

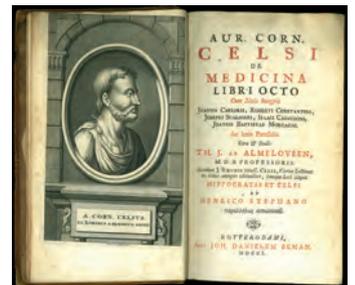
<b>Editorial</b>	Schöne@digitale Welt?	<b>180</b>
<b>Berufspolitik</b>	Frühjahrsempfang der Heilberufekammern	<b>181</b>
	Masterplan Medizinstudium 2020	<b>182</b>
	Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern	<b>184</b>
	CIRS-Fall	<b>195</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Stärkung der Transplantationsbeauftragten	<b>185</b>
	Telemedizin in Sachsen – Fachgespräch mit Ministerpräsident Tillich	<b>186</b>
	Telemedizinische Fernbehandlung	<b>187</b>
	Digitalisierung der Gesundheitsversorgung	<b>189</b>
	Ärztliche Mitteilungspflicht bei häuslicher Gewalt	<b>191</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Tagungsordnung 27. Sächsischer Ärztetag	<b>192</b>
	Ethikkommission sucht Mitwirkende	<b>193</b>
	Ich bin Arzt – es geht mir TROTZDEM gut!	<b>193</b>
	Neuer Kurs „Ärztliche Führung“	<b>194</b>
	Zertifikat „ABS-beauftragter Arzt“	<b>195</b>
	Einladung zum 22. Sächsischen Seniorentreffen	<b>196</b>
	Einladung zur Seniorenveranstaltung	<b>196</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>196</b>
	Kühlhaltungspflichtige Arzneimittel	<b>197</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?	<b>198</b>
<b>Mitteilungen der SÄV</b>	Sozialversicherung für Ärzte im Rettungsdienst	<b>198</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>199</b>
<b>Originalie</b>	Herpes zoster	<b>201</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Symposium „Anti-Korruptionsgesetzgebung“	<b>204</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Blindheit in der Kunst	<b>205</b>
	Dresdener Kunstblätter „Kunst + Medizin“	<b>206</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Juni 2017	<b>207</b>
	Abgeschlossene Habilitationen	<b>209</b>
	Ehrenmitgliedschaft verliehen	<b>210</b>
	Alumni-Treffen in Leipzig	<b>210</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Zur Entwicklung der Medizin im alten Rom	<b>211</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juli 2017	



Telemedizin – Fachgespräch mit Ministerpräsident Tillich  
Seite 186



Herpes zoster  
Seite 201



Zur Entwicklung der Medizin im alten Rom  
Seite 211

Titelbild: © Depositphotos/doomu

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)

## Schöne@digitale Welt?



Dr. med. Thomas Lipp

© SLÄK

Editorials haben oft einen philosophischen Unterton. Zu Recht, da Philosophie die menschliche Existenz zu deuten und zu verstehen versucht. Die aktuellen Entwicklungen unserer Zeit werden das Berufsbild des Arztes und das Arzt-Patient-Verhältnis in einer Weise ändern, wie die Dampfmaschine das Industriezeitalter. Die Dampfmaschine unserer Zeit heißt Digitalisierung. Der 120. Deutsche Ärztetag widmet sich im Mai diesem Thema.

Die Digitalisierung, sprich, der Einsatz von präzise und (oft) fehlerfrei funktionierenden Algorithmen, bietet eine hohe Attraktivität im Sinne zusammenführbaren Wissens. Zweidrittel aller Datenerfassungen und Bewertungen können durch Algorithmen sehr gut dargestellt werden. Durch die Digitalisierung der Medizin wird das bisherige Tätigkeitsfeld des Arztes mit dem Dreiklang Anamnese, Diagnose und Therapie grundsätzlich erweitert. Gleichzeitig werden Daten zur nutzbaren Extrawährung erhoben. Digitalisierung bietet individuelle Patientenfreundlichkeit, kann dem Patienten Warte- und Anfahrtszeiten ersparen sowie örtlich-, zeitlich- und räumliche Unabhängigkeit bringen. Der Einsatz ist denkbar in der Beratung, der Prävention aber auch bei der Behandlung von Krankheiten. Wie aber steht dazu die verfasste Ärzteschaft? Sie verharrt bildlich gesprochen im vorindustriellen Zeit-

alter. Wir wählen unsere Mandatsträger zur Bewahrung und Sicherung des Erreichten und stecken so fest in der Falle des innerärztlichen Zwists, der Diskussion um Arztersetzendes und der Suche nach Kostendämpfung bei gleichzeitig unbegrenzten medizinischen Möglichkeiten. Wir sind hilflos gegenüber der unser Innerstes erodierenden gewinnorientierten Ökonomisierung des ärztlichen Handelns. Digitalisierung wird nach meiner Auffassung allenfalls begriffen als technisches Hilfsmittel zur Optimierung derzeit vorhandener ärztlicher Arbeitsabläufe und Steigerung der Kosteneffizienz. Dem wohnt nicht wenig Tragik bei. Aber zur Tragödie gehört die Unausweichlichkeit, denn das Thema drängt sich mit Wucht uns auf. Was wir jetzt brauchen sind Gestalter, Vordenker und Zukunftssicherer, kurz Bilderstürmer und Herzoge. Die uns in den nächsten Monaten begegnende Digitalisierung in Form des Stammdatenabgleichs, des eBriefs, der BMP und des Entlassmanagements versperrt uns den Blick auf das Drängende. Wir erkennen nicht das enorme Potenzial, die Chance von gänzlich anderer medizinischer Versorgung, die fast alle Fachrichtungen und so viel ärztliches Tun betrifft, bei der der Patient mit standardisierten Voranamnesen, vollständig fremderhobenen komplett umfänglichen dokumentierten Datensätzen den Arzt auf andere Weise benötigt als heute.

Die arztzentrierte Diskussion um Datenschutz entpuppt sich als nasses Pappschwert im Angesicht hemmungsloser Freigabe von Privatstem durch den Patienten und bedarf deshalb der Neujustierung. Der klassische Arztbesuch wird recht oft nicht mehr zwingend notwendig sein, die Bedarfsplanung im herkömmlichen Sinne braucht völlig neue Denksätze. Das was machbar ist, wird gemacht werden. Das was machbar, aber verboten bleibt, wird über Umgehungen trotzdem, dann aber von anderen, gemacht werden. Wenn wir uns jetzt dieser Entwicklung nicht berufsrechtlich und ökonomisch – auch abrechnungsrelevant –

stellen und, statt mühsam unser Berufsrecht an die uns vorauseilenden Entwicklungen anzupassen, vorausdenken und unsere Kammer- und vor allem KV-rechtlichen Grundlagen der Berufsausübung für die Zukunft fit machen, werden die jetzigen wie auch die kommenden Ärzte ihre herausragende Stellung in der Gesellschaft mit hoher Akzeptanz und als Hauptplayer im System verlieren. Wir müssen dem Gesetzgeber und der Gesellschaft die Regeln und Grenzen einer solchen Art von Medizin fachkundig darstellen. Das ist die ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung. Ansonsten werden andere, gewinnorientierte Konzerne, dies übernehmen und mit Alternativangeboten auf Gesellschaft und Gesetzgeber zukommen und unter dem Deckmantel der Kosteneffizienz gegenüber der arztzentrierten Versorgung dessen zentrale Rolle in der Betreuung des Patienten streitig machen.

Wir müssen jetzt reagieren! Wir müssen die Regeln schaffen, dürfen dies nicht dem Markt überlassen, müssen vernünftige Grenzen finden. Es kommen auf uns Versorgungsstrukturen zu, die örtlich, zeitlich, räumlich aber auch inhaltlich durch den Patienten strukturiert werden, nicht mehr allein durch den Arzt. Das ausschließliche Fernbehandlungsverbot wie eine Monstranz vor sich herzutragen, dabei störrisch auf das Berufsrecht zu verweisen, ist der falsche Weg. Peinlichst sind die aktuellen, vorindustriell Altes zementierenden Regeln zur Telemedizin der KV/Kassen. Dies verbannt die Selbstverwaltung als ernstzunehmenden Gestaltungspartner. Ja, es wird Honorarverwerfungen geben. Ja, es wird Verlierer geben. Und andere werden jetzige ärztliche Aufgaben übernehmen. Es gibt unzählige Unwägbarkeiten, aber auch Chancen! WIR müssen sie gestalten. Sonst werden wir gestaltet.

Weiteres zum Thema „Digitalisierung“ finden Sie in diesem Heft ab Seite 186.

Dr. med. Thomas Lipp  
Vorstandsmitglied

## Frühjahrsempfang der Heilberufekammern

Am 10. April 2017 fand der 9. Frühjahrsempfang der Sächsischen Heilberufekammern in Dresden statt. Die Vertreter der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Tierärzte tauschten sich zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen aus. Schwerpunkte waren unter anderem das anhaltende Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und ärztlichem Ethos sowie die Zukunft der Heilberufe.

„Ein Ziel, dass alle sächsischen Heilberufekammern eint, ist der Erhalt der Freiberuflichkeit“, betonte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, in seiner Eröffnungsrede. Sie müsse auch auf EU-Ebene stets verteidigt werden. Nur so könnten die Heilberufe eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Gesundheitsversorgung im Freistaat Sachsen gewährleisten. Die Patientensicherheit dürfe nicht zu Gunsten einer kapitalgesteuerten Dienstleistungsfreiheit geopfert werden.

Auch auf die zunehmende Digitalisierung in den Heilberufen ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer ein. Sie sei Chance und Herausforderung gleichermaßen. Der Patient müsse zu jeder Zeit Herr über seine Daten sein. Die Sicherheit der sensiblen Gesundheitsdaten sei oberste Priorität. „Wir stehen mit der Industrie und der Politik in engem Kontakt, aber es geht noch zu langsam voran“. Erik Bodendieck verwies dabei auf ein Fachgespräch mit dem sächsischen Ministerpräsidenten Stanislaw Tillich, welches am 25. April 2017 in der Sächsischen Landesärztekammer stattfand (Bericht in diesem Heft, siehe S. 186).

Die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Barbara Klepsch, bedankte sich „für die zuverlässige und gute Zusammenarbeit“ mit allen Heilberufekammern. Sie würdigte das Engagement und die Organisation des jeweiligen Berufsstandes im Freistaat Sachsen.



Dr. med. vet. Uwe Hörügel, Präsident der Sächsischen Landestierärztekammer; Göran Donner, Vizepräsident der Sächsischen Landesapothekerkammer; Barbara Klepsch, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz; Andrea Mrázek M.A., M.S. (USA), Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer; Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Dr. med. Mathias Wunsch, Präsident der Sächsischen Landes Zahnärztekammer (v.l.) © SLÄK

Barbara Klepsch lobte ausdrücklich die Arbeit des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ als ein Instrument, um dem drohenden Ärztemangel entgegenzutreten und Partner besser zu vernetzen. Sie begrüßte ebenso den nun verabschiedeten Masterplan Medizinstudium 2020. „Die Stärkung der Allgemeinmedizin ist ein längst überfälliger Schritt“, so die Ministerin.

Anschließend diskutierten die Vertreter der Heilberufekammern und der Politik weiter in entspannter Atmosphäre über die aktuellen Herausforderungen der Gesundheitspolitik.

Die Staatsministerin war dabei eine gefragte Gesprächspartnerin.

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

Kristina Bischoff M.A.  
Redaktionsassistentin

## Masterplan Medizin- studium 2020

Mitte April haben sich Bund und Länder nach langen Diskussionen auf einen Masterplan Medizinstudium 2020 geeinigt. Die Sächsische Landesärztekammer lobt das 37 Einzelmaßnahmen umfassende Reformpaket im Ansatz. „Insgesamt habe ich mir jedoch mehr erwartet“, betont der Präsident, Erik Bodendieck. „Nicht nur, dass die Ausgestaltung vieler Maßnahmen nur vage angedeutet ist und die für die künftige Versorgung so wesentlichen zusätzlichen Studienplätze, wie sie auch die Landesärztekammer seit langem fordert, völlig ausgeblendet wurden. Auch die Frage der Finanzierung wurde einfach auf Eis gelegt beziehungsweise mit einem Haushaltsvorbehalt versehen. Wir plädieren deshalb für eine schnelle Konkretisierung und die konzertierte Umsetzung des Masterplans unter Einbeziehung der Ärzteschaft.“

Positiv hervorzuheben sind mehr Praxsnähe und eine Aufwertung der Allgemeinmedizin im Studium sowie das Wahlfach im ambulanten vertragsärztlichen Bereich. Dadurch bekommen die Studenten frühzeitig einen Einblick in den stationären wie auch den ambulanten Versorgungssektor sowie in das breite Wirkungsfeld eines Hausarztes. Dafür müssen jedoch genügend Lehrärzte in den Praxen für diese Aufgabe qualifiziert sowie zusätzliche Prüfer für die Universitäten bereitgestellt werden. Erik Bodendieck: „Das ist kein Nullsummenspiel. Und ob die Exzellenzinitiativen der Hochschulen diesem breiten Ausbildungsansatz entgegenstehen, muss von anderer Stelle geklärt werden.“

Die Aufwertung der Allgemeinmedizin ist die auffälligste Strukturänderung des Studiums. So wird das Praktische Jahr von drei Tertialen auf vier Quartale umgestellt. Innere Medizin und Chirurgie bleiben dabei Pflichtquartale, mindestens ein Wahlfach muss „im ambulanten vertragsärztlichen Bereich“ absolviert werden. Außerdem wird das Fach Allgemeinmedizin verpflichtender Teil der



STEX-Veranstaltung in Leipzig 2016

© SLÄK

Examensprüfung. Um die künftigen Ärzte besser auf die Arbeit mit Patienten vorzubereiten, soll die Gesprächsführung im Studium einen größeren Stellenwert einnehmen. Versorgungspolitische Aspekte spielen insgesamt eine wichtige Rolle im Masterplan. Um dem Ärztemangel in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, soll es nach langer Diskussion eine optionale „Landarztquote“ geben. Die Bundesländer erhalten die Möglichkeit, bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze an Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten ländlichen Regionen tätig zu sein. Eine solche „Landarztquote“ war auch für Sachsen schon einmal im Gespräch. Aber ein 18- oder 19-Jähriger weiß oft noch nicht, was und wo er später einmal arbeiten möchte. Am Ende hat man sich stattdessen hier für ein Hausarztstipendium (1.000 Euro ab dem 1. Semester) mit einer freiwilligen Selbstverpflichtung, später als Hausarzt zu arbeiten, entschieden. Derzeit nehmen circa 70 Studierende diese Förderung in Sachsen in Anspruch. Außerdem gibt es seit einigen Jahren das Programm „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“. Studenten, die sich verpflichten, nach dem Studium ihre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und eine Arbeit als Hausarzt in Sachsen für mindestens fünf Jahre außerhalb der Städte Chemnitz, Dresden, Leipzig und

Radebeul zu absolvieren, erhalten einen Studienplatz in Pecs/Ungarn. Die Studiengebühren für 20 Plätze pro Jahr werden von der Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen sowie den Krankenkassen übernommen. Derzeit sind circa 70 Studenten in dem Programm. Die Sächsische Landesärztekammer hätte diese Studienplätze lieber im Freistaat gehabt. Dies war leider nicht zu realisieren. Die im Masterplan geplante Umgestaltung des Zulassungsverfahrens fürs Medizinstudium soll mehr Ärzte für eine medizinische Versorgung in der Breite gewinnen. Die Universitäten können dann neben der Abiturnote auch mindestens zwei weitere Kriterien für die Zulassung zum Studium heranziehen. Soziale und kommunikative Kompetenzen oder Berufserfahrungen im medizinischen Bereich können dann die Chance auf einen Studienplatz erhöhen. Für den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, zeigt sich hier der in Teilen wenig innovative Charakter des Masterplans: „Sachsen hat eine solche Ausweitung der Kriterien seit Jahren umgesetzt. In Leipzig können die Bewerber durch einen zusätzlichen medizinischen Test ihre Chancen erhöhen. In Dresden werden sogar persönliche Auswahlgespräche geführt, bei denen soziale und kommunikative Fähigkeiten abgefragt werden. Und an beiden Unistandorten spielt die Berufserfahrung eine positive Rolle bei der Auswahl.“

In Sachsen gibt es außerdem seit über zehn Jahren eine Vielzahl an Fördermaßnahmen zur Gewinnung von (Haus-)Ärzten für ländliche Regionen (Übersicht: [www.aerzte-fuer-sachsen.de/foerderungen.php](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de/foerderungen.php)). Erik Bodendieck: „Damit sind wir in Deutschland Vorreiter. Gebündelt, weiterentwickelt und zielgerichtet vermittelt werden diese Maßnahmen durch das 2009 gegründete Netzwerk ‚Ärzte für Sachen‘. Im deutschlandweit einzigartigen Netzwerk arbeiten alle Player, wie Sozialministerium, Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, aber auch der Landkreistag und der Städte- und Gemeindetag, zusammen. Seit es das Netzwerk gibt, ist die Anzahl der jungen Ärzte bis 35 Jahre signifikant angestiegen. Dies belegen die Mitgliederzahlen der Sächsischen Landesärztekammer.“

Bei den Fördermaßnahmen geht es nicht nur ums Geld, sondern auch

um Rahmenbedingungen, wie Wohnung, Kindergarten oder Arbeitsplätze für Angehörige. „Gute Erfahrungen haben wir mit einer frühzeitigen Bindung an eine Region über Famulaturen und dem Praktischen Jahr gemacht“, so der Präsident. Weiterhin gibt es Weiterbildungsverbände, Umzugsbeihilfen, kostengünstige Immobilien für Wohnung und Praxis, familienfreundliche Angebote, Unterstützung für ausländische Ärzte oder eine finanzielle Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten.

Letztlich wirkt keine Einzelmaßnahme für sich allein, sondern nur die Vielfalt der Angebote. Denn die Entscheidung eines Arztes für eine Region oder eine Niederlassung hängt auch von ganz vielen persönlichen Faktoren wie Alter, Familienstand oder Herkunft ab. Erik Bodendieck: „Eine große Chance bieten zudem die Medizinischen Fakultäten

in Dresden und Leipzig. Wenn möglichst viele sächsische Abiturienten auch hier studieren könnten, dann blieben sie hinterher sicher hier, wenn es eine berufliche Perspektive für sie gibt.“

Hausärzte werden laut Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen derzeit vor allem im Chemnitz (19), Zwickau (17), Freiberg (16), Stollberg (14), sowie in Marienberg (12), Mittweida (12) und Hoyerswerda (9) gesucht. Wobei sich die gefühlte Versorgung für Patienten in den ländlichen Regionen noch schlechter darstellen dürfte, weil dort die Wege sehr viel weiter sind als in einer Stadt.

Bis der Masterplan in den Studienordnungen umgesetzt wurde, dürften noch mindestens zwei Jahre vergehen. Mit den ersten Absolventen ist deshalb erst 2026 rechnen.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Kein Anstieg bei Behandlungsfehlern

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer hat ihren aktuellen Jahresbericht vorgelegt. 2016 sind dort 363 Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingegangen (2015: 384). In 233 Fällen wurde auf Grund der eingereichten Unterlagen eine Begutachtung wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingeleitet (2015: 244). Davon wurde in 52 Fällen ein Behandlungsfehler durch die Gutachterstelle festgestellt (2015: 49).

„Jeder Behandlungsfehler ist ein Fehler zu viel, denn hinter jedem Fehler steht auch ein Schicksal“, so Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. „Die insgesamt geringe Anzahl an Fehlern

bei 32 Millionen ambulanten und stationären Behandlungsfällen ist trotz der extremen Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern und Praxen jedoch auch ein Indiz für die verantwortungsvolle Tätigkeit der Ärzte, Schwestern und Pflegekräfte.“

Der Vorsitzende der Gutachterstelle, Dr. med. Rainer Kluge, betont, „dass sich der steigende ökonomische Druck bisher nicht in den Zahlen der Gutachterstelle niedergeschlagen hat, liegt neben der verantwortungsvollen Tätigkeit des gesamten medizinischen Personals auch am Fehlervermeidungsmanagement der Kliniken. Dennoch kann es zu Fehlern kommen, deren Ursachen man unbedingt auswerten und transparent machen muss, damit diese nicht mehr vorkommen.“

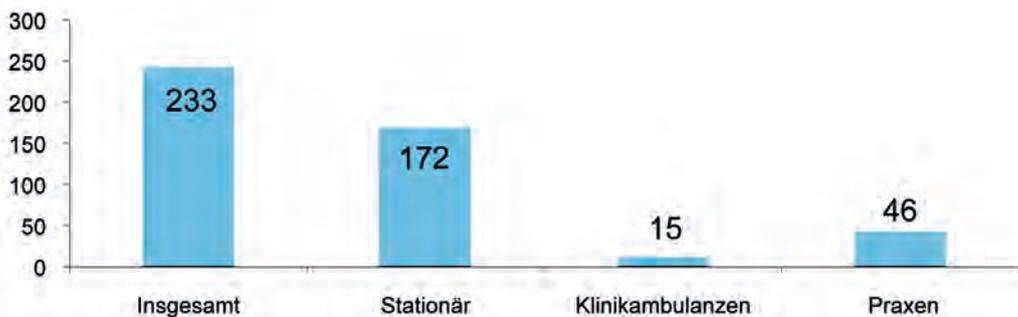
Von den 233 eingeleiteten Begutachtungen entfielen 172 auf den stationären Sektor, 15 auf Klinikambulan-

zen und nur 46 auf ambulante Praxen (Grafik 1). 67 Anträge betrafen die Fachrichtung Chirurgie, 44 die Innere Medizin, 30 die Orthopädie, 27 die Fachrichtung Gynäkologie/Geburtshilfe, elf die Neurologie/Psychiatrie und zehn Anträge das Fachgebiet HNO. Des Weiteren wurden acht Fälle in der Neurochirurgie, sechs in der Allgemeinmedizin sowie in der Augenheilkunde, vier in der Urologie und drei in der Radiologie begutachtet. Zwei Fälle entfielen auf die Fachbereiche Anästhesiologie/Intensivtherapie und zwei Fälle auf die Kinderheilkunde. In der Rehabilitation gab es zwei Fälle und in der Pathologie sowie der Nuklearmedizin je einen Fall (Grafik 2).

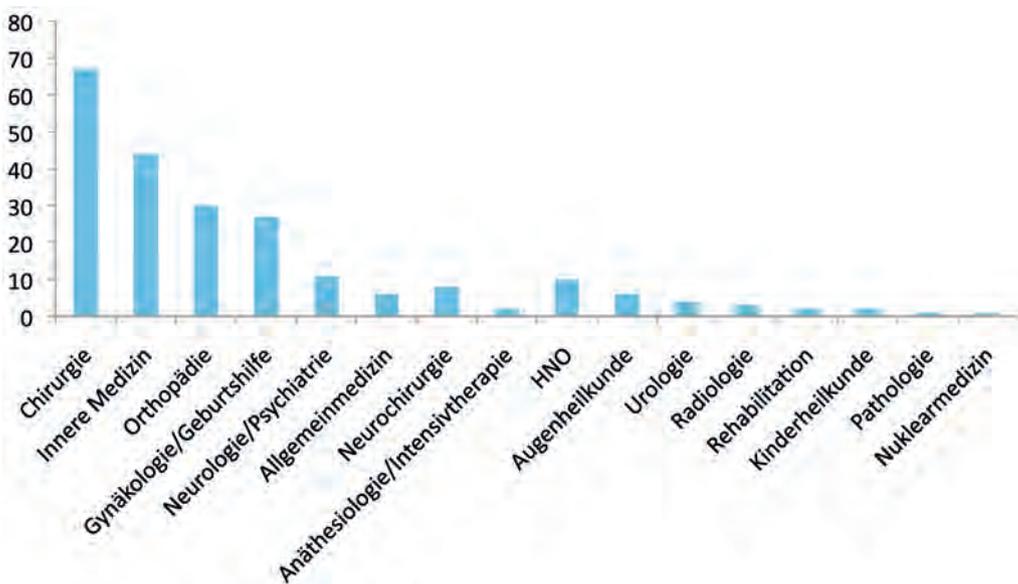
Zu mehr als 60 Prozent sind die Antragsteller anwaltlich vertreten. Die Anerkennungsrate liegt bei etwa 20 Prozent. Mit einem Prozentsatz von 90 bis 95 Prozent sind die Vorgänge mit der Beurteilung durch die Gutachterstelle abgeschlossen. Die Bereitschaft der Ärzte, sich an den Verfahren zu beteiligen und zur Aufklärung beizutragen, ist nach wie vor sehr hoch.

### Hintergrund Gutachterstelle

Zweck der Gutachterstelle ist es, Rechtsstreitigkeiten, mit welchen Patienten Ansprüche gegen einen Arzt wegen des Vorwurfes fehlerhafter ärztlicher Behandlung erheben, zu vermeiden und außergerichtlich zeit- und kostensparend beizulegen. Die Gutachterstelle kann nur im allseitigen Einverständnis der Parteien (Haftpflichtversicherer, Arzt, Patient) tätig und erst angerufen werden, wenn der Haftpflichtversicherer zu dem Schadensersatzanspruch Stellung genommen hat. Der Patient muss den Arzt von der Pflicht zur Berufsverschwiegenheit entbunden haben, ebenso eventuelle weitere Ärzte, welche ihn behandelt haben. Die Gutachterstelle prüft den Sachverhalt und gibt abschließend eine begründete Stellungnahme ab.



Grafik 1: Eingeleitete Begutachtungen 2016



Grafik 2: Eingeleitete Begutachtungen nach Fachgebiet

## Stärkung der Transplantationsbeauftragten

Die Sächsische Staatsregierung hat Ende April die Novellierung des Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz zur Anhörung freigegeben. „Mit diesem Ausführungsgesetz wird die Stellung der Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern erheblich gestärkt, worüber wir als Ärztekammer sehr erleichtert sind. Die Transplantationsbeauftragten haben eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe übernommen, für die sie jegliche Unterstützung brauchen, die sie bekommen können“, betont der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck.

Die Freigabe zur Kommentierung erfolgte genau an dem Tag, an dem alle sächsischen Transplantationsbeauftragten zur Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten in die Sächsische Landesärztekammer eingeladen waren. Diese Jahrestagung wird von der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) Region Ost für die Kammerbereiche Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen veranstaltet.

Seit 2015 arbeitet die Sächsische Landesärztekammer gemeinsam mit dem Sozialministerium, der DSO und der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. an Konzepten, die Arbeit für die Transplantationsbeauftragten zu erleichtern und stärker in den Fokus der Krankenhäuser zu rücken. Die Aktionen reichen von Fortbildungen über Befragungen sowie Bereitstellung von Referenten und Schulungsmaterial. Im Zentrum steht die Gründung eines Sächsischen Netzwerkes Organspende mit den drei Leiteinrichtungen Universitätsklinik Dresden, Universitätsklinik Leipzig sowie Klinikum Chemnitz. So entstanden drei regionale Gruppen von Transplantationsbeauftragten, denen für Fragen – gerade im Vorfeld einer Hirntodfeststellung – rund um die Uhr ein versierter Ansprechpartner aus den drei großen Kliniken zur Seite steht. Derzeit wird an einheitli-

chen Regelungen und an einer Austauschplattform für Transplantationsbeauftragte gearbeitet.

Obwohl 80 Prozent der Bevölkerung einer Organspende positiv gegenüber stehen, nehmen die Organspenden in Deutschland weiter ab. Weitgehend unbekannt ist, dass durch die Fortschritte in der Medizin auch Organe von Menschen weit über 70 Jahren mit großem Erfolg transplantiert werden können. Und häufig wird auch vergessen, dass der Wunsch nach Limitierung der intensivmedizinischen Therapie und der Wunsch nach Freigabe der eigenen Organe nach dem Tode zur Transplantation nicht im Widerspruch zueinander stehen. Eine entsprechende Formulierung findet sich auch in den kürzlich aktualisierten



Organentnahme im Krankenhaus

© DSO

Musterformularen zur Patientenverfügung der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)).

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Telemedizin in Sachsen

### Fachgespräch mit Ministerpräsident Tillich

Im Rahmen eines von Kammerpräsident Erik Bodendieck und Ministerpräsident Stanislaw Tillich – bundesweit erst- und einmalig – initiierten Fachgesprächs, an dem unter anderem auch Dr. med. Franz-Josef Bartmann, Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. med. Klaus Heckemann, Vorsitzender der KVS, der AOKPlus Vorsitzende Rainer Striebel, Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer und der ABDA, Vertreter der Krankenhausseite und der Forschung, zwei Firmenvertreter aus dem StartupCenter in Leipzig sowie einige Praktiker teilnahmen, verschafften sich die Beteiligten einen Überblick über den Status Quo und die Pläne betreffend die Telemedizin aus Sicht der sächsischen Staatsregierung und die Möglichkeiten der Telemedizin aus Sicht der Ärzteschaft.

Die Digitalisierung hat in den letzten Jahren auch im Gesundheitswesen verstärkt Einzug gehalten. Die Nutzung digitaler Instrumente und Verfahren, etwa in der Radiologie, der Pathologie und in der Labordiagnostik, hat sich durchgesetzt und ein Ende der Entwicklung ist nicht absehbar. Keine Klinik, kaum eine Arztpraxis verzichtet heute auf ein Informationssystem zur internen Verwaltung von Patientendaten. Während der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur in Verbindung mit der elektronischen Gesundheitskarte aber nur relativ schleppend vorankommt – allerdings befinden sich die ersten medizinischen Anwendungen wie etwa der Medikationsplan und die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung sowie der Notfalldatensatz in einem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium, ist man hingegen beim Einsatz klassischer Telemedizin-



Ministerpräsident Stanislaw Tillich und Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer (r.) © SLÄK

anwendungen deutlich weiter. Beispielhaft erwähnt seien die Akutversorgung zum Beispiel von Schlaganfallpatienten oder die Versorgung chronisch Erkrankter, zum Beispiel schwer herzinsuffizienter Patienten oder Typ-2-Diabetikern.

Gerade im Aufbau einer Telematikinfrastruktur sieht die Politik insbesondere mit Blick auf die zukünftige Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung im ländlichen Raum vielversprechende Möglichkeiten, nämlich einen breiteren Zugang zur medizinischen Versorgung sowie eine effiziente Abstimmung zwischen den Beteiligten, neue Formen der Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld und auch sektorenübergreifende Anwendungen. Wirft man einen Blick auf Sachsen, so muss man allerdings konzedieren, dass der Umbau hin zu digital vermittelten Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen von Patienten nur relativ zäh voranschreitet. Bislang existieren nur einige wenige Pilotprojekte wie etwa „CCS Telehealth Ostsachsen“ oder das „Antibiotikanetzwerk ABNW“. „Was einzelne Inselösungen angeht, so sind wir im Freistaat gut aufgestellt, jedoch fehlt es an einem Gesamtsystem, insbesondere im Anwendungsbereich“, konstatierte Ministerpräsident Tillich, der zu Beginn der Veranstaltung die Frage aufwarf, was man

in der medizinischen Versorgung digitalisieren und in Prozesse bringen könne.

Präsident Erik Bodendieck unterstrich die Aussagen des Ministerpräsidenten in seinem Fazit der Diskussionsrunde und stellte Kommunikationsdefizite insbesondere zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren fest. „Der Arzt wird in der zukünftigen zunehmend digitalisierten Welt eine andere Funktion haben als heute und sich wieder mehr der sprechenden Medizin zuwenden können, zum Wohle der Patientenversorgung.“ Er betonte ausdrücklich, dass die zunehmende Digitalisierung den Arzt nicht ersetzen, jedoch das ärztliche Handeln weiterentwickeln werde, wobei gelten müsse, dass dies dem Patienten aber auch nicht schaden dürfe.

Ziel des Fachgesprächs, das fortgesetzt werden soll, ist es, mit Blick auf die demografische Entwicklung in Sachsen unter verstärkter Nutzung der Telemedizin Vorschläge für ein zukünftiges medizinisches Versorgungsmodell, insbesondere im ländlichen Raum, zu entwickeln und dafür die entsprechenden Voraussetzungen für eine funktionierende Telematikinfrastruktur zu schaffen.

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

## Telemedizinische Fernbehandlung

### Perspektive und Zielsetzung im sächsischen Gesundheitsministerium

#### Telemedizin hat viele Facetten

Das Wort Telemedizin führen viele im Munde. Daran knüpfen sich verschiedene Hoffnungen oder auch Sorgen. Hinter dem Wort stehen unterschiedliche Vorstellungen von komplexer Medizintechnik bis zum schlichten „Skypen mit dem Arzt“. Für die Arbeit im Gesundheitsministerium bildet die Bedeutung des griechischen Wortes „tele“ – „fern“ den Fokus. Telemedizin ist danach gekennzeichnet durch das räumliche Auseinanderfallen von Behandelndem und Behandeltem. Die Distanz wird überbrückt mit elektronischer Kommunikation, wie sie in vielen anderen Branchen zum Berufsalltag gehört.

#### Telemedizin braucht sichere Technik

Voraussetzung für Telemedizin ist die Digitalisierung im Gesundheitssystem. Die Informationen über Patienten werden mehr und mehr in digitaler Form bereitgehalten und können so schneller zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ausgetauscht werden. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein läuft die Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte erfolgreich. In Sachsen sind diese Tests leider aufgrund von Schwierigkeiten der T-Systems ausgesetzt. Ende des Jahres können hoffentlich andere Tests hier starten. Das sächsische Gesundheitsministerium ist auf Arbeitsebene als Mitglied im gematik Beirat in den Aufbau der Telematikinfrastruktur eingebunden (gematik = Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH). Wichtiger Schwerpunkt ist, dass die Bedienarchitektur der elektronischen Patientenakte der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient entspricht und dass der Patient sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung im künftigen Datenmanagement widergespiegelt findet.

#### Telemedizin meint Fernbehandlung

Alle telemedizinischen Projekte, die vom sächsischen Gesundheitsministerium gefördert werden, haben eine Gemeinsamkeit: Es geht um Fernbehandlung. Gemeint ist medizinischer Rat oder ärztliche Behandlung über Entfernung durch elektronische Datenübertragung. Ob zwischen Arzt und Patienten oder zwischen Arzt und Arzt. Das ist grundsätzlich nichts Neues. Schon Alexander Graham Bell, der Erfinder des Telefons, soll in einem seiner ersten gekabelten Gespräche mit seinem Assistenten Watson diesen um medizinischen Rat gefragt haben. Unabhängig vom Wahrheitsgehalt dieser Anekdote gehört das Telefonat zu einem selbstverständlichen Weg der Verständigung zwischen Arzt und Patient. Und sei es nur, um die Vorstellung in der Praxis zu empfehlen.

#### Von einem Phantomverbot

Beim Stichwort Fernbehandlung horcht so mancher auf. Die Behauptung steht im Raum: „Das ist verboten!“. Tatsächlich spricht die Musterberufsordnung der Ärzte in § 7 vom sogenannten „Unmittelbarkeitsgebot“. Denn für die Qualität der medizinischen Behandlung ist unmittelbarer Kontakt zwischen Arzt und Patient wichtig. Es geht um die umfassende Wahrnehmung des Patienten durch den Arzt, um ein ganzheitliches Bild. Das ist der Idealfall. Die Bundesärztekammer hat Ende 2015 in einem Rundschreiben erläutert, wie Unmittelbarkeitsgebot und Fernbehandlung zusammenpassen: Die Behandlung darf nicht ausschließlich und nur über Medien erfolgen. Der persönliche Kontakt



© Depositphotos / bloomua

sollte im erforderlichen Maß gepflegt werden. Um hier Klarheit zu schaffen, haben die Landesärztekammern festgelegt, dass der Erstkontakt immer direkt sein sollte. Doch auch hier sind Ausnahmen denkbar und weitere Entwicklungen sind nicht auszuschließen.

#### Telemedizin kann Versorgung stärken

Oft wird von der Telemedizin erwartet, künftige Versorgung auch in strukturell herausgeforderten Landstrichen zu sichern. Richtig ist, dass mit telemedizinischen Methoden ein entfernter Arzt schneller erreicht werden kann. Oder dass ein Arzt einen kollegialen Rat schneller einholen kann. Für die Frage der Versorgung ist aber auch die Erkenntnis wichtig, dass die Telemedizin zwar dem Patienten Zeit ersparen kann, aber keinem Arzt mehr Zeit schenkt. Der Aufwand für Anamnese und Befund wird durch Telemedizin nicht verkürzt. Egal ob Aug in Aug oder über Videokonferenz oder per E-Mail. Telemedizin kann für die Patienten Wege und Zeit ersparen. Auf der Seite der Mediziner stellen sich

Fragen an die gewohnten Abläufe: Wie würde eine „Telenurse“ in den Praxisalltag eingebunden, die für den Arzt im ländlichen Raum unterwegs ist? Sollte der Platz der Sprechstundenhilfe zu einem Kommunikationszentrum ausgebaut werden? Werden die Wartezimmer leerer, weil die Patienten online Schlange stehen? Das sächsische Gesundheitsministerium fördert auch Modellprojekte, die derartige Modelle testen.

### **Digitalisierung rückt Patientenrechte in den Fokus**

Egal wie sich die Abläufe zwischen Arzt und Patient entwickeln. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens verlangt eine exakte Abbildung der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient in der virtuellen Welt. Wer hat Zugriff auf die Daten des Patienten? Was darf ein Arzt über andere Behandlungen des Patienten wissen? Mit wem kann der Patient seine Daten teilen? Wie können beispielsweise Medikationsplan oder Notfalldatensatz mit anderen Akteuren ausgetauscht werden, ohne den Datenschutz zu verletzen? Wie behält der Patient sein Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung in der Hand? In der Behandlung vertraut der Patient dem Arzt Wissen über seine Privat- oder Intimsphäre an. Ärzte können damit umgehen und tragen hohe Verantwortung. Das muss auch für die Anwendungen der elektronischen Patientenakte gelten. Der Patient

muss auf sicheren Umgang mit seinen Daten vertrauen können und er muss die Hoheit über seine Daten behalten. Das ist eine sensible Herausforderung beim Aufbau der Telematikinfrastruktur. Das ist zugleich Chance, die Patientenrechte in der digitalen Welt von Anfang an auf die richtigen Füße zu stellen. Digitalisierung kann auch ein Katalysator für mehr Transparenz und Augenhöhe zwischen Arzt und Patient sein.

### **Sozialministerium fördert Telemedizin**

Die Digitalisierung treibt Innovationen auch in der Gesundheitswirtschaft. Neue Unternehmen und neue Geschäftsmodelle entstehen. Das sächsische Gesundheitsministerium ist Partner der aktuellen Klasse im Start-up-Accelerator der Handelshochschule Leipzig, SpinLab, zum Thema „eHealth“. Sechs vielversprechende junge Unternehmen sind dort aus über 130 Bewerbungen ausgewählt worden. Mit viel Eifer und etwas Glück entstehen daraus künftige Innovationsmotoren in der sächsischen Gesundheitswirtschaft. Außerdem stellt das sächsische Gesundheitsministerium fast 30 Millionen Euro aus europäischen Fonds für innovative Forschungsvorhaben zur Telemedizin zur Verfügung. Vielversprechende Anträge laufen. Die ersten Bescheide sind übergeben, die Projekte haben die Arbeit aufgenommen. Für die Förderung der Telemedizin speziell im hausärztlichen

Bereich und die Etablierung von Anwendungen rund um die elektronische Gesundheitskarte stehen weitere 10 Millionen Euro aus Landesmitteln zur Verfügung. Anträge zu beidem können bei der Sächsischen Aufbaubank gestellt werden. Wichtig ist, dass Projekte Finanzierungsmodelle für die Zeit nach der Förderung aufstellen. Telemedizin muss in die Regelfinanzierung kommen. Wichtiger Schritt ist die EBM-Ziffer für Videokonferenzen. Bei aller Kritik: Ein Anfang ist gemacht und es kommt darauf an, welche Erfahrungen Ärzte und Patienten mit dieser Form der Beratung machen.

### **Akzeptanz ist wichtigste Voraussetzung**

Medizin lebt vom Vertrauen. Das gilt für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Das gilt aber natürlich auch für die medizinischen oder technischen Verfahren. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschreitet neue Wege. Ob elektronische Gesundheitskarte mit elektronischer Patientenakte, ob Videokonferenz mit dem Arzt oder automatisierte Behandlungsmethoden, Telemedizin kann einen Beitrag leisten, die Herausforderungen der kommenden Jahre zu meistern. Entscheidend wird die Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sein. Aus diesem Grund konzipiert das sächsische Gesundheitsministerium Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und Informationsangebote rund um Telemedizin. Wichtig ist Wissen und Verständnis für die neuen Methoden. Es kommt darauf an, dass möglichst viele Beteiligte im Gesundheitssystem die kommenden Schritte mittun. Damit Qualität und Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung auch künftig stabil bleiben, sollten möglichst viele an einem Strang ziehen.

Martin Strunden  
Referatsleiter  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
E-Mail: martin.strunden@sms.sachsen.de

## Digitalisierung der Gesundheitsversorgung

Der „Megatrend“ Digitalisierung verursacht bei den Akteuren im Gesundheitssystem Emotionen, die diverser nicht sein könnten: von enthusiastischen Blicken auf technologische Innovationen und Hoffnung in Hinblick auf die Sicherstellung ländlicher medizinischer Versorgung, über Unsicherheit im datenschutzrechtlichen und berufsordnungskonformen Umgang mit digitalen Anwendungen bis hin zur Angst vor Entwicklungen, die dem Einzelnen oder dem System in der einen oder anderen Form schaden könnten. Man ist versucht zu schlussfolgern, die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung sei entweder etwas Gutes oder etwas Böses, Freund oder Feind. Es ist an der Zeit, das Thema durch eine rationale Brille zu betrachten.

Digitale Gesundheit ist kein Blick in die Zukunft und auch keine Frage – vor allem nicht danach, ob wir sie haben wollen oder überhaupt brauchen. Ihre Auswirkungen sind bereits heute deutlich spürbar und sie ist eine selbstverständliche Entwicklung, welche auf der alltäglichen Verfügbarkeit neuer Hard- und Softwaretechnologien fußt. Parallelen finden sich in vielen anderen Sektoren – im Bildungswesen, in Kommunen oder der Industrie. Wir müssen also nicht nur lernen, mit Digitalisierung „umzugehen“, sondern sollten vielmehr ihre Chancen identifizieren und nutzen – um am Ende das Beste für Arzt, Patient und Versorgungssystem herauszuholen.

Im Projekt „Der digitale Patient“ geht zum Beispiel die Bertelsmann Stiftung unter anderem der Frage nach, wie die Potenziale von Digital Health im Sinne des Patienten ausgeschöpft werden können. Dieser Beitrag widmet sich vornehmlich drei aktuellen Themenfeldern: elektronische Patientenakten, Gesundheits-Apps und digitale Arzt-Patient-Kommunikation.

### Elektronische Patientenakten

Den Durchbruch wird Digital Health in Deutschland schaffen, wenn es gelingt, eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte flächendeckend zu etablieren.

Am Beispiel der Verbreitung telemedizinischer Anwendungen zeigt sich, wie gering die Teilhabe von Patienten an vernetzten Systemen bisher ist: In Sachsen setzen laut einer aktuellen Befragung lediglich 6,7 Prozent der Mediziner telemedizinische Arzt-zu-Patient-Anwendungen ein – im Vergleich sind Arzt-zu-Arzt-Anwendungen bei rund 84 Prozent verbreitet [1].

Einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten (eEPA), an denen sich Patienten aktiv beteiligen können, werden in der Lage sein, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu verbessern, und sie sind gleichzeitig die zentrale Technologie für mehr Kooperation im Gesundheitswesen. Damit sie ihre Kraft entfalten, müssen sie allerdings von Beginn an als umfassende Behandlungsmanagement-Plattformen konzipiert werden – als Plattformen, auf denen alle Aktivitäten rund um die Gesundheit eines Patienten organisiert werden können, ob durch eine Konsil-Funktion für Ärzte oder eine Zweitmeinungsfunktion für Patienten. Sie als solche zu etablieren, ist eine sowohl technisch als auch organisatorisch und gesellschaftlich komplexe Aufgabe, die eine eindeutige Strategie erfordert. Ein wichtiges Element dieses Prozesses ist die Schaffung einer speziellen Governance-Struktur, welche einerseits Partizipation ermöglicht, aber zugleich handlungs- und entscheidungsfähig bleibt [2].

Gangbar wird der Weg zu einer Plattform, von der sowohl Ärzte und andere Heilberufe untereinander als auch in ihrem Zusammenspiel mit den Patienten entscheidend profitieren würden, nur Schritt für Schritt – beginnend mit dem Einfachen, gefolgt durch sukzessive Differenzierungen. So könnte eine Dokumentenakte, also eine Ablage beispielsweise für Arztbriefe und Befunde, später ergänzt werden durch den elektronischen Medikationsplan sowie eine zentrale Erfassung von Labor- und Notfalldaten. Erst dann würden erweiterte Funktionalitäten für Arzt und Patient schrittweise folgen.

Dass die kritisch beäugte elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder zumindest deren Signatur als Zugangsschlüssel für eine solche einrichtungsübergreifende Akte genutzt werden kann, bleibt weiterhin eine Option. Die meisten Deutschen wären gegenüber der eGK jedenfalls immer noch aufgeschlossen [3].

### Gesundheits-Apps

Digital-Health-Anwendungen können Potenzial für Patienten entfalten, wenn sie in den Versorgungsalltag integriert sind.

Weltweit sind unzählige Anwendungen in den App-Stores verfügbar, die im engeren oder weiteren Sinn etwas mit Gesundheit zu tun haben. Eine systematische Auseinandersetzung mit Digital-Health-Anwendungen führt rasch zu den relevanten Fragen: Welche Apps sind unter epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Aspekten von Bedeutung, welche von wirklichem Nutzen?



Abb. 1: Digital-Health-Anwendungen für Bürger: Sieben Typen

© Bertelsmann Stiftung

Für den Diskurs rund um Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps ist zunächst eine Typologie sinnvoll. So lassen sich die Anwendungen in der Regel sieben Kategorien zuordnen (siehe Abb. 1) [4].

Die Untersuchungen zeigen im Kern: Digital-Health-Anwendungen für Bürger – egal, ob in Form von Smartphone-Apps oder Web-Anwendungen – haben das Potenzial, Patienten zu stärken und die Gesundheitsversorgung zu verbessern [5]. Die meisten Anwendungen entstehen aber wenig verwunderlich nicht im klassischen System, sondern im freien, sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt.

Ziel muss es sein, die – und im besten Fall nur die – qualitativ hochwertigen und nutzenbringenden Digital-Health-Anwendungen in den ersten Markt und damit in den Versorgungsalltag zu überführen. Dieser Innovationstransfer findet noch nicht systematisch statt, sodass Potenziale für Patient und System nur unzureichend ausgeschöpft werden. Zentrale Hürden, die für den Transfer zu bewältigen sind, liegen im Fehlen adäquater Standards für einen Nutznachweis, in Unsicherheiten über Finanzierungswege und in der Komplexität einer Medizinproduktezertifizierung, die spezifisches Wissen erfordert [6] (Abb. 2). Für Letzteres hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kürzlich ein Innovationsbüro eingerichtet, welches als beratende Anlaufstelle für Start-ups fungiert [7].

### Digitale Arzt-Patient-Kommunikation

Patienten wollen mit ihrem Arzt auch per Video-Sprechstunde kommunizieren – die Voraussetzungen sind nun gegeben.

Die Kommunikationsgewohnheiten haben sich in den vergangenen Jahren rasant gewandelt. Statt zur Bankfiliale zu laufen, nutzt inzwischen mehr als die Hälfte der Deutschen zeit- und ortsunabhängiges Onlinebanking [8], zwei Drittel der Internetnutzer kommunizieren über



Abb. 2: Transfer von Digital-Health-Anwendungen in den Versorgungsalltag: sechs Hürden

© Bertelsmann Stiftung

Kurznachrichtendienste [9]. Voraussetzung für diese Entwicklung war die zunehmende Verbreitung internetfähiger Hardware, allen Geräten voran das Smartphone: 66 Prozent der Deutschen nutzten es vergangenes Jahr für den Zugang zum Internet, von den 30- bis 49-Jährigen sogar 86 Prozent [10].

Dass die neuen Gewohnheiten sich auch auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient auswirken, steht außer Frage. Notwendiger ist eine Aussage darüber, ob und wie digitale Kommunikation die Versorgung von Patienten auch tatsächlich verbessern kann. Um das am Beispiel von Video-Sprechstunden zu untersuchen – jener telemedizinischen Leistung, die seit dem 1. April für Ärzte regelhaft vergütet wird –, wurden die Bevölkerung befragt sowie über 80 überwiegend internationale Quellen ausgewertet.

Das zentrale Ergebnis: Aus Sicht der Bürger ist ein Bedarf an Video-Sprechstunden vorhanden: Fast jeder zweite Patient würde eine Online-Konsultation beim Haus- oder Facharzt nutzen. Darüber hinaus wurde bei der Untersuchung deutlich, dass

Video-Konsultationen bei vielen Indikationen und Anlässen genauso gut geeignet sind wie ein persönlicher Praxisbesuch – auch wenn feststeht, dass der virtuelle Kontakt den persönlichen nicht ersetzen kann. Er kann ihn aber gezielt ergänzen [11].

Die Vergütung von Video-Sprechstunden ist neben dem Nutznachweis und der eindeutigen Einschätzung der Rechtslage ein wesentlicher Aspekt für die Akzeptanz der neuen Technologie auf Seite der Ärzte. Ob die dafür neu geschaffene Grundlage mit all ihren Optionen und Leitplanken ausreicht, digitale Arztgespräche in sinnhafter Weise flächendeckend zu etablieren, bleibt allerdings zu beobachten. Einen wichtigen Zugangskanal zum Patienten in einem Bundesland wie Sachsen, in dem zukünftig die Hälfte der Bevölkerung in nur wenigen Großstädten leben wird, kann die Video-Sprechstunde in jedem Fall sein.

### Quintessenz

Um Digitalisierung in den Dienst der Gesundheit zu stellen, ist eine chancenorientierte Grundhaltung unerlässlich. Sie kann jedoch nicht mehr sein als notwendige Voraussetzung

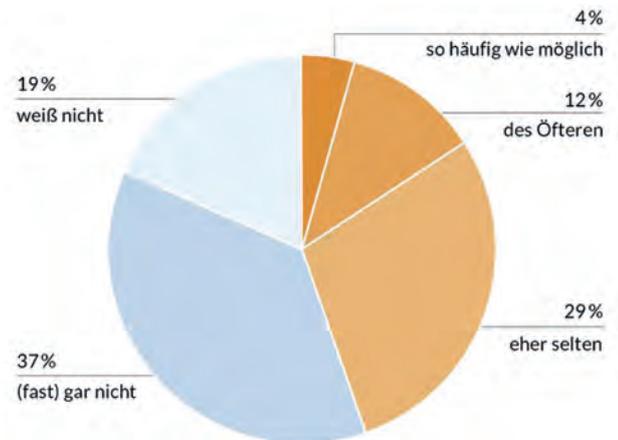


Abb. 3: Video-Sprechstunden: Nutzungsbereitschaft bei Patienten (n = 1.156) © Bertelsmann Stiftung

für die aktive Umsetzung konkreter Konzepte und die flächendeckende Implementierung evaluierter Anwendungen. Dabei sollten Ärzte eine aktive Rolle einnehmen und digitalen Wandel in der Praxis mitgestalten, um auch den digitalen Patienten gut behandeln zu können.

Literatur beim Autor

Dr. med. Johannes Bittner  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh  
E-Mail: johannes.bittner@bertelsmannstiftung.de

## Ärztliche Mitteilungspflicht bei häuslicher Gewalt

### Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen in Fällen häuslicher und sexueller Gewalt gegenüber Erwachsenen nur noch bei ausdrücklicher Einwilligung des Versicherten in die Mitteilung (Änderung des § 294a SGB V)

Nachdem die Bundesregierung bereits 2013 die Mitteilungspflicht von Ärzten gegenüber den Krankenkassen in Fällen von Misshandlungen, Vernachlässigungen und sexuellem Missbrauch bei Kindern aufgehoben hatte, hat der Bundestag am 16. Februar 2017 im Rahmen der Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittel-

versorgungsgesetzes (HHVG) nun auch die entsprechende Mitteilungspflicht bei Misshandlungen und sexueller Gewalt gegenüber Erwachsenen abgeschafft beziehungsweise von der ausdrücklichen Einwilligung des Versicherten in die Mitteilung abhängig gemacht. Die Gesetzesänderung ist am 10. April 2017 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 778) erschienen und damit ab dem 11. April 2017 gültiges Recht.

Mit dieser Änderung werden die ärztliche Schweigepflicht sowie die Sicherheit und das Selbstbestimmungsrecht gewaltbetroffener Patienten gestärkt. Grundsätzlich ist die Mitteilungs- und Anzeigebereitschaft der Betroffenen sowohl aus Sorge vor weiteren Gewalttaten und familiären Belastungen als auch aus

Schuld- und Schamgefühlen niedrig. Für Ärzte ist die Zusicherung an die Patienten bezüglich der Vertraulichkeit der Informationen deshalb von höchster Bedeutung. Die Mitteilungspflicht gegenüber den Krankenkassen mit der etwaigen Folge einer Regressforderung gegenüber der gewaltausübenden Person hatte sich nicht nur negativ auf den Behandlungserfolg ausgewirkt, sondern auch die Betroffenen in massive Gefährdungssituationen gebracht.

Die deutsche Ärzteschaft hatte sich im Rahmen des 118. Deutschen Ärztetages bereits im Jahr 2015 für eine solche Änderung im Sozialgesetzbuch eingesetzt.

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

## 27. Sächsischer Ärztetag / 56. Tagung der Kammerversammlung

16./17. Juni 2017

### Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal

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

### Tagungsordnung

**27. Sächsischer Ärztetag / 56. Tagung der Kammerversammlung**  
**Freitag, 16. Juni 2017,**  
**Beginn 14.00 Uhr**

1. Eröffnung des 27. Sächsischen Ärztetages
  - Feststellung der Beschlussfähigkeit
  - Protokollbestätigung
  - Beschlusskontrolle
 Erik Bodendieck, Präsident
2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik  
 Bericht: Erik Bodendieck, Präsident  
 Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
  - dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
  - dem Tätigkeitsbericht 2016 der Sächsischen Landesärztekammer
3. Finanzen
  - 3.1. Jahresabschluss 2016
  - 3.2. Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2016
  - 3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2017
  - 3.4. Anteilige Umwidmung der Rücklagen Elektronischer Arztausweis und Überproportionale Steigerung der Umlagebeiträge der Bundesärztekammer  
 Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen  
 Dipl.-Ök. Andreas Franke, Wirtschaftsprüfer,

- Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche GmbH
- 3.5. Erwerb des Gebäudes der Sächsischen Ärzteversorgung, Schützenhöhe 20, 01099 Dresden, durch die Sächsische Landesärztekammer, zum 1.1.2018 und Umbau der Räumlichkeiten in beiden Häusern  
 Bericht: Präsident
  4. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung  
 Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
  5. Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Untersützungen an die Kreisärztekammern  
 Bericht: Dr. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
  6. Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission  
 Bericht: Prof. Dr. Bernd Terhaag, Vorsitzender der Ethikkommission

### Abendveranstaltung

**Freitag, 16. Juni 2017,**  
**Beginn 18.30 Uhr**

Begrüßung, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2017 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag: „Zukunftschance Digitalisierung – So leben und arbeiten wir in der Zukunft“

Referent: Kai-Arne Gondlach M.A., Zukunftsforscher, Senior Researcher 2b AHEAD ThinkTanks, Leipzig

Musikalischer Ausklang

Der Präsident gibt sich die Ehre, zum Empfang einzuladen.

**Fortsetzung der 56. Tagung der Kammerversammlung**  
**Sonnabend, 17. Juni 2017,**  
**Beginn 9.00 Uhr**

6. Begrüßung  
 Feststellung der Beschlussfähigkeit  
 Erik Bodendieck, Präsident
7. Schwerpunktthema: Digitalisierung im Gesundheitswesen – „Status Quo und Pläne aus Sicht der Landesregierung“  
 Referent: Martin Strunden, Leiter des Referats 35 im Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz  
 – „Relevanz von Telemedizin für das Gesundheitswesen – ein Überblick“  
 Referentin: Prof. Dr. Antje Bergmann, Vorstandsmitglied
8. Bekanntgabe von Terminen
9. Verschiedenes

### 30. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung

**Sonnabend, 17. Juni 2017,**  
**Beginn 12.15 Uhr**

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

1. Eröffnung der 30. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung  
 Feststellung der Beschlussfähigkeit  
 Präsident
2. Tätigkeitsbericht 2016 der Sächsischen Ärzteversorgung
  - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses  
 Bericht: Dr. Steffen Liebscher
  - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses  
 Bericht: Dr. Jens Achterberg
  - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2016 und Diskussion  
 Bericht: Dipl.-Ök. Helmut Heyer, Wirtschaftsprüfer, Baker Tilly Roelfs AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
  - 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten  
 Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2018  
 Bericht: Dipl.-Math. Mark Wald-dörfer, Mitglied des Verwaltungsausschusses

- 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärztesversorgung für das Jahr 2016
3. Satzungsänderungen  
Bericht: Rechtsanwalt Dr. Jochim

- Thietz-Bartram, Mitglied des Verwaltungsausschusses
4. Durchführung der Nachwahl eines Mitglieds im Aufsichtsausschuss

5. Bekanntgabe des Termins der 31. Tagung der Erweiterten Kammerversammlung
6. Verschiedenes

## Ethikkommission sucht Mitwirkende

Durch eine ab 2018 geltende EU-Verordnung wird ein gemeinsames Bewertungsverfahren für klinische Prüfungen von humanen Arzneimitteln eingeführt. Das bisherige Verfahren wird sich von Grund auf ändern. Unter anderem ist dafür eine Registrierung der teilnehmenden Ethikkommission beim Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit notwendig. Sie macht auch strukturelle Änderungen in der Ethikkommission erforderlich. Zur Verstärkung der Ethikkommission werden des-

halb engagierte Ärzte insbesondere aus den Bereichen der Onkologie, Pharmakologie, Gynäkologie und Diabetologie gesucht. Besonders angesprochen werden hierbei Ärztinnen für die künftige Mitarbeit in der Kommission.

Die Ethikkommission hat die Aufgabe, die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer in berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen, insbesondere vor klinischen Versuchen am Menschen, vor epidemiologischen Forschungsvorhaben mit personenbezogenen Daten, zu beraten und nimmt ferner die bundesrechtlich einer öffentlich-rechtlichen

Ethikkommission zugewiesenen Aufgaben nach Arzneimittelgesetz, Medizinproduktegesetz sowie nach Röntgen- und Strahlenschutzverordnung wahr.

Eine Übersicht über die Tätigkeit der Ethikkommission erhalten Sie auch unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → „Über die SLÄK“ → „Organisation“ → „Kommissionen“. Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit an dieser ehrenamtlichen Tätigkeit haben oder mehr Informationen benötigen, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf: Telefon-Nr.: 0351 8267-333, E-Mail: [ethik@slaek.de](mailto:ethik@slaek.de).

Ass. jur. Anke Schmieder  
Leiterin Referat Ethikkommission

## Ich bin Arzt – es geht mir TROTZDEM gut!

### 1. Sächsischer Fortbildungstag

19. August 2017, Villa Esche, Chemnitz

Sie lieben Ihren Arztberuf und sorgen sich täglich um Ihre Patienten? Sie bilden sich gern fort und schätzen auch Ihre Freizeit mit Familie und Freunden? Wenn Sie eine Fortbildung suchen, in der Sie beides miteinander verbinden können, dann ist diese neue Veranstaltung genau richtig für Sie. Der 1. Sächsische Fortbildungstag ist von der Idee getragen, ärztliche Fortbildung gemeinsam mit der gesamten Familie in einer zentralen Lage in Sachsen zu ermöglichen. Die Villa Esche in Chemnitz erfüllt diesen Anspruch in Bezug auf hervorragende Erreichbarkeit, Jugendstilarchitektur von Henry van de Velde, angenehmes Ambiente und schöner Umgebung.

Die Mitglieder der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung möchten an diesem Tag den Beruf

des Arztes positiv in den Mittelpunkt stellen und gemeinsam mit den Gästen überlegen, wie diese Perspektive gestärkt und unterstützt werden kann. Bereits Hippokrates stellte fest, dass Heiterkeit die Seele entlastet. Deshalb spielt beim 1. Sächsischen Fortbildungstag Humor eine wesentliche Rolle. Darüber hinaus auch Achtsamkeit, aktive Entspannung und Selbstmanagement. Begleitet wird das Angebot von einem Rahmenprogramm für Partner und Kinder. Beim gemeinsamen Mittagessen können die Erfahrungen und Erlebnisse ausgetauscht werden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie dieses Angebot interessiert und Sie sich beim Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dobriwolski, Frau Schmidt, Telefon-Nrn.: 0351 8267-324/-321, [fortbildung@slaek.de](mailto:fortbildung@slaek.de), direkt anmelden. Bei Fragen steht Ihnen außerdem Dipl.-Bibl. Astrid Böhm, Leiterin des Referates Fortbildung, Telefon-Nr.: 0351 8267-329, [fortbildung@slaek.de](mailto:fortbildung@slaek.de), gern zur Verfügung.

Es wird ein Kostenbeitrag von 60,00 Euro pro Person erhoben. Kinder bis 16 Jahre sind kostenfrei.

Das detaillierte Programm sowie das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage: [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska  
Vorsitzende der Sächsischen Akademie für  
Ärztliche Fort- und Weiterbildung



© Fotolia / Oksana Kuzmina

## Neuer Kurs „Ärztliche Führung“

### Ein Fortbildungsangebot der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Gerade Gesundheitseinrichtungen sind in den letzten Jahren mit vielfältigen und tiefgreifenden Veränderungsnotwendigkeiten konfrontiert, die das vorherrschende Führungsverständnis und das darauf basierende Handeln der Führungskräfte an die Grenzen stoßen lassen. Dort will der neue Kurs anknüpfen: mit Gelegenheiten zur Reflexion, mit Übungsmöglichkeiten, auf geänderte Anforderungen zu reagieren und natürlich mit dem Angebot, das erforderliche Wissen zu erwerben.

Ziel ist es, den teilnehmenden Ärzten ein Grundverständnis von ökonomisch-unternehmerischen Prozessen sowie vom Organisationswandel zu vermitteln. Die Teilnehmer werden eingeführt in effektive Managementmethoden und können diese dann selbstbestimmt und letztendlich zum Nutzen der Patienten einsetzen. Die kommunikativen und interaktiven Fähigkeiten der Ärzte werden weiterentwickelt. Die Motivation und die Fähigkeit von ärztlichen Führungskräften, sich aktiv an der Gestaltung von Entwicklungen im Gesundheitswesen zu beteiligen, sollen gestärkt werden.

Das Curriculum ist daher in vier Qualifikationsschwerpunkte gegliedert:



Gut Haferkorn

© Gut Haferkorn

**1. Block 12./13.10.2017**  
Führen im Gesundheitswesen

Abendveranstaltung  
Zielsicher führen

**2. Block 18./19.1.2018**  
Führen in Einrichtungen der  
medizinischen Versorgung

Abendveranstaltung  
Improvisation will gelernt sein

**3. Block 1./2.3.2018**  
Führen von Mitarbeitern und  
im Team

Abendveranstaltung  
Teamarbeit konkret

**4. Block 19./20.4.2018**  
Selbstmanagement

Abendveranstaltung  
Marktplatz Lessons Learned

In den Abendveranstaltungen der Blöcke 1 bis 4 werden – ergänzend zum Tagesprogramm – im Gespräch mit Gästen, durch gemeinsame Erfahrungen der Teilnehmer und im intensiven Austausch Schwerpunkte und Problemfelder betrachtet und neue Blickwinkel erschlossen.

Dieses besondere Fortbildungsangebot wird durch hochkarätige Referenten geprägt:

#### Prof. Dr. med. habil.

##### Maria Eberlein-Gonska

Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts- und Risikomanagement des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“, Dresden, European Master in Quality Management, vielfältige Erfahrungen mit den verschiedenen QM- und RM-Systemen und deren konkreten Umsetzung

#### Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch

Freie Beraterin und Trainerin für Gesundheitsorganisationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit Schwerpunkt lösungsfokussierte Beratung und Moderation von Strategieentwicklungs- und Veränderungsprozessen, Coaching von Führungskräften in Universitätskliniken und Krankenhäusern, Projektmanagement für Organisationsentwicklung, Resilienz und Achtsamkeit.

#### Prof. Dr. phil.

##### Hans-Joachim Schubert

Directeur Général am Centre Hospitalier du Nord in Luxemburg; wissenschaftlicher Leiter des Masterstudienganges „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ an den Universitäten Kaiserslautern und Witten/Herdecke; Jahrzehntelange vielfältige Erfahrungen aus Beratungstätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Diese Fortbildung richtet sich an interessierte Ärzte, die bereits eine leitende Funktion innehaben, sowie an Ärzte, die Führungspositionen anstreben. Sie ist gleichermaßen für Ärzte im ambulanten wie im stationären Sektor konzipiert. Damit wird ein Ansatz gewählt, der für die Auseinandersetzung mit dem Thema „Führung“ ausdrücklich eine sektorübergreifende Perspektive einnimmt. Das Curriculum „Ärztliche Führung“, das einen Umfang von 80 Stunden hat, wird von der Sächsischen Landesärztekammer auf dem „Gut Haferkorn“ in Leisnig in vier zweitägigen Blöcken angeboten. Hier kann man sich in entspannter und ruhiger Atmosphäre auf das Wesentliche konzentrieren, sich austauschen, vernetzen und gegenseitig stärken. Teilnehmergebühr: 3.220,00 Euro (einschließlich Übernachtung und Verpflegung). Die Fortbildung wurde mit 80 Fortbildungspunkten zertifiziert. Das Anmeldeformular steht unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) bereit.

Auskunft erteilt Herr Madysa, Sächsische Landesärztekammer, Referat Fortbildung, Tel.-Nr.: 0351 8267-348, [fortbildung@slaek.de](mailto:fortbildung@slaek.de).

Dipl.-Bibl. Astrid Böhm  
Leiterin Referat Fortbildung

## Zertifikat „ABS-beauftragter Arzt“

**Erster Kurs zum Erwerb dieser Qualifikation von den Ärztekammern Sachsen und Thüringen durchgeführt**

„Bad bugs, no Drugs, no ESCAPE“. Mit diesen Worten kritisierte die Infectious Disease Society of America bereits 2009 die Situation, die aufgrund der weltweiten Resistenzentwicklung von Infektionserregern gegen Antibiotika zu gravierenden Problemen bei der Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten geführt hat. Zur Bekämpfung von Resistenzen wurden in Deutschland eine Reihe von Initiativen entwickelt. Dazu gehören unter anderem „Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)“ und die „Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)“.

Unter dem Begriff „Antibiotic Stewardship“ (ABS) werden Bemühungen und Maßnahmen zusammengefasst, die angesichts der gegenwärtigen Probleme zu einer Verbesserung der Antibiotikaverordnungspraxis sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung dienen sollen. Zu diesem Zweck hat die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) eine S3-Leitlinie zum Thema „Strategien zur

Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ entwickelt. Die Leitlinie fasst wesentliche Aspekte und Eckpunkte von ABS-Programmen zusammen. Sie sieht unter anderem die Etablierung eines multidisziplinären Teams vor, das mindestens aus einem Infektiologen (beziehungsweise infektiologisch ausgebildeten, klinisch tätigen Facharzt), einem erfahrenen Fachapotheker für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie, sowie einem für die mikrobiologische Diagnostik und klinisch-mikrobiologische Beratung zuständigen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie und dem für die Krankenhaushygiene lokal verantwortlichen Arzt bestehen soll.

Da es derzeit einen Mangel an entsprechend qualifizierten Ärzten gibt, hat die Bundesärztekammer im Februar 2016 in Anlehnung an die curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ nun auch ein Curriculum „Antibiotic Stewardship“ vorgelegt. Im Februar dieses Jahres wurde nach diesen Vorgaben von den Landesärztekammern Sachsen und Thüringen in Leipzig ein erster Kurs durchgeführt, der die über 40 Teilnehmer zum Zertifikat „ABS-beauftragter Arzt“ führte. Mit der wissenschaftlichen Leitung wurden Prof. Dr. med. Arne Rodloff, Zentrum für Infektionsmedizin des Universitätsklinikums

Leipzig und Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena beauftragt. Beide wurden durch namhafte Kollegen verschiedener Fachrichtungen unterstützt, die Vorträge umfassten zwei Wochenendtermine. Das Themenspektrum reichte von den Grundlagen der mikrobiologischen Diagnostik über die Eigenschaften verschiedenster Antibiotika bis hin zur leitliniengerechten Prophylaxe und Therapie vieler Infektionserregertypen. Darüber hinaus hatten die Teilnehmer durch die Landesärztekammer zertifizierte internetbasierte Patientenfälle zu bearbeiten, um die gewonnenen Kenntnisse am Praxisbeispiel zu vertiefen. Dadurch konnte das vorgegebene 40 Stunden-Curriculum an zwei mal zwei Präsenztagen umgesetzt werden, was vielen Ärzten die Teilnahme erleichterte. Gedankt sei an dieser Stelle den SRH-Kliniken, die die Finanzierung des Kurses übernommen hatten. Die Landesärztekammern Sachsen und Thüringen beabsichtigen, die erfolgreiche Veranstaltung wiederholt in Kooperation durchzuführen. Termine dazu werden noch bekannt gegeben, Interessenten wenden sich an [fortbildung@slaek.de](mailto:fortbildung@slaek.de).

Prof. Dr. med. Arne Rodloff  
Zentrum für Infektionsmedizin des  
Universitätsklinikums Leipzig  
Liebigstraße 21, 04103 Leipzig

## CIRS-Fall:

Der Fall des Monats im Juni 2016 auf der hausärztlichen Fehlermeldeplattform [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) handelt vom alltäglichen Stress in einer Hausarztpraxis, durch den schnell ein Fehler entstehen kann.

Den besagten Fall schildert ein Hausarzt, bei dem sich ein älterer Patient vorstellt, der angibt, seit einer knappen Woche gallig zu erbrechen. Es ist ein Montag, die Praxis ist kurz vor der Mittagspause noch übertoll, die Mitarbeiter haben mehrfach moniert, dass montags auf Grund des Patientenandrangs die Mittagspause fast

immer entfällt bzw. verkürzt ist. In der Anamnese wird festgestellt, dass der Allgemeinzustand nur geringfügig eingeschränkt ist und der Patient keine Diarrhoe hat. Er wird auf eine akute Gastritis behandelt. Obwohl der Arzt selbst berichtet, dass er noch kurz differentialdiagnostisch an einen Ileus dachte, hat er diese Arbeitshypothese auch auf Grund der übertollen Praxis nicht mittels Sonografie und sorgfältiger körperlicher Untersuchung überprüft, nicht zuletzt wegen des klinisch guten Allgemeinzustandes des Patienten. Zwei Tage nach der Vorstellung ruft die Frau des Patienten in der Praxis an und berichtet, dass ihr Mann

wegen Darmverschluss notoperiert wurde.

Ganz abgesehen von den Vorwürfen, die sich der Kollege selbst gemacht hat, sieht man hier deutlich die schweren Auswirkungen von Überlastung, die einfach menschlich sind.

### Take-Home-Message

- Bewusstsein für alle Beteiligten stärken
- Alle Patienten anhand der gleichen Qualitätskriterien beurteilen, der Zeitfaktor darf hier nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Einladung zum 22. Sächsischen Seniorentreffen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wie im Vorjahr möchte der Seniorenausschuss die ärztlichen Ruheständler zu einer Ausfahrt einladen. Das 22. Sächsische Seniorentreffen steht unter dem Motto „Waldenburg – Historie und Handwerk erleben“. Waldenburg ist seit dem 13. Jahrhundert in ungebrochener Tradition eine Töpferstadt. Der erste bestätigte Innungsbrief datiert von 1388. Deshalb ist ein Besuch der Töpferwerkstatt Tauscher als erstes geplant. Die nächste Station unserer Ausfahrt ist das Naturalienkabinett. Es zählt zu den ältesten naturkundlichen Museen in Deutschland und umfasst eine bedeutende Sammlung von Kunstwerken und Kuriositäten aus dem Nachlass der Leipziger Apothekerfamilie Linck (1638 – 1807).

Als dritter Höhepunkt reiht sich das fürstliche Residenzschloss Waldenburg ein. In den neu renovierten Räumlichkeiten erwartet uns eine Führung. Der überwiegende Teil einer luxuriösen und kunsthistorisch



Schloss Waldenburg

© Stadt Waldenburg

bedeutenden Innenausstattung blieb trotz der zwischenzeitlichen Nutzung als Klinik unverändert erhalten. Als letzte Station unserer diesjährigen Besichtigungstour lädt uns die Sächsische Orgelakademie zum Besuch ihrer Ausstellung „Credo musicale – Bau und Wesen der Orgel“ ein. Die Ausstellung zeigt den komplizierten Organismus der Königin aller Instrumente und selten einsehbare Teile dieser Instrumentenfamilie. Wie immer ist auch für das leibliche Wohl mit einem Mittagessen und

gemeinsamen Kaffeetrinken im Landgasthaus Beierlein gesorgt.

Eingeladen werden in diesem Jahr die jüngeren Jahrgänge. Die Ausfahrten sind für sechs Termine im September geplant. Es wird Zubringerbusse für Senioren aus Görlitz/Bautzen, Torgau und Plauen/Zwickau geben. Die detaillierten Einladungen werden Sie im Juni erreichen.

Dr. med. Ute Göbel  
Seniorenausschuss

## Einladung zur Seniorenveran- staltung

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt herzlich ein zur Seniorenveranstaltung am Dienstag, dem 6. Juni 2017 um 15.00 Uhr in den Plenarsaal der Sächsischen Landes-

ärztekammer. Dr. Susan Buttolo, Kustodin der Stiftung Sächsischer Architekten, wird zum Thema „Die Nachkriegsmoderne in Dresden“ referieren und uns die immense Bedeutung dieser Architektur-Epoche für unsere Stadt nahebringen. Seien Sie zu Vortrag und anschließendem kollegialen Kaffeetrinken herzlich willkommen!

Interessierte Mitstreiter und Ideengeber für die Seniorenarbeit sind vielmals eingeladen, sich eine Stunde vor Veranstaltungsbeginn im Kammergebäude zu treffen.

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

## Konzerte und Ausstellungen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann  
bis 9. Juli 2017

Horst Hirsig  
Spiegelungen – Werke aus  
verschiedenen Zyklen

27. Juli bis 22. Oktober 2017

Vernissage:

Donnerstag, 27. Juli 2017, 19.30 Uhr

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

24. September 2017, 11.00 Uhr  
Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und  
Schüler der Musikschule des  
Landkreises Meißen.

## Kühlhaltungspflichtige Arzneimittel

### Handlungsempfehlung der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Abgabe von kühl zu lagernden beziehungsweise kühlkettenpflichtigen Arzneimitteln an Patienten (Informationsblatt 2/2017)

Die Sächsische Landesapothekerkammer hat uns um die Veröffentlichung folgender Handlungsempfehlung an ihre Mitglieder gebeten, damit auch Ärzte über die Transportmöglichkeiten kühl zu lagernder Arzneimittel umfassend informiert sind. In der täglichen Praxis kann es mitunter zu Problemen beim Transport gekühlter Arzneimittel durch Patienten kommen.

„Häufig erreichen uns Anfragen zur Abgabe von kühl zu lagernden beziehungsweise kühlkettenpflichtigen Arzneimitteln, wie Antikörper (zum Beispiel Lucentis®), Impfstoffe und Hormone, an Patienten, die durch den Arzt zu einem vereinbarten Termin in dessen Praxis appliziert werden. Dabei wird um Auskunft gebeten, ob diese Arzneimittel direkt in die Arztpraxis geliefert werden dürfen oder ob dies als unzulässige Rezeptzuweisung gemäß § 11 Apothekengesetz (ApoG) anzusehen ist.

In der Vergangenheit musste durch die Landesdirektion des Öfteren gegen unzulässige Rezeptzuweisungen vorgegangen werden. Die Einschränkung des Apothekenwahlrechts wäre in solchen Fällen auch bei Gefahr eines fehlerhaften Transportes durch den Patienten nicht gestattet. Einer der jüngsten Patientenbeschwerden zeigt jedoch, dass diese strikte Handlungsvorgabe nicht immer dem Interesse des Patienten dient. In diesem Fall ergaben sich vor allem dadurch Probleme, dass der Arzt die Anwendung des Arzneimittels verweigerte, weil die hochbetagte Patientin das Arzneimittel ohne Kühltasche mitbrachte.

Wir nahmen dies zum Anlass, eine einheitliche Handlungsempfehlung zur Abgabe kühl aufzubewahrender

Medikamente durch Apotheken mit der Landesdirektion Sachsen sowie der Sächsischen Landesärztekammer abzustimmen, die sowohl den Interessen der behandelnden Ärzte als auch dem arzneimittelabgebenden Apothekenpersonal gerecht wird: Kein Verstoß gegen das Rezeptzuweisungsverbot liegt danach vor, wenn die Apotheke das Medikament fachgerecht direkt an den behandelnden Arzt ausliefert, vorausgesetzt, der Patient legt das Rezept in einer Apotheke seiner Wahl vor. Der Arzt kann damit eine fehlerhafte Lagerung des Arzneimittels durch den Patienten ausschließen.

Die Belieferung der Arztpraxis durch die Apotheke ist hierbei keine Pflicht. Sollten Sie sich gegen diese Option entscheiden, sollte aber Ihrerseits vor der Abgabe eines solchen Arzneimittels zunächst erfragt werden, an welchem Tag der Arzt das Arzneimittel anwendet. Es empfiehlt sich, das Arzneimittel erst am Behandlungstag dem Patienten auszuhändigen. Längere Lagerzeiten im Kühlschrank des Patienten und weitere mögliche Fehlerquellen, die die Qualität des Arzneimittels negativ beeinflussen können, werden so vermieden. Lagerung und Transport haben auch außerhalb der Apotheke immer so zu erfolgen, dass der vom Hersteller vorgegebene Temperaturbereich eingehalten wird. Auch wenn laut Fachinformation kurze Unterbrechungen der Kühlung eines Arzneimittels möglich sind (das heißt wenn keine Kühlkettenpflicht besteht), sollten diese auf dem Weg zur Arztpraxis nicht in Anspruch genommen werden, da dieses Zeitintervall vom Arzt nicht verifiziert werden kann.

Wir empfehlen Ihnen, die Abgabe von kühl zu lagernden beziehungsweise kühlkettenpflichtigen Arzneimitteln an Patienten zur nachfolgenden Anwendung durch den Arzt in einem QMS-Prozess zu beschreiben. Achten Sie dabei auf folgende weitere Details:

- Akkus bei der für sie vorgeschriebenen Zeit und Temperatur konditionieren



Apothekerin am Kühlschrank.

© ABDA

- Berührung Akku – Arzneimittel in der Box ausschließen (Gefahr des Gefrierens)
- Medikament mit dünner Plastiktüte vor Feuchtigkeit schützen
- Box eng mit Kunststoffchips/Schaumpolystyrol bepacken (Reduzieren des Luftvolumens)
- Bei Bedarf garantiertes Aufrechterhalten der Transporttemperatur beim Hersteller der Box erfragen oder selbst evaluieren
- Besteht für ein Arzneimittel Kühlkettenpflicht, muss die durchgehende Kühlung zwingend garantiert sein.

Eine umfassende Aufklärung des Patienten über die korrekten Transport- und Lagerungsmodalitäten sind in jedem Fall unerlässlich.“

## Wann endet das Ausbildungsverhältnis für MFA?

### Das sollten Sie wissen!

Im Ausbildungsvertrag von Medizinischen Fachangestellten wird eine Dauer der Ausbildung von drei Jahren vereinbart, aber dies bedeutet nicht in jedem Fall, dass das Ausbildungsverhältnis tatsächlich zu diesem Zeitpunkt endet.

#### 1. Grundsätzlich gilt:

Das Berufsausbildungsverhältnis endet automatisch mit dem Ablauf der vertraglich vereinbarten Ausbildungszeit (§ 21 Abs. 1 BBiG). Dies gilt auch dann, wenn die Prüfung erst später abgelegt oder bestanden oder nicht bestanden wird.

#### 2. Keine Regel ohne Ausnahmen:

2.1. Prüfung findet vor dem Ende der vereinbarten Ausbildungszeit statt:

##### a) Prüfling besteht

Bestehen Auszubildende vor Ablauf der Ausbildungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungsverhältnis mit offizieller Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 BBiG). Absolviert der Auszubildende erfolgreich die Abschlussprüfung, hat er nachgewiesen, dass er alle für den Beruf erforderlichen Kompetenzen erworben hat. Wird der Auszubildende nach Mitteilung des Bestehens der Prüfung mit Kenntnis des ausbildenden Arztes weiterhin für

diesen tätig, hat er zum einen Anspruch auf eine entsprechende Vergütung. Zum anderen entsteht ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde (§ 24 BBiG).

##### b) Prüfling besteht nicht

Bestehen Auszubildende die Abschlussprüfung nicht, so verlängert sich das Berufsausbildungsverhältnis auf ihr Verlangen bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens jedoch um ein Jahr (§ 21 Abs. 3 BBiG). Die nächstmögliche Wiederholungsprüfung ist die nächste auf die erfolglos verlaufene Abschlussprüfung folgende Prüfung.

Für die Weiterbeschäftigung ist ausschließlich maßgebend, dass der Auszubildende dies verlangt. Dies kann auch mündlich geschehen. Der ausbildende Arzt muss die Entscheidung des Auszubildenden akzeptieren, ihn weiter beschäftigen und natürlich auch die Ausbildungsvergütung bezahlen.

2.2. Prüfung findet nach dem Ende der vereinbarten Ausbildungszeit statt:

Der ausbildende Arzt ist grundsätzlich nicht zur Weiterbeschäftigung bis zum Prüfungstermin verpflichtet, da er seiner vertraglichen Pflicht vollumfänglich nachgekommen ist. Arbeitet der Auszubildende jedoch weiterhin für den Ausbilder, entsteht ein Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf die für die ausgeübte Tätigkeit übliche Vergütung.

Besteht der Auszubildende die Prüfung nicht und verlangt die Verlängerung, entsteht das bereits been-

dete Ausbildungsverhältnis ab dem Zeitpunkt des Verlangens von Neuem. Im Übrigen gilt Ziffer 2.1. b).

### 3. FAQ „Verlängerungsjahr“

Was passiert,

■ wenn der Auszubildende auch die Wiederholungsprüfung nicht besteht?

Die Verlängerung läuft bis zum Ablauf des Verlängerungsjahres weiter, wenn der Auszubildende darauf besteht. Dies gilt selbst dann, wenn eine erneute Wiederholungsprüfung bis zum Abschluss des Verlängerungsjahres nicht möglich ist.

■ wenn der Auszubildende an der Wiederholungsprüfung nicht teilnimmt, obwohl er das könnte?

Das Ausbildungsverhältnis endet mit Beginn dieser Prüfung.

■ wenn der Auszubildende an der Wiederholungsprüfung nicht teilnimmt, ohne dass ihn ein Verschulden trifft (zum Beispiel bei Krankheit)?

Das Ausbildungsverhältnis endet mit Ablauf des Verlängerungsjahres.

Welche Vergütung muss der Auszubildende zahlen?

Die Höhe der Vergütung entspricht der zuletzt gewährten (Ausbildungsvergütung 3. Lehrjahr).

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Sozialversicherung für Ärzte im Rettungsdienst

Im Rahmen des am 16. Februar 2017 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) hat der Gesetzgeber eine Regelung betreffend die Sozialversicherungspflicht von Ärzten im Rettungsdienst getroffen und eine Änderung in § 23c SGB IV vorgenom-

men. Um auch in Zukunft bundesweit eine flächendeckende Notarztversorgung sicherstellen zu können, wird eine zusätzliche Tätigkeit im Rettungsdienst von der Sozialversicherungspflicht befreit. Die Regelung gilt für Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit neben einer bereits bestehenden Beschäftigung (mit einem Wochenumfang von mindestens 15 Stunden) außerhalb des Rettungsdienstes ausüben oder als Ärzte niedergelassen sind. Für notärztliche Tätigkeiten im Rettungsdienst, die vor

Inkrafttreten des Gesetzes vereinbart worden sind, gilt diese Regelung nicht.

Informationen über Auswirkungen zur Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen an das Versorgungswerk erhalten Sie bei der Sächsischen Ärzteversorgung unter [www.saev.de](http://www.saev.de) und am Info-Telefon 0351 88886-350.

Martin Kapusztza  
Sächsische Ärzteversorgung  
Leiter des Geschäftsbereiches Mitglieder

## 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/C023	Augenheilkunde	Aue-Schwarzenberg	12.06.2017
17/C024	Kinder- und Jugendmedizin / SP Kinderkardiologie	Aue-Schwarzenberg	12.06.2017
17/C025	Chirurgie / SP Viszeralchirurgie / SP Gefäßchirurgie / ZB Proktologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.05.2017
17/C026	Neurologie und Psychiatrie	Freiberg	24.05.2017

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/D031	Frauenheilkunde und Geburtshilfe/ ZB Psychotherapie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	24.05.2017
17/D032	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Riesa-Großenhain	24.05.2017

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/L015	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	12.06.2017
17/L016	Allgemeinmedizin*)	Markkleeberg	12.06.2017
17/L017	Allgemeinmedizin*)	Markkleeberg	12.06.2017
17/L018	Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einem Medizinischen Versorgungszentrum)	Borna	24.05.2017
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/L019	Chirurgie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.05.2017

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>		
Allgemeinmedizin*)	Auerbach	Abgabe zum 31.12.2017
Praktische Ärztin*)	Aue	geplante Abgabe: Ende 2018
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>		
Ärztliche Psychotherapie (häftiger Versorgungsauftrag)	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	geplante Abgabe: 08/2017

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

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab I. Quartal 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab März 2019

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
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.

# Herpes zoster

U. Wollina

## Zusammenfassung

Der Herpes zoster ist Folge einer endogenen Reaktivierung von Varizella-Zoster-Viren nach Primärinfektion der sensorischen Nervenganglien im Rahmen der Varizellen. Die Erkrankung hat eine Inzidenz von 2 – 3/1.000 Personenjahren in der Durchschnittsbevölkerung und einer Verdopplung bis Verdreifachung der Inzidenzrate bei den über 50-Jährigen. Die Erkrankung kann im typischen Fall klinisch diagnostiziert werden durch die Kombination herpetiformgruppierter genabelter Bläschen unilateral innerhalb eines Dermatoms in Verbindung mit Schmerzen, Dys- und Parästhesien.

Die Erkrankung kann mit schweren, atypischen und letalen Verläufen einhergehen. Eine wirksame Behandlung ist die systemische antivirale Therapie, welche innerhalb der ersten 72 Stunden nach Aufschließen der Bläschen einsetzen soll. Gefürchtet ist die post-zosterische Neuralgie. Der Herpes zoster birgt aber auch erhöhte Risiken für kardio-vaskuläre Komplikationen in sich.

## Schlüsselwörter

Herpes zoster; Varizella-Zoster-Virus; Diagnostik, Antivirale medikamentöse Therapie, Post-zosterische Neuralgie, Review

## Einführung

Der Herpes zoster (HZ) ist eine häufige Erkrankung durch das Varizella-Zoster-Virus (VZV). Die Inzidenz wird mit 2 – 3/1.000 Personenjahre in der Durchschnittsbevölkerung angegeben. Auch wenn im Prinzip alle Altersgruppen betroffen sein können, stellen die über 50-Jährigen die Altersgruppe mit dem höchsten Risiko dar [1].

Andere Personengruppen mit einem erhöhten HZ-Risiko betreffen Menschen nach Organtransplantation einschließlich der peripheren Stammzell-Transplantation, Menschen mit Immundefekten und erworbener Immunschwäche (zum Beispiel Asthma, Diabetes, HIV/AIDS, Leukä-



Abb. 1: Akuter Herpes zoster thoracicus

© U. Wollina

mien, Lymphome, Krebs) und Patienten unter Biologica-Therapie [2]. Der HZ wird durch eine Reaktivierung von VZV nach stattgehabter Primärinfektion verursacht. Die VZV-Viren werden in diesem Fall antidromisch aus den sensiblen Ganglien in die, die Haut innervierenden, freien Nervenendigungen transportiert. Am Ort der Freisetzung vermehren sich die Viren in den Epithelzellen der Haut. Dort lösen sie Nekrosen, Vesikulationen und Entzündungen aus [3].

## Diagnostik

Im klassischen Fall kann die Diagnose klinisch gestellt werden aufgrund der Merkmalskombination von aufschießenden genabekten Bläschen mit herpetiformer Anordnung unilateral innerhalb eines Dermatoms in Assoziation zu Schmerzen, Par- und/ oder Dysästhesien.

In unklaren Fällen können Abstriche von frischen Bläschen, Speichel oder Mundschleimhautabstriche für die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) genutzt werden. Die PCR hat eine Sensitivität von 95 bis 100 Prozent.

Im Falle einer möglichen ZNS-Beteiligung kann auch Liquor für die Real-Time-PCR herangezogen werden. Bei Virämie sind Blutuntersuchungen möglich.

Eine Antigen-Detektion mit Immunfluoreszenz oder Immunhistochemie ist speziellen Fragestellungen vorbe-

halten. Für die Routine ist die Antikörperbestimmung im Serum ebenso wie die Anzüchtung der Viren in Zellkulturen verzichtbar [4].

## Klinik

Nach einem Prodromalstadium von meist fünf bis sieben Tagen bricht der HZ aus. Die typische Klinik zeigt eine Dermatombezogene Vesikulation mit Schmerzen und Missempfindungen, teils auch Pruritus streng unilateral (Abb. 1).

Hämorrhagisch-nekrotisierende Verläufe gelten als schwer (Abb. 2 und 3). Eine Suche nach zugrundeliegenden Erkrankungen ist erforderlich. Gleiches gilt für disseminierte oder generalisierte HZ-Varianten. Hingegen findet sich bei HZ duplex mit bilateraler Manifestation eine zugrundeliegende Erkrankung in weniger als 50 Prozent der Fälle [2, 3].

Der Zoster oticus imponiert als Ohrenschmerz mit oder ohne Bläschen (Abb. 4). Das Ramsey-Hunt-Syndrom entsteht bei Befall der fazi- alen oder Hörnerven mit ipsilateraler Parese. Die Zunge kann ebenso wie die palatinale oder bukkale Mukosa befallen sein. Eine Vorstellung beim HNO-Arzt ist unbedingt zu empfehlen [2].

Der Zoster ophthalmicus birgt eine Reihe schwerwiegender Komplikationen wie Keratitis, Uveitis, Neuritis und sekundäres Glaukom und Erblin-



Abb. 2: Hämorrhagisch-nekrotisierender Herpes zoster

© U. Wollina



Abb. 3: Nekrotisierender Herpes zoster gluteal

© U. Wollina

derung. Eine interdisziplinäre Betreuung dieser Patienten mit dem Augenarzt ist unbedingt erforderlich. Klinisch ist das Hutchinson-Zeichen bei Befall des nasoziliären Astes des N. opticus zu erwähnen: Hier bilden sich gruppierte Bläschen an Nasenrücken und Nasenabhang aus. Unbehandelt kann sich eine okuläre HZ-Manifestation bis zu vier Wochen verzögert nach Erstmanifestation des HZ ausbilden [2].

ZNS-Manifestationen des HZ betreffen die Meningitis, die Enzephalitis und ZNS-Vakulitiden. ZNS-Befall ist eine schwere HZ-Komplikation. Der HZ erhöht bei Patienten über 65

Jahren das Infarktrisiko 1,7-fach und das Schlaganfallrisiko 2,4-fach in der ersten Erkrankungswoche [5].

Als eine gefürchtete HZ-Komplikation gilt die post-zosterische Neuralgie (PZN). Per Konsens gilt ein Schmerz von  $\geq 90$  Tagen als PZN. Als Risikofaktoren gelten: weibliches Geschlecht, Alter  $>50$  Jahre, Anzahl der Bläschen  $>50$ , kraniale oder sakrale Lokalisation, hämorrhagische Läsionen und prodromaler Dermatomschmerz [6].

Die Mortalität des HZ liegt in Deutschland bei 0,29 (Frauen) beziehungsweise 0,1 (Männer) pro 100.000 Patientenjahre [2].

## Therapie

Der unkomplizierte HZ gilt als selbstlimitierte Erkrankung mit einem typischen Verlauf über fünf bis sieben Tage. Allerdings kann zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht zweifelsfrei vorausgesagt werden, ob der Verlauf unkompliziert bleibt, deshalb ist eine gezielte medikamentöse Therapie bei Erwachsenen zu empfehlen. Bei Kindern ohne Risikofaktoren kann bei engmaschiger Kontrolle auf die systemische Therapie verzichtet werden – so die aktuelle europäische S2k (k – Konsensus) HZ-Leitlinie [7]. Basis der Behandlung ist die systemische antivirale Behandlung, denn nur diese kann die zosterassoziierten Schmerzen reduzieren, den Heilungsverlauf abkürzen und das Risiko der PZN verringern [2].

In kontrollierten Studien sind Aciclovir, Valaciclovir, Famciclovir und Brivudin wirksamer als Placebo eingestuft worden (Tab. 1). Aciclovir ist oral schlechter bioverfügbar als intravenös oder Valaciclovir oral. Bezüglich der Therapiekosten ist Aciclovir allen anderen Alternativen überlegen. Unter der Behandlung sollte das Kreatinin kontrolliert werden, sofern der Verdacht auf eine renale Störung besteht. Brivudin ist aufgrund der geringeren Anzahl erforderlicher oraler Dosen allen anderen Präparaten überlegen. Brivudin ist allerdings kontraindiziert bei immunsupprimierten Patienten und bei Patienten, die mit 5-Fluoropyrimidin-haltigen Medikamenten wie 5-Fluorouracil oder Flucytosin innerhalb der letzten vier Wochen behandelt wurden, da es hierbei zu lebensbedrohlichen Arzneimittelinteraktionen kommen kann [7].

Beim Zoster ophthalmicus wird adjuvant Aciclovir topisch eingesetzt. Bei der akuten retinalen Nekrose wird Prednisolon zusätzlich diskutiert. Die intravitreale Gabe von Foscarnet adjuvant zur antiviralen Systemtherapie scheint die Effektivität zu erhöhen. Die Behandlungsdauer mit Aciclovir verlängert sich auf drei bis vier Monate. Die Therapie muss ophthalmologisch überwacht werden [8]. Beim Ramsey-Hunt-Syndrom ist eine systemische Kortikosteroidtherapie

Tab. 1: Therapie des Herpes zoster (bei Erwachsenen)

Präparat	Applikation	Dosis	Dauer
Therapie der 1. Wahl			
• Aciclovir	oral (unkompliziert)	5 x 800 mg/d	7 Tage
	iv (schwer)	10 mg/kg KG 3x/d	7 Tage
• Brivudin	oral (unkompliziert)	1 x 125 mg/d	7 Tage
Zweitlinien-Therapie			
• Valaciclovir	oral	3 x 1000 mg/d	7 Tage
• Famciclovir	oral	3 x 250 mg/d	7 Tage

indiziert, um die Fazialisparese günstig zu beeinflussen [9].

In der Schwangerschaft müssen Nutzen und Risiken für Mutter und ungeborenes Kind individuell abgewogen werden. Bei schwerem HZ wird Aciclovir systemisch empfohlen [7].

Für ältere Patienten steht eine VZV-Vakzine zur Verfügung. Diese senkt die Rate an HZ-Erkrankungen und die Rate der PZN. Die effektivste Variante unter Kosten-Nutzen-Aspekt stellt die Vakzinierung ab 60. Lebensjahr dar [10]. Die Kosten für Zostavax (R) belaufen sich auf 175,35 Euro für die einmalige Vakzinierung für Personen ab dem 50. Lebensjahr.

Bei der Therapie des akuten Zoster-Schmerzes kommt das WHO-Stufenschema zum Tragen. Während hier nicht-steroidale anti-inflammatorische Substanzen bei milden Schmerzen ihre Berechtigung haben, sind bei der PZN systemisch Gabapentin, Pregabalin, Opiate und Neuroleptika

sowie topisch hochdosiertes Capsaicin indiziert [11].

### Fazit

Der HZ ist eine mit dem Alter zunehmend häufigere Erkrankung durch VZV. Typische Verläufe sind klinisch zu diagnostizieren. Unklare und atypische Verläufe sollten durch die PCR abgeklärt werden. In der Klinik sind neben mukokutanen Symptomen, Schmerzen, Dys- und Parästhesien, Paresen und kardiovaskuläre Komplikationen möglich. Gefürchtet ist die PZN wegen ihrer negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. In der Therapie ist Aciclovir systemisch die Therapie der ersten Wahl. Anzustreben ist der Therapiebeginn innerhalb der ersten 72 Stunden. Alternativ kann unter Beachtung der Kontraindikationen im unkomplizierten Fall Brivudin genutzt werden. In der Prophylaxe steht bei Älteren die Vakzinierung zur Verfügung, die das Risiko für HZ und PZN senkt.



Abb. 4: Herpes zoster oticus

© U. Wollina

## Aufruf zur Einreichung von Originalien

Das Redaktionskollegium „Ärztblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche

Fachartikel und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“ einzureichen. Auch die jungen Mediziner können gern die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit zur Publikation in unserer Zeitschrift einsenden (E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)).

Die Manuskripte sollten in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Presse/ÖA → Ärztblatt sind die Autorenhinweise nachzulesen.

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

Literatur beim Autor

Finanzielle Unterstützung:  
Dieser Betrag wurde ohne finanzielle  
Unterstützung Dritter verfasst.

Interessenkonflikte: keine

Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina  
Städtisches Klinikum Dresden  
Klinik für Dermatologie und Allergologie  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden  
E-Mail: [wollina-uw@khdf.de](mailto:wollina-uw@khdf.de)

## Symposium „Anti-Korruptions- gesetzgebung“

Am 17./18. Februar 2017 veranstaltete die Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen das 46. Symposium für Juristen und Ärzte.

Es befasste sich mit der Thematik „Die Anti-Korruptionsgesetzgebung im Gesundheitswesen – Auswirkungen“. Typischerweise wird das Thema beim interdisziplinären Ansatz dieser Fortbildungsreihe aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet – so auch in diesem Jahr. Die betrifft sowohl die Personen der Referenten (Juristen, Ärzte, andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen) als auch die inhaltliche Auseinandersetzung (ärztliche Tätigkeit im engeren Sinne, Forschung, ärztliche Fort- und Weiterbildung).

In vielen Lebensbereichen ist korruptives Verhalten festzustellen. Gerade das Gesundheitswesen und vor allem die Ärzteschaft sind jedoch in den letzten Jahren „in Verruf“ geraten. Ob nun berechtigt oder unberechtigt, ist dies dennoch Grund für die hierzu in der Öffentlichkeit entstandene Diskussion zur strafrechtlichen Verfolgung von Korruption im Gesundheitssystem – die in der Schaffung eigenständiger Straftatbestände der §§ 299a, b StGB gipfelte.

Dabei – so **Peter Kalb**, Rechtsreferent der Bayerischen Landesärztekammer – existierte bereits bislang mit den §§ 30 ff. der Muster-Berufsordnung beziehungsweise der entsprechenden Regelungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern ein „Regulativ für den fairen Wettbewerb und für Patientensicherheit vor eigennützigem merkantilen Interessen und wird dies auch weiterhin sein.“

Die berufsständischen Kammern seien daher „aufgerufen, im Interesse ihrer Mitglieder, einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit den Strafverfolgungsbehörden einzurichten“.



Dr. med. Gisela Albrecht, Geschäftsführerin der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, bei der Begrüßung

© Kaiserin-Friedrich-Stiftung

### Strafrechtliches Neuland

**Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge**, Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht der Juristischen Fakultät der Universität Göttingen, nahm zunächst eine historische und gesellschaftliche Einordnung von Korruption vor und stellte den aktuellen Strafrechtsrahmen dar. Er wies auf die vielen noch ungeklärten Probleme des aktuellen Wortlautes der Strafrechtstatbestände hin. **Rechtsanwalt Dr. iur. Maximilian Warntjen** stellte mögliche Probleme dar, die aus unbedachtem Zuweisungs- und Ordnungsverhalten in der ambulanten Versorgung resultieren können. **Rechtsanwalt Dr. jur. Christoph Jansen** widmete sich der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Der Vertreter der Staatsanwaltschaft Celle, **Oberstaatsanwalt Christian Müller**, teilte dem sichtlich überraschten ärztlichen Publikum mit, dass nunmehr strafrechtliches Neuland beschritten werde, das es zunächst auch zu erschließen gelte. Zu rechnen sei mit einer langen „Anflutungsphase“ mit zunächst nur wenigen Verfahren und lückenhafter Abdeckung praxisrelevanter Konstellationen. Eine höchstrichterliche Klärung der maßgeblichen Streitfragen wird voraussichtlich noch viele Jahre auf sich warten lassen. Es soll aber nichts strafbar sein, was berufs- und sozialrechtlich erlaubt ist. Jedoch kann bekanntlich alles, was grundsätzlich erlaubt ist, auch rechtswidrig gelebt werden. Er wies auf den strafprozessualen Rahmen staatsanwaltlicher Tätigkeit hin. Insbesondere die

beschriebenen Vermögensabschöpfungsmöglichkeiten der Gerichte von Vorteilen aus korruptivem Verhalten der Angeklagten unterscheiden sich massiv von den Ahndungsmöglichkeiten der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Verantwortlichkeit juristischer Personen nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wurde ebenfalls beschrieben. Er plädierte für den Einsatz von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, um durch spezialisierte und fortgebildete Staatsanwälte Entscheidungen mit medizinjuristischem Augenmaß zu erzielen.

Als „roter Faden“ durch alle Vorträge zog sich die Überzeugung, dass korruptives Verhalten, egal an welcher Stelle, vehement zu ahnden ist, jedoch keine Grundlage für Verallgemeinerung bietet, um ganze Berufszweige zu diskreditieren. Des Weiteren dürfe die Kooperation von Ärzten mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen nicht per se als strafbares oder berufsrechtswidriges Verhalten gewertet werden. Oberste Handlungsmaximen müssen vielmehr das Patientenwohl und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit sein. Zudem gilt es die folgenden vier Grundregeln zu beachten:

1. Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung,
2. Trennung von ärztlicher Leistung und Zuwendung,
3. Transparenz der Finanzflüsse und
4. Dokumentation aller Formen der Zusammenarbeit.

Dies sollte letztlich aber nie dazu verleiten, die „Grenzen des Machbaren“ vollständig auszuloten. Auch ist es ratsam, kritisch den Zweck und das Ziel eines Kooperationsangebotes zu hinterfragen. **Dr. med. Wolfgang Wodarg**, Transparency International Deutschland e. V., wies in seinem Vortrag auf den seiner Ansicht nach institutionalisierten Interessenkonflikt hin. Gesundheit beziehungsweise Krankheit als Wirtschaftsgut gesetzlich gestaltet zu haben, birgt den Grundkonflikt in sich. Er stellte hierzu die unterschiedlichen Interessenlagen dar und analysierte Fehlansätze im System.

### Bereich ärztliche Fortbildung

Ausführlich beleuchtet wurde die (potenzielle) Korruption im Bereich

der ärztlichen Fortbildung. Insoweit wurden besonders „Fortbildungsveranstaltungen als Instrument der aktiven wirtschaftlichen Einwirkung“ ausgemacht. Geringeres Problempotential weist das Sponsoring der Veranstaltung selbst auf. Prüfungsmaßstab ist hierbei im Rahmen der Zertifizierung als ärztliche Fortbildungsveranstaltung auch deren Firmen- und Produktneutralität. Ist diese nicht gewährleistet, erhält die Veranstaltung keine Zertifizierung, mithin keine Fortbildungspunkte zuerkannt. Ohne Punkte aber wird auch der Kreis der Teilnehmer gering sein. Kritischer zu sehen ist demgegenüber das exklusive Sponsoring des Einzelnen. Ohne Bedeutung ist hierbei, ob es sich um eine aktive oder passive Teilnahme handelt. „Zuwendungen

der Industrie überschreiten häufig die Schwelle der Sozialadäquanz“, so **Prof. Dr. jur. Karsten Scholz**, Ärztekammer Niedersachsen. Aus jeder Zuwendung schlussfolgert daher fast immer eine strafrechtlich relevante Vorteilsgewährung. Daher ist es auch stets geboten, sich vor der Annahme der Zuwendung über deren Umfang klar zu werden und sich zu fragen, weshalb man selbst in deren „Genuss“ kommt.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

Ass. jur. Michael Kratz  
Rechtsreferent

## Blindheit in der Kunst

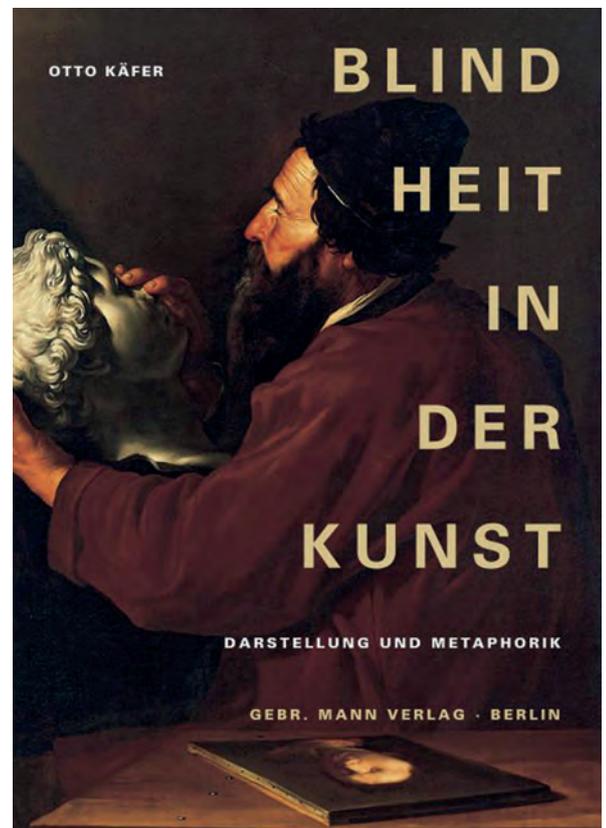
### Darstellung und Metaphorik.

**Autor: Otto Käfer**  
**Verlag: Gebr. Mann Verlag,**  
**Berlin 2016,**  
**460 Seiten**  
**Preis: 69,00 Euro**  
**ISBN 978-3-7861-2758-1**

Die Blindheit ist ein biologisches Phänomen, welches Schriftsteller und bildende Künstler oft inspiriert hat. Prof. Dr. med. Otto Käfer, Professor der Augenheilkunde, studierte nach seiner Emeritierung in seiner achten Lebensdekade Kunstgeschichte und legt nun unter dem Titel „Blindheit in der Kunst – Darstellung und Metaphorik“ seine Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen vor. Für diese Arbeit fand und analysierte er etwa 3.000 einschlägige Kunstwerke, welche die physische und die metaphorische Blindheit darstellen. Er zeigt Porträts von Blinden und

Porträts von Künstlern, die sich als Blinde malten, schildert in weiteren Kapiteln die Blindheit als Schicksal und die Blindheit als Strafe, als Gnade, als Metapher menschlicher Begrenztheit sowie als Symbol schöpferische Erleuchtung. Der Darstellung der Heilung physischer bzw. metaphorischer Blindheit wird ein weiteres Kapitel gewidmet. Auch vermittelt er die Bedeutung der Augenbinde oder der übermalten Augen im metaphorischen Zusammenhang. Viele der beschriebenen Kunstwerke werden in Schwarz-Weiß-Abbildungen oder in Farbtafeln abgebildet. Beim Druck dieser Abbildungen hätte sich der Rezensent etwas mehr Qualität gewünscht. Dies tut der Empfehlung zum Anschauen und zum Lesen dieses Buches jedoch keinen Abbruch. Das Buch macht eine besondere Facette an der Grenze von Medizin und Kunst sichtbar – dem Kollegen sei für diesen erfolgreichen Heilversuch kunsthistorischer Seh- und Wahrnehmungsstörungen herzlich gedankt.

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Radebeul



## Kunst + Medizin

**Dresdener Kunstblätter.**  
**Vierteljahresschrift der Staatlichen**  
**Kunstsammlungen Dresden,**  
**Heft 2/2017**

**Herausgeber: Staatliche**  
**Kunstsammlungen Dresden**  
**Verlag: Sandstein Verlag,**  
**Dresden 2017, 80 Seiten**  
**ISBN: 978-3-95498-278-3 /**  
**ISSN: 0418-0615**

**Preis: 5,00 Euro (Bestellung auch**  
**über den Verlag möglich:**  
**Tel.-Nr.: 0351 440780,**  
**E-Mail: verlag@sandstein.de)**

Das jüngste Heft der Reihe widmet sich einem Thema, das in unserer Region eine lange Tradition besitzt: Kunst & Medizin. Einerseits hat die Heilkunde in ihren vielseitigen Formen von alters her das Interesse nicht nur bildender Künstler gefunden und als Motiv gedient, andererseits kennen wir eine Vielzahl malender und sammelnder Ärzte. Das Beispiel des „Dresdener Mumienprojekts“ zeigt, wie mit Hilfe medizinischer Diagnostik (Röntgen, CT, 3-D-Visualisation) ein Blick ins Innenleben von fünf ägyptischen Mumien gewonnen wird. Als Kuriosum sei erwähnt, dass Mumienmaterial in alten Zeiten sogar als Heilmittel verwendet wurde (Skulpturensammlung). Die Torgauer Haus- und Reiseapotheke enthält in verzierten Dosen, Fläschchen, Gläsern und Schalen allerlei heilende Ingredienzien (Grünes Gewölbe).

Ein kurzer Abriss zur Geschichte der sächsischen Medizin im 16. Jahrhundert führt ein in das Kapitel „Chirurgische Instrumente in der kurfürstlich-sächsischen Kunstkammer“. Scheren, Bohrer, Meißel, Zangen, Sägen, Kauterisier-Eisen, Arm- und Beinprothesen sind abgebildet und erläutert. Dabei wird auf einen Mann aufmerksam gemacht, der Wesentliches zur Kenntnis von Anatomie und Chirurgie beigetragen hat: der Leipziger Professor und Dresdner Leibarzt Dr. Simone Simoni. Er sorgte unter anderem dafür, dass die Instrumentensammlung des Nürnberger Stadtarztes Volker Coiter von Kurfürst



August für die Kunstkammer angekauft und die praxisnahe Ausbildung der Chirurgen verbessert wurde. Die Überlieferung, der Kurfürst habe sich selbst an „adelichen und nichtadelichen Personen als Chirurgus versucht“ wird in das Reich der Legenden verwiesen (Rüstkammer, Mathematisch-Physikalischer Salon).

Unter „Terra Sigillata“, im spanischen Sprachraum „Búcaros“, versteht man Heilerde in Keramikgefäßen. Sie diente auch in Form so genannter gesiegelter Erdküchlein als universelles Heilmittel gegen Magenkrankheiten, Blutauswurf, Asthma, Hypermenorrhoe, Vergiftungen und Pestilenz. Im Rahmen ihrer Anwendungsgeschichte kam es zu Tier- und Menschenversuchen. Die außerdem als Badezusatz verwendeten Búcaros finden sich in zahlreichen Stillleben und Genrebildern wieder (Kunstgewerbemuseum).

Mit den späten Selbstporträts des Malers Anton Graff und seinen Augenleiden beschäftigen sich Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder und Roland Enke. Letzterer hat in dem Essay „Der Arzt im Bilde“ die Verbindung des Malers August Grahl mit dem Königsberger Arzt William Motherby beschrieben. Motherbys Widmung an Grahl könnte als Überschrift für dieses Themenheft stehen: „Uralte ist des Künstlers und Arztes Gemeinschaft/Lächelt doch beiden Apoll/beiden ein freundlicher Gott./ Drum was so lange bestand, muss ewig als solches bestehen./ Und nichts trennt den Bund, der in dem

Gott sich eint.“ Graffs Probleme gehen aus seinen Äußerungen „Meine Augen machen mir Sorgen“ und „Haben Sie mit einem Blindwerdenden Mitleid“ hervor, illustriert von Selbstporträts mit Brille und Augenschirm. Die Ursachen dafür werden diskutiert und eine Star-Operation für unwahrscheinlich gehalten. Außergewöhnlich ist das Selbstbildnis der Malerin Anna Dorothea Therbusch mit einem Monokel.

Mit dem Exkurs „Lauter Balsam – Linderung durch Laboranten aus dem Erzgebirge“ wird den Olitätenhändlern mit ihrem Wunder-, Gnaden- und Universalbalsam, diversen geheimen Tinkturen und Pülverchen Rechnung getragen (Museum für Sächsische Volkskunst).

Carl Gustav Carus' Ansatz einer ganzheitlichen Medizin betrachtete die „Malerei als Reinigung der Seele“, wie am Heftanfang in einem Beitrag dargestellt, und findet seine Fortsetzung in der Kunsttherapie, die auch an der Hochschule für Bildende Künste Dresden gelehrt wird. Aus den „Quellen der Kunst“ schöpft eine „rezeptive-produktive Bildarbeit“ mit Kranken, wobei unter anderem auf die in Auschwitz ermordete Bauhaus-Künstlerin Friedl Dicker-Brandeis mit den Kinderzeichnungen und auf die Bilder von Otto Dix und Gerhard Richter eingegangen wird.

Von besonderem Interesse dürfte das Ölbild von Ingrid Griebel-Zietlow mit dem etwas sperrigen Titel „Das Gesundheitswesen der DDR und seine historische Entwicklung“ sein, das die Dresdner Künstlerin 1975 für das Kreiskrankenhaus Heidenau gemalt hat. Das Auftragswerk – ein Ausschnitt zielt den Hefttitel – ist dreigeteilt, ohne jedoch ein Triptychon zu sein, und stellt die soziale Determination der Krankheit, die vormoderne Heilkunst, die Prophylaxe und die operative Medizin des 20. Jahrhunderts dar. Das Krankenhaus existiert als solches nicht mehr – wo ist dieses Bild heute zu sehen? Summa summarum ein kurzweilig zu lesendes, anregendes und mit exzellentem Bildmaterial ausgestattetes Stück über „Medizin trifft Kunst“ vice versa.

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden

## Unsere Jubilare im Juni 2017 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 01.06. Dr. med. Bock, Rosemarie  
02708 Lawalde-Kleindehsa
- 01.06. Dr. med. Klose, Werner  
01454 Radeberg
- 08.06. Dipl.-Med.  
Broschwitz, Barbara  
01109 Dresden
- 10.06. Dr. med. Dünkel, Brigitte  
01187 Dresden
- 11.06. Prof. Dr. med. habil.  
Ehninger, Gerhard  
01326 Dresden
- 11.06. Rejman, Ireneusz  
01896 Pulsnitz
- 11.06. Dr. med. Wagner, Maria  
04416 Markkleeberg
- 12.06. Dr. med.  
Reising-Ackermann, Gisela  
04109 Leipzig
- 13.06. Dr. med. Georgi, Winfried  
02906 Jänkendorf
- 13.06. Dr. med. Weinhold, Esther  
09669 Frankenberg
- 14.06. Prof. Dr. med. habil.  
Gahr, Ralf  
04356 Leipzig
- 14.06. Schmitt-Drees, Sabine  
01454 Ullersdorf
- 16.06. Dr. med. Schendel, Ulf  
09120 Chemnitz
- 17.06. Prof. Dr. med. habil.  
Bonnaire, Felix  
01326 Dresden
- 18.06. Dipl.-Med. Klöditz, Britta  
04736 Waldheim
- 18.06. Mechling, Gabriele  
01257 Dresden
- 19.06. Dr. med.  
Ambrosius, Steffen  
04668 Waldbardau
- 21.06. Dr. med.  
Fritzsche, Annerose  
01594 Hirschstein OT Boritz
- 24.06. Dr. med. Geißler, Ulrich  
04158 Leipzig
- 27.06. Dipl.-Med. Schäfer, Monika  
04178 Leipzig

### 70 Jahre

- 02.06. Dr. med. Schnabel, Peter  
01129 Dresden
- 07.06. Dr. med. Walter, Dietmar  
08393 Meerane

- 10.06. Dr. med. Zimmer, Sabine  
08223 Falkenstein
- 12.06. Dr. med. Müller, Bernd  
01309 Dresden
- 16.06. Dr. med. Pilz, Judith  
09353 Oberlungwitz
- 18.06. Dr. med. Kulka, Bernhard  
04416 Markkleeberg
- 24.06. Dipl.-Med.  
Schmieder, Christina  
09599 Freiberg
- 27.06. Dr. med. Held, Hans-Jürgen  
01326 Dresden
- 28.06. Dipl.-Med.  
Anders, Susanne  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 28.06. Dr. med. Reiche, Percyval  
02977 Hoyerswerda

### 75 Jahre

- 01.06. Dr. med. Geisler, Dagmar  
01326 Dresden
- 02.06. Dr. med. Franke, Annelies  
04318 Leipzig
- 02.06. Hofmann, Renate  
09116 Chemnitz
- 02.06. Dr. med.  
Sommerfeld, Manfred  
04299 Leipzig
- 03.06. Dr. med. Huhle, Christian  
01219 Dresden
- 03.06. Dr. med. Schmidt, Volkmar  
01920 Oßling
- 04.06. Dr. med.  
Gehrke, Lutz-Dieter  
09577 Niederwiesa
- 04.06. Schmeiduch, Sabine  
04157 Leipzig
- 05.06. Dr. med.  
Günther, Hans-Jürgen  
09306 Rochlitz
- 05.06. Hinke, Ingrid  
01445 Radebeul
- 05.06. Dr. med.  
Kleindienst, Edeltraud  
09306 Zettlitz
- 07.06. Dr. med. Ehinger, Ingrid  
01219 Dresden
- 07.06. Dr. med.  
Schmidt, Heiderose  
02827 Görlitz
- 08.06. Rodehacke, Günter  
02681 Wilthen
- 10.06. Bartel, Horst  
09322 Penig
- 10.06. Dr. med. Fischer, Ingeborg  
04155 Leipzig
- 10.06. Fröhner, Bernd  
09465 Cranzahl

- 11.06. Neubert, Sigrid  
04159 Leipzig
- 11.06. Dr. med. Stöckel, Dieter  
02699 Königswartha
- 11.06. Dr. med. Zwinscher, Elke  
08468 Reichenbach
- 12.06. Dr. med. Müller, Sigrid  
01324 Dresden
- 14.06. Dr. med.  
Müller-Aschoff, Elke  
01277 Dresden
- 15.06. Dr. med. Hennig, Dirk  
08468 Unterheinsdorf
- 16.06. Dr. sc. med. Dalitz, Heinz  
01217 Dresden
- 17.06. Weiske, Arnd  
09217 Burgstädt
- 19.06. Dr. med. Weidner, Irmtraud  
01279 Dresden
- 21.06. Dr. med.  
Rasenberger, Ursula  
04158 Leipzig
- 22.06. Dr. med. Keller, Bernd  
04277 Leipzig
- 22.06. Prof. Dr. med. habil.  
Scheuch, Klaus  
01728 Bannewitz
- 22.06. Seik, Rainer  
04107 Leipzig
- 24.06. Dr. med. Kosbab, Renate  
01445 Radebeul
- 24.06. Dr. med.  
Munke, Bernd-Eckhard  
09128 Chemnitz
- 25.06. Dittrich, Heinrich  
09244 Lichtenau
- 26.06. Dr. med.  
Fankhänel, Siegfried  
01796 Pirna
- 27.06. Dr. med. Aust, Steffen  
04158 Leipzig
- 27.06. Donaubauer, Ursula  
04774 Dahlen
- 27.06. Dipl.-Med.  
Sachse, Andreas  
01855 Sebnitz
- 28.06. Becker, Andreas-Peter  
02692 Obergurig
- 28.06. Dr. med. Pilz, Ina-Maria  
09131 Chemnitz
- 30.06. Dr. med.  
Oertel, Wolf-Hartmut  
08548 Syrau
- 30.06. Dr. med. Pätzold, Ursula  
01187 Dresden

### 80 Jahre

- 02.06. Dr. med. Georgi, Werner  
08132 Mülsen

- |        |  |        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|--------|--|
| 03.06. | Dr. med. Heiner, Maria<br>01217 Dresden                        | 05.06. | Stammwitz, Hanna<br>01445 Radebeul                         | 12.06. | Dr. med. Pohl, Dietmar<br>04758 Oschatz                        |
| 04.06. | Dr. med.<br>Haberkorn, Roland<br>04680 Colditz                 | 06.06. | Dr. med.<br>Mehlhose, Johannes<br>09127 Chemnitz           | 12.06. | Dr. med. Schmidt, Hella<br>01705 Freital                       |
| 08.06. | Dr. med. Lohs, Manfred<br>01069 Dresden                        | 06.06. | Dr. med. Trnka, Helga<br>04416 Markkleeberg                | 14.06. | Prof. Dr. med. habil.<br>Leonhardt, Peter<br>04129 Leipzig     |
| 08.06. | Dr. med.<br>Niepel, Hans-Joachim<br>02681 Crostau              | 07.06. | Dr. med. Scholtz, Helga<br>01589 Riesa                     | 15.06. | Dr. med.<br>Kretzschmar, Gerlinde<br>01099 Dresden             |
| 09.06. | Dr. med. Köhler, Margitta<br>02736 Beiersdorf                  | 08.06. | Miesch, Gudrun<br>01326 Dresden                            | 18.06. | Dr. med.<br>Silbernagl, Brigitte<br>01069 Dresden              |
| 12.06. | Dr. med. Gorke, Elena<br>04316 Leipzig                         | 09.06. | Prof. Dr. med. habil.<br>Richter, Gerhard<br>01326 Dresden | 20.06. | Dr. med. Gierth, Renate<br>09116 Chemnitz                      |
| 13.06. | Dr. med. Schneider, Frank<br>01109 Dresden                     | 10.06. | Dr. med. Liensdorf, Irmgard<br>09232 Hartmannsdorf         | 21.06. | Dr. med.<br>von Schmude, Bodo<br>08064 Zwickau                 |
| 13.06. | Dr. med. Todt, Bärbel<br>01187 Dresden                         | 11.06. | Dr. med.<br>Neuber, Claus-Dieter<br>09128 Chemnitz         | 23.06. | Dr. med. Kulpe, Marianne<br>01217 Dresden                      |
| 15.06. | Dr. med. Kleber, Eberhard<br>01855 Mittelndorf                 | 13.06. | Dr. med. Siegel, Gisela<br>04319 Leipzig                   | 23.06. | Dr. med. Voigt, Christian<br>08228 Rodewisch                   |
| 17.06. | Dr. med.<br>Flemming, Gerhard<br>01326 Dresden                 | 16.06. | Dr. med. Lattermann, Karin<br>04178 Leipzig                | 27.06. | Schubert, Marlene<br>08525 Plauen                              |
| 19.06. | Dr. med. May, Christa<br>01189 Dresden                         | 19.06. | Konecny, Alena<br>01067 Dresden                            |        |  |
| 21.06. | Doz. Dr. med. habil.<br>Wirth, Dietrich<br>01099 Dresden       | 21.06. | Dr. med.<br>Bergmann, Eva-Maria<br>01324 Dresden           |        | <b>83 Jahre</b>  |
| 22.06. | Dr. med. Merrem, Christa<br>04105 Leipzig                      | 24.06. | Dr. med. Drechsel, Günther<br>08144 Ebersbrunn             | 01.06. | Dr. med. Heinrich, Roland<br>09212 Limbach-Oberfrohna          |
| 24.06. | Dr. med. Geiler, Gabriele<br>04277 Leipzig                     | 24.06. | Prof. Dr. med. habil.<br>Rother, Paul<br>04157 Leipzig     | 05.06. | Dr. med. Vietor, Friedhelm<br>01109 Dresden                    |
| 24.06. | Dr. med. habil.<br>Ziegler, Alois<br>02827 Görlitz             | 26.06. | Dr. med. Siegmund, Armin<br>01259 Dresden                  | 06.06. | Dr. med. Müller, Hildegard<br>01067 Dresden                    |
| 25.06. | Dr. med. Vicent, Renate<br>01277 Dresden                       | 29.06. | Doz. Dr. sc. med.<br>Lange, Armin<br>01159 Dresden         | 06.06. | Dr. med. Schmoranz-<br>Schwenke, Hermine<br>04157 Leipzig      |
| 25.06. | Dr. med. Woito, Udo<br>04567 Kitzscher                         | 29.06. | Dr. med. Wehner, Johannes<br>04703 Leisnig                 | 08.06. | Dr. med.<br>Leutert, Hannelore<br>01744 Dippoldiswalde         |
| 26.06. | Dr. med. Eberhardt, Renate<br>01324 Dresden                    | 30.06. | Dr. med. Herold, Klaus<br>09116 Chemnitz                   | 11.06. | Dr. med. Kandler, Gisela<br>01109 Dresden                      |
| 26.06. | Reichenbach, Gerhard<br>01561 Ebersbach                        | 30.06. | Dr. med. Mrosk, Margot<br>01609 Röderaue                   | 12.06. | Dr. med.<br>Zschornack, Martin<br>01920 Räckelwitz             |
| 26.06. | Dr. med. Walter, Walfried<br>01773 Altenberg                   |        |  | 15.06. | Prof. Dr. med. habil.<br>Tauchnitz, Christian<br>04299 Leipzig |
| 28.06. | Dr. med. Veters, Helmut<br>01324 Dresden                       |        | <b>82 Jahre</b>  | 16.06. | Dr. med. Gabel, Hanna<br>09350 Lichtenstein                    |
| 30.06. | Kämpf, Wolfgang<br>09366 Stollberg                             | 01.06. | Voigt, Waltraut<br>01237 Dresden                           | 17.06. | Dreilich, Siegfried<br>04463 Großpösna                         |
| 30.06. | Dr. med.<br>Nedeleff, Rosmarie<br>01728 Bannewitz              | 03.06. | Dr. med.<br>Steffenhagen, Doris<br>04289 Leipzig           | 21.06. | Dr. med. Winkler, Manfred<br>01796 Pirna                       |
|        | <b>81 Jahre</b>  | 05.06. | Möckel, Gottfried<br>08485 Lengenfeld                      | 21.06. | Dr. med. Scharch, Brigitte<br>08523 Plauen                     |
| 02.06. | Dr. med. Pour, Georg<br>04289 Leipzig                          | 08.06. | Dr. med. Jentzsch, Manfred<br>04736 Waldheim               | 22.06. | Dr. med. Oesen, Luise-Maria<br>09380 Thalheim                  |
| 03.06. | Dr. med. Luge, Rolf<br>01454 Radeberg<br>OT Liegau-Augustusbad | 09.06. | Dr. med. habil. Welt, Klaus<br>04288 Leipzig               | 23.06. | Prof. Dr. med. habil.<br>Schubert, Wolfgang<br>01324 Dresden   |
|        |  | 11.06. | Philipp, Hildegard<br>02826 Görlitz                        | 24.06. |  |

29.06. Dr. med. Günther, Ursula  
01737 Tharandt

**84 Jahre**

02.06. Dr. med.  
Mehlhorn-Cimutta, Bertl  
09114 Chemnitz

09.06. Dr. med. Schyra, Horst  
01109 Dresden

14.06. Dr. med. Lewek, Angela  
04103 Leipzig

21.06. Dr. med. Glöckner, Eva  
09618 Brand-Erbisdorf

26.06. Dr. med. Reinhardt, Christa  
04315 Leipzig

27.06. Dr. med. Guhr, Paul  
01217 Dresden

**85 Jahre**

28.06. Dr. med. Ranke, Christian  
08228 Rodewisch

**86 Jahre**

02.06. Dr. med. Hendel, Georg  
08289 Schneeberg

07.06. Prof. Dr. med. habil.  
Hunger, Horst  
04299 Leipzig

08.06. Dr. med. Barth, Teo  
04463 Großpösna

11.06. Dr. med.  
Bormann, Christiane  
08371 Glauchau

18.06. Dr. med. Wegner, Dieter  
01900 Großröhrsdorf

28.06. Dr. med. Haas, Ruth  
01097 Dresden

30.06. Dr. med. Richter, Elisabeth  
09569 Oederan

**87 Jahre**

13.06. Dr. med. Schäfer, Eva  
04109 Leipzig

18.06. Dr. med. Krämer, Christa  
04275 Leipzig

21.06. Antonow, Emanuil  
09618 Langenau

25.06. Dr. med. Rehnig, Rosemarie  
04275 Leipzig

**88 Jahre**

07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst  
01309 Dresden

22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes  
09127 Chemnitz

**90 Jahre**

08.06. Dr. med.  
Spindler, Eva-Maria  
01762 Hartmannsdorf

25.06. Dr. med. habil.  
Wilde, Johannes  
04357 Leipzig

27.06. Dr. med. Lotze, Horst  
01217 Dresden

28.06. Dr. med. Preibisch-  
Effenberger, Rosemarie  
01309 Dresden

**93 Jahre**

25.06. Dr. med.  
Meyer-Nitschke, Rosemarie  
04552 Borna

## Abgeschlossene Habilitationen

### Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – I. Quartal 2017

**Dr. med. habil. Dirk Lindner,**  
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Neurochirurgie zuerkannt.  
Thema: Intraoperativer (navigierter) Ultraschall in der Neurochirurgie  
Habilitation: 24.1.2017  
Privatdozent: 28.2.2017

**Dr. med. Igor Delvendahl,**  
Institut für Molekulare Biologie Universität Zürich, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Physiologie zuerkannt.  
Thema: Mechanismen der synaptischen Übertragung an der zerebellären Moosfaser-Körnerzell-Synapse  
Verleihungsbeschluss: 24.1.2017

**Dr. rer. med. Patrizia Rubini Illes, Dott./Univ. Mailand,**  
Rudolf-Boehm-Institut für Pharmako-

logie und Toxikologie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Pharmakologie und Toxikologie zuerkannt.

Thema: Beteiligung purinerner Rezeptoren am Schmerzgeschehen und an der neuronalen Entwicklung  
Verleihungsbeschluss: 28.2.2017

**Dr. rer. nat. habil. Harald Busse,**  
Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Universitätsklinikum Leipzig AöR, wurde nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Radiologie zuerkannt.

Thema: Flexible Assistenztechnik für MRT-gesteuerte Interventionen in verschiedenen Körperregionen  
Habilitation: 28.2.2017  
Privatdozent: 21.3.2017

**Dr. med. Jelena Kornej,**  
Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.

Thema: Biomarkers and clinical scores in atrial fibrillation: risk stratification of clinical outcomes after catheter ablation  
Verleihungsbeschluss: 21.3.2017

**Dr. med. Anna Meyer,**  
Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Herzchirurgie zuerkannt.

Thema: Optimierung des Managements von Patienten mit linksventrikulärem Herzunterstützungssystem  
Verleihungsbeschluss: 21.3.2017

### Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – I. Quartal 2017

**Priv.-Doz. Dr. med. Marian Christoph,**  
Klinik für Innere Medizin und Kardiologie am Herzzentrum Dresden, Universitätsklinik  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin / Kardiologie“ erteilt.  
Thema: „Der Einfluss von Hypoxie und Inflammation auf die Atheros-

klerose von der zellulären Plaquezusammensetzung bis zur klinischen Relevanz“  
Verleihungsbeschluss: 25.1.2017

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat.**

**Vera Hintze**

Institut für Werkstoffwissenschaften,  
Max-Bergmann-Zentrum für Biomaterialien  
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefug-

nis für das Fach „Experimentell regenerative Medizin“ erteilt.

Thema: „Artificial extracellular matrices as functional biomaterials in bone healing and regeneration“  
Verleihungsbeschluss: 29.3.2017

**Priv.-Doz. Dr. med.**

**Thomas Beleites**

Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden

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

Thema: „Neue Wege der Hörrehabilitation bei eingeschränkter Mittelohrbelüftung“  
Verleihungsbeschluss: 29.3.2017

## Ehrenmitgliedschaft verliehen

Herrn Prof. Dr. med. habil. Jobst Henker ist für seine langjährigen Verdienste am 23. März 2017 die Ehrenmitgliedschaft in der Gesellschaft für

Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) verliehen worden. Die GPGE setzt sich für den Fortschritt in der Diagnostik, Therapie und Grundlagenforschung der Krankheiten des Magen-Darm-Traktes und seiner Anhangsorgane im Kindes- und Jugendalter sowie für

die Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Ernährung ein. Die Gesellschaft zählt 517 Mitglieder.

Kristina Bischoff M.A.  
Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“

## Alumni-Treffen in Leipzig

**Treffen der Studienabgänger von 1967 an der Universität Leipzig 2017**

Traditionell findet unser Studienjahrestreffen in diesem Jahr wieder am 2. Oktober statt. Aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums der Beendigung unseres Studiums führen wir mit Unterstützung der Medizinischen Fakultät Leipzig zunächst eine Feier

im Hörsaal des Zentralen Forschungsgebäudes (Haus C, Medizinisches Forschungszentrum), Liebigstr. 21, durch. Beginn ist 15.00 Uhr, Einlass ab 14.30 Uhr. Eingebunden in diese Veranstaltung ist die Überreichung der Urkunden zur „Goldenen Promotion“ an diejenigen, die im gleichen Jahr promoviert haben.

Ab 18.00 Uhr finden wir uns (wie immer) im Salon des Auerbachs Kellers zum gemütlichen Beisammensein ein. Wir bitten dieses Mal wegen notwendiger Kapazitätspla-

nung unbedingt um eine Anmeldung (allein oder mit Begleitung, für Feier und/oder Auerbachs Keller) bis zum 30. Juni 2017 an:

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann (bernd.wiedemann@arcor.de, Tel.-Nr.: 0341 2311452 oder 0157 71086018) oder Dr. med. Hans-Otto Kluge (hansottokluge@gmx.de, Tel.-Nr.: 0871 23184 oder 0157 73067645).

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann, Leipzig

## Zur Entwicklung der Medizin im alten Rom

**Aulus Cornelius Celsus  
(um 25 v. Chr. – 50 n. Chr.)**

Im antiken Rom waren bereits Krankheiten wie Erkältung, Malaria, Tuberkulose bekannt, und die Römer litten an Augen-, Haut und Zahnproblemen. Es existiert aus dieser Zeit aber keine medizinische Lehre oder ein geschriebenes Werk, das man als „lateinische Medizin“ bezeichnen könnte, sondern alle Methoden und medizinischen Systeme wurden durch die Römer von den Griechen übernommen. Die medizinischen Leistungen in der etruskischen Periode (800 – 500 v. Chr.) und der folgenden römischen Republik (500 – 26 v. Chr.) waren diejenigen eines bäuerlich geprägten Naturvolkes mit Anwendung primitiver Hausmittel und abergläubischem Procedere. Man entnahm der griechischen Medizin einige Rezepte und verwendete diese zusammen mit bekannten Hausmitteln ohne eigentliche medizinische Kenntnis. Die Menschen erbaten die Hilfe mannigfacher Gottheiten wie Hygiene, Pollux, Minerva, Diana, Salus, Febris und Fortuna, der Göttin der Gesundheit und des Glücks (Abb. 1). Der Beruf des Arztes hatte für die Römer bis in die Kaiserzeit nichts Verlockendes und wurde als unwürdige Tätigkeit angesehen und deshalb nicht ausgeübt. Hoch angesehen waren dagegen die Juristen. Zwischen Händlern und Krämern übten meist Fremde die heilkundliche Tätigkeit auf den Märkten mit geheimnisvollen und meist unwirksamen Mitteln aus. Zu Beginn des 3. Jahrhunderts v. Chr. siedelten sich erste griechische Ärzte in Rom an. Sie fassten schwer Fuß, da man in Rom der Meinung war, dass Berufsärzte überflüssig seien. Vielmehr sollte der römische Familienvater (Pater familias) soviel medizinisches Wissen haben, dass er seine Familie einschließlich Gesinde und Vieh notfalls bei Krankheiten als Verwalter der Hausmedizin selbst versorgen konnte, etwa wie der Kapitän eines

Schiffes. Der gebildete Römer war der Meinung, dass die Medizin wie Philosophie und Recht zur allgemeinen Bildung gehöre. Deshalb vertritt der sehr einflussreiche römische Philosoph und Politiker Cato d. Ä., der Zensor, (234 – 149 v. Chr.) in seinem medizinischen Rezeptbuch die Meinung, dass man keine Berufsärzte benötige. Cato belehrt seinen Sohn: „Die Griechen sind ein perverses und unlenkbares Volk. Diese Leute haben geschworen, alle Barbaren mit Hilfe der Medizin auszurotten. Und sie betrachten die Römer als Barbaren. Vergiss nie, dass ich Dir verboten habe, die Hilfe von Ärzten in Anspruch zu nehmen.“ Catos private Universalmedizin waren Kohlblätter zusammen mit einigen Beschwörungsformeln. Die Entwicklung führte dahin, dass die gut situierten Römer sich für heilkundige Zwecke einen Sklaven als Bader und Masseur hielten. Trotzdem konnten sich aus Kleinasien und Griechenland nach Rom zugereiste Ärzte konkurrenzlos etablieren, besonders nach der Eroberung Griechenlands durch die Römer im Jahre 146 v. Chr. und der Verleihung des Bürgerrechtes an die Ärzteschaft 46 v. Chr. durch Julius Cäsar (100 – 44 v. Chr.). Der erste griechische Arzt namens Archagathos kam 219 v. Chr. nach Rom. Die Einwohner nahmen ihn als angesehenen Wunderheiler auf, verliehen ihm das Bürgerrecht und kauften ihm aus öffentlichen Mitteln Behandlungsräume. Aber bald erwies er sich ihnen als operationswütiger „carnifex“ (Schinder) wie Plinius (23 – 79 n. Chr.) berichtet, wodurch den Römern die Medizin weiter verleidet wurde. Dennoch wurden die Griechen Lehrmeister der Römer in Dingen der Kunst, der Wissenschaft, des Lebensstils, Lockerung der Sitten und auch der Medizin. Die Römer übernahmen einfach griechische Standards. Nach und nach hatte jeder gut situierte Römer einen Hausarzt, sodass der römische Philosoph, Naturforscher und Politiker Seneca (1 – 65 n. Chr.) den Arzt als Freund der Kranken bezeichnete. Ab 91 v. Chr. gewann der aus Prusa in Bithynien nach Rom übergesiedelte Arzt Asklebiades größeren Einfluss



Abb. 1: Fortuna, Göttin des Glücks und des Schicksals  
© Wikipedia

als Gründer der methodischen medizinischen Schule. Persönliches Prestige, gute Ausbildung in Alexandria und neue Ideen führten zu seinem nachhaltigen Einfluss auf die Medizin in Rom. Er wurde Leibarzt von Cicero, Crassus, Mark Anton und des Dichters Lukrez. Nach seiner Theorie bestehe der Körper aus vielen beweglichen Atomen. Als Vertreter der Methodikerschule war für ihn die Erforschung der Krankheitsursachen wichtig. Diese bestanden für Asklebiades in einer Störung der Bewegung der Atome in den verstopften Poren und Kanälen des Körpers bei einer Krankheit. Eine

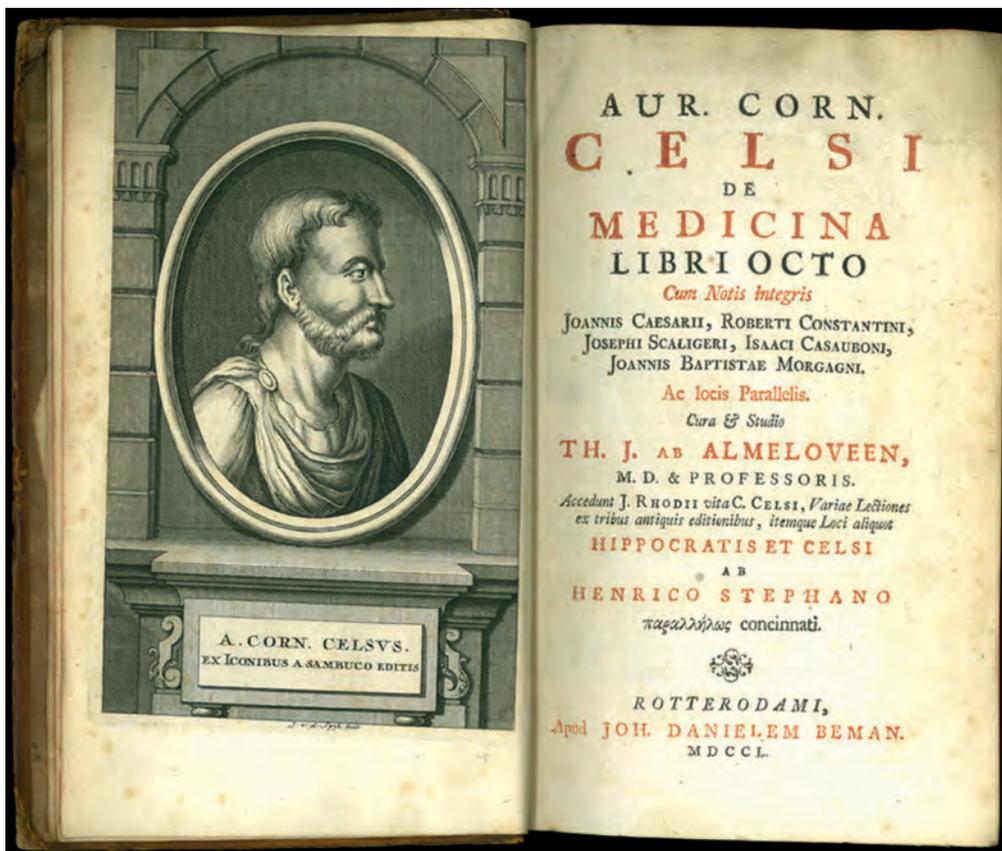


Abb. 2: Druck „De Medicina“ von 1750

© Wikipedia

Behandlung geschehe deshalb durch Gymnastik, Massage, Bäder, Klistiere, Abmagerungskuren und großzügige Anwendung von Wein. In den Körper eingreifende Maßnahmen wie Brechmittel und Abführmittel lehnte er ab. Vielmehr soll er den Behandlungswünschen seiner Patienten zu seinem Vorteil sehr entgegen gekommen sein. Es existierten damals verschiedene medizinische Lehrmeinungen mit mehr oder weniger Wirkung auf die Ärzte Roms. Unter griechischem Einfluss entstand also auch in Rom eine medizinische Schule mit heilkundigen Meistern. Ähnliche Einrichtungen wurden in Marseille, Lyon, Saragossa, Antiochien gegründet. Eine umfassende Information über die Medizin im römischen Imperium verdanken wir Aulus Cornelius Celsus (um 25 v. Chr. – 50 n. Chr.). In lateinischer Sprache schrieb dieser in der Zeit 30 – 35 n. Chr. ein encyklopisches Werk, das sich mit Landwirtschaft, Rhetorik, Heerwesen, Philosophie, Rechtswesen und Medizin befasste. Der uns erhaltene, aus acht Büchern bestehende medizinische Teil „De medicina libri

octo“ (Abb. 2), versucht die medizinischen Kenntnisse der damaligen Zeit in einer methodischen Abhandlung zusammenzufassen. „De medicina“ ist eine der besten Quellen zu den Grundfragen der Heilkunde in der damaligen Zeit. Über das Leben von Celsus ist wenig bekannt. Ein Abbild ist nicht überliefert. Wahrscheinlich war er ein Universalgelehrter, der sich auch intensiv mit der Medizin beschäftigt hatte. Der Gelehrte Plinius d. Ä. (23 n. Chr. – 79 n. Chr.) sagt, dass Celsus nie Medizin praktiziert hätte. Celsus erweist in seinen Ausführungen Hippokrates von Kos und Asklebiades ausgiebig Referenz, und verschiedene Äußerungen sind direkt aus den Schriften des Hippokrates entnommen: „Nichts tut so gut bei Taubheit wie gallenartiger Durchfall“. „Die Darmverschlingung lässt den Kranken in sieben Tagen sterben, wenn sie in diesem Zeitraum nicht abklingt.“ Celsus hatte sich vorgenommen, zu jeder Krankheit die seinerzeit geltenden Behandlungen anzugeben, sodass ein therapeutisches Rezeptbuch mit drei Hauptab-

schnitten entstand: 1. Diätetisch zu behandelnde Krankheiten, 2. Heilung mit Medikamenten, 3. Mit der Hand zu heilende Krankheiten (Chirurgie).

Celsus unterscheidet allgemeine Krankheiten (zum Beispiel Fieber, Ikterus, Apoplexie, Pthisis [Schwindsucht]) von auf ein Organ bezogenen Krankheiten. Das Fieber verschiedener Dauer wird als eigenständige Krankheit angesehen. Als Zeichen der Entzündung stellt er die Symptome Rubor, Calor, Dolor, Tumor heraus, die ja heute noch gelten. Im Verlauf einer Krankheit gibt es prognostisch günstige oder schlechte Zeichen. Es werden auch Anzeichen eines nahenden Todes aufgeführt. Wenn der Kranke etwa mit angezogenen Beinen auf dem Rücken liege, kalter Schweiß, kalte Extremitäten, Atemnot und Schlafsucht am Tag beobachtet werden, gelten diese als schlechte Zeichen. Bei der Behandlung von Kranken legt Celsus großen Wert auf gymnastische Übungen, Bäder, die richtige Auswahl der Getränke, der Nahrung und der Krankheitsdiät. Für alle möglichen Beschwerden ist eine Diät vorgesehen, zum Beispiel auch bei Augenkrankheiten. Die Nahrungsmittel werden nach ihrer Verdaulichkeit und dem Nährwert in starke, mittlere und schwache eingeteilt. Therapeutisch finden diverse meist warme Umschläge, Schwitzkuren, Ölungen, Massagen, Einsalbungen Anwendung. Gallenerkrankungen kuriert man mit Abführ- und Brechmitteln. Bei akutem Fieber wendet man Aderlässe an. Geht das Fieber mit einer Erschöpfung einher, soll der Körper durch Schütteln des Bettgestelles oder einer Spazierfahrt im Wagen bewegt werden. Bei Verdauungsstörungen solle der Patient laut lesen. Schröpfköpfe aus Bronze oder Kuhhorn finden häufig Anwendung. Ein reicher Römer wird bei einer Brustfellentzündung mit Aderlässen, Schröpfungen, Senfumschlägen, warmen Wickeln, Einreibungen mit Öl und Schwefel, heißen Getränken und Diät kuriert. Ein Armer kann sich dieses Vorgehen nicht leisten. Bei „Wassersucht“ solle man das Volumen der Getränke und des Urins

messen. Die verwendeten Medikamente teilt er in hartmachende und erweichende Stoffe ein, die nach den damaligen Vorstellungen die Säfte aus dem Körper herausziehen oder sie zurücktreiben sollen. Die verordneten Stoffe haben oft eine magische Bedeutung. Viele sind unsinnig wie Eidechsenkot, Mark von Hirschknöcheln, Meerscham, zermalmte Schnecken, Öl in dem man Regenwürmer gekocht hatte, Schmutz von den Rändern benutzter Badewannen. Ein grausiges Rezept gegen Epilepsie schrieb vor, dass der Kranke das noch warme Blut eines eben erwürgten Gladiators trinken solle. Celsus listet also eine Vielzahl von Krankenbeobachtungen auf, die aus heutiger Sicht oft unwichtig und teilweise uns verständlich sind, da in der damaligen Zeit noch keine hinreichenden Diagnosen und Differentialdiagnosen möglich waren. Sektionen von Leichen werden befürwortet. Bei vielen Krankheitsbeschreibungen ist man erstaunt über die zutreffende Schilderung, zum Beispiel bei Epilepsie: „Der Kranke fällt plötzlich. Schaum bildet sich auf seinem Mund. Er kommt schließlich nach Ablauf einer bestimmten Zeit wieder zu sich und erhebt sich von

selbst. ... Die Epilepsie wird manchmal von Konvulsionen begleitet, manchmal nicht.“ Die Cholera: „Der Kranke muss heftig erbrechen und leidet an Durchfall, außerdem hat er Blähungen und heftiges Stechen in den Eingeweiden. ... Der Kranke wird von Durst gepeinigt und fällt in Ohnmacht.“

Anatomisch beschreibt Celsus die Lage der Eingeweide, der Thoraxorgane und des Zwerchfells. Diesem wird eine außerordentlich große Bedeutung zugemessen, da es die edlen Brustorgane von den niederen Eingeweiden trennt. Bei Menschen mit Tobsuchtsanfällen hätten Gehirn und Zwerchfell gleichermaßen Bedeutung. Die mit der Hand heilbaren Krankheiten (Chirurgie) werden durch „de medicina“ in den Büchern sieben und acht behandelt. Ein Chirurg solle jung sein mit klarem durchdringendem Blick und ruhiger Hand. „Überhaupt soll er seine Operationen ausführen, als ob ihn die Klagen des Patienten nicht im Geringsten berührten.“ Mehr oder weniger umfassend werden die Einschneidung von Fisteln, Trepanationen, Resektionen, Amputationen, Bauchpunktion, die Urethrostomie,

die Staroperation, die Nabelbruchoperation beschrieben. Wundverbände erfolgen mit einem in Essig getränkten Schwamm, zur Blutstillung verwendet man Kompression und Gefäßligatur. Der barmherzige Samariter goss im biblischen Gleichnis Öl und Wein in die Wunden (Luk. 10, 30-37), ganz im Verständnis der Zeit. Die Operateure benutzen bei ihren Eingriffen eine Reihe von Zangen, Haken, Pinzetten, Messern und Löffeln. Die römische Medizin hatte also bis Ende des 1. Jahrhunderts n. Chr. durch die zunehmende Übernahme griechischer Methoden eine bedeutende Entwicklung genommen. Eine große Bedeutung hatte die medizinische Versorgung der Soldaten des großen römischen Heeres. Besonders das Wirken des bedeutenden Arztes Claudius Galen dominierte die römische Medizin des 2. Jahrhunderts n. Chr. In den folgenden fast 1.500 Jahren wurden seine Lehren für fast unumstößlich gehalten. Über die Lebensdaten und das Wirken dieses hervorragenden Repräsentanten der Medizin des Altertums soll später berichtet werden.

Dr. med. Jürgen Fege, Berthelsdorf

## Impressum

### Ärztblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478  
Offizielles Organ der  
Sächsischen Landesärztekammer

### Herausgeber:

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

### Anschrift der Redaktion:

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

### Redaktionskollegium:

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

**Redaktionsassistent:** Kristina Bischoff M.A.

### Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

### Verlag:

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

### Anzeigenverwaltung Leipzig:

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de)  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne  
Telefon: 0341 710039-94  
Telefax: 0341 710039-99  
E-Mail: [elgendy@quintessenz.de](mailto:elgendy@quintessenz.de)

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2017, gültig ab 1.1.2017.*

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

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

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

### Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 128,00 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 128,00 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 12,50 € zzgl. Versandkosten  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2017