

Editorial	Neues Gelöbnis	540
Berufspolitik	57. Kammerversammlung	541
	Ärzte für Sachsen on Tour	546
	CIRS-Fall	548
	Neue Richtlinie Hämotherapie	548
Amtliche Bekanntmachungen	Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission	545
Recht und Medizin	Änderungen beim Berufsgeheimnisschutz	551
Aus den Kreisärztekammern	Neu gewählt: KÄK Bautzen	552
	KÄK Mittelsachsen wählt neuen Vorstand	552
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	552
	Betriebsruhe zum Jahreswechsel 2017/2018	553
	25 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	553
	Hinweise zur Erstellung von Weiterbildungszeugnissen	554
Medizinische Fachangestellte	Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“	555
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	556
Originalie	Amyloidose	558
	Selbsthilfegruppe „Amyloidose“	563
Buchbesprechung	Martin Luther – der Patient	564
Leserbriefe	Patientenrechte – Quo vadis?	565
	Langzeittherapie der Osteoporose	566
Personalia	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Eberhardt	567
	Jubilare im Januar 2018	568
Verschiedenes	Von Tannenbäumen und Lichtern	570
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Februar 2018	



57. Kammerversammlung
Seite 541



Ärzte für Sachsen on Tour
Seite 546



Neue Richtlinie Hämotherapie
Seite 548

Titelbild: Weihnachtsmarkt in Annaberg-Buchholz
© Stadt Annaberg-Buchholz/Foto: Dieter Knoblauch

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

Neues Gelöbnis

Ein Jahr voller gewichtiger Jubiläen liegt hinter uns. Für uns Ärzte war die Gründung und 1. Generalversammlung des Weltärztebundes in Frankreich vor 70 Jahren ein besonderes Jubiläum. 1947, nach den deutschen Schrecken und Verheerungen des Zweiten Weltkriegs, entstand dieser internationale Ärztebund, der es sich zur Aufgabe machte, hohe ethische Standards zu diskutieren und zu formulieren. Dass die Heilkunst ethischer Richtlinien bedarf, ist eine historische Erfahrung, die nicht nur Hippokrates seinen Eid ablegen ließ, sondern die offenbar Heil-„Zünfte“ zu oft ähnlichen Ergebnissen führte. Der „Eid des Assaf“ in der jüdischen, die „17 Regeln des Enjuin“ in der japanischen Medizinhistorie sind nur zwei von mehreren Beispielen.

1948 hatte dann die 2. Generalversammlung einen neuen Hippokratischen Eid formuliert. 2018 wird sich die Verabschiedung dieser Deklaration von Genf zum 70. Mal jähren. Während der vergangenen Jahrzehnte gab es immer wieder Anpassungen. Nun wurde eine neue, aktuelle Fassung vorgelegt, die sich nicht nur marginal von ihren Vorgängerinnen unterscheidet. Das neue Gelöbnis entstand unter maßgeblicher Federführung der deutschen Bundesärztekammer.

Es gibt drei wirklich neue Sätze im Ärztegelöbnis:

„Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“

Dieser Satz kann eine wichtige Richtschnur bedeuten, sowohl im täglichen Routine-Umgang als auch in schwierigen Entscheidungen. Nicht zuletzt bedeutet er, die Entscheidung meines Patienten für oder gegen eine empfohlene Behandlung zu akzeptieren. Sie wird mir leichter fallen, wenn ich ihn nach bestem Wissen und Gewissen beraten und behandelt habe und auch den folgenden neuen Satz beachte:



Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
© SLÄK

„Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle meiner Patientinnen und Patienten und zur Förderung des Gesundheitswesens teilen.“

Ein zunächst unscheinbarer Satz mit selbstverständlich klingendem Inhalt. Allerdings umso vielschichtiger und komplexer, je länger man darüber nachsinnt. Auf der persönlichen Ebene: Als Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung trifft er meine Intention, dazu einen kleinen Beitrag zu leisten. Außerdem gehört die Wissensvermittlung und -teilung in unserer Lehrpraxis zum Alltag, macht fast immer Spaß und hilft, sich selbstkritisch zu hinterfragen.

Dass das Teilen und die Weitergabe von medizinischem Wissen allerdings nicht immer selbstverständlich sind, zeigen die mühseligen Weiterbildungswege diverser Fachrichtungen, andererseits auch mancher Frust von Weiterbildern. Ein Thema, in dem es derzeit viel Bewegung gibt.

Das Teilen medizinischen Wissens zum Wohle unserer Patienten hat noch einen weiteren Aspekt: das Teilen von Erkenntnissen über das, was ihnen schadet, zum Beispiel die pflichtgemäße Mitteilung unerwünschter Nebenwirkungen einer Behandlung, die Fehlermeldung (Stichwort CIRS) oder die Veröffentlichung von negativen Studienergebnissen, denen oft finanzielle Firmen- oder manchmal auch Eigeninteressen entgegenstehen.

Auch hier ist viel in Bewegung geraten. Ein ermutigendes Signal senden die von immer mehr ärztlichen Fachgesellschaften initiierten Konsens-Empfehlungen und nationalen Bestrebungen: „Klug entscheiden – choosing wisely“.

„Ich werde meine eigene Gesundheit, mein Wohlbefinden und meine Kenntnisse pflegen, um eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau leisten zu können.“

Über diesen Satz könnte man in einem Beruf, der traditionell auf einen hohen Anteil Selbstaufopferung setzt, zunächst stolpern. In der Reflexion darüber wird schnell klar, wie wichtig dies auch als ärztliche Grundhaltung sich selbst gegenüber ist. Wenn ich ein Gespür für meine eigene Gesundheit, für das, was mir selbst gut tut, besitze, kann ich vermutlich auch erspüren und verstehen, was meinen Patienten gut tut. Wenn ich auf mich achte, kann ich mich womöglich besser in die Patientenperspektive hineinversetzen. Vielleicht gelingt es mir besser, Alarmsignale nicht nur bei meinen Patienten, sondern auch bei meinen Kollegen, Mitarbeitern und schließlich bei mir selbst, rechtzeitig wahrzunehmen – und dadurch, ebenfalls rechtzeitig, Änderungen zu bewirken. Führen wir unseren eigenen Eid uns immer wieder vor Augen: Als Bekennnis, Handlungsanleitung, Richtschnur – und tägliche Ermutigung.

Eine der spirituellen Grundlagen unseres ärztlichen Tuns, schon Jahrtausende alt, ist die Nächstenliebe: „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“. Eine klare, einfache Aufforderung des Heilers, dessen Geburtsfest im Dezember auch nichtreligiösen Menschen ein wichtiger Festtag ist. Ziehen wir den Kreis um die, die wir zu unseren Nächsten zählen, großzügig.

In diesem Sinne: Frohe Weihnachten!

57. Kammerversammlung

„In der Bundestagswahl war die Gesundheitspolitik nicht unbedingt ein Hauptthema des Wahlkampfes – aber sie wird ein wichtiges Thema der nächsten vier Jahre für die noch zu bildende Regierung werden.“ Dies betonte der Präsident, Erik Bodendieck, zur Eröffnung der 57. Kammerversammlung in Dresden. Pflegenotstand, Notfallversorgung und Versorgung in der Fläche, Fachkräfte für Krankenhäuser sowie eine wohnortnahe, ambulante Versorgung und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung oder die Digitalisierung der Medizin sind Arbeitsfelder, die die mögliche Regierungskoalition in ihren Sondierungsgesprächen identifiziert hat. Die wohl wichtigste Auswirkung der Bundestagswahl auf Sachsen ist der Rücktritt des Ministerpräsidenten.

Grundsätzlich bescheinigte der Präsident dem noch amtierenden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine gute Arbeit. Zielstrebig und eher im Hintergrund habe dieser zahlreiche Gesetze und Projekte auf den Weg gebracht. Aktuell zu kritisieren seien jedoch die Fristen zur Einführung der Telematikinfrastruktur. Hier würde ein jahrzehntelanger Streit auf Kosten der niedergelassenen Ärzte ausgetragen.

Gesundheitspolitische Themensetzung

Im Hinblick auf die Krankenhausinvestitionen, die Entwicklungen beim Medizinstudium (Zahl der Studienplätze) und eine mögliche Bürgerversicherung zur Finanzierung des Gesundheitswesens ist Streit in den Koalitionsverhandlungen vorprogrammiert. Die Junge Union (JU) hat sich in einem Positionspapier bereits zur medizinischen Versorgung geäußert und die rollende Arztpraxis ins Spiel gebracht. Dazu wird die Sächsische Landesärztekammer das Gespräch mit der JU suchen.

Die kontrollierte Freigabe von Cannabis, wie sie von SPD, FDP und den Grünen gefordert wird, scheint nur noch eine Frage der Zeit zu sein, da



Präsidium

© SLÄK

der gesellschaftliche Druck sehr groß ist, vermutet der Präsident. Ein Dammbreach in dieser Richtung war die Freigabe von Cannabis als Medizin ohne jegliche wissenschaftliche Prüfung. Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ wird dennoch weiterhin und gegen den Mainstream auf die Gefahren einer Legalisierung hinweisen.

Notfallversorgung

Zur Verbesserung der Notfallversorgung gibt es auf Bundes- wie Landesebene verschiedene Konzepte, so der Präsident. Es lägen einerseits ein Konzept der Bundesärztekammer, des Sachverständigenrates sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Marburger Bund vor. Zugleich soll es eine Bereitschaftsdienstreform der KV Sachsen geben. Zu kritisieren ist in diesem Zusam-

menhang die eingeführte „Abklärungspauschale für Notfallpatienten“. Diese wird dem notwendigen Aufwand nicht gerecht. Notwendig sei eine Verbesserung der Notfallversorgung allemal, so Erik Bodendieck, um die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Im Zentrum aller Konzepte stehen eine zentrale Anlaufstelle und eine integrierte Leitstelle, von wo aus die Fälle an die Bereitschaftsärzte, die Notärzte oder die Krankenhäuser verteilt werden sollen.

Heilpraktiker

17 Experten aus dem Gesundheitsbereich (Münsteraner Kreis) forderten kürzlich eine umfassende Reform des Heilpraktikerberufes. Sie kritisieren: Die Methoden seien unwissenschaftlich, die Ausbildung unzureichend. Der Präsident ging in seiner Einschät-



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK

zung noch etwas weiter und vertritt die Ansicht, dass es den Beruf des Heilpraktikers nicht brauche. „Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten befähigt diese zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Die Ausübung der Heilkunde sollte deshalb nur ihnen vorbehalten sein.“ Er rät dazu, im Falle einer Erkrankung ausschließlich zu einem Arzt zu gehen, denn diese seien nach sechs Jahren Studium und fünf oder sechs Jahren Facharztweiterbildung umfassend für eine medizinische Versorgung ausgebildet.

Fachkräftebedarf in Sachsen

Um dem ärztlichen Fachkräftebedarf in Sachsen wirksam zu begegnen, werden schon seit Jahren zahlreiche Maßnahmen umgesetzt. Selbstverwaltung, Krankenhäuser und Kommunen sowie Landkreise haben sich zum Teil gemeinsam für den Nachwuchs in Sachsen engagiert. Ohne dieses Engagement sähe die ärztliche Versorgung im Freistaat sicher ganz anders aus, so der Präsident. Nachweisen ließe sich das im Detail zwar nicht, aber die stetig steigende Zahl der berufstätigen Ärzte und die überproportionale Zunahme der jungen Ärzte in Sachsen lasse zumindest den Rückschluss zu, dass die Maßnahmen erfolgreich waren. Natürlich müsse man auch zugeben, dass der Bedarf im stationären Bereich vor allem auch durch ausländische Ärzte gedeckt wird. Dennoch wird die Sächsische Landesärztekammer selbst oder über das Netzwerk Ärzte für Sachsen weiterhin nur um



Andrea Fischer, Staatssekretärin, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, richtete ein Grußwort an die Mandatsträger. © SLÄK

Nachwuchs in Sachsen und Deutschland werben. Bewährt haben sich dabei die Einführungsveranstaltungen bei Medizinstudenten in Dresden und Leipzig, die „Ärzte für Sachsen on Tour“, die Informationsveranstaltungen für Weiterbildungsassistenten sowie die Konzeption von alternativen Versorgungsmodellen zur Einzelpraxis im ländlichen Raum.

Förderung von Weiterbildungsverbänden

Ob die geplante finanzielle Förderung von Weiterbildungsverbänden und -stellen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz ein Erfolgsmodell wird, muss sich erst noch zeigen. Die Vergaberichtlinien dazu stehen noch aus. „Wir werden das Projekt auf jeden Fall inhaltlich und strukturell unterstützen“, so der Präsident.

eGK, eHBA, Telemedizin

Nachdem zwei große Krankenkassen angekündigt haben, eigene Wege bei der elektronischen Gesundheitsakte zu gehen, wird der über Jahre angestaute Frust bei der Implementierung von elektronischen Kartensystemen und der Telemedizin besonders deutlich. Für das Versichertenstammdatenmanagement wurde eine Fristverschiebung zum 31. Dezember 2018 verkündet. Das Zwei-Schlüssel-System steht in Frage und die Überarbeitung der berufsrechtlichen Regelungen zur Telemedizin stehen noch aus. Das Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz in Sachsen lobt 30 Millionen Euro (2017 –

2020) aus, um telemedizinische Projekte zu fördern. Und um die grundsätzliche Haltung der sächsischen Ärzte und der Bevölkerung gegenüber Telemedizin zu verbessern, plant es parallel eine Akzeptanzkampagne im kommenden Jahr zu den Bereichen Telemonitoring, digitale Patientenakte, moderne Diagnostik und Telemedizin. Erik Bodendieck: „Wir werden die Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung der Medizin auf jeden Fall konstruktiv begleiten und fachliche wie medizinethische Aspekte einbringen. Und nur das, was die medizinische Versorgung, die ärztliche Qualität und die Prozesse verbessert, sollte zur Anwendung kommen.“ Dies beinhaltet auch die Prüfung, ob eine Änderung der berufsrechtlichen Regelungen zur Telemedizin notwendig ist.

Neue Aufgaben

Der Präsident berichtete noch von der Übertragung neuer Aufgaben an die Sächsische Landesärztekammer. So wurde unter anderem die Geschäftsstelle der klinischen Krebsregister eingerichtet. Sie ist eine Serviceeinrichtung für die vier klinischen Krebsregister in Sachsen. Deren Aufgabe ist das Betreiben der Landesauswertestelle, der Landeskoordinierungsstelle und die Organisation des wissenschaftlichen Beirates. Zudem wurde die Landesgeschäftsstelle zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer eingerichtet.

Ausblick

Unabhängig vom Rhythmus der Bundes- und Landtagswahlen hat der Präsident noch auf langfristige wichtige Aufgabenfelder zur Verbesserung der medizinischen Versorgung hingewiesen. Er nannte die sektorenübergreifende Notfallversorgung sowie sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, die Stärkung der ärztlichen Profession, die Fokussierung der ärztlichen Selbstverwaltung auf die Kernaufgaben Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die ärztliche Qualitätssicherung. Letztlich muss sich auch die Sächsische Landesärztekammer mit den künftigen Struk-



Dr. med. Andreas Bartusch, Steve Rößler und Dr. med. Kristin Korb

© SLÄK

turen gesundheitlicher Versorgung beschäftigen, um aktiv an der Gestaltung der Zukunft teilnehmen zu können.

Wirtschaftsplan 2018

Dr. med. Mathias Cebulla, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, erläuterte wichtige Eckpunkte des Wirtschaftsplanes 2018. Dieser hat einen Gesamtumfang von 14.818.000 Euro.

Die Differenz von Erträgen und Aufwendungen in Höhe von ca. 1.232.200 Euro wird einerseits in Höhe von 735.000 Euro durch die planmäßige Entnahme aus zweckgebundenen Rücklagen gedeckt, die aus Überschüssen der Vorjahre gebildet wurden. Damit werden Überschüsse vergangener Jahre mittelfristig wieder dem Haushalt zugeführt und entlasten die Finanzierung über die Kammerbeiträge. Andererseits erfolgt durch die Verwendung des verbleibenden Überschussvortrages 2016 in Höhe von ca. 497.200 Euro eine direkte Entlastung des Haushaltes für 2018.

Insgesamt sieht der Wirtschaftsplan 2018 eine Steigerung der Aufwendungen gegenüber dem Ist des Jahres 2016 um 24 Prozent und gegenüber dem Wirtschaftsplan 2017 um 13 Prozent vor. Die Erträge steigen gegenüber dem Ist 2016 um sieben Prozent und gegenüber dem Wirtschaftsplan 2017 um 15 Prozent.

Diese überdurchschnittliche Entwicklung wird durch die Übertragung neuer Aufgaben wie:

- die Landesgeschäftsstelle sektorenübergreifende Qualitätssicherung
 - die Koordinierende Landesgeschäftsstelle nach SächsKRegG
 - die Geschäftsstelle zur Förderung der Weiterbildungsverbände
- bestimmt. Diese Teilhaushalte haben insgesamt ein Volumen von 380.900 Euro. Die Aufwendungen sind durch Gebühren, Zuschüsse usw. komplett bei der Geschäftsstelle zur Förderung der Weiterbildungsverbände zu 90 Prozent gegen finanziert.

Weiterhin wirkt sich der Kauf des benachbarten Verwaltungsgebäudes der Sächsischen Ärzteversorgung zum 1. Januar 2018 nachhaltig auf die Höhe der Aufwendungen (Abschreibungen, Zinsen, Bewirtschaftungskosten) und der Erträge (Mietträge von Apotheker- und Ärztekammer und Sächsischer Ärzteversorgung) aus. Saldiert ergibt sich in 2018 keine Mehrbelastung für den Kammerhaushalt. Für die Finanzierung des Kaufes des Objektes und der Umbaumaßnahmen wird die Kammer ein Annuitätendarlehen in Höhe von 3.300.000 Euro aufnehmen. Vorgezogene Umbaumaßnahmen im Kammergebäude sind in 2018 mit ca. 300.000 Euro geplant. Der Zugang an Kammermitgliedern

**Wirtschaftsplan 2018 der Sächsischen Landesärztekammer
– Erfolgsplan 2018 –**

Erträge		in EUR
I. Kammerbeiträge		9.110.440,37
II. Beiträge und Sonstige Erträge zum Fonds Sächsische Ärztehilfe		0,00
III. Gebühren		
1. Gebühren laut Gebührenordnung	1.244.800,00	
2. Gebühren Fortbildung	865.200,00	2.110.000,00
IV. Kapitalerträge		53.000,00
V. Sonstige Erträge		
1. Teilhaushalte Qualitätssicherung	613.800,00	
2. Sonstige Teilhaushalte	250.300,00	
3. Sonstige Erträge	1.448.300,00	2.312.400,00
Summe der Erträge		13.585.840,37
VI. Jahresfehlbetrag		0,00
VII. Entnahme aus Rücklagen		735.000,00
VIII. Verwendung Überschuss		497.159,63
Gesamt		<u>14.818.000,00</u>
Aufwendungen		
I. Personalaufwendungen		
1. Gehälter	5.136.320,00	
2. Sozialaufwendungen	1.297.680,00	6.434.000,00
II. Aufwand für Selbstverwaltung		
1. Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche	690.240,00	
2. Aufwandsentschädigungen für Sachverständige	15.360,00	705.600,00
III. Sachaufwand		
1. Honorare, Fremde Lohnarbeit	1.075.400,00	
2. Geschäftsbedarf	264.100,00	
3. Telefon, Porto	163.400,00	
4. Versicherungen, Beiträge	1.171.100,00	
darunter Beiträge an BÄK	778.000	
darunter Rückflussgelder an KÄK	300.000	
5. Reise- und Tagungsaufwand	1.245.000,00	
6. Sonstiger Verwaltungsaufwand	993.800,00	
7. Gebäudeabhängiger Aufwand	1.281.200,00	6.194.000,00
IV. Abschreibungen		
1. Betriebs- und Geschäftsausstattung	771.400,00	
2. Gebäude	708.000,00	
3. Sonstige Abschreibungen	5.000,00	1.484.400,00
Summe der Aufwendungen		14.818.000,00
V. Jahresüberschuss		0,00
VI. Zuführung Rücklagen		0,00
Gesamt		<u>14.818.000,00</u>

hat sich fortgesetzt, sodass nunmehr von einer Erhöhung seit 2009 bis zum Jahr 2018 um 24 Prozent ausgegangen wird. Der Anstieg der berufstätigen Kammermitglieder liegt bei 22 Prozent und passt sich dieser Entwicklung zunehmend an.

Der Beitragssatz zum Kammerbeitrag wird gegenüber dem Haushaltsjahr 2017 trotz oben genannter Sachverhalte konstant bei 0,48 Prozent liegen. Es wird von einer zunehmenden Inanspruchnahme der drei prozentigen Ermäßigung bei ordnungsgemäßer Beitragsveranlagung über das Kammerportal ausgegangen.

Der ausgeglichene Wirtschaftsplan 2018 wurde durch die 57. Kammerversammlung einstimmig bestätigt. Es erfolgt eine auszugsweise Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“. In den kompletten Wirtschaftsplan 2018 kann von jedem Kammermitglied in der Hauptgeschäftsstelle Einsicht genommen werden.

Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission

Nachdem die Kammerversammlung aufgrund einer EU-Verordnung bereits im Juni eine neue Geschäftsordnung für die Ethikkommission zum 1. Januar 2018 beschlossen hatte, ergaben sich zwischenzeitlich Verzögerungen bei der Umsetzung dieser Verordnung auf EU-Ebene. Das hierfür erforderliche Portal wird voraussichtlich nicht vor 2020 funktionsfähig sein.

Aufgrund dieser Umstände ist die Einführung des neuen Verfahrens mit einer auch erweiterten Besetzung der Ethikkommission bereits zum 1. Januar 2018 nicht erforderlich. Bis zur Mitteilung der Funktionsfähigkeit des Portals sowie dem Ablauf weiterer sechs Monate kann die Sächsische Landesärztekammer die Verfahren bei der Ethikkommission noch nach der bisherigen Verfahrensordnung durchführen.

Darüber hinaus hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) den Antrag der Sächsischen Landesärztekammer auf Registrierung der Ethikkommission im September 2017 grundsätzlich positiv beschieden, jedoch einige Auflagen in Zusammenhang mit be-

stimmten Regelungen in der Geschäftsordnung erteilt. Vor diesem Hintergrund waren weitere geringfügige Anpassungen der Geschäftsordnung erforderlich.

Die Mandatsträger haben die Änderungssatzung einstimmig bestätigt, die Genehmigung seitens des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz liegt vor. Der Wortlaut der Satzung wird nachfolgend bekanntgemacht.

**Satzung zur Änderung
der Geschäftsordnung der
Ethikkommission der Sächsischen
Landesärztekammer
Vom 21. November 2017**

Aufgrund von § 5a des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsggerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 42) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 8. November 2017 die folgende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer vom 28. Juni 2017 beschlossen:

Artikel 1

Die Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer vom 28. Juni 2017 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 27. Juni 2017, Az. 21-5415.21/15), veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2017, S. 290, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:
 - a) In § 14 wird die Angabe „Außerkräfttreten“ gestrichen.
 - b) Nach § 14 wird folgender § 15 angefügt:

„§ 15 Übergangsregelung“
2. § 3 Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:



Mandatsträger bei der Abstimmung

© SLÄK

- „Absatz 3, § 4 sowie § 7 Absatz 3 gelten entsprechend.“
3. In § 7 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 1 SächsVwVfZG in Verbindung mit § 20 Absatz 4 VwVfG gilt entsprechend.“
 4. In § 10 Absatz 2 werden nach dem Wort „Sachverständige“ die Wörter „sind ehrenamtlich tätig und“ eingefügt.
 5. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird die Angabe „Außerkräfttreten“ gestrichen.
 - b) Satz 2 wird gestrichen.
 6. Nach § 14 wird folgender § 15 eingefügt:

**„§ 15
Übergangsregelung**

Für alle Anträge, die bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der Veröffentlichung der Mitteilung der Europäischen Kommission über die Funktionsfähigkeit des EU-Portals und der Datenbank nach Artikel 82 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 im Amtsblatt der Europäischen Union bei der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer eingereicht werden, gilt die Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005.“

Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärzte-

kammer tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Dresden, 8. November 2017

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 16. November 2017, Az. 32-5415.21/15 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 21. November 2017

Erik Bodendieck
Präsident

Bekanntmachung von Terminen:

Der **28. Sächsische Ärztetag/58. Tagung der Kammerversammlung** findet am Freitag, dem **22. Juni** und Sonnabend, dem **23. Juni 2018** und die **59. Tagung der Kammerversammlung** am Mittwoch, dem **14. November 2018** statt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärzte für Sachsen on Tour

Psychiatrie und Psychotherapie in Mittelsachsen

Bereits das siebte Mal startete das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ am 4. November 2017 seine Tour. Erstmals stand dabei mit der Psychiatrie und Psychotherapie ein bestimmtes Facharztgebiet im Fokus. Von der Universität Leipzig aus ging es für zwölf Medizinstudierende aus Leipzig und Dresden los zu drei Veranstaltungsstationen im Landkreis Leipzig und in Mittelsachsen.



Prof. Stefan Brunnhuber mit den Teilnehmern der Tour © SLÄK

Erster Programmpunkt war die Diakonieklinik Zschadraß bei Colditz, in der der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. soc. Stefan Brunnhuber M.A., die angehenden Mediziner in Empfang nahm. Prof. Brunnhuber berichtete über die Vorteile einer Diakonieklinik und die Weiterbildung zum Facharzt im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Besonders betonte er den engen Kontakt mit den Patienten und den integrativen Ansatz seines Hauses, in dem evidenzbasierte Schulmedizin und Erkenntnisse der Naturheilverfahren, der Akupunktur und der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie zusammenfließen. „Unser ganzheitliches Konzept umfasst dabei natürlich auch die Bereiche Bewegung und Ernährung. Das geht soweit, dass wir hier für unsere Küche einen biozerti-



Begrüßung im Fachkrankenhaus Hochweitzschen

© SLÄK

fizierten Koch eingestellt haben“, so Prof. Brunnhuber. Im Gespräch mit den Studierenden ging der Ärztliche Direktor auf Möglichkeiten einer Famulatur und Fragen nach der Facharztweiterbildung in den Diakoniekliniken ein. Abschließend begab sich die Gruppe auf einen kleinen Rundgang über das Gelände der Kliniken und bekam einen Einblick in die ruhige Atmosphäre einer Station.

Das nächste Ziel der Tour war das Fachkrankenhaus Bethanien in Hochweitzschen. Begrüßt wurden die jungen Mediziner hier durch den Theologischen Geschäftsführer, Michael Veihelmann, den Kaufmännischen Geschäftsführer, Dirk Herrmann, und den Ärztlichen Direktor, Dr. med. Rudolf Lehle.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen berichtete Dr. Lehle über das Krankenhaus und über Voraussetzungen, die jemand mit Interesse am Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie mitbringen sollte. Sein Appell: „Bringen Sie sich und Ihre ärztlichen Fähigkeiten dort ein, wo Sie gebraucht werden. Arbeitsqualität ist Lebensqualität.“ Um die Fachbereiche und Abläufe im Fachkrankenhaus vorzustellen, wurden die jungen Mediziner durch verschiedene Stationen und Funktionsräume geführt. In der Klinik für Suchtmedizin etwa erklärte Dr. med. Ulrike Ernst die Vorgehensweise bei Diagnose und Therapie anhand unterschiedlicher Suchterkrankungen und

erinnerte an die Wichtigkeit der eigenen Psychohygiene in ihrem Fachbereich.

Der letzte Stopp, bevor es nach Leipzig zurückging, war die Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) in Döbeln. Diese gehört zum Fachkrankenhaus Bethanien und so war es auch hier der Ärztliche Direktor, Dr. Lehle, der das Behandlungskonzept der Tagesklinik beschrieb: „Die Patienten kommen am Anfang des Tages, führen Gruppengespräche, erhalten Therapiesitzungen und ihrem Therapieplan entsprechende Behandlungen und gehen am Abend wieder nach Hause. Probleme des Alltags können so kontinuierlich in die Behandlung einbezogen werden.“

Am Ende des Tages kamen die jungen Mediziner zu ganz unterschiedlichen Einschätzungen. War es für einen nunmehr klar, dass der Fachbereich wohl nicht in die engere Wahl kommt, meldeten zwei der Teilnehmer schon Interesse an einer Famulatur an. Eine Studentin führte sogar erste Gespräche zu einer möglichen Weiterbildung an einem der Standorte. Gemeinsam war aber allen, dass sie das Veranstaltungskonzept als sehr sinnvoll einschätzen, um sich vor Ort selbst ein ganz persönliches Bild machen zu können.

Anna Josefine Ryssel

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

CIRS-Fall

„Müller, Meier, Schulze?“

Der Fall des Monats Oktober im Netzwerk CIRS-Berlin handelt von einer mangelnden Patientenidentifikation.

Ein über 60-jähriger Patient soll im Rahmen seiner Krankenhausbehandlung ein Erythrozytenkonzentrat erhalten. Nur weil die Pflegekraft im richtigen Moment das Zimmer betritt, kann der Arzt davon abgehalten werden, dem falschen Patienten das Konzentrat zu verabreichen. Der Arzt stand beim falschen Patienten. Obwohl die Namensschilder der Patienten bereits als Sicherheitsmaßnahme an jedem Bett befestigt und auch alle Patienten im Zimmer ansprechbar waren, hätte es schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation kommen können.

In der klinischen Hämotherapie sind Fehlzuordnungen ein Hauptgrund für schwere unerwünschte Transfusionsereignisse. Ähnliche Fälle sind leider keine Seltenheit und das trotz vieler eingeführter Maßnahmen, die eine sichere Patientenidentifikation gewährleisten sollen. Schuld sind unter anderem administrative Hintergründe, Informationsdefizite, Hektik, mangelnde Konzentration und die Nichtbeachtung von Vorgaben.

„Überall dort, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler, in allen anderen Fällen greift die Natur ein.“* Solange man sich dessen bewusst ist, kann eine fortwährende Selbstkontrolle, die unbedingt durch Verfahrensanweisungen gestützt sein sollte, das dargestellte Szenario verhindern. Die Erstellung von einrichtungsinternen SOPs ist für die sichere Patientenidentifikation unumgänglich und muss entsprechend geschult und eintrainiert werden.

Die Arbeitsgruppe Patientenidentifikation des Aktionsbündnisses Patientensicherheit veröffentlichte die „Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation“. Ziel der Arbeitsgruppe war es, eine Empfehlung zu erarbeiten, die geeignete Identifizierungsmerkmale definiert und Maßnahmen beschreibt, wie die Identität des Patienten in Schlüssel-situationen verifiziert werden kann. Bei diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sind folgende Maßnahmen empfohlen:

- Wenn möglich, aktive Ansprache des Patienten zur Ermittlung der Identifizierungsmerkmale, zum Beispiel „Wie heißen Sie?“.
- Abgleich der Identifizierungsmerkmale mit dem Patientenarmband und der Patientenakte!
- Abgleich weiterer Merkmale, die bei bestimmten medizinischen

Fragestellungen wichtig sind, zum Beispiel Blutgruppe, Bedside-Test bei Bluttransfusionen.

- Bei Medikamenten: Es ist sicherzustellen, dass Medikamente eindeutig gekennzeichnet sind und stets dem Patienten richtig zugeordnet werden können (zum Beispiel Beschriftung von Tagesblistern mit dem Kerndatensatz).
- Bei der Ernährung: Es ist sicherzustellen, dass die für den Patienten vorgesehene Verpflegung auf Unverträglichkeiten geprüft wurde und dass die Verpflegung patientenbezogen gekennzeichnet ist.

Hier der Link zu den kompletten Handlungsempfehlungen: www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf

Link zum Fall: www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1710-fall-162444.pdf

Quellen:

<http://www.aps-ev.de/Arbeitsgruppen/ag-patientenidentifikation/>
http://www.drk-haemotherapie.de/data/ausgabe_20/beitraege/beitrag1.pdf

* Joerg Lubig, Key Account Manager, Volkswagen

Dr. med. Patricia Klein
 Ärztliche Geschäftsführerin

Neue Richtlinie Hämotherapie

Die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz wurde in einem aufwändigen Verfahren unter Hinzuziehung sämtlicher Experten überarbeitet und vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung seines Wissenschaftlichen Beirats am 17. Februar 2017 verabschiedet. Das Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut wurde

am 26. Juni 2017 hergestellt. Die Bekanntmachung der Richtlinie erfolgte am 4. Oktober 2017 im Bundesanzeiger. Am 5. Oktober 2017 trat sie in Kraft.

Sie finden Details und die Richtlinie unter www.bundesaerztekammer.de → Ärzte → Medizin & Ethik → Wissenschaftlicher Beirat → Veröffentlichungen.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese Richtlinie im Sinne einer „untergesetzlichen Norm“ verbindlich gültig ist und ein Verstoß entsprechende haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Allen Transfusionsverantwortlichen (unter 6.4.1.3.2.2 finden sich die genauen Aufgaben des Transfusionsverantwortlichen) in Klinik und Praxis wird nichts anderes übrig bleiben, als die gut 100 Seiten der Richtlinie zu lesen und selbst zu überprüfen, ob sich aus den Neuerungen Konsequenzen für die Arbeit in ihren Einrichtungen ergeben. Eine Checkliste, an der die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie sich ab dem Jahr 2018 für das jährliche Audit orientieren können und die deshalb für die Transfusionsverantwortlichen sehr übersichtlich Änderungen zusammenfasst, finden Sie auf unserer Internetseite.

Damit die Orientierung leichter wird und damit auch nur peripher betroffene Kollegen (insbesondere die Transfusionsbeauftragten der Abteilungen) wissen, was vielleicht relevant sein könnte, stellen wir Ihnen hier in aller Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit das Wichtigste zusammen.

1. Insgesamt erfolgt eine klarere Zuordnung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten mit Darstellung der aktuellen gesetzlichen Hintergründe und Verbindungen, zum Beispiel zum Transfusionsgesetz oder zum Bürgerlichen Gesetzbuch, zu Europavorschriften etc. aber auch zu Leitlinien und der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Dadurch ergibt sich allerdings auch eine völlig neue Gliederung, die sich stärker am gesetzlichen Auftrag gemäß Transfusionsgesetz ausrichtet. Wer die alte Richtlinie also gut kannte, wird sich leider völlig neu orientieren müssen, für Neueinsteiger ist die Richtlinie jetzt allerdings deutlich einfacher.
2. Die Gesamtnovelle 2017 basiert auf den seit Anfang 2017 geltenden nationalen Regelungen. Empfehlungen der EU und der WHO wurden berücksichtigt.
3. Unter 2.2 finden sich umfassende Informationen zum Spender, unter anderem auch zu Aufklärung und Einwilligung, die jetzt sehr umfassend geregelt sind.
4. Dauerhaft von der Spende ausgeschlossen sind Patienten
 - a. mit schweren Herz-, Gefäß- und ZNS-Erkrankungen,
 - b. mit klinisch relevanten Blutgerinnungsstörungen,
 - c. mit wiederholten Ohnmachtsanfällen oder Krämpfen,
 - d. mit schweren aktiven oder chronischen Erkrankungen, die Spender oder Empfänger gefährden können,
 - e. mit bösartigen Neoplasien, und zwar auch nach Abschluss der Behandlung. Ausgenommen werden hier
 - expressis verbis nur in situ Carcinome und Basalzellcarcinome nach vollständiger Exzision,
 - f. mit Diabetis mell. unter Insulin,
 - g. mit einer Vielzahl von Infektionen wie HIV, Malaria, Hepatitis, uvm.,
 - h. mit Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabusus,
 - i. und einige Sonderfälle (zum Beispiel Risiko der Übertragung von spongiformen Enzephalopathien).
5. Zeitlich begrenzt von der Spende zurückzustellen sind Menschen
 - a. nach unkomplizierten ausgeheilten Infekten für eine Woche,
 - b. nach fieberhaften Infekten für in der Regel vier Wochen,
 - c. längere Karenz bei Q-Fieber, Toxoplasmose, rheumatischem Fieber, HAV, Hepatitis A,
 - d. mit einem Sexualverhalten, das ein deutlich erhöhtes Risiko zur Übertragung von durch Blut übertragbaren Erkrankungen birgt, insbesondere:
 - i. Prostituierte (unabhängig vom Geschlecht),
 - ii. Promiskuitive (unabhängig vom Geschlecht) für jeweils 12 Monate,
 - e. nach Verkehr mit einer Person unter d. für vier Monate,
 - f. nach Tätowierung und Piercing für vier Monate,
 - g. Häftlinge sind ausgeschlossen bis vier Monate nach der Entlassung aus der Haft,
 - h. nach Lebendimpfung und nach Impfung gegen Hepatitis B für vier Wochen,
 - i. nach Tollwutimpfung wegen Verdacht auf Exposition für zwölf Monate,
 - j. während und bis sechs Monate nach der Schwangerschaft und während der Stillzeit,
 - k. Alkoholabhängige dürfen nach zwölf Monaten Karenz wieder spenden.
6. Die Eigenblutspende (einschließlich der maschinellen Autotransfusion) wird deutlich detaillierter geregelt. Kliniken, die ein solches Verfahren nutzen, müssen kontrollieren, ob ihre SOPs angepasst werden müssen (Kapitel 2.6).
7. Unter 4.3 ist dezidiert die Aufklärung des Empfängers geregelt, die zwar mündlich erfolgen kann, die aber in der Akte dokumentiert werden muss. Außerdem muss sie so zeitgerecht erfolgen, dass der Empfänger die Einwilligung noch zurückziehen kann. Auf die Aufklärung kann unter besonderen Umständen verzichtet werden (zum Beispiel akuter Notfall oder ausdrücklicher Verzicht des Patienten auf die Aufklärung). Abweichungen vom Standardvorgehen sind immer zu begründen und entsprechend zu dokumentieren. Im akuten Notfall ist die Aufklärung im Nachgang der Behandlung nachzuholen.



© DRK

8. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich erfolgen, ist aber zu dokumentieren.
9. Transfusionsempfänger mit den Merkmalen weak D, Typ 1, 2 und 3 können mit Rhesus-D positivem Blut transfundiert werden. Schwangere mit den Merkmalen weak D, Typ 1, 2 und 3 benötigen keine Rhesusprophylaxe.
10. Transfusionsempfänger und Schwangere mit diskrepanten, fraglich positiven oder schwach positiven serologischen Testergebnissen oder einem anderen Genotyp gelten als Rhesus-D negativ.
11. Auf Seite 60 der Richtlinie finden sich in der Tabelle 4.7 die zwingend einzuhaltenden Bedingungen für die Lagerung und den Transport von Blutprodukten, die die Einrichtungen der Krankenversorgung einhalten müssen.
12. Auf Grund der immer wieder vorkommenden Verwechslungen findet sich ein deutlich erweitertes Kapitel zur Identitätssicherung und vorbereitenden Kontrolle beim Empfänger (Kapitel 4.9). Dieses sollte Grundlage aller Schulungen zu Transfusionen für alle Professionen sein.
13. Perinatalzentren müssen die neuen Regelungen im Kapitel 4.12 Perinatale Transfusionsmedizin berücksichtigen.
14. Unter 4.13 finden sich viele Neuerungen zur Dokumentation. Besonders wichtig ist, dass die Auswertung der Daten patienten- und produktbezogen gewährleistet sein muss.
15. Im Kapitel 5 wird auf unerwünschte Ereignisse eingegangen. Ein unerwünschtes Ereignis im Sinne der Richtlinie ist jedes auftretende, ungewollte Vorkommnis, das unmittelbar oder mittelbar zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Spenders oder Patienten geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte, ohne zu berücksichtigen, ob ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Gewinnung, Zubereitung oder Anwendung besteht. Fehltransfusionen und Verwechslungen sind expressis verbis inkludiert. Es ist in jedem Fall der Transfusionsverantwortliche und der Transfusionsbeauftragte zu informieren, mit denen gemeinsam festgelegt wird, ob es sich um ein unerwünschtes Ereignis handelt. Ist dies der Fall, muss die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) informiert werden. Details zu Dokumentations-, Unterrichts- und Meldepflichten finden sich in Tabelle 5.3.
16. Unter 6.4.1.2 finden sich die neuen Vorgaben für das QM-Handbuch. In der Regel ist eine Liste mit entsprechenden Querweisen ausreichend, wenn im derzeitigen Handbuch sämtliche geforderten Punkte enthalten sind.
17. Es gibt ein paar wichtige neue Klarstellungen zu den Aufgaben:
 - a. Der Transfusionsverantwortliche ist für das gesamte System in einer Einrichtung zuständig, einschließlich Führung aller Transfusionsbeauftragten und der Transfusionskommission (Details siehe unter 6.4.1.3.2.2).
 - b. Dem Qualitätsbeauftragten Hämotherapie muss ein regelmäßiger Austausch mit der Transfusionskommission ermöglicht werden.
 - c. Der Transfusionsbeauftragte in einer Abteilung ist für die Einweisung aller Ärzte in seiner Abteilung verantwortlich.
18. Bisher fand die Kommunikation der Ärztekammer mit dem Träger einer Einrichtung statt (Benennung der QBs, Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen und Mängelinformation der Ärztekammer an den Träger). Zukünftig ist hier die Leitung einer Einrichtung als Kommunikationspartner benannt, was vieles erleichtert.

Dieser Artikel fasst nur das Wichtigste zusammen ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Aber er bereitet alle transfundierenden Ärzte schon einmal ein bisschen auf die Änderungen im Jahr 2018 vor. Der Bericht über das abgelaufene Jahr 2017 erfolgt noch nach alter Richtlinie.

Die transfusionsverantwortlichen Ärzte und die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie finden weitere Informationen unter www.slaek.de → Ärzte → Qualitätssicherung → Qualitätssicherung Blut und Blutprodukte.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Änderungen beim Berufsgeheimnisschutz

Am 9. November 2017 ist das Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen in Kraft getreten. Für Ärzte ist hier insbesondere die Neuregelung des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) interessant.

§ 203 StGB stellt den Schutz von Geheimnissen vor unbefugter Offenbarung sicher, die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte) im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit anvertraut werden.

Insbesondere durch die fortschreitende Digitalisierung wird es zunehmend schwieriger, alle Unterstützungstätigkeiten durch das eigene Personal zu erledigen. Beispielsweise die Einrichtung, Wartung und Anpassung von EDV-Anlagen und Systemen, die mittlerweile fast überall zum Arbeitsalltag gehören, erfordern spezielle Fachkenntnisse. Diese können bei den Ärzten oder nichtärztlichen Angestellten regelmäßig nicht vorausgesetzt werden. Darauf spezialisiertes Personal extra einzustellen ist dagegen oft nicht wirtschaftlich. Werden dritte, außerhalb der eigenen Sphäre stehende Personen, zum Beispiel externe IT-Dienstleister, für unterstützende Tätigkeiten einbezogen, besteht jedoch die Gefahr, dass diese von geschützten Geheimnissen Kenntnis erlangen können. Eine ausdrückliche Einwilligung der Berechtigten wird aus praktikablen Gründen selten vorliegen. Bisher bestand hinsichtlich dieser Einbeziehung externer Dienstleister eine erhebliche Rechtsunsicherheit in Bezug auf das Strafbarkeitsrisiko des § 203 StGB.

Mit der Neuregelung wird zunächst ausdrücklich klargestellt, dass ein Zugänglichmachen von geschützten Geheimnissen gegenüber unmittelbar in die Sphäre des Berufsgeheimnisträgers eingebundenen Personen, zum Beispiel Medizinische Fachangestellte, kein Offenbaren darstellt und

damit nicht unter den Straftatbestand fällt. Demgegenüber stellt das Zugänglichmachen von geschützten Geheimnissen gegenüber Personen, die zwar nicht in die Sphäre des Berufsgeheimnisträgers eingegliedert sind, aber dennoch an dessen beruflicher oder dienstlicher Tätigkeit mitwirken, ein Offenbaren im Sinne des Straftatbestands dar. Soweit dieses Offenbaren für die ordnungsgemäße Inanspruchnahme dieser sonstigen mitwirkenden Personen erforderlich ist, handelt der Berufsgeheimnisträger jedoch befugt und somit nicht rechtswidrig. Damit ist zwangsläufig eine Verringerung des Geheimnisschutzes verbunden. Dies wird dadurch ausgeglichen, dass mitwirkende Personen, die bei der ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Tätigkeit die Möglichkeit erhalten, von geschützten Geheimnissen Kenntnis zu erlangen, in die Strafbarkeit nach § 203 StGB einbezogen werden und sich damit bei unbefugter Geheimnisoffenbarung auch selbst strafbar machen können. Für berufsmäßig tätige Gehilfen wie auch die beim Arzt zur Vorbereitung auf ihren Beruf tätigen Personen galt dies auch bisher schon, indem sie den Berufsgeheimnisträgern gleichgestellt wurden.

Strafrechtlich neu festgeschrieben ist eine besondere Pflicht des Berufsgeheimnisträgers. Er muss dafür Sorge

tragen, dass, wenn er externe Personen in die Berufsausübung einbezieht, diese Personen zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Hat er dies versäumt und die einbezogene Person offenbart unbefugt ein Geheimnis, macht er sich strafbar. Es gilt daher darauf zu achten, vor Beginn etwaiger Tätigkeiten mit externen Personen, die im Rahmen ihrer Unterstützungstätigkeit Zugriff auf geschützte (Patienten-)Geheimnisse haben können, eine Verpflichtung zur Einhaltung der Schweigepflicht abzuschließen (unter Hinweis auf die strafrechtlichen Konsequenzen bei Verletzung). Sinnvollerweise sollte dies mit der schriftlichen Vereinbarung zur Auftragsdatenverarbeitung verbunden werden.

Die Strafprozessordnung wurde in diesem Zuge hinsichtlich des Zeugnisverweigerungsrechts in § 53a StPO ebenfalls auf die neue Begrifflichkeit „mitwirkende Person“ angepasst. Inwieweit diese Gesetzesänderung auch Auswirkungen auf die Berufsordnung der Ärzte hat, wird gerade in den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer geklärt.

Ass. jur. Claudia Hauswald M.mel.
Rechtsreferentin

Neu gewählt: KÄK Bautzen

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Bautzen am 8. November 2017 wurde deren Vorstand neu gewählt, den wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

Kreisärztekammer Bautzen (Wahlperiode 2017 – 2021):

Dr. med. Karl-Andreas Krebs

(**Vorsitzender**), Bautzen, A

Dr. med. Tim Engelstädter

(**Stellvertreter**), Königsbrück, N

Dr. med. Alexander Scholze

(**Stellvertreter**), Burkau, N

Dr. med. Detlev Bleyl, Bautzen, R

Dr. med. Thomas Bulang,

Bautzen, N

Marcus Meixner, Hoyerswerda, N

Dr. med. Carsten Pfeifer,

Bautzen, N

Maureen Pirschel, Sebnitz, A



Dr. med. Scholze, Dr. med. Bulang, Dr. med. Engelstädter, Dr. med. Krebs, Frau Pirschel, Dr. med. Pfeifer, Herr Meixner und Dr. med. Bleyl (v.l.)

© SLÄK

An dieser Stelle möchten wir den Kollegen, die nunmehr aus dem Vorstand dieser Kreisärztekammer ausgeschieden sind, für ihre Mitarbeit bei der Vertretung der ärztlichen Belange im Landkreis Bautzen herzlich danken.

Wir sind uns sicher, dass der neu gewählte Vorstand die großen Auf-

gaben an dieses Ehrenamt für die beruflichen Interessen der Kollegen auch weiterhin mit Engagement und Einsatz wahrnehmen und für ein hohes Ansehen des Berufsstandes im Landkreis Bautzen sorgen wird.

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

KÄK Mittelsachsen wählt neuen Vorstand

Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl am 10. Januar 2018

Der Vorstand der Kreisärztekammer Mittelsachsen lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ganz herzlich ein. Im Rahmen der Mitgliederversammlung wird ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2017 – 2021 gewählt. Eine persönliche Einladung nebst Tagesordnung haben alle Mitglieder bereits im November erhalten.

Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses Sächsische Ärzteversorgung, wird zum Thema „Unsere Ärzteversorgung – Aktueller Stand“ und Dr. med. Patricia Klein, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, zum Thema „Kammer – Das unbekannte Wesen“ referieren.

Haben Sie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand unserer Kreisärztekammer und möchten damit einen wichtigen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis, die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf:

Telefon-Nr. 0151 12056678,
E-Mail mittelsachsen@slaek.de.

Ich würde mich freuen, Sie begrüßen zu können am:

**Mittwoch, 10. Januar 2018,
18.00 Uhr,
im Hotel „Schwarzes Ross“
(Festsaal),
Freiberger Straße 9,
09603 Siebenlehn.**

Weitere Informationen zu den Aufgaben einer Kreisärztekammer finden Sie im Internet unter www.slaek.de.

Dr. med. Einar Köhler
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Mittelsachsen

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Michael Hofmann

Der besondere Moment

bis 21. Januar 2018

Volker Lenkeit

vom häuten und filetieren des menschen

25. Januar bis 22. April 2018

Vernissage: Donnerstag,

25. Januar 2018, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. Teresa Ende,

Kunsthistorikerin, Dresden

Programmorschau

14. Januar 2018, 11.00 Uhr

Junge Matinee „Jugend musiziert“ –
Wettbewerbsteilnehmer stellen sich vor
Es musizieren Schülerinnen und Schüler
des Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Betriebsruhe zum Jahreswechsel 2017/2018

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Hauptgeschäftsstelle

25 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Es liegt in der Natur des Menschen, bei der Arbeit Fehler zu machen, mögen diese auch noch so bedauerlich und von weitreichender Konsequenz wie in der Medizin sein. Um bei vermuteten Behandlungsfehlern den Patienten eine unbürokratische und kostenfreie Hilfe anzubieten, wurde am 1. Januar 1992 die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer gegründet. Damals vor 25 Jahren hieß sie noch Schlichtungsstelle und ging aus dem Ausschuss Berufsrecht hervor. Seit Anbeginn ist Dr. med. Rainer Kluge der Vorsitzende dieses Gremiums. Juristisch begleitet wurde er über die Jahre von den Herren Rudolf Koob, Dr. Wolfgang Schaffer, Harald Kirchmayer und aktuell Karl Schreiner. Zu den ärztlichen Mitarbeitern für die Erarbeitung der Gutachtenaufträge gehören Dr. med. Gottfried Hempel, Dr. med. Uta Poppelbaum und ab 2018 Prof. Dr. med. Frank Oehmichen. Um das Tagesgeschäft kümmerte sich von 1992 bis 2008 Ursula Riedel. Unterstützt wurde sie seit 2006 von Manuela Anders. 2008 wurde Frau Riedel bei Eintritt in ihren Ruhestand von Gabriele Friedl abgelöst.

Ein gut ausgebauter Gutachterstamm bildet die Basis der Gutachterstelle. Der zur Gutachterstelle gehörende und 1997 gegründete Sachverständigenrat tagt bei besonders komplizierten und fachübergreifenden Fällen einmal im Quartal. In den zurückliegenden 25 Jahren wurden mehr als 8.000 Anträge bearbeitet und über 5.000 Bescheide erstellt. Jeder einzelne dieser Anträge und

sowie die Bezirksstellen der Sächsischen Landesärztekammer vom 27. bis 29. Dezember 2017 geschlossen bleiben. Ab dem 2. Januar 2018 stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Einrichtung wieder für Ihre Anliegen zur Verfügung.



Dr. med. Rainer Kluge

© SLÄK

Bescheide ging durch die Hände von Dr. Rainer Kluge! Die Erledigungsrate liegt bei 90 bis 95 Prozent, die Anerkennungsrate eines Behandlungsfehlers bei 25 bis 30 Prozent. Die Verfahrensdauer beträgt durchschnittlich zwölf Monate und liegt damit unter der Verfahrensdauer von zivilgerichtlichen Streitigkeiten im Bereich des Arzthaftungsrechts.

Die Gutachterstelle leistet einen wesentlichen Beitrag zur Aufklärung von Behandlungsfehlern und übernimmt eine damit verbundene Streit-

Wir wünschen Ihnen eine besinnliche Adventszeit, ein frohes Weihnachtsfest, Gesundheit und alles Gute im Neuen Jahr.

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

schlichtung zwischen Arzt und Patient. Die breite Akzeptanz durch eine streitvermeidende beziehungsweise konfliktlösende Beratungs- und Vermittlungstätigkeit trägt wesentlich zum Vertrauen in die Arbeit dieses Gremiums bei und vermeidet Klageverfahren vor der Zivilgerichtsbarkeit.

Dr. Rainer Kluge ist die gute Seele der Gutachterstelle. Seine Arbeit und menschliche Haltung sind altruistisch, sachlich, verlässlich, solide und schnörkellos. Seine ausgewogenen Entscheidungen, sein Fleiß und sein Engagement sind beispielhaft. Bis 2016 übte er sein Amt neben seiner hauptberuflichen Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Malteser-KKH Kamenz aus. Trotz dieser Doppelbelastung hat er sein Ehrenamt auf hohem medizinischem und kollegialem Niveau mit Fingerspitzengefühl und diplomatischem Geschick versehen. Unermüdlich widmet er viele Stunden seiner Freizeit der Gutachterstelle und versäumt es nicht, seinem Team Anerkennung zu zollen. Dafür mein ganz herzlicher Dank an dieser Stelle.

Erik Bodendieck
Präsident

Hinweise zur Erstellung von Weiterbildungszeugnissen

In Anbetracht der Tatsache, dass es immer wieder Probleme bezüglich der Vorlage von Weiterbildungszeugnissen für die Zulassung zur Facharztprüfung gibt, möchten wir erneut auf die spezifischen Anforderungen an ein Weiterbildungszeugnis aufmerksam machen.

Gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung ist der zur Weiterbildung befugte Arzt verpflichtet, einem in Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter seiner Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen.

Ein Weiterbildungszeugnis unterscheidet sich von einem Arbeitszeugnis. Das Arbeitszeugnis beinhaltet Aussagen zu Dauer und Verlauf sowie Tätigkeitsschwerpunkten des Arbeitsverhältnisses. Es dient vor allem zur Optimierung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt und ist an einen künftigen potenziellen Arbeitgeber adressiert.

Mit dem Weiterbildungszeugnis soll die absolvierte Weiterbildung gegenüber der Landesärztekammer nachgewiesen werden. Daher muss es Angaben enthalten, die für die Anerkennung der Weiterbildungszeit und -inhalte erforderlich sind:

- die angestrebte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung,
- Beginn und Ende der Weiterbildungszeit (konkrete Datumsangabe),
- Voll- oder Teilzeitbeschäftigung
 - bei Teilzeitweiterbildung ist der prozentuale Anteil mit anzugeben,
 - genauer Zeitraum bei vorübergehender Teilzeitbeschäftigung,
- eventuelle Unterbrechungen der Weiterbildung, zum Beispiel aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und

Ersatzdienst oder wissenschaftlicher Aufträge.

- Sofern es keine Unterbrechungen gab, sollte bestätigt werden, dass die Weiterbildung ununterbrochen durchgeführt wurde.
- Zeiträume der Basis-Weiterbildung und der Weiterbildung in der Facharztkompetenz für die Gebiete Innere Medizin, Chirurgie, HNO, Pathologie,
- Korrektes Ausstellungsdatum (Weiterbildungszeiten können nur bis zum Ausstellungsdatum angerechnet werden.).

In diesem Zeugnis muss der zur Weiterbildung befugte Arzt eine realistische Einschätzung der während der absolvierten Zeiten erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Arztes in Weiterbildung abgeben, die als Entscheidungsgrundlage der Prüfungskommission dienen soll. Ein nicht ausreichender Wissensstand des weiterzubildenden Arztes ist somit – auch wenn die Prüfungszulassung gefährdet würde – wahrheitsgemäß anzuzeigen.

Im Gegensatz zum Arbeitszeugnis besteht bei einem Weiterbildungszeugnis nicht die Pflicht zur wohlwollenden Formulierung.

Jedes Weiterbildungszeugnis ist auf dem offiziellen Briefpapier der Geschäftskorrespondenz der entsprechenden Weiterbildungsstätte auszustellen.

Wenn an der Weiterbildungsstätte eine Verbund-Weiterbildungsbefugnis mehrerer Ärzte vorliegt, müssen alle beteiligten Ärzte die Weiterbildungszeugnisse unterschreiben.

Bei Stellen- oder Chefarztwechsel ist von jedem weiterbildungsbefugten Arzt ein Weiterbildungszeugnis einzureichen beziehungsweise muss zumindest ein Gesamtzeugnis für den in Frage kommenden Zeitraum von **allen** Weiterbildungsbefugten unterschrieben sein.

Der letzte Weiterbildungsbefugte in der angestrebten Arztbezeichnung

muss in seinem Weiterbildungszeugnis ausführlich zur Frage der fachlichen Eignung Stellung nehmen und das Erreichen des Weiterbildungszieles beurteilen.

Der Arzt in Weiterbildung benötigt bei Beantragung der Zulassung zur Prüfung für die entsprechende Facharzt-, Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung über jeden Weiterbildungsabschnitt (Weiterbildungsstätte) ein Weiterbildungszeugnis.

Für die Zulassung zur Prüfung sind neben den Weiterbildungszeugnissen gemäß § 8 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung (WBO 2006) die Inhalte der Weiterbildung unter Verwendung des Vordrucks „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ (www.slaek.de) detailliert zu dokumentieren. Die Anzahl der ausgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind jährlich in die jeweiligen Spalten der Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung einzutragen und vom Weiterbilder beziehungsweise den Weiterbildern mit Datum, Unterschrift und Stempel zu bestätigen. Zusätzlich sind gemäß § 8 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung die Dokumentationen über das mindestens einmal jährlich stattgefundene Gespräch mit dem Weiterbildungsbefugten beizulegen.

Wir möchten abschließend darauf hinweisen, dass zur Weiterbildung befugte Ärzte gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung dazu verpflichtet sind, einem in Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter ihrer Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit auf Antrag innerhalb von drei Monaten und bei Ausscheiden unverzüglich ein Zeugnis auszustellen. Die Pflicht zur Zeugniserstellung gilt auch nach Beendigung der Befugnis fort.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Dr. med. Birgit Gäbler
Ärztin in der Geschäftsführung
Weiterbildung/Prüfungswesen

Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“

In der konstituierenden Sitzung des Berufsbildungsausschusses „Medizinische Fachangestellte“ der Wahlperiode 2017 – 2020 am 25. Oktober 2017 wurde Frau Ute Taube, Fachärztin für Allgemeinmedizin (Berthelsdorf), als Arbeitgeber-Vertreterin zur Vorsitzenden des Ausschusses gewählt. Den stellvertretenden Vorsitz führt Frau Ulrike Leonhardt, Arbeitnehmer-Vertreterin (Dresden).

Im Rahmen der Sitzung wurden unter anderem die nachfolgend nachhaltig angeführten Probleme in der praktischen Ausbildung beraten:

- kein betrieblicher Ausbildungsplan für den Ablauf der Ausbildung in der Arztpraxis vorhanden,
- keine regelmäßige Durchsicht des schriftlichen Ausbildungsnachweises durch den Ausbilder,
- keine zeitlichen Kapazitäten für die Führung des Ausbildungsnachweises während der täglichen Ausbildungszeit,
- keine Kenntnis der in der Verantwortung der Ausbildungspraxis stehenden Prüfungsinhalte seitens der Ausbilder für den praktischen Teil der Prüfung sowie
- keine Gewährung der vorgeschriebenen Praktika für andere Ausbildungsstätten als Arztpraxen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir alle auszubildenden Arztpraxen über die angesprochenen Themen und bestehende (gesetzliche) Erfordernisse informieren:

Notwendigkeit eines betrieblichen Ausbildungsplans

Der Auszubildende (Arzt) hat unter Zugrundelegung des Ausbildungsrahmenplans für die Auszubildende einen Ausbildungsplan zu erstellen. Dieser individuelle schriftliche „betriebliche“ Ausbildungsplan basiert auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Ausbildungsrahmenplans (siehe Anlage 1 der Ausbildungsverordnung).

Ausbildungsjahr	1. Praktikum	2. Praktikum	3. Praktikum
1. Ausbildungsjahr	Allgemeinmedizin oder Innere Medizin – 20 Arbeitstage	-----	-----
2. Ausbildungsjahr	Allgemeinmedizin – 20 Arbeitstage	Innere Medizin – 20 Arbeitstage	Chirurgie – 20 Arbeitstage
3. Ausbildungsjahr	Allgemeinmedizin – 20 Arbeitstage	Innere Medizin – 20 Arbeitstage	Chirurgie – 20 Arbeitstage

Die Lernziele aus dem Ausbildungsrahmenplan müssen somit auf die betrieblichen Bedingungen in der einzelnen Arztpraxis übertragen werden. Die Sächsische Landesärztekammer hält dafür ein Muster bereit.

Führung des schriftlichen Ausbildungsnachweises

Zu den Pflichten einer Auszubildenden gehört unter anderem die Führung des vorgeschriebenen schriftlichen Ausbildungsnachweises (Berichtsheft). Der Auszubildenden ist die ordnungsgemäße Führung des Ausbildungsnachweises während der täglichen Ausbildungszeit zu gewährleisten.

Die Auszubildende ist zur regelmäßigen Vorlage des Ausbildungsnachweises bei dem Auszubildenden verpflichtet.

Der Ausbilder hat die Auszubildende zum Führen des Ausbildungsnachweises anzuhalten. Anzuhalten bedeutet die aktive Einflussnahme auf die Auszubildende.

Der Auszubildende hat diesen in regelmäßigen Abständen durchzusehen und zu unterschreiben. (Nur) die Durchsicht kann auch durch einen Mentor (MFA, AH, KS) erfolgen.

Vermittlung von Prüfungsinhalten

Der Ausbilder hat dafür zu sorgen, dass der Auszubildenden die berufliche Handlungsfähigkeit vermittelt wird, die zum Erreichen des Ausbildungszieles erforderlich ist.

Kann die berufliche Handlungsfähigkeit in der Praxis nicht vermittelt werden, muss der Auszubildende dafür Sorge tragen, dass diese außerbe-

trieblich innerhalb der Ausbildungszeit vermittelt wird (§ 14 Abs. 1 Nr. 1 BBiG). Zur Absicherung der vorgegebenen Ausbildungsinhalte sind ggf. Praktika (ab dem 2. Ausbildungsjahr, prüfungsrelevant sind Allgemeinmedizin/Innere Medizin und Chirurgie) einzuplanen.

Eine Übersicht über die wesentlichen Prüfungsinhalte für den praktischen Teil der Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten können Sie gern bei uns anfordern.

Eignung anderer Ausbildungsstätten als Arztpraxen

Der BBiA hat in seiner Sitzung seine bereits im Jahr 2015 getroffenen Festlegungen für die Absolvierung von externen Praktika bei Ausbildung in anderen Ausbildungsstätten als Arztpraxen (zum Beispiel arbeitsmedizinische Dienste, Blutspendedienste, Bundeswehr oder Rehakliniken) bekräftigt. Auszubildende dieser Ausbildungsstätten müssen zur Absicherung der Ausbildungsinhalte die in der Übersicht ersichtlichen Praktika in Arztpraxen nachweisen.

Bitte beachten Sie, dass die Einhaltung des Arbeits- und Berufsbildungsrechts auch eine Berufspflicht nach der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer darstellt und Verstöße entsprechend geahndet werden können.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte
Telefon-Nr. 0351 8267-170

Ass. jur. Annette Burkhardt
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/C064	Neurologie und Psychiatrie	Chemnitz, Stadt	11.01.2018
17/C065	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	27.12.2017
17/C066	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Döbeln	27.12.2017
17/C067	Chirurgie	Mittweida	11.01.2018
17/C068	Orthopädie / ZB Chirotherapie, Sportmedizin (häufiger Vertragsarztsitz)	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	27.12.2017
17/C069	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Stollberg	11.01.2018
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
17/C070	Pathologie (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft)	Sachsen	27.12.2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/D080	Augenheilkunde	Dresden, Stadt	27.12.2017
17/D081	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	27.12.2017
17/D082	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	27.12.2017
17/D083	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.01.2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
17/L053	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.01.2018
17/L054	Innere Medizin*) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig	27.12.2017
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/L055	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	11.01.2018
17/L056	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Torgau-Oschatz	27.12.2017
17/L057	Augenheilkunde	Leipzig, Stadt	11.01.2018

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr.: 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
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe: Ende 2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Februar 2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: Ende März 2019
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2017/2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: ab 2018

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

Amyloidose

S. Parmentier

Einleitung

Der Krankheitsbegriff der Amyloidose wurde 1854 von Rudolph Virchow geprägt, als er ein stärkeähnliches Jod-Färbeverhalten (amylon altgriechisch = Stärkemehl) in makroskopisch pathologisch veränderten Geweben beschrieb [1].

Nach Einführung der Kongorot-Färbung von Bennhold im Jahre 1922, welche spezifisch Amyloid färbt, wurde die histologische Begutachtung zielführend für die Diagnosestellung. Die grüne Doppelbrechung von Amyloid in polarisiertem Licht wurde 1927 von zwei belgischen Forschern beschrieben. Dies ist ein physikalischer Effekt, der unter anderem bei kristallinen Strukturen vorkommt, welche in der Lage sind, einfallendes Licht in zwei senkrecht zueinander stehende Richtungen zu reflektieren.

Der Begriff Amyloidose umfasst eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, denen eine interstitielle Ablagerung von größtenteils funktionslosen Proteinen beziehungsweise Proteinfragmenten zugrunde liegt. Die Bandbreite sogenannter Amyloidvorläufer ist groß. Bisher sind über 25 Proteine beschrieben die in vivo Amyloid bilden können (Tab. 1), ca. 15 davon induzieren systemische Verläufe. Einteilungen erfolgen nach der Genese (erworben vs. hereditär), dem Verteilungsmuster (systemisch vs. lokal) oder dem auslösenden Protein(fragment). Je nach Typ und Ausprägung sind posthume Zufallsbefunde oder rasch letale Verläufe möglich.

Ätiologie und Pathogenese

Amyloidformationen entstehen, wenn ein Protein oder Peptid die Fähigkeit verliert (oder nicht erwirbt) sich entsprechend der biochemischen Vorgaben regulär zu falten. In übergreifender Taxonomie gehören die Amyloidosen zu den „protein misfolding diseases“, wie zum Beispiel auch die Prionenkrankheiten (bei Menschen zum Beispiel Creutzfeld-Jakob). Die Fähigkeit eines Proteins Amyloid zu

bilden, hängt davon ab, ob es nach Erreichen einer kritischen Menge spontan oder unter Einfluss lokaler Enzyme zur Bildung unlöslicher Aminosäureketten mit Fixierung auf der Ebene einer Proteinsekundärstruktur – des sogenannten β -Faltblattes – kommt (Abb. 1). Hierzu kann sowohl eine gestörte lokale Beseitigung als auch ein überhöhter Anfall verantwortlich sein [2].

Elektronenmikroskopisch finden sich in den oft makroskopisch derb veränderten Geweben eng zusammengelagerte, unverzweigte Fibrillen, typischerweise mit einer Dicke von 7,5 bis 10 nm. Bemerkenswert ist, dass diese keine physikochemisch definierten Längenabbrüche aufweisen, also theoretisch meterlang sein könnten [3].

Alle Amyloidablagerungen enthalten als obligatorische Komponenten Serumamyloid P (SAP) und Glykosaminoglykane (GAG). Letztere sind wahrscheinlich auch für die von Virchow beschriebenen Färbephänomene verantwortlich (und nicht das pathologisch angereicherte Protein selbst).

■ SAP ist zu 51 Prozent sequenzhomolog mit CRP und phylogenetisch hochkonserviert [4]. Es ist proteolytisch unverdaulich und zeigt in vivo wie in vitro sehr hohe Affinität zu Amyloidfibrillen. Dabei „ummantelt“ es diese, was die Fibrillen sekundär vor Verstoffwechslung durch Protein-scavengingmechanismen „schützt“ [5].

■ GAG sind Polysaccharidketten, die in der Lage sind, nach Fusion mit der Zentralregion eines Proteins Proteoglykane zu formieren. Diese Proteoglykane, vor allem vom Heparansulfat-Typ, scheinen sowohl die Bildung eines Amyloid- β -Faltblattes zu fördern, als dieses auch zu stabilisieren.

Bei den hier kursorisch beschriebenen Prozessen handelt es sich um „zufällig“ und – entsprechend lokaler Gewebstöchometrie bedingt – zwangsläufig stattfindenden Vorgängen, die dem physiologischen Katabolismus ausweichen. In vitro-Studien konn-

ten nachweisen, dass die Fibrillenformation hierbei einen Prozess durchläuft, der entfernt an die Bildung von Kristallen erinnert. Über ein Anfangsstadium nukleär gehäufte monomerischer Proteine, die nur sehr zögerlich an Masse zunehmen (Monate bis Jahre), kommt es nach überschreiten einer kritischen Masse unter Einfluss oben genannter Komponenten zu einer rasanten Bildung (Wochen) von Fibrillen [6] (siehe Abb. 1). Spätestens ab diesem Zeitpunkt ist die lokale Gegenkompensation im Gewebe überschritten und es kommt zunehmend zur Organfunktionseinschränkung. Selbst wenn im Verlauf der Erkrankung die Nachbildung der pathogenen Proteine gestoppt wird oder spontan nachlässt, wird ein deutlich längerer Zeitraum zur „clearance“ benötigt, als es bei der dynamischen Entstehung der Fall ist. Letztlich gelingt es oft nicht, das komplette Amyloid im Gewebe aufzulösen und es bleiben versprenkelt kleine Ansammlungen des missgefalteten Vorläuferproteines übrig, die im weiteren Krankheitsverlauf erneut als Kristallisationskeime dienen und somit für einen oft raschen Rückfall verantwortlich sind [30].

Warum fast alle der Vorläuferproteine einen gewissen Tropismus bezüglich der affizierten Organe haben, ist bis dato unklar. Es wird aber angenommen, dass Faktoren, wie lokale Proteinkonzentration, Interaktion mit spezifischen Kollagenstrukturen und GAG, dem vorherrschenden pH sowie von ortständigen spezifischen proteolytischen Enzymen oder Membranrezeptoren einen Einfluss darauf haben [7].

Die Unterscheidung zwischen lokalen oder systemischen Amyloidosen ist schwerlich allein anhand der Manifestationsorte vorzunehmen. Wäre ein Amyloid, das nur in Gefäßwänden vorkommt, als lokalisiert zu bezeichnen, auch wenn es formal im gesamten Körper nachweisbar ist? Inzwischen ist allgemein akzeptiert, dass das Amyloid bei systemischen Verläufen regelhaft an einer Lokalisation (Knochenmark, Leber) gebildet, in den Blutkreislauf abge-

Tab. 1: Amyloidfibrillen und ihre Vorläufer im Menschen (nach Per Westermark, Amyloid 2007) LK = Leichtkette, L = lokal, s = systemisch

Amyloidprotein	Vorläuferprotein	systemisch (S) oder lokal (L)	betroffene Gewebe / Syndrom / Genese
AL	Immunglobulin LK	S, L	Multiples Myelom
AH	Immunglobulin SK	S, L	Multiples Myelom
A β_2 M	β_2 -Mikroglobulin	S	hämodialyseassoz.
ATTR	Transthyretin	L(?), S	Gelenke, fam.
AA	(Apo)serum AA	S	sekundär, reaktiv
AApoAI	Apolipoprotein AI	S, L	fam.(s)/Aorta, Meniskus (I)
AApoAII	Apolipoprotein AII	S	fam.
AApoAIV	Apolipoprotein AIV	S	sporadisch, altersassoziiert
AGel	Gelsolin	S	fam.(Finnisch)
ALys	Lsyozyme	S	fam.
AFib	Fibrinogen- α -Kette	S	fam.
ACys	Cystatin C	S	fam.
Abri	ABriPP	S	fam., Demenz (Britisch)
ADan	ADanPP	L	fam., Demenz (Dänisch)
A β	A β Protein prec. (A β PP)	L	Alzheimer, altersassoziiert
APrP	Prion Protein	L	Spongiforme Enzephalitis
ACal	(Pro)Calcitonin	L	C-Zell-Tumore
AIAPP	Insel-Amyloid-Polypep.	L	Langerhans-Inselzellen (Diabetes), Insulinome
AANF	AtrialNatriuret.Faktor	L	Herzvorhöfe
APro	Prolactin	L	Alternde Hypophyse, Prolactinome
AIns	Insulin	L	iatrogen
AMed	Lactadherin	L	alternde Aorta
AKer	Kerato-Epithelin	L	fam., Kornea
ALac	Lactoferrin	L	Kornea
AOaap	Odontogen. ameloblast assoziiertes Protein	L	odontogene Tumore
ASeml	Sementogelin I	L	Vesikula seminalis
ATau	Tau	L	Alzheimer, fronto-temporale Demenz, Altern

geben und entlang dessen in verschiedenen Geweben abgelagert wird [8]. Im Gegensatz dazu verbleibt bei lokalen Amyloidosen das Precursorprotein direkt am Entstehungsort. Insofern wird nachvollziehbar, dass systemische Amyloidosen von einem Plasmaprotein herühren müssen, während die Proteine bei lokalisierten Amyloidosen von den Zellen am jeweiligen Ablagerungsort gebildet werden. Eine Ausnahme hiervon ist die β_2 -Amyloidose bei Dialysepatienten, da β_2 -Mikroglobulin als Teil des Haupthistokompatibilitätskomplexes faktisch auf allen kernhaltigen Zellen zu finden ist und somit keinen spezifischen Entstehungsort hat.

Bei den strikt monoorganisch bezogenen Verläufen handelt es sich meist um zerebralen Befall, deutlich seltener um andere Lokalisationen wie der Haut (sogenannte Keratinamyloidosen).

Epidemiologie

Die geschätzte Inzidenz der Amyloidose beträgt in Deutschland ca. 1/100.000/Jahr (Universitätsklinikum Heidelberg) und ist somit eine sehr seltene Erkrankung. Dies deckt sich mit Studiendaten aus Großbritannien und Schweden, die eine ähnliche Inzidenz aufweisen [10, 11]. Das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung liegt bei 65 Jahren. In den westlichen Industrienationen sind

über 90 Prozent der systemischen Verläufe durch lediglich drei Vorläuferproteine verursacht. Hiervon macht die Leichtkettenamyloidose (AL) ca. 2/3 der Fälle und Serumamyloid-A assoziierte Amyloidosen (AA) sowie die Transthyretin-Amyloidosen (ATTR) jeweils ein knappes Fünftel aus [12]. In weniger weit entwickelten Ländern hat die AA durch die vergleichsweise hohe Prävalenz von aktiven Infektionserkrankungen, wie Lepra und TBC, einen deutlich höheren Anteil.

In einer Längsschnittuntersuchung noch vor dem Jahr 2000 liegt das mittlere Überleben nach Diagnosestellung bei sechs bis zwölf Monaten bei AL und bei drei bis vier Jahren

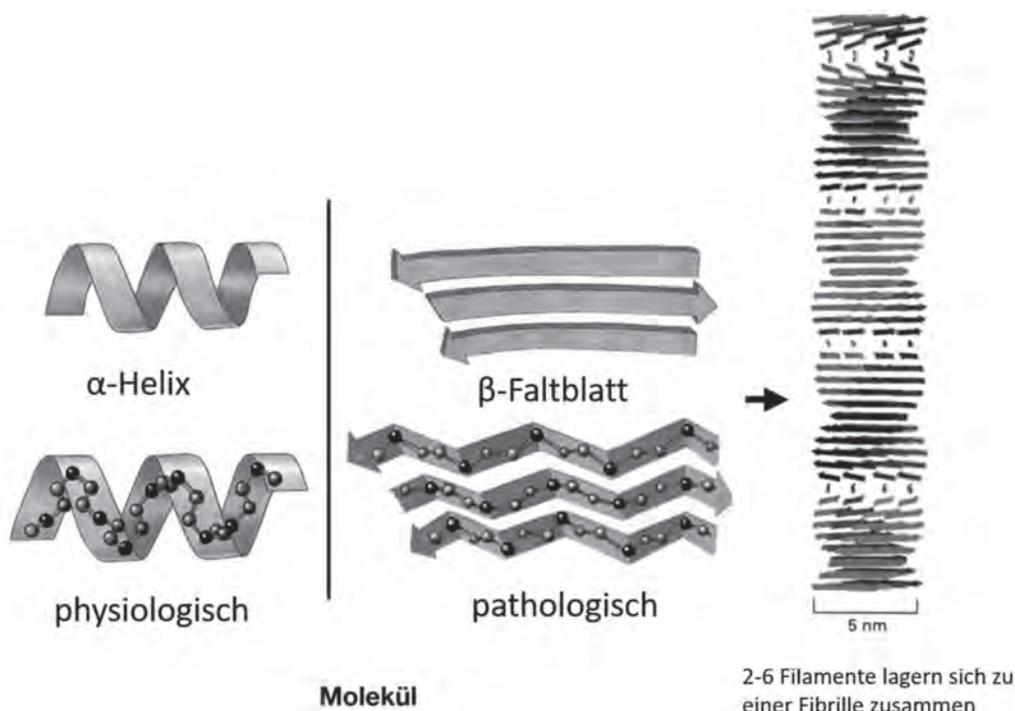


Abb. 1: Schematische Darstellung Fibrillenformation.

Wird die Proteinstruktur durch eine intakte alpha-Helix gestützt, kommt es nicht zu einer Filamentbildung (physiologische Struktur). Fehlt diese oder ist diese malformiert, kann sich eine pathologische Filamentierung ausbilden. Hierbei ist die β-Faltblattstruktur weder eine Sequenzfolge, die der Helix folgt, noch ist diese per se pathognomonisch für Amyloid. Aminosäureketten, die in der Proteinsekundärstruktur des β-Faltblattes verbleiben und keine dreidimensionale Struktur annehmen, bilden allerdings eher Amyloidfibrillen.

bei AA [13] und ca. bei fünf Jahren bei ATTR-Amyloidosen. Aktuellere Datensammlungen aus Großbritannien wiesen vor allem bei der AL-Amyloidose ein inzwischen deutlich längeres Überleben von drei bis vier Jahren nach.

Die β₂-Amyloidose tritt faktisch nur bei Dauerdialysepatienten auf. Dieses ubiquitäre Protein ist zu groß, um in ausreichender Menge über die üblichen Filter eliminiert zu werden und neigt in freier Form dazu, spontan Filamente zu bilden und sich entlang des Blutkreislaufes prädelektiv im Interstitium von Gelenken und Weichteilgewebe abzulagern [14]. Auch wenn in der letzten Dekade die Verwendung von high-flux-Filtern zugenommen hat, ist die Inzidenz nach mehreren Jahren der Behandlung insgesamt wenig rückläufig. Klinische Manifestationen sind das Karpaltunnel-Syndrom und die Amyloidarthropathie der Schultern und seltener der anderen großen und auch kleineren Gelenke. Wenn auch selten sind vereinzelt Fälle mit extraartikulären Affektionen wie Herz- und Darmbeteiligung beschrieben.

Systemische Amyloidosen Diagnostik

Im folgenden Abschnitt beschränkt sich der Autor auf die häufigeren systemischen Amyloidosen, denen eine höhere klinische Relevanz zusteht.

Grundsätzlich ist der anspruchsvollste Teil der Diagnostik allein die klinische Wahrnehmung verdächtiger Symptome, die für eine zugrundeliegende Amyloidose sprechen. Auf die klinischen Details soll in Bezug auf das jeweilige verursachende Precursorprotein dezidiert eingegangen werden (Tab. 1).

Amyloidosen werden in der Regel erst spät im Verlauf klinisch apparent, somit ist zur Diagnosefindung eine gezielte Krankenanamnese von Bedeutung. Da potenziell jedes Organ(system) befallen sein kann, ist die klinische Präsentation entsprechend divers und auf den ersten Blick unspezifisch. Inkohärente Befunde wie zum Beispiel spontane Hämatome ohne bekannte Gerinnungshemmung/Blutungsneigung, eine

periphere Polyneuropathie und/oder Albuminurie ohne zugrundeliegendem Diabetes, eine klinisch relevante, deutliche Herzvergrößerung ohne zugrundeliegende Hypertonie/Koronaratherosklerose oder eine spontane Makroglossie und periorbitale Einblutungen sollten Anlass sein, eine zugrundeliegende Amyloidose abzuklären. Sobald ein entsprechender Verdacht besteht, sollte als nächster Schritt die histologische Sicherung vorgenommen werden. Bei lokalisierten Amyloidosen entsprechend am auffälligen, sowie bei Verdacht auf systemische Amyloidosen an einem arbiträr bestimmten Organ (in aller Regel das primär symptomatische). Oft ist es bei systemischer Amyloidose klinisch riskant bei zum Beispiel gestörter Gerinnung und verdächtigter Gefäßbeteiligung Herz oder Nieren zu punktieren, so dass bei relativen Kontraindikationen gegen eine Nieren- oder Myokardbiopsie sowie bei hinreichendem Verdacht eine „screening Biopsie“ an einem Referenzgewebe sinnvoller – da sicherer – ist. In 60 bis 80 Prozent ist im subkutanen Fettgewebe, der Rektalschleimhaut oder in Speicheldrüsen Amyloid nachweisbar [15].

Serumamyloid A (AA) Amyloidose

Serumamyloid A ist ein phylogenetisch hochkonserviertes akut-Phase-Protein der Leber. Im Rahmen chronisch inflammatorischer Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen (zum Beispiel Rheumatoidearthritis, Sarkoidose, Vaskulitiden, Kollagenosen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen etc.), erblicher Fiebersyndrome (wie das Mittelmeerfieber oder seltene TNF-Rezeptor assoziierte Syndrom) oder chronischen Infektionen (wie Ulcera cruris, chronische Osteomyelitis, subakute Endokarditis und auch seltene chronische Infektionen wie M. Whipple) kann es zur vermehrten Ablagerung von SAA kommen. In nicht wenigen Fällen ist die auslösende Erkrankung zum Diagnosezeitpunkt der Amyloidose noch unerkannt!

Klinisch und paraklinisch ist in über 97 Prozent eine proteinurische Nierenfunktionseinschränkung der Vorstellungsgrund. Weit über die Hälfte

der Fälle verläuft nephrotisch und jeder Zehnte ist bei Erstvorstellung schon terminal niereninsuffizient. Die Milz ist ebenfalls regelhaft vergrößert, die Nebennieren zu einem Drittel. Deutlich seltener finden sich Ablagerungen in der Leber, dem Gastrointestinaltrakt oder dem Herzen [16].

Leichtketten (AL)-Amyloidose

Der AL Amyloidose liegt in aller Regel eine Erhöhung einer λ oder κ Leichtkettenfraktion (FLC) zugrunde, die von einem Plasmazellklon produziert wird. In den meisten Fällen finden sich nur diskrete Mengen an FLC bei unauffälligem Blutbild und Knochenmark. Hier spricht man von einer Plasmazeldyskrasie. Das Vollbild eines multiplen Myeloms ist somit keine Grundvoraussetzung zur Entstehung einer AL-Amyloidose. Andere hämatologische Neoplasien, wie zum Beispiel Lymphomerkranke, können ebenfalls paraproteinämisch verlaufen.

Die klinische Präsentation der AL-Amyloidose ist äußerst variabel, da neben generell unspezifischen Symptomen wie Abgeschlagenheit und Gewichtsverlust eine Herz-, Nieren- und Darmbeteiligung sowie Affektion des autonomen und peripheren Nervensystems gleichermaßen vorkommen. Tatsächlich sind aber die Makroglossie als auch periorbitale Ekchymosen pathognomonisch für die AL-Amyloidose und bieten bei Vorfinden dieser Symptome somit zielführende Indizien. Da die Organbeteiligungen wie erwähnt nur einem geringen Tropismus unterliegen, sind bei Erstdiagnose oft mehrere Organsysteme gleichzeitig betroffen.

Transthyretin- (TTR) Amyloidose

Transthyretin ist ein Serumprotein und gehört zur Klasse der akut-Phase-Proteine. Man unterscheidet zwei Formen der ATTR: eine erbliche und eine, die spontan im hohen Lebensalter auftritt. Der hereditären Form liegt eine Mutation des TTR-Gens zu Grunde, die autosomal dominant vererbt wird (bisher sind über 80 Mutationen beschrieben). Die deutlich seltener, im Senium auftretende Verlaufsform weist zwar

den funktionalen ‚wild-Typ‘ des TTR auf, neigt aber bei Akkumulation ebenfalls zur unlöslichen Aggregation [9]. Klinisch zeigt sich vor allem eine Herzbeteiligung. Bei der erblichen Form geht dieser oft eine periphere und autonome Polyneuropathie voraus. Der Verlauf ist oft innerhalb von fünf bis 15 Jahren nach Diagnosestellung fatal.

Allgemeine Labordiagnostik

Bei auffälliger Anamnese und Klinik müssen entsprechende serochemische und apparative Untersuchungen zur Sicherung und Eingrenzung vorgenommen werden. Hierzu gehören CRP, SAA, Bestimmung freier Leichtketten im Serum, β_2 -Mikroglobulin sowie die alkalische Phosphatase zur taxonomischen Einordnung. Troponin-T und proBNP sind gut validierte Marker nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zur Verlaufsbeurteilung einer kardialen Beteiligung.

Apparative Diagnostik

CT- und MRT- sowie die Sonografie können Hinweise für ungewöhnliche Organvergrößerung geben. Herzecho und Kardio-MRT sind sowohl für die Primärdiagnostik als auch zur Beurteilung des Verlaufes von Bedeutung. Der Ultraschall ist hierbei die Methode der Wahl, das Kontrastmittel-MR ist bei unklaren Befunden oder schwieriger Anatomie der screening-Diagnostik mittels Ultraschall deutlich überlegen. EKG-Befunde sind eher unspezifisch und sind schlecht mit dem Verlauf korreliert, so dass diese einfache Untersuchung lediglich Verdachtsmomente erheben kann.

In Großbritannien ist die SAP-Szintigrafie sowohl zur Primärdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von Organ- (aus technischen Gründen ist das Herz ausgenommen) und Knochenmarkbeteiligung verbreitet und auch gut validiert [17]. Hierzu wird ein Pentraxin (eine Gruppe von hochkonservierten akut-Phase-Proteinen) aus humanen Blutproben isoliert und an Jod^{123} gekoppelt. Wegen des nachvollziehbaren Aufwandes zur Vorbereitung und Durchführung dieser Untersuchung schließt sich

eine breite Verfügbarkeit bisher aus. Dies mag auch der Grund sein, warum dieses Verfahren in Deutschland bisher nicht angewandt wird.

Therapie

Der allgemeine Behandlungsansatz systemischer Amyloidosen sollte möglichst interdisziplinär diskutiert werden. Auch wenn in der Regel die meisten Organschäden bei Erstdiagnose zu weit fortgeschritten sind, um im Idealfall zur restitutio ad integrum zu erreichen, sollte in allen therapierbaren Fällen ein Behandlungsversuch unternommen werden, da oft zumindest eine Stabilisierung der Organfunktion mit einem für den Patienten akzeptablen Ergebnis zu erreichen ist [18].

Sowohl die Bildung als auch die akzelerierte Beseitigung der verursachenden Proteine sind wünschenswerte Ansätze. Da Letztgenannte, welche auf die Auflösung von Amyloid in Geweben unabhängig von dem entsprechenden Precursorprotein beschleunigen könnten, noch fern der Zulassungsreife sind, verbleibt somit vorerst als Behandlungsziel die Bildung und Ablagerung zu vermindern sowie die Auswirkungen von Organschäden (vor allem Herz und Niere) zu reduzieren.

Bei Herz- und Niereninsuffizienz wurden über die kausale Therapie hinaus konservative Ansätze verfolgt. Bei Herzbeteiligung scheitert der Versuch einer medikamentösen Herzinsuffizienztherapie regelhaft, da die ohnehin kompromittierten Kreislaufparameter sich im Verlauf meist nicht bessern. Die Daten zur Verwendung von β -Blockern als auch RAS (Renin-Angiotensin-System)-Blockern sind widersprüchlich. Letztlich bleibt die symptomatische Diuretikagabe als einzig gesicherte medikamentöse Behandlungsoption. Herztransplantationen wurden nur in Einzelfällen bei jungen und sonst fitten Patienten vorgenommen. Auf Grund des apparenten Organmangels in Deutschland sollte dies zumindest bei unkontrollierter Amyloidose weiterhin nur streng geprüften Einzelfällen vorbehalten bleiben.

Tab. 2: Kriterien für ein hämatologisches Ansprechen der AL-Amyloidose auf Chemotherapie (FLC = freie Leichtketten)

Komplettes Ansprechen (CR)	<ul style="list-style-type: none"> · Normalisierung der FLC und des κ / λ-Verhältnisses · Negative Immunfixation in Urin und Serum
Sehr gutes Teilansprechen (VGPR)	<ul style="list-style-type: none"> · Abfall der FLC <40 mg/l
Teilansprechen (PR)	<ul style="list-style-type: none"> · Abfall der FLC um >50 Prozent
Therapieversagen (NR)	<ul style="list-style-type: none"> · Abfall der FLC um <50 Prozent
Progression	<ul style="list-style-type: none"> · nach CR: jedes messbare M Protein · nach PR: >50 Prozent Anstieg des M-Proteins oder auf >5 g/l oder Urin-M-Protein >200 mg/Tag oder >50 Prozent FLC auf >100 mg/l

Nierenbeteiligungen sind generell häufig und verlaufen regelhaft nephrotisch, so dass eine nephrologische Mitbetreuung zwingend erforderlich ist. Zur symptomatischen Behandlung sind die Etablierung einer sequentiellen Nephronblockade, eine Kochsalz- und Volumenrestriktion sowie die maximale Ausdosierung eines RAS-Blockers notwendig. Oft lassen sich so die schweren Ödeme in der Regel für mehrere Monate konservativ behandeln. Schreitet die Niereninsuffizienz fort und erreicht ein dialysepflichtiges Stadium, verschlechtert sich die Prognose deutlich. Das Überleben unter Dialysebedingungen ist abhängig vom auslösenden Amyloidosetyp. So ist die Prognose an Dialyse von AA Erkrankten zwar besser als die von AL Erkrankten, dennoch weisen alle Amyloidosebetroffenen ein grundsätzlich schlechteres Überleben als zum Beispiel vergleichbare nicht diabetische Dialysepatienten auf. Die Daten zu Verläufen nach Nierentransplantation sind erwartungsgemäß aus sehr kleinen Kohorten erhoben und sind demnach in ihrer Aussagekraft etwas eingeschränkt. In den meisten Publikationen weisen AA Erkrankte vergleichbare Ergebnisse wie Patienten mit anderen Systemerkrankungen auf. Auch unter AL Amyloidose sind die Transplantationsdaten vielversprechend, allerdings bei stark selektioniertem Patientengut.

AA Amyloidose

Das Primärziel in der Behandlung der AA-Amyloidose ist die Elimination des auslösenden Prozesses, der bei

Diagnosestellung der Amyloidose nicht selten noch unerkannt ist. Chronische Infektionen wie Osteomyelitisherde sind, wenn initiale antimikrobielle Langzeittherapien keinen ausreichenden Effekt hatten, in der Regel chirurgisch zu sanieren. Zugrundeliegende Autoimmunerkrankungen vor allem des rheumatologischen Formenkreises sind bei Entstehung einer AA oft nicht ausreichend behandelt und bedingen oft eine Eskalation der Therapie auf Biologics. Die seltenen erblichen Fiebersyndrome sprechen häufig auf IL-1 und/oder IL-6 modulierende Antikörpertherapien an [19, 20]. Der serologisch entscheidende Marker für den Verlauf ist das SAA, das unter Therapie auf Werte <3 mg/l fallen sollte. Wird dies erreicht und bleibt der Wert unter 10 mg/l, steigt das mediane Zehn-Jahresüberleben auf >90 Prozent an. Bleiben die Werte darüber halbiert sich die Überlebenszeit [18].

AL-Amyloidose

Die Behandlung der Leichtkettenamyloidose fokussiert sich auf die Absenkung der FLC-Last, auch wenn diese oft nur diskret (wenige mg/l) oberhalb der Norm liegt. Da die Plasmazellklone nur in den seltensten Fällen dauerhaft zurückzudrängen oder gar zu eradizieren sind, muss die Therapie mit Bedacht ob der potentiellen Wirkung gegen die Nebenwirkungen abgewogen werden [21].

Die derzeit verwendeten Chemotherapieschemata orientieren sich an denen zur Behandlung des multiplen Myeloms. Das Ziel ist eine nach

hämatologischen Kriterien definierte Komplettremission. Hierunter gibt es weitere Abstufungen, die ein entsprechend schlechteres Langzeitüberleben aufweisen [22] (Tab. 2).

Die derzeit angewandten Schemata nutzen Kombinationen von Cyclophosphamid/Bortezomib/Dexamethason oder Cyclophosphamid/Thalidomid/Dexamethason oder seltener Melphalan/Dexamethason. Dosisanpassungen entsprechend des Alters und der Komorbiditäten sind eher die Regel als die Ausnahme. Bei jüngeren Erkrankten (<60 Jahren) ist die autologe Stammzelltransplantation nach vorhergehender Hochdosis-Melphalanbehandlung mit sehr guten Langzeitergebnissen verbunden [23]. Allerdings ist eine höhergradige Herz- und/oder Beteiligung des autonomen Nervensystems eine relevante Kontraindikation, da in diesen Fällen mit einer vergleichsweise hohen Morbidität und Mortalität zu rechnen ist [24].

Transthyretin- (TTR) Amyloidose

Lange Zeit war die Lebertransplantation die einzige Therapieoption für die erbliche Form der ATTR, mit der die Hauptquelle des pathologischen Precursors eliminiert werden kann. Erfolgt die Transplantation früh genug im Verlauf der Erkrankung, beträgt das mittlere Überleben >20 Jahre (das Zehn-Jahresüberleben beträgt 85 Prozent) [25]. Aber auch hier gilt, dass sich die Prognose auch nach erfolgreicher Transplantation bei relevanter Herzbeteiligung deutlich verschlechtert, weswegen bei solchen Patienten eine strenge Indikationsstellung erfolgen muss. Neben der Elimination des „Auslösers“ mittels Lebertransplantation befinden sich seit wenigen Jahren kleine Moleküle im Einsatz, die zirkulierendes Transthyretin stabilisieren und so eine Filamentbildung verhindern können (Tafamidis®). In einer klinischen Studie mit Patienten die an einer Val30Met-Variante erkrankt waren, konnte der Einsatz des Medikaments den Progress etwas verlangsamen. Eine Restitutio ist hiermit aber nicht einmal ansatzweise möglich [26]. Kürzlich wurde die Zulas-

sung für familiäre ATTR mit $^{\circ}$ Polynuropathie erteilt, weitere messbare Effekte ergeben sich eventuell aus Phase IV-Studiendaten, um den klinischen Nutzen besser zu beurteilen.

Ausblick und Zusammenfassung

Mit zunehmendem Verständnis der Pathogenese der Amyloidose ergeben sich rezent Behandlungsoptionen, die zur Entwicklung von neuen Substanzen führt. Diese neuen Therapien zielen zum einen auf die Bildung des Precursorproteins ab, zum anderen sollen sie die Fibrillenaggregation wirksam bremsen. Über eine kleine Auswahl soll hier berichtet werden:

Geninterferenz mittels siRNAs ist der vielleicht vielversprechendste Ansatz, der sich bisher bei ATTR und auch AL als effektiv erwies [27, 28]. Hierbei inhibieren entsprechend ‚designt‘ siRNA die Translation des Precursormoleküls (Transthyretin, respektive Leichtketten/Immunglobulinbildung).

Ein weiterer sehr interessanter Ansatz ist die Entfernung von SAP aus dem Blutkreislauf (siehe Abschnitt Pathophysiologie). So konnten palindromische small molecule-Sequenzen synthetisiert werden (namentlich: CPHPC), die in der Lage sind, zirkulierendes SAP zu eliminieren. Im weiteren Schritt kann darüber das verbleibende, in Amyloid gebundene SAP, über Komplementaktivierung markiert und über Makrophagen phagozytiert werden [29]. In einer kleinen Studie an 16 vorangig lebererkrankten Patienten wurde dieses Verfahren als sicher bewertet. Zudem konnte in den meisten Fällen ein signifikanter Rückgang des Amyloids in der Leber dokumentiert werden [31].

Grüner Tee-Extrakt, der hohe Konzentrationen von EGCG (Epigallocatechin-3-gallat) enthält, hat in mehreren kleineren Publikationen scheinbar positive Effekte auf einige Surrogatparameter wie zum Beispiel Pro-

teinurie bei Nierenbeteiligung. Allerdings ist der Wirkmechanismus nicht gänzlich verstanden. Es werden direkte Interaktion mit der Fibrillenbildung als auch oxidativen Stress reduzierende Effekte diskutiert. Klinische Studien laufen derzeit noch, eine abschließende Bewertung aller genannten Therapieoptionen ist noch nicht möglich.

Somit bleibt als Grundlage eine frühestmögliche Erkennung der Erkrankung. Therapien sollten unbedingt in spezialisierten Zentren vorgenommen werden, da entstehende Komplikationen für den Unerfahrenen oft nur schwer vorherzusehen sind.

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: keine

Dr. med. Simon Parmentier
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Abteilung Nephrologie Medizinische Klinik III
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Simon.Parmentier@uniklinikum-
dresden.de

Selbsthilfegruppe „Amyloidose“

Eine seltene, für die Betroffenen jedoch keineswegs harmlose Erkrankung

Bei der Amyloidose handelt es sich um eine Erkrankung, bei der sich körpereigene, aber veränderte Eiweiße als winzige Eiweißfäden, sogenannte Fibrillen, kontinuierlich im gesamten Körper ablagern (siehe Beitrag „Amyloidose“, S. 558 ff.). Diese Ablagerungen schädigen dauerhaft die davon befallenen Organe. Je nachdem, welche Organe besonders betroffen sind, kommt es zu Herzinsuffizienz, Funktionsverlust der Nieren, der Leber oder des Nervensystems.

Dazu kam es bei Gabriele Müller aus Großrückerswalde, die mit Unterstützung der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) und drei weiteren Mitgliedern in Chemnitz

eine Selbsthilfegruppe Amyloidose gegründet hat. „Der Weg bis zur richtigen Diagnose und einer zielgerichteten Therapie meiner Herzprobleme war lang. Mitte 2012 wurde vom Kardiologen erstmals der Verdacht auf eine Amyloidose ausgesprochen. Jedoch verging noch einige Zeit bis die Diagnose eindeutig stand. Eine Herzmuskelbiopsie und weitere gezielte Untersuchungen ergaben eine systemische, das heißt den ganzen Körper betreffende Amyloidose mit Schwerpunkt Eiweißablagerungen im Herzmuskel“, so die Patientin.

Nun ging es um den nächsten Schritt, den der Therapie. Über eine Selbsthilfegruppe „Amyloidose“ in Hamburg, die Gabriele Müller im Mai 2013 durch eigene Recherche im Internet entdeckt hatte, wurde sie schließlich auf das deutschlandweit führende Amyloidose-Zentrum am Universitäts-Klinikum Heidelberg und auf Priv.-Doz. Dr. med. Ute Hegen-

bart aufmerksam. Diese Verbindung brachte eine Wende in ihrer Krankheitsgeschichte. Positive Ergebnisse erreichte sie bereits durch die Einnahme von Kapseln mit einem im grünen Tee enthaltenen speziellen Wirkstoff.

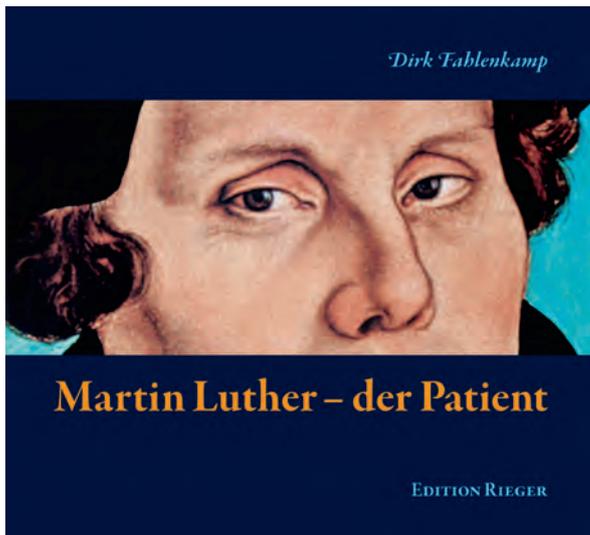
Seit 2015 nimmt sie an einer Medikamenten-Studie des Amyloidose-Zentrums Heidelberg teil, bei der das Medikament Tafamidis-Meglumin getestet wird, was auch ihr neue Hoffnung gibt.

Nun ist sie bemüht, ihre Erfahrungen mit ebenfalls von Amyloidose Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe zusammenzuführen. Interessenten für eine Selbsthilfegruppe „Amyloidose“ können sich an die KISS (Rembrandtstraße 13 a/b, 09111 Chemnitz, Telefon-Nr. 0371 60048-70/-71) oder direkt an Gabriele Müller (Telefon-Nr. 037369 9168) wenden.

Dr. Roland Winkler, freier Redakteur

Martin Luther – der Patient

Autor: Dirk Fahlenkamp
Verlag: Edition Rieger, Neuruppin
2017, 90 Seiten
Preis: 14,90 Euro
ISBN: 978-3-941187-98-6



Pünktlich zum Luther-Jahr hat der Urologe Prof. Dr. med. habil. Dirk Fahlenkamp wieder mit einer kleinen literarischen Kostbarkeit überrascht. Unter dem Titel „Martin Luther – der Patient“ führt uns der Autor sehr anschaulich vor Augen, unter welchen lästigen und bedrohlichen gesundheitlichen Störungen der nach außen hin oft als von außerge-

wöhnlicher Körper- und Geisteskraft Dargestellte zeitlebens gelitten hat. Umso verwunderlicher ist es, welches umfassende Werk Martin Luther trotz dieser, sein tägliches Leben enorm beeinträchtigenden Störungen geschaffen hat.

Prof. Fahlenkamp hat zusammen mit Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Neumann (1939 – 2014) ein akribisches Quellenstudium zu den gesundheitlichen Störungen betrieben. „Luther war ein mit den Jahren an diversen Leiden kränkender Mann. Bestenfalls bis 1521 war er einigermaßen gesund“ schreibt der Autor. Luther litt über weite Strecken seines Lebens an teilweise schweren, sogar lebensbedrohlichen Krankheiten, die zum großen Teil auch auf die ausschweifende und unvernünftige Lebensweise zurückzuführen sind. Adipositas, Gallen- und Verdauungsbeschwerden, schwere Obstipation, Hämorrhoiden, Herzbeschwerden, rezidivierendes Harnsteinleiden mit teilweisem Harnverhalt, Morbus Menière, Ulcus cruris, Gicht. „Ich esse, was mir schmeckt, und leide danach, was ich kann“. Wahrscheinlich starb er mit immerhin 63 Jahren an einem Herzinfarkt.

Der Autor stellt Martin Luther in einführenden Kapiteln über seine Thesen, den Papst und die Zeichen

seiner Zeit sowie den Stand der Medizin zwischen Mittelalter und Renaissance geschickt in seinen historischen Rahmen.

Wer Prof. Fahlenkamp kennt, wundert sich nicht, dass der Autor in seinen Nachbemerkingen seine eigenen streitbaren Thesen, ganz im Sinne Martin Luthers, heute an die Tür des Bundesgesundheitsministers nageln würde. Lesenswert!

Das vorliegende Buch ist eine kleine bibliophile Kostbarkeit, reich bebildert aus der umfassenden philatelistischen Sammlung des Autors sowie weiteren sehr schönen, historischen und aktuellen Abbildungen, hervorragend gestaltet vom Verlag „Edition Rieger“, der auch drei weitere sehr zu empfehlende Publikationen des Autors über Friedrich den Großen verlegt hat. Zu nennen sind: „Friedrich der Große – der Patient, seine Ärzte und die Medizin seiner Zeit“; „Friedrich der Große – Sein Zeitalter auf Briefmarken“; „Friedrich der Große: Du hast gros recht, die Doctors seindt große Idioten. Die unglaubliche Geschichte von Friedrich dem Großen und seinem Kammerdiener Fredersdorf.“

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

Anzeige

UNSERE GESCHENK-EMPFEHLUNG:

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

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

Patientenrechte – Quo vadis?

Als Antwort auf die Leserschrift von Dr. med. Rainer Kluge, Leiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, zum Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2017, schrieb Dr. med. Stefan Windau folgende Antwort:

Sehr geehrter Herr Kluge,

vielen Dank für Ihren Leserbrief zu meinem Editorial im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2017, den ich aber so nicht unkommentiert stehen lassen kann.

Das wiedergegebene Meinungsbild des Symposium-Themas „Forderung partielle Beweislastumkehr zu Lasten der Ärzte“, auf das ich mich bezog, ist keineswegs die Meinung nur des GKV-Spitzenverbandes sondern unisono all der dort vertretenen politischen Parteien. Selbstverständlich gibt es auch andere juristische Meinungen. Entscheidend ist doch aber, dass parteienübergreifend eben diese Umkehr der Beweislast zu Ungunsten der Ärzte gefordert wird.

Entschieden muss ich Ihnen widersprechen in Ihrer Meinungsäußerung, dass Gesetze von Juristen gemacht werden. Diese, Ihre Wahrnehmung, geht klar an der Realität vorbei. Der Gesetzgeber, also das Parlament, gibt die Gesetze. Politisch vorbereitet

werden sie in den Ausschüssen des Parlamentes und in den Ministerien in die gewünschte Form gebracht. Selbstverständlich werden sie dann von Juristen geschrieben. Selbstverständlich wirken Juristen beratend auf allen Ebenen mit. Aber es wird politisch entschieden, welche Gesetze kommen und mit welcher Intention sie angelegt sind. Selbst wenn Sie Recht hätten, dass die Gesetze von Juristen gemacht würden, sozusagen von Fachleuten und damit offenbar sachgerecht und quasi neutral, wie erklären Sie sich dann, dass doch wesentliche Gesetze in den letzten Jahren vom Bundesverfassungsgericht kassiert wurden? Doch nicht etwa deshalb, weil die Fachjuristen unfähig gewesen wären, das richtig zu formulieren, was der Gesetzgeber gewollt hat. Nein! Die Juristen haben der politischen Intention des Gesetzgebers folgend formuliert – und die politische Intention des Gesetzgebers, umgesetzt durch Juristen in Gesetze, war ganz offenbar die Ursache dafür, dass Gesetze, den politischen Intentionen ihrer Auftraggeber folgend, von Juristen ausformuliert, letztlich höchstrichterlich kassiert wurden. Neutrale Juristerei gibt es nicht, denn jeder Jurist hat sich an die in dem Gesetz angelegten Spielräume zu halten.

Ich bin froh, dass es in unserer Demokratie eine Gewaltenteilung gibt. Das verhindert aber nicht, dass Gesetze mit politischen Intentionen erlassen werden und sie erst meist viel später wieder kassiert werden.

Sie haben Recht, im 21. Jahrhundert ist die Haftungsproblematik anders zu sehen als vor 30 Jahren. Sie verkennen aber, dass es nicht unwesentliche politische Kräfte gibt, die diese von mir wie von Ihnen angeführte zunehmende Komplexität eindeutig zu Lasten der Ärzte lösen wollen. Vielleicht habe ich mich nicht klar genug ausgedrückt. Gerade darauf wollte ich hinweisen, dass ein Schaden entstehen kann, obwohl es bei der Komplexität der Zusammenhänge keinen nachweisbaren Schaden im Sinne der ärztlichen Fehlhandlung gibt, weil es die sicherlich oft gar nicht gibt. Irrsinn wäre es doch aber, in dieser Situation der Forderung nach partieller Beweislastumkehr nicht entgegen zu treten! Es ist nicht entscheidend, ob diese Forderung jetzt aktuell in einen Koalitionsvertrag/Gesetz Eingang findet, entscheidend aber ist die Intention! Währet den Anfängen! Wir brauchen sinnvolle Lösungen, die Arzt und Patienten gerecht werden. Lassen Sie uns gern darüber reden, wie sinnvolle Regelungen aussehen sollen. Aber lassen Sie uns bitte immer vor Augen haben, dass primär die Politik entscheidet, die Juristerei berät und führt dann im Rahmen von Gesetzen aus! Lieber Herr Kluge, ich schätze Ihre Arbeit in der Gutachterstelle und Ihr Engagement sehr. Gerade in Würdigung dessen musste ich Ihnen an einigen Stellen entscheidend widersprechen.

Dr. med. Stefan Windau
Vorstandsmitglied

Langzeittherapie der Osteoporose

Zu dem Beitrag „Langzeittherapie der Osteoporose“ von Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober (Heft 10/2017, S. 472f.) erreichte uns folgende Zuschrift:

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist erfreulich, im „Ärzteblatt Sachsen“ einen anregenden Artikel über das wichtige Thema der Langzeittherapie der Osteoporose aus der Feder eines renomierten Osteologen zu lesen. Allerdings sind einige Informationen nicht leitlinienkonform und bedürfen deswegen der Kommentierung.

- Die Knochendichtemessung sollte nicht nur am Femur (Hals und gesamt), sondern auch an der Lendenwirbelsäule (Mittelwert LWK 1 – 4 beziehungsweise von mindestens zwei auswertbaren LWK) erfolgen, entscheidend ist

Antwort von Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober:

Herzlichen Dank für die Zusendung der Leserschrift zu meinem Artikel „Langzeittherapie der Osteoporose“. Ich bin Dr. med. Krug sehr dankbar für seine Diskussion zu diesem Artikel und möchte dazu Folgendes antworten:

In meinem Artikel wird die Langzeitbehandlung der Osteoporose in den Mittelpunkt gestellt. Eine zentrale Frage einer solchen Therapie ist das Behandlungsziel.

Die Diskussion zu Therapiezielen bei chronischen Krankheiten ist schwierig, in meinem Artikel habe ich mich vielfach auf einen Report der ASBMR NOF Working Group zu Therapiezielen bei Osteoporose bezogen, den Steven Cummings und eine internationale Arbeitsgruppe im Januar 2017 im Journal of Bone and Mineral Research publizierten.

Da auf die im Artikel genannten Messpunkte (Dexa-Femur) Bezug

der niedrigste als T-score ausgedrückte Messwert.

- Die in Deutschland gültigen Leitlinien sehen die Indikation für eine spezifische antiosteoporotische Therapie gegeben, wenn das Frakturrisiko, ermittelt auf der Basis vieler Risikofaktoren, größer als 30 Prozent in zehn Jahren ist. Die Knochendichte sollte dabei in der Regel unterhalb des T-scores von $-2,0$ liegen. Ein T-score von $<-2,5$ allein reicht also nicht zur Indikationsstellung aus! Im derzeit diskutierten Entwurf der Leitlinien für 2017 ff geht man auf der Basis eines neuen Modells von einem Frakturrisiko >20 Prozent/10a als Therapieindikation aus, an der Bewertung der einzelnen Knochendichtewerte ändert das aber nichts.
- Das Anheben der Knochendichte an sich oder gar über einen spezifizierten Wert ist kein Therapieziel, es kann damit nicht als eines der Hauptziele der Therapie be-

genommen wird, werden auch die dort beschriebenen Dichtemessungsorte verwendet. Das Anheben der Dichte über einen Grenzwert als Therapieziel wird von dieser Arbeitsgruppe so beschrieben, andere fassbare Parameter werden weniger diskutiert.

Das Thema der osteoanabolen Therapie ist bei stark verminderter Dichte sicher sinnvoll und wird im genannten Artikel in diesem Kontext diskutiert.

Zum Thema der osteoanabolen Therapie gibt es zahlreiche neue Arbeiten, die ein solches Vorgehen: Zuerst anabol dann katabol als deutlich Frakturrisikomindernd beschrieben (zum Beispiel Lancet November 2017).

Ich verweise auch auf zwei große Kongresse dieses Jahres, den ECTS und den ASBMR, wo diese Fragen ausführlich diskutiert wurden.

Die GBA-Therapiehinweise zum Forsteo sind aus dem November

zeichnet werden! Unter einer medikamentösen Therapie verliert die Knochendichte als Risikoindikator erheblich an Bedeutung, da sie einige wesentliche therapeutische Effekte nicht erfasst.

- Eine osteoanabole Therapie, das heißt der Einsatz des Parathormonpräparates Teriparatide (Forsteo) ist in Deutschland durch den Therapiehinweis des GBA im wesentlichen „nur bei manifester Osteoporose mit mindestens zwei neuen Frakturen in den letzten 18 Monaten“ und nicht ausreichendem Ansprechen auf eine direkte und adäquate Vorbehandlung über mindestens ein Jahr möglich. Sie kann also im GKV-Bereich nicht als Erstlinientherapie bei postmenopausaler Osteoporose eingesetzt werden.
- Strontiumranelat (Protelos) steht in Deutschland nicht mehr zur Verfügung.

Dr. med. Jürgen Krug, Leipzig

2006 und ich bin Dr. Krug sehr dankbar, dass er eine unbedingt notwendige Diskussion über unser bisheriges therapeutisches Vorgehen durch seine Hinweise befördert.

Für den Arzt im alltäglichen Vorgehen ist, und ich denke dies wird in meinem Artikel beschrieben, unser vorrangiges Ziel die Verhinderung von Frakturen. Ebenso, dass wir zur Therapieentscheidung neben der Knochendichte viele, viele Risikofaktoren – auch diese sind beschrieben – in unsere diagnostischen Entscheidungen einfließen lassen.

Bei vielen Fragen besteht Forschungsbedarf, eine offene Diskussion wird auch in der Zukunft weiter zu führen sein.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober, Rostock

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Eberhardt

14.7.1936 – 13.8.2017

Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Eberhardt wurde am 14. Juli 1936 als Sohn des Bauingenieurs Friedrich Ludwig Eberhardt und seiner Frau Irma Emilie in Breslau geboren. Nach Übersiedlung nach Leipzig besuchte er von 1942 bis 1954 die Grund- und Oberschule und legte 1954 an der Thomasschule das Abitur ab. Anschließend konnte er, seinem Wunsch entsprechend, Medizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig studieren und bestand das Staatsexamen 1959 mit der Gesamtnote „sehr gut“.

Von 1960 bis 1965 arbeitete er im Ernst-Scheffler-Krankenhaus in Aue. Dort erfuhr er eine breite Ausbildung in den Fächern Gynäkologie, Chirurgie und Innerer Medizin. Es war eine Zeit, an die er sich gerne erinnerte, da die Einrichtung für damalige Verhältnisse modern ausgestattet war und er durch seine ärztlichen Vorgesetzten sehr gefördert wurde. Nach Sammlung von praktischen Erfahrungen in ambulanten Einrichtungen, auch schon in der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie, zog es ihn 1965 nach Dresden an die Radiologische Klinik der damaligen Medizinischen Akademie mit ihrem Chef Prof. Dr. med. habil. Heinrich Fritz. 1967 wurde er Facharzt für Radiologie und promovierte im gleichen Jahr. Seine Liebe entdeckte er für die Strahlentherapie. In dem damaligen Leiter der Dresdner Strahlentherapieabteilung und späteren Chef der Klinik für Strahlentherapie in Rostock, Prof. Dr. med. habil. Manfred Strietzel, fand er einen erfahrenen Kliniker, der ihn förderte. Die Hochvolttherapie steckte damals noch in den Kinderschuhen. Neben der Röntgentiefentherapie gab es im „Alten Kobalthaus“ das erste Kobaltgerät sowjetischer Bauart in der DDR. Mit seiner naturwissenschaftlich geprägten Neigung widmete er sich intensiv der tech-



Prof. Dr. med. habil.
Hans-Jürgen Eberhardt © Privat

nischen Entwicklung des Fachgebietes. So hat er die Einführung neuer Methoden, wie Afterloading und Lokalisationstechniken, gefördert. Sein besonderes Interesse galt der elektronischen Rechentechnik in der Strahlentherapie, einem Thema, das in den siebziger Jahren noch in den Anfängen steckte. 1979 habilitierte er sich auf diesem Gebiet mit dem Thema „Anwendung der elektronischen Rechentechnik und Informationsverarbeitung in der Strahlentherapie“. Sein interdisziplinäres Denken brachte er in dieser Zeit in die Arbeits- und Forschungsgemeinschaft EDV der Medizinischen Akademie Dresden ein. Mit Einführung der CT-gestützten Bestrahlungsplanung Anfang der achtziger Jahre nahm die Strahlentherapie einen rasanten Aufschwung, den er aktiv mitgestaltete. In zahlreichen wissenschaftlichen Vorträgen und Beiträgen stellte er diese Entwicklung dar.

1981 erfolgte seine Berufung zum Hochschuldozenten und 1984 die Berufung zum Ordentlichen Professor für Radiologie und zum Direktor der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Martin-Luther-Universität Halle. Sein Herz hing jedoch an Dresden, sodass 1986 auf seinen Wunsch hin seine Umberufung nach Dresden und die Ernennung zum Leiter der Abteilung für Strahlentherapie der Klinik und Poliklinik für Radiologie erfolgte. Von 1994 bis 1998 war er

dann stellvertretender Klinikdirektor. Sein interdisziplinäres Engagement verwirklichte er unter anderem auch am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt in der nahezu 25-jährigen Teilnahme an wöchentlichen interdisziplinären Sprechstunden im Fachgebiet Gynäkologie und HNO.

Seine gesellschaftlichen Aktivitäten leitete er nach 1989 in den Aufbau des Tumorzentrums Dresden und der Sächsischen Krebsgesellschaft über, deren Vorstandsmitglied er 1990 wurde. Wegen seiner außerordentlichen Verdienste wurde er später zum Ehrenmitglied der Sächsischen Krebsgesellschaft ernannt.

Prof. Hans-Jürgen Eberhardt hatte seit Ende der 1980er Jahre ein zunehmend schweres Los zu tragen. Anfangs nicht von der Umgebung als Krankheit bemerkt, litt er unter den körperlichen und seelischen Begleiterscheinungen des Morbus Parkinson. Er zog sich 1998 aus der Medizinischen Fakultät zurück und wirkte als Leitender Arzt für Strahlentherapie in kollegialer Zusammenarbeit mit dem Praxisinhaber, Herrn Distler in der Humaine-Klinik Dresden, bis seine Krankheit ihn zur Aufgabe der Tätigkeit zwang. Seine Frau Renate pflegte ihn liebevoll und unter großen Opfern. Nach 31 Jahren zunehmend schwerer Krankheit starb er mit 81 Jahren am 13. August 2017.

Wir, die ehemaligen Mitarbeiter, werden ihn als Mann in Erinnerung behalten, dem die interdisziplinäre Onkologie immer eine Herzensangelegenheit war und der als Radioonkologe dabei eine wichtige Vermittlerrolle zwischen den verschiedenen onkologischen Fächern ausübte. Sein privates Schicksal hat er tapfer und über lange Zeit seines Berufslebens für viele unbemerkt getragen.

Prof. Dr. med. habil. Johannes Schorch,
Dresden

Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann,
Dresden

Prof. Dr. med. habil. Mechthild Krause,
Dresden

Unsere Jubilare im Januar 2018 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.01. Aun, Reyadh
09111 Chemnitz
- 01.01. Flämig, Monika
02906 Niesky
- 01.01. Dr. med. Lüdecke, Sonja
08239 Falkenstein
- 03.01. Dipl.-Med. Pötzsch, Christel
09557 Flöha
- 04.01. Dr. med.
Wohmann, Annemarie
09573 Dittmannsdorf
- 05.01. Dipl.-Med. Koch, Andreas
04509 Delitzsch
- 06.01. Dipl.-Med. Hiller, Reinhard
04316 Leipzig
- 08.01. Prof. Dr. med.
Gertz, Hermann-Josef
04229 Leipzig
- 09.01. Dr. med. Boden, Gunter
01809 Heidenau
- 10.01. Dipl.-Med.
Sorge, Claudia-Maria
02681 Schirgiswalde-Kirschau
- 13.01. Dipl.-Med. Melzer, Sylke
08280 Aue
- 15.01. Dr. med. Tosch, Barbara
04277 Leipzig
- 16.01. Dr. med.
Grohmann, Martina
01279 Dresden
- 16.01. Dr. med.
Heinrich, Hans-Günter
01099 Dresden
- 17.01. Dipl.-Med. Mann, Brigitte
08058 Zwickau
- 18.01. Dipl.-Med. Kimme, Sabine
04107 Leipzig
- 18.01. Dr. med. Leißring, Elke
08118 Hartenstein
- 20.01. Dr. med.
Ossapofsky, Andreas
01445 Radebeul
- 20.01. Dipl.-Med.
Tietz, Klaus-Dieter
02827 Görlitz
- 20.01. Dipl.-Med.
Winckler, Eckhard
08606 Oelsnitz
- 21.01. Dr. med. Ossyra, Hartmut
04157 Leipzig
- 22.01. Dr. med. Haffner, Klaus
01744 Paulsdorf
- 23.01. Dr. med.
Kolschmann, Renate
09350 Lichtenstein
- 25.01. Kammerlocher, Natalia
01309 Dresden
- 29.01. Dipl.-Med. Hanel, Beate
01187 Dresden

- 30.01. Janke, Walentina
04207 Leipzig
- 30.01. Prof. Dr. med. habil.
Schmitz-Schackert, Gabriele
01099 Dresden

70 Jahre

- 02.01. Dr. med. Baugut, Wolfgang
01307 Dresden
- 03.01. Eibisch, Wolfgang
09366 Stollberg
- 03.01. Weigel, Christel
01157 Dresden
- 04.01. Dr. med. Geyer, Uta
09125 Chemnitz
- 04.01. Dr. med. Thoms, Edelhard
04299 Leipzig
- 08.01. Dr. med. Krause, Udo
02826 Görlitz
- 15.01. Dipl.-Med. Harzer, Bernd
04229 Leipzig
- 16.01. Dipl.-Med. Wartenburger,
Annemarie
04849 Bad Dübén
- 19.01. Dr. med. Schirmer, Veronika
08527 Plauen
- 21.01. Dipl.-Med. Seidemann,
Claus-Michael
04680 Colditz
- 24.01. Dipl.-Med.
Bernhardt, Dorothea
08396 Waldenburg
- 28.01. Dr. med. Leff, Wolfgang
04451 Borsdorf

75 Jahre

- 01.01. Dr. med. Wustmann, Ulrich
09648 Mittweida
- 02.01. Dr. med.
Bochmann, Helmut
09116 Chemnitz
- 03.01. Dr. med. Unger, Stefan
08112 Wilkau-Haßlau
- 04.01. Dr. med. Heyer, Ernst
09130 Chemnitz
- 04.01. Dr. med. Krause, Ingrid
09376 Oelsnitz/ Erzgeb.
- 05.01. Dr. med. Hoffmann, Beate
02797 Luftkurort Lückendorf
- 05.01. Dr. med. Löffler, Jürgen
08280 Aue
- 05.01. Dr. med. Mehlhorn, Dietmar
09350 Lichtenstein
- 06.01. Dietrich, Jürgen
04703 Leisnig
- 06.01. Dr. med. Glöckner, Ursula
09212 Limbach-Oberfrohna
- 06.01. Dr. med. Schurath, Dolores
01069 Dresden
- 07.01. Dr. med. Krauß, Rolf
01129 Dresden
- 07.01. Dr. med. Rießland, Heidrun
01237 Dresden
- 08.01. Schmidt, Ute
01445 Radebeul

- 09.01. Dr. med.
Hegenbarth, Gunter
04643 Geithain
- 09.01. Dr. med. Hennig, Peter
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
- 10.01. Dr. med. Schuster, Christine
09623 Frauenstein
- 11.01. Dipl.-Med. Plank, Katrin
09244 Niederlichtenau
- 12.01. Dr. med. Schmidt, Reiner
04808 Thallwitz
- 13.01. Dinkel, Regina
08349 Johanngeorgenstadt
- 13.01. Dr. med. Panzig, Angelika
04277 Leipzig
- 13.01. Dr. med. Rothe, Johannes
01445 Radebeul
- 14.01. Koziar, Karla
08349 Erlabrunn
- 15.01. Dr. med. Drescher, Michael
04703 Leisnig
- 16.01. Dr. med. Straßburger, Peter
04416 Markkleeberg
- 22.01. Dr. med. Wendelin, Ulrike
01259 Dresden
- 23.01. Dr. med. Schneider, Maria
04683 Naunhof
- 25.01. Dr. med.
Geistlinger, Heide Lore
01445 Radebeul
- 25.01. Dr. med. Klinger, Wolfgang
09127 Chemnitz
- 25.01. Dr. med. habil.
Rabenalt, Peter
04159 Leipzig
- 26.01. Dr. med. Bretzke, Gebhard
08064 Zwickau
- 27.01. Dr. med. Pittasch, Käte
04103 Leipzig
- 27.01. Dr. med.
Schumann, Martina
04105 Leipzig
- 30.01. Drescher, Barbara
04703 Leisnig
- 30.01. Dipl.-Med. Klug, Isolde
04209 Leipzig
- 30.01. Doz. Dr. med. habil.
Lathan, Hans-Henning
04277 Leipzig
- 31.01. Dr. med. Heller, Gudrun
04683 Threna
- 31.01. Dr. med. Rößger, Bernd
01445 Radebeul

80 Jahre

- 02.01. Märtens, Waltraut
09112 Chemnitz
- 04.01. Dr. med. Flade, Bernd
09125 Chemnitz
- 04.01. Heinrich, Ursula
02906 Sproitz
- 06.01. Prof. Dr. med. habil.
Schippel, Klaus
04229 Leipzig

- 08.01. Dr. med. Mieglitz, Ralf
02625 Bautzen
- 09.01. Dr. med. Winderlich, Ingrid
01731 Kreischa
- 10.01. Dr. med. Peters, Christa
01558 Großenhain
- 11.01. Hanke, Margarete
01277 Dresden
- 12.01. Dr. med. Passauer, Klaus
01307 Dresden
- 12.01. Dr. med. Saft-Weller, Elfgart
01277 Dresden
- 13.01. Dr. med. Liebau, Helmut
04880 Dommitzsch
- 15.01. Dr. med. Rohr, Ursel
02625 Bautzen
- 15.01. Stahl, Hans
04316 Leipzig
- 17.01. Dr. med.
Donnerstag, Gisela
01796 Pirna
- 18.01. Dr. med. Prietzel, Siegfried
09221 Adorf
- 19.01. Dr. med. Müller, Ursula
01309 Dresden
- 20.01. Dr. med. Krug, Ingrid
01187 Dresden
- 20.01. Dr. med.
Leonhardt, Irmgard
01239 Dresden
- 21.01. Dr. med. Mrosk, Helmut
01609 Frauenhain
- 22.01. Dr. med. Kloss, Sigrid
04703 Leisnig
- 23.01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Poegel, Klaus
01324 Dresden
- 24.01. Dr. med. Günther, Gisela
08228 Rodewisch
- 24.01. Dr. med. Sillat, Alla
04288 Leipzig
- 24.01. Dr. med.
Süß, Ute Mechthild
04109 Leipzig
- 24.01. Dr. med. Zaumseil, Renate
08527 Plauen
- 25.01. Dr. med. Feuer, Horst
01307 Dresden
- 26.01. Prof. Dr. med. habil.
Justus, Bärbel
01326 Dresden
- 26.01. Dr. med. Kirsten, Anita
08058 Zwickau
- 26.01. Dr. med. Kunze, Joachim
02625 Bautzen
- 27.01. Dr. med.
Bruchmüller, Gerhard
01936 Königsbrück
- 28.01. Dr. med.
Steikowsky, Christa
09114 Chemnitz
- 29.01. Affeldt, Hildegard
01279 Dresden
- 31.01. Schnaubelt, Christa
04249 Leipzig
- 81 Jahre**
- 03.01. Dr. med. Richter, Eva-Maria
01328 Dresden
- 04.01. Dr. med. Bräunig, Konrad
08541 Theuma
- 07.01. Prof. Dr. med. habil.
Rupprecht, Edgar
01187 Dresden
- 08.01. Prof. Dr. med. habil.
Ebert, Rolf
01217 Dresden
- 08.01. Doz. Dr. med. habil.
Hempel, Gottfried
01855 Saupsdorf
- 11.01. Dr. med. Anger, Regine
04425 Taucha
- 12.01. Dr. med. Pittschaft, Helga
04249 Leipzig
- 15.01. Dr. med. Schrader, Dieter
04179 Leipzig
- 15.01. Dr. med. Winkler, Ingrid
02906 Niesky
- 16.01. Hänel, Helgard
04155 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Blum, Nora
01324 Dresden
- 21.01. Dr. med. Mehlhose, Barbara
09127 Chemnitz
- 21.01. Schäfer, Rosemarie
04157 Leipzig
- 25.01. Dr. med. Jäger, Siglinde
01920 Gödclau
- 26.01. Dr. med. Parulewski, Lothar
07985 Elsterberg
- 27.01. Prof. Dr. med. habil.
Andreas, Klaus
01219 Dresden
- 28.01. Dr. med. Thieme, Reiner
09496 Marienberg
- 30.01. Dr. med. Nowak, Gisela
04275 Leipzig
- 31.01. Dr. med. Quast, Manfred
04109 Leipzig
- 82 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Färber, Helga
01309 Dresden
- 04.01. Dr. med. Unger, Christine
04105 Leipzig
- 05.01. Dr. med.
Ehmann, Gertraude
08529 Plauen
- 07.01. Dr. med. Linemann, Ingrid
01217 Dresden
- 11.01. Dr. med.
Kohlschmidt, Eberhard
02994 Bernsdorf
- 13.01. Dr. med. Vogler, Martina
04808 Wurzen
- 19.01. Dr. med. Thierfelder, Maria
09366 Stollberg
- 22.01. Dr. med. Ferse, Wolfgang
01328 Dresden
- 25.01. Dr. med. Kumpf, Hanspeter
01445 Radebeul
- 26.01. Dr. med. Beyer, Ursula
04157 Leipzig
- 29.01. Dr. med. König, Klaus
04207 Leipzig
- 31.01. Dr. med. Vogler, Wolfgang
04808 Wurzen
- 83 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Mälzer, Georg
04157 Leipzig
- 02.01. Dr. med. Hilpert, Lothar
04860 Torgau
- 03.01. Dr. med. Seidel, Gerda
04157 Leipzig
- 03.01. Trobisch, Klaus
01445 Radebeul
- 10.01. Meißner, Hannelore
04155 Leipzig
- 11.01. Dr. med. habil.
Hammer, Hans-Joachim
04435 Schkeuditz
- 15.01. Doz. Dr. sc. med.
Gautsch, Helga
01326 Dresden
- 15.01. Prof. Dr. med. habil. Dr.
med. dent.
Hochstein, Hans-Jürgen
04808 Nischwitz
- 16.01. Dr. med. List, Achim
08112 Wilkau-Haßlau
- 18.01. Griebach, Christine
02785 Olbersdorf
- 20.01. Dr. med. Scheibner, Brigitte
02797 Lückendorf
- 21.01. Dr. med. Frach, Renate
01324 Dresden
- 24.01. Dr. med. Baumann, Eva
01662 Meißen
- 26.01. Dr. med. Bartsch, Ingrid
04289 Leipzig
- 26.01. Dr. med. Raschick, Christine
04279 Leipzig
- 27.01. Dr. med. Thiele, Ingeborg
04157 Leipzig
- 28.01. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Fritz
04277 Leipzig
- 29.01. Dr. med. Tützer, Frank
08451 Crimmitschau
- 31.01. Dr. med.
Tuchscheerer, Gertraude
01279 Dresden
- 84 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Werner, Irmgard
01445 Radebeul
- 06.01. Dr. med.
Fernschild, Adelgund
04317 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Burtzik, Karin
04318 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Kratzsch, Peter
02625 Bautzen
- 20.01. Dr. med. Scharfe, Peter
01259 Dresden

- 20.01. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Thiele, Gerhard
04157 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Tischendorf, Heinz
09573 Augustusburg
- 26.01. Dr. med. Orda, Ursula
08523 Plauen
- 28.01. Dr. med. Stürzbecher, Klaus
04155 Leipzig
- 29.01. Dr. med. Meinerzhagen, Klaus
01705 Freital
- 30.01. Dr. med. England, Manfred
04103 Leipzig
- 30.01. Dr. med. Schmidt, Hannelore
04109 Leipzig
- 31.01. Bulawa, Maria
09127 Chemnitz

85 Jahre

- 02.01. Leichsenring, Manfred
09496 Marienberg
- 11.01. Dr. med. Fiebiger, Sonja
01187 Dresden
- 27.01. Dr. med. Kretschmar, Eva
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 30.01. Dr. med. Pöttsch, Renate
09130 Chemnitz

86 Jahre

- 14.01. Dr. med. di Pol, Gerhard
04155 Leipzig

- 17.01. Dr. med. Köhler, Marianne
08066 Zwickau

87 Jahre

- 02.01. Dr. med. Weißbach, Renate
08371 Glauchau
- 03.01. Dr. med. Schulz, Hans-Jürgen
04838 Eilenburg
- 18.01. Dr. med. Herrig, Ruth
09127 Chemnitz
- 25.01. Prof. Dr. med. habil. Baerthold, Wolfgang
01187 Dresden

88 Jahre

- 02.01. Dr. med. Hettmer, Helmut
04860 Torgau
- 13.01. Dr. med. Thierbach, Volker
04157 Leipzig

89 Jahre

- 04.01. Dr. med. Haberland, Rolf
01589 Riesa
- 05.01. Dr. med. Meier, Hans-Joachim
09366 Stollberg
- 07.01. Dr. med. habil. Lehnert, Wolfgang
01445 Radebeul
- 23.01. Dr. med. Thomas, Brigitte
01640 Coswig
- 24.01. Dr. med. Donath, Rolf
01731 Kreischa

90 Jahre

- 01.01. Dr. med. Kipke, Lothar
04821 Waldsteinberg
- 10.01. Dr. med. Suchert, Gerhard
01825 Liebstadt
- 27.01. Dr. med. Thiem, Walter
01099 Dresden

91 Jahre

- 17.01. Dr. med. Karwath, Werner
09456 Annaberg-Buchholz

92 Jahre

- 01.01. Prof. Dr. med. habil. Aßmann, Dietmar
01796 Pirna

93 Jahre

- 08.01. Dr. med. Kliemant, Günter
01612 Nünchritz
- 22.01. Dr. med. Bulang, Benno
02625 Bautzen

97 Jahre

- 18.01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01728 Bannewitz

98 Jahre

- 28.01. Dr. med. Lorenz, Irene
01069 Dresden

99 Jahre

- 02.01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen

Von Tannenbäumen und Lichtern

„O Tannenbaum, O Tannenbaum wie grün sind deine Blätter!“

Dieses schöne Weihnachtslied entstand Anfang des 19. Jahrhunderts. Es ist offenbar das erste Weihnachtslied, das den Tannenbaum besingt. Zur Melodie eines alten Studentenliedes dichtete der Leipziger Lehrer Ernst Anschütz (1780 – 1861) den Text. Für viele Menschen ist das Weihnachtsfest eine ganz besondere Zeit, in der man eine besinnliche Zeit meist mit der Familie verbringt. Ebenso ist es ein Fest mit einer langen Tradition, die sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich entwickelt hat.

Es haben sich dabei im Laufe der Jahrhunderte christliche und heidnische Bräuche vermischt.

Der bis heute erhaltene und beliebte Brauch, Weihnachten einen geschmückten Baum – meist eine Tanne oder Fichte – aufzustellen, stammt offenbar aus Deutschland. Der geschmückte und beleuchtete Tannenbaum zum Weihnachtsfest lässt sich bis zum Beginn des 17. Jahrhunderts zurückverfolgen.

Es ist nun zu einer langen Tradition geworden, den Tannenbaum als Weihnachtsbaum vor dem Heiligen Abend mit Kerzen und Kugeln sowie mit Lametta zu schmücken.

In Deutschland ist die Nordmann-tanne einer der beliebtesten und am häufigsten gekauften Weihnachtsbäume. Die günstigsten und preiswertesten Weihnachtsbäume sind die Fichte und die Kiefer.

Bereits im 19. Jahrhundert wurden deshalb vielerorts Tannen- und Fichtenwälder angelegt, um die große Nachfrage nach Weihnachts- bezie-

hungsweise Christbäumen zu decken. Nach heutigen Schätzungen werden etwa zirka 25 bis 30 Millionen Weihnachtsbäume allein in Deutschland benötigt, um die Weihnachtsstuben zu füllen. Dabei ist das Weihnachtsgeschäft inzwischen ein großer wirtschaftlicher Faktor geworden. Man muss bedenken, dass es etwa fünf Jahre und mehr sowie intensiver forstwirtschaftlicher Pflege bedarf, bis aus einem Tannenbaumsetzling ein zimmergroßer Weihnachtsbaum herangewachsen ist. Inklusiv Transport und Vermarktung ist dann der Preis kalkuliert.

Obwohl wir der Überlieferung nach aus einem Brief der Lieselotte von der Pfalz (1652 – 1722) von einem kerzengeschmückten Baum zum Weihnachtsfest wissen, bedurfte es erst der Gründung der Stearinindustrie etwa nach 1835, um einen Lich-

terbaum mit Wachskerzen entstehen zu lassen. Somit trat offenbar zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Lichterbaum seinen Siegeszug in Deutschland, Europa und der Welt an. Durch deutschen Adel, der sich auch teilweise ins Ausland verheiratete, kam der Weihnachtsbaum in anderen Ländern an. Sogar nach Nordamerika fand der Weihnachtsbaum durch deutsche Einwanderer seinen Weg. Im Jahre 1891 wurde erstmals ein Weihnachtsbaum am Weißen Haus in Washington, dem Präsidentensitz, in Amerika aufgestellt.

Da ein kerzenbestückter Weihnachtsbaum immer auch eine Brandgefahr darstellte, war es üblich, neben dem Lichterbaum einen Eimer Wasser und etwas Sand zum Löschen bereit zu halten.

Vor Jahrhunderten stand man ohne Kerzenlicht praktisch nachts im Dunklen. Mit der Zeit entwickelten sich, neben dem offenen Licht durch Feuer, auch das Kerzenlicht, das Petroleumlicht und das Gaslicht.

Ein revolutionärer Fortschritt in der Geschichte der Beleuchtung vollzog sich 1879. Durch den Amerikaner Thomas Alva Edison (1847 – 1931) wurde die elektrische Glühlampe erfunden und der elektrische Strom fand nach und nach seinen Einzug in die Haushalte weltweit. Der Schritt von der Gasbeleuchtung zur elektrischen Beleuchtung vollzog sich etwa um 1890. In Deutschland war zirka nach 1935 das ganze Land mit wenigen Ausnahmen an das elektrische Stromnetz angeschlossen.

Der Überlieferung nach hat der Mitarbeiter und Teilhaber der Lichtfabrik von Thomas Alva Edison namens Edward Hibberd Johnson (1846 – 1917) um 1882 eine bahnbrechende Idee gehabt und die elektrische Beleuchtung am Weihnachtsbaum erfunden.

Allerdings wurde erst 1901 die erste elektrische Lichterkette für den Weihnachtsbaum auf den Markt gebracht. Zunächst konnten sich nur wohlhabende Leute solchen Luxus leisten. Ende der 1920er Jahren hat sich diese Neuerung auch in Deutschland verbreitet und konnte durch die



Abb. 1: Originale Verpackung einer Lichterkette der Firma WARTBURG HASAG aus dem Jahre 1935.

© H.-J. Gräfe

industrielle Herstellung recht preiswert auch an die deutschen Haushalte verkauft werden (Abb. 1).

Der Weihnachtsbaum war früher mehr als bürgerliches Symbol zu sehen. Die katholische Kirche setzte eher auf die Krippe zum Weihnachtsfest. So wurden erst etwa zur Mitte des 20. Jahrhunderts Christbäume auch in katholischen Kirchen akzeptiert. Papst Johannes Paul II. (1920 – 2005) ist es zu verdanken, dass dieser Brauch auch im Jahre 1982 im Vatikan Einzug hielt und auf dem Petersplatz in Rom erstmals ein elektrisch beleuchteter Christbaum aufgestellt wurde.

Im Weihnachtsbaum beziehungsweise Christbaum ist es die Lichtsymbolik, die mit den immergrünen Zweigen und dem Kerzenlicht beziehungsweise der Beleuchtung das Leben charakterisiert. Früher wurde der Tannenbaum heimlich von den Eltern geputzt und die Geschenke darunter aufgestellt. Erst am Heiligen Abend wurden die Kerzen angezündet beziehungsweise die Baumbeleuchtung eingeschaltet. Dann erst durften die Kinder in die Weihnachtsstube. Welch strahlender Glanz war dann in den Augen der Kinder zu sehen.

Heute ist die Zeit weiter und allein durch die vielen Weihnachtsmärkte sowie die dekorative Gestaltung in Kaufhäusern begegnet uns bereits vor dem ersten Advent der Weih-

nachtsbaum schon Wochen vor dem eigentlichen Fest. Viele Städte in Deutschland stehen dann in Konkurrenz um den schönsten, den höchsten, den mit den meisten Kerzen beleuchteten und am besten geschmückten Weihnachtsbaum. Nicht zu vergessen ist, dass etwa Ende der vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts künstliche Weihnachtsbäume, die schwer entflammbar sind, in Herstellung gingen und auch nach und nach Einzug in den Weihnachtsstuben hielten. Ein echter Weihnachtsbaum bleibt aber immer der Schlager, schon wegen seines natürlichen Duftes.

Es ist zu hoffen, dass diese alte und schöne christliche nunmehr auch weltliche Tradition, das Weihnachtsfest mit einem leuchtenden und geschmückten Tannenbaum im Kreise der Familie und Freunden zu feiern und uns das Gefühl von Glück und Frieden zu beschern, auch über viele Generationen fortbesteht.

In diesem Sinne wünschen das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ und der Autor allen Lesern sowie allen Kollegen ein schönes und friedliches Weihnachtsfest 2017 sowie ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2018.

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