Rolf  
04129 Leipzig
- 17.05. Dr. med. Scholz, Adolf  
01900 Kleinröhrsdorf
- 17.05. Dr. med. Steinert, Sabine  
04779 Wermsdorf
- 18.05. Prof. Dr. sc. med.  
Müller, Erich  
01069 Dresden
- 20.05. Böhm, Ingrid  
04357 Leipzig
- 20.05. Dr. med. Heinecke, Maria  
01796 Pirna
- 21.05. Hohlfeld, Ludwig  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 24.05. Dr. med. Hesse, Irmgard  
01277 Dresden
- 25.05. Prof. Dr. med. habil.  
Jaroß, Werner  
01734 Rabenau
- 82 Jahre**
- 02.05. Prof. Dr. sc. med.  
Ulrich, Christa  
04229 Leipzig
- 05.05. Dr. med. Kreutz, Wolfgang  
09128 Chemnitz
- 05.05. Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Ingrid  
04299 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Lorenz, Manfred  
01139 Dresden
- 07.05. Albersmeyer, Klaus  
01099 Dresden
- 07.05. Dr. med. Petzholdt, Walter  
01844 Neustadt
- 08.05. Dr. med. Kade, Renate  
04275 Leipzig
- 08.05. Päßler, Sibylle  
08132 Mülsen
- 09.05. Dr. med. Hettmer, Margrit  
04860 Torgau
- 11.05. Prof. Dr. med. habil.  
Hanitzsch, Renate  
04277 Leipzig
- 12.05. Scott, Eberhard  
01819 Kurort Berggießhübel
- 15.05. Dr. med.  
Eißmann, Hans-Jörg  
04107 Leipzig
- 16.05. Dr. med. Lonitz, Maria  
08525 Plauen
- 16.05. Dr. med. Seidel, Ute  
09113 Chemnitz
- 17.05. Dr. med. Bartel, Oskar  
01445 Radebeul
- 21.05. Dr. med. Alber, Hans  
04680 Colditz
- 21.05. Dr. med.  
Hillmann, Siegfried  
04736 Waldheim
- 28.05. Dr. med. Engelmann, Vera  
04103 Leipzig
- 30.05. Dr. med. Gessner, Günter  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 31.05. Dr. med.  
Kowalski, Stephan  
04425 Taucha
- 83 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Ludwig, Martha  
04109 Leipzig
- 03.05. Däumer, Doris  
01326 Dresden
- 06.05. Dr. med. Pässehr, Gisela  
02906 Niesky

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 07.05. Dr. med. Goßrau, Gerhard<br>01239 Dresden                   | 16.05. Dr. med. Zschornack, Peter<br>01920 Crostwitz               | 24.05. Dr. med. Melzer, Liselott<br>09306 Stollsdorf                 |
| 07.05. Dr. sc. med.<br>Kollande, Gerold<br>04159 Leipzig           | 16.05. Dr. med.<br>Zwingenberger, Gerta<br>09496 Marienberg        | 29.05. Dr. med. Dr. med. dent.<br>Schneider, Alfred<br>02625 Bautzen |
| 10.05. Dr. med. Büchner, Helga<br>04317 Leipzig                    | 20.05. Dr. med.<br>Mesewinkel, Wiltrud<br>02827 Görlitz            | <b>88 Jahre</b>  |
| 12.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.<br>Matz, Martin<br>01277 Dresden | 22.05. Dr. med. Holfert, Gisela<br>01705 Freital                   | 08.05. Dr. med.<br>Lehmann, Lienhard<br>01468 Moritzburg/Boxdorf     |
| 13.05. Dr. med.<br>Wolz-Unterdörfer, Ursula<br>01259 Dresden       | 31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula<br>04157 Leipzig                   | 08.05. Dr. med. Müller, Peter<br>01309 Dresden                       |
| 14.05. Dr. med. Martsch, Maria<br>09212 Limbach-Oberfrohna         | <b>85 Jahre</b>  | 08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand<br>04668 Grimma                    |
| 17.05. Dr. med. Trülzsch, Arnold<br>01309 Dresden                  | 09.05. Dr. med. Bloß, Helmut<br>01734 Rabenau                      | 15.05. Dr. med.<br>Sonnenkalb, Edda<br>01324 Dresden                 |
| 20.05. Dr. med.<br>Rotermundt, Fredo<br>04107 Leipzig              | 21.05. Dr. med. habil.<br>Görisch, Isolde<br>04103 Leipzig         | 16.05. Dr. med. Schröter, Klaus<br>09131 Chemnitz                    |
| 22.05. Luther, Monika<br>01326 Dresden                             | 23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte<br>04416 Markkleeberg             | <b>90 Jahre</b>  |
| 23.05. Henkel, Renate<br>01217 Dresden                             | 27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth<br>01454 Radeberg                    | 03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut<br>01324 Dresden                   |
| 24.05. Darian, Tomo<br>04229 Leipzig                               | 30.05. Dr. med.<br>Strauzenberg, Gisela<br>01731 Kreischa OT Saida | 12.05. Dr. med. Aust, Margot<br>01157 Dresden                        |
| 26.05. Dr. med. Frach, Gudrun<br>01324 Dresden                     | <b>86 Jahre</b>  | 12.05. Dr. med. Klemm, Kurt<br>08371 Glauchau                        |
| 29.05. Prof. Dr. med. habil.<br>Krauß, Anneliese<br>04299 Leipzig  | 06.05. Stopat, Wilfried<br>09366 Stollberg/Erzgeb.                 | 19.05. Dr. med.<br>Rothermundt, Annemarie<br>01705 Freital           |
| 31.05. Dr. med. Oertel, Günter<br>08527 Plauen                     | 09.05. Dr. med. Stein, Ursula<br>01187 Dresden                     | <b>91 Jahre</b>  |
| <b>84 Jahre</b>  | 25.05. Dr. med. Taraben, Abdalnur<br>04317 Leipzig                 | 21.05. Prof. Dr. med. habil.<br>Schmidt, Helga<br>04279 Leipzig      |
| 01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud<br>02827 Görlitz                  | <b>87 Jahre</b>  | <b>92 Jahre</b>  |
| 04.05. Prof. Dr. med. habil.<br>Hörmann, Dieter<br>04103 Leipzig   | 06.05. Dr. med. Brock, Hans<br>04860 Torgau                        | 08.05. Prof. em. Dr. med. habil.<br>Walther, Heinz<br>04317 Leipzig  |
| 04.05. Meichsner, Johanna<br>08060 Zwickau                         | 06.05. Rudel, Anna-Marie<br>04289 Leipzig                          | 24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith<br>09122 Chemnitz                   |
| 06.05. Dr. med. Lohnke, Udo<br>02977 Hoyerswerda                   | 08.05. Priv.-Doz. Dr. med.<br>Rehe, Rolf<br>01445 Radebeul         | <b>93 Jahre</b>  |
| 09.05. Dr. med.<br>Schneider, Günter<br>04289 Leipzig              | 10.05. Dr. med. Schilling, Horst<br>01589 Riesa                    | 30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard<br>02826 Görlitz                  |
| 11.05. Günnel, Wolfgang<br>08428 Langenbernsdorf                   | 11.05. Hille, Eva-Maria<br>01129 Dresden                           | <b>95 Jahre</b>  |
|  | 12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans<br>04317 Leipzig                    | 16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred<br>04420 Markranstädt               |

Anzeige

**ÄRZTE FÜR SACHSEN**

www.aerzte-fuer-sachsen.de

## Verabschiedung von Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert in den Ruhestand

Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert wurde am 17. Oktober 1951 in Freital geboren und wuchs vor den Toren Dresdens auf. Sie absolvierte 1968 bis 1970 eine Ausbildung als Krankenschwester und war danach an der Klinik Dresden-Oberloschwitz tätig. 1980 schloss sie das Medizinstudium mit dem Staatsexamen ab und promovierte zum Thema „Lipidwerte und Manifestationsrisiko bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit primärer Hyperlipoproteinämie“.

Anschließend begann sie ihre Tätigkeit als Assistenzärztin am Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik der Medizinischen Akademie Dresden. 1982 zur Laborleiterin des Bereiches Hämatologie/Liquordiagnostik ernannt, hospitierte sie 1984 am Institut für Pathologische Biochemie der Medizinischen Akademie und erwarb 1985 die Anerkennung als Fachärztin für Pathobiochemie und Labordiagnostik. Im gleichen Jahr übernahm sie die Leitung des Gerinnungslabors des Institutes. Die Ernennung zur Oberärztin erfolgte 1988.

1991 wurde sie mit dem Thema „Untersuchungen über den Einfluss von Plasmalipoproteinen auf die Aktivität des Fibrinolyse-Systems“ habilitiert. Auf Einladung der European Concerted Action on Thrombosis (ECAT) hospitierte Prof. Dr. Siegert 1992 am Gaubius Laboratory in Leiden, Niederlande. 1993 wurde ihr die Lehrbefähigung (Venia legendi) für Klinische Chemie erteilt und 1995 erfolgte die Ernennung zur Praktikums- und Kursleiterin für Klinische Chemie im Studiengang Medizin und Zahnmedizin. Ab 1998 war sie als Leiterin des Bereiches Hämatologie/Gerinnung am (1993 umbenannten) Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin der Medizinischen Fakultät tätig. 2001 als Kommissarische Direktorin des Institutes bestellt, wurde sie

2003 zur außerplanmäßigen Professorin an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden ernannt und leitet das Institut seit 2005 als Direktorin. 2013 erfolgte die Verleihung der „mitgliedschaftlichen Rechte eines Hochschullehrers“ durch die Fakultät. Die gesamte Periode als Institutsdirektorin war gekennzeichnet durch die Integration des Fachgebietes in die universitäre Medizin. Das Institut kann als langjährig akkreditiertes Laboratorium die Patientenversorgung zuverlässig auf qualitativ höchstem Niveau begleiten. Es gewährleistet zusätzlich die Laboranalytik für eine Vielzahl von Forschungsprojekten und Studien.

Prof. Dr. Siegert ist dabei der Gerinnungsdiagnostik bis heute treu geblieben. Die während der zurückliegenden drei Jahrzehnte gewonnene Expertise qualifiziert sie zur herausragenden Hämostaseologin, die sich als Labormedizinerin erfolgreich zum Wohl der Patienten direkt in die klinische Betreuung einbringen konnte. Sie hat wesentliche Entwicklungen lokal, regional und überregional vorangetrieben. Viele Fachkollegen schätzen ihr Engagement, das sie auch in unruhigen Zeiten – wie den Anfängen der Therapie mit den „Direkten Oralen Antikoagulanzen“ und den damit verbundenen analytischen Unsicherheiten oder den halbzeitverlängerten Faktorenkonzentraten, die wiederum mit einer Reihe analytischer Unklarheiten assoziiert sind – ungebrochen aufrechterhält.

Im Jahr 2009 wurde das Neugeborenen-Screening in die Verantwortlichkeit des Institutes überführt. In Kooperation mit dem Partnerinstitut des Universitätsklinikums Leipzig bilden beide Standorte das Screeningzentrum Sachsen und sichern auf diesem Sektor die frühzeitige Erkennung schwerwiegender Stoffwechselstörungen. Prof. Dr. Siegert hat die Intensivierung auch dieser Zusammenarbeit wesentlich vorangetrieben.

Unter Prof. Dr. Siegerts Präsidentschaft fanden hochkarätige wissenschaftliche Veranstaltungen in Dresden statt. Die Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und



Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert  
© Privat

Hämostaseforschung im Jahr 2007 sowie die Jahrestagung der Deutschen Vereinten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin im Jahr 2013 füllten das Internationale Congress Center Dresden und fanden große Beachtung. Im Jahr 2016 schließlich folgte die 3. Mitteldeutsche Laborkonferenz. Gemeinsam mit Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong initiierte sie im Jahr 2007 das als „Gerinner-Dinner“ bekannte, viermal jährlich stattfindende Treffen zu hämostaseologischen Aspekten. Diese Veranstaltung bietet allen auf dem Gebiet der Hämostaseologie Tätigen die Option zur Fortbildung mit hochwertigen Inhalten sowie zu intensiven fachlichen Diskussionen. Die rege Teilnahme von Klinikern und Labordiagnostikern von nah und fern, die für das Meeting teilweise erhebliche Anfahrtswege in Kauf nehmen, unterstreicht die Bedeutung.

Prof. Dr. Siegert begleitete unzählige Promovenden zum erfolgreichen Abschluss der Dissertation und betreute viele Kollegen während der Facharztweiterbildung. Seit vielen Jahren unterstützt sie die Sächsische Landesärztekammer in verschiedenen Prüfungskommissionen.

Wir wünschen Prof. Dr. Siegert einen entspannten Übergang in den wohlverdienten Ruhestand mit Freiräumen für Natur, Kultur und besonders für die Enkelkinder. Wir freuen uns sehr, sie zu fachlichen Aspekten weiterhin in unserem Kreis begrüßen zu dürfen.

Dr. med. Oliver Tiebel, Dresden  
Prof. Dr. med. Triantafyllos Chavakis, Dresden

## Nachruf für Dr. med. Bernhard Ackermann

\* 5.11.1934 † 8.3.2017

Am 8. März 2017 verstarb Dr. med. Bernhard Ackermann, Facharzt für Allgemeinmedizin in Zwickau, im 83. Lebensjahr. Ich durfte Dr. med. Ackermann bei der Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Zwickau zum ersten Mal kennenlernen. Nach Jahrzehnten unermüdlichen Einsatzes in der Berufspolitik auf Landesebene wollte er sich als „Un“-Ruheständler weiterhin engagieren, seine Erfahrungen, seine Ideen und sein umfangreiches Wissen einbringen. Die Verantwortung für die Seniorenbetreuung nahm er mit der ihm eigenen Energie wahr – zuverlässig, freundlich, gründlich bis ins Detail und stets mit einer Prise Humor und Mutterwitz. Die Zusammenarbeit mit ihm hat der gesamte Vorstand unserer Kreisärztekammer genossen.

Dr. Ackermann, geboren am 5. November 1934 in Zwickau, studierte von 1953 bis 1958 Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt – Universität Greifswald und der Medizinischen Akademie Dresden. Nach bestandenen Staatsexamen promovierte er zum Thema „Über die Häufigkeit maligner Doppeltumoren“ zum Doktor der Medizin. Es folgten ein Pflichtassistentenjahr im Krankenhaus Kirchberg/Sachsen und 1960 ein praktisches Jahr im Landambulatorium Mosel bei Zwickau.

Von 1961 bis 1965 absolvierte er seine chirurgische Facharztweiterbildung am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau. Nachdem ihm staatlicherseits die Übernahme der väterlichen Hausarztpraxis in Aussicht gestellt wurde, bildete er sich zusätzlich in den Fächern Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde weiter. Am 1. April übernahm er schließlich die Praxis seines Vaters und erfüllte sich damit den eigentlichen Berufswunsch eines praktischen Arztes in eigener Niederlassung. 38 Jahre



Dr. med. Bernhard Ackermann © Privat

hatte die Gemeinschaftspraxis mit seiner Ehefrau, Dr. med. Gerhild Ackermann, durch alle Fährnisse Bestand. Seiner Frau ist es maßgeblich zu verdanken, dass durch vorbehaltlose Unterstützung und Verständnis das umfangreiche Engagement von Dr. Ackermann ermöglicht wurde.

Die politische Wende 1989 und der damit verbundene Prozess der Umstrukturierung des ambulanten Gesundheitswesens, der Aufbau von Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung mit der Bildung von Ärztekammern und der Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigung gaben Dr. Ackermann endlich die Möglichkeit, sich in den neuen demokratischen Strukturen berufspolitisch einzubringen und Verantwortung zu übernehmen.

Zahlreiche Ehrenämter zeugen davon: Von 1990 bis 1993 war Dr. Ackermann Vorsitzender des Zulassungsausschusses und von 1992 bis 2003 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz. Von 1991 bis 2015 war er Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer. Er setzte sich besonders für die Aus- und Fortbildung der Arzthelferinnen sowie der qualifizierten Weiterbildung zur Arztfachhelferin/Medizinischen Fachangestellten in der Funk-

tion als Mitglied und später als Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses ein.

Ebenso wichtig war für ihn die aktive Mitarbeit im Tarifbeirat, in dem zwischen Vertretern der Arzthelferinnen und der Ärzteschaft Tarifverträge auf Bundesebene ausgehandelt wurden. In dieser Funktion war er von 1996 bis 2003 tätig.

Weitere, spätere Tätigkeitsfelder, in denen Dr. med. Ackermann bleibende Spuren hinterließ, waren die Mitarbeit im Ausschuss „Ambulante Versorgung“, dessen Vorsitz er auch führte. Dann kam die Mitgliedschaft im Vorstand der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hinzu.

Am 30. November 2004 beendete Dr. Ackermann seine Praxistätigkeit, nachdem er einen kompetenten Nachfolger gefunden hatte. Seine ehrenamtliche Tätigkeit führte er, nun in der Funktion des Alterspräsidenten der Kammerversammlung, in bewährter Weise bis 2015 weiter fort.

2005 verlieh ihm die Sächsische Landesärztekammer die „Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ in Anerkennung seiner beruflichen und standespolitischen Verdienste. Sein berufliches und außerberufliches überdurchschnittliches Engagement, sein Fleiß, seine Beharrlichkeit und seine christliche Nächstenliebe sind beispielhaft. Sie trugen entscheidend mit dazu bei, die ärztliche Selbstverwaltung in Sachsen zu etablieren und zu festigen.

Mit dem Tod von Dr. Ackermann verliert die Region und der Freistaat Sachsen einen hervorragenden Arzt, die ärztliche Selbstverwaltung eines ihrer Gründungsmitglieder und einen Gestalter, seine Familie einen guten Vater und liebevollen Großvater.

Wir werden das Andenken an Dr. Ackermann stets bewahren.

Dr. med. Stefan Hupfer  
Vorsitzender der Kreisärztekammer Zwickau  
Vorstandsmitglied



## Nachruf für Dr. med. Hans-Jürgen Pollack

\* 24.4.1943 † 4.7.2016

Am 4. Juli 2016 verstarb plötzlich und unerwartet Dr. med. Hans-Jürgen Pollack, einer der besten Handchirurgen Deutschlands, im Alter von 73 Jahren in seinem Heimatort Oybin. Er war ein begnadeter Operateur und ein exzellenter Lehrer. Die entstandene Lücke ist nur schwer zu schließen. Nach dem Studium der Medizin in Berlin und Sofia in den Jahren 1961 bis 1967 kehrte er in seine Heimatstadt Zittau zurück. Im Kreiskrankenhaus Zittau absolvierte er die Facharztausbildung zum Chirurgen. 1974 wurde er zum Oberarzt der Chirurgischen Abteilung ernannt und ab 1990 Chefarzt der Abteilung Traumatologie und Handchirurgie, welche er bis zu seiner Verabschiedung in den Ruhestand leitete. Die von ihm aufgebaute Klinik für Hand- und Unfallchirurgie war die erste Klinik dieser Art in Sachsen. Seine handchirurgische Ausbildung hat Dr. Pollack aber in Sofia bei seinem großen Lehrmeister, dem international renommierten Prof. Ivan Matev absolviert, wo er von 1971 bis 1974 seine fundierten Kenntnisse der funktionellen Anatomie der Hand erlernte, die er später an seine zahlreichen Schüler weitergegeben hat.

Dr. Hans-Jürgen Pollack richtete im Jahr 1993 den Jahreskongress der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)/Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie



Dr. med. Hans-Jürgen Pollack © Privat

(DGH) erstmals auf dem Gebiet der ehemaligen DDR in Zittau aus. Dieser Kongress war ein voller Erfolg.

1996 wurde er für zwei Jahre zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie gewählt. Eine sehr hohe Auszeichnung, war er doch der erste Präsident, der aus den neuen Bundesländern kam.

Ich habe Dr. Pollack im Jahr 1988 auf dem Gemeinschaftskongress der Bulgarischen und Amerikanischen Handchirurgischen Gesellschaft in Albena kennengelernt. Seit dieser Zeit verband uns eine tiefe fachliche Freundschaft. Im selben Jahr haben der ehemalige Chefarzt des Waldkrankenhauses Bad Dübener Dr. med. Dieter Jungmichel, Chefarzt Dr. med. Pollack und der Autor den Bad Dübener Handtag ins Leben gerufen, der bis jetzt seine Fortsetzung gefunden hat.

Bis zum Jahr 2010 war er der Vorsitzende der Prüfungskommission für

Handchirurgie im Freistaat Sachsen. Viele der Prüflinge haben sich vorher in seiner Klinik in Zittau den sogenannten letzten Schliff geholt.

Er wurde von vielen handchirurgisch tätigen Kollegen als die letzte Instanz bei fachlichen Fragen angesehen.

An seinen wöchentlichen klinikinternen Fortbildungsveranstaltungen nahmen nicht nur die eigenen Mitarbeiter teil, sondern auch sehr gern externe Kollegen, die das hohe Niveau schätzten.

Aber nicht nur im eigenen Land lehrte er die Handchirurgie, sondern auch im Ausland. 2010 und 2014 war er für ca. ein Vierteljahr in Kathmandu am Fuße des Himalaja in Nepal tätig und hat hier die erste Handchirurgische Abteilung in diesem Land aufgebaut. Die Dankbarkeit dieser armen Menschen war sehr groß, da sie nach vielen Jahren des Leidens endlich Hilfe bekamen. Für sein Lebenswerk Handchirurgie wurde Dr. Pollack im Jahr 2014 vom Bundespräsidenten Joachim Gauck in Berlin gewürdigt.

Viele Dinge, die er sich noch vorgenommen hatte, wie seine dritte Reise nach Nepal, die Fortführung seiner handchirurgischen Sprechstunde, aber auch seine anstehenden wissenschaftlichen Vorträge in Bad Dübener anlässlich des Handtages und das von seinen Schülern sehnsüchtig erwartete Handbuch, bleiben unerledigt.

Aber seine Lehre und sein Vermächtnis leben in seinen Schülern weiter.

In Dankbarkeit

Dr. med. Albrecht Förster, Bad Dübener

Anzeige

LEKTÜRE-EMPFEHLUNG:

## „Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

Zu bestellen über:

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



## Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gotthard Schettler posthum zum 100. Geburtstag

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gotthard Schettler, einer der bekanntesten Internisten der Nachkriegszeit, würde im April 2017 seinen 100. Geburtstag feiern. Er wurde am 13. April 1917 in der damaligen Textilarbeiterstadt Falkenstein im Vogtland als erster Sohn eines Handelsschullehrers geboren. Hier wuchs er in bescheidenen Verhältnissen auf und kam schon in der Kindheit durch das Elternhaus mit sozialen und politischen Themen in Berührung. Seine Oberschulzeit verbrachte er im nahe gelegenen Auerbach. Der breitgefächerte Lehrplan der Schule, mit einer Betonung auf die musischen Fächer, prägte seine hohe Musikalität. Prof. Dr. Schettler war bis zu seinem Tode ein begnadeter Pianist. Die Oberschulzeit weckte auch sein großes Interesse an Sprachen. Englisch, Französisch und Italienisch sprach er fließend.

Prof. Dr. Schettler studierte in Jena, Leipzig und Tübingen, wo er sein Studium 1942 beendete und gleichzeitig zum Dr. med. promovierte. Anschließend war er wissenschaftlicher Assistent bei Prof. Letterer, der sich in Dresden (1935 bis 1939 Leiter der Prosektur am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt) bereits intensiv mit den Lipiden beschäftigte und dieses Interesse an Prof. Dr. Schettler weitergegeben hat und der deswegen zusätzlich Chemie studierte. Weitere berufliche Stationen von Prof. Dr. Schettler waren: 1945 bis 1950 wissenschaftlicher Assistent an der medizinischen Universitätsklinik Tübingen bei Prof. Hans-Hermann Bennhold, 1950 bis 1956 Oberarzt an der medizinischen Universitätsklinik in Marburg bei seinem großen Vorbild Prof. Dr. Hans Erhard Bock, 1956 bis 1961 Direktor der Medizinischen Klinik Stuttgart – Bad Cannstatt, 1961 bis 1963 Direktor der II. Medizinischen Klinik der Freien Universität Berlin, 1963 bis 1986 Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gotthard Schettler

© Privat

Prof. Dr. Schettler hat sich durch seine wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet des Fettstoffwechsels und der Arteriosklerose rasch eine große internationale Anerkennung verschafft (Mitglied der New Yorker Academy of Science, der Schwedischen Akademie der Wissenschaften, der Leopoldina und der Heidelberger Akademie der Wissenschaften sowie der International Atherosclerosis Society).

Von 1989 bis 1991 war er Vorsitzender der Akademie der Wissenschaften in der BRD, von 1962 bis 1990 erster Vorsitzender der Kongressgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. Berlin. Er besaß zahlreiche Ehrenpromotionen (Technische Universität München 1973, University of Edinburgh 1978, Universität Padua 1983, Universität Montpellier 1984, Freie Universität Berlin 1986, Semmelweis Universität Budapest 1987 und Tongji University Wuhan, Volksrepublik China, 1992).

Über 600 Veröffentlichungen, grundlegende Buchbeiträge, Handbuchkapitel und größere Monografien stammen aus seiner Feder.

Das wissenschaftliche Werk Prof. Dr. Schettlers und seine Person wurden durch eine Vielzahl von Ehrungen gewürdigt. Er war Träger zahlreicher Verdienst- und Ehrenmedaillen sowie des Großen Bundesverdienstkreuzes der BRD mit Stern.

Eine besondere Ehrung erhielt er anlässlich seines 75. Geburtstags. Seine vogtländische Geburtsstadt ehrte sein humanistisches Engagement mit der Ehrenbürgerschaft.

Prof. Dr. Schettler verstarb am 20. April 1996 in Heidelberg.

Tausenden von Studenten gab er seine großen Erfahrungen mit auf den Weg, bildete viele Assistenzärzte aus. Weit über 100 davon sind heute noch Mediziner in leitenden Stellungen. Nie ist Prof. Dr. Schettler zurückgeschreckt vor schwierigen Problemen. Mutig nahm er auch die heißesten Eisen auf. In seiner Autobiografie „Erlebtes und Erdachtes“ hat er die Begegnungen und Ereignisse, Erfolge, aber auch die Schwierigkeiten niedergelegt.

Die Beschreibung seiner Vita und seiner Lebensleistung wäre jedoch unvollständig, würden nicht auch seine Verdienste in der Politik, insbesondere auch der Ost-West-Beziehungen sowie sein soziales Engagement gebührend gewürdigt.

Die Bemühungen, durch Kontaktveranstaltungen auch mit Kollegen des Ostblockes in Verbindung zu kommen, waren durch den „Eisernen Vorhang“ und die deutsche Trennung erheblich erschwert. Dankbar erinnern wir uns deshalb an den kollegialen und wissenschaftlichen Austausch zwischen seiner prominenten Heidelberger Forschergruppe und der Dresdner Arbeitsgruppe „Fettstoffwechsel“ sowie der Unterstützung der Dresdner Lipidsymposien. Sein hoher Einsatz um eine Verbesserung des sozialen Status der Kollegen in der DDR, der leider nicht den gewünschten Erfolg brachte, sollte nicht unerwähnt bleiben.

Prof. Dr. S. Schettler war eine Persönlichkeit, die durch ihre Ausstrahlung und ihr gewinnendes Wesen Türen öffnete. Durch seine menschlichen Qualitäten, seinen Humor, seine ausstrahlende Wärme und Hilfsbereitschaft sowie seine gelebte Einheit als Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer wird er in nachhaltiger Erinnerung bleiben.

Rainer Döhling (Neffe von Herrn Prof. Dr. h.c. mult. Gotthard Schettler) in Zusammenarbeit mit Dr. med. Dietrich Steiniger (Kreisärztekammer Vogtlandkreis), Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, Dresden und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden

## Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann

Wer mit der Dresdner Kunstszene vertraut ist, kommt an dem Maler und Grafiker Veit Hofmann (geb. 1944), dessen abstrakte Formen und Zeichen sowie gegenständliche Elemente zu einem ineinander fließenden Ganzen verbindenden Arbeiten, nicht vorbei. Seit Jahrzehnten begeistert er mit seiner phantasiereichen Kunst – unlängst erst im Stadtmuseum mit der das Treppenhaus verzaubernden, schwebenden Installation „Anemophile“.

Weniger bewusst dürfte manchem sein, dass Veit Hofmann das mittlere Glied einer Kette ist, die das Kunstleben Dresdens im 20. und nun schon 21. Jahrhundert mit geprägt hat und noch prägt. So gehörte Vater Werner Hofmann (1907 – 1983) in den 1920er/30er Jahren zu den jüngeren Protagonisten der an der Elbe, nicht zuletzt dank des Wirkens von Otto Dix, starken Neuen Sachlichkeit. Mit seinen Kollegen und Freunden Otto Griebel, diesem ging er in den frühen 1950er Jahren als Direktor der Arbeiter-und-Bauern-Fakultät der Hochschule für Bildende Künste voraus, und Wilhelm Lachnit gehörte er 1929 zu den Mitbegründern der linken Künstlervereinigung Assozia-

tion revolutionärer bildender Künstler (ASSO) in Dresden. Eines seiner bekanntesten Werke – Hofmann verlor einen großen Teil seines bis dahin entstandenen Oeuvres am 13. Februar 1945 – ist das ein Liebespaar zeigende Gemälde „Unter der Brücke“ (1931/32), das zum Bestand der Galerie Neue Meister gehört.

Man kann sich vorstellen, dass die Söhne Veit – sein Werk „Erwachen“ (1992) befindet sich auch in der Galerie Neue Meister – sowie Jan, der Bühnenbildner ist, in einer von Kunst geprägten Atmosphäre aufwuchsen. Dies geschah zu einer Zeit, als im Osten Deutschlands die Moderne offiziell als suspekt galt, während im heimischen Umfeld, zumindest in Büchern, etwa die Kunst von Picasso oder Matisse präsent war. Eine nicht unwichtige Rolle spielten auch die vielen Begegnungen mit Künstlern, besonders im Dresdner Künstlerhaus, dem mit Unterbrechungen langjährigen Wohnort der Familie, was die Enkelgeneration – Veit Hofmanns in den 70er Jahren geborene Söhne Peter und Paul – einschließt.

Wie einst ihr Vater studierten auch sie an der Hochschule für Bildende Künste Dresden. Waren für Veit als Lehrer der Zeichner Gerhard Kettner und der Maler Herbert Kunze wich-

tig, waren es für die Jungen Max Uhlig und Lutz Dammbeck.

Besonders Peter Hofmann (Paul widmet sich seit einigen Jahren der Kunst des Weinanbaus) kann mittlerweile auf ein eigenes zwischen Abstraktion und Gegenständlichkeit angesiedeltes Werk und auf zahlreiche Ausstellungen verweisen.

Die Familie Hofmann ist mit ihren drei Generationen eine Art Spiegel von künstlerischen Wegen und Entwicklungen im Dresden des 20. und begonnenen 21. Jahrhunderts. Dieser Umstand macht es so reizvoll, ihr eine Ausstellung zu widmen. Ein kleines Schlaglicht auf das Thema hatte vor zwei Jahren schon der Kunst- und Kulturverein Alte Feuerwache in Loschwitz geworfen. Daran knüpft die kommende Schau in der Sächsischen Landesärztekammer weit umfangreicher an.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden  
Kulturjournalistin

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer: 27. April bis 9. Juli 2017, Montag bis Donnerstag 9.00 bis 18.00 Uhr, Freitag 9.00 bis 16.00 Uhr, Vernissage: Donnerstag, 27. April 2017, 19.30 Uhr.**



Arbeiten der Künstlerfamilie Hofmann

## Warum wir Ostern feiern

Im Jahreslauf begleiten uns zahlreiche Fest- und Feiertage. Diese Traditionen verdanken wir unseren Vorfahren. Nun ist es wieder soweit und das Osterfest lässt uns auf Ruhe und Entspannung hoffen. Gern nehmen wir die kleine Auszeit entgegen.

Ostern ist das höchste und älteste christliche Fest nach Weihnachten und Pfingsten. In den Kirchen wird die Auferstehung Jesu gefeiert. Etwa seit der Mitte des 2. Jahrhunderts wird das jährlich wiederkehrende Osterfest mit Gottesdiensten gefeiert.

Der Beginn der Karwoche bietet einen Ausblick auf das Osterfest. Am Gründonnerstag, es ist der fünfte Tag der Karwoche, wird an den Tag erinnert, an dem Jesus mit seinen zwölf Jüngern ein letztes Abendmahl vor seiner Kreuzigung einnahm. Der Höhepunkt dieser Woche ist der Karfreitag. Karfreitag ist vom althochdeutschen Wort „kara“ abgeleitet und bedeutet inhaltlich klagen, trauern. Der Überlieferung nach war die Todesstunde Jesu am Karfreitag gegen 15 Uhr.

In den Kirchen schweigen deshalb die Glocken von Karfreitag 15 Uhr bis zur Auferstehungsstunde am Ostersonntag 6 Uhr. Die Orgeln schweigen ebenfalls. Am Morgen des Ostersonntags um 6 Uhr wird in vielen Gemeinden ein sehr zeitiger Gottesdienst, meist auch mit Osterfeuer durchgeführt und das Licht dann in die Kirchen getragen. Also siegt zu Ostern das Licht über die Dunkelheit. Nach dem morgendlichen Gottesdienst schließt sich in der Regel ein Osterfrühstück für die Gemeinde an. Und die Kinder suchen Ostereier.

Ein weit verbreiteter Brauch ist es, zum Osterfest Eier bunt zu färben. Das Ei steht als Zeichen des Lebens und der Fruchtbarkeit. Die Hasen sind ebenfalls ein Symbol der Fruchtbarkeit. So kamen Hase und Ei als Zeichen und Brauch zum Osterfest zusammen. Eine mehrtägige Osterfeier ist für das 3. und 4. Jahrhundert belegt. Diese hat sich bis ins

Mittelalter erhalten. Erst um 1094 wurde das Osterfest auf drei Tage verkürzt. Seit der Reformationszeit gibt es nur noch einen zweiten Osterfeiertag, den Ostermontag.

In der ehemaligen DDR wurde der zweite Osterfeiertag 1967 durch den VII. Parteitag der SED außer Kraft gesetzt, da ja der Karfreitag bereits Feiertag war. Im Zuge der politischen Wende in der DDR wurde aber bereits Ostern 1990 der zweite Osterfeiertag wieder eingeführt, für die Ostdeutschen zur großen Freude. Martin Luther verbannte im Zuge der Reformation Überflüssiges aus den Kirchen des Spätmittelalters. Singen und Musizieren zur Ehre Gottes durfte man aber. So hat auch die Musik eine Verbindung zum Osterfest gefunden. Johann Sebastian Bach (1685 – 1750) nahm Luthers Herausforderung an und schuf Kantaten, Passionen und Oratorien. Ohne die Matthäus- und die Johannespassion wäre für manchen von uns heute Ostern sicherlich nicht denkbar. In der Folge haben sich bis in unsere Zeit weitere namhafte Komponisten und Musikschafter mit anspruchsvollen musikalischen Werken zum Osterfest verdient gemacht. Aber auch in der Literatur und der Kunst wurden Schriftsteller und Künstler angeregt, sich mit dem Thema Ostern zu befassen. Stellvertretend für viele sollen deshalb Johann Wolfgang von Goethes (1749 – 1832) „Osterspaziergang“, Caspar David Friedrich (1774 – 1840) mit seinem eindrucksvollen Gemälde „Ostermorgen“ und Annette von Droste-Hülshoffs Gedichte (1797 – 1848) „Am Ostersonntage“, „Am Ostermontage“, genannt werden.

Es muss aber auch erwähnt werden, dass unser christliches Osterfest ursprünglich von dem jüdischen Pessachfest maßgeblich geprägt wurde. Dieses Fest wird am ersten Frühlingsvollmond gefeiert, zur Erinnerung an die Befreiung der Juden aus der Knechtschaft der Ägypter. Es war somit ursprünglich ein Hirtenfest.

Das Wort Ostern ist hinsichtlich seines Ursprunges nicht eindeutig



Den Vorhang auf, genug der Schwärze.  
© Handzeichnung von Erich Gerlach  
(1909 – 2000), um 1965

geklärt. Es ist einerseits mit dem altgermanischen Wort „austro“ (Osten als Himmelsrichtung der Morgenröte) und andererseits mit dem althochdeutschen Wort „ostara“ (heidnisches Frühlingsfest) in Verbindung zu bringen.

Wir feiern das Osterfest aus religiösen Gründen, wegen des guten Essens und der Ostersüßigkeiten und auch wegen der Ruhe und Entspannung im Kreise der Familie. Am wichtigsten ist jedoch der Frieden, den gegenwärtig nicht alle Menschen unserer Erde haben. Deshalb sollten wir auch an diese Menschen denken und uns für den Frieden und die Einigkeit in aller Welt stark machen. Wir erwarten, dass die Vernunft über Kriege und Völkerrass siegt, damit für alle Menschen ein friedliches Mit- und Nebeneinander möglich ist.

Mit dieser Einstimmung auf ein friedliches und gesundes Osterfest 2017 grüßen das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ und der Autor alle Kollegen recht herzlich.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis  
Mitglied des Redaktionskollegiums  
„Ärztblatt Sachsen“