



# Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer  
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen

gegründet 1990



## KINDER- UND JUGENDÄRZTE GEGEN LEGALISIERUNG VON CANNABIS

Lesen Sie auf Seite 14

20 Jahre Fortbildungs-  
zertifikat in Sachsen

8

Influenzasaison  
2018/2019

17

Chronisches  
Fatigue-Syndrom

26

# Impressum

## Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

## Herausgeber

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

## Anschrift der Redaktion

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

## Redaktionskollegium

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

## Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M. A.

## Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden  
[www.rundundeckig.net](http://www.rundundeckig.net)

## Verlag

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

## Anzeigenverwaltung Leipzig

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2019,  
gültig ab 01. Januar 2019

## Druck

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

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Post-  
anschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden.  
Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine  
Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle  
in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind ur-  
heberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schrift-  
licher Genehmigung des Herausgebers und Verlages  
statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen wer-  
den in der männlichen Form verwendet. Diese gelten  
einheitlich und neutral für Personen jeglichen Ge-  
schlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen  
nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des  
Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträ-  
gen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und  
Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung  
in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält  
sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem  
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redak-  
tioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und  
Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit  
in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die  
Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:  
[www.slaek.de](http://www.slaek.de) oder auf Anfrage per Post.

## Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 130,00 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 130,00 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 12,80 € zzgl. Versandkosten 2,50 €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündi-  
gung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei  
Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich  
und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonne-  
mentsgebühren werden jährlich im voraus in Rech-  
nung gestellt.

## Inhalt



LernKlinik Leipzig neu eröffnet  
Seite 5



Aus- und Weiterbildung  
als Motivator  
Seite 6



Prävalenzscreening auf  
Staphylococcus aureus bei  
diesjähriger Schulaufnahme-  
untersuchung möglich  
Seite 15



Start ins Berufsleben  
Seite 23

<b>EDITORIAL</b>	▪ Qualität im Gesundheitssystem.....	4
<b>BERUFSPOLITIK</b>	▪ LernKlinik Leipzig neu eröffnet .....	5
	▪ Aus- und Weiterbildung als Motivator .....	6
	▪ 20 Jahre Fortbildungszertifikat in Sachsen .....	8
<b>KAMMERWAHL 2019</b>	▪ Wer hat gewählt? .....	12
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	▪ Kinder- und Jugendärzte gegen Legalisierung von Cannabis .....	14
	▪ Prävalenzscreening auf Staphylococcus aureus bei diesjähriger Schulaufnahmeuntersuchung möglich ..	15
	▪ Influenzasaison 2018/2019 .....	17
	▪ Aktuelle Informationen zur klinischen Krebsregistrierung in Sachsen .....	21
	▪ Melden von Nebenwirkungen .....	25
<b>MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE</b>	▪ Der medizinische Sachverständige im Fokus .....	22
	▪ Konzerte und Ausstellungen .....	22
<b>KOMMISSION SENIOREN</b>	▪ Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit und Ehrenamt gesucht .....	22
<b>MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE</b>	▪ Start ins Berufsleben .....	23
<b>MITTEILUNGEN DER KVS</b>	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ..	24
<b>ORIGINALIE</b>	▪ Chronisches Fatigue-Syndrom/CFS .....	26
<b>TAGUNGSBERICHT</b>	▪ 12. Gemeinsame Fortbildung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie mit dem Sächsischen Hebammenverband e. V. ....	31
	▪ Erstes „Curriculum Ärztliche Führung“ .....	33
<b>LESERBRIEFE</b>	▪ Thorax-Schmerz .....	34
	▪ Zum 150. Todestag des Dresdener Arztes Carl Gustav Carus .....	34
<b>BUCHBESPRECHUNG</b>	▪ ME/CFS erkennen und verstehen .....	35
	▪ Die verspielte Chance .....	35
<b>PERSONALIA</b>	▪ Jubilare im Oktober 2019 .....	37
	▪ Zum 80. Geburtstag von Dr. med. Gerhard Schubert ..	40
	▪ Abgeschlossene Habilitationsverfahren .....	41
	▪ Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth .....	42
<b>EINHEFTER</b>	▪ Fortbildung in Sachsen – November 2019	



Dr. med. Stefan Hupfer

## Qualität im Gesundheitssystem

Wenn ich den Begriff Qualität (lat. qualitas Merkmal, Eigenschaft, Zustand) lese, dann... Sie können den Satz beliebig ergänzen. Unterscheiden möchte ich zwischen den positiven und negativen Eigenschaften, wie Qualität und das Bemühen darum uns im Alltag begegnet.

### Positive Aspekte der Qualitätssicherung

Es ist unbestritten, dass die uns anvertrauten und vertrauenden Patienten das Recht auf eine gute Behandlung haben. Diese muss in den Grundsätzen vergleichbar sein, also Qualität besitzen. Aber die Vergleichbarkeit ist erst dann möglich, wenn dieser statistisch verwertbare Ergebnisse zugrunde liegen. Diese Daten zu erfassen, ist sehr aufwändig und bindet Zeit, Kosten und Personal – Güter, die im Gesundheitssystem limitiert sind und zur eigentlichen Behandlung der Patienten fehlen.

Und es gibt viele dieser Merkmale. Nehmen wir Überlebens- und Komplikationsraten, Wartezeiten auf Eingriffe oder exakte Indikationsstellung, um nur einige zu nennen. Viele dieser Angaben fließen in der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer zusammen. In einer vorbildlichen Art erfolgt hier die Auswertung. Arbeitsgruppen in den einzelnen Fachgebieten diskutieren die Ergebnisse und beraten in kollegialen Gesprächen, die wirklich kollegial sind, mit den Klinikvertretern, wo Probleme und Ressourcen liegen.

Als Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und Pate für die Projektgeschäftsstelle kann ich das Wirken des Teams um Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser und der Arbeitsgruppen recht gut beurteilen, und alle leisten Erstaunliches.

### Negative Aspekte der Qualitätssicherung

Qualität hat ihren Preis! Jeder weiß: Kaufe ich billig, kaufe ich zweimal. Nicht so im Gesundheitswesen. Hier gibt es die Datenerfassung gleich gratis (oder jedenfalls weitgehend) dazu. Wenn aber die Beurteilung der Qualität so wichtig ist, warum folgt dann nicht bei Erreichen eines hohen Standards auch die Vergütung? So verkommt die Qualitätssicherung zur reinen Bürokratie, das Geld folgt nicht der Leistung. Warum gibt es dieses Nebeneinander der verschiedenen Qualitätsinstrumente? Krankenhäuser werden nach KTQ oder DIN EN ISO zertifiziert, mithin kaum vergleichbar. Wenn ich hier die Hypothese aufstelle, dass sich eine Zertifizierungsindustrie entwickelt hat, werde ich teils wütenden Widerspruch ernten. Ich lasse mir gern das Gegenteil beweisen. Und wenn schon das Nebeneinander der Qualitätssiegel besteht, worin besteht dann die Konsequenz? Welchen Nutzen und welche Aussagekraft hat dann welches Gütesiegel? Warum gibt es noch keine flächendeckende sektorenübergreifende Qualitätsbetrachtung?

Als Leiter eines Brustzentrums habe ich eine Vielzahl von Qualitätsparametern zu beachten. Einzelnen betrachtet, ergeben viele einen Sinn. Unmöglich ist es aber, alle Daten zu einer gemeinsamen Nutzung zu erheben. So müssen für jeden Bereich separate Datensammlungen erfolgen. Unseren persönlichen Qualitätsanspruch an unsere tägliche Arbeit kann man aber nicht erfassen oder kontrollieren, es ist unser ureigenster Anspruch an ärztliches Tun. Auch wenn es zahllose Leitmotive gibt, die, in hochtrabenden Worten verfasst, aller Orten in Krankenhäusern und Praxen hängen oder hängen müssen. Mein Motiv trage ich in mir.

Morgen kann ich Patient sein und was würde ich mir wünschen? Empathie, Zeit für mich, Zeit zum Erklären auf Augenhöhe, Zeit zum Reden und neben Offenheit ein Schuss Optimismus und eine Prise Humor. Wenn wir als Ärzte diesem Anliegen entsprechen können, dann dürften wir für die Notwendigkeit einer guten Qualität und ihrer Dokumentation das Verständnis und die Zeit finden. Für die Auswüchse der Dokumentation sollten wir die Kraft haben, diesen zu widersprechen. Bisher hat mich die Dankeskarte einer zufriedenen Patientin stets mehr gefreut als eine weitere Urkunde an der Wand. ■

Dr. med. Stefan Hupfer  
Vorstandsmitglied

# LernKlinik Leipzig neu eröffnet

Die neue LernKlinik der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gehört aktuell zu den modernsten in ganz Europa. Die Räumlichkeiten sind alle mit hochmoderner Technik ausgestattet. Die Fläche wuchs auf 830 m<sup>2</sup> deutlich an. Über 300 verschiedene Simulatoren, Phantome und medizintechnische Geräte, wie auch erstmals ein Simulations-OP, stehen jetzt in dem Skills- und Simulationszentrum der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig für die Ausbildung bereit. Unter Anleitung von studentischen Tutoren können die Medizinstudierenden vielfältige Kurse und Workshops zum Erlernen und Üben ärztlicher Fertigkeiten nutzen, wie zum Beispiel die Anamnese und klinische Untersuchung am Patienten, die Ausbildung am Ultraschall, das Nähen und Knoten, Wundmanagement, „Spritzenkurs für Zahnmediziner“, kombiniert mit einem Kommunikationstraining, wie auch Kurse zur Geburtshilfe. Dafür stehen insgesamt 25 Trainingsräume zur Verfügung. Die LernKlinik deckt alle klinischen Fachbereiche ab. Fehler beim Training in geschützter Umgebung sind sogar erwünscht, damit die Studierenden so lange üben, bis es klappt. Das verringert später das Risiko für Patienten. Üben und trainieren können die angehenden Ärzte unter anderem im neuen voll ausgestatteten Simulations-Operationssaal, wo sie an der Waschstraße das Anlegen der OP-Kleidung und die Hygiene-Regeln praktisch kennenlernen. Ganz neu ist auch der virtuelle Anatomietisch im Seminarraum nebenan. Dieser große mobile Monitor wird im Unterricht für radiologische wie anatomische Zwecke genutzt. Studierende können den virtuellen Körper von der Haut bis zu den Knochen in seine anatomischen Strukturen zerlegen, um ihn so besser kennenzulernen.



Benedikt Heyart, 28 Jahre alt, Student im 4. Semester Humanmedizin, Tutor in der LernKlinik, erklärt den virtuellen Anatomietisch.

In der Ausbildung unterstützt werden die Studierenden von Simulationspatienten. Die jüngste ist Anfang 30 Jahre und die älteste über 80 Jahre alt. Sie beschreiben in Kommunikationstrainings die Symptome einer Krankheit, welche die Studierenden anschließend bewerten und zu einer Diagnose formulieren. Auch das Überbringen schlechter Nachrichten im Arzt-Patienten-Gespräch will schon im Studium erlernt sein. So nehmen an den Kursen und Workshops der LernKlinik auch Ärzte in Weiterbildung, Auszubildende der Gesundheitsfachberufe der Medizinischen Berufsfachschule Leipzig, aber auch Wissenschaftler für Forschungsprojekte, zum Beispiel vom Innovationszentrum für Computer-assistierte Chirurgie (ICCAS) teil. Allein in 2018 belegten knapp 10.000 Personen die Kurse. Schon beim Bau der neuen LernKlinik wurde auf unterschiedlichste Nutzungsmöglichkeiten der Themenräume geachtet,

sodass perspektivisch eine Vielzahl innovativer Lehrkonzepte umgesetzt und praktisch erlebt werden können. „Unsere Vision ist es, die Möglichkeiten der Simulation in allen Fachbereichen der Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie weiter voranzubringen sowie interprofessionelle Lehre im Rahmen der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu stärken“, fasst Priv.-Doz. Dr. med. Daisy Rotzoll, ärztliche Leiterin der LernKlinik, zusammen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Universitätsklinikum und Fakultät, Klinikern und Lehrbeauftragten spiele dabei eine große Rolle. ■

Peggy Darius  
Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät  
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig  
Tel.: 0341 9715-798  
E-Mail: peggy.darius@medizin.uni-leipzig.de

# Aus- und Weiterbildung als Motivator

Dem ersten Dienst in der Klinik sehen Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) mit Spannung und Respekt entgegen. Auch wir als ärztliche Abteilungsleiter, Chefärzte und so weiter, die die unmittelbare organisatorische und fachlich-inhaltliche Verantwortung für das Handeln des ÄiW an unseren Patienten tragen, begegnen der Situation „Erster Dienst“ je nach Kandidat mit verschiedenen Empfindungen und Erwartungen. Im Sinne unserer Patienten als auch im Sinne der jungen Kollegen ist aus meiner Sicht eine adäquate Vorbereitung auf den ersten Dienst essenziell. Es zeigt sich, dass die erforderlichen fachlich-inhaltlichen Kenntnisse bei den ÄiW regulär solide vorhanden sind, jedoch die Verknüpfung zur Praxis häufig ausbaufähig und der berühmte „klinische Blick“ nur gering ausgeprägt ist. Manchmal trifft man auf Situationen, in denen man sich als erfahrener Aus-/Weiterbildner still fragt: „Warum, um alles in der Welt, wurde nicht eher ein erfahrener Kollege dazu gerufen?“ Währenddessen erfordern andere Situationen die Notwendigkeit der Hintergrundexpertise wesentlich weniger. Häufig wird schlichtweg die Dringlichkeit der Behandlung beziehungsweise die zeitkritische Gefährdung des Pati-

enten verkannt. Nicht nur eines der Beispiele der Reihe „Erfahrungsbericht erster Dienst“ im „Ärzteblatt Sachsen“ zeigte dies anschaulich.

Auf den ersten Dienst vorbereitet zu werden, bedeutet, auch eine ausreichende Einarbeitungszeit zugestanden bekommen zu haben. Sie dient dazu, das in der Regel fundierte Fachwissen der ÄiW um klinische Thematiken, wie Risikostratifizierung der Patienten oder Kennenlernen organisatorischer Strukturen der jeweiligen Abteilung/des jeweiligen Krankenhauses, zu ergänzen. Unabdingbar ist aus meiner Sicht hierfür eine systematische Einarbeitung in den jeweiligen Abteilungen, in welchen der ÄiW zum Dienst tätig sein wird (Station, Notaufnahme, Intensivstation et cetera). Dies bedeutet durchaus einen enormen zusätzlichen Arbeitsaufwand, jedoch profitieren hiervon im Verlauf sowohl die Abteilungen/Kliniken, die ÄiW und nicht zuletzt die Patienten selbst.

Der Anspruch unseres medizinischen Handelns ist, jedem Patienten eine exzellente Versorgung zuzusichern. Ein ÄiW in der Anfangsphase seiner Weiterbildung kann und wird nicht dieselbe Versorgung anbieten können wie beispielsweise ein langjähriger Oberarzt. Daher muss es meines Erachtens das Ziel einer Einarbeitung auch sein, den Blick des ÄiW dafür zu schärfen, wann Hilfe durch seinen Vorgesetzten erforderlich ist. Zu schärfen dafür, wann die eigenen Kenntnisse und Fertigkeiten nicht mehr ausreichen, um die Behandlung abzuschließen und dafür, dass die zu behandelnde Person kein Proband, sondern ein Patient mit Grundrecht auf physisches und psychisches Wohlbefinden ist [1]. Auch dies sind zentrale Elemente einer durch Mentoren betreuten Einarbeitungsphase.

## Wissen, Können, Wollen

Angesichts des Fachkräfte-/Bewerbermangels nicht zu unterschätzen, ist die Zufriedenheit des ÄiW selbst. Die Vorbereitung auf den ersten Klinikdienst ist natürlich ein Bestandteil der Aus- und Weiterbildung und sollte meines Erachtens medizinisch-fachliche, krankenhausspezifisch-organisatorische und nicht zuletzt inzwischen sozio-/ökonomische Belange umfassen. Grundsätzlich ist das menschliche Arbeitsverhalten von Wissen (im Sinne informativer Voraussetzung), Können (im Sinne individueller Fertigkeiten und Fähigkeiten) sowie von Wollen (im Sinne individueller Motivation und Erwartung) geprägt [2, 3]. Für das Erbringen der jeweiligen Arbeitsleistung sind Motivation und Fähigkeiten/Handlungskompetenzen erforderlich. Diese müssen jedoch zur Leistungserreichung wiederum auch genutzt werden. Dieses grundlegende Prinzip wird beispielsweise in der eher für Wirtschaftsbelange gängigen sogenannten Skill-Will-Matrix beschrieben [4, 5] als auch beispielsweise im Bildungsbereich im didaktischen Ansatz nach Hortsch [3] dargestellt.

Motivation selbst wiederum entspricht der Wechselwirkung von Person und Situation, von Motiv und Anreiz. Sie beschreibt Richtung, Intensität und Ausdauer menschlichen Verhaltens mit dem Ziel von Leistung und Zufriedenheit [6]. Im Zuge der sogenannten Generation XYZ sollte insbesondere das Erreichen der subjektiven Zufriedenheit des ÄiW daher nicht aus den Augen des Weiterbildners verloren gehen.

Die Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern, zu welcher auch die adäquate Einarbeitungsphase zählt, nimmt in vielen gängigen Motivationstheorien eine zentrale Stellung ein [7, 8]. Exemplarisch sei hier die Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg genannt, in wel-

## MEIN ERSTER DIENST

Der erste Dienst ist für die meisten Ärzte eine prägende Erfahrung. Aus diesem Grund hat das „Ärzteblatt Sachsen“ Ärzte um ihre Erfahrungsberichte gebeten. Diese sehr anschaulichen Schilderungen veröffentlichen wir an dieser Stelle in loser Folge.

cher Aus- und Weiterbildung die sogenannten Kontextfaktoren positiv beeinflussen. Diese entsprechen Einflussgrößen oder Prädiktoren, die Zufriedenheit im Arbeitsumfeld herstellen können, wie beispielsweise Anerkennung, interessante Arbeitsinhalte oder Aufstieg [9]. Im Gegensatz dazu sind die sogenannten Kontextfaktoren, wie zum Beispiel Arbeitsbedingungen und Entlohnung, schwer beeinflussbar. Diese beseitigen interessanterweise lediglich die Unzufriedenheit des Mitarbeiters, steigern jedoch nicht dessen Motivation [9].

Auch in der Erwartungs-Valenz-Theorie nach Vroom [10] stellt die Aus- und Weiterbildung einen zentralen Motivator dar, da diese die subjektive Wahrscheinlichkeit für die Erreichung des persönlichen (Arbeits-)Ziels erhöht. Auch ÄiW muss der Anspruch zugestanden werden, bestmögliche Medizin für den Patienten zu leisten. Eine fundierte Einarbeitung trägt dazu bei, dass die Erwartung des ÄiW, eine quantitativ und qualitativ hochwertige Arbeitsleistung zu erbringen, erfüllt werden kann.

### Einarbeitung – aber wie?

Wie die adäquate Einarbeitung schlussendlich aussieht, hängt unter anderem von der Komplexität der Arbeitsorganisation und -prozesse der betreffenden Abteilung, der Varianz des Krankengutes sowie dessen Krankheits-/Verletzungsschwere und nicht zuletzt vom ÄiW selbst ab. Motivations- und lerntheoretisch ist ein vermeintlich besserer Lerneffekt der ÄiW durch „In-das-kalte-Wasser-geworfen-werden“ nicht begründbar [11]. Daher sollte eine mentorengleiche Betreuung in den ersten Wochen durch einen Vorgesetzten obligat sein [12]. Einerseits um inhaltlich zu arbeiten, andererseits um eine persönliche Beziehung zwischen Aus-/Weiterbildner und Aus-/Weiterzubildendem zu entwickeln. Scham, persönliche Differenzen und nicht zuletzt Angst

können den Kommunikationsfluss der hierarchieübergreifenden Informations-einholung empfindlich stören oder gar unmöglich machen. Ein ÄiW, der Bedenken hat, seinen Vorgesetzten zu kontaktieren, wird diesen, wenn überhaupt, erst sehr spät zum Behandlungsprozess hinzuziehen oder durchaus erst in für den Patienten kritischen Situationen. Es ist mir wichtig, aus Sicht des Aus-/Weiterbildners zu betonen, dass ein fairer, kollegialer und wertschätzender Umgang mit ÄiW kein Aufheben der in meinen Augen im Bereich der zeit- und vitalkritischen Patientenversorgung essenziellen Hierarchie darstellt. Auch wenn gegebenenfalls, je nach Charakter des ÄiW, eine Erinnerung an die Hierarchie erforderlich sein möge, kann ich das mir hin und wieder von Kollegen begegnende Argument „Freundlichkeit führt zu weniger Folgeleisten“ aus eigener Erfahrung zurückweisen. Auf Angst basierende Personalführung kann niemals ein nachhaltiger und effektiver Führungsstil sein. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn wir Ärzte auch zukünftig von unserer Selbständigkeit und unserem Verantwortungsbewusstsein unter den sich zunehmend wandelnden Rahmenbedingungen profitieren möchten. Kompetenzen zu stärken impliziert zunehmend die Nutzung von

Synergien an Schnittstellen zu anderen akademischen Disziplinen, deren Zugänge zu Wissen, Können und Wollen können für die Medizin zukünftig elementar bedeutsamer werden [13].

### Persönliche Sicht

Mein persönlicher Führungsstil ist an den Motivationsansatz nach Pink angelehnt [14]. In diesem wird Motivation durch die drei Faktoren Selbstbestimmung („Autonomy“), Eigenverantwortung („Mastery“) und Sinnbestimmung („Purpose“) determiniert. Eine adäquate und systematische Aus- und Weiterbildung des ÄiW steigert durch Aneignung von fachlich fundiertem theorie- und praxisbezogenem Wissen das Maß an dessen möglicher Eigenverantwortung und verbessert hierdurch seine Performance am Arbeitsplatz. Ebenso steigert sich das Maß der Selbstbestimmung des Mitarbeiters, da Handlungen unter anderem mit weniger Unsicherheiten eigenständiger ausgeführt werden können. Durch erhöhte Eigenverantwortung und Selbstbestimmung wiederum lässt sich eine verstärkte Sinnbestimmung erreichen [14], beispielsweise im Falle unseres Settings aus Sicht des ÄiW, dem eigenen Anspruch an eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gerecht zu werden.

Ich möchte ermutigen, eben diese drei Größen – Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Sinnbestimmung – durch eine adäquate Einarbeitung vor Dienstantritt und kontinuierliche Betreuung während der AiW-Zeit zu stärken. Denn Ziel unserer ärztlichen Wei-

terbildung sollte neben der fachlich-fundierten Wissensvermittlung, gerade in dem sich zukünftig verschärfenden Nachwuchsmangel sein, die Motivation und Freude am Arztberuf unserer jungen Kollegen zu erhalten und zu fördern. ■

Literatur bei der Autorin

Dr. med. Adina Friedrich, MBA HCM  
Elblandklinikum Radebeul  
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul  
E-Mail: adina.friedrich@elblandkliniken.de

## 20 Jahre Fortbildungszertifikat

### Die Entwicklung der ärztlichen Fortbildung in Sachsen

Die ärztliche Fort- und Weiterbildung ist schon immer ein zentrales Anliegen der ärztlichen Standespolitik und aller verantwortungsbewussten Ärzte gewesen. So haben in den letzten 100 Jahren ärztliche Vereinigungen, wissenschaftliche Gesellschaften, universitäre Strukturen und die Krankenhäuser der Fort- und Weiterbildung einen hohen Stellenwert eingeräumt. Die Motive sind unterschiedlich gewesen: Neben ethischen Aspekten haben Sicherheitsansprüche der Ärzte selbst, Abgrenzungsnotwendigkeiten gegenüber unwissenschaftlichen Heilangeboten, Einführung neuer Heilmethoden und deren Propagierung und nicht zuletzt die Darstellung, der sich immer mehr differenzierenden Facharztlandschaft mit ihren vielfältigen Differenzierungen der therapeutischen Möglichkeiten und die Wissenschaftsfortschritte eine wichtige Rolle gespielt.

Abgesehen von der Zeit des 3. Reiches, in der Ideologien und damit kriminelle Entartungen ärztlichen Handelns in Teilbereichen der Medizin die grundlegenden Fortbildungsmotivationen überdeckt haben, sind auch in dieser Zeit für viele Ärzte die medizinspezifischen Anliegen des Handelns und damit die Fort- und Weiterbildung erhalten geblieben.

Die Installation und Entwicklung der Fortbildung ist eng an die Entwicklung der ärztlichen Standesvertretungen, und später -organisationen geknüpft gewesen. Wobei in Zeiten des Umbruchs und Wandels von Organisationsstrukturen, sei es nach den Medizinalreformen im 19. Jahrhundert, den Neustrukturierungen der ärztlichen Versorgung nach 1945 und erst recht für Sachsen nach 1989, Strukturfragen selbst zu einem wichtigen Inhalt der Fortbildung wurden.

Die Sächsische Landesärztekammer wurde am 12. Mai 1990 gegründet und auf dem 1. Sächsischen Ärztetag am 20./21. April 1991 wurde der erste Präsident der Kammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, gewählt. Schon auf einer vorläufigen Kammerversammlung 1990 wurden 18 Ausschüsse benannt, die sich um die zukünftigen Kammerkompetenzen zu kümmern hatten; unter anderem wurde auch ein Ausschuss für ärztliche Fortbildung installiert, der von Dr. med. Wolfgang Markert, Chemnitz, geleitet wurde.

Nach der Kammergründung am 12. Mai 1990 wurde dann die Akademie für ärztliche Fortbildung in einem feierlichen Akt am 12. Januar 1991 im Markolinischen Palais in Dresden etabliert

und Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel zum ersten Vorsitzenden gewählt (Abb. 1). Erste Ziele wurden in einer Geschäftsordnung festgelegt.

Während in der ersten Wahlperiode die Akademie sich strukturieren und sich im Selbstverständnis finden musste und damit das konkrete Management der Veranstaltungsorganisation noch etwas zurückstand, wurden ab Wahlperiode 1997 die Themenwahl von Veranstaltungen, die Propagierung der Angebote und vor allem die Referentengewinnung zum zentralen Ereignis. Die Nähe der Kammer zur Medizinischen Akademie Dresden (der Kammerpräsident, ein Vorstandsmitglied und der neu gewählte Vorsitzende der Akademie stammten von dort) erleichterte die Programmgestaltung mit kompetenten Wissenschaftlern sehr; aber auch die großen städtischen Kliniken Dresdens, Leipzigs und Chemnitz' sorgten für differenzierte medizinische Fortbildungsthemen.

Ende der 1990er Jahre wurde die ärztliche Fort- und Weiterbildung von der Bundespolitik aufgegriffen und Diskussionen vor allem in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder geführt, die geradezu einschneidende Veränderungen erwogen. Dem Beispiel einiger



Abb. 1: Gründungsveranstaltung der Akademie für ärztliche Fortbildung am 12. Januar 1991. Im Bild ganz rechts der Vorsitzende des vorläufigen Vorstandes, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich.

Länder folgend, wollte man eine „Rezertifizierung“ der Facharztprüfungen alle fünf Jahre ins Auge fassen; jedenfalls sollte die medizinische Fortbildung strengerer Kontrolle unterzogen werden.

Diesen Sentenzen standen die Meinungen der ärztlichen Standesorganisationen entgegen, die argumentierten, dass Fortbildung ein originäres Anliegen der Ärzteschaft selbst sei, dass die Berufsordnung Fortbildung schon fordere, dass der Arzt auch aus Selbstschutzgründen sich fortbilde und die Kliniken und die Kammern selbst viele Angebote machten. Aus diesem Widerspruch zwischen der Gesundheitspoli-

tik und den Standesorganisationen entwickelte sich die Intention, die Fortbildungspflicht (entgegen einer Pflichtfortbildung) in die eigenen Hände zu nehmen. So beschloss der 8. Sächsische Ärztetag 1998 ein freiwilliges Fortbildungsdiplom ab 1. Januar 1999 einzuführen. Innerhalb von drei Jahren sollten die Ärzte 100 Fortbildungspunkte erwerben. Später wurde das Fortbildungsdiplom in Fortbildungszertifikat umbenannt.

Die Folge dieser Neuerung (und erst recht als später doch gesetzliche Regelungen folgten) war ein erheblicher bürokratischer Aufwand, nicht nur durch die Erfassung der beteiligten

Ärzte, sondern durch die notwendige Bewertung angebotener Veranstaltungen mit Fortbildungspunkten. Der zuständige hauptamtliche Mitarbeiterstab musste sukzessive deutlich erweitert werden. Es sei hier schon eingefügt, dass das Team der Kammer durch die Einführung von Barcodes, elektronischer Erfassung der Veranstaltungen und ab 2019 durch eine automatische Zertifikatserteilung, dem Bürokratieaufwand so gut es geht entgegenzusteuern versuchte.

Nach den ersten drei Jahren der freiwilligen Zertifikate hatten sich 158 Ärzte daran beteiligt. Das Bemühen der Kammern nützte diesbezüglich wenig; der Gesetzgeber legte mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in § 95d SGB V fest, dass ab 30. Juni 2004 die niedergelassenen Kollegen (die angestellten ab 2006) ein Zertifikat erwerben mussten, wobei in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte zu erwerben seien. Diesen Prozess konnten die Kammern in ihrer Hand behalten und so hat auch die Sächsische Landesärztekammer in einer inzwischen schon mehrfach ergänzten Zertifizierungsordnung die Einzelheiten des Vorgehens festgelegt. Nach den ersten fünf Jahren der Gesetzes Einführung hatten dann schon 4.553 Ärzte das Zertifikat erworben.

## Inhalte der ärztlichen Fortbildung unserer Kammer

Die Akademiesitzungen, in der Regel vier Sitzungen im Jahr, waren für die inhaltliche Gestaltung der Angebote der Kammer maßgeblich. Hier haben die Mitglieder der Akademie (satzungsgemäß 13 Ärzte, davon mindestens vier niedergelassene, vier angestellte, zwei aus den universitären Strukturen und ein Kollege aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst), die von der Kammerversammlung für jeweils eine Wahlperiode gewählt werden müssen, ihr wichtiges Arbeitsfeld gefunden. Das Themenspektrum war im Grunde so breit wie die heutige Facharztlandschaft, wobei hausärztlich-allgemeine und interdisziplinäre Fachthemen immer einen Schwerpunkt bildeten. Im Vergleich zu anderen Kammern bildeten sich für Sachsen einige Alleinstellungsmerkmale heraus. So fanden jeweils zweimal im Jahr „Interdisziplinäre Fortbildungssemester“ statt, bei denen im Wochenrhythmus sich zehn bis 15 Veranstaltungen einem Thema widmeten (zum Beispiel „Der medizinische Notfall“, „Psychosomatische Störungen“, „Antibiotikatherapie“ und vieles andere mehr). Ein anderes Angebot waren fachübergreifende Themen in Kooperation mit den Apothekern, den Zahnärzten und den Veterinärmedizinern.

Häufig wurden gesundheitspolitische, arztethische, betriebswirtschaftliche und medizinjuristische Fragen erörtert. Zu Zeiten befassten sich die Veranstaltungen mit Fragen des Sponsorings und der oft nicht unproblematischen Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie auf dem Felde der Fort- und Weiterbildung. Zunehmend hatte die Akademie auch die Organisation und inhaltliche Gestaltung von Weiterbildungskursen für unterschiedliche Facharztanwärter zu bewältigen (zum Beispiel „Betriebsmedizin“, „Psychosoma-



Abb. 2: Das Akademierteam 2010 – auch zur Erinnerung an inzwischen verstorbene Mitglieder (v.l.): Dr. med. Hella Wunderlich, Prof. Dr. med. habil. Eberhard Meister, Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong, Dr. med. Johannes Dietrich, Dr. med. Wolfgang Rothe (†), Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Dr. med. Bernhard Ackermann (†), Eva-Maria Schlinzig (†), Dr. med. Mario Hopf, Dr. med. Katrin Bräutigam, Dipl.-Bibl. (FH) Astrid Böhm, Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel.

tische Grundversorgung im Fachgebiet Allgemeinmedizin“ beziehungsweise „Psychosomatische Grundversorgung im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, „Sozialpsychiatrie“ für Psychiatriefacharztkandidaten und vieles andere mehr). Dem entsprach die Kammerversammlung mit dem Beschluss, die Akademie nun Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zu nennen. Ein besonderes Kapitel der Fort- und Weiterbildung waren umfassende Angebote zum Thema Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement. 1999 wurde erstmals das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement als 200 Stunden-Kurs unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Prof. Dr. med. habil. Bernhard Kunath und Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska mit gutem Erfolg durchgeführt. Das Angebot wendet sich an Ärzte im Krankenhaus oder in der Niederlassung, Funktionsträger in medizinischen Einrichtungen sowie Pflegedienstleiter, die Qualitäts- und Risikomanagementaufgaben wahrnehmen. Der Kurs ist zudem eine Voraussetzung für den Erwerb der

Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Insgesamt haben vier Kurse mit insgesamt 72 Teilnehmern stattgefunden. 143 Kammermitglieder haben die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erworben. Herauszustellen sind die kursimmanent entstandenen Projektarbeiten, die zahlreiche Themen im klinischen und auch niedergelassenen Bereich aufgegriffen haben, um zugleich Lösungen zur Verbesserung aufzuzeigen. Sie wurden zum Teil auch veröffentlicht.

Alle diese Bemühungen konnten nur umgesetzt werden, weil die Bereitschaft sächsischer Kammermitglieder sowie die Unterstützung vieler klinischer Einrichtungen und nicht zuletzt die förderliche Begleitung durch den Kammervorstand gegeben war. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung war auch deshalb erfolgreich, weil über viele Jahre ein fester Stamm von Mitgliedern, die auch immer wieder gewählt worden waren, die Auf-

gaben zu ihrer eigenen Sache gemacht haben und die hauptamtlichen Mitarbeiter eine sehr sachdienliche Arbeit geleistet haben und leisten (Abb. 2). Es muss nicht betont werden, dass neben den Kammerangeboten in Sachsen eine unübersehbare Fülle von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen den Ärzten zur Verfügung stehen – so wurden seit 1999, als die Zertifizierungen eingeführt wurden, 245.243 Fortbildungsveranstaltungen anderer Strukturen geprüft und mit Punkten versehen.

### Ausblick

In den vergangenen vier Jahren der Akademiearbeit wurden einige neue Formate entwickelt und mit Erfolg

angeboten. So zum Beispiel der Sächsische Fortbildungstag, der dem Konzept einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung für sächsische Ärzte gemeinsam mit ihren Familien verfolgt. Dabei werden Themen, wie Zeitmanagement, Achtsamkeit, Kommunikation et cetera, aufgegriffen und gemeinsam in Workshops bearbeitet. Für die Kinder wird ein spezielles Programm angeboten, das nun im dritten Jahr auf großen Erfolg trifft. Ein echter „Renner“ ist die Reihe „Recht und Medizin“ geworden, bei der unter anderem Fälle aus der Gutachterstelle für Arzthafungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer mit juristischer Expertise aufgearbeitet werden. Neu und gleich das erste Mal erfolgreich ist das Ange-

bot des Curriculums „Ärztliche Führung“. Hier haben sich 16 Ärzte den Anforderungen an Führung und Management gestellt. Das Curriculum basiert auf einem 80 Stunden-Angebot der Bundesärztekammer, das auch 2020 angeboten werden soll. Die Arbeit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hört nie auf, ist abwechslungsreich und vielfältig – die Zukunft bleibt spannend. ■

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Ehemaliger Vorsitzender der Sächsischen  
Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
(1990 bis 2015)

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska  
Vorsitzende der Sächsischen Akademie für  
ärztliche Fort- und Weiterbildung (seit 2015)

# Wer hat gewählt?

## Statistische Auswertung zur Wahlbeteiligung

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2019, wurden die Ergebnisse der Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2019 bis 2023 veröffentlicht. Eine Wahlanfechtung war binnen einer Woche nach dieser Bekanntmachung möglich, jedoch sind weder Wahlanfechtungen noch Anfragen von Kammermitgliedern hinsichtlich der Gültigkeit der Wahl eingegangen. Damit ist die Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 bis 2023 abgeschlossen und rechtsgültig.

Die hier vorgelegte Analyse der Wahlbeteiligung soll Besonderheiten im Wahlverhalten der sächsischen Ärzte aufzeigen. Die Auswertung der Ergebnisse wurde ausschließlich statistisch und anonym unter Beachtung des Datenschutzes vorgenommen. Weder Namen noch Adressen waren einbezogen. Ein Rückschluss auf Personen ist deshalb nicht möglich.

### Wahlbeteiligung allgemein/ Geschlechter/Wahlkreise

Von den 25.104 wahlberechtigten Ärzten des Freistaates Sachsen gaben 10.889 ihre Stimme in 13 Wahlkreisen ab, davon 10.786 fristgemäß. Das entspricht einer Wahlbeteiligung von insgesamt 42,97 Prozent. Das Gefälle zwischen den Geschlechtern, welches bei der vorletzten Kammerwahl noch zugunsten der Ärztinnen festgestellt wurde, war diesmal nicht mehr zu erkennen. Ärztinnen wie Ärzte beteiligten sich nahezu im gleichen Maß an der Kammerwahl. Zur Wahlbeteiligung in den einzelnen Wahlkreisen wird auf das „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2019, verwiesen.

### Wahlbeteiligung in den Altersgruppen

Die Wahlbeteiligung ist durchaus altersabhängig (Abb. 1). Vor allem jüngere Mediziner haben eher zurückhaltend von ihrem aktiven Stimmrecht Gebrauch gemacht. Die Ursachen dafür können vielfältig sein. Neben einem geringen Interesse an der Tätigkeit einer Ärzte-

kammer spielt möglicherweise der Zeitfaktor eine große Rolle. Diese Wähler, die sich in der Mehrzahl in den Krankenhäusern in der Facharztweiterbildung befinden, könnten auf Grund der Arbeitsbelastung in der Klinik oder familiär bedingt einen geringen Zeitfonds haben. Dagegen sind Ärzte oberhalb des 55. Lebensjahres an der Kammerarbeit deutlich mehr interessiert. Ursache dafür könnte sein, dass sie den Aufbau der Selbstverwaltung nach der politischen Wende 1989 miterlebt haben und um das hohe Gut des Arztberufs als freier Beruf wissen.

### Wahlbeteiligung in den Tätigkeitsgruppen

Die angestellten Ärzte haben sich mit etwa 37 Prozent und niedergelassene Ärzte mit 50 Prozent an der Kammerwahl beteiligt (Abb. 2). Zu den Ärzten im Ruhestand gilt das vorab bereits Gesagte. Damit setzt sich der Trend aus den Kammerwahlen der vorangegangenen Wahlperioden fort.

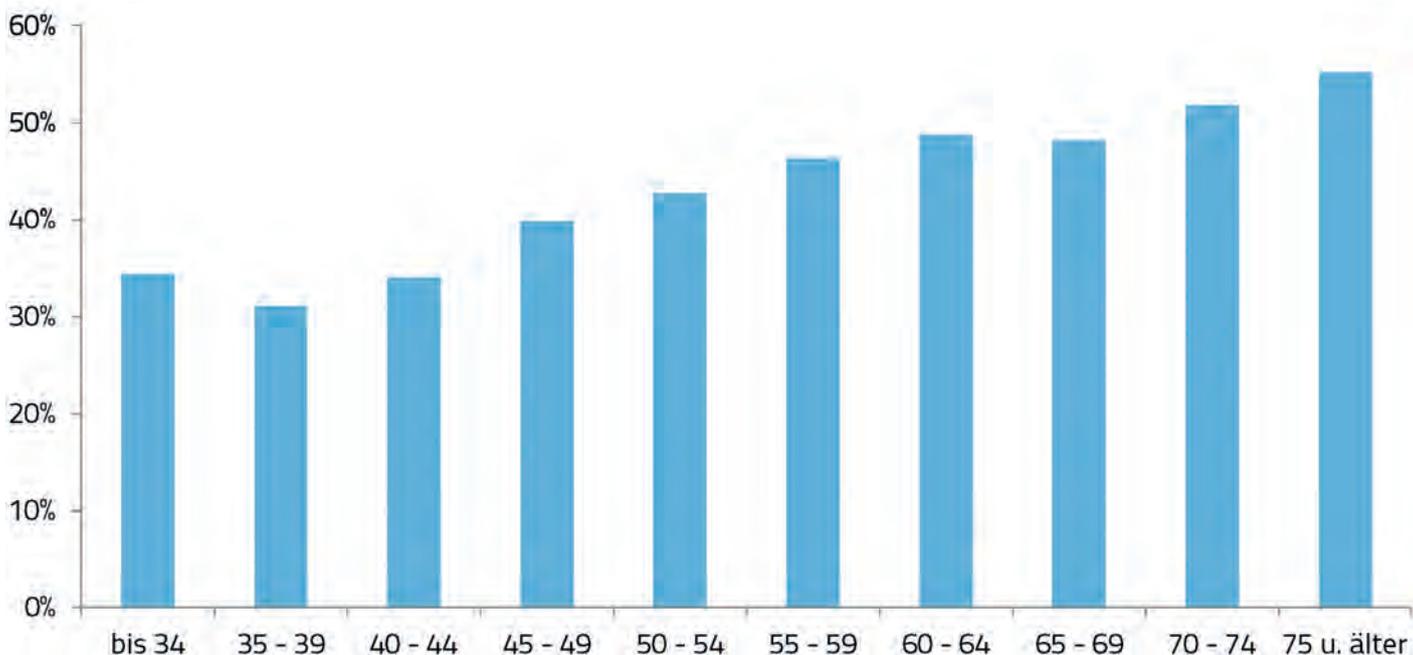


Abb. 1: Wahlbeteiligung nach den Altersgruppen in Prozent

## Zusammensetzung der Kammerversammlung

Selbige wurde ebenfalls im Heft 5/2019 veröffentlicht. An dieser Stelle sei nur noch erwähnt, dass von den 101 Mandatsträgern fast die Hälfte (47) erstmals in die Kammerversammlung gewählt wurde. Die 103 Mitglieder der Kammerversammlung sind zwischen 29 und 76 Jahren alt, davon sind 81 Prozent zwischen 31 und 60 Jahren alt. Gegenüber der vergangenen Kammerversammlung konnte damit erneut eine Verjüngung festgestellt werden.

In politisch bewegten Zeiten und vor anstehenden Reformen ist eine aktive berufsständische Vertretung von besonderer Bedeutung. Eine Berufsvertretung, wie sie die Sächsische Landesärztekammer darstellt, kann die Interessen des gesamten Berufsstan-

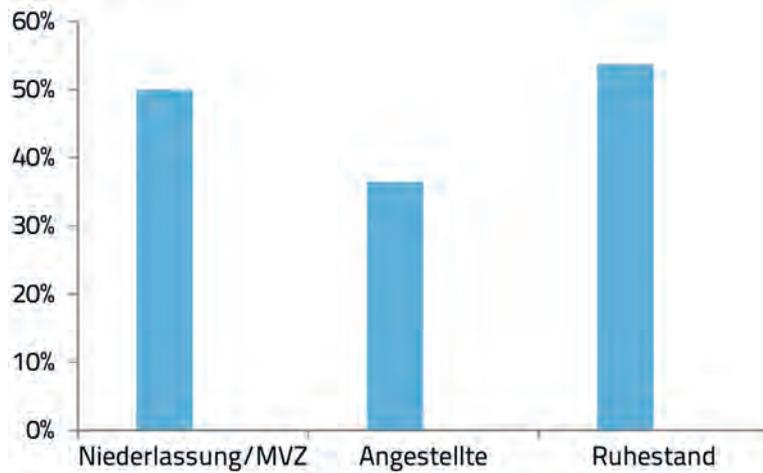


Abb. 2: Wahlbeteiligung nach den Tätigkeitsgruppen in Prozent

des nur durch eine aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder wirksam vermitteln und durchsetzen. Die Alternative zur Sächsischen Landesärztekammer wäre eine staatliche Zwangsverwaltung. Aus dieser Sicht ist eine aktive Wahlbeteili-

gung für die Standesvertretung unbedingt notwendig. In vier Jahren haben Sie wieder die Möglichkeit dazu. ■

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Landeswahlleiterin

# Kinder- und Jugendärzte gegen Legalisierung von Cannabis



Die psychosozialen Risiken von häufigem Cannabiskonsum sind inzwischen empirisch belegt. Je jünger die Konsumenten, desto schwerwiegender die Folgen.

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) hat sich im Juni 2019 gegen die Legalisierung von Cannabis ausgesprochen. Die DAKJ setzt sich seit langem für Präventionskampagnen gegen den Konsum von Drogen und Suchtstoffen durch Kinder und Jugendliche ein. Das gilt für sogenannte legale Drogen wie Tabak und Alkohol und erst recht für vom Gesetzgeber aus guten Gründen für illegal erklärte Substanzen, weil bekannt ist, welche nachteiligen Wirkungen diese Drogen insbesondere für Kinder und Jugendliche haben können: Je jünger die Konsumenten, desto schwerwiegender die Folgen.

Die psychosozialen Risiken von häufigem Cannabiskonsum, wie vorzeitige Schulabbrüche und geringerer Bildungserfolg, sind inzwischen empirisch belegt, auch liegen Hinweise für Risiken im sozialen Bereich vor. Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär der DAKJ: „Deshalb beobachten wir mit großer Sorge, wenn außerhalb medizinischer Indikationen und schmerzthe-

rapeutischer Anwendungen von einigen politischen Parteien über eine Legalisierung von Cannabis für den Freizeitgebrauch nachgedacht wird. Solche Diskussionen suggerieren gerade jüngeren Menschen, Cannabis sei eine ungefährliche Substanz, die man ohne Risiken wie ein harmloses Genussmittel konsumieren könne. Bei allen Initiativen für eine Legalisierung des Cannabiskonsums für Erwachsene wurde bislang völlig ausgeblendet, wie man sicherstellen will, dass Cannabisprodukte nicht an Kinder und Jugendliche weitergereicht werden, die besonders schutzbedürftig sind.“ Diese Ansicht vertritt auch die Sächsische Landesärztekammer sowie die Bundesärztekammer.

Die 2018 veröffentlichte CaPRis-Studie belegt: Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Etwa jeder vierte erwachsene EU-Bürger hat sie schon einmal in irgendeiner Form ausprobiert. In Deutschland haben in den letzten zwölf Monaten 6,1 Prozent der

Allgemeinbevölkerung (18 bis 64 Jahre) Cannabis konsumiert. Das entspricht hochgerechnet 3,11 Millionen Menschen. Der Konsum ist vor allem bei jungen Menschen verbreitet: In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen haben 13,2 Prozent Cannabis in den letzten zwölf Monaten konsumiert, in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen sind es sogar 17,6 Prozent.

Als psychoaktive Substanz kann Cannabis die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu Persönlichkeitsstörungen führen, insbesondere, wenn es bereits in jungen Jahren regelmäßig konsumiert wird. Hinzu kommt die Gefahr, dass viele Cannabissorten heutzutage sehr hohe Tetrahydrocannabinol (THC)-Konzentrationen aufweisen und die schädigende Wirkung dadurch potenziert wird. Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Anstieg des Risikos für psychotische Störungen und die Entwicklung eines cannabisbezogenen Abhängigkeitssyndroms.

Prof. Huppertz: „Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin ist besonders besorgniserregend, dass es in Staaten mit legalisierter Freigabe von Cannabis zu einem Anstieg der Zahl jugendlicher Konsumenten sowie einer Zunahme von Gesundheitsschäden durch Intoxikation bei Kindern gekommen ist. Zudem ist Cannabis eine klassische Einstiegsdroge. Durch eine Legalisierung von Cannabis werden die gesundheitlichen Gefahren des Cannabiskonsums verharmlost und jahrzehntelange erfolgreiche Präventionsbemühungen im Suchtbereich konterkariert.“ ■

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# Prävalenzscreening auf Staphylococcus aureus bei diesjähriger Schulaufnahmeuntersuchung möglich

Im August dieses Jahres begann die Zeit der Schulanmeldung für die Familien, deren Kinder 2020 in die erste Klasse eingeschult werden. Im Zuge der Schulanmeldung erfolgt auch die Terminvergabe zur Schulaufnahmeuntersuchung (SCHAU), in welcher jedes zukünftige Schulkind von einer Ärztin oder einem Arzt des Gesundheitsamtes untersucht wird.

In diesem Jahr bekommen die Familien in vielen sächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten neben den Unterlagen für die Schulaufnahmeuntersuchung zusätzlich die Studieninformationen der „Untersuchung zur Prävalenz von PVL-bildenden Staphylococcus aureus (PVL-MRSA, PVL-MSSA) bei Vorschulkindern in Sachsen“ ausgehändigt. Die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen koordiniert im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums

für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) diese Studie. Die Durchführung erfolgt in Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsämtern.

## Geplanter Ablauf der Studie

Zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung der Vorschul Kinder in Sachsen von September 2019 bis Februar 2020 sollen die Kinder auf das Vorliegen einer Besiedlung mit PVL-MRSA und PVL-MSSA untersucht werden. Da bei der SCHAU die Anwesenheit eines Elternteils erforderlich ist und die Transmissionswahrscheinlichkeit bei Personen mit engem körperlichen Kontakt und gemeinsam benutzten Haushaltsgegenständen erhöht ist, soll auch eine Probe vom begleitenden Elternteil auf oben genannten Erreger untersucht werden. Als Probenmaterial soll ein Rachen-/Nasenabstrich entnommen werden (Rachenring und Nasenvor-

höfe). Dieser wird durch Ärzte der beteiligten Gesundheitsämter während der SCHAU entnommen, ist schmerzfrei und mit keinen gesundheitlichen Risiken verbunden.

## Hintergrund der Studie

S. aureus ist der häufigste Erreger von Infektionen der Haut und Weichteile. Manche S. aureus-Stämme sind in der Lage, den Pathogenitätsfaktor Pantovallentine-Leukozidin (PVL) zu bilden und können damit auch für gesunde Menschen von gesundheitlicher Bedeutung sein. Es gibt Hinweise, dass Infektionen durch diese Stämme schwerer verlaufen als durch S. aureus-Stämme ohne PVL-Bildung. Die PVL-Bildung kann bei Methicillin-sensiblen und Methicillin-resistenten S. aureus (MSSA beziehungsweise MRSA) vorkommen. Ausbrüche von Hautinfektionen im ambulanten Bereich durch PVL-bildende



Bei der Schulaufnahmeuntersuchung sollen Kinder in Sachsen auf das Vorliegen einer Besiedlung mit PVL-MRSA und PVL-MSSA untersucht werden.

MRSA (community acquired MRSA = caMRSA) und PVL-bildende MSSA sind vielfach beschrieben, eine Übertragung innerhalb von Kindergärten und Grundschulklassen konnte beispielsweise in der Schweiz und in Deutschland nachgewiesen werden.

In Sachsen existiert seit 2012 eine Labormeldepflicht für den direkten und indirekten Nachweis von caMRSA (Panton-Valentine-Leukozidin [PVL]-bildend), wenn die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen. Seitdem steigen die Meldezahlen kontinuierlich an (von elf Fällen in 2014 auf 92 Fälle 2018). Da Kolonisationen und Infektionen durch PVL-MSSA und Kolonisationen mit caMRSA nicht meldepflichtig sind, fehlen entsprechende Daten zu deren Verbreitung in der sächsischen Bevölkerung.

### Ziel der Studie

Mit der geplanten Studie soll in erster Linie ein Überblick über die epidemiologische Situation bezüglich Kolonisation mit den genannten Erregern in der Kohorte der Vorschulkinder und deren Eltern in Sachsen erlangt werden. In Abhängigkeit der Ergebnisse können in

der Folge Diskussionen angeregt werden hinsichtlich eventueller Anpassungen von Screening-, Hygiene- beziehungsweise Verhaltensempfehlungen oder auch hinsichtlich einer eventuell notwendigen Anpassung der bestehenden Meldepflicht.

### Gewähltes Untersuchungsumfeld

Dass eine große Zahl an gesunden Personen (Kinder und Erwachsene) bei einem Arzt vorstellig werden, kommt nur sehr selten vor. Aus diesem Grund bietet sich die Schulaufnahmeuntersuchung an.

### Gründe für die Teilnahme

Für die Vorschüler und Familien gibt es keinen unmittelbaren medizinischen Nutzen aus der Teilnahme an der Studie, da die persönlichen Abstrich-Ergebnisse komplett anonym bearbeitet werden und somit persönliche Ergebnisse weder den teilnehmenden Personen, noch dem zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt werden können. Das Engagement an dieser Studie kommt jedoch der Allgemeinheit zugute, denn durch die Teilnahme möglichst vieler gesunder Kinder und Erwachse-

nen, leisten diese einen wichtigen Beitrag zur Informationsgewinnung über die Verbreitung von PVL-bildenden *S. aureus* in der Bevölkerung in Sachsen.

### Gewählter Zeitraum/Aktualität

Derart umfangreiche Projekte bedürfen einer langen Planungs- und Antragszeit. Zudem müssen die finanziellen und personellen Mittel zur Verfügung stehen sowie ein Votum der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer eingeholt werden. Diesem Projekt liegt kein Ausbruchsgeschehen mit den zu untersuchenden Bakterien oder Ähnliches in Sachsen zugrunde. Sollten Sie weitere Informationen zur Thematik wünschen, können Sie gern die Webseite des MRE-Netzwerkes Sachsen ([www.mre-netzwerk.sachsen.de](http://www.mre-netzwerk.sachsen.de)) aufrufen oder sich bei Ihrem zuständigen Gesundheitsamt informieren. ■

Dipl.-Med. Heidrun Böhm  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz  
Referatsleiterin  
Öffentlicher Gesundheitsdienst,  
Infektionsschutz, umweltbezogener  
Gesundheitsschutz  
E-Mail: [Heidrun.Boehm@sms.sachsen.de](mailto:Heidrun.Boehm@sms.sachsen.de)

Anzeige

**Jubiläumsveranstaltung**  
**25. September 2019**  
Festsaal „Börse“, Messe Dresden

**10**  
Jahre Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

[www.aerzte-fuer-sachsen.de/aktuelles](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de/aktuelles)  
[info@aerzte-fuer-sachsen.de](mailto:info@aerzte-fuer-sachsen.de)

# Influenzasaison 2018/2019

## Ein Rückblick

S. Merbecks

Wann, wo (zuerst) und mit welcher Intensität die saisonale Influenzawelle auftritt, lässt sich nicht voraussagen. Doch eines ist sicher: Sie kommt, Jahr für Jahr.

Während der Influenza-Saison 2018/2019 wurden im Freistaat Sachsen 22.642 Influenza-Erkrankungen melde-technisch erfasst. Dies sind zwar weniger als halb so viele Influenza-Fälle wie in der Vorsaison, die Berichtssaison 2018/2019 rangiert bezüglich der übermittelten Fallzahl nach der Rekordsaison 2017/2018 jedoch auf dem zweiten Platz. In der Saison 2017/2018 war bezüglich der Meldezahlen mit übermittelten 47.765 Influenza-Erkrankungen ein Rekordwert seit 2001 erreicht worden. In den Vorjahren wurden hingegen jeweils nur maximal 10.000 bis 16.000 Influenza-Fälle übermittelt (siehe Abb. 1). Die Dunkelziffer liegt sicherlich noch um einiges höher, da nicht jeder Erkrankte den Arzt aufsucht und dieser dann auch nicht bei allen Patienten eine Laboruntersuchung veranlasst. Sicherlich haben eine gesteigerte Surveillance und eine Zunahme labordiagnostischer Nachweise mit zum Anstieg der Meldezahlen (und gegenläufig zu einer Abnahme der Dunkelziffer) in den vergangenen Jahren beigetragen, nichtsdestotrotz liegt jedoch eine weitere Saison mit außergewöhnlich hoher Krankheitslast hinter uns.

Die Influenzawelle 2018/2019 begann in Sachsen in der 5. Kalenderwoche (KW) 2019 und endete nach der 13. KW 2019. Mit jeweils über 2.200 gemeldeten Influenza-Fällen erreichte die

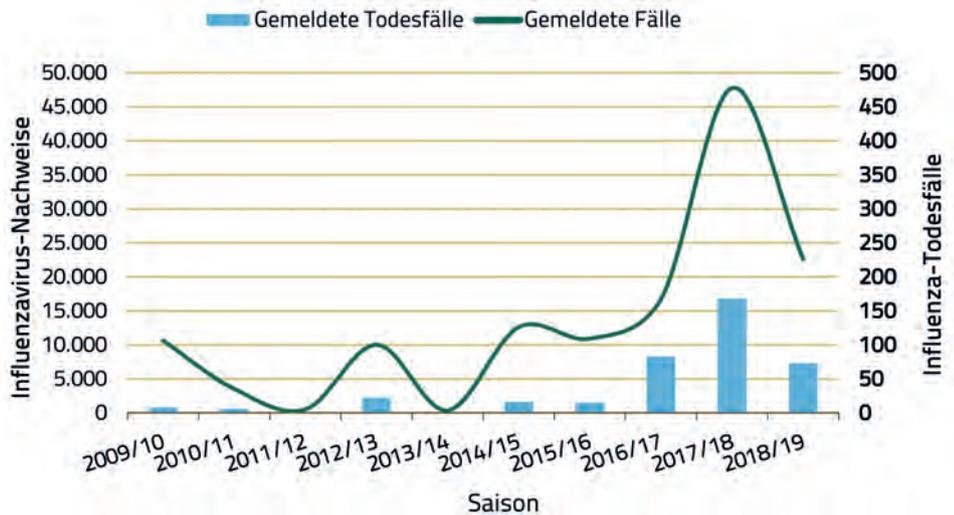


Abb. 1: Gemeldete Influenza-Nachweise und Todesfälle in Sachsen, Saison 2009/2010 bis 2018/2019, Quelle: LUA Sachsen

diesjährige Influenzawelle von der 6. bis zur 10. KW 2019 ihren Höhepunkt. In der 7. und 8. KW 2019 kamen sogar jeweils über 3.400 Erkrankungen zur Meldung.

In der Saison 2018/2019 dominierten in Sachsen wie auch bundesweit Influenza A-Viren deutlich mit über 99 Prozent, Influenza B-Viren wurden nur vereinzelt nachgewiesen. Innerhalb des sächsischen Sentinels waren knapp zwei Drittel (63,3 Prozent) der Influenza-Infektionen durch den Subtyp A(H1N1)pdm09 und ein gutes Drittel

(36,7 Prozent) durch den Subtyp Influenza A(H3N2) bedingt. Laut Untersuchungsergebnissen des Nationalen Referenzzentrums für Influenza gehörten die Influenza A-Viren bundesweit nahezu paritätisch dem Subtyp A(H1N1) und dem Subtyp A(H3N2) an.

Wie schon in der Vorsaison erkrankten während der Saison 2018/2019 in Sachsen verhältnismäßig viele Erwachsene im berufstätigen Alter, nur insgesamt ein Drittel der Erkrankungen traten bei Kindern und Jugendlichen auf. Mehr als die Hälfte aller während der Saison 2018/2019 gemeldeten Fälle

betrifft Patienten im Alter zwischen 20 und 64 Jahren. 16 Prozent der Erkrankungen, und damit ein deutlich größerer Anteil als in der Vorsaison, traten bei Kleinkindern (ein bis vier Jahre) auf, in zwölf Prozent der Fälle waren über 64-jährige Senioren betroffen (siehe Abb. 2).

Laut Datenübermittlung der sächsischen Gesundheitsämter mussten in der Saison 2018/2019 insgesamt zehn Prozent der an Influenza Erkrankten im Krankenhaus behandelt werden. Besonders hoch waren die Hospitalisierungsraten wie zu erwarten in den Altersgruppen der Säuglinge und Senioren mit über 20 Prozent. Allerdings erfolgte nur in 57 Prozent der Fälle hierzu eine Dateneingabe, das heißt bei 43 Prozent aller Erkrankten wurde nicht übermittelt, ob eine Hospitalisierung erfolgte oder nicht. Der Anteil der hospitalisierten Patienten hatte in den Vorsaisons zwischen neun und 14 Prozent betragen. Hier ist jedoch generell von einer Untererfassung und Dunkelziffer an Hospitalisierten auszugehen. Gerade während ausgeprägter Influenza-Epidemien führen stark zunehmende und extrem hohe Zahlen von Erkrankungsmeldungen dazu, dass die Gesundheitsämter weniger Einzelfallermittlungen durchführen. Infolgedessen sind auch die Hospitalisierungsraten aufgrund lückenhafter Dateneingaben nicht abschließend zu bewerten.

In Sachsen verstarben in der Saison 2018/2019 insgesamt 74 Patienten nachweislich an Influenza. Betroffen waren ausschließlich Erwachsene im Alter zwischen 45 und 97 Jahren, der Altersmedian der Verstorbenen lag bei 78,5 Jahren. Damit waren zwar deutlich weniger Todesfälle zu beklagen als in der Vorsaison mit 176 Meldungen, dennoch belegt diese Zahl die Bedrohlichkeit dieser Erkrankung vor allem für ältere, mit Vorerkrankungen belastete Patienten (siehe auch Abb. 1).

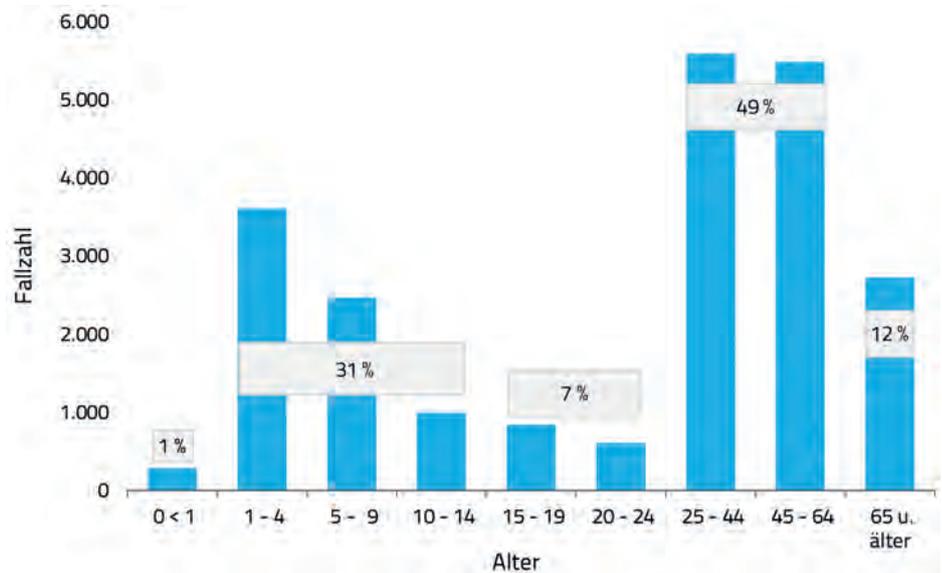


Abb. 2: Influenza 2018/2019 in Sachsen, Altersverteilung (Melde Daten nach IfSG, 40. KW 2018 – 17. KW 2019, Quelle: LUA Sachsen)

### Respiratorische Synzytial-Virus-Infektionen (RSV) 2018/2019:

Gemäß § 2 (1) Nr. 17 der Sächsischen Meldeverordnung zum Infektionsschutzgesetz ist der Labornachweis einer Infektion mit Respiratorischem Synzytial-Virus (RSV) in Sachsen meldepflichtig. Dieser Erreger von Atemwegsinfektionen ist dafür bekannt, dass er insbesondere bei Senioren, Risikopatienten im Erwachsenenalter (chronische Herz- und Lungenerkrankungen) sowie Säuglingen zu schweren, mitunter lebensbedrohlichen Krankheitsverläufen führen kann.

Die Saison 2018/2019 zeichnete sich nicht nur durch ein ausgeprägtes Influenza-Geschehen, sondern auch durch vergleichsweise sehr hohe Meldezahlen von RSV-Infektionen aus. Insgesamt wurden ab der 40. KW 2018 bis einschließlich der 17. KW 2019 im Freistaat Sachsen 5.539 RSV-Infektionen melde-technisch erfasst, in der Vorsaison 2017/2018 wurden 3.604 Fälle übermittelt, der 3-Jahres-Mittelwert lag bei nur 2.812 RSV-Erkrankungen. Somit war in der Saison 2018/2019 ungefähr eine Verdopplung der Fallzahl zu verzeichnen. Es erkrankten vor allem

Kleinkinder im Alter zwischen ein und vier Jahren (46 Prozent der Fälle), ein Viertel aller Erkrankungen wurde bei Säuglingen diagnostiziert, Senioren (> 65 Jahre) waren in 9,4 Prozent der Fälle betroffen. Auch die Anzahl der in der Saison 2018/2019 registrierten Todesfälle war mit 23 Verstorbenen äußerst hoch. In den vorherigen drei Saisons wurden jeweils nur maximal drei Todesfälle gemeldet. Es verstarben in der Saison 2018/2019 14 Männer und neun Frauen im Alter zwischen 50 und 95 Jahren, der Altersmedian lag bei 83,5. Fünf der Todesfälle traten im Zusammenhang mit zwei Ausbrüchen in Seniorenheimen auf.

### Impfdurchbrüche

Eine Aussage zu Impfdurchbrüchen ist nur eingeschränkt möglich. Bei zum Teil über 2.000, zum Höhepunkt in der 7. und 8. KW 2019 sogar jeweils 3.440 neuen Influenza-Erkrankungen in der Woche waren die sächsischen Gesundheitsämter außerstande, entsprechende Einzelfallermittlungen zum Impfstatus durchzuführen. Laut Dateneingabe – und die erfolgte nur in 41 Prozent aller Fälle – im Mindestabstand von 14 Tagen vor Erkrankungsbeginn gegen Influenza-

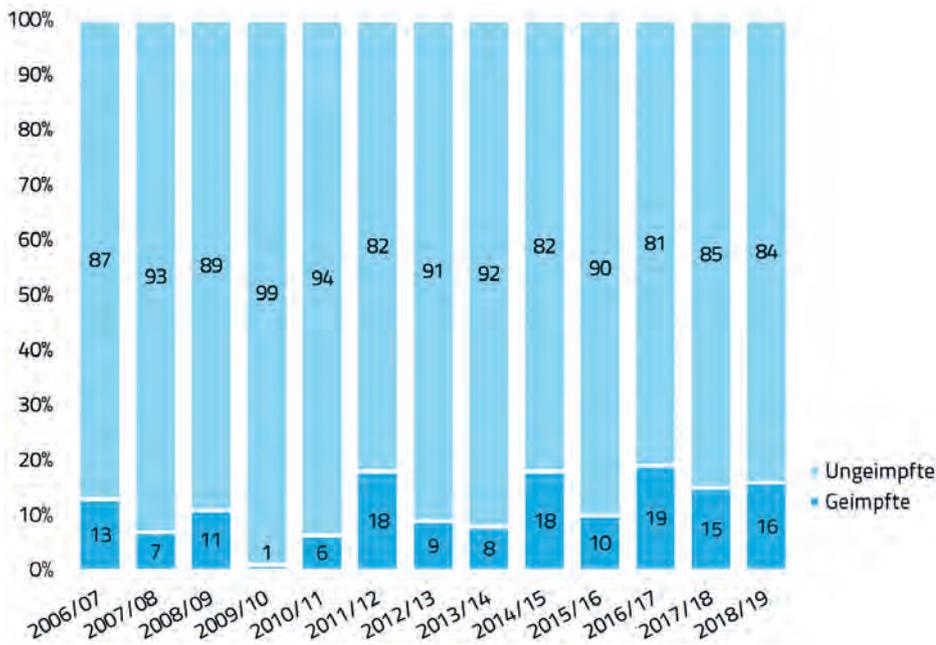


Abb. 3: Relation geimpfter und ungeimpfter Personen mit Influenzavirus-Nachweis, Saison 2006/2007 bis 2018/2019, Sächsisches ARE-/Influenza-Sentinel, Quelle: LUA Sachsen

enza geimpft, waren insgesamt 4,7 Prozent der in Sachsen während der Saison 2018/2019 an Influenza Erkrankten. Allerdings könnte diesbezüglich eine Untererfassung aufgrund der erwähnten lückenhaften Ermittlung und Dateneingabe vorliegen. Interessant – obgleich nicht überraschend – stellt sich die Altersgruppenverteilung dar. Während bei den 60 Jahre und älteren Senioren 11,9 Prozent Impfdurchbrüche registriert wurden, gefolgt von den älteren Erwachsenen (40 – 59 Jahre) mit 6,2 Prozent, waren in den anderen Altersgruppen nur jeweils zwischen 1,1 und 3,2 Prozent Impfdurchbrüche zu verzeichnen.

Kein Impfstoff bietet einen hundertprozentigen Schutz. Vor allem Personen, deren Immunsystem generell weniger gut auf Impfungen anspricht (zum Beispiel ältere oder chronisch kranke Menschen), entwickeln eben zum Teil nicht die gewünschte Immunantwort.

Innerhalb des Sächsischen ARE-/Influenza-Sentinel betrug der Anteil geimpfter Personen an allen mit Influenza-

positiven der Saison 2018/2019 insgesamt 16 Prozent und lag damit um einen Prozentpunkt höher als in der Vorsaison. Verglichen mit Saisons in denen der Influenza-Subtyp A(H3N2) dominiert hatte (2016/2017, 2014/2015, 2011/2012), war der Anteil geimpfter Personen relativ niedrig. In Relation zu Saisons mit Kozirkulation der verschiedenen Typen und Subtypen (zum Beispiel 2007/2008, 2012/2013, 2015/2016) relativ hoch (siehe Abb. 3). Dass sich der Influenza Subtyp A(H3N2) aufgrund seiner hohen Variabilität besonders schwer in Impfstoffen repräsentieren lässt, war schon häufig zu beobachten. Auch in der Saison 2018/2019 war vor allem gegen den Influenza A(H3N2)-Stamm, der in Sachsen wie bundesweit kursierte, nur eine suboptimale Impfeffektivität vorhanden.

## Impfquoten

Im Januar 2018 hatte die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut ihre Influenza-Impfempfehlung präzisiert und für die Impfung gegen saisonale Influenza explizit einen tetravalenten Influenza-Impfstoff empfohlen. Diese Empfehlung der Bevorzugung 4fach-valenter vor 3fach-valenten Impfstoffen war durch die Sächsische Impfkommission (SIKO) bereits ab 1. Januar 2017 erfolgt. Die schlussendlich klare Positionierung der STIKO führte dazu, dass die Verwendung des tetravalenten Impfstoffes nun generell als Kassenleistung abrechenbar wurde. In Folge wurden in der Saison 2018/2019 überwiegend tetravalente Impfstoffe verabreicht. Dies hat gemeinsam mit der ausgeprägten Influenza-Epidemie der Vorsaison 2017/2018 sicherlich mit dazu beigetragen, dass der Abwärtstrend der Impfquoten in Sachsen gestoppt wurde und in der Saison 2018/2019 eine, wenn auch geringe Zunahme der Impfbereitschaft zu registrieren war.

Die folgenden Auswertungen waren anhand der sächsischen Impfdatenbank, die anonymisiertes Datenmaterial der seit 2009 über die Kassenärztliche Vereinigung im Freistaat Sachsen (KVS) abgerechneten Impfungen enthält, möglich. In Tabelle 1 werden die jeweils absolute Zahl von durchgeführten Influenza-Impfungen pro Saison (1. September bis 28. Februar des Folgejahres) seit 2009/2010 sowie die anhand der Bevölkerungszahlen errechneten Impfquoten für den Freistaat Sachsen aufgelistet. Nachdem die Impf-

Tab. 1: Influenza-Impfungen und Impfquoten im Freistaat Sachsen, Saison 2009/2010 bis 2018/2019, Quelle: LUA Sachsen

Saison	Anzahl Influenza-impfungen	Impfquote in Prozent
2009/2010	1.568.279	41,8
2010/2011	1.221.597	32,7
2011/2012	1.158.009	31,7
2012/2013	1.107.036	30,4
2013/2014	1.103.448	30,3
2014/2015	1.053.828	28,9
2015/2016	1.035.384	28,2
2016/2017	1.015.821	27,7
2017/2018	1.002.535	27,3
2018/2019*	1.047.610	28,5

\*Stand 31.12.2018

quote seit 2009/2010 kontinuierlich abgenommen hatte, ist in der vergangenen Saison trotz aktuell noch fehlender Daten zu den Monaten Januar und Februar 2019 ein Anstieg der allgemeinen Impfquote auf 28,5 Prozent zu verzeichnen.

Rückblickend auf die Influenza-Saison 2017/2018 haben sich in den ersten zwei Monaten des Jahres 2018 noch 28.822 Personen gegen Influenza impfen lassen, was einem Anteil von 2,9 Prozent (Mittelwert über die letzten neun Saisons: 2,6 Prozent) entspricht.

Insgesamt lag die Impfquote in dieser Saison trotz der deutschlandweiten Empfehlung zur Verwendung des 4fach-Impfstoffs mit Beginn des Jahres 2018 und der auch medial geführten Diskussion mit 27,3 Prozent jedoch wieder unter den Werten der Vorjahre. Setzt man voraus, dass sich auch in der Saison 2018/2019 noch circa 2,6 Prozent der Versicherten Anfang des Jahres 2019 haben gegen Influenza impfen lassen, könnte eine Impfquote von circa 31 Prozent in der Gesamtsaison erzielt worden sein.

#### Die Sächsische Landesärztekammer ruft besonders folgende Personengruppen zur Durchführung der Influenza-Impfung auf:

- gesamtes medizinisches und Pflegepersonal,
- chronisch Kranke, Personen mit Immunschwäche sowie deren enge Kontaktpersonen,
- Schwangere,
- Senioren und
- Kinder.

## Influenza-Impfstoff für die Saison 2019/2020

Die WHO hat für die Nordhalbkugel im kommenden Winter (Saison 2019/2020) die folgende Impfstoffzusammensetzung empfohlen: A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09-like virus, A/Kansas/14/2017(H3N2)-like virus, B/Colorado/06/2017-like virus aus der Victoria-Linie.

Tetravalente Impfstoffe, denen prinzipiell der Vorzug zu geben ist, enthalten zusätzlich B/Phuket/3073/2013-like virus aus der Yamagata-Linie. Die Zusammensetzung des Influenza-Impfstoffes für die nächste Saison unterscheidet sich somit von der des bei uns in der Saison 2018/2019 verwendeten Impfstoffes in der A(H1N1)- sowie der A(H3N2)-Komponente.

Es ist davon auszugehen, dass in Sachsen in der Saison 2019/2020 überwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich, tetravalente Impfstoffe zur Anwendung kommen werden.

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Sächsische Impfkommision die Influenza-Impfung als Standardimpfung für alle Personen ab dem 7. Lebensmonat empfiehlt. Eine Schutzimpfung sollte insbesondere für medizinisches Personal eine Selbstverständlichkeit darstellen. ■

Interessenkonflikte: keine

Dr. med. Sophie-Susann Merbecks  
Landesuntersuchungsanstalt für das  
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen  
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz  
E-Mail: sophie-susann.merbecks@lua.sms-  
sachsen.de

# Aktuelle Informationen zur klinischen Krebsregistrierung in Sachsen

Jahresbericht der klinischen Krebsregister in Sachsen 2007 – 2016

Die Gemeinsame Geschäftsstelle der klinischen Krebsregister in Sachsen und die vier klinischen Krebsregister haben ihren ersten Jahresbericht veröffentlicht. Der Bericht gibt eine Übersicht über die in den Registern im Zeitraum 2007 bis 2016 erfassten bösartigen (C00 – C96) sowie in situ Neubildungen (D00 – D09) mit Ausnahme der nicht-melanotischen Neubildungen der Haut (C44, D04).

Im Jahr 2016 wurden in den vier klinischen Krebsregistern des Freistaates Sachsen 28.666 Krebsneuerkrankungen dokumentiert (Männer: 15.543, Frauen: 13.123). Hiervon entfielen 25.830 Fälle auf bösartige Neubildungen und 2.836 Fälle auf in situ Neubildungen. Die 15 häufigsten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht für das Jahr 2016 zeigt die nebenstehende Abbildung.

Die relativen Überlebensraten fünf Jahre nach einer Krebserkrankung lagen insgesamt bei 65,3 Prozent bei Männern und 72,6 Prozent bei Frauen. Zu den Entitäten mit vergleichsweise guter Prognose zählten Melanome der Haut sowie Prostatakarzinome mit relativen Überlebenswahrscheinlichkeiten von 94,6 Prozent beziehungsweise 94,4 Prozent nach fünf Jahren. Vergleichsweise ungünstige Prognosen wiesen die Lokalisationen Bauchspeicheldrüse sowie Bronchien und Lunge mit relativen Überlebensraten von 11,4 Prozent beziehungsweise 21,6 Prozent nach fünf Jahren auf.

Den vollständigen Bericht mit detaillierten Informationen zu klinisch-onkologischen Kennzahlen sowie Therapie-

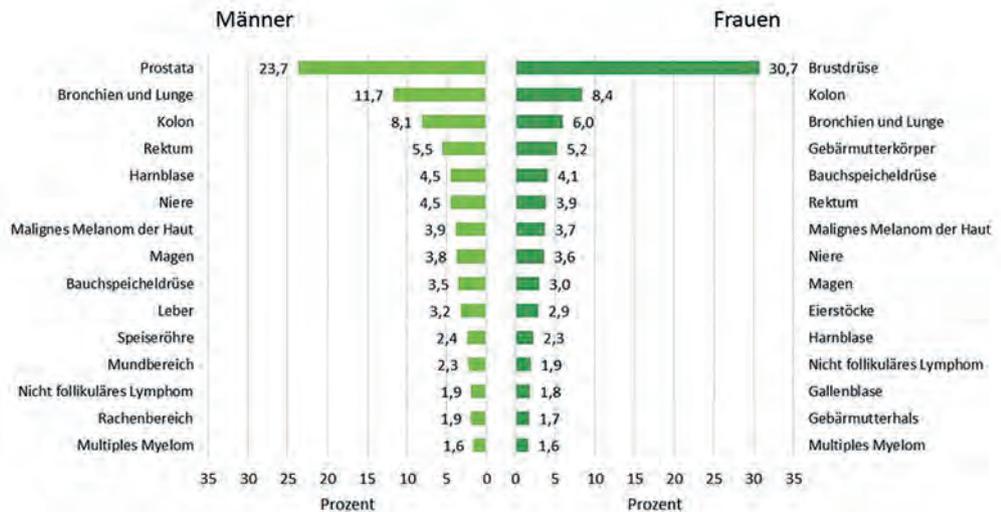


Abb.: Die 15 häufigsten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht 2016.

ansätzen finden Sie auf der gemeinsamen Internetseite unter [www.krebsregister-sachsen.de](http://www.krebsregister-sachsen.de). An dieser Stelle stehen auch Kurzberichte zu Krebsgesamt und den neun häufigsten soliden Tumoren zum Download bereit.

## Landesqualitätskonferenz der klinischen Krebsregister in Sachsen

Am 29. Februar 2020 wird die erste Landesqualitätskonferenz der klinischen Krebsregister in Sachsen stattfinden. Hierfür werden die von den vier eigenständigen klinischen Krebsregistern dokumentierten Daten ausgewertet und im Rahmen der Veranstaltung präsentiert und diskutiert. Ziel ist es, neben der Datenqualität der klinischen Krebsregistrierung auch die Versorgungsqualität bei der Behandlung von Krebserkrankungen in Sachsen darzustellen.

Neben den Strukturen und allgemeinen Informationen zum Meldeprozess wer-

den die beiden Entitäten „Magenkarzinom“ und „Lungenkarzinom“ näher beleuchtet. An die Vorstellung der klinischen Auswertungen aus den Registern wird sich jeweils ein spezifischer Fachvortrag anschließen.

Genauere Informationen zum Programm und zur Organisation werden in den kommenden Wochen auf unserer Internetseite unter [www.krebsregister-sachsen.de](http://www.krebsregister-sachsen.de) veröffentlicht. ■

## Landesqualitätskonferenz der klinischen Krebsregister in Sachsen

**Wann?** Samstag, 29. Februar 2020

**Wo?** Plenarsaal Carl Gustav Carus in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sandra Lehmann B.A.  
Dr. phil. Daniela Piontek  
Gemeinsame Geschäftsstelle der klinischen Krebsregister in Sachsen  
E-Mail: [geschaeftsstelle@krebsregister-sachsen.de](mailto:geschaeftsstelle@krebsregister-sachsen.de)

# Der medizinische Sachverständige im Fokus

Gemeinsames Symposium zu Begutachtungsfragen im Arzthaftungs-bereich der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Sächsischen Landesärztekammer

Die Gutachterstellen der Bayerischen Landesärztekammer und der Landesärztekammer Baden-Württemberg veranstalten seit längerer Zeit jährlich ein Symposium zu Begutachtungsfragen im Arzthaftungsbereich. Die diesjährige Veranstaltung wird auch unter Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden; nach Möglichkeit soll so eine neue Tradition begründet werden.

Die Veranstaltung findet am 27. September 2019 im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München,

von 11.00 bis 16.30 Uhr statt. Im Fokus der Veranstaltung steht in diesem Jahr der medizinische Sachverständige als prägende Größe in Arzthaftungsangelegenheiten.

Interessenten für diese Veranstaltung wenden sich für weitere Informationen bitte an die Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer

Tel. 0351 8267-131,

E-Mail: [gutachterstelle@slaek.de](mailto:gutachterstelle@slaek.de). ■

Dr. med. Rainer Kluge  
Vorsitzender der Gutachterstelle für  
Arzthaftungsfragen

## KOMMISSION SENIOREN

# Ärzte im Ruhestand für Honorartätigkeit und Ehrenamt gesucht

Der Seniorenvertretung der Sächsischen Landesärztekammer ist es ein Anliegen, ärztlichen Sachverstand nach einem langen Berufsleben in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, zum Beispiel durch Mitwirkung in den Seniorenakademien, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, als Lehrkräfte an den berufsbildenden Schulen des Gesundheitswesens, in Herzsportgruppen, in örtlichen Seniorenvertretungen oder auch als Alltagsbegleiter und Nachbarschaftshelfer, weiter zu nutzen. Aus diesem Grund helfen wir gern bei der Vermittlung von entsprechenden Angeboten für unsere ärztlichen Kollegen im Ruhestand. Ganz aktuell werden im

Raum Leipzig Dozenten gesucht, die zugewanderte Humanmediziner im Wege einer Anpassungsfortbildung auf die Fachsprachenprüfung oder im Rahmen eines Repetitoriums auf die Kenntnisprüfung zur Erlangung der Approbation vorbereiten.

Haben Sie grundsätzlich Interesse an einer der oben genannten Tätigkeiten, können Sie sich auf der Homepage der Kammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) informieren oder zur Klärung weiterer Einzelheiten mit der Unterzeichnerin in Verbindung setzen. ■

Dr. med. Ute Göbel  
Kommission Senioren  
Tel. 0351 8267-414/-415  
E-Mail: [senioren@slaek.de](mailto:senioren@slaek.de)

## Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

Maja Nagel  
„Kammerstücke“  
bis 20. Oktober 2019

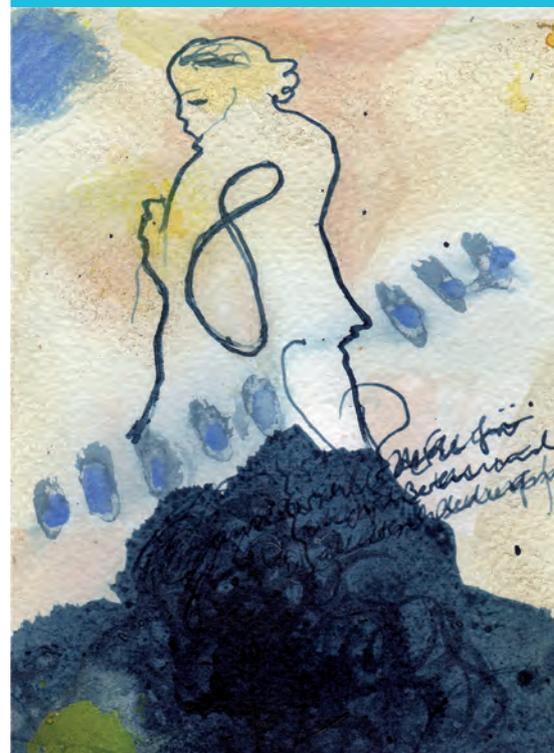
Marlet Heckhoff  
„INTERSPACE“  
Vernissage

Donnerstag, 24. Oktober 2019, 19.30 Uhr

### Programmorschau

29. September 2019, 11.00 Uhr  
Junge Matinee

Es musizieren Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen



Aktuelle Ausstellung: Maja Nagel

# Start ins Berufsleben

## Zeugnisübergabe an Medizinische Fachangestellte

166 Auszubildende und Umschülerinnen sowie ein externer Prüfling haben an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte (MFA) vor der Sächsischen Landesärztekammer teilgenommen. Insgesamt 123 von ihnen haben die Prüfung erfolgreich bestanden und so den Grundstein für ihr künftiges Berufsleben gelegt. Ein Beruf, der dringend gebraucht wird.

Unser Dank gilt an dieser Stelle dem Engagement aller ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Prüfungsausschüsse (Ärzte, MFA und Lehrkräfte), die in mehr als 750 Stunden praktische Prüfungen in ganz Sachsen abnahmen.

In einem festlichen Rahmen fanden auch in diesem Jahr wieder die Abschlussfeiern für die frisch gebackenen, staatlich geprüften Medizinischen Fachangestellten statt. Ausbilder, Verwandte und Freunde waren mit ihnen zur Übergabe der Prüfungszeugnisse gekommen. Auch einige Mitglieder der Prüfungsausschüsse und Lehrkräfte überbrachten ihre Glückwünsche zur bestandenen Abschlussprüfung.

Im Berufsschulzentrum (BSZ) Christoph Lüders Görlitz, in der Ruth-Pfau-Schule Leipzig, im Beruflichen Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen Chemnitz und in der Sächsischen Landesärztekammer wurden die Absolventen mit der Übergabe ihrer Prüfungszeugnisse in das Berufsleben verabschiedet. Gleichzeitig erhielten die Prüflinge von der Berufsschule ihre Abschlusszeugnisse.

44 Prüflinge (26 Prozent) haben die Prüfung nicht bestanden, davon drei Prüflinge den schriftlichen Teil, 36 Prüf-

linge den praktischen Teil und fünf Prüflinge sowohl den schriftlichen als auch den praktischen Teil.

Der Ausbildungsanspruch ist sehr hoch. Dies liegt in der Verantwortung des Ausbildungsberufes. Der Beruf der

Medizinischen Fachangestellten vereint fundiertes medizinisches Fachwissen mit organisatorischem Talent und feinfühligem Umgang mit den Patienten.

Der Berufsabschluss bietet den Absolventen gute Perspektiven. Für das



Feierliche Zeugnisübergabe in Leipzig (o.) und Dresden.

anstehende Berufsleben sind sie damit gut gerüstet. Fast alle haben zurzeit einen Arbeitsvertrag. Keine der freien Stellen, die der Sächsischen Landesärztekammer von Arztpraxen gemeldet wurden, konnte vermittelt werden.

Die in den letzten Jahren gestiegene Nachfrage nach Fachkräften ist auch weiterhin auf die zu geringe Zahl von Arztpraxen, die Medizinische Fachangestellte ausbilden, zurückzuführen.

Die Sächsische Landesärztekammer appelliert an die Praxen im Freistaat, sich für eine Ausbildung zu entscheiden. Praxen, die in eine Ausbildung investieren, sichern ihren eigenen Fachkräftebedarf. Dadurch machen sie sich unabhängig vom Arbeitsmarkt und bleiben wettbewerbsfähig.

Alles Wissenswerte zu Inhalten, Dauer und Vergütung der MFA-Ausbildung finden Sie auf der Internetseite der

Sächsischen Landesärztekammer unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) im Bereich MFA. Gern unterstützen wir Arztpraxen bei der Suche nach geeigneten Bewerbern. Die Mitarbeiter des Referats Medizinische Fachangestellte stehen für Ihre Fragen gern auch telefonisch unter 0351 8267-170/-171/-173/-169 zur Verfügung. ■

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

MITTEILUNGEN DER KVS

# 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 auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar**

([www.kvsachsen.de](http://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 Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/D072	Kinder- und Jugendmedizin	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.10.2019

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

## Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/L041	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipziger Land	11.10.2019

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

# Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: Dezember 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2020
Innere Medizin*)	Riesa	Abgabe: März 2020
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: Juli 2020
Allgemeinmedizin*)	Dresden	Abgabe: Juni 2021
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Innere Medizin*) (diabetologische Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau Ort: Ebersbach-Neugersdorf	Abgabe: I/2020

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

# Melden von Nebenwirkungen

## AkdÄ hat Leitfaden für Ärzte entwickelt

Das Melden von Nebenwirkungen durch Ärzte trägt entscheidend dazu bei, Arzneimittel sicherer zu machen. Die Meldungen liefern frühzeitig Informationen über mögliche Risiken eines Arzneimittels unter Alltagsbedingungen, sodass zeitnah Maßnahmen für eine bessere Patientensicherheit eingeleitet werden können.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat einen kompakten Leitfaden entwickelt, um Ärzten das Melden von Nebenwirkungen zu erleichtern. Der Leitfaden beantwortet Fragen, die häufig in diesem Zusammenhang gestellt werden: Wel-

che Nebenwirkungen sollten gemeldet werden? Welche Daten muss eine Meldung enthalten und was geschieht konkret mit den Meldungen? Was muss hinsichtlich des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht beachtet werden, wenn man eine Nebenwirkung meldet?

Der Leitfaden ist bewusst „kurz und bündig“ gestaltet worden, damit Ärzte sich schnell über die wichtigsten Aspekte des Meldens von Nebenwirkungen informieren können. Er kann über die Homepage der AkdÄ kostenfrei heruntergeladen werden:

[https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Nebenwirkungen\\_melden.pdf](https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Nebenwirkungen_melden.pdf)

Auch das Melden von Nebenwirkungen ist direkt über die Homepage der AkdÄ möglich.

Bei Fragen zur Meldung von Nebenwirkungen können Sie sich auch per Mail oder Telefon an die AkdÄ wenden: [pharmakovigilanz@akdae.de](mailto:pharmakovigilanz@akdae.de), Tel. 030 400456-500 ■

Dr. med. Thomas Stammschulte  
Arzneimittelkommission der  
deutschen Ärzteschaft  
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

# Chronisches Fatigue-Syndrom / CFS

## Praktische Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie

C. Scheibenbogen<sup>1</sup>, K. Wittke<sup>1</sup>, L. Hanitsch<sup>1</sup>,  
P. Grabowski<sup>1</sup>, U. Behrends<sup>2</sup>

**Das CFS ist eine eigenständige komplexe chronische Erkrankung. Meist kommt es nach einer Infektion zu einer schweren Erschöpfung und Belastungsintoleranz, die stets mit ausgeprägten körperlichen und kognitiven Symptomen einhergeht. Das CFS ist abzugrenzen von chronischer Fatigue, die bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen, wie Krebs oder Autoimmunerkrankungen, häufig auftritt.**

Das CFS ist eine häufige Erkrankung. In Deutschland geht man nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 1993 von einer Prävalenz von 0,3 Prozent aus. Diese Zahlen decken sich mit denen aus anderen Ländern. Das Haupterkrankungsalter liegt bei elf bis 40 Jahren, Frauen erkranken doppelt so häufig. Die Versorgungssituation der Patienten ist schlecht. Obwohl das CFS relativ häufig ist, sind viele Ärzte mit dem Krankheitsbild nicht vertraut und die Rate der Dunkelziffer und Fehldiagnosen ist vermutlich hoch. Es fehlen gezielte, kurative Behandlungsmöglichkeiten und für die erwachsenen Patienten besteht derzeit kaum Aussicht auf Besserung und Wiedereingliederung ins Berufsleben.

### Differentialdiagnose der Chronischen Fatigue

Unter Fatigue versteht man eine zu den vorausgegangenen Anstrengungen unverhältnismäßige, sich durch Schlaf nicht bessernde krankhafte Erschöpfung körperlicher und/oder geistiger Art. Fatigue ist ein häufiges Symptom vieler internistischer und neurologischer Erkrankungen mit geringer Spezifität. Die Differentialdiagnose der Fatigue ist umfangreich (vgl. Tab. 1) [1]. Häufige Ursachen sind Eisenmangel, Medikamentennebenwirkungen (insbesondere Antidepressiva), chronische Organerkrankungen, Depression und Schlafstörungen. Fatigue ist auch ein Symptom vieler immunpathologischer Erkrankungen, so tritt Fatigue häufig bei Autoimmunerkrankungen auf, bei chronischen Infektionserkrankungen oder unter einer immunmodulatorischen Behandlung mit Interferon oder Checkpoint-Inhibitoren. Auch bei der Tumorfatigue, die bei etwa 30 Prozent aller erwachsenen Patienten nach Abschluss der Behandlung chronisch wird, scheint eine entzündliche Genese eine wichtige Rolle zu spielen. Eine postinfektiöse Fatigue tritt häufig nach einer späten symptomatischen Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV), der Infektiösen Mononukleose (syn. Pfeiffersches Drüsenfieber) auf, aber auch andere Infektionen können zu einer viele Wochen bis Monate anhaltenden Fatigue führen.

### Klinik des Chronischen Fatigue-Syndroms

Die Erkrankung beginnt meist akut im Anschluss nach einer Infektion. Das CFS wird jedoch nur diagnostiziert, wenn die Symptome länger als sechs

(bei Kindern länger als drei) Monate bestehen. Auch andere Auslöser, wie ein HWS-Trauma oder eine Operation, sind möglich. Die Symptomatik kann aber auch schleichend beginnen. Nicht selten fällt eine Phase körperlicher Anstrengung oder psychischer Belastung mit dem Krankheitsbeginn zusammen [2]. Neben oft anhaltenden Infekt-assoziierten Symptomen, wie grippeähnlichem Gefühl, Halsschmerzen, schmerzhaften Lymphknoten und subfebrilen Temperaturen, treten meist ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Wortfindungs- und Artikulationsstörungen, sensorische Überempfindlichkeit (Überempfindlichkeit für Licht, Lärm und Gerüche) sowie oft eine psychomotorische Verlangsamung auf. Aufgrund der neurokognitiven Symptome wird im Englischen meist der Begriff Myalgische Enzephalomyelitis (ME) verwendet. Inzwischen findet sich oft auch die Bezeichnung CFS/ME. Trotz der Chronischen Fatigue bestehen meist schwere Schlafstörungen. Auch längere Pausen bewirken keine Erholung. Weitere Symptome sind Gelenk-, Muskel- und Kopfschmerzen, die nicht bei allen Patienten auftreten und variabel ausgeprägt sind. Manche Patienten haben generalisierte Schmerzen wie bei einer Fibromyalgie. Charakteristisch für die Erkrankung ist die oft erst Stunden später oder am Folgetag einer (leichten) Anstrengung auftretende Verschlechterung, die sogenannten postexertionelle Fatigue oder Malaise, die tage- oder manchmal sogar wochenlang anhalten kann. Viele Patienten leiden unter einer Häufung von Infektionen oder neu aufgetretenen Allergien. Infekte verlaufen oft protrahiert und führen zu einer Zunahme

<sup>1</sup> Institut für Medizinische Immunologie  
Charité – Campus Virchow-Klinikum  
Universitätsmedizin Berlin

<sup>2</sup> Technische Universität München,  
Fakultät für Medizin, Klinik und Poliklinik  
für Kinder- und Jugendmedizin

Tab. 1: Wichtige Differentialdiagnosen der chronischen Fatigue

Rheumatologie	Endokrinologie/ Gynäkologie	Hämato/Onkologie	Infektionen	Gastroentero- logie	Neurologie/Psychiatrie
Undifferenzierte Kollagenose	Diabetes mellitus	Anämien	Chronische Hepatitis	CED	Depression
Polymyalgia rheumatica	Hypothyreose	Tumorfatigue	Lyme- Borreliose	Zöliakie	Multiple Sklerose
Lupus erythematodes	Hashimoto- Thyreoiditis*	Hämo-chromatose	HIV-Infektion	PBC/PSC	Myasthenia gravis
Sjögren-Syndrom	Morbus Addison	ITP	Chronische Sinusitiden	M. Meulengracht	Parkinson/Alzheimer
Sarkoidose	Hypercalcämie	Checkpoint- Inhibitoren	Chronische Enterovirus- infektionen		Schlafstörungen
M. Bechterew/ Psoriasisarthritis	Endometriose*				Cervikale Spinalstenosen/ HWS Schleudertrauma
Fibromyalgie*					ADHS

\*kann als Komorbidität von CFS auftreten

CED = chronische entzündliche Darmerkrankung

PBC/PSC = primäre biliäre/sklerosierende Cholangitis

ITP = idiopathische thrombopenische Purpura

aller Beschwerden. Häufig bestehen Symptome einer autonomen Dysfunktion, die sich mit Tachykardie, orthostatischer Intoleranz, Schwindel, Atembeschwerden, Mundtrockenheit, Reizdarm oder Reizblase äußern kann. Das CFS ist unbehandelt meistens chronisch und führt bei vielen Betroffenen zur Berufsunfähigkeit. In Studien zur Prognose des CFS erzielten 40 Prozent der erwachsenen Patienten im Verlauf eine Verbesserung (Bereich acht bis 63 Prozent); acht bis 30 Prozent haben ihre Arbeit wiederaufgenommen [3].

### Pathomechanismus des Chronischen Fatigue-Syndroms

Die genaue Ursache der Erkrankung ist bislang nicht geklärt. Das CFS wird von den meisten Ärzten und Wissenschaftlern als eine Multisystemerkrankung betrachtet mit Dysregulation des Immunsystems, des Nervensystems und des zellulären Energiestoffwechsels. Das CFS ist im ICD-10 als Erkrankung des Nervensystems unter G93.3 klassifiziert. Bei den meisten Patienten

beginnt die Erkrankung mit einer Infektion, neben EBV sind Herpes simplex Virus Typ 1 (HSV-1) und Humanes Herpesvirus Typ 6, Enteroviren, Influenza, Borrelien, Chlamydien, Legionellen und Coxiellen als Trigger beschrieben worden. Obwohl CFS oft mit einem Infekt beginnt und viele Patienten anhaltende Infektsymptome haben, lässt sich eine aktive Infektion nur noch bei einem kleinen Teil der Patienten nachweisen [4]. Pathogenetisch wird bei CFS-Erkrankungen, die durch eine Infektion ausgelöst werden, eine gestörte Immunregulation mit Autoimmunität angenommen [5]. Viele Patienten leiden unter autonomen Funktionsstörungen mit (lageabhängiger) Tachykardie, Reizdarm, Atembeschwerden und Temperaturempfindlichkeit. Eine gestörte Gefäßregulation mit endothelialer Dysfunktion und cerebraler Hypoperfusion wurde in mehreren Studien gezeigt. Mehrere aktuelle Studien zeigen metabolische Störungen passend zu einem verminderten Energiestoffwechsel insbesondere der Muskulatur. Die Pathomecha-

nismen von Fatigue sind je nach Erkrankung unterschiedlich. Während proinflammatorische Zytokine insbesondere Interleukin-1 (IL-1) und Tumornekrosefaktor (TNF) bei der Tumorfatigue und auch bei Autoimmunerkrankungen eine Rolle spielen, ist das bei CFS nicht der Fall.

### Diagnostik

Das CFS wird bislang über klinische Symptome definiert. Für die Diagnostik werden die Kanadischen Konsensus Kriterien (CCC) international am häufigsten verwendet. Diese „Kanadischen Kriterien“ finden sich auf der Website des Charité Fatigue Centrums (<https://cfc.charite.de>) in deutscher Übersetzung. Das CFS kann nur diagnostiziert werden, wenn die Symptome länger als sechs Monate bestehen.

Klinisch fällt oft das blasse, bei Schwerkranken manchmal auch leicht geschwollene Gesicht auf, die Hände können kalt, die Haut schwitzig sein. Fatigue ist zunächst ein subjektives Symptom. Die Schwere der Symptome

können mit Fragebögen wie dem SF-36 für körperliche Funktionsfähigkeit oder der Chalder Fatigue Scale erfasst werden. Die verminderte Muskelkraft kann mit einem Handkraft-Dynamometer gemessen werden. Eine Ruhetachykardie besteht häufig, eine lageabhängige (posturale) Tachykardie (= Pulsanstieg >30/Minute im Stehen) liegt bei etwa 20 Prozent vor und kann durch Puls-Messungen im Liegen und im Stehen objektiviert werden. Die besonders schwer Erkrankten sind bettlägerig und oft auch extrem empfindlich gegenüber Licht und Geräuschen.

Es sollte eine gezielte Infektionsanamnese erhoben werden, mit besonderem Augenmerk auf Fragen nach Zeckenbissen und Auslandsaufenthalt. Bei einer Zeckenanamnese sollte ein Borrelien-ELISA und falls positiv ein ergänzender Westernblot durchgeführt werden. Ein kleiner Teil der Patienten leidet an häufig rezidivierenden HSV-1-, HSV-2- oder Varizella zoster-Virus-Infektionen, im Zweifel kann eine PCR aus Bläscheninhalt erfolgen. Bei einem Teil der Patienten wurde serologisch eine frische EBV-Erstinfektion als Krankheitsauslöser nachgewiesen. Eine aktive EBV-Infektion findet sich jedoch selten bei CFS. Nach eigenen Untersuchungen lässt sich bei etwa zehn Prozent der erwachsenen CFS-Patienten eine leicht erhöhte EBV-Last mittels PCR im Blut nachweisen und bei weiteren zehn Prozent findet sich eine auffällige EBV-Serologie mit positivem EBV-VCA-IgM oder EA-IgG als möglicher Hinweis für eine zurückliegende Reaktivierung [6]. Bei häufigen bakteriellen Atemwegsinfektionen sollte ein Erregernachweis mit Antibiogramm erfolgen. Bei Patienten mit einer auslösenden Enteritis oder Myokarditis sollte serologisch und gegebenenfalls in Stuhl oder Rachenspülwasser auf Enteroviren getestet werden. Bei Tierkontakt und Erkrankung mit hohem Fieber sollte serologisch auch auf eine Coxielleninfektion

untersucht werden, die selten chronisch sein kann.

Autoimmunerkrankungen treten häufiger bei den Patienten und in der Familie auf. Eine begleitende Hashimoto-Thyreoiditis findet sich bei zehn bis 20 Prozent. Antinukleäre Antikörper (ANA) sind bei etwa 20 Prozent erhöht und sollten weiter auf eine Kollagenose abgeklärt werden. Bei Sicca-Symptomatik sollte ein Sjögren-Syndrom ausgeschlossen werden, das auch mit schwerer Fatigue einhergehen kann.

Wenn neurologische Symptome vorliegen (am häufigsten Parästhesien, Brennen, Muskelzucken, restless legs, deutliche kognitive Einschränkungen) sollte eine neurologische Untersuchung erfolgen. Bei einem Teil der Patienten lässt sich bioptisch eine small fiber-Neuropathie nachweisen. Über eine Reizdarmsymptomatik berichten viele Patienten, der Koloskopiebefund ist bei CFS typischerweise unauffällig.

Es gibt bislang keinen spezifischen diagnostischen Marker für CFS. Entzündungsparameter wie C-reaktives Protein (CRP) und Blutsenkungsgeschwindigkeit sind normal. Bei etwa einem Drittel der Patienten findet sich ein Mangel von Immunglobulin-Haupt- oder -Subklassen. Bei etwa zehn Prozent der Patienten findet sich jedoch auch eine polyklonale Immunglobulinvermehrung [7]. Es gibt verschiedene Laborparameter, die bei Patienten mit

CFS auffällig sein können, bislang aber nicht in Studien validiert sind. Erhöhte Autoantikörper gegen adrenerge und muskarine Rezeptoren lassen sich bei einem Teil der Patienten nachweisen [8].

Für die Abgrenzung gegenüber anderen Formen von Fatigue wird auch auf den Artikel Müdigkeit im Harrison verwiesen [1]. Es sollte immer eine ergänzende Diagnostik zum Ausschluss anderer internistischer und begleitender Erkrankungen erfolgen, die zu Fatigue führen können. Ein Vorschlag für eine Stufendiagnostik findet sich in Tabelle 2. Eine Schlafstörung liegt bei CFS fast immer vor, jedoch sollte bei Hinweisen auf eine obstruktive Schlafapnoe eine Schlaflabor Diagnostik erfolgen. Die Depression ist eine wichtige Differenzialdiagnose bei schleichendem Krankheitsbeginn. Trotz der chronischen Erkrankung, die viele Patienten in ihrer Existenz bedroht, sind die meisten Patienten jedoch nicht depressiv. Die Diagnose CFS ist manchmal nicht sicher zu stellen beziehungsweise abzugrenzen, wenn die Krankheit nicht mit einer Infektion beginnt oder Begleiterkrankungen vorliegen.

## Behandlung

Das CFS ist eine chronische Erkrankung und es sind bislang keine Medikamente zur kausalen Therapie verfügbar. Die Behandlung des CFS ist daher bislang symptomorientiert und zielt darauf ab,

Tab. 2: Chronische Fatigue: Empfehlung für eine ambulante Stufendiagnostik

1. Stufe	Anamnese  Labor	Dauer, auslösendes Ereignis, Schwere, Begleitsymptome, Begleiterkrankungen  Blutbild, TSH, CrP, Leberwerte, Glucose, Kreatinin, Ferritin
2. Stufe	Anamnese	Schlafstörungen Depression (z. B. PHQ-9) Mögliche Medikamentennebenwirkungen
3. Stufe	weitergehende Symptomorientierte Diagnostik > 6 Monate und Infektbeginn: Kanadische Kriterien für CFS	

Symptome der Erkrankung zu lindern und Überanstrengung zu vermeiden, die zu einer Verschlechterung der Beschwerden führt, Infektionen und andere Ursachen für eine Immunaktivierung zu behandeln und Mangelzustände zu beheben. Durch symptomatische Therapie, Stressreduktion und das sogenannte „Pacing“ kann es langfristig zur Besserung kommen. Unter Pacing wird dabei das Einhalten eines individuellen Belastungsniveaus verstanden, sodass keine Überlastung mit postexertioneller Exazerbation auftritt. CFS-Patienten müssen deshalb zualtererst ihren Lebensstil der Krankheit anpassen und Belastungsspitzen „glätten“. Möglicherweise lässt sich durch das präventive „Pacing“ auch die Prognose günstig beeinflussen. Auch Entspannungstechniken sind ein wichtiger Baustein in der Behandlung. Der oft begleitenden sensorischen Überempfindlichkeit kann durch Gehörschutz (zum Beispiel Ohrenstöpsel, akustische Filter), Sonnenbrillen oder Bildschirmschoner begegnet werden. Die oft und insbesondere in Phasen der postexertionellen Malaise ausgeprägte seelische Erschöpfung mit Traurigkeit, Ängstlichkeit und genereller Unsicherheit erfordert viel soziale Unterstützung, tragende Beziehungen und Achtsamkeit der Therapeuten. Selbsthilfegruppen und -foren können hilfreich sein. Insgesamt dürfte auch die psychosoziale Unterstützung mit prognosebestimmend sein.

Bei den häufig vorliegenden Schlafstörungen ist Melatonin 2 bis 5 mg (Circadin als retardierte Form) oft wirksam, auch Antihistaminika der 1. Generation, Tryptophan oder Doxepin in niedriger Dosis (Beginn mit 2,5 bis 5 mg) können hilfreich sein. Für die Behandlung schwerer Schmerzen kann ein Versuch mit Pregabalin sinnvoll sein sowie eine multimodale Schmerztherapie. Bei Patienten mit Depression ist ein Therapieversuch mit Antidepressiva oder

Verhaltenstherapie gerechtfertigt. Einige neuromodulatorische Medikamente zeigten in kleinen Studien Wirksamkeit. Ein wichtiger Baustein in der Behandlung ist die Infektionskontrolle. Bei Patienten, die unter häufigen Herpesvirusrezidiven leiden, kann geprüft werden, ob es unter einer Suppressio- nstherapie auch zu einer allgemeinen Besserung kommt (mit Aciclovir 2 x 200 mg oder Valaciclovir 1 bis 2 x 500 mg über mindestens acht Wochen, das für HSV2 zugelassen ist). Patienten, die mit häufigen bakteriellen Infekten der Atemwege zu tun haben, sollten gezielt nach Antibiotogramm behandelt werden. Bei manchen Patienten, die an einem Immunglobulinmangel und häufigen bakteriellen Infekten leiden, besteht die Indikation für eine Immunglobulin- G-Substitution. Diese kann subkutan zuhause erfolgen. Eine längerdauernde antibiotische Therapie führte bei manchen erwachsenen Patienten zur Besserung (Azithromycin 3 x 500 mg in der Woche über sechs Wochen, [9]; Minocyclin oder Doxycyclin 1 x 100 mg über drei Monate bei CFS nach Coxiella-Infektion, [10]). Möglicherweise ist die Wirksamkeit dieser Antibiotika auch auf ihren immunmodulatorischen Effekt zurückzuführen. Auch die Behandlung von Allergien, die bei der Erkrankung oft zunehmen, ist wichtig.

Häufig leiden Patienten mit CFS an einer Tachykardie, die beim Stehen zunimmt (HF-Anstieg >30/Min = POTS). Hier können vermehrtes Trinken und Salzzufuhr oder auch regelmäßige Kochsalzinfusionen dabei helfen, die oft bestehende Hypovolämie zu bessern. Viele Patienten nehmen sogenannte Nahrungsergänzungsmittel ein, um den Energiestoffwechsel zu verbessern. Bisher gibt es nur wenige klinische Studien zur Wirksamkeit dieser Substanzen bei CFS. Positive Daten aus kleinen klinischen Studien gibt es für Ribose, Carnitin, CoenzymQ10 und NADH. Auch Magnesiumsubstitution

mit 300 bis 500 mg täglich hilft vielen Patienten. Ein Eisen-, Folsäure-, Vitamin B12- und Vitamin D-Mangel muss behandelt werden. Die Ernährung sollte proteinreich sein und ausreichend ungesättigte Fettsäuren, zum Beispiel in Form von Omega3-Fettsäuren und Walnüssen, enthalten. Nahrungsmittelintoleranzen entwickeln sich häufig, Kohlenhydrate und insbesondere FODMAPS und Gluten werden oft nicht mehr gut vertragen. Gegen Reizdarmbeschwerden helfen auch Flohsamenschalen. Aktuelle Studien zeigen neben der Verminderung von ungesättigten Fettsäuren auch eine Verminderung von Phospholipiden, die unter anderem in Eigelb und Soja enthalten sind. Schwer kranken Patienten ist manchmal sogar die Nahrungsaufnahme zu anstrengend, sodass die Patienten auf Trinknahrung angewiesen sind.

Zwei Studien aus Norwegen zeigten die Wirksamkeit des B-Zell-depletierenden Antikörpers Rituximab bei über der Hälfte der Patienten [11]. Die Ergebnisse der gerade veröffentlichten Multizenterstudie sind leider negativ, jedoch wurde die Dosis im Vergleich zu den ersten Studien halbiert. Ein positives Ergebnis der Studie ist jedoch, dass sich auch im Placeboarm die Erkrankung bei 30 Prozent der Behandelten besserte. Das zeigt die große Bedeutung einer engmaschigen, engagierten ärztlichen Betreuung bei dieser Erkrankung. Weitere immunmodulatorische Behandlungsansätze, die bei einem Teil der Patienten wirksam sind und im Rahmen von kleinen Studien geprüft wurden, sind Immunglobulingaben, Immunadsorption und Cyclophosphamid.

### Chronisches Fatigue-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen

Das CFS wird mit einer geschätzten Prävalenz von 0,1 bis 0,5 Prozent auch im Kindes- und Jugendalter beobachtet. Allerdings finden sich für diese Altersgruppe wesentlich weniger publizierte

Informationen als für erwachsene Patienten. Die verfügbaren Daten zeigen einen Alterspeak bei Jugendlichen, wobei auch Kleinkinder an CFS erkranken können. Unter den Jugendlichen sind Mädchen häufiger betroffen. In den meisten Fällen finden sich Zeichen einer akuten Infektion als Trigger der Erkrankung, darunter häufig eine EBV-assoziierte infektiöse Mononukleose. Die Diagnose im Kindes- und Jugendalter beruht, wie im Erwachsenenalter, auf einer ausführlichen Anamnese sowie dem sorgfältigen differenzialdiagnostischen Ausschluss anderer Krankheitsursachen. Rowe und Kollegen haben ein diagnostisches klinisches Arbeitsblatt entwickelt, welches auf den CCC beruht, aber Besonderheiten der jungen Altersgruppe berücksichtigt und somit für diese empfohlen wird [12]. Als altersspezifische Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen sind neben den für erwachsene Patienten genannten auch die Schulverweigerung sowie das seltene Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Im Gegensatz zu Jugendlichen mit primärer Depression sehnen sich die meisten Teenager mit CFS nach mehr Aktivität und sind hochmotiviert, ihr gesundes Leben zurückzugewinnen. Eine Befragung von Kindern und Jugendlichen unabhängig von deren Eltern kann diagnostisch hilfreich sein. Der Schweregrad des pädiatrischen CFS variiert von leichten Formen, die mit einem regulären Schulbesuch vereinbar sind, bis hin zu schweren Formen mit Rollstuhl-Abhängigkeit oder Bettlägerigkeit. Das CFS wurde international als häufigster Grund für lange Schulfehlzeiten benannt. Bezüglich regelmäßiger Beschulung besonders problematisch sind die oft morgens schlechtere Belastbarkeit sowie deren insgesamt schwer vorhersehbaren Schwankungen. Letztere kollidieren auch mit der Planung außerschulischer Aktivitäten und gefährden das soziale

Netzwerk der Betroffenen. Jugendliche mit CFS schätzten ihre Lebensqualität geringer ein als Gleichaltrige mit Diabetes, Epilepsie oder Cystischer Fibrose. Die Behandlung des CFS im Kindes- und Jugendalter ist wie im Erwachsenenalter bislang symptomorientiert. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität des jungen Organismus sind Medikamente mit besonderer Vorsicht und nur durch pädiatrisch geschulte Experten einzusetzen. Allerdings ist eine suffiziente und gegebenenfalls auch medikamentöse Behandlung der führenden Symptome zur akuten Entlastung ebenso essenziell wie zur Prävention von physischen und psychischen Folgeschäden. Vorbestehende Komorbiditäten sind angemessen zu berücksichtigen. Neben ausbildungsfördernden Maßnahmen sollten rechtzeitig supportive psycho- und physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sowie die gesetzlich verankerten Optionen für den Support familiärer Pflege wahrgenommen werden. Engmaschige Verlaufskontrollen durch einen koordinierenden Pädiater sind dringend zu empfehlen. Die Prognose des CFS bei Kindern und Jugendlichen ist den verfügbaren Daten gemäß insgesamt besser als bei erwachsenen Patienten. Eine australische Verlaufsbeobachtung an fast 700 pädiatrischen Patienten mit CFS zeigte Remissionsraten von 38 Prozent beziehungsweise 68 Prozent der Patienten nach fünf beziehungsweise zehn Jahren [13]. Die mittlere Krankheitsdauer bei Patienten, die sich erholten hatten, lag in dieser Studie bei fünf (ein bis 15) Jahren; fünf Prozent waren nach zehn Jahren noch schwer krank. Von den Betroffenen als prognostisch wichtig eingeschätzt wurden neben bestmöglicher Symptomkontrolle, schulischem und sozialem Support die Anleitung zu einem altersgemäßen Selbstmanagement sowie die empathische Akzeptanz durch das Behandlungsteam. ■

## Hinweis

Weitere Informationen für Ärzte und Patienten sind über die Seite des Charité Fatigue Centrums (<https://cfc.charite.de>) erhältlich. Zwei gute Übersichtsarbeiten zur Diagnostik und Management von CFS bei Erwachsenen beziehungsweise Kindern [3 und 12] können auch bei der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS heruntergeladen werden. Dort finden sich auch Informationen zu Nahrungsergänzungsmitteln (<https://www.mecfs.de>). Die Versorgungssituation für Patienten mit CFS ist in Deutschland bislang sehr unbefriedigend, da es keine spezialisierten Versorgungszentren gibt und die Betreuung dieser oft schwer kranken Patienten primär beim Haus- oder Kinderarzt erfolgen muss.

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte:

Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen: erhielt Unterstützung für klinische Studien bei CFS und Honorar für Vorträge von Takeda und Fresenius.

Dr. med. Kirsten Wittke: keine

Dr. med. Leif Hanitsch, M.Sc.: keine

Priv.-Doz. Dr. med. Patricia Grabowski: keine

Prof. Dr. med. Uta Behrends: keine

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen

Charité Campus Virchow Klinikum

Föhlerstraße 15/Südstraße 2, 13353 Berlin

E-Mail: [carmen.scheibenbogen@charite.de](mailto:carmen.scheibenbogen@charite.de)

## Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärztblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“ einzureichen (E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)). Im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) sind die Autorenhinweise nachzulesen.

## 12. Gemeinsame Fortbildung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie mit dem Sächsischen Hebammenverband e. V.



Die Teilnehmer testeten den Zusammenhang zwischen den anatomischen Besonderheiten eines Spaltkinds mit einem Experiment, bei dem sie ein Glas mit einem Strohhalm, der ein Loch aufwies, austrinken sollten.

Die Referate der nunmehr 12. Gemeinsamen Tagung, die außer in Sachsen in keinem weiteren Bundesland stattfindet, wiesen einen interessanten Mix aus berufspolitischen und fachlichen Themen auf.

Zunächst referierte Ulrike Hauffe, stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates der Barmer Ersatzkasse, über das nationale Gesundheitsziel „Gesund rund um die Geburt“.

Eine leitende Frage des nationalen Gesundheitszieles ist, wie stark Erfahrungen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett Befähigungen prägen, sich selbst als aktiv Gestaltende zu erleben und damit eine neue Situation zu meistern. Risikozuschreibung führt eher zu Haltungen wie „Ich lass machen.“ als zu „Ich kann.“

Das nationale Gesundheitsziel nimmt eine „an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein“ und möchte, dass „vorhandene Ressourcen und Potenziale (von Frauen) umfassend gefördert und eine Pathologisie-

rung vermieden“ werden soll – Leitgedanke ist also ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung und nicht wie sonst im Gesundheitssystem die Definition des Handelns über Risiko und Krankheitsgefährdung.

Ein weiterer, ebenfalls berufspolitischer Vortrag wurde von Kerstin Köhler, Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle des Sächsischen Hebammenverbandes e. V., über „Hebammen in Sachsen – Resümee nach einem Jahr Arbeit“ gehalten. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat gemeinsam mit dem Sächsischen Hebammenverband e. V. ein Programm erarbeitet, welches die Hebammenversorgung in Sachsen sichern soll. Sowohl Hebammen als auch Frauen können sich in ein Netzwerk einloggen. Die Koordinierungsstelle bietet zudem Fortbildungen zum Wiedereinstieg in die klinische Tätigkeit an und ist eng vernetzt mit Leiterinnen der Hebammenschulen und Kreißsäle. Die Mitar-

beiterinnen verstehen sich als Helfer, Unterstützer und Berater jeder Hebamme, egal ob klinisch oder freiberuflich tätig und unabhängig vom Verband.

Danach sprach Dr. med. Gregor Seliger, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, über das brisante Thema „Zwischen Alleingeburt und Wunschkaiserschnitt“.

Insbesondere die Geburtshilfe wird von gesellschaftlichen und kulturellen Aspekten geprägt. Das zentrale Anliegen aller medizinischen Fachkräfte in der Geburtshilfe ist die Begleitung eines natürlichen Vorganges, um Leben und Gesundheit der Mutter und des ungeborenen Kindes zu schützen. In der modernen Medizin ist Patientenautonomie eine hohe Errungenschaft und unter Berufung auf diese Selbstbestimmung werden in der Geburtshilfe Praktiken gerechtfertigt, die sich vom Prinzip der medizinischen Indikationsstellung entfernen. Somit entsteht ein Spannungsfeld auf dessen einer Seite der Wunsch der Schwangeren nach einer unverhältnismäßigen Invasivität steht, auf der anderen Seite durch die Ablehnung jeglicher Intervention nicht zu rechtfertigende Risiken eingegangen werden.

Wie in jedem Jahr stellte Anke Wiemer, Hebamme, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. – QUAG e. V., Storkow, die Statistik der in Deutschland außerklinisch betreuten Geburten mit dem Schwerpunkt Verlegungsgründe vor.

Im Jahr 2017 wurden in Sachsen 1.006 außerklinisch geplante Geburten (391 Hausgeburten und 615 in Geburtshäu-



Dr. Franziska Rosenlöcher, Hebamme und Psychologin an der Medizinischen Fachschule des Universitätsklinikums Dresden, sprach über die Akademisierung des Hebammenberufes.

sern, die durch Hebammen geleitet werden) betreut. Von diesen konnten 894 beendet werden, 112 Frauen (11,1 Prozent) mussten in Kliniken verlegt werden. Der Anteil der außerklinischen Geburten in Sachsen lag damit bei 2,4 Prozent (Bundesdurchschnitt 1,5 Prozent). Die perinatale Mortalität liegt in Sachsen bei 0,49 Prozent und, als Bundesland mit den anteilig meisten Geburten, unter dem Bundesdurchschnitt von 0,56 Prozent. Ein Kind aus der außerklinischen Geburtshilfe ist perinatal verstorben. Leider lagen die Daten des perinatalen Outcomes der verlegten Kinder nicht vor.

Betrachtet man die Verlegungsgründe, so waren dies am häufigsten Placentalösungsstörungen und Blutungen über 1.000 ml. Leider erlaubt die Statistik nur die Angabe eines Grundes zur Erfassung.

Die guten Ergebnisse zeigen, dass im ambulanten Bereich Frauen ohne vorbestehende Risiken gebären und die ambulant tätigen Hebammen entsprechend gut beraten.

Das fachliche Hauptthema war in diesem Jahr die postnatale Betreuung von Neugeborenen mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, welches sowohl durch eine spezialisierte Hebamme, Ulrike Giebel, insbesondere zu den Problemen des Stillens/der speziellen Fütterungsmöglichkeiten als auch durch Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Winnie Pradel von Seiten des operativen Managements umfassend betrachtet wurde. Hier stand insbesondere die fachübergreifende Zusammenarbeit im Fokus.

Das letzte und berufspolitisch dringend lösungsbedürftige Thema „Akademisierung des Hebammenberufes“ wurde von Dr. Franziska Rosenlöcher, Hebamme und Psychologin an der Medizinischen Fachschule des Universitätsklinikums Dresden, gehalten.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung in Zeile 4.692/4.693 wurde festgeschrieben, dass der Hebammenberuf akademisiert werden soll: „Wir werden die Hebammenausbildung nach den EU-Vorgaben als akademischen Beruf umsetzen.“ Der „Deutsche Hebammenverband“ (DHV) und die „Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften“ (DGHWI) haben in ihrem Eckpunktepapier vom April 2017 grundlegende Vorschläge zur Reform des Hebammenberufes dargelegt und die Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung in Vorbereitung auf die vollständige Akademisierung beschrieben. Grundlage für die Änderung der Berufsgesetze bilden die EU-Richtlinien 2005/36/EU und 2013/55/EU, in welchen die Verabschiedung der reformierten Berufsgesetze bis zum 18. Januar 2020 gefordert wird.

Bisher gibt es jedoch noch keine gesetzlichen Änderungen der Ausbildungsgrundlagen und Zugangsvoraussetzungen seitens der Bundesregierung. Diese Gesetze werden als Grundlage für die Akademisierung in Deutschland

dringend benötigt, um Reformen einzuleiten.

In der aktuellsten Pressemitteilung des DHV vom 16. Januar 2019 heißt es:

„Ein Jahr vor Akademisierung des Hebammenberufes ist noch alles unklar. Hebammenverband fordert schnelle gesetzliche Regelungen und Umsetzung. [...] In einem Jahr, am 18. Januar 2020, muss die Hebammenausbildung auch in Deutschland an die Hochschulen überführt werden. Hintergrund ist eine EU-Leitlinie, die eine vollständige Akademisierung fordert. [...] Das Bundesgesundheitsministerium hat die Umsetzung der Akademisierung in Form eines dualen Studiums im Herbst bestätigt. [...] Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) fordert ein Jahr vor dem Start, die nötige Gesetzgebung schnell anzugehen und umzusetzen.“

Die Eröffnung eines Studiengangs für „Hebammenkunde“ in Dresden wäre zukunftsorientiert und würde den akademischen Modellen anderer Studiengänge in Deutschland (zum Beispiel Evangelische Hochschule Berlin, Katholische Hochschule Mainz, Hochschule Osnabrück, Ernst-Abbe-Hochschule Jena) und Europa (zum Beispiel Schweiz, Österreich, Norwegen, Schweden) folgen. In allen anderen Bundesländern haben diese Veränderungen in Richtung Studium bereits begonnen.

Anmerkung der Autorin, die seit über 40 Jahren nebenberuflich Hebammen unterrichtet:

Die Hebammenausbildung an der Berufsfachschule hat eine sehr lange Tradition, der Verlust der Ausbildung/des Studiums in Dresden wäre für Kliniken und Praxen ein nicht abzuschätzender Verlust. Bereits heute haben Kliniken massive Personalprobleme und, wie der Beitrag von Anke Köhler zeigte, haben Frauen Probleme, in Vor- und Nachsorge Hebammen zu finden. ■

Dr. med. Gabriele Kamin  
Vorsitzende der Arbeitsgruppe  
Perinatalogie/Neonatalogie

# Erstes „Curriculum Ärztliche Führung“

Wirklich führen macht den Unterschied!

Vom 22. November 2018 bis zum 17. Mai 2019 fand das erste Curriculum Ärztliche Führung mit insgesamt 16 Ärzten auf Gut Haferkorn statt.

Innerhalb von vier Modulen (80 Stunden) setzten sich die Teilnehmer aus dem niedergelassenen, Krankenhaus-, Labor- und Rehabilitationsbereich mit den verschiedensten Themen ärztlicher Führung auseinander. Angeleitet und unterstützt von den beiden Referenten, Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch und DRS. Bart van Loon, gelangen nicht nur die Wissensvermittlung, sondern insbesondere das aktive Trainieren der vermittelten Themen mit dem damit verbundenen wichtigen Erfahrungsaustausch und der Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre. Damit wurde wieder einmal deutlich, wie wichtig die persönliche Auseinandersetzung der Teilnehmer und die Diskussion miteinander für eine erfolgreiche Kursdurchführung sind. Entsprechend fielen



Teilnehmer des ersten Kurses „Curriculum Ärztliche Führung“

auch die Kommentare der Teilnehmer aus, die die wissenschaftliche Leiterin, Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, gemeinsam mit dem Referat Fortbildung bestärkten, den Kurs auch im Jahr 2020 erneut anzubieten.

Auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, nahm sich die Zeit, am letzten Modul des Kurses aktiv mit teilzunehmen. Beeindruckt haben ihn einerseits die offene und ehrliche Atmosphäre und

die Möglichkeit, innerhalb eines geschützten Raumes eigene Führungsprobleme vorzustellen und gemeinsam Lösungen nicht nur zu erarbeiten, sondern auch zu trainieren. Mit der Zertifikatsverleihung und dem sich anschließenden entspannten Abend wurde vereinbart, den Austausch auch über das Kursende hinaus fortzusetzen.

Wir freuen uns auf die Fortsetzung des Curriculums Ärztliche Führung im Jahr 2020 mit folgenden Schwerpunktthemen:

- Führungsverständnis – Selbstmanagement,
- Kommunikation – Interaktion,
- Personal- und Teammanagement,
- Fokus: Organisation im Krankenhaus und angrenzende Bereiche.

Termine:

1. Block: 19. bis 20. März 2020
2. Block: 18. bis 19. Juni 2020
3. Block: 1. bis 2. Oktober 2020
4. Block: 19. bis 20. November 2020.

Ansprechpartner für Fragen und Anmeldungen ist Herr Madysa,  
Tel.: 0351 8367-348. ■

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

## Feedback:

„Die Einordnung eigener Führungsprobleme in Lösungskategorien ist für mich besonders hilfreich gewesen. Dabei habe ich festgestellt, dass es viel mehr bringt, wenn ich Zeit für Führung investiere. Das war mir vorher nicht so klar. Ich habe bereits intern geklärt, dass ich noch mehr Zeit für Führungsaufgaben nutzen werde, denn das nutzt allen!“

„Ich bin sehr froh, dass ich den Kurs besucht habe. Im täglichen Umgang mit Führungsfragen verfüge ich nun über klare Regeln, die ich auch anwende. Und ich habe meine Haltung als Führungskraft überdacht, was mir im Umgang mit den Mitarbeitern, besonders in Konfliktsituationen, weiterhilft.“

„Besonders gefallen haben mir der interaktive und praktische Ansatz und die persönliche vertrauensvolle Atmosphäre.“

# Thorax-Schmerz

Leserbriefe zum Editorial von Dr. med. Steffen Liebscher, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2019, S. 4

Sehr geehrter Herr Kollege Liebscher, vielen Dank für Ihre Ausführungen im Editorial des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2019. Als Vorstand der Augenärzteschenschaft Sachsen eG kann ich mich Ihren Ausführungen nur vollständig anschließen. Leistung wird bestraft (Plausibilitätsprüfung, Abstaffelung, HVM-Änderungen mit Herabsetzung der Grundpauschalen). Im Gegenzug werden von den Kostenträgern und der Politik mehr Leistungen und Termine für Patienten gefordert. Man wundert sich dann, warum es keinen ärztlichen Nachwuchs gibt, der unter den oben genannten Umständen freiberuflich und selbständig arbeiten will. Dies kann so nicht funktionieren. Die weitere Einführung einer Planwirtschaft im Gesundheitswesen (TSVG) ausgerechnet durch einen Minister, welcher sich der sozialen Marktwirtschaft verpflichtet fühlt, beschleunigt diesen Erosionsprozess und führt zu Fassungslosigkeit, Resignation und „Herzschmerzen“, wie Sie sie beschrieben haben. In unserem Fachgebiet haben sich in den letzten Jahren Kolleginnen und Kolle-

gen aus der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet, um dem „Hamsterrad“ zu entkommen und arbeiten seitdem zufriedener in ihren Privatpraxen. Ist dies das Ziel der Gesundheitspolitik? Es gibt kein Versicherungssystem, in dem der Versicherungsnehmer ohne einen Beitrag an der Leistungs- und Kostenentwicklung beteiligt ist. Dies muss es unter Beachtung von Härtefallregelungen auch im Gesundheitswesen geben, damit es zukunftsfähig bleibt. Die Politik und die Kostenträger können nicht unbegrenzt Leistungen bei begrenzten Mitteln versprechen und die Defizite dann als Zwangsrabatte (Abstaffelung) bei den ärztlichen Leistungen ausgleichen. Dies führt zu betriebswirtschaftlichen Verwerfungen, die bei steigenden Kosten (Personal, Miete) die Zukunftsfähigkeit gefährden. Leider ist die Gesundheitspolitik und insbesondere die ärztliche Versorgung bei den anstehenden Wahlen kein Themenschwerpunkt. Wir sollten deshalb bei allen sich bietenden Gelegenheiten auf oben genannte Missstände aufmerksam machen, als

Ärzteschaft geschlossen auftreten und nicht resignieren. Denn wir haben einen der schönsten Berufe, wir sind hochqualifiziert und nicht ersetzbar. Kein Politiker und keine Krankenkasse können unsere Tätigkeiten übernehmen. Dies sollte unser Selbstbewusstsein und unsere Position stärken. ■

Dr. med. Matthias Müller-Holz  
Vorstandsvorsitzender  
Augenärzteschenschaft Sachsen eG

Sehr geehrter Herr Dr. Liebscher, Ihr Editorial hat mich Satz für Satz so angesprochen, als hätten Sie meine berufliche Entwicklung in reichlich 25 Jahren Niederlassung beschrieben. Ich bin jetzt 59 Jahre alt und sehe für mich keine andere Möglichkeit als die, des schrittweisen Ausstiegs aus dem kasernenärztlichen System. Die Hoffnung auf eine Praxisnachfolge habe ich aufgegeben.

Anders kann ich die restlichen drei Jahre bis zur Rente mit Abschlagen nicht durchhalten. ■

Dipl.-Med. Katrin Werner, Bischofswerda

## Zum 150. Todestag des Dresdener Arztes Carl Gustav Carus

Leserbrief „Zum 150. Todestag des Dresdener Arztes Carl Gustav Carus“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2019, S. 41 bis 43

Sehr geehrte Frau Kollegin Heidel, mit Interesse las ich Ihren umfangreichen Beitrag zur Medizingeschichte über den großen Dresdner Arzt Carl Gustav Carus! Als Leipziger möchte ich dazu noch eine Ergänzung beitragen. Sie haben zwar erwähnt, dass Carus in Leipzig geboren wurde und in Leipzig Medizin studierte. Ich vermisste aber in

Ihrem Beitrag die Erwähnung seiner besonderen Verdienste als ganz junger Arzt während der Völkerschlacht im Oktober 1813. Der Eifer, mit dem er die Verwundeten, einschließlich der Franzosen, versorgte, imponierte sogar Kaiser Napoleon I. Dieser erkannte ihm einen hohen französischen Orden zu. Wegen der verlorenen Schlacht und

dem fluchtartigen Rückzug kam es nicht mehr zur Ordensübergabe. Er war aber aktenkundig geworden, sodass Napoleon III. Jahrzehnte später den Orden an Carl Gustav Carus übergeben ließ. Dieser nahm ihn auch an. ■

Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz, Leipzig

# ME/CFS erkennen und verstehen

Was wir wissen – und was wir nicht wissen über das Chronische Erschöpfungs-Syndrom

**Autorin:** Sibylle Reith

**Verlag:** tredition GmbH, Hamburg 2018

**ISBN:** 978-3-7469-0167-1

**Preis:** 18,00 Euro

Das chronische Erschöpfungs-Syndrom stellt Patienten, Ärzte und Wissenschaftler unverändert vor große Probleme in Bezug auf eine sachgerechte Einordnung des Krankheitsbildes. Es handelt sich um ein rätselhaftes und in großen Teilen noch unverstandenes Krankheitsbild, das viele Facetten im klinischen Verlauf aufweist. Trotz intensiver Forschungen sind die Ursachen und Auslöser weitgehend unbekannt, diagnostische und therapeutische Konsequenzen begrenzt. Die Autorin – selbst betroffen – schildert auch für medizinische Laien in gut ver-

ständlicher Form, welche Schwierigkeiten hinsichtlich Diagnostik und Therapie, bei der sachgerechten Einordnung dieser Krankheitsgruppen bestehen. Sie hat sich auch intensiv mit der Versorgungssituation und der internationalen Forschung auseinandergesetzt und ein beeindruckendes Kompendium geschaffen. Ergänzt wird es durch Serviceseiten zu Selbsthilfegruppen, Verbänden und Unterstützern. Ein umfangreiches Quellenverzeichnis ist vorhanden. Wer sich in dieses komplexe Krankheitsbild einarbeiten möchte, dem wird dieses Kompendium eine wertvolle Hilfe sein. ■

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



## Die verspielte Chance

Wahrhaft unglaubliche Geschichten vom Scheitern einer gelobten Gesellschaft

**Autor:** Hans-Dieter Koritsch

**Verlag:** P.U.V. Pro Universitate Verlag GmbH, 141 Seiten

**ISBN:** 978-3-938731-05-5

**Preis:** 19,80 Euro

Der systemkritische Arzt-Autor beschreibt eingangs in sarkastisch humorvoller Weise die Imponderabilien der „sozialistischen Menschengemeinschaft“ anhand heute grotesk erscheinender Begebenheiten der DDR-Mangelwirtschaft. Der Zeitzeuge H.-D. Koritsch ist Neuropsychiater, analysiert scharfsinnig und

-zünftig die Rolle der Medien, deren ideologielastige Doppelbödigkeit und groteske Verzerrung und Beschönigung der zunehmend traurigen täglichen Realitäten.

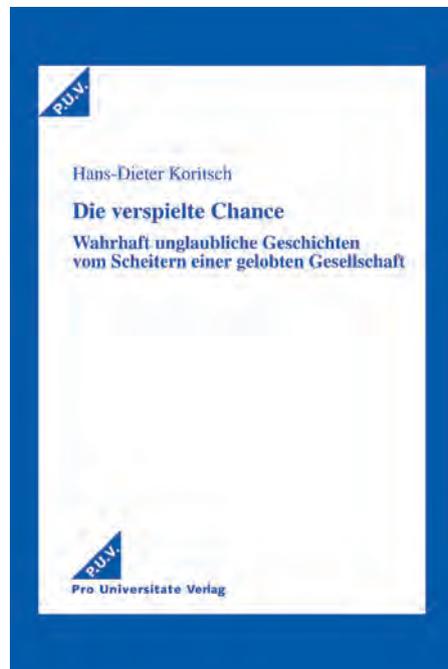
Ein zentrales Kapitel widmet der Autor einem seiner Themen als Neuropsychiater. Es geht um die Entziehungsbehandlungen von Alkoholikern in einer großen Nervenlinik in Sachsen, die unter menschenunwürdigen Bedingungen stattfinden mussten, weil nach der offiziellen Lesart nicht sein kann, was nicht sein durfte.

Der Autor stemmte sich aus ärztlicher Einsicht und Verantwortung gegen den Realitätsverlust der Offiziellen und scheitert letztlich an rigiden Rahmenbedingungen und Vorgaben.

So kommt es zur Kündigung seines Arbeitsverhältnisses mit der Klinik, gefolgt von einem Ausreiseantrag für sich und seine Frau im Mai 1986. In seinem fünften Kapitel „Der Ausstieg“ beschreibt der Autor die unsäglichen Schikanen und staatlichen Repressionsmechanismen, mit denen eine ausreisewillige Familie bis zur existenziel-

len Vernichtung bedroht wurde. Im darauffolgenden Kapitel wird das böse Katz-und-Maus-Spiel am Beispiel des medizinisch-theologischen Arbeitskreises, mit beklemmenden Fakten aus minutiös geführten Stasiunterlagen belegt.

Der Arbeitskreis, der auch aus Ausreisewilligen in die BRD bestand, ermöglichte diesen unter dem Dach der Kirche, Hoffnung, Mut und Trost zu bekommen, aber auch dort gab es Stasizuträger (sogenannte IM). Ein damals gehaltener Vortrag von H.-D. Koritsch mit dem Titel „Seelische Reaktionen auf lebensverändernde Belastungen und Möglichkeiten ihrer Bewältigung“ lotet diese Thematik medizinisch-psychologisch universell und spezifisch aus, und ermöglicht damals wie heute Hilfe zur Selbst- und Fremdhilfe und ist auch für den heutigen Leser wertvoll. Im Weiteren wird mit sachlicher Analyse und beißender Ironie über die Fälschung der „Volkswahl“ vom Mai 1989 berichtet. Selbst eine Anzeige bei der Dresdner Staatsanwaltschaft wegen Wahlbehinderung und -fälschung wurde abgebugelt und ignoriert und die Einreicher verhört und diszipliniert. Um den Lebenserhalt seiner Familie nach Rückgabe seiner Approbation zu



sichern, wurde er vom Amt für Arbeit in das VEB Baustoffkombinat Dresden als Straßenarbeiter für eine Sandgrube vermittelt.

Er schildert die vorwiegend positiven, aber auch negativen Erlebnisse, die Solidarität mit dem Dissidenten, aber auch die Konfrontation und „Aushorchung“ durch Arbeitskollegen. Schlussendlich widmet er dieses Buch seinen Arbeitskollegen und Freunden aus dem Baustoffkombinat Dresden mit denen

er „ganz unten“ zusammengearbeitet, aber auch Freundschaften in der Bedrängnis schließen konnte.

In seinem Schlusskapitel „Ende gut – alles gut?“ endet der eindrucksvolle Zeitzeugenbericht eines Arztes, der aus innerer Überzeugung, ärztlicher Verantwortung und systemkritischer Haltung in die Mühlen staatlicher Repression geriet, seine Medizinerkarriere einbüßte, und doch zu den Siegern der jüngeren deutschen Geschichte gehört. Es handelt sich um eine informative Durchleuchtung und kritische Kommentierung des DDR-Staatswesens gespiegelt an einem leidvollen Erlebnisbericht eines deutschen Arztes. Nach der Lektüre dieses wichtigen Buches wird uns einmal mehr bewusst, dass ein diktatorischer Sozialismus keine gesellschaftspolitische Langzeitoption sein konnte und deshalb zu Recht scheitern musste. Es gibt wenige so qualifizierte, umfassende und detaillierte Zeitzeugenberichte aus medizinischer, psychologischer und sozialer Selbsterfahrung, wie das vorgelegte Zeitdokument. ■

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

Anzeige

LEKTÜRE-EMPFEHLUNG:

## „Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

Zu bestellen über:

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



## Unsere Jubilare im Oktober 2019

## Wir gratulieren!

## 65 Jahre

- 01.10. Dr. med. Herbst, Angelika  
04416 Markkleeberg
- 02.10. Dr. med.  
Schulz, Johannes-Georg  
01217 Dresden
- 06.10. Dipl.-Med. Ludwig, Barbara  
08645 Bad Elster
- 08.10. Dipl.-Med. Jokisch, Sabine  
04207 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Weidnitzer, Matthias  
04299 Leipzig
- 11.10. Dr. med. Täschner, Heidrun  
04683 Fuchshain
- 12.10. Dipl.-Med. Möhr, Regina  
01277 Dresden
- 12.10. Dr. med. Trost, Peter  
08648 Bad Brambach
- 14.10. Prof. Dr. med. habil.  
Brock, Detlef  
04288 Leipzig
- 14.10. Dr. med. Krauß, Matthias  
08344 Beierfeld
- 14.10. Dr. med. habil. Pilz, Joachim  
01129 Dresden
- 15.10. Dr. med. Ebert, Cornelia  
08289 Schneeberg
- 15.10. Dipl.-Med. Schmidt, Margitta  
02827 Görlitz
- 17.10. Dr. med. Andersch, Gert  
01277 Dresden
- 18.10. Dr. med. Wagner, Harald  
04179 Leipzig
- 19.10. Dr. med. Wehrmann, Ursula  
01471 Radeburg
- 20.10. Dr. med. Paul, Wolfgang  
04838 Eilenburg
- 21.10. Dr. med. Schlick, Wolf-Rüdiger  
04159 Leipzig
- 26.10. Dipl.-Med. Schuster, Ines  
09496 Marienberg
- 27.10. Dipl.-Med. Perekopski, Anatolij  
02625 Bautzen
- 27.10. Dr. med. Winter, Thomas  
04157 Leipzig
- 28.10. Dr. med. Eckardt, Carmen  
01936 Königsbrück

- 28.10. Prof. Dr. med. Löffler, Markus  
04229 Leipzig
- 29.10. Dipl.-Med. Kurth, Monika  
09112 Chemnitz
- 29.10. Dr. med. Wähner, Gabriel  
01920 Haselbachtal
- 30.10. Dr. med.  
Rosenow, Hans-Joachim  
09131 Chemnitz
- 31.10. Dr. med. Jäger, Beate  
04463 Großpöbna
- 31.10. Dr. med. Strauß, Barbara  
04349 Leipzig

## 70 Jahre

- 05.10. Dr. med. Barthe, Gerhard  
01665 Klipphausen
- 05.10. Glander, Marion  
04158 Leipzig/ Lindenthal
- 08.10. Dr. med. Stumpe, Angela  
04109 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Scherzer, Hermann  
08373 Remse
- 14.10. Dipl.-Med. Schröpel, Evelin  
02791 Niederoderwitz
- 18.10. Prof. Dr. med. habil.  
Kabus, Maria  
01465 Langebrück
- 18.10. Prof. Dr. med. habil. Rolle, Axel  
01445 Radebeul
- 23.10. Dr. med. Kaltenborn, Elisabeth  
04687 Altenhain
- 23.10. Dr. med. Kunze, Günter  
08371 Glauchau
- 27.10. Schulz, Kathrein  
09353 Oberlungwitz
- 29.10. Dipl.-Med. Dittrich, Gabriele  
01189 Dresden
- 31.10. Dr. med. Leib, Hans-Hartwig  
04509 Delitzsch

## 75 Jahre

- 01.10. Dr. med. Breitschuh, Ingeborg  
01259 Dresden

- 02.10. Dr. med. Elsner, Günter  
08412 Werdau
- 03.10. Dr. med. Richter, Ute  
04451 Borsdorf
- 05.10. Dr. med. Ermisch, Dirk  
08451 Crimmitschau
- 05.10. Prof. Dr. med. Schober, Ralf  
04107 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Paul, Wolfgang  
08233 Treuen
- 13.10. Koch, Dietrun  
01328 Dresden
- 19.10. Mikulin, Kristina  
01445 Radebeul
- 19.10. Dr. med. von Loh, Siegrun  
04827 Machern
- 20.10. Dr. med. Roth, Sabine  
08340 Schwarzenberg
- 22.10. Dipl.-Med. Zschernig, Gudrun  
01109 Dresden
- 23.10. Dr. med. Horn, Eckehart  
01558 Großenhain
- 24.10. Dr. med. Kunze, Marie-Luise  
04821 Brandis
- 28.10. Glänzel, Hermann  
09380 Thalheim
- 29.10. Dr. med.  
Blechs Schmidt, Dorothea  
08115 Lichtentanne
- 29.10. Dr. med. Schwalbe, Jürgen  
08525 Plauen
- 31.10. Dr. med. Marquitz, Elke  
04107 Leipzig

## 80 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schmieder, Anita  
04159 Leipzig
- 05.10. Dr. med. Lange, Monika  
04159 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Gläser, Ulla  
01279 Dresden
- 07.10. Dr. med. Hoepffner, Wolfgang  
04155 Leipzig
- 07.10. Prof. Dr. sc. med.  
Leitsmann, Horst  
08412 Königswalde
- 07.10. Dr. med. Roth, Hannelore  
09661 Hainichen
- 08.10. Dr. med. Krahl, Ekkehard  
01796 Struppen
- 08.10. Weiß, Dorothea  
01705 Pesterwitz
- 10.10. Dr. med. Bauchspieß, Bernd  
04299 Leipzig

- 10.10.** Dr. med. Kempt, Waltraut  
09117 Chemnitz
- 12.10.** Dipl.-Med. Trescher, Eva  
04779 Wernsdorf
- 13.10.** Dr. med. Herrbach, Freya  
09114 Chemnitz
- 14.10.** Dr. med. Döhler, Siegmund  
01454 Radeberg
- 16.10.** Dr. med.  
Jarosch-Augsburg, Karin  
01307 Dresden
- 17.10.** Dr. med. Näser, Gerd  
02747 Herrnhut  
OT Großhennersdorf
- 17.10.** Dr. med. Trogisch, Jürgen  
01324 Dresden
- 19.10.** Abraham, Werner  
04720 Döbeln
- 22.10.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Hofmann, Klaus  
08645 Bad Elster
- 22.10.** Dr. med. Parentin, Rolf  
08233 Schreiersgrün
- 23.10.** Dr. med. Jeschke, Dieter  
01587 Riesa
- 23.10.** Dr. med. Wendel, Klaus  
01744 Dippoldiswalde
- 23.10.** Dr. sc. med. Winkler, Manfred  
01309 Dresden
- 28.10.** Dr. med. Colditz, Günter  
09366 Oberdorf
- 28.10.** Dr. med. Hahn, Hans  
04229 Leipzig
- 30.10.** Dr. med. Scheibe, Rosemarie  
02625 Bautzen
- 31.10.** Dr. med.  
Heidemann, Klaus-Peter  
04758 Oschatz
- 31.10.** Dr. med. Stolle, Helga  
04416 Markkleeberg

## 81 Jahre

- 03.10.** Dr. med. Schmole, Gerhard  
04107 Leipzig
- 05.10.** Dr. med. Nistel, Wolf-Dieter  
09130 Chemnitz
- 07.10.** Prof. Dr. sc. med. Wild, Lina  
04109 Leipzig
- 07.10.** Wysujack, Edith  
01445 Radebeul
- 08.10.** Dr. med. Binder, Erika  
04178 Leipzig
- 08.10.** Dr. med. Hüttner, Christel  
09603 Großschirma

- 10.10.** Dr. med. Greiner, Christel  
04129 Leipzig
- 10.10.** Dr. med. Sopke, Edith  
08645 Bad Elster
- 10.10.** Zetzsche, Ingeborg  
09430 Drebach
- 11.10.** Dr. med. Handel, Jürgen  
01445 Radebeul
- 12.10.** Dr. med. habil. Müller, Christa  
04277 Leipzig
- 20.10.** Dr. med. Kittlick, Jutta  
04279 Leipzig
- 23.10.** Leschke, Sieglinde  
04720 Mochau
- 23.10.** Dr. med. Murad, Hassan  
08280 Aue
- 24.10.** Dr. med. Doernbrack, Rolf  
02826 Görlitz
- 24.10.** Dr. med.  
Lommatzsch, Irmgard  
04178 Leipzig
- 24.10.** Dr. med. Oder, Dorothea  
08523 Plauen
- 29.10.** Drahonovsky, Renate  
02929 Rothenburg

## 82 Jahre

- 09.10.** Dr. med. Böttger, Bettina  
08058 Zwickau
- 10.10.** Dr. med. Zschiesche, Uta  
04207 Leipzig
- 11.10.** Pfeifer, Erika  
08115 Lichtentanne
- 11.10.** Dr. med. Pietsch, Klaus  
02943 Weißwasser
- 13.10.** Jost, Heinrich  
04567 Kitzscher
- 17.10.** Dr. med. Papke, Robert  
04249 Leipzig
- 18.10.** Dr. med. Grübler, Christof  
01328 Dresden
- 18.10.** Dr. med. Sawatzki, Rotraut  
01129 Dresden
- 20.10.** Dr. med. Scholz, Vera  
01307 Dresden
- 24.10.** Dr. med.  
Rebentisch, Johannes  
08547 Jößnitz
- 26.10.** Dr. med. Wegner, Ernst  
02827 Görlitz
- 29.10.** Dr. med. Bauer, Ingrid  
08248 Klingenthal
- 30.10.** Dr. med. Martin, Helmut  
09221 Adorf

## 83 Jahre

- 01.10.** Dr. med. Kecke, Günther  
08451 Crimmitschau
- 06.10.** Dr. med. Wolf, Peter  
04552 Borna
- 07.10.** Dr. med. habil. Dr. rer. nat.  
Gabler, Wolfgang  
09117 Chemnitz
- 08.10.** Dr. med. Rautenbach, Evamaria  
02826 Görlitz
- 08.10.** Dr. med. Rinke, Brigitte  
02999 Lohsa
- 13.10.** Dr. med. Stelzner, Arndt  
01217 Dresden
- 17.10.** Misch, Brigitte  
08233 Treuen
- 22.10.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Riedel, Ingeborg  
04109 Leipzig
- 27.10.** Dr. med. Firnhaber, Dina  
04275 Leipzig

## 84 Jahre

- 01.10.** Prof. Dr. med. habil.  
Göpfert, Edith  
04178 Leipzig
- 01.10.** Prof. Dr. sc. med.  
Schentke, Klaus-Ulrich  
01326 Dresden
- 02.10.** Dr. med. Wendel, Hanns-Georg  
09496 Marienberg
- 07.10.** Dr. med. Luther, Theo  
04157 Leipzig
- 07.10.** Dr. med. Schulze, Ingrid  
01847 Rathewalde
- 10.10.** Dr. med. Geisler, Ullrich  
02829 Markersdorf
- 10.10.** Dr. med. Pause, Hans-Udo  
09496 Marienberg
- 10.10.** Prof. Dr. med. habil.  
Seebacher, Claus  
01309 Dresden
- 17.10.** Dr. med. Sandow, Anne  
01662 Meißen
- 20.10.** Dr. med. Schilke, Gertrud  
09603 Bräunsdorf
- 21.10.** Beyer, Marianne  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.10.** Dr. med. Polster, Ingrid  
04159 Leipzig
- 25.10.** Doz. Dr. med. habil.  
Siegismund, Kurt  
01309 Dresden

- 28.10.** Werner, Karla  
01816 Bad Gottleuba-  
Berggießhübel
- 31.10.** Dr. med. Basche, Friedrich  
02739 Eibau

## 85 Jahre

- 04.10.** Dr. med. Lange, Eberhard  
04159 Leipzig
- 08.10.** Dr. med. Fleischer, Christa  
04275 Leipzig
- 12.10.** Dr. med. Goethe, Wolfgang  
01328 Dresden
- 18.10.** Wohlgemuth, Dorit  
04229 Leipzig
- 21.10.** Dr. med. Schippel, Gisela  
04229 Leipzig
- 23.10.** Dr. med. Kretschmar, Diethelm  
04720 Döbeln
- 23.10.** Dr. med. Tillmann, Monika  
04654 Frohburg
- 25.10.** Prof. Dr. med. habil. Dr. med.  
dent. Pinkert, Rolf  
01259 Dresden
- 26.10.** Dr. med. Düniß, Erika  
01187 Dresden

## 86 Jahre

- 01.10.** Dr. med. Audersch, Horst  
04105 Leipzig
- 02.10.** Dr. med. Scharfe, Erika  
04838 Eilenburg
- 02.10.** Dr. med. Unger, Gisela  
01109 Dresden
- 05.10.** Dr. med. Lenk, Sigrid  
01279 Dresden
- 10.10.** Dr. sc. med. Havelka, Jan  
04107 Leipzig
- 10.10.** Lehmann, Annemarie  
04683 Naunhof
- 10.10.** Dr. med. Wolf, Christine  
04279 Leipzig
- 10.10.** Dr. med. Wünsche, Annemarie  
01257 Dresden
- 12.10.** Dr. med. Göhre, Hartmut  
08258 Markneukirchen
- 13.10.** Prof. Dr. med. habil.  
Köhler, Klaus  
01326 Dresden
- 13.10.** Neubert, Dieter  
01844 Neustadt

- 14.10.** Dr. med. Weinrich, Reinhilde  
04107 Leipzig
- 15.10.** Dr. med. Oelsner, Irene  
04107 Leipzig
- 21.10.** Dr. med. Grosser, Helmut  
09120 Chemnitz
- 24.10.** Dr. med. Mohnke, Evemaria  
04347 Leipzig
- 26.10.** Dr. med. Mehlhorn, Roland  
08321 Zschorlau
- 29.10.** Prof. Dr. med. habil.  
Waurick, Siegfried  
04668 Grimma

## 87 Jahre

- 01.10.** Dr. med. Paschkow, Nikolai  
02763 Zittau
- 06.10.** Dr. med. Grethe, Hanno  
09465 Sehmatal-Sehma
- 07.10.** Nötzold, Heidi  
02977 Hoyerswerda
- 15.10.** Dr. med. Pfefferkorn, Renate  
09228 Wittgensdorf b.  
Chemnitz
- 31.10.** Dr. med. Schmidt, Alfred  
08349 Johanngeorgenstadt

## 88 Jahre

- 07.10.** Dr. med. Riemer, Gert  
04158 Leipzig
- 09.10.** Dr. med.  
Schöneich, Annemarie  
01326 Dresden
- 14.10.** Dr. med. Uhlmann, Christa  
01309 Dresden
- 23.10.** Dr. med. Kirmse, Hans  
08359 Breitenbrunn
- 31.10.** Dr. med. Hiltner, Regina  
04416 Markkleeberg

## 89 Jahre

- 14.10.** Dr. med. Resky, Ursula  
04103 Leipzig
- 23.10.** Dr. med. Kupsch, Dieter  
01219 Dresden

## 90 Jahre

- 24.10.** Dr. med. Bechmann, Gerda  
04275 Leipzig

## 91 Jahre

- 24.10.** Junker, Eleonore  
04416 Markkleeberg

## 92 Jahre

- 01.10.** Wiehe, Barbara  
09430 Drebach
- 03.10.** Jurisch, Else  
02763 Zittau
- 11.10.** Dr. med. Baudrexl, Alfred  
01445 Radebeul
- 29.10.** Dr. med. Leue, Johanna  
02929 Rothenburg/OL

## 93 Jahre

- 18.10.** Dr. med.  
Bredow, Hans-Joachim  
04880 Dommitzsch
- 21.10.** Dr. med. Otto, Elisabeth  
04316 Leipzig
- 21.10.** Dr. med. Zieboltz, Anita  
04109 Leipzig

## 95 Jahre

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

## 98 Jahre

- 13.10.** Prof. Dr. med. habil.  
Schlegel, Lotte  
04539 Groitzsch

# Zum 80. Geburtstag von Dr. med. Gerhard Schubert

Würdevoll und rege wie eh und je beging Dr. med. Gerhard Schubert, von 1983 bis 2004 Chefarzt der Freiburger Chirurgie, im August seinen 80. Geburtstag.

Mit seiner Berufung begann für uns Mitarbeiter eine segensreiche, aber rastlose Zeit.

Schon als Oberarzt hatte Dr. Schubert nach einer längeren Hospitation bei Prof. Dr. med. Günther Bellmann in der Kinderchirurgie Dresden für Freiberg eine kinderchirurgische Station aufgebaut. Mit Mut, vor allem aber durch Fleiß und Wissen führte er hier Operationen ein, die nie zuvor in Freiberg getätigt worden waren, wie zum Beispiel die Ableitungsoperation bei Hydrocephalus internus, die Aufrichtung von Trichterbrüsten oder als Beispiele eines großen kinderurologischen Repertoires die chirurgische Behandlung des Urinrefluxes oder die Schaffung einer neuen Harnröhre bei hypospader Missbildung.

Besonders hier in der Kinderchirurgie zeigte sich seine Begeisterungsfähigkeit, seine Liebe zum Detail und seine rückhaltlose Präsenz für die Hilfesuchenden am Tag wie in der Nacht, die wir vorbildhaft bis zur letzten Minute seiner Tätigkeit beobachten konnten und für uns alle verpflichtend war.

Später rückten immer mehr die erwachsenen Patienten mit ihren Problemen in den Mittelpunkt seiner Arbeit, allumfassend in der Bauchchirurgie, wo er wiederum Neues anfasste und Altes weiterentwickelte, waren es die komplizierten Bauchspeicheldrüsenresektionen oder die neuen Wege, die die Magen- und Colonchirurgie nach streng onkologischen Kriterien beschritt.



Dr. med. Gerhard Schubert

Dr. Schubert war für das Neue immer offen und oft konnten wir uns schon mit Methoden befassen, ehe sie andere anwendeten. Ob die laparoskopische Chirurgie, die Arthroskopie, neue Methoden in der Traumatologie bis hin zur Sonografie, Endosonografie und Endoskopie – oft bekamen wir von ihm den aufmunternden Klaps, uns zu kümmern.

Wichtig war die Einführung endoprotetischer Operationen durch Dr. Schubert, erst am Hüft- später auch am Kniegelenk. Sehr schnell wurden Operationszahlen in diesem Bereich erreicht, die den heutigen Anforderungen über Mindestmengen weit genügten. Vakuumverbände, die es damals in der heutigen Form noch nicht gab, hätten wir nicht benötigt, weil es so gut wie keine Infektionen nach diesen Eingriffen gab, weil Dr. Schubert auch hier, wie in allem, kompromisslos Bedingungen schaffte, die den Erfolg garantierten. Sein Verhältnis zur Schwesternschaft unserer Klinik war ein besonderes, weil

er durch seine Vorbildwirkung Maßstäbe setzte, die allseits anerkannt waren und beflissen befolgt wurden (wenn nicht, war das Verhältnis auch ein besonderes). Wir Assistenten schätzten ihn als perfekten Lehrmeister. Gleich wie, immer war er unsere Eminenz im Hintergrund, auf die wir uns verlassen konnten, die nie nachtragend war, von der wir wussten, dass hinter der harten Schale ein weiches Herz schlägt.

Dabei waren seine Anleitungen nicht immer druckreif. Es gab schon Ausdrücke, die den Rahmen dieses Journals sprengen würden, die aber immer zur Lösung eines schweren Problems beitrugen. Wir alle wussten dann, woran wir waren und hatten verstanden, so gut, dass alle unter seiner Ägide herangewachsenen zehn Assistenten ihre Facharztprüfung für Chirurgie mit Bravour bestanden.

Mit Dr. Schubert verließ der letzte Chirurg das Freiburger Klinikum, der chirurgisch sozusagen alles konnte. Diese Generation gibt es nicht mehr. Die Breite der Fachdisziplinen, neue Techniken, Anforderungen der Ökonomie, des Datenschutzes und das große Mitspracherecht nicht medizinischer Fachleute haben auch die Chirurgie grundhaft verändert. Es war deshalb unser Wunsch, gerade in dieser Situation anlässlich seines Altersjubiläums an einen würdigen „Alten“ unserer Zunft zu erinnern und ihn zu ehren. Mit einem herzlichen „Glück Auf“ wünschen wir von Herzen alles Gute, die chirurgischen Getreuen seiner Zeit. ■

Dr. med. Michael Neubauer, Freiberg

# Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozent

## Medizinische Fakultät Technische Universität Dresden – II. Quartal 2019

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Jörg Pawelke,**  
OncoRay – National Center for Radiation Research in Oncology am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden

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

Thema „Untersuchungen und Entwicklungen zur Applikation laserbeschleunigter Teilchenstrahlen in der Partikeltherapie“  
Verleihungsbeschluss: 24.4.2019

**Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Fine Fiedler,**  
Institut für Strahlenphysik am Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf

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

Thema „New Trends and Developments for Particle Therapy Positron Emission Tomography“  
Verleihungsbeschluss: 24.4.2019

**Priv.-Doz. Dr. med. Barbara Klink,**  
Institut für Klinische Genetik an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Humangenetik“ erteilt.  
Thema „Genetic characterisation of gliomas improves their diagnosis and reveals novel in-sights into tumourigenesis and progression“

Verleihungsbeschluss: 26.6.2019

## Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – II. Quartal 2019

**Dr. med. Arash Arya,**

Abteilung für Rhythmologie, Herzentrum Leipzig – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.

Thema „Catheter Ablation of Ventricular Arrhythmias“  
Verleihungsbeschluss: 21.5.2019

**Dr. Claire Chalopin,**

Innovation Center Computer Assisted Surgery (ICCAS), Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Medizin/Medizinische Bildgebung zuerkannt.

Thema „Extended non-standard intraoperative imaging in head surgery: contrastenhanced ultrasound imaging and infrared thermography“

Verleihungsbeschluss: 21.5.2019

**Dr. rer. nat. Anja Veronica Witte,**

Max Planck Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Abteilung Neurologie und Tagesklinik für kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Medizin zuerkannt.

Thema „Einfluss von Adipositas, Ernährung und Stoffwechseleränderungen auf die Gehirnstruktur und -funktion“  
Verleihungsbeschluss: 21.5.2019

**Dr. med. Janine Hoffmann,**

Abteilung für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe zuerkannt.

Thema „Moderne bildgebende und biophysikalische diagnostische Ansätze in der Geburtsmedizin“

Verleihungsbeschluss: 18.6.2019

**Dr. med. Boris Thomas Jansen-Winkeln,**  
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie zuerkannt.

Thema „Experimentelle und klinische Untersuchungen zu gastrointestinalen Resektionen und Anastomosen“

Verleihungsbeschluss: 18.6.2019

# Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth

\* 18.7.1930 † 30.4.2019

Wenige Monate vor seinem 89. Geburtstag starb Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth in einem Leipziger Krankenhaus.

Balthasar Wohlgemuth wurde in Königsberg (Preußen) in einer Arztfamilie geboren. Er war Student an der Universität Leipzig (1952 – 1957), dann Assistent (ab 1958) und ab 1962 Facharzt für Pathologie am Leipziger Institut für Pathologie. Er habilitierte 1967 unter dem damaligen Institutsleiter Prof. Dr. med. habil. Gottfried Holle und wurde 1968 Oberarzt. Gleichzeitig leitete er ein Labor für Autoradiografie und erhielt 1971 die *Facultas docendi* sowie die staatliche Anerkennung als verantwortlicher Mitarbeiter für Isotopentechnik. Seit 1972 war er verantwortlich für die Vorlesungen Allgemeine und Spezielle Pathologie für Stomatologen. Im Rahmen dieser Tätigkeit verfasste er ein Lehrbuch der Pathologie für Stomatologen in mehreren Auflagen, das damals eine deutliche Lücke im Lehrbuchangebot geschlossen hat. 1974 erwarb er den Titel *Dr. sc. med.* Nach der politischen Wende erfolgte die Berufung zum apl. Professor und dann zum Professor für Klinische Pathologie.

Wissenschaftlich beschäftigte sich Prof. Wohlgemuth vor allem mit Fragen der diabetischen Angiopathie, der morphologischen Hepatologie und mit der Pathogenese der Leberzirrhose. Seine wissenschaftlichen Ergebnisse hat er in mehr als 100 Arbeiten und mehr als 175 Vorträgen veröffentlicht.

Zu DDR-Zeiten hat er sich besonders verdienstvoll um die fachliche Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte auf dem Gebiet der Histologie



Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth

und Zytologie gekümmert. In zweijährigem Abstand fanden in Leipzig mit jeweils bis zu 250 Teilnehmern sehr gut besuchte Fortbildungsveranstaltungen statt, die auch nach der Wiedervereinigung bundesweit Anerkennung gefunden haben. Auch für diese Berufsgruppe hat Prof. Wohlgemuth ein in mehreren Auflagen erschienenes Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie verfasst. Daneben stammen aus seiner Feder mehrere populärwissenschaftliche Bücher zur Pathologie von Leber, Gallengangsystem und Pankreas in mehreren Auflagen.

Außerhalb der Universität engagierte sich Prof. Wohlgemuth in der Gesellschaft für Pathologie als Leiter der Fachkommission für Mittlere Medizinische Fachkräfte beim Vorstand der Gesellschaft für Pathologie der DDR und im Vorstand der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR – seit 1975 auch als deren Schatzmeister. Er wurde Ehrenmitglied der Mitteldeutschen Ge-

sellschaft für Gastroenterologie (1998) und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (1999).

In seiner Funktion als Studiendekan der Medizinischen Fakultät (1990 – 1995) hat er sich besondere Verdienste erworben bei der Überführung der Approbationsordnung Ost in die Approbationsordnung West. Von Januar bis Mai 1996 war er in der direkten Nachfolge des Direktorats von Prof. Dr. med. habil. Gottfried Geiler bis zum Amtsantritt von dessen offiziellem Nachfolger kommissarischer Direktor des Instituts. Von 1993 bis 1998 engagierte sich Prof. Wohlgemuth im Ausschuss Ärztliche Ausbildung der Sächsischen Landesärztekammer.

Er war bis 2015 aktiv als Pathologe tätig und gehörte damit sicher zu einem der dienstältesten deutschen Pathologen. Wir haben uns viele Jahre (bis 2015) in einen Senioren-Arbeitsplatz und ein gemeinsames Mikroskop geteilt, das ich bis heute selbst auch noch täglich benutze. Balthasar Wohlgemuth verabschiedete sich am 6. Mai 2015 im Institut für Pathologie am Elsapark Leipzig von seinen letzten Kollegen sowie von seinem späten aktiven Berufsleben mit einem Vortrag „Medizinhistorische Beziehungen zwischen Gastroenterologie, Hepatologie und Pathologie: Paul Ehrlich (1854 – 1915) und Hans Popper (1903 – 1988)“.

Wir haben einen jahrzehntelangen, engagierten Mitstreiter verloren. Wir denken mit sehr herzlichem Mitgefühl an seine Frau und seine ganze Familie. ■

Prof. Dr. med. habil. Peter Stiehl, Leipzig  
ehemaliger Prosektor des Instituts für Pathologie  
des Universitätsklinikums Leipzig