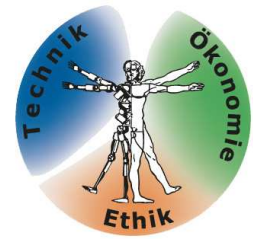




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Termin:** Mittwoch, 27. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

### Themen und Referenten:

#### **Die Arzt-Patienten-Interaktion: Geht die Medizin am Willen der Patienten vorbei, oder können wir den Erwartungsansprüchen unserer Patienten nicht mehr gerecht werden?**

*Professor Dr. med. Gabriele Schackert*

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

#### **Neue und alte Krankheiten in neuer Ausprägung – wie die Flüchtlingskrise auch die Thoraxchirurgie betrifft**

*Dr. med. Gunda Leschber*

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT); Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin

#### **Chirurgische Therapie von bösartigen Hirntumoren: Was ist machbar, was ist sinnvoll? Plus: Stellungnahme der Neurochirurgen zu Eingriffen an der Wirbelsäule**

*Professor Dr. med. Walter Stummer*

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Münster

#### **Unterfinanzierung der Notfallversorgung – was kostet Höchstleistungsmedizin 24/7 tatsächlich?**

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm

#### **Kinderorthopädie heute: kleine Körper, große Erfolge**

*Professor Dr. med. Andrea Meurer*

Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt am Main

#### **Interdisziplinäre Team-Entscheidungen bei endovaskulären Verfahren**

*Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer*

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

### **Moderation:**

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

#### Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2016.de, www.dgch.de

#### Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. April 2016  
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81518  
Telefax: 030 3038-81519

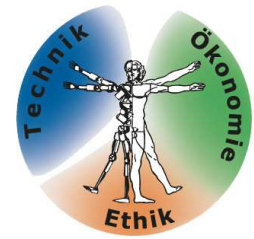




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Termin:** Mittwoch, 27. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

### Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte/Fachartikel

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Lebensläufe der Referenten

Übersicht Pressekonferenzen des 133. Chirurgenkongresses in Berlin

Bestellformular für Fotos



*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per Mail unter: [ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)*

### Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
[ullrich@medizinkommunikation.org](mailto:ullrich@medizinkommunikation.org)  
[www.chirurgie2016.de](http://www.chirurgie2016.de), [www.dgch.de](http://www.dgch.de)

### Vor Ort auf dem Kongress vom 26. bis 29. April 2016

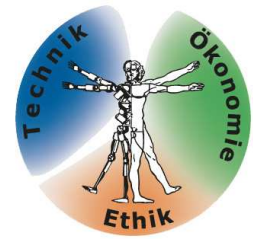
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81518  
Telefax: 030 3038-81519



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## PRESSEMITTEILUNG

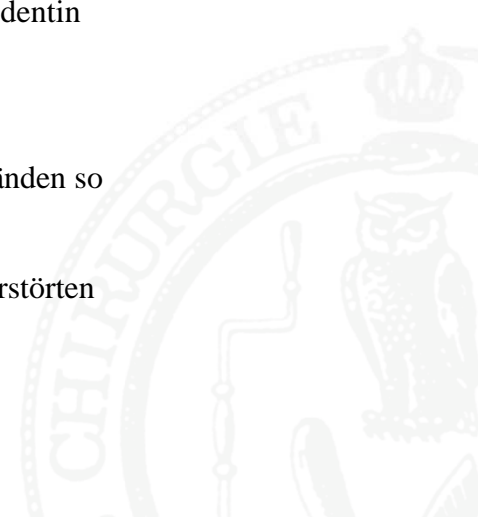
133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### **Versorgung von Flüchtlingen Lungenchirurgen rechnen mit Zunahme seltener Erkrankungen**

**Berlin, 27. April 2016 – Viele Flüchtlinge kommen aus Ländern, in denen Lungenkrankheiten häufig sind, die Ärzte in Deutschland nur selten sehen. Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) rechnet daher mit einem Anstieg von Erkrankungsfällen, die unter Umständen komplizierte Behandlungen erforderlich machen oder für die hiesigen Mediziner schwierig zu diagnostizieren sind. Worauf zu achten ist, erläutern Lungenspezialisten auf einer Pressekonferenz aus Anlass des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Chirurgenkongress findet vom 26. bis 29. April in Berlin im CityCube statt.**

Nachdem die Tuberkulose in Deutschland über viele Jahre rückläufig war, wurde im vergangenen Jahr ein deutlicher Anstieg der Erkrankungszahlen gemeldet. Die Zunahme ist die Folge des Screenings von Asylsuchenden aus Ländern, in denen die Tuberkulose weitaus häufiger ist als in Deutschland. „Die Misere in den Heimatländern und die Strapazen während der Reise tragen sicherlich dazu bei, dass eine latente Infektion sich zur offenen Lungentuberkulose entwickelt“, sagt Dr. med. Gunda Leschber, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT).

Beim Eintreffen in Deutschland sei die Erkrankung dann unter Umständen so weit fortgeschritten, dass eine medikamentöse Behandlung allein die Tuberkulose nicht mehr kurieren kann. In diesem Fall müssten die zerstörten Lungenabschnitte operativ entfernt werden. „Bislang sind derartige

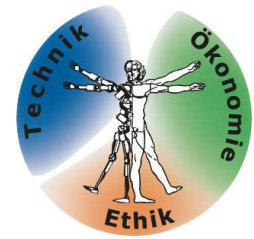




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



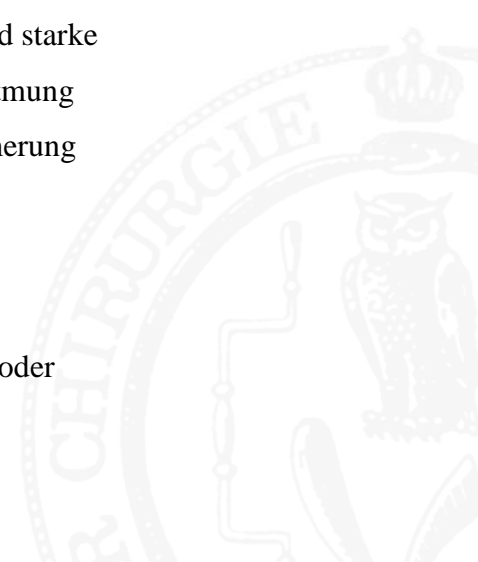
Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Resektionen eine Rarität, die bei weniger als einem Prozent der Erkrankten notwendig wurden“, so Leschber. In den zurückliegenden Jahren sei es jedoch weltweit zu einem Anstieg gekommen. „Gründe waren die unzureichende medikamentöse Therapie und die Ausbreitung von multiresistenten Tuberkuloseerregern“, fügt die Chefärztin der Thoraxchirurgischen Klinik der Evangelischen Lungenklinik Berlin hinzu. „Wir rechnen damit, dass auch in Deutschland die Operationszahlen steigen werden.“

Eine weitere Erkrankung, die in Deutschland demnächst öfter auftreten könnte, ist die Echinokokkose, eine Infektion mit dem Hundebandwurm. „Der Parasit ist in der Türkei und im Nahen Osten stark verbreitet“, sagt Dr. Leschber. „Wenn Flüchtlinge auf ihrer Wanderung ungewaschene Nahrungsmittel zu sich nehmen, können sie sich leicht kontaminieren.“ Die Erkrankung tritt häufig erst nach vielen Jahren auf, wenn sich in der Leber oder der Lunge Zysten gebildet haben. Die Behandlung besteht in der vorsichtigen Entfernung der Zysten – eine schwierige Operation, da die Zysten als Ganzes entfernt werden müssen. „Bei einer Beschädigung kann es zu allergischen Reaktionen oder sogar zu einer Ausbreitung des Bandwurms kommen“, so Leschber.

Andere Erkrankungen wiederum könnten zu falschen Diagnosen verleiten. Bei der Sichelzellanämie etwa, einer in Afrika verbreiteten genetischen Erkrankung, kommt es häufig zu starken Brustschmerzen und Kurzatmigkeit. „Das akute Thoraxsyndrom ist leicht mit einer Lungenentzündung zu verwechseln“, sagt Leschber, „denn oft zeigen sich im Röntgenbild des Thorax Infiltrate.“ Die Patienten benötigen Sauerstoff, Flüssigkeit und starke Schmerzmittel, bis die Krise vorüber ist „Operationen oder auch Beatmung müssen möglichst vermieden werden, da sie nur zu einer Verschlimmerung führen“, so Leschber.

Auch bei uns seltene Enzymdefekte wie der Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel finden sich gehäuft bei Mittelmeerrainern oder

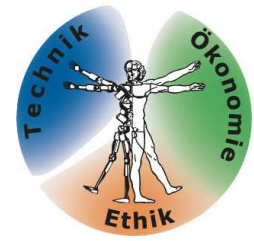




**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Bewohnern Afrikas. Die Verabreichung von Medikamenten oder Operationen können hier zu schweren Krisen führen, bei denen die Erythrozyten – die roten Blutkörperchen – zerfallen.

Sowohl Sichelzellenanämie als auch Enzymdefekt sind in Deutschland derzeit fast unbekannt. „Wir sind gut beraten, uns auf diese Krankheitsbilder vorzubereiten, um die richtige Behandlung anbieten zu können“, meint die DGT-Präsidentin.

Weitere Informationen: [www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)

Weitere Infos zum Kongress: [www.chirurgie2016.de](http://www.chirurgie2016.de).

## Termine der Pressekonferenzen:

### Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.

Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Donnerstag, 28. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 29. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Präsidentin 2015/2016

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

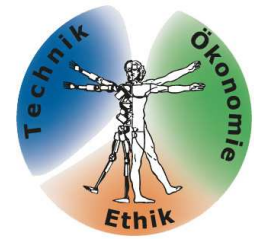




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## PRESSEMITTEILUNG

133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### Wirbelsäulen-Operationen

### Neurochirurgen definieren Anforderungen an ärztliche Zweitmeinung

**Berlin, 27. April 2016 – Wird an der Wirbelsäule zu häufig operiert? Um Patienten mehr Sicherheit zu geben, will das Versorgungsstärkegesetz für sogenannte „mengenanfällige“ Eingriffe den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung verankern. Welche Eingriffe das sind, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch festlegen. Für den Bereich der Rückenoperationen definieren die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und der Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC) jetzt schon in einer Stellungnahme notwendige Anforderungen für eine qualifizierte Zweitmeinung. Dabei stehen die körperliche Untersuchung und fachliche Qualifikation im Mittelpunkt, wie Experten auf der Pressekonferenz des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) erläuterten.**

In den Jahren 2005 bis 2011 ist die Zahl verschiedener Eingriffe an der Wirbelsäule sprunghaft angestiegen. Dies hatte eine öffentliche Debatte darüber ausgelöst, ob bei Rückenbeschwerden mitunter zu schnell oder zu umfangreich operiert wird. Im Jahr 2014 weist das statistische Bundesamt 285 000 Operationen im vollstationären Bereich aus, Belegkliniken nicht mitgezählt. Darunter fallen etwa Operationen zur Entfernung von ausgetretenem Bandscheibenmaterial, der Einsatz von Spreizern oder Bandscheibenprothesen und Versteifungen an der Wirbelsäule.

„Die Neurochirurgen begrüßen Verfahren, die Patientensicherheit und Versorgungsqualität erhöhen“, sagt Professor Dr. med. Gabriele Schackert,

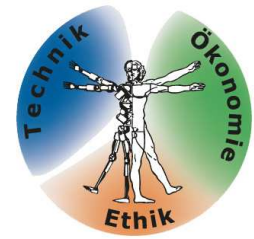




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016

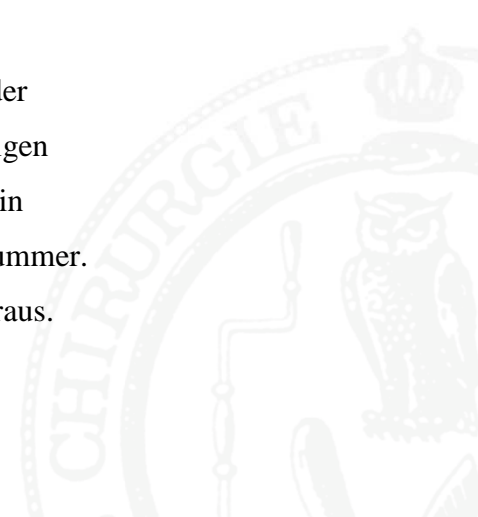
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Präsidentin der DGCH und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Dresden. Das Zweitmeinungsverfahren sei ein mögliches Instrument. „Operationen an der Wirbelsäule machen einen substanziellen Teil der neurochirurgischen Tätigkeit aus“, betont Professor Dr. med. Walter Stummer, Vizepräsident der DGNC. Die Neurochirurgen nehmen jetzt Stellung, welche Anforderungen die Zweitbegutachtung aus Expertensicht genügen sollte.

Ein zentraler Punkt, den ein Zweitmeinungsverfahren erfüllen muss, ist die körperliche Untersuchung und Befragung durch den Arzt. Die Begutachtung von Röntgenbildern allein ist aus Sicht der Neurochirurgen in keinem Fall ausreichend, um eine Entscheidung für oder gegen einen Wirbelsäuleneingriff zu treffen. „Veränderungen an der Wirbelsäule, die man im Röntgenbild sieht, müssen nicht zwangsläufig für Rückenbeschwerden verantwortlich sein“, so Stummer. Ob ein Zusammenhang besteht, kann der Arzt nur durch eine Untersuchung klären, bei der er die Nervenfunktionen des Patienten prüft. „Erst in der Zusammenschau von Bildgebung, Beschwerden und körperlicher Untersuchung ist ein Urteil möglich“, sagt der DGNC-Vizepräsident.

Das führt automatisch zur Frage der ärztlichen Qualifikation des Zweitmeinenden. „Er muss sowohl die neurochirurgisch-operativen Techniken zur Therapie von Wirbelsäulenproblemen kennen als auch den Überblick haben über konservative Behandlungsverfahren wie Schmerz- und Physiotherapie“, erläutert Stummer. „Dazu gehört die Kenntnis von Risiken und Erfolgsaussichten jedes einzelnen Verfahrens, aber auch das Wissen, wann welche Methode in Frage kommt und wann nicht.“

Schließlich müsse die zweite Begutachtung zeitnah erfolgen, betont der Neurochirurg. Denn schmerzgeplagten Patienten dürften keine unnötigen Behandlungsverzögerungen zugemutet werden. „Wir brauchen also ein Zweitmeinungssystem ohne unangemessene Wartezeiten“, erklärt Stummer. Ein solches System setzt eine angemessene finanzielle Vergütung voraus.

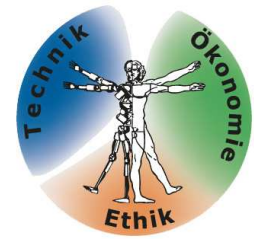




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



„Nur so kann sichergestellt werden, dass eine wirklich neutrale und zügige Einschätzung erfolgt“, sagt Gabriele Schackert.

Diesem Ziel würde man im Übrigen sehr viel näher kommen, wenn belastbare Daten vorlägen, die chirurgische und konservative Therapien vergleichen. „Wir Neurochirurgen fühlen uns daher weiter wissenschaftlichen Untersuchungen verpflichtet“, so Schackert. „Solche Studien sollten mit hoher Dringlichkeit unterstützt werden.“

Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Weitere Infos: [www.chirurgie2016.de](http://www.chirurgie2016.de).

## Termine der Pressekonferenzen:

### Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer imCityCubestatt.  
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Donnerstag, 28. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 29. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr



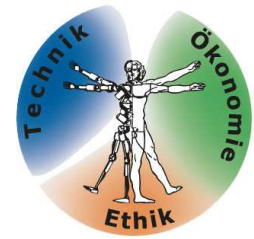




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## PRESSEMITTEILUNG

133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

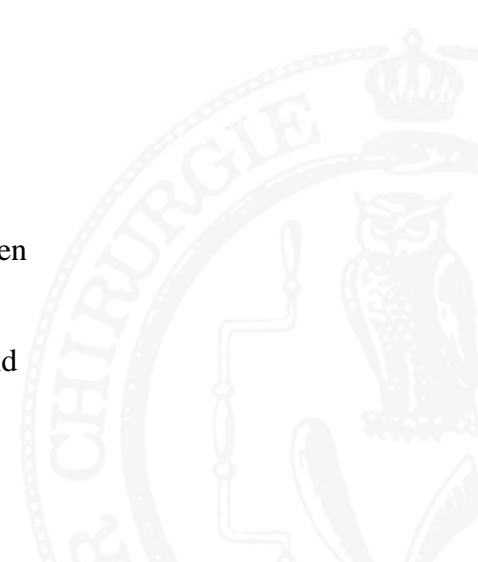
### **Hohe Vorhaltekosten für Höchstleistungsmedizin 24/7 Chirurgen: Notaufnahmen sollten vordringlich modernisiert werden**

**Berlin, 27. April 2016 – Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) begrüßt die geplante Neuorganisation der Notfallmedizin, wonach Kliniken mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung künftig gestufte Zuschläge erhalten sollen. Zugleich gibt die DGU zu bedenken, dass in diesen Einrichtungen ein großer Investitionsstau besteht. Notfalleinheiten müssten auch bei der apparativen Modernisierung bevorzugt berücksichtigt werden, fordert die DGU. „Es wäre katastrophal, wenn die guten Ansätze am Ende nur einen Tropfen auf den heißen Stein darstellen“, betont auch Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).**

Unfallverletzte und Notfallpatienten können in Deutschland überall und an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr in Krankenhäusern versorgt werden. Die Initiative TraumaNetzwerk DGU<sup>®</sup>, welche die DGU in den vergangenen Jahren aufgebaut hat, garantiert eine stufengerechte Weiterverlegung von Patienten in geeignete Versorgungseinrichtungen.

An großen kommunalen Häusern und Universitätskliniken stehen zu diesem Zweck sogenannte Schockräume zur Verfügung.

„Unfallchirurgen, Anästhesisten, Radiologen und Pflegekräfte kämpfen dort gemeinsam um das Leben von Schwerstverletzten“, sagt DGU-Präsident Professor Dr. med. Florian Gebhard, Direktor der Klinik und





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Ulm. Neben dem hochqualifizierten Personal sind Diagnostikeinheiten wie Ultraschall, CT und MRT erforderlich, zudem die permanente Besetzung von Laboren und Operationssälen.

Dementsprechend hoch ist der finanzielle Aufwand für die Bereitstellung der Notfallmedizin. „Allein für das Personal fallen pro Minute 1,91 Euro oder etwas über eine Million Euro pro Jahr an“, berichtet Gebhard. Zugleich ist die Inanspruchnahme groß: Am Universitätsklinikum Ulm werden jedes Jahr über die Notaufnahmen – also nicht nur in den Schockräumen – 29 000 Patienten versorgt. „Das sind in der Inneren Medizin und der Chirurgie pro Stunde drei Notfallpatienten, die ambulant oder bei Bedarf stationär versorgt werden“, rechnet der DGU-Präsident vor.

Dieser Aufwand bildet sich in der Vergütung der Notfallmedizin bislang aber in keiner Weise ab. „Die Kliniken erhalten im Schnitt 30 Euro für jeden ambulanten Notfallpatienten vergütet, bei errechneten tatsächlichen Kosten von 120 Euro“, berichtet Gebhard. Damit ist die Notfallversorgung für viele Kliniken defizitär, ein klares Zuschussgeschäft. Hinzu kommt ein weiterer Aspekt, der die apparative Ausstattung betrifft. „Viele Kliniken verzeichnen in den Notaufnahmen einen Investitionsstau – neue Geräte können nicht angeschafft werden, weil das Geld fehlt“, so Gebhard.

Für den DGU-Präsidenten steht außer Frage: Diejenigen Krankenhäuser, die die größte Last der Notfallversorgung tragen, sollten auch über eine entsprechend leistungsfähige, moderne technische Infrastruktur verfügen. „Die Geräte haben das Ziel, in kurzer Zeit die richtige Diagnose bei schwerkranken Patienten zu stellen, um dann schnellstmöglich eine optimale Therapie durchführen zu können“, erläutert Gebhard. Die Unfallchirurgen plädieren daher dafür, bei der Finanzierung der Infrastruktur Prioritäten zugunsten der Notaufnahmen zu setzen.

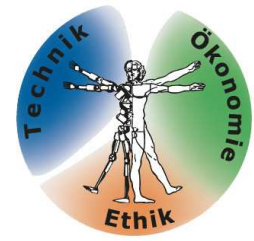




**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Forderungen, wonach die Schockräume eine höhere Auslastung anstreben sollten, um Erträge zu erzielen, weist Gebhard hingegen zurück. Zum besseren Verständnis zieht der Unfallchirurg einen Vergleich zur Feuerwehr. „Es würde ja auch niemand fordern, dass die Feuerwehr möglichst viele Einsätze hat, um eine Kostendeckung zu erbringen“, so Gebhardt. Hinter jedem Schockraumpatienten stehe ein schwerverletzter Mensch mit einem Schicksal. „Niemand möchte anderen dieses Schicksal wünschen, nur um das vorgehaltene Personal zu beschäftigen“, betont er.

Die Unfallchirurgen hoffen, dass die Pläne der Bund-Länder-AG, die zusätzliches Geld zur Stärkung der Notfallversorgung bereitstellen will, auch umgesetzt werden. Aus Sicht der DGU ist das geplante gestufte System der Vergütung, die sich nach dem Niveau der vorgehaltenen Notfallstrukturen richten soll, ein Schritt in die richtige Richtung. „Das politische Signal ist gut“, betont auch DGCH-Präsidentin Schackert. Die Neurochirurgin ist am Universitätsklinikum Dresden an der Notfallversorgung von Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen beteiligt.

Weitere Infos: [www.chirurgie2016.de](http://www.chirurgie2016.de).

## Termine der Pressekonferenzen:

### Kongress-Pressekonferenzen

Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.  
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Donnerstag, 28. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

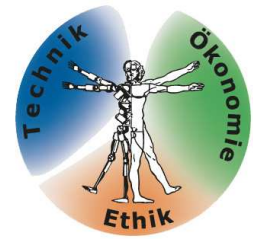




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## PRESSEMITTEILUNG

133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### Unreife Hüfte bei Neugeborenen

## **Kinderorthopäden: Eltern sollen auf frühen Baby-Ultraschall achten**

**Berlin, 27. April 2016 –Eine ungenügende Ausbildung der Hüftgelenkpfanne ist die häufigste Fehlbildung bei Neugeborenen. Je früher die drohende Fehlstellung erkannt wird, desto besser die Heilungschancen. Obwohl spätestens die Vorsorgeuntersuchung U3 eine Ultraschall-Untersuchung der Hüfte vorschreibt, erhalten jedes Jahr schätzungsweise bis zu 70 000 Säuglinge dieses Screening nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) rät daher jungen Eltern, auf die Durchführung der Untersuchung zu achten. Die Therapie der kindlichen Hüfterkrankungen ist ein Thema auf dem 133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der Chirurgenkongress findet vom 26. bis 29. April 2016 in Berlin statt.**

Kommt ein Kind zur Welt, ist der Hüftkopf seines Oberschenkels zunächst aus weichem Knorpelmaterial. Im Laufe der Zeit härtet die Substanz aus, wird durch Knochen ersetzt. Doch bei etwa drei von Hundert Neugeborenen ist dieser Reifungsprozess gestört – es droht eine Fehlbildung der Hüfte.

Unbehandelt drohen spätestens im Erwachsenenalter starke Schmerzen beim Sitzen, Stehen und Gehen, häufig auch komplizierte Operationen. Zudem fördert eine Hüftfehlstellung Arthrose. „Mindestens zehn Prozent aller künstlichen Hüften bei Patienten unter 50 Jahren lassen sich darauf zurückführen“, sagt Professor Dr. med. Andrea Meurer, Vizepräsidentin der DGOOC.





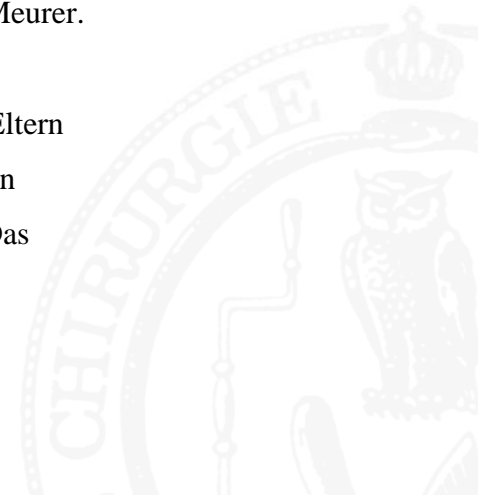
Aus diesen Gründen schreibt das Kinderuntersuchungsheft für alle Säuglinge eine Ultraschalluntersuchung der Hüfte in der U3 vor, die in der vierten bis sechsten Lebenswoche stattfinden soll. „Dem Vorsorgeheft liegt ein entsprechendes Formblatt bei, zudem eine Abfrage der Risikofaktoren für eine unreife Hüfte“, so Meurer. Ist der Kinderarzt entsprechend ausgebildet und ausgerüstet, übernimmt er die schmerz- und strahlungsfreie Untersuchung selbst. „Andernfalls kann er zur Sonographie an einen Kinderorthopäden überweisen“, erläutert die Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM.

Präsidentin 2015/2016

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Früh im Ultraschall erkannt, kann in vielen Fällen schon das Tragen einer Spreizhose in den ersten Lebensmonaten die Hüftdysplasie vollständig korrigieren. „Daneben gibt es Bandagen, Hüftbeugeschienen, Riemenzügelbandagen oder auch einen festen Sitz-Hock-Gips, je nach Grad der Fehlstellung“, so Meurer. Generell gilt: Je früher die Diagnose erfolgt, desto unwahrscheinlicher wird eine aufwändige Operation, bei der die Orthopäden das kindliche Becken durchtrennen müssen. „Welche Form der Richtig- und Ruhigstellung schließlich gewählt wird, hängt unter anderem auch von der Bereitschaft der elterlichen Mitarbeit ab“, betont Orthopädin Meurer.

Deren Aufmerksamkeit ist zudem bei der Früherkennung gefragt. Denn bei körperlichen Auffälligkeiten oder vorliegenden Risikofaktoren kann der Hüftultraschall schon bei der U2 gemacht werden, also zwischen dem dritten und zehnten Lebenstag. „Zu den Risikofaktoren für eine Hüftdysplasie zählen vor allem Steiß- oder Beckenendlagegeburten, Mehrlingsschwangerschaften, Fehlbildungen der Füße und eine familiäre Vorbelastung“, erläutert Meurer. Äußere Anzeichen können unterschiedlich lange oder ungleichmäßig abgespreizte Beine sowie asymmetrische Gesäßfalten sein. „Sollten Eltern oder Hebamme solche Ungleichmäßigkeiten auffallen, bitte gleich den Klinik- oder Kinderarzt bei der U2 darauf ansprechen“, rät Meurer. Das Vorsorgeheft zählt einige der wichtigsten Risikofaktoren auf.





**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

Weitere Infos: [www.chirurgie2016.de](http://www.chirurgie2016.de).

**Termine der Pressekonferenzen:**

Kongress-Pressekonferenzen

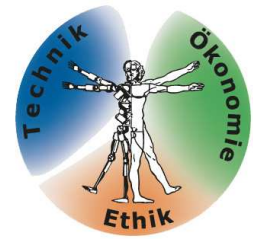
Die Pressekonferenzen der DGCH finden während des Kongresses täglich im CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube statt.  
Anschrift: Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Donnerstag, 28. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

Freitag, 29. April 2016, von 12.00 bis 13.00 Uhr

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

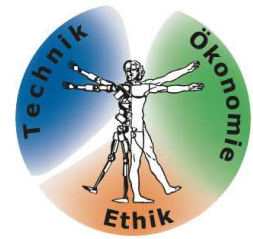




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## PRESSEMITTEILUNG/VERANSTALTUNGSHINWEIS

133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

### Organspendelauf etabliert sich

**Tuttlingen/Berlin, 26./27. April 2016 – Zum vierten Mal findet am 27. April um 17.00 Uhr der Organspendelauf im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin statt. „Mit diesem Lauf brechen wir eine Lanze für die lebensrettende Organspende“, erklärt Professor Dr. Hanns-Peter Knaebel, Vorstandsvorsitzender der Aesculap AG. „Wir freuen uns, dass wir von Jahr zu Jahr mehr Teilnehmende begeistern.“ Er wird den Gewinnerinnen und Gewinnern gratulieren und ihnen den Aesculap Siegerpokal überreichen.**

Die Disziplinen umfassen zehn Kilometer für Einzelläufer und einen Staffellauf von 4 x 2,5 Kilometer. Die kostenfreie Teilnahme enthält die Ausstattung mit Startnummer, Streckenverpflegung, T-Shirt und Urkunde.

Die Strecke führt gesamt über das Messegelände Berlin. Die Läufer und Läuferinnen erleben auf der Strecke Highlights wie den Funkturm und den Sommergarten. Wie in den Vorjahren gibt es vor Ort Umkleidekabinen und Kleiderabgabe. Wer eigens für den Lauf anreist, erreicht den Start- und Zielpunkt am CityCube Berlin mit der S 5 Haltestelle Messe Süd/Eichkamp.

**Rückfragen:  
Aesculap AG  
Am Aesculap-Platz  
78532 Tuttlingen**

**Ansprechpartner/in:  
Felicitas Janßen  
presse@aesculap.de  
Telefon 07461 95-1082  
Telefax 07461 95-382921**



**Die Arzt-Patienten-Interaktion: Geht die Medizin am Willen der Patienten vorbei oder können wir den Erwartungsansprüchen unserer Patienten nicht mehr gerecht werden?**

Professor Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);  
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Der Patient von heute ist ein aufgeklärter Patient. Er erhält im Internet Informationen über seine Erkrankung und die neuesten Therapiemöglichkeiten. In Rankinglisten sucht er nach den besten Spezialisten. Dies geht so weit, dass – wie unlängst geschehen – sich ein Hirntumorpatient nach Recherche im Internet mit der richtigen Diagnose (inclusive histologischer Klassifikation) selbst notfallmäßig ins Krankenhaus einweist, da der Radiologe keine Auswertung des Befundes vorgenommen hatte, die CD jedoch dem Patienten mitgab, die dieser zu Hause öffnete und nach Vergleich mit Bildern im Internet auf die richtige Diagnose kam. Der nächste Arzttermin dauerte dem Patienten zu lange.

In den Medien gehört heute die Selbstvermarktung der Ärzte zu einem gewohnten Bild. In regionalen Tageszeitungen werden Berichte über innovative OP-Verfahren geschaltet, um Patienten zu gewinnen. Positive Berichte oder Einzelerfahrungen werden oft verallgemeinert. Die Darstellungen gehen teilweise an der Realität vorbei und suggerieren dem leichtgläubigen, medizinisch nicht Vorgebildeten ausreichende Kompetenzen. Damit steigen die Hoffnungen und die Erwartungshaltungen der Patienten.

Was erwartet der Patient von uns? Er sucht Hilfe, eine realistische Chance. Er beansprucht eine umfassende, verständliche Aufklärung und postoperative Lebensqualität – möglichst ohne Einschränkungen. Er will von fremder Hilfe unabhängig sein.

Patientenaufklärung und Einverständnis bilden die Basis für jede operative Maßnahme. Komplikationen, die nicht erwähnt wurden, können zu Schadensersatzforderungen führen. Durch die Ökonomisierung im Gesundheitssystem bleibt kaum noch Zeit zu ausführlichen Patientengesprächen. Häufig versteht der Patient nur das, was er erhofft und erwartet. Mögliche Komplikationen, die erwähnt werden, blendet er aus. Die Indikation zur Operation wird in der Regel nach kurzen Patientenkontakten und aufgrund von radiologischen Untersuchungen gestellt. Die Entscheidung zur Operation wird nicht zuletzt von den teilweise überzogenen Patientenvorstellungen und -wünschen sowie den statistischen Heilungschancen, die im Einzelfall nicht zutreffen müssen, getriggert.

Immer häufiger finden sich – dies betrifft Situationen, in denen der Patient keine eigenen Entscheidungen mehr fällen kann – Patientenverfügungen. Ärztliche Maßnahmen werden gestoppt.



Der Patient beansprucht kein Leben um jeden Preis, sondern ein Leben mit angemessener Lebensqualität.

Das neue Krankenhausstrukturgesetz und das Versorgungsstärkungsgesetz stärken die Rechte der Patienten mit Zweitmeinungsverfahren, Mindestmengenforderungen bei Prozeduren und Terminservicestellen. Das Zweitmeinungsverfahren ist nicht neu, wird von vielen Ärzten bei Unsicherheit der Patienten seit Jahren unterstützt. Es dient der Vertrauensbildung in der Entscheidung zur Operation und hilft dem Patienten in seiner Meinungsfindung. Decision-Sharing zwischen Arzt und aufgeklärtem Patienten ist der Anspruch der heutigen Zeit.

Bei allen ökonomischen Zwängen, denen wir unterliegen, muss ein auf Vertrauen beruhendes Arzt-Patienten-Verhältnis unser oberstes Ziel sein. Die Nomenklatur des Kranken als „Kunden“ muss aus unseren Krankenhäusern wieder verschwinden. Gesundheit kann nicht wie Ware „eingekauft“ werden und es gibt auch bei vielen Erkrankungen keine „Erfolgsgarantie“. Es gibt aber die Verpflichtung für uns alle, ungeachtet von ökonomischen Zwängen und Prestigegründen, den Patienten in seiner Krankheit zu begleiten, nach bestem Wissen zur Therapie zu beraten und diese dann verantwortungsvoll durchzuführen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2016



# Epidemiologisches Bulletin

26. Oktober 2015 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Welt-Poliotag 2015

Noch nie war die globale Situation für die Eradikation so günstig!

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-013

Mit dem Welt-Poliotag am 28. Oktober ehren WHO und UNICEF alljährlich Dr. Jonas Salk an seinem Geburtstag. Die von ihm entwickelte inaktivierte Polio-vakzine (IPV) wurde vor 60 Jahren, am 12. April 1955, freigegeben. Damit wurde eine der wichtigsten Voraussetzungen für den weltweiten Kampf gegen Polio-myelitis geschaffen. Mit der Entwicklung des oralen Lebendimpfstoffes (OPV) durch Dr. Albert Sabin stand ab 1961 ein zweiter Impfstoff zur Verfügung. Seit 1988 bemühen sich die Globale-Polio-Eradikations-Initiative der WHO (GPEI) und ihre Partner, Polio global auszurotten. Dazu wurden bereits beachtliche Erfolge erzielt: 80% der Weltbevölkerung lebt in poliofreien Gebieten und vier von sechs WHO-Regionen sind poliofrei. Poliowildviren sind nur noch in Afghanistan und Pakistan endemisch. Bislang wurden für 2015 lediglich 51 Fälle gemeldet – ein historischer Tiefstand.

In 2014 hat es insgesamt 359 Poliofälle in neun Ländern gegeben, davon 306 (also 85% aller Fälle) allein in Pakistan, vor allem im Grenzgebiet zu Afghanistan. Die dort herrschenden Taliban verboten 2012 die Impfung gegen Polio, beschuldigen die Impfhelfer der Spionage für die USA und sehen in den Impfungen den Versuch, Muslime unfruchtbar zu machen. Seitdem arbeiten die dortigen Impfhelfer unter Lebensgefahr: laut WHO-Angaben wurden in den vergangenen zweieinhalb Jahren mindestens 75 Mitarbeiter von Impfprogrammen getötet. Trotz aller Schwierigkeiten sollen seit Jahresbeginn in einer landesweiten Kampagne 35 Millionen Kinder geimpft werden. In den von den Taliban kontrollierten Landesteilen gehen Helfer begleitet von bewaffneten Sicherheitskräften von Haus zu Haus und informieren Eltern. Inzwischen gibt es auch Unterstützung von einigen religiösen Führern. Islamische Gelehrte in Pakistan erklärten, Kinder zum Schutz vor Polio impfen zu lassen, stehe in Einklang mit den Lehren des Islam.

Die Reduktion der Fallzahlen in Afghanistan und Pakistan ist nicht nur für die beiden Länder selbst bedeutsam. Denn ausgehend von den verbliebenen Endemiegebieten kam es in der Vergangenheit immer wieder zu Übertragungen von Poliowildviren in bereits poliofreie Gebiete. Durch aufwendige Impfkampagnen ist es jedoch im vergangenen Jahr gelungen, neue Ausbrüche schnell zu stoppen. Doch den größten Erfolg konnte die Initiative 2015 in Afrika vermelden: im einzigen dort verbliebenen Endemieland Nigeria sind seit Juli 2014 keine Poliofälle mehr aufgetreten und das Land konnte vor einigen Wochen von der Liste der Endemieländer gestrichen werden. Noch 2012 registrierte man in Nigeria mehr als die Hälfte aller Polioerkrankungen weltweit. In ganz Afrika wurde die letzte Erkrankung durch ein Poliowildvirus im August 2014 aus Somalia gemeldet, dem Land, in dem 1977 auch die letzte Pocken-Erkrankung aufgetreten war. Nach weiteren zwei Jahren ohne Poliofall könnte Afrika deshalb als fünfte WHO-Region poliofrei zertifiziert werden. Damit dies gelingt, richtet sich das

Diese Woche 43/2015

Welt-Poliotag 2015  
Noch nie war die globale Situation  
für die Eradikation so günstig

Tuberkulose in Deutschland  
Ende des rückläufigen Trends?

Aktuelle Statistik meldepflichtiger  
Infektionskrankheiten  
40. Woche 2015

ARE/Influenza  
Zur aktuellen Situation in der  
42. Kalenderwoche 2015



Augenmerk nun besonders auf die von Ebola betroffenen Länder. Da dort im letzten Jahr geplante Impfkampagnen teilweise ausgesetzt wurden, muss in diesen Ländern mit größeren Impflücken gerechnet werden. Um diese möglichst schnell zu schließen, fanden im April und Mai 2015 landesweite Kampagnen statt, bei denen mehr als drei Millionen Kinder in Sierra Leone, Guinea und Liberia gegen Polio geimpft werden sollten.

Während in Deutschland (seit 1998) und anderen Industrienationen ausschließlich mit IPV (injizierbarer Totimpfstoff) geimpft wird, verwenden viele Entwicklungsländer immer noch die leicht zu verabreichende und kostengünstigere Schluckimpfung (OPV) mit abgeschwächten, aber noch replikationsfähigen Erregern. In unzureichend geimpften Bevölkerungsgruppen können diese Impfviren allerdings zirkulieren und selbst akute schlaffe Lähmungen hervorrufen. Seit dem Jahr 2000 sind weltweit 24 Ausbrüche mit insgesamt 786 Poliofällen durch sogenannte zirkulierende vakzine-abgeleitete Impfviren (cVDPV) registriert worden. In diesem Jahr sind bereits 14 Kinder aus fünf Ländern an Poliomyelitis durch cVDPV erkrankt. Betroffen waren Madagaskar, Nigeria, Guinea, Laos und die Ukraine – und damit auch die WHO-Region Europa (siehe *Epid. Bull.* 38/2015). In der Endphase der Polioeradikation könnte die Schluckimpfung, die die globalen Erfolge maßgeblich ermöglicht hat, somit den endgültigen Erfolg gefährden. Aus diesem Grund hat die WHO zum Erreichen der globalen Eradikation einen neuen Strategieplan für den Zeitraum 2013 bis 2018 erarbeitet, dessen wesentlicher Baustein der weltweite Umstieg von OPV auf IPV ist. Dies bedeutet, dass bis Ende 2015 weitere 120 Länder zumindest eine IPV-Dosis in ihr Routineimpf-

programm eingeführt haben sollten. Aufgrund des international erhöhten Bedarfs an IPV ist es auch in Deutschland zu Engpässen bei der Impfstoffversorgung gekommen. Die aktuelle Liefersituation und eine Handlungsempfehlung der STIKO sind auf den Internetseiten des PEI ([www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human](http://www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human)) und des RKI ([www.rki.de/impfstoffknappheit](http://www.rki.de/impfstoffknappheit)) abrufbar.

Zunehmende Bedeutung gewinnt außerdem das Laborcontainment von Polioviren. Es beinhaltet alle Maßnahmen zur sicheren Nutzung und Lagerung und damit zur Verhinderung einer willentlichen oder unwillentlichen Freisetzung von Polioviren aus Laborbeständen. Ab 2016 wird das Containment schrittweise auch auf Polioimpfviren ausgedehnt. Im September 2015 hat die Globale Zertifizierungskommission Polio Wildvirus Typ 2, das seit 1999 nicht mehr nachgewiesen wurde, formal für ausgerottet erklärt. Diese Deklaration ist eine Voraussetzung für die weltweite Einstellung des Poliolebendimpfstoffes gegen Typ 2 (OPV2) und den Einsatz der bivalenten Poliovakzine (OPV 1+3) ab Mitte 2016. Dafür muss zuvor die sichere Lagerung aller Polioviren des Typs 2 (Wild- und Impfviren) gewährleistet sein. Es gelten dann für Typ 2 strengere Vorgaben in Hinblick auf Umgang und Lagerung in Laboren.

Die globale Poliosituation war noch nie so günstig. Es besteht daher die berechtigte Hoffnung, dass die GPEI ihr Eradikationsziel 2018 erreichen kann.

Als **Ansprechpartner** stehen Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: [NeubauerK@rki.de](mailto:NeubauerK@rki.de)) und Dr. Sabine Diedrich (E-Mail: [DiedrichS@rki.de](mailto:DiedrichS@rki.de)) zur Verfügung (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionskrankheiten, Fachgebiet für Virale Gastroenteritis- und Hepatitisserreger und Enteroviren).

### Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

**Institution:** Robert Koch-Institut  
Fachgebiet 15 – Virale Gastroenteritis- und Hepatitisserreger und Enteroviren  
Seestraße 10  
13353 Berlin

**Ansprechpartner:** Dr. Sabine Diedrich (Leitung)

**Tel:** +49 30 18754–2378

**Fax:** +49 30 18754–2617

**E-Mail:** [DiedrichS@rki.de](mailto:DiedrichS@rki.de)

**Internet:** [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Diagnostik in NRZ und Konsiliarlaboren > Poliomyelitis und Enteroviren

#### Leistungsübersicht

- ▶ Enterovirusdiagnostik bei Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO-Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirus-surveillance) mit virologischen (Virusanzucht und Typisierung) und molekularen Methoden (PCR in verschiedenen Genomregionen mit anschließender Sequenzierung);
- ▶ Molekularbiologische Feincharakterisierung ausgewählter Picornavirus-Serotypen zur Aufklärung von Ausbrüchen (Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit) oder für phylogenetische Analysen;

- ▶ Kontrolle der Populationsimmunität und Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei gegebener Indikation mittels Neutralisationstest;
- ▶ Standardisierung und Verbesserung der molekularen Enterovirusdiagnostik (Beispiel: spezifische PCR-Systeme zum Nachweis der verschiedenen Enterovirusgruppen sowie ausgewählter Serotypen);
- ▶ Führung und Abgabe von Referenzmaterial (Virusstämme, Referenzserum für Neutralisationstest);
- ▶ Durchführung von Ringversuchen zum Enterovirusnachweis mittels virologischer (Virusanzucht und Typisierung) und molekularer Verfahren (PCR) in Zusammenarbeit mit INSTAND, Inter-Laborvergleiche zur Qualitätssicherung (Neutralisationstest);
- ▶ Beratung des BMG und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren.

#### Hinweise

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Liquor, Serum) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege gekühlt transportiert werden.

## Tuberkulose in Deutschland: Ende des rückläufigen Trends?

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-014

Gemeinsam mit der verabschiedeten End-TB-Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde ein Rahmenwerk zur Eliminierung der Tuberkulose (TB) für Niedriginzidenzländer geschaffen.<sup>1,2</sup> Ziel ist es, bis zum Jahr 2035 eine Präelimination (< 10 Erkrankungen/1 Million Einwohner) und bis zum Jahr 2050 eine Elimination der Tuberkulose (< 1 Erkrankung/1 Million Einwohner) zu erreichen. Deutschland gehört mit < 10 Erkrankungen/100.000 Einwohnern zu den adressierten Niedriginzidenzländern. Um die genannten Ziele zu erreichen, wäre für Deutschland ein jährlicher Rückgang der TB-Inzidenz von etwa 10 % erforderlich.<sup>1,2</sup>

Allerdings deutet sich in den TB-Melddaten in den letzten Jahren ein Ende des Abwärtstrends für Deutschland an (s. Abb. 1, schwarze Linie, Seite 462): Die Fallzahlen und Meldeinzidenzen der letzten beiden Jahre überstiegen jeweils das Niveau des Jahres 2012 und lagen im Jahr 2014 bei 4.488 TB-Fällen bzw. 5,6 Erkrankungen/100.000 Einwohner.<sup>3</sup> Diese Beobachtung kann durch entsprechende weiterführende Analysen gestützt werden:

- Zum einen untersuchten wir den TB-Trend in Form der durchschnittlichen prozentualen Veränderungen der Meldeinzidenzen bezogen auf 5 Meldejahre wie von der WHO<sup>4</sup> und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)<sup>5</sup> vorgeschlagen. Hier stellten wir eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 0,9 % zwischen 2010 und 2014 fest, während alle vorherigen Fünfjahresperioden Rückgänge aufwiesen (s. Abb. 1, blaue Balken, Seite 462).
- Zum anderen untersuchten wir, ob die Zunahme der TB-Meldeinzidenz für 2014 von 6,3 % gegenüber jener von 2012 statistisch signifikant war unter Nutzung des Z-Tests zum Vergleich zweier Proportionen (5 % Signifikanzniveau, zweiseitig). Dieser Unterschied war signifikant ( $p = 0,005$ ). Die Zunahmen von 3,9 % zwischen 2013 und 2014 ( $p = 0,072$ ) bzw. 2,3 % zwischen 2012 und 2013 ( $p = 0,298$ ) waren jedoch nicht signifikant.

Es zeigt sich also, dass sich – zeitgleich mit dem Beginn der End-TB-Strategie – der bisherige Abwärtstrend der Tuberkulose in Deutschland nicht weiter fortsetzt.

Wie lässt sich dies erklären? Gründe für einen möglichen Anstieg von Meldezahlen können Artefakte sein, eine erhöhte Diagnose- oder Meldevollständigkeit oder aber ein tatsächlicher Anstieg der Anzahl von Erkrankungen.

Das Meldesystem in Deutschland ist auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) fest etabliert.<sup>6</sup> Die Falldefinition für TB sowie der Vorgang der Datenerhebung blieben seit 2001 im Wesentlichen unverändert.

Der Bevölkerungszensus 2011 für Deutschland führte zu einer geringfügigen Korrektur der Zahl der Gesamtbevölkerung seit 2012 nach unten.<sup>7</sup> Dies hatte jedoch keinen entscheidenden Einfluss auf die berechneten Meldeinzidenzen.

Es können möglicherweise Doppelmeldungen vorkommen, vor allem im Zusammenhang mit Diagnosen bei Eingangsscreening im Rahmen der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung und anschließendem Umzug innerhalb Deutschlands. Duplikatsuchen und Sensitivitätsanalysen zeigen jedoch, dass der beobachtete Trend sich nicht allein durch mögliche Duplikate in dieser Gruppe erklären lässt (Daten nicht dargestellt).

In Bezug auf das Vorgehen bei der TB-Fallfindung und -Meldung wurden in Deutschland im Beobachtungszeitraum keine Änderungen vorgenommen. Es wurde lediglich der Interferon-Gamma-Test für die Diagnose einer latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) neu in diagnostische Algorithmen aufgenommen.<sup>8</sup>

Somit ist von einem tatsächlichen Anstieg der TB-Fallzahlen auszugehen. Diesem können im Wesentlichen folgende Szenarien zugrunde liegen:

1. anhaltendes Transmissionsgeschehen von TB innerhalb Deutschlands;
2. Reaktivierung von LTBI in der einheimischen Bevölkerung bei Personen, die vor längerer Zeit in Deutschland eine Infektion erworben haben;
3. Reaktivierung von LTBI bei Personen, die eine Infektion in einem Herkunftsland mit hoher TB-Inzidenz erworben haben, sowie
4. ein Zuzug von Personen nach Deutschland mit bereits bestehender (diagnostizierter oder noch nicht diagnostizierter) aktiver TB.

Die genannten Szenarien haben eine unterschiedliche Bedeutung für die Gestaltung der TB-Prävention und -Kontrolle.

Die Daten aus der bundesweiten TB-Überwachung liefern folgende Indizien, dass in Deutschland anhaltende Übertragungen von TB stattfinden, jedoch nicht in steigendem Ausmaß (Szenario 1): So waren im Beobachtungszeitraum (2001–2014) stets bei etwa einem Drittel der Patienten mit Lungentuberkulose säurefeste Stäbchen im Sputum mikroskopisch nachweisbar (= Marker für eine hohe Infektiosität). Jährlich konnten um 3,7 % der Patienten in einen epidemiologischen Zusammenhang gebracht und einer Häufung zugeordnet werden (jeweils zum Datenstand des 1. März des Folgejahrs). Der Anteil in Deutschland geborener Kinder (< 15 Jahre) mit TB, bei denen anzunehmen ist, dass sie die

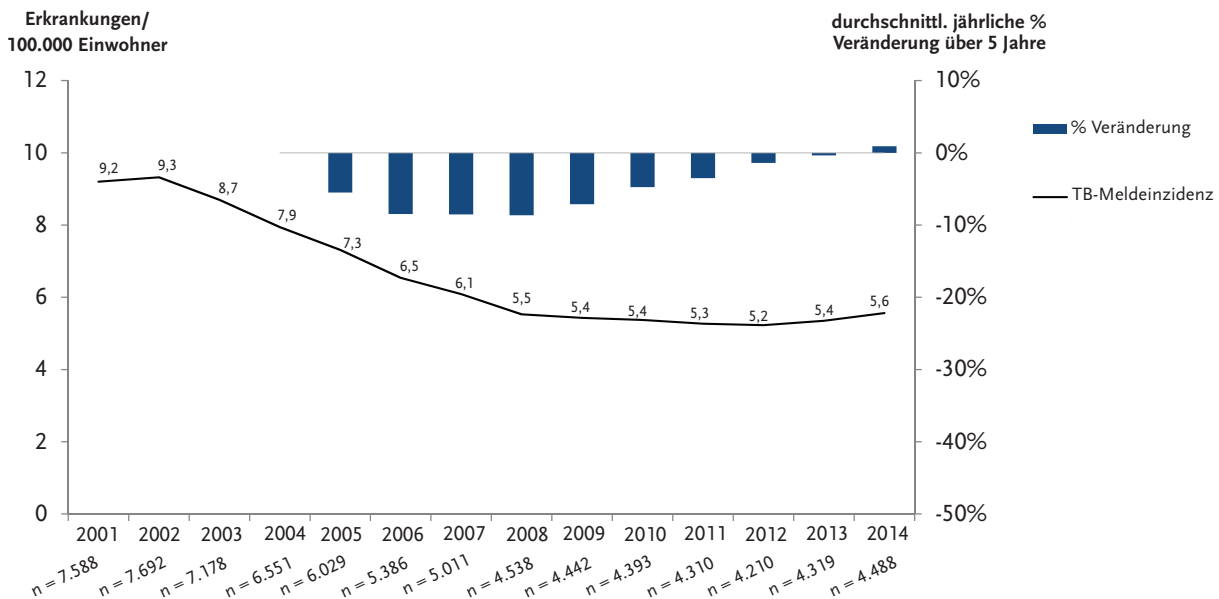


Abb. 1: Trend der TB-Meldeinzidenz und durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderungen über fünf Jahre, Deutschland, 2001 bis 2014

Erkrankung infolge eines relativ aktuellen Transmissionsgeschehens erworben haben, betrug durchschnittlich 2,5 % (1,6 % im Jahr 2014). Keiner dieser genannten Indikatoren, die Rückschlüsse auf eine anhaltende Übertragung ermöglichen, wies in der jüngsten Vergangenheit Zunahmen auf.

Szenarien 2 und 3 können anhand der Meldedaten nicht beurteilt werden, da Daten zu einer bestehenden LTBI oder zu vorliegenden Risikofaktoren für eine TB-Progression (z. B. Einnahme von Biologika, Komorbiditäten sowie soziale Determinanten) im Rahmen der allgemeinen Meldepflicht nicht zu übermitteln sind. Wir beobachten jedoch eine Abnahme der Fallzahlen in der älteren Bevölkerung  $\geq 60$  Jahre. Dies trifft nur für in Deutschland (Szenario 2), nicht für im Ausland Geborene zu, was auf einen Einfluss von Szenario 3 hinweisen könnte.

In Bezug auf Szenario 4 werden in den Meldedaten Angaben zum „Anlass der Diagnose einer aktiven TB“ erhoben, darunter auch die Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft (Screening gemäß § 36 Abs. 4 IfSG).<sup>6</sup> Die Anzahl und der Anteil der Erkrankten, deren Tuberkulose anlässlich von Untersuchungen bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende bzw. Flüchtlinge diagnostiziert wurde, betrug im Durchschnitt (2001–2014) 2,9 % und stieg seit 2008 an (2008: 29 Fälle, 0,8 % der Fälle mit Angabe des spezifischen Anlasses der Diagnose; 2012: 70 Fälle, 2,0 %; 2013: 200 Fälle, 5,5 %; 2014: 409, 10,6 %). Diese Beobachtung stimmt mit Bevölkerungsstatistiken überein: Diese zeigen einen Anstieg der Zuwanderung nach Deutschland<sup>7,9</sup> und seit 2008 eine etwa 8-fache Zunahme von Erstanträgen auf Asyl mit 173.072 neuen Anträgen im Jahr 2014. Von Januar bis Ende September 2015 wurden bereits 274.923 Erstanträge auf Asyl verzeichnet.<sup>9</sup>

Zwischen 2001 und 2014 hat sich der Anteil außerhalb Deutschlands geborener TB-Patienten von 42 % auf 63 %

erhöht.<sup>10</sup> Hier gibt es jedoch bislang keine Informationen zum Zeitpunkt der Immigration, die es erlauben würden, zwischen Szenario 3 und 4 zu unterscheiden.

Gemäß Studien, u. a. von Barniol et al.,<sup>11</sup> waren Übertragungen des TB-Erregers (*Mycobacterium tuberculosis*-Komplex) zwischen der einheimischen Bevölkerung und jener mit Migrationserfahrung selten.

Insgesamt weisen die vorhandenen Daten darauf hin, dass die TB-Fallzahlen gegenwärtig vor allem durch die aktuellen demografischen Entwicklungen (Migration und Mobilität) beeinflusst werden. Dagegen gibt es keinen Anhalt für einen Anstieg – oder nennenswerten Rückgang – des Transmissionsgeschehens innerhalb Deutschlands im Kontext der kontinuierlichen bundesweiten TB-Kontrolle. Ähnliche Beobachtungen zum Tuberkulose-Trend wurden vor Jahren bereits im Vereinigten Königreich gemacht.<sup>12</sup>

Die TB-Überwachung in Deutschland wird künftig, auch im Zusammenhang mit der End-TB-Strategie, zunehmend an ihrem Vermögen beurteilt werden, Trends in wichtigen Subgruppen zu erkennen, die aufgeführten Szenarien voneinander abzugrenzen, sowie Fortschritte in TB-Kontrolle und -Prävention in den jeweiligen Bereichen messen zu können (Monitoring und Evaluation). Die systematische Erhebung der Angabe zum Zeitpunkt der Einreise für TB-Patienten mit nicht-deutschem Geburtsland (bereits pilotiert)<sup>13</sup> und Informationen zu Transmissionsketten durch eine integrierte molekulare Surveillance (in Baden-Württemberg pilotiert, für multi- und extensiv resistente TB in Kooperation mit dem ECDC durchgeführt)<sup>14</sup> sind prioritäre Bereiche für die Weiterentwicklung der TB-Surveillance.

Die TB-Kontrolle ist insgesamt gut in Deutschland etabliert.<sup>15</sup> Zu vorrangigen Aufgabefeldern zur Stärkung der TB-Kontrolle gemäß den Anforderungen der End-TB-

Strategie zählen die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund und Aspekte der grenzüberschreitenden TB-Kontrolle (Schwerpunkt 3 der End-TB-Strategie für Niedriginzidenzländer der WHO Euro) sowie Präventionsaspekte (Schwerpunkt 4).<sup>2,16</sup>

Die weitere Abnahme der Meldeinzidenzen bleibt das klare strategische Ziel. In Anbetracht der demografischen Veränderungen lässt sich dieses Ziel aber gegenwärtig nicht unmittelbar als operationelles Ziel nutzen. Das Vorgehen der Stunde sollte auf aktive, frühe und vollständige TB-Fallfindung ausgerichtet sein, gefolgt von einer bestmöglichen Patientenversorgung und Fallmanagement. Dies ist grundlegend, um TB-Fälle langfristig zu verhindern.

#### Literatur

- World Health Organization: Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2004. WHO/HTM/TB/2014.13. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132231/1/9789241507707\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132231/1/9789241507707_eng.pdf) (letzter Zugriff: 23. Juli 2015)
- Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I et al.: Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J* 2015;45:928–952
- Robert Koch-Institut: Survstat@rki 2.0 – Web-basierte Schnittstelle zu den IfSG-Melddaten. Berlin, Robert Koch-Institut. <https://survstat.rki.de/default.aspx> (letzter Zugriff: 23. Juli 2015)
- World Health Organization. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2004. WHO/HTM/TB/2004.344. [http://www.who.int/tb/publications/tb\\_compendium\\_of\\_indicators/en/](http://www.who.int/tb/publications/tb_compendium_of_indicators/en/) (letzter Zugriff: 23. Juli 2015)
- European Centre for Disease Prevention and Control: Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control, 2010. [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101111\\_SPR\\_Progressing\\_towards\\_TB\\_elimination.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101111_SPR_Progressing_towards_TB_elimination.pdf) (letzter Zugriff: 3. Juli 2015)
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) 2000. <http://bundesrecht.juris.de/ifsg> (letzter Zugriff: 23. Juli 2015)
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Wanderungen. Wiesbaden, Deutschland: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2014. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen2010120137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen2010120137004.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff: 3. Juli 2015)
- Diel R, Loytved G, Nienhaus A et al.: Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchung bei Tuberkulose. Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. *Pneumologie*. 2011 Jun;65(6):359–378
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: September 2015 <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html?nn=1694460> (letzter Zugriff 12. September 2015)
- Robert Koch-Institut: Berichte zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland. Berlin, Deutschland: Robert Koch-Institut. <http://www.rki.de/tuberkulose> (letzter Zugriff 22. September 2015)
- Barnioli J, Niemann S, Louis VR et al.: Transmission dynamics of pulmonary tuberculosis between autochthonous and immigrant sub-populations. *BMC Infectious Diseases* 2009;9:197
- Zenner D, Zumla A, Gill P, Cosford P, Abubakar I: Reversing the tide of the UK tuberculosis epidemic. *Lancet* 2013 Oct 19;382(9901):1311–1312
- Marx FM, Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Glaser-Paschke G, Magdorf K, Haas W: Higher Rate of Tuberculosis in Second Generation Migrants Compared to Native Residents in a Metropolitan Setting in Western Europe. *PLoS ONE* 2015;10(6):e0119693
- De Beer JL, Ködmön C, van der Werf MJ, van Ingen J, van Soolingen D: the ECDC MDR-TB molecular surveillance project participants. Molecular surveillance of multi- and extensively drug-resistant tuberculosis transmission in the European Union from 2003 to 2011. *Euro Surveill* 2014;19(11):pii=20742
- Hauer B, Fiebig L, Brodhun B, Haas W: Tuberculosis surveillance and control in Germany – An application of the Berlin Declaration Monitoring and Evaluation Framework. *European Journal of Microbiology & Immunology* 2012;2(4):287–291
- D'Ambrosio L, Dara M, et al.: Tuberculosis elimination: theory and practice in Europe. *Eur Respir J* 2014;43(5):1410–1420

#### Dank

Wir danken allen, die zur Tuberkulose-Überwachung in Deutschland beitragen, insbesondere den Gesundheitsämtern und Landesgesundheitsbehörden.

Die diesem Beitrag zugrundeliegende Originalpublikation erscheint im *European Respiratory Journal*: Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Altmann D, Haas W. Tuberculosis in Germany: a declining trend coming to an end? (DOI: 10.1183/13993003.01410-2015).

Der deutsche Text wurde vor der Veröffentlichung nicht von der *European Respiratory Society* geprüft; damit ist die *European Respiratory Society* nicht für eventuelle Fehler, Auslassungen oder Ungenauigkeiten oder für Folgen, die sich inhaltlich daraus ergeben, verantwortlich. Reproduziert mit Genehmigung der *European Respiratory Society* *Eur Respir J* 2015; Vorab-Veröffentlichung Oktober 2015, doi: 10.1183/13993003.01410-2015.

Als **Ansprechpartner** stehen Prof. Dr. Walter Haas (E-Mail: HaasW@rki.de) und Dr. Lena Fiebig (E-Mail: FiebigL@rki.de) zur Verfügung (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet für Respiratorisch übertragbare Erkrankungen).

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 40. Woche 2015 (Datenstand: 21. Oktober 2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	126	5.150	5.168	2	91	89	37	1.085	1.050	3	33	44
Bayern	170	6.729	6.418	4	210	197	62	1.436	1.824	2	90	74
Berlin	67	2.471	2.281	1	67	61	8	389	531	0	55	64
Brandenburg	50	1.898	1.910	2	41	29	12	417	530	1	8	5
Bremen	15	446	425	0	2	1	3	64	49	0	2	3
Hamburg	36	1.420	1.546	3	21	38	7	211	232	3	37	31
Hessen	97	3.563	3.620	4	31	34	37	717	721	1	34	29
Mecklenburg-Vorpommern	50	1.585	1.663	1	48	73	3	278	410	0	1	2
Niedersachsen	130	4.370	4.400	4	139	127	34	964	1.027	0	10	9
Nordrhein-Westfalen	382	14.295	14.545	10	185	240	75	2.130	2.423	1	30	32
Rheinland-Pfalz	73	3.021	3.051	4	93	84	14	567	670	2	15	25
Saarland	31	875	958	0	9	3	4	93	127	0	0	2
Sachsen	106	4.371	4.148	10	166	161	30	789	1.165	1	25	18
Sachsen-Anhalt	39	1.333	1.486	2	59	68	14	476	732	0	6	11
Schleswig-Holstein	53	1.983	1.985	3	25	28	10	278	348	1	10	4
Thüringen	45	1.602	1.610	0	27	29	24	478	781	1	9	11
<b>Deutschland</b>	<b>1.471</b>	<b>55.130</b>	<b>55.218</b>	<b>50</b>	<b>1.214</b>	<b>1.262</b>	<b>374</b>	<b>10.377</b>	<b>12.621</b>	<b>16</b>	<b>365</b>	<b>364</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung+			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	3	94	86	57	5.543	4.902	21	1.732	2.009	9	335	393	4	41	53
Bayern	6	262	224	82	8.115	5.612	14	2.334	3.872	13	497	631	6	126	149
Berlin	1	52	55	26	2.133	2.151	7	1.301	1.299	8	272	274	7	113	82
Brandenburg	3	68	84	48	2.947	2.514	7	1.682	1.539	2	75	68	0	52	67
Bremen	0	6	3	2	406	463	0	193	157	0	17	21	1	3	9
Hamburg	1	55	41	21	1.445	1.384	1	745	769	1	99	99	0	37	21
Hessen	2	146	111	21	4.208	2.914	6	1.533	1.814	8	175	234	1	93	76
Mecklenburg-Vorpommern	2	41	36	42	2.780	2.180	12	1.297	1.279	3	79	108	1	79	67
Niedersachsen	10	164	184	53	5.088	4.546	9	2.770	2.036	4	107	157	3	74	81
Nordrhein-Westfalen	12	394	311	114	15.842	9.540	32	4.375	5.345	18	408	658	14	229	301
Rheinland-Pfalz	5	127	123	35	4.622	2.773	6	1.050	1.140	4	107	111	0	29	38
Saarland	0	18	16	7	1.357	520	6	252	528	1	25	36	0	7	10
Sachsen	14	238	191	94	7.560	5.764	28	4.659	2.783	7	238	178	5	171	170
Sachsen-Anhalt	5	124	133	70	4.218	3.190	6	2.211	1.912	2	41	73	2	75	44
Schleswig-Holstein	1	31	68	27	1.717	1.742	6	628	719	1	48	50	5	25	12
Thüringen	4	181	181	35	3.539	2.889	12	2.634	2.119	4	98	121	1	41	39
<b>Deutschland</b>	<b>69</b>	<b>2.001</b>	<b>1.848</b>	<b>734</b>	<b>71.539</b>	<b>53.097</b>	<b>173</b>	<b>29.407</b>	<b>29.323</b>	<b>85</b>	<b>2.623</b>	<b>3.212</b>	<b>50</b>	<b>1.195</b>	<b>1.219</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 40. Woche 2015 (Datenstand: 21. Oktober 2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	0	44	44	1	77	52	14	651	715	1	32	31	15	494	375
Bayern	3	86	72	24	373	105	16	771	841	0	30	26	18	824	530
Berlin	0	26	24	3	49	58	13	320	444	0	9	17	13	289	276
Brandenburg	0	16	20	2	27	14	6	48	53	0	10	4	3	121	81
Bremen	1	2	4	1	3	8	0	6	31	0	1	3	0	53	45
Hamburg	1	14	17	0	28	36	2	87	106	1	8	7	5	145	114
Hessen	1	43	39	7	179	56	8	359	471	0	10	10	17	419	387
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	5	0	10	7	1	32	32	0	5	7	0	35	47
Niedersachsen	2	48	49	3	57	33	3	184	188	0	23	12	5	307	275
Nordrhein-Westfalen	9	138	107	7	190	121	19	671	684	1	39	46	29	918	825
Rheinland-Pfalz	1	22	19	1	36	21	4	177	192	0	18	15	6	203	138
Saarland	0	2	13	0	5	13	0	29	96	0	1	1	3	30	43
Sachsen	0	9	15	7	35	18	10	220	271	0	6	4	2	126	108
Sachsen-Anhalt	0	23	18	3	41	17	1	49	69	0	7	3	3	131	89
Schleswig-Holstein	2	19	12	0	23	12	6	243	123	1	6	12	2	78	61
Thüringen	0	19	21	1	16	2	1	59	97	1	10	5	2	73	57
<b>Deutschland</b>	<b>20</b>	<b>516</b>	<b>479</b>	<b>60</b>	<b>1.149</b>	<b>573</b>	<b>105</b>	<b>3.909</b>	<b>4.413</b>	<b>5</b>	<b>215</b>	<b>203</b>	<b>124</b>	<b>4.250</b>	<b>3.452</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	0	111	10	0	42	53	0	1	2	20	590	1.224	38	2.156	2.881
Bayern	1	160	103	1	110	103	0	6	7	45	1.584	2.042	34	3.199	3.065
Berlin	0	1.239	11	1	39	41	0	5	3	26	489	534	30	1.226	1.224
Brandenburg	0	102	3	1	12	6	0	0	3	6	437	461	10	454	527
Bremen	0	0	4	1	6	1	0	0	0	0	33	17	6	241	360
Hamburg	0	86	13	0	43	31	0	0	1	2	116	140	3	376	263
Hessen	0	63	19	1	26	47	0	0	1	13	355	536	24	966	1.001
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	1	0	10	9	0	0	0	10	146	164	2	196	146
Niedersachsen	0	47	7	0	37	32	0	1	3	7	445	688	30	1.237	1.084
Nordrhein-Westfalen	1	67	32	2	151	207	0	3	3	32	1.250	1.413	69	3.333	4.164
Rheinland-Pfalz	0	6	4	0	31	39	0	1	4	7	243	461	13	545	577
Saarland	0	0	1	0	6	5	0	0	1	1	43	81	0	73	88
Sachsen	0	271	6	0	13	24	0	0	1	6	248	555	19	1.472	1.497
Sachsen-Anhalt	0	71	10	0	12	4	0	0	2	3	179	348	2	301	429
Schleswig-Holstein	0	40	40	2	30	22	0	2	3	3	124	153	9	358	353
Thüringen	0	168	0	0	8	11	0	2	3	16	360	508	1	368	302
<b>Deutschland</b>	<b>2</b>	<b>2.447</b>	<b>264</b>	<b>9</b>	<b>576</b>	<b>635</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>37</b>	<b>197</b>	<b>6.643</b>	<b>9.327</b>	<b>291</b>	<b>16.504</b>	<b>17.962</b>

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).



**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

40. Woche 2015 (Datenstand: 21. Oktober 2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	40. Woche	1.–40. Woche	1.–40. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	6	397	1.038	1.167
Brucellose	0	31	34	47
Chikungunya-Fieber	1	89	104	162
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	43	72	90
Dengue-Fieber	13	510	501	626
FSME	2	182	228	265
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	58	67	85
Hantavirus-Erkrankung	6	713	375	571
Hepatitis D	0	16	13	17
Hepatitis E	31	964	503	671
Influenza	4	77.094	6.983	7.508
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	415	346	461
Legionellose	21	661	640	858
Leptospirose	0	58	117	160
Listeriose	8	516	450	608
Ornithose	0	6	8	9
Paratyphus	2	26	24	26
Q-Fieber	0	278	211	262
Trichinellose	0	8	1	1
Tularämie	1	19	12	21
Typhus abdominalis	2	47	41	58

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Läuserückfallfieber**

1. Bayern, 19 Jahre, männlich
2. Bayern, 33 Jahre, männlich  
(14. und 15. Läuserückfallfieber-Fall 2015)

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 42. Kalenderwoche (KW) 2015**

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 42. KW 2015 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der Hintergrund-Aktivität. Im NRZ für Influenza wurden in 26 von 51 Sentinelproben (51%) respiratorische Viren identifiziert. In 25 Proben (49%) wurden Rhinoviren und in jeweils einer Probe (2%) wurden Influenza-A(H3N2)- bzw. Adenoviren nachgewiesen. Ein Patient hatte eine Doppelinfektion mit Influenza- und Rhinoviren.

**Internationale Situation****► Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

Von den 38 Ländern, die für die 41. KW 2015 Daten an TESSy (*The European Surveillance System*) sandten, berichteten alle über eine geringe klinische Influenza-Aktivität (niedrigster Wert der Aktivitätseinstufung). Weitere Informationen sind abrufbar unter: [www.flunewseurope.org/](http://www.flunewseurope.org/), Karten zur Influenza-Intensität, zum Trend und zum dominierenden Influenzotyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: [www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal\\_influenza/epidemiological\\_data/Pages/Latest\\_surveillance\\_data.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/epidemiological_data/Pages/Latest_surveillance_data.aspx).

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 42. Kalenderwoche 2015, <https://influenza.rki.de/>

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030.18754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324

E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)

► Dr. med. Markus Kirchner, Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: [KirchnerM@rki.de](mailto:KirchnerM@rki.de)

► Redaktionsassistentz: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: [SmolinskiF@rki.de](mailto:SmolinskiF@rki.de)

**Vertrieb und Abonentenservice**

E.M.D. GmbH

European Magazine Distribution

Birkenstraße 67, 10559 Berlin

Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825

E-Mail: [EpiBull@emd-germany.de](mailto:EpiBull@emd-germany.de)

**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemeiner interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

**Druck**

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273



# Epidemiologisches Bulletin

21. September 2015 / Nr. 38

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Poliomyelitis-Fälle in der Ukraine

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-006

Am 1. September 2015 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwei Fälle von Vakzine-abgeleitetem Poliovirus Typ 1 (cVDPV<sub>1</sub>) in der Ukraine bestätigt. Die akuten schlaffen Lähmungen (AFP) wurden am 30. Juni 2015 und 7. Juli 2015 bei zwei Kindern im Alter von 4 Jahren bzw. 10 Monaten festgestellt. Die Fälle traten im Südwesten des Landes (Oblast Transkarpatien) auf. Das Gebiet grenzt an Rumänien, Ungarn, die Slowakei und Polen.

cVDPVs sind Vakzine-abgeleitete Poliovirusstämme, die vor allem in unzureichend geimpften Bevölkerungsgruppen auftreten und dort zu Polioausbrüchen führen können. Die Impfquoten in der Ukraine sind seit 2009 stark gesunken. Laut Angaben von WHO und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) waren seit dem Jahr 2014 nur 50 % der Kinder gegen Kinderlähmung und andere impfpräventable Erkrankungen geimpft. Aufgrund der substanziellen Impflücken und der in einigen Landesteilen unzureichenden Polioüberwachung schätzt die WHO das Risiko einer weiteren Ausbreitung innerhalb des Landes als hoch ein. Die WHO ist bereits mit Teams vor Ort, um die nationalen Aktivitäten zur Kontrolle des Ausbruchs zu unterstützen.

Es wird allen Ländern empfohlen, die Poliosurveillance bzw. die Überwachung von AFP-Fällen zu intensivieren, um Virusimporte schnell zu erkennen und Gegenmaßnahmen einleiten zu können. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass zum Ausschluss einer Poliovirusinfektion Stuhlproben von Patienten mit Polio-kompatibler Symptomatik an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut (RKI) zu schicken sind (s. Kasten).

Die Möglichkeit einer Einschleppung von Polioviren nach Deutschland durch Einreisende aus der Ukraine muss ernst genommen werden. Da die große Mehrheit der mit Polioviren Infizierten keine Symptome zeigt, kann das Virus über mehrere Wochen mit dem Stuhl unerkannt ausgeschieden werden. Die Gefahr eines gehäuften Auftretens von Poliofällen wird aufgrund der ausreichend hohen Polioimpfquoten in Deutschland jedoch als gering eingeschätzt. Vordringlich ist die Überprüfung des individuellen Impfschutzes und ggf. das Nachholen fehlender Impfungen laut Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

### Aktuelle Informationen siehe auch:

- Weltgesundheitsorganisation zu den Fällen von Poliomyelitis in der Ukraine: <http://www.who.int/csr/don/01-september-2015-polio/en/>
- Empfehlungen der Ständigen Impfkommission: [www.stiko.de](http://www.stiko.de)
- Internetseiten des Robert Koch-Instituts zur Polioimpfung: [www.rki.de/polio-impfung](http://www.rki.de/polio-impfung)

Für diesen Bericht danken wir Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: [NeubauerK@rki.de](mailto:NeubauerK@rki.de)) sowie Dr. Sindy Böttcher (BöttcherS@rki.de); Fachgebiet 15, die auch als **Ansprechpartnerinnen** zur Verfügung stehen.

Diese Woche 38/2015

Poliomyelitisfälle in der Ukraine

Akut behandlungsbedürftige, ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten  
35. Woche 2015

ARE/Influenza  
Zur aktuellen Situation in der  
33.–36. Kalenderwoche 2015

Publikationshinweise:  
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes



### Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

**Institution:** Robert Koch-Institut  
 Fachgebiet 15 – Virale Gastroenteritis- und  
 Hepatitisserreger und Enteroviren  
 Seestraße 10  
 13353 Berlin

**Ansprechpartner:** Dr. Sabine Diedrich (Leitung)

**Tel:** +49 30 18754–2378

**Fax:** +49 30 18754–2617

**E-Mail:** DiedrichS@rki.de

**Internet:** [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Diagnostik in  
 NRZ und Konsiliarlaboren > Poliomyelitis und  
 Enteroviren

#### Leistungsübersicht

- ▶ Enterovirusdiagnostik bei Patienten mit aseptischer Meningitis/ Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO-Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirus-surveillance) mit virologischen (Virusanzucht und Typisierung) und molekularen Methoden (PCR in verschiedenen Genomregionen mit anschließender Sequenzierung);
- ▶ Molekularbiologische Feincharakterisierung ausgewählter Picornavirus-Serotypen zur Aufklärung von Ausbrüchen (Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit) oder für phylogenetische Analysen;
- ▶ Kontrolle der Populationsimmunität und Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei gegebener Indikation mittels Neutralisationstest;
- ▶ Standardisierung und Verbesserung der molekularen Enterovirusdiagnostik (Beispiel: spezifische PCR-Systeme zum Nachweis der verschiedenen Enterovirusgruppen sowie ausgewählter Serotypen);
- ▶ Führung und Abgabe von Referenzmaterial (Virusstämme, Referenzserum für Neutralisationstest);
- ▶ Durchführung von Ringversuchen zum Enterovirusnachweis mittels virologischer (Virusanzucht und Typisierung) und molekularer Verfahren (PCR) in Zusammenarbeit mit INSTAND, Inter-Laborvergleiche zur Qualitätssicherung (Neutralisationstest);
- ▶ Beratung des BMG und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren.

#### Hinweise

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Liquor, Serum) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege gekühlt transportiert werden.

## Hinweise auf Publikationen des Robert Koch-Instituts

### GBE kompakt 3/2015: Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Lebenserwartung deutlich zugenommen. Aufgrund der demografischen Alterung steigt jedoch insgesamt die Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen. Von diesen sind viele vorübergehend oder dauerhaft auf Hilfe bzw. professionelle Pflege angewiesen. Die dauerhafte Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Personen wird daher zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung.

In dieser Ausgabe von GBE kompakt gehen die Autoren zunächst auf die rechtliche und finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger ein. Darauf folgt ein Exkurs zu den Motiven, Belastungen und Ressourcen der Pflegenden. Schließlich wird auf Basis von Daten aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) darge-

stellt, wie die Pflegelast zwischen Frauen und Männern sowie über die Altersgruppen hinweg verteilt ist und welche Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen besteht. Beachtung finden auch weitere soziodemografische Merkmale wie die Erwerbstätigkeit und die Bildung der pflegenden Angehörigen. Es folgen Abschnitte zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Pflegepersonen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse und einem Ausblick auf die sich ändernden politischen Rahmenbedingungen.

Die Ausgabe von GBE kompakt kann nur online auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abgerufen werden unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Gesundheitsmonitoring > Gesundheitsberichterstattung > GBE kompakt.

Erscheinungsdatum: 7. September 2014

## Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand: 14. September 2015)

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-007.2

Unter den derzeitig zahlreich eintreffenden Asylsuchenden kam es in den letzten Wochen zum vereinzelt Auftreten schwerer, seltener, zum Teil mit der Fluchtreise assoziierter Erkrankungen. Daher sollte medizinisches Personal, welches Asylsuchende (sowie Asylbewerber, Flüchtlinge) betreut, auf einige dieser für Deutschland ungewöhnlichen Erkrankungen, die einer raschen infektiologischen Diagnostik und sachkundigen Therapie bedürfen (s. nachfolgende Tabelle), vorbereitet sein.

**Ausgehend von einzelnen Fällen der in der Tabelle aufgezählten Erkrankungen ist eine Ausbreitung in die Allgemeinbevölkerung sehr unwahrscheinlich!** Einzelne Übertragungen sind bei engem Kontakt aber z.T. möglich. All diesen Erkrankungen ist gemein, dass sie mit unspezifischen grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Muskel- und Gelenkschmerzen beginnen, weshalb sie, vor allem in frühen Krankheitsstadien, alleine durch klinische Symptome nicht von anderen banaleren Erkrankungen, noch voneinander abgrenzbar sind. In Betracht zu ziehen sind jedoch Inkubationszeiten relativ zum Zeitpunkt des Verlassens des Herkunftslandes und – bei auf der Flucht übertragbaren Infektionen – der Einreise nach Deutschland.

Um ausschließen oder bestätigen zu können, dass es sich bei einer Erkrankung um eine dieser akut behandlungsbedürftigen Infektionen handelt, sollte eine diagnostische Klärung und Therapie des zunächst unklaren Fiebers bei einem Asylsuchenden durch einen sachkundigen Arzt (infektologische Praxis oder Klinik) unter Berücksichtigung der entsprechenden Umstände (wie Inkubationszeit, Herkunftsland, bzw. Fluchtroute und Fluchtumstände) umgehend eingeleitet werden.

Bei Herkunft aus einem oder Transit durch ein Malaria-Endemiegebiet ist bei Patienten mit Fieber ohne andere ermittelbare Ursache unter diesen Krankheiten die Diagnose **Malaria** bei Weitem am wahrscheinlichsten und eine entsprechende Diagnostik und Therapie ist vordringlich. Bei Malariaverdacht sollte ein „dicker Tropfen“ und ein Blutaussstrich angestrebt werden. Der Einsatz von Schnelltesten ist in diesem Kontext nicht ausreichend. Sollte die Diagnostik negativ für Malaria ausfallen, sind die anderen aufgelisteten Infektionen in Betracht zu ziehen. Auch Ko-Infektionen können vorkommen.

Über die aufgelisteten Erkrankungen hinaus ist grundsätzlich herkunftslandunabhängig bei Asylsuchenden damit zu rechnen, dass Gastroenteritiden bedingt durch Trinkwasser und Lebensmittel aus unsicheren Quellen und Atemwegserkrankungen bedingt durch Unterkühlung und dicht gedrängte Reise- oder Lebensbedingungen auftreten können. Auch ist mit Fällen von parasitä-

ren Erkrankungen wie Krätze (Skabies) und die Besiedlung mit Kleiderläusen aufgrund schlechter hygienischer Verhältnisse zu rechnen.

Viel häufiger als an den in der Tabelle genannten Erkrankungen leiden Asylsuchende allerdings unter den gleichen Infektionen, wie die ansässige Bevölkerung (z. B. grippaler Infekt, „Kinderkrankheiten“). Sie haben bei einem durch die Flucht oftmals reduzierten Allgemeinzustand und Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen jedoch ein potenziell erhöhtes Risiko, sich mit den entsprechenden Erregern zu infizieren.

Des Weiteren besteht häufig kein ausreichender Schutz gegen **impfpräventable Erkrankungen**. Bei Nicht-Vorliegen von Impfdokumenten muss von einem nicht vorhandenen Impfschutz ausgegangen werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit einigen Jahren, Schutzimpfungen bei Bewohnern von Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zumindest zu beginnen und zu dokumentieren, damit eine Vervollständigung der Impfserien durch weiterbehandelnde Ärzte sichergestellt werden kann.

**Tuberkulose** ist in vielen Herkunftsländern von Asylsuchenden häufiger als in Deutschland. Eine Flucht birgt weitere Expositions-/Infektionsrisiken und Belastungen. Diese, sowie eine eingeschränkte Immunabwehr, begünstigen die Reaktivierung einer latenten tuberkulösen Infektion. Für den Infektionsschutz ist gemäß § 36 Abs. 4 IfSG bei Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft/Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge und Asylbewerber aufgenommen werden sollen, vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose auszuschließen.

Die aktuellen Hauptherkunftsgebiete der Asylsuchenden sind: Syrien, verschiedene Staaten auf dem westlichen Balkan, Irak, Afghanistan, Eritrea, Nigeria, Pakistan, die Russische Föderation und Georgien (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Stand: Sommer 2015). Die Tabelle führt das Vorkommen der Infektionen in den Herkunftsgebieten auf. Allerdings können manche der Infektionen auch auf der Flucht selbst, und somit unabhängig von einer Exposition im Herkunftsgebiet übertragen werden.

Erstellt durch: Fachgebiet 35 (Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen), Robert Koch-Institut, Berlin, in Zusammenarbeit mit weiteren Stellen im RKI sowie dem Nationalen Referenzzentrum für tropische Infektionserreger, Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg.

Quellen (alphabetisch): CDC, Control of Communicable Diseases Manual, CRM-Handbuch, GIDEON, IfSG, ProMED, spezifische Literatur, WHO – detaillierte Informationen finden Sie u.a. in der RKI-Publikation „Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten,“ (2011), [www.rki.de/steckbriefe](http://www.rki.de/steckbriefe).

## Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Alter	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, klinische Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt-Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Vorkommen, Endemiegebiete					
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome					Eritrea/Horn von Afrika	Subsahara-Afrika	Russ. Föd. u. Georgien	Pakistan u. Afghanistan	Syrien u. Irak	Länder des Westlichen Balkans
Alle Altersgruppen	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i> )	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)	Nur in Endemieländern	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
	Läuserückfallfieber ( <i>Borrelia recurrentis</i> )	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, nur Sudan	Nein	Selten	Nein	Nein
	Fleckfieber/Flecktyphus ( <i>Rickettsia prowazekii</i> )	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten	Ja	Selten	Nein
	Typhus ( <i>Salmonella Typhi</i> )	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Gebülhtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
	Amöbenleberabszess ( <i>Entamoeba histolytica</i> )	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten, nur Georgien	Ja	Selten	Selten
	Viszerale Leishmaniose ( <i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Ostafrikas	Selten, nur Georgien	Selten	Vor allem Irak	Selten
	Lassafieber (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nein	Nur Westafrika (inkl. Nigeria)	Nein	Nein	Nein	Nein
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber* (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nur Äthiopien	Ja	Ja	Ja	Nur Irak	Ja
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod*	Ja		Vor allem Sahelzone				
	Leptospirose ( <i>Leptospira interrogans</i> )	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)	Ja						
Vor allem Kleinkinder/Neugeborene	Tetanus ( <i>Clostridium tetani</i> )	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Rismus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod	Ja						
	Tuberkulöse Meningitis ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> )	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Weitverbreitet vorkommend					
	Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja						

\* oder gemäß § 6.2 IfSG als „bedrohliche Krankheit“ wenn dies „auf eine schwerwiegende Gefahr der Allgemeinheit hinweist“

\* gemäß IfSG § 6.1 sind namentlich zu melden „der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod“ an den aufgeführten Krankheiten

† MV=Mecklenburg-Vorpommern, SN=Sachsen, TH=Thüringen – für Details siehe [www.rki.de/faldefinitionen](http://www.rki.de/faldefinitionen) > Falldefinitionen nach LVO

## In der Tabelle aufgelistet sind nur Infektionen, die

- ▶ in Deutschland nur sehr selten auftreten UND
- ▶ mit einem akuten Krankheitsbild einhergehen, welches ggf. bei einer einmaligen Untersuchung auffallen könnte UND

- ▶ unbehandelt mit einer hohen Letalität einhergehen können UND
- ▶ eine lange Inkubationszeit oder einen langen Krankheitsverlauf haben, oder auf der Flucht erworben werden können

Die folgenden Erkrankungen sind in der Tabelle **nicht** aufgeführt, obwohl auch diese unter Flüchtlingen vorkommen können und grundsätzlich differentialdiagnostisch zu bedenken sind:

- ▶ wegen subakuten Verlaufes oder nicht vorhandenem Mensch-zu-Mensch-Übertragungsrisiko: **Polio, Brucellose, Murines Fleckfieber, Alt-Welt-Phlebovirose, Fünf-Tage-Fieber, Bilharziose, Filariose, Zecken-Rückfallfieber**
- ▶ weil auch in Deutschland nicht selten: **Lungentuberkulose, Tularämie, Shigellose, Paratyphus, Hepatitis A, FSME, Masern, Varizellen,**

Septikämien sekundär zu Wundinfektionen (inkl. Milzbrand), Giardiasis und andere Gastroenteritiden

- ▶ weil Inkubationszeit sehr kurz und Übertragung auf der Reise unwahrscheinlich oder unmöglich: **Denguefieber, Chikungunyafieber, Gelbfieber, Cholera, Ebola-fieber, Marburgfieber, Beulenpest/Pestsepsis**
- ▶ (Unbehandelte) HIV-Infektionen und daraus resultierende opportunistische Erkrankungen
- ▶ Hautinfektionen: **Lepra, Mykosen, Skabies**

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	140	4.331	4.322	5	70	76	48	818	811	1	24	35
Bayern	201	5.678	5.376	4	177	177	45	1.133	1.415	1	71	52
Berlin	71	2.119	1.906	1	52	54	21	321	449	2	44	53
Brandenburg	74	1.612	1.577	3	29	21	12	341	473	1	5	4
Bremen	18	371	359	0	2	0	1	38	32	0	2	3
Hamburg	46	1.228	1.361	2	13	34	9	162	184	1	23	26
Hessen	111	3.008	3.005	2	24	28	25	520	565	1	28	23
Mecklenburg-Vorpommern	61	1.306	1.370	0	43	65	14	248	355	0	0	2
Niedersachsen	177	3.628	3.756	8	119	114	36	732	842	0	4	4
Nordrhein-Westfalen	491	12.186	12.576	8	151	212	87	1.790	2.021	3	26	26
Rheinland-Pfalz	98	2.552	2.565	5	66	65	27	423	506	0	10	13
Saarland	13	729	809	1	7	2	1	78	92	0	0	1
Sachsen	189	3.730	3.405	6	122	139	31	653	1.009	0	19	16
Sachsen-Anhalt	48	1.126	1.228	2	47	57	16	391	625	2	6	9
Schleswig-Holstein	65	1.664	1.709	2	18	24	6	230	295	0	6	2
Thüringen	54	1.351	1.338	1	24	26	22	385	672	0	5	9
<b>Deutschland</b>	<b>1.857</b>	<b>46.635</b>	<b>46.664</b>	<b>50</b>	<b>964</b>	<b>1.094</b>	<b>401</b>	<b>8.267</b>	<b>10.347</b>	<b>12</b>	<b>273</b>	<b>278</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung+			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	0	80	75	31	5.256	4.696	15	1.644	1.911	5	269	342	0	24	40
Bayern	8	236	202	58	7.768	5.302	24	2.232	3.697	8	432	544	3	85	101
Berlin	2	44	48	27	1.959	2.031	7	1.266	1.262	10	220	236	12	86	74
Brandenburg	2	56	66	23	2.686	2.355	5	1.642	1.488	1	67	62	2	36	51
Bremen	0	4	3	2	388	449	1	188	150	0	17	16	0	1	6
Hamburg	1	47	37	17	1.322	1.279	5	717	724	0	71	79	3	28	17
Hessen	5	128	97	20	4.078	2.798	12	1.483	1.711	7	138	196	5	62	53
Mecklenburg-Vorpommern	0	33	34	32	2.613	2.035	8	1.232	1.241	1	66	96	6	58	46
Niedersachsen	3	131	160	34	4.841	4.333	17	2.678	1.926	2	88	140	5	55	69
Nordrhein-Westfalen	12	344	277	105	15.322	9.135	26	4.247	5.126	15	313	583	18	163	252
Rheinland-Pfalz	1	108	112	34	4.419	2.657	11	1.013	1.098	3	85	93	0	18	29
Saarland	1	16	13	5	1.313	498	3	226	516	0	21	27	2	5	8
Sachsen	7	200	167	108	7.097	5.316	23	4.521	2.625	10	211	154	15	134	119
Sachsen-Anhalt	4	107	109	60	3.841	2.931	5	2.170	1.849	0	33	66	10	60	30
Schleswig-Holstein	0	28	63	16	1.616	1.694	2	603	687	1	38	42	0	14	11
Thüringen	1	153	160	35	3.351	2.709	13	2.577	2.020	3	86	114	3	30	30
<b>Deutschland</b>	<b>47</b>	<b>1.715</b>	<b>1.624</b>	<b>607</b>	<b>67.888</b>	<b>50.231</b>	<b>177</b>	<b>28.449</b>	<b>28.034</b>	<b>66</b>	<b>2.157</b>	<b>2.790</b>	<b>84</b>	<b>859</b>	<b>936</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	3	34	41	0	63	42	6	574	640	2	30	28	7	412	316
Bayern	2	69	62	8	264	96	17	665	745	0	28	25	21	695	471
Berlin	0	24	19	2	41	52	12	287	384	0	9	17	12	244	246
Brandenburg	1	13	14	1	22	13	0	41	48	0	10	4	5	102	73
Bremen	0	1	4	1	1	6	0	3	29	0	1	2	0	51	39
Hamburg	0	9	8	1	26	31	0	74	85	0	7	6	9	121	99
Hessen	4	37	29	7	151	47	6	324	400	0	10	9	9	368	348
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	5	1	9	7	1	28	29	0	5	6	0	28	44
Niedersachsen	2	39	39	2	42	28	3	153	154	1	23	12	8	270	251
Nordrhein-Westfalen	4	107	84	4	150	109	20	572	591	0	35	39	18	783	734
Rheinland-Pfalz	0	19	16	2	32	19	3	160	171	0	19	14	3	186	118
Saarland	0	2	7	0	5	12	1	24	80	0	1	1	0	24	40
Sachsen	0	8	12	1	19	13	3	195	245	0	4	3	3	103	95
Sachsen-Anhalt	0	21	14	1	32	15	1	42	61	0	7	3	6	115	70
Schleswig-Holstein	0	15	10	4	18	12	4	213	101	0	3	12	1	67	51
Thüringen	2	18	15	0	13	2	2	47	86	0	9	5	1	58	48
<b>Deutschland</b>	<b>18</b>	<b>420</b>	<b>379</b>	<b>35</b>	<b>888</b>	<b>504</b>	<b>79</b>	<b>3.403</b>	<b>3.849</b>	<b>3</b>	<b>201</b>	<b>186</b>	<b>103</b>	<b>3.629</b>	<b>3.043</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	0	111	9	2	39	45	0	1	1	14	506	1.071	15	2.005	2.747
Bayern	1	156	94	1	100	93	0	6	7	25	1.376	1.824	23	3.071	2.934
Berlin	1	1.238	11	0	30	39	0	5	3	3	437	482	18	1.104	1.143
Brandenburg	0	102	2	0	8	6	0	0	3	7	389	405	8	418	492
Bremen	0	0	4	0	5	1	0	0	0	0	30	12	4	233	346
Hamburg	0	86	13	0	42	17	0	0	1	3	94	124	4	351	244
Hessen	0	62	19	0	20	44	0	0	1	8	304	465	13	877	923
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	1	0	8	7	0	0	0	0	124	133	7	188	138
Niedersachsen	0	45	6	3	32	32	0	1	2	13	392	592	16	1.139	1.021
Nordrhein-Westfalen	1	65	22	3	132	196	0	3	2	28	1.070	1.243	43	2.975	3.763
Rheinland-Pfalz	0	6	3	1	30	35	0	1	3	3	206	404	12	494	536
Saarland	0	0	1	0	6	4	0	0	1	3	34	71	0	72	81
Sachsen	0	270	3	0	11	18	0	0	1	5	218	467	9	1.382	1.428
Sachsen-Anhalt	0	71	4	0	11	4	0	0	2	2	158	299	8	267	392
Schleswig-Holstein	0	39	39	0	27	19	0	2	2	2	110	141	1	315	326
Thüringen	0	165	0	0	8	9	0	1	3	4	316	463	2	348	281
<b>Deutschland</b>	<b>3</b>	<b>2.432</b>	<b>231</b>	<b>10</b>	<b>509</b>	<b>569</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>120</b>	<b>5.765</b>	<b>8.197</b>	<b>183</b>	<b>15.241</b>	<b>16.796</b>

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	35. Woche	1.–35. Woche	1.–35. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	2	347	980	1.167
Brucellose	1	28	30	47
Chikungunya-Fieber	2	77	85	162
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	41	63	90
Dengue-Fieber	14	446	418	626
FSME	4	165	196	265
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	44	55	85
Hantavirus-Erkrankung	13	661	320	571
Hepatitis D	0	12	13	17
Hepatitis E	13	781	430	671
Influenza	3	77.050	6.949	7.508
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	385	314	461
Legionellose	21	533	485	859
Leptospirose	1	48	101	160
Listeriose	9	461	386	608
Ornithose	0	5	7	9
Paratyphus	0	21	15	26
Q-Fieber	0	258	192	262
Trichinellose	0	8	1	1
Tularämie	1	16	5	21
Typhus abdominalis	1	38	28	58

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Läuserückfallfieber**

1. Bayern, 18 Jahre, männlich
2. Bayern, 16 Jahre, männlich
3. Rheinland-Pfalz, 20 Jahre, männlich  
(5. bis 7. Läuserückfallfieber-Fall 2015)

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 33.–36. Kalenderwoche (KW) 2015**

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist von der 33. bis zur 36. Kalenderwoche (KW) 2015 bundesweit stabil geblieben, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden zwischen der 33. und der 36. KW 2015 in 18 (44%) von 41 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In 16 (39%) Proben wurden Rhinoviren und in zwei (5%) Proben humane Metapneumoviren identifiziert. Nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurden im Berichtszeitraum bislang elf und seit der 40. MW 2014 wurden 70.503 klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand: 8.9.2015; <https://influenza.rki.de/>).

**Internationale Situation**

- Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance:  
Von der 32. KW bis 35. KW 2015 wurde aus allen Ländern eine niedrige Influenza-Aktivität an TESSy (*The European Surveillance System*) berichtet ([www.flunews-europe.org/](http://www.flunews-europe.org/)).
- Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 244 vom 24.8.2015):  
Informationen finden Sie unter: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/en](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en)

**Quelle:** Influenza-Monatsbericht der AG Influenza des RKI für die 33.–36. Kalenderwoche 2015

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030.18754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324  
E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)

► Dr. med. Markus Kirchner, Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: [KirchnerM@rki.de](mailto:KirchnerM@rki.de)

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: [SmolinskiF@rki.de](mailto:SmolinskiF@rki.de)

**Vertrieb und Abonentenservice**

E.M.D. GmbH

European Magazine Distribution

Birkenstraße 67, 10559 Berlin

Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825

E-Mail: [EpiBull@emd-germany.de](mailto:EpiBull@emd-germany.de)

**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

**Druck**

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273



**Chirurgische Therapie von bösartigen Hirntumoren: Was ist machbar, was ist sinnvoll?  
Plus: Stellungnahme der Neurochirurgen zu Eingriffen an der Wirbelsäule**

Professor Dr. med. Walter Stummer, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC); Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Münster

Auch in diesem Jahr liegt ein Schwerpunkt der von der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) organisierten Sitzungen auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie, die einen wesentlichen Anteil der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit von Neurochirurgen darstellt. Aktuell wird unter anderem die Wirbelsäulenchirurgie in Deutschland als einer der Bereiche bemängelt, in denen das Indikationsspektrum weiter gefasst wird als in anderen Ländern üblich, das heißt, es wird suggeriert, dass Operationen möglicherweise schlecht indiziert oder gar unnötig sind. Diese Auffassung hat sich nun im Versorgungsstärkungsgesetz und dem Zweitmeinungsverfahren niedergeschlagen.

Hierzu möchte die DGNC zusammen mit dem Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC) folgende Stellungnahme abgeben:

***Stellungnahme der DGNC und des BDNC zum Zweitmeinungsverfahren***

Das im Juli 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz sieht für planbare, sogenannte „mengenanfällige“ chirurgische Eingriffe den Anspruch auf eine Zweitmeinung vor. „Mengenanfällige Operationen“ sind Operationen, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem in Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Zum jetzigen Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass zu diesen „mengenanfälligen“ Eingriffen auch Operationen an der Wirbelsäule gezählt werden, die einen substantiellen Teil der neurochirurgischen Tätigkeit ausmachen. Es ist aktuell Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), nähere Bestimmungen hierzu festzulegen. Der G-BA ist unter anderem aufgefordert, nicht nur planbare „mengenanfällige“ Eingriffe zu benennen, sondern auch die fachlichen Anforderungen an den Zweitmeinungsleistenden zu definieren.

Ein Teil des Zweitmeinungsverfahrens ist die Pflicht von Chirurgen, bei gesetzlich versicherten Patienten und planbaren Eingriffen zusätzlich zur Aufklärung über operative Risiken auch darüber aufzuklären, dass ein Recht auf Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung besteht.

Die DGNC und der BDNC begrüßen grundsätzlich Verfahren, die dazu dienen, die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Das Zweitmeinungsverfahren ist ein mögliches Instrument, um dieses Ziel zu erreichen.

Wir weisen aber auf einige wichtige Punkte hin:

Die Entscheidung zu einem chirurgischen Eingriff im Bereich der Wirbelsäule hängt nicht nur von Veränderungen auf Röntgenbildern ab. Ebenso wichtig ist die *klinisch-neurologische Untersuchung, die erst in Zusammenschau mit radiologischen Untersuchungen zur Indikation*

führt. Das heißt, dass eine Zweitmeinung obligat auch eine klinisch-neurologische Untersuchung beinhalten muss. Im Zweitmeinungsverfahren müssen also die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für eine Zweitmeinung auf Grundlage einer umfassenden Anamnese und körperlichen Untersuchung geschaffen werden.

Dies beinhaltet obligat die *fachgleiche*, das heißt neurochirurgische Begutachtung und nicht etwa die Begutachtung durch fachfremde Ärzte, die neurochirurgisch-operative Techniken, Indikationen, Kontraindikationen, Risiken und Erfolgsaussichten nicht ausreichend kennen im Vergleich zu konservativen Therapieverfahren.

Eine *zeitnahe* Zweitmeinung wird eine wichtige Rolle für Patienten spielen. Die Zumutung unnötiger Behandlungsverzögerungen bei schmerzgeplagten Patienten wird kaum zur Qualitätssteigerung beitragen. Es muss also ein System ohne unangemessene Wartezeiten geschaffen werden.

In den aktuellen Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde bereits auf die Problematik hingewiesen, die entsteht, wenn die Beratung zwischen Ärzten unterschiedlich ausfällt. Wer behandelt, wenn der Zweitmeinungsarzt zu einer unterschiedlichen Auffassung kommt? Es muss gewährleistet sein, dass durch Zweitmeinungsleistende nicht eigene Interessen verfolgt werden. Dies impliziert auch, dass ausreichend finanzielle Anreize geschaffen werden, um eine wirklich neutrale und zügige Einschätzung zu ermöglichen. Auch teilen DGNC/BDNC die in den Mitteilungen vorgebrachte Sorge über mögliche *rechtliche Konsequenzen*, wenn Patienten nach Operationen bemängeln, nicht ausreichend über das Zweitmeinungsverfahren aufgeklärt worden zu sein. Die Aufklärung über das Zweitmeinungsverfahren darf hinsichtlich ihrer rechtlichen Bedeutung nicht mit der Risikoaufklärung vor einer Operation gleichgesetzt werden.

Abschließend ist anzumerken, dass DGNC und BDNC sich weiter der *wissenschaftlichen* Untersuchung von chirurgischen Therapieverfahren im Vergleich zu konservativen verpflichten. Wenn größere Ermessensräume vorliegen, die überhaupt erst unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich Indikationen zulassen, können belastbare Daten eher Abhilfe leisten als ein wie auch immer geartetes Zweitmeinungsverfahren. Diesbezügliche Studien sollten mit hoher Dringlichkeit unterstützt werden.

### ***Chirurgische Therapie von bösartigen Hirntumoren: Was ist machbar, was ist sinnvoll?***

Motto der diesjährigen Jahrestagung ist die Chirurgie im „*Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie*“. Dieses Motto trifft besonders auf die chirurgische Therapie von bösartigen Hirntumoren zu. Die Häufigkeit von Hirntumoren beträgt circa 30, die von bösartigen, vom Hirngewebe ausgehenden Hirntumoren, circa sieben pro 100 000 Menschen, das heißt, etwa 7 000 Deutsche sind jedes Jahr betroffen. Angesichts von etwa 480 000 an sonstigen Krebsarten erkrankten Menschen scheint das nicht viel. Allerdings ist die Überlebenszeit bei diesen im höchsten Maße bösartigen Tumoren äußerst begrenzt. Nur wenige Patienten überleben länger als zwei Jahre trotz intensiver und belastender Therapien mit Operation,

Strahlen- und Chemotherapie. Damit fordern bösartige Hirntumoren unter den Krebserkrankungen die meisten Lebensjahre. Beunruhigend ist, dass die Häufigkeit dieser hoch aggressiven Tumoren langsam zuzunehmen scheint.

Es ist allerdings zu vermehren, dass aufgrund der deutschlandweiten Einführung von Strukturen – inzwischen 24 Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) –, aktuell eine zunehmende Zentralisierung und Qualitätsverbesserung bei der komplexen Behandlung von Hirntumorpatienten zu verzeichnen ist. Fortschritte in der Chirurgie (Operationen mit Mapping/Monitoring, zum Beispiel „Wachkraniotomien“) und andere intraoperative Hilfsmittel (Fluoreszenz, intraoperative Magnetresonanztomografie [MRT], Navigation) finden zunehmend Verbreitung. Mehrere öffentlich geförderte Studien zu minimalinvasiven und lokalen Verfahren, aber auch zur Immuntherapie werden federführend von Neurochirurgen geleitet. Insgesamt ist im Vergleich zu älteren Kohorten eine Verbesserung der bei diesen Überlebenszeiten problematischen Erkrankung zu verzeichnen.

Schlussendlich wird auch zunehmend Augenmerk auf mediko-ökonomische Aspekte der aufwendigen Chirurgie gelegt. Eine kürzlich veröffentlichte Studie konnte zum Beispiel belegen, dass die Chirurgie maligner Gliome im Vergleich zu medikamentösen und radiotherapeutischen Verfahren und unter Zuhilfenahme moderner Techniken kosteneffizient zur Verlängerung des Überlebens beiträgt (Neurosurgery. 2015 May;76(5):552-62).

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2016

## **Unterfinanzierung der Notfallversorgung**

Professor Dr. med. Florian Gebhard, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm

Notaufnahmen in Deutschland sind rund um die Uhr mit Fachärzten verschiedener Fachgebiete, Pflegern und Funktionspersonal einsatzfähig, um die Notfallversorgung aller zu garantieren.

Das von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie initiierte TraumaNetzwerk hat erfolgreich in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass die Notfallversorgung flächendeckend in Deutschland gewährleistet ist.

In Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ist eine 24 × 365 Notfallversorgung allerorten gewährleistet.

Gleichzeitig garantiert das TraumaNetzwerk der DGU eine stufengerechte Weiterverlegung von Patienten mit Verletzungen unterschiedlichster Schweregrade in geeignete Versorgungseinrichtungen. Für die sogenannten überregionalen Traumazentren, die am Ende der Notfallversorgungskette im TraumaNetzwerk stehen, bedeutet dies die Bereitschaft, jederzeit auch schwerstverletzte Patienten versorgen zu können.

Beispielsweise werden am Universitätsklinikum Ulm im Jahr über die Notaufnahmen 29 000 Notfallpatienten versorgt.

Dies bedeutet, dass in den Notaufnahmen an 365 Tagen im Jahr in der inneren Medizin und der Chirurgie in jeder Stunde drei Notfallpatienten ambulant oder bei Bedarf stationär versorgt werden.

Neben dem hochqualifizierten Personal in den Notaufnahmen ist zusätzlich das Personal in den Diagnostikeinheiten für Ultraschall, Computer- (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) vorgehalten, um in jedem Fall sofort die richtige Diagnose zu stellen.

Hinzu kommt die entsprechende Besetzung von Laboren und Operationssälen.

Dies alles bedeutet Vorhaltekosten!

Während die Krankenhäuser bei der Grund- und Regelversorgung eine eingeschränkte Notfallversorgung zur Nachtzeit oder an Wochenenden anbieten können, bleiben die großen kommunalen Häuser oder die Universitätsklinika und die berufsgenossenschaftlichen Kliniken (BG-Kliniken) zu jeder Tages- und Nachtzeit einsatzklar.

Für schwerstverletzte Patienten wird rund um die Uhr das ganze Jahr ein sogenannter Schockraum zur Verfügung gehalten.

Für einen Schockraum ist die Basisbesetzung je ein Oberarzt aus dem Bereich Unfallchirurgie, Anästhesie sowie ein Facharzt/Assistenzarzt aus dem Bereich Unfallchirurgie, Anästhesie und Radiologie, Pflegekräfte aus dem Bereich Unfallchirurgie und Anästhesie sowie radiologisch-technische Assistenten.

Bezugnehmend auf die durchschnittlichen Personalkosten errechnet sich daraus ein Minutenpreis von 1,91 Euro oder etwas über eine Million Euro pro Jahr. Diese Kosten fallen unabhängig davon an, ob ein Einsatz des Personals erfolgt ist am Universitätsklinikum Ulm (UKU) oder nicht. Erträge fließen aber nur dann, wenn Fälle behandelt werden.

Letztendlich steckt dahinter die sogenannte „Feuerwehrproblematik“. Die Feuerwehr wird ganzjährig bezahlt und ist immer einsatzklar, um bei Bränden oder Unfällen oder anderen Schadensereignissen zu helfen.

Niemand wird an den Kosten Zweifel erheben beziehungsweise versuchen, Kosten zu senken. So wird niemand fordern, dass die Feuerwehr möglichst viele Einsätze hat, um eine Kostendeckung zu erbringen, da in der Regel jeder Feuerwehreinsatz mit Schaden an Personen oder Gegenständen verbunden ist.

Somit ist auch die Forderung, dass Schockräume ununterbrochen Fälle abarbeiten sollten, um daraus Erträge zu erzielen, nicht nachvollziehbar, da hinter jedem Schockraumpatienten ein Mensch mit einem Schicksal steht. Niemand möchte anderen Leuten dieses Schicksal wünschen, nur um einen Schockraum zu beschäftigen. Genauso wenig wie bei der Feuerwehr das sogenannte Sankt-Florians-Prinzip ernst genommen wird, ist dies auch für die Notfallversorgung anzunehmen.

Lohnkosten sind damit im Notfallbereich als Vorhaltekosten anzusehen, die von der Gemeinschaft zu tragen sind. Richtig ist allerdings, dass in den letzten Jahren trotz optimaler Vorhaltestruktur für Notfälle über das TraumaNetzwerk eine entsprechende Finanzierung für die notwendigen Vorhaltekosten ausgeblieben ist.

Dies hat dazu geführt, dass insbesondere die großen und wichtigen Notfallversorger, wie zum Beispiel die Universitätsklinika, mit einer erheblichen Unterfinanzierung im Notfallbereich konfrontiert waren, da nach Rechnung der Deutschen Gesellschaft interdisziplinärer Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Schnitt 30 Euro für jeden ambulanten Notfallpatienten vergütet werden – bei errechneten Kosten von 120 Euro.

Umso mehr muss man erfreut zur Kenntnis nehmen, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zusätzliches Geld zur Stärkung der Notfallversorgung bereitgestellt hat.

In den Beschlüssen ist festgehalten, dass Krankenhäuser, mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen (regionale/überregionale Traumazentren) bessergestellt werden sollen als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang.

Wichtig dabei ist für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, dass hier differenzierte Zuschläge je nach Versorgungsstufe vorgenommen werden. Plan ist es ja, dass bis 31.11.2016 ein gestuftes System der Vergütung vorgehaltener Notfallstrukturen feststeht.

Hierzu wurden für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gesetzliche Mindestvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung vorgegeben, wie Vorhaltung bestimmter Abteilungen, rund um die Uhr Bereitschaft und ausreichende Intensivkapazität.

Alles Strukturen und Vorgaben, die sich im TraumaNetzwerk widerspiegeln.

Aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie ist das politische Signal gut und es wurde auch ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Dennoch ist es erforderlich, dass das Thema Notfallversorgung und die damit verbundenen notwendigen Vorhaltekosten im Fokus bleiben und der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Man muss im laufenden Jahr sicherstellen, dass die Beschlüsse ihre gewollte Wirkung auch erzielen. Es wäre katastrophal, wenn die guten Ansätze am Ende nur einen Tropfen auf den heißen Stein darstellen.

Neben dem Aspekt ist ein weiterer, der nicht außer Acht gelassen werden darf, dass in der Regel ein vorhandener Investitionsstau bei der Ausrüstung in der Notfallmedizin besteht.

Auch hier ist es so, dass jeder Bürger froh ist, wenn die Feuerwehr einen hohen Grad der Technisierung aufweist und mit den modernsten Mitteln zum Retten, Bergen, Löschen ausgerüstet ist. Dies wird auch entsprechend an den jeweiligen „Tagen der offenen Tür“ gerne gezeigt und positiv aufgenommen. In gleicher Weise ist es auch für die Notfallversorgung erforderlich, dass diejenigen Krankenhäuser, die die größte Last der Notfallversorgung tragen, auch eine entsprechende Infrastruktur haben, das heißt, in der Lage sind, entsprechende Investitionen für moderne leistungsfähige Geräte zu tätigen.

Diese Geräte haben das Ziel, in kurzer Zeit die richtige Diagnose bei schwerkranken Patienten zu stellen, um bei diesen dann schnellstmöglich eine optimale Therapie durchführen zu können.

Dies ist ein Gesichtspunkt, der nach der derzeitigen Beschlusslage durch Zuschläge allein nicht gelöst werden kann. Hier sind weitere Schritte erforderlich, um eine entsprechende zeitgemäße apparative Aufstellung für die Häuser zu ermöglichen, die die Hauptlast in der Notfallversorgung tragen.

Letztendlich ist allen damit gedient, eine effiziente und flächendeckende Notfallversorgung für alle Bürger in Deutschland zu gewährleisten.

Dafür engagiert sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und steht allen Gremien als Diskussionspartner jederzeit zur Verfügung.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2016

### **Kinderorthopädie heute: kleine Körper, große Erfolge**

Professor Dr. med. Andrea Meurer, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt am Main

Die Kinderorthopädie ist gleichsam so etwas wie die Wiege der Orthopädie. 1741 veröffentlichte Nicolas Andry ein Buch über moderne Kindererziehung, in dem er ein krummes Bäumchen an einen geraden Stab angebunden illustrierte. Seither ist dieses Bäumchen das internationale Signum des Faches Orthopädie.

Kinderorthopädie ist eine eigenständige Zusatzweiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Sie wird in den Fachgesellschaften vertreten durch die Deutschsprachige Vereinigung für Kinderorthopädie, ein Zusammenschluss aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Der Weltärztebund Ottawa 1998 sowie die Bundesärztekammer 2008 haben konstatiert: „Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betraute Personen müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.“

Kinderorthopäden behandeln über 400 verschiedene Diagnosen, haben weit mehr als 200 verschiedene operative Prozeduren und über 20 konservative Prozeduren. Daraus wird ersichtlich, dass es sich um einen hohen Spezialisierungsgrad handelt und das Kind nicht etwa ein kleiner Erwachsener ist, der einfach so mitbehandelt wird.

In den vergangenen Jahren hat die Behandlung von kinderorthopädischen Erkrankungen zum Teil Paradigmenwechsel erfahren. So werden beispielsweise heute Klumpfüße, die noch vor zehn Jahren überwiegend operativ therapiert wurden, nahezu ausschließlich konservativ nach dem Ponseti-Verfahren erfolgreich ausbehandelt. Die kindliche Hüftdysplasie und -luxation sind durch das Säuglingsscreening flächendeckend zu erfassen und auszubehandeln. Die Zahl der Hüftluxationen ist in Deutschland erheblich zurückgegangen. Wünschenswert wäre ein flächendeckendes Ultraschall-screening in der U2, tatsächlich findet es jedoch meist in der U3 statt, was nach wie vor als zu spät angesehen werden kann. Die Behandlung kindlicher Hüfterkrankungen wie Morbus Perthes und Hüftkopfabrutsch hat ebenfalls erhebliche Veränderungen der Techniken erfahren, was zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse und zu erwartenden Langzeitergebnisse führen wird. Die Vereinigung für Kinderorthopädie führt hierzu multizentrische Studien durch, um diese neuen Verfahren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. In der Behandlung der kindlichen Skoliose finden anstelle versteifender Techniken zunehmend mitwachsende Implantate ihre Anwendung. Neueste Entwicklung sind die motorisierten Wachstumsstäbe, die bezüglich der aktuellsten Studien vielversprechende Ergebnisse zeigen. Insbesondere der Wegfall von



wiederholenden Verlängerungsoperationen führt zu einem deutlichen Gewinn an Lebensqualität der betroffenen Patienten und deren Angehörigen.

Motorisierte Systeme finden auch Eingang in der Behandlung von Beinverkürzungen. Hier kommen, im Gegensatz zu früheren äußeren Fixateursystemen, zunehmend motorgetriebene oder magnetgetriebene Verlängerungsnägel zum Einsatz, die gute Ergebnisse bei geringeren Komplikationen und deutlich geringerer Belastung des Patienten erzielen. Weiterhin zu erwähnen sind wachstumslenkende Eingriffe über Klammern oder Plättchen, mit denen X- oder O-Beinfehlstellungen sowie Beinlängendifferenzen erfolgreich im Wachstumsalter behandelt werden können.

Vielen unbekannt ist die Tatsache, dass die Kinderorthopädie eines der Fächer ist, das sich am häufigsten mit seltenen Erkrankungen befasst. Allen voran die System- und Stoffwechselerkrankungen, beispielsweise Mukopolysaccharidosen. Hier hat die Industrie zu einer erheblichen Verbesserung der Prognose der Patienten beigetragen durch Entwicklung entsprechender Enzyersatztherapie. Diese wiederum macht auch mögliche kinderorthopädische Interventionen deutlich erfolgreicher. Viele gerade dieser Erkrankungen gehen einher mit pathologischen Frakturen aufgrund der Knochenweichheit. Diese Frakturen erfordern eine fachgerechte Versorgung, da ihre Versorgungsgrundsätze nicht denen normaler kindlicher Frakturen entsprechen, sondern den Einsatz von Spezialimplantaten erfordern, die nur in speziellen Zentren vorgehalten werden.

Besondere Anforderungen stellt die Behandlung von Sarkomen, die als Osteosarkome und Ewing-Sarkome besonders häufig im Kindes- und Jugendalter vorkommen. Hier ist ein interdisziplinäres Team erforderlich, um die ideale Behandlung dieser Patienten ermöglichen zu können.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2016

## **Interdisziplinäre Team-Entscheidungen bei endovaskulären Verfahren**

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

Neben den konventionellen offenen Operationen am Herzen haben sich in den letzten Jahren zunehmend sogenannte kathetergestützte Eingriffe etabliert. Dabei werden über verschiedene Gefäßzugänge unter Verwendung von Kathetern Herzklappen- oder Gefäß-Implantate eingebracht. Diese neuen Entwicklungen haben ohne Zweifel die Möglichkeiten der Behandlung von Herzklappenerkrankungen, aber auch von Aneurysmen (Aufweitungen) der Hauptschlagader wesentlich erweitert. Insbesondere sind Patientinnen/Patienten, die früher wegen zu hohen Alters oder wesentlicher Begleiterkrankungen nur bedingt einer chirurgischen Therapie zugänglich waren oder gar ausgeschlossen werden mussten, nun behandelbar. Beispielhaft zu nennen sind hier die kathetergestützte Aortenklappen-Implantation (TAVI) zur Therapie der schweren Aortenklappenstenose (Verengung der Hauptschlagader-Klappe durch Verkalkung), das kathetergestützte Mitralklappen-Clipverfahren (MitraClip) bei Undichtigkeit der linksseitigen Vorhof-Kammerklappe und die Ausschaltung von Aussackungen (Aneurysmen) der Hauptschlagader im Brustkorb- und/oder Bauchbereich durch Einbringen innerer Gefäßstützen (sogenannter „gecoverter Stents“). Gerade die TAVI hat in den vergangenen fünf Jahren in der Bundesrepublik eine rapide Zunahme in der Patientenversorgung durchlaufen. Während in diesem Zeitraum die Zahl der isoliert durchgeführten Aortenklappenersatz-Operationen mit circa 10 000 Fällen nahezu konstant blieb, hat die Zahl der TAVI-Prozeduren bis zum Jahr 2014 auf circa 13 000 Eingriffe zugenommen. Die beiden anderen genannten Eingriffsarten unterliegen bislang keiner gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung nach Paragraph 137 SGB V, sodass keine verlässlichen Daten und Fakten hierzu vorliegen.

Diese Entwicklung hat auch dazu beigetragen, die bereits bei anderen Eingriffen bewährte Vorgehensweise des sogenannten Herzteams auch in diesem Bereich obligat zu etablieren. Dies bedeutet ein noch näheres Zusammenrücken der beteiligten Fachgebiete Herzchirurgie, Kardiologie und auch Anästhesie. Das Herzteam bezieht sich dabei auf Indikationsstellung, Eingriffsplanung und Durchführung sowie die umfassende postprozedurale Nachbehandlung gleichermaßen.

Korrekte Indikationsstellung bedeutet hierbei, das für den Patienten geeignete und sicherste Verfahren unter Berücksichtigung der Langzeitergebnisse auszuwählen. Gerade der letzte Aspekt wird gelegentlich vernachlässigt. Für den klassisch-operativen herzchirurgischen Aortenklappenersatz liegen in der wissenschaftlichen Literatur Publikationen zu Zeiträumen von bis zu 15 bis 20 Jahren nach der Erstoperation vor. Dadurch ist die Sicherheit des Verfahrens nachvollziehbar dokumentiert, während die Langzeitsicherheit und insbesondere auch Haltbarkeit der implantierten Prothesen des nun seit knapp fünf Jahren in größerer Breite eingesetzten TAVI-Verfahrens gegenwärtig noch als nur

bedingt geklärt angesehen werden können und bei der gemeinsamen Aufklärung der Patienten im Team Berücksichtigung finden müssen.

Während das MitraClip-Verfahren, mit Verbindung der zwei Klappensegel meist in der Mitte der Klappe, als provisorische Lösung anzusehen ist, können viele Fälle von Mitralklappenundichtigkeit herzhirurgisch im anatomischen Sinn vollständig korrigiert werden und damit als heilbar angesehen werden. Gerade bei Patienten mit sehr hohem Operationsrisiko stellt das neue Verfahren eine gute Alternative dar, um die Symptome der Patienten zu lindern.

Die Bedeutung des langen Atems in der medizinischen Wissenschaft zeigte sich wieder erst kürzlich auf dem Kongress der amerikanischen Kardiologen (ACC 65<sup>th</sup> Annual Scientific Session and Expo, April 2–4, 2016; Chicago). So trugen die Autoren der sogenannten STICH-Studie vor, dass ein Überlebensvorteil der Bypasschirurgie gegenüber medikamentöser Therapie bei Patienten mit schwerer koronarer Herzerkrankung und eingeschränkter Herzleistung, der sich nach fünf Jahren nur angedeutet hatte, nach zehn Jahren dann tatsächlich auch statistische Signifikanz erreichte.

Für das TAVI- und das MitraClip-Verfahren wurden die notwendigen Voraussetzungen im Juli 2015 durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Diese Verfahren dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen nur noch in Einrichtungen erbracht werden, die in der Richtlinie für minimalinvasive Herzklappeninterventionen dezidiert festgelegte Struktur-, Prozess und Personalvoraussetzungen erfüllen. Hierbei ist ein funktionierendes Herzteam der wesentlichste Faktor. Die stets eingeräumte Übergangsfrist endet am 30. Juni 2016. Dabei ist anzumerken, dass bereits vor Inkrafttreten dieser Richtlinie über 95 Prozent dieser Eingriffe entsprechend internationaler Gepflogenheiten unter Herzteam-Bedingungen erfolgten.

Es ist ohne Zweifel durch die konsequente Umsetzung des Herzteam-Ansatzes in der Herzmedizin und die möglichst enge Kooperation der Fachgebiete bei den invasiven Verfahren eine weitere Verbesserung der Patientensicherheit und auch der Therapieergebnisse zu erwarten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, April 2016



## Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit knapp 6 500 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 144. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkts- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Berlin und München.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 20 000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rücküberignet. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter [www.dgch.de](http://www.dgch.de).

Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin

Tel. 030/28876290  
Fax 030/28876299  
Mail: DGChirurgie@t-online.de

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Gabriele Schackert  
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH);  
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie,  
Universitätsklinikum Dresden

\* 1953



### **Beruflicher Werdegang:**

- 1971–1977 Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg
- 1977 Staatsexamen und Approbation als Ärztin
- 1977 Promotion mit dem Thema „Das vaskuläre Neurom Feyrter-Reubi“  
(Professor Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Institutes der  
Universität Heidelberg)
- 1978–1984 Facharztausbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg  
(Professor Dr. W. Schiefer) und Universität Heidelberg  
(Professor Dr. St. Kunze)
- 1984 Facharztprüfung in Freiburg
- 1984–1986 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1986–1988 Forschungsstipendium der Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung am  
Department of Cell Biology, M. D. Anderson Hospital and Cancer Center,  
Houston/Texas, USA; Direktor: Professor Dr. I. J. Fidler
- 1988–1993 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1990 Habilitation im Fach Neurochirurgie  
Thema: „Entwicklung eines hämatogenen Hirnmetastasenmodells in der  
Maus. Untersuchungen zur Biologie und Therapie zerebraler Metastasen im  
Tierexperiment“
- 1991 Venia Legendi für das Fach Neurochirurgie
- 1993 Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät  
Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- Seit 10/1993 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Medizinischen  
Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- 3/1999 Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität  
Hamburg/Eppendorf – Ruf nicht angenommen
- 2001 Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen

*Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  
Mittwoch, 27. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr, Berlin*

2010–2012	2. Vorsitzende der DGNC
2012–2014	1. Vorsitzende der DGNC
2013–2014	3. Vizepräsidentin der DGCH
2014–2015	2. Vizepräsidentin der DGCH
2015–2016	Präsidentin der DGCH

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Gunda Leschber  
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT);  
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische  
Lungenklinik Berlin



\* 1958

### **Ausbildung | Studium:**

1996 Fachärztin für Thoraxchirurgie  
1993 Fachärztin für Chirurgie  
1985 Promotion: „Tierexperimentelle Untersuchung zur Beeinflussung der Hodenfunktion durch Östrogene und Aromatasehemmer“  
1985 Foreign Medical Graduate Examination of Medical Science  
1984 Approbation als Ärztin  
1980–1981 Studium an der Faculté de Médecine de Tours  
1977–1984 Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin–

### **Berufliche Stationen:**

Seit 2003 Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin  
1997–2003 Leitende Oberärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Hemer  
1994–1997 Assistenzärztin, Abteilung für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Heckeshorn, Berlin  
1988–1994 Assistenzärztin Chirurgie, Universität Düsseldorf und St. Gertrauden Krankenhaus Berlin  
1987–1988 Research Fellow, Veterans Administration Hospital, Boston, USA  
1986–1987 Surgical Resident, Tufts University, Boston, USA  
1984–1985 Assistenzärztin, Institut für Pathologie, Städtisches Krankenhaus Berlin-Neukölln

### **Sonstige Aktivitäten | Zusatzqualifikationen:**

- Befugnis zur Leitung der Facharztweiterbildung Chirurgie (seit 2003)
- Befugnis zur Leitung der Zusatzweiterbildung Thoraxchirurgie (seit 2003)

### **Auszeichnungen:**

- Wolfgang-Müller-Osten-Medaille (2015) – höchste berufsständische Auszeichnung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)

### **Mitgliedschaften**

#### **Gewählt/berufen:**

- Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) (2015–2016)
- Präsidentin der European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) (2010–2011)
- Director of External Relations der ESTS (2012–2013)
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (seit 2005)
- Mitglied des Präsidiums des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (seit 2007)
- Mitglied des International Advisory Committee der American Association for Thoracic (AATS) (seit 2012)
- Mitglied des Präsidiums des Tumorzentrums Berlin (seit 2010)
- Stellvertretende Vorsitzende der Projektgruppe „Lungenkarzinom“ des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2012) (Vorsitzende 2007–2012)
- Stellvertretende Vorsitzende des Tumorzentrums Berlin-Buch (seit 2007)
- Sprecherin von „FiT“ (Frauen in der Thoraxchirurgie) der DGT (2006–2009)

#### **Weitere Mitgliedschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
- European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)
- American Association for Thoracic Surgeons (AATS)
- Women in Thoracic Surgery der Society of Thoracic Surgeons (STS), USA (WTS)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Berliner Krebsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
- Berliner Chirurgische Gesellschaft
- Berlin-Brandenburger Pneumologische Gesellschaft
- Deutscher Ärztinnenbund
- Marburger Bund



## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Walter Stummer  
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC);  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum  
Münster

\* 1964



## Beruflicher Werdegang:

- |              |   |
|--------------|---|
| 1984–1991    | Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität, München  |
| 1988–1990    | Promotion am Institut für Chirurgische Forschung, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Karl Meßmer, Betreuer: Professor Alexander Baethmann), Thema: „Zerebrale Ischämieprotektion durch lokomotorische Aktivität bei der Mongolischen Wüstenrennmaus“,<br>Note: Summa cum laude |
| 1991–1992    | Arzt im Praktikum, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Professor Hanns-Jürgen Reulen)  |
| 1992         | Approbation   |
| 1992–1993    | Postdoctoral Fellowship, Crosby Neurosurgical Laboratories, University of Michigan, Medical Center, Section of Neurosurgery (Direktor: Professor Julian T. Hoff, M. D.)   |
| 1993–2000    | Assistent an der Neurochirurgischen Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Hanns-Jürgen Reulen)  |
| 11/2000      | Facharztprüfung   |
| 2000–2001    | Funktionsoberarzt, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Jörg-Christian Tonn)   |
| 2001–2003    | Oberarzt, Neurochirurgische Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor: Professor Jörg-Christian Tonn)  |
| 11/2001      | Habilitation (kumulatives Verfahren)  |
| 2003–2009    | Stellvertretender Direktor, Neurochirurgische Klinik, Universitätsklinikum Düsseldorf   |
| 10/2007      | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  |
| Seit 10/2009 | Direktor der Neurochirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Münster  |
| 2011–2014    | Sprecher der Neuroonkologischen Arbeitsgruppe (NOA) der Deutschen Krebsgesellschaft   |
| Seit 6/2014  | Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie  |

### **Auszeichnungen und Ehrungen:**

1999	American Association of Neurosurgery/Congress of Neurological Surgeons Joint Tumor Section's Young Clinical Investigators Award. Verleihung anlässlich des 59. Jahrestages der American Association of Neurological Surgeons, New Orleans
1999	Großhadern Research Award: Erster Preis für den Vortrag „Fluoreszenzgestützte Resektion maligner Gliomen mit 5-ALA induzierten Porphyrinen“, verliehen anlässlich des Großhaderner Research Festivals 1999
2002	Tönnis-Stipendium der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, verliehen anlässlich der 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie in Halle
2005	American Association of Neurosurgery/Congress of Neurological Surgeons Joint Tumor Section's Journal of Neuro-Oncology Award, verliehen anlässlich der 65. Jahrestagung der American Association of Neurological Surgeons, New Orleans
2005	World Federation of Neurosurgery Young Neurosurgeon's Award, verliehen anlässlich des XIII. International Congress of Neurological Surgery, Marrakesch
2005	Ehrenprofessur, Harbin Medical University, China
2006	Sibylle-Assmus-Förderpreis 2006, verliehen anlässlich der Jahrestagung der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft
2007	Focus Nr. 46, 12. November 2007. Focus Ärzteliste Krebs (Hirntumore), Seite 164
2008	Visiting Professor, Department of Neurosurgery, University of Dartmouth Medical School, Dartmouth, Maine, USA
2010	Gruson Memorial Neuro-Oncology Lecturer, Cornell University, New York
2011	Snellman Lecture of the Finnish Neurosurgical Society, Helsinki, Finnland

### **Mitgliedschaften**

- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
- EORTC Brain Tumor Group
- Berufsverband Deutscher Neurochirurgen
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Florian Gebhard  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)  
sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU); Direktor der Klinik und  
Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Ulm

\* 1960



### **Beruflicher Werdegang:**

1979–1985	Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
1985	Approbation als Arzt
1985	Promotion, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München
12/1985–2/1987	Stabsarzt und Taucherarzt, Pionier-Lehrbataillon München
2/1987–9/1989	Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz, Abteilung für Unfallchirurgie/Verbrennungsmedizin (Dr. L. Klammer)
1988	Bereichsbezeichnung Sportmedizin
10/1989–6/1993	Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Chirurgische Abteilung (Professor Dr. W. Hartel)
1993	Facharztanerkennung Chirurgie
7/1993–6/1996	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1995	Facharztanerkennung Unfallchirurgie
1995	Bereichsbezeichnung Handchirurgie
7/1996–9/1996	Universität Freiburg, Abteilung für Unfallchirurgie (Professor Dr. E.H. Kuner)
10/1996–12/2006	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1998	Habilitation, Erteilung der Lehrbefugnis durch die Medizinische Fakultät der Universität Ulm im Fach Chirurgie
2001	Europäisches Facharztexamen (EBSQ Traumatology)
2003	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
2003	Außerplanmäßiger Professor, Universität Ulm
2006	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Arzt für spezielle operative Unfallchirurgie

Seit 1/2007                    Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und  
                                      Wiederherstellungschirurgie, W3-Professur für Unfallchirurgie  
1.10.2010                    Prodekan Medizinische Fakultät

**Auszeichnungen:**

- Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes 1979–1985
- Posterpreis International Society for Computer-Assisted Orthopedic Surgery (CAOS)
- Posterpreis DGU

**Journale und Gesellschaften:**

- Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2006–2008)
- Mitglied des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Stellvertretender Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Rechnergestütztes Operieren der DGU
- Editorial Board Langenbeck's Archives of Surgery
- Mitglied des Beirates der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“
- Editorial Board Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery (AOTS)

**Gutachtertätigkeit:**

- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Zeitschriften: Der Unfallchirurg, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, European Journal of Trauma, Langenbecks Arch Surg, Clin Orthop, JORES und andere

**Forschungsschwerpunkte:**

- Systemische inflammatorische Wirkung des stumpfen Thoraxtraumas
- Computerassistierte Operationstechniken in der Unfallchirurgie
- Versorgungsforschung osteoporotische Frakturen

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Andrea Meurer  
Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie  
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztliche Direktorin der  
Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim Frankfurt am Main

\* 1966



### Studium:

WS 1985	Immatrikulation an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Fachbereich Humanmedizin
1987	Ärztliche Vorprüfung
1988	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991–1992	Praktisches Jahr im Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier
	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

### Promotion:

24.6.1992	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Computertomographisches Staging gastrointestinaler Tumoren“
-----------	---

### Habilitation:

1.7.1999	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Untersuchung der normalen und krankhaft veränderten Gehbewegung des Menschen mit computerunterstützter dynamischer Elektromyographie und Goniometrie. Eine methodische Studie mit gesunden Probanden verschiedener Altersklassen und mit Coxarthrose- und Gonarthrosepatienten“
	Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie

### Beruflicher Werdegang:

7/1992–12/1993	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
1/1994	Approbation
1/1994–12/1995	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
1/1996–12/1996	Wissenschaftliche Assistentin in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Köln (Direktor: Universitätsprofessor Dr. K. E. Rehm)
Seit 1/1997	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)

11/12/1997	Ernennung zur Oberärztin der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
7/1999	Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie
2/2005	Ernennung zur Leitenden Oberärztin und Ständigen Vertretung des Klinikdirektors
2/2006	Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin
9/2006	Wahl in den Vorstand der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
10/2006	Aufnahme in die ComGen der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
11/2008	Ernennung zur Chefärztin der Vulpius Klinik, Bad Rappenau
01/2009	Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
03/2009	Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und als Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim (OUF)
01/2012	Bestellung zur Ärztlichen Direktorin und Geschäftsführerin OUF
2014	Präsidentin der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.
10/2014	Wahl zur 2. Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC (Präsidentin 2017)

#### **Anerkennungen:**

12/19997	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie
9/2001	Zusatzbezeichnung Rheumatologie
10/2004	Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie
11/2005	Bezeichnung Osteologe DVO
11/2006	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie
11/2007	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

#### **Mitgliedschaften:**

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie  
Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Berufsverband der Ärzte für Orthopädie  
Deutschsprachige Vereinigung für Kinderorthopädie  
Deutsche Wirbelsäulengesellschaft  
Deutsche Vereinigung für Bewegungsanalyse  
Deutsche Morbus Perthes Initiative  
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik  
Deutscher Hochschulverband  
Verband der Leitenden Krankenhausärzte

**Wissenschaftliche Preise:**

- 2000 Outstanding Paper Award der 10<sup>th</sup> International Conference on Biomedical Engineering in Singapur
- 2002 Konrad-Biesalski-Preis der DGOOC für das Buch „Elektromyographie und Goniometrie der menschlichen Gehbewegung“ (Springer Verlag Heidelberg, 2001)
- 2005 Innovationspreis der Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie für die Arbeit „Repetitive low-energy shock wave application without local anaesthesia ...“, J.D. Rompe, A. Meurer, B. Nafe, A. Hofmann, L. Gerdesmeyer

**Stipendien:**

- 2004 Europäisches Reisestipendium der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
- 2006 Kanada-England-Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie
- Aufnahme in den Kreis der Austria-Switzerland-Germany-(ASG-)Fellows

**Sonstiges:**

Mitherausgeberin der Zeitschrift „Der Orthopäde“, Springer Verlag  
Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie“, Thieme Verlag  
2013 Wahl in den Sachverständigenbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

## **Curriculum Vitae**

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Harringer  
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und  
Gefäßchirurgie (DGTHG); Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax und  
Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Braunschweig

\* 1960



### **Ausbildung:**

1979–1985                      Universität Wien, Medizinische Fakultät

Mai 1985                      Promotion zum Dr. med. univ.

### **Berufserfahrung:**

1985–1989                      Allgemeines Krankenhaus (AKh)– Linz (Turnusarzt, Assistenzarzt: Innere  
Medizin I, Chirurgie I

1989–1990                      „Research Fellow“ am Massachusetts General Hospital/Harvard Medical  
School

1991–1992                      AKh – Linz, Chirurgie I (Assistenzarzt)

1993                              Medizinische Hochschule Hannover, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie  
(THG) – Chirurgie (Assistenzarzt)

1993                              Facharzt für Chirurgie

1993–1996                      Oberarzt an der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Christian-Albrechts-  
Universität Kiel

1996–1998                      Oberarzt an der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Medizinische  
Hochschule Hannover (Leitung des thorakalen Transplantationsprogrammes)

Seit 1998                        Leitender Oberarzt der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie,  
Medizinische Hochschule Hannover

1999                              Promotion zum Dr. med. (Medizinische Hochschule Hannover)

2000                              Venia Legendi für Chirurgie (Medizinische Hochschule Hannover)

2001                              Teilgebietsanerkennung Gefäßchirurgie sowie Thorax- und  
Kardiovaskularchirurgie

1.10.2001                        Chefarzt, Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum  
Braunschweig gGmbH



**Veröffentlichungen:**

131 Originalarbeiten, 10 Buchbeiträge, über 200 Abstrakta, über  
200 Vorträge auf nationalen und internationalen Tagungen

**Mitgliedschaften:**

European Association of Cardiothoracic Surgery

International Society for Heart and Lung Transplantation

European Society of Cardiology

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Österreichische Gesellschaft für Kardiologie

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

Österreichische Gesellschaft für Herz- und Thoraxchirurgie

**Ehrenamtliche Tätigkeiten:**

Personelle und materielle Unterstützung der Herzchirurgie Chisinau, Republik  
Moldawien

„Heart for Ethiopia“ – Herzchirurgische Versorgung von Kindern und  
Jugendlichen in Äthiopien

Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Kommission für  
Nachwuchsförderung sowie Weiter- und Fortbildung der Deutschen  
Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Gutachtertätigkeit (unter anderem Lancet, Nature Medicine)

Mitglied des Herausgeberboards der Zeitschrift für Herz-, Thorax- und  
Gefäßchirurgie

**Auszeichnungen:**

1991 „Pilgerstorfer-Wissenschaftspreis“ der Medizinischen Gesellschaft für  
Oberösterreich



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Termin:** Donnerstag, 28. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

### Themen und Referenten:

#### **Kommerzialisierung in der Medizin – ist das der Weg der Zukunft?**

*Professor Dr. med. Gabriele Schackert*

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

#### **Rätsel um den undichten Darm gelöst: Störungen im Mikrobiom verursachen Komplikationen nach Magen-Darm-Operationen**

*Professor Dr. med. Dietmar Lorenz*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) 2015/2016; Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Offenbach

#### **Besseres Überleben nach Operationen in zertifizierten Lungenkrebs-Zentren**

*Dr. med. Gunda Leschber*

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT); Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie, Evangelische Lungenklinik Berlin

#### **Lebensbedrohliche Entzündung des Brustbeins nach Herzoperationen: neue Heilungsmöglichkeiten durch Gewebetransplantationen aus Oberschenkel oder Körperstamm im interdisziplinären Chirurgen-Team**

*Professor Dr. med. Raymund Horch*

Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC); Direktor der Plastisch- und Handchirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

#### **Langzeitergebnisse nach Korrektur angeborener Fehlbildungen**

*Privatdozent Dr. med. Jens Dingemann*

Zentrum Kinderchirurgie, Medizinische Hochschule Hannover

#### **Moderation:**

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

#### Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2016.de, www.dgch.de

#### Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. April 2016  
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81518  
Telefax: 030 3038-81519

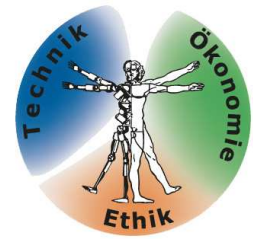




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



## Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Termin:** Freitag, 29. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

### Themen und Referenten:

#### **Frauen in der Medizin – ist die Führungsetage immer noch für Männer reserviert?**

*Professor Dr. med. Gabriele Schackert*

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH); Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

#### **Erfolgreiches Patienten-Engagement: In diesem Jahr soll das Bauchschlagader-Screening für Männer ab 65 kommen**

*Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen*

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG); Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

#### **Innovationen in der Chirurgie – wovon können die Patienten profitieren? Bilanz des Chirurgenkongresses**

*Professor Dr. med. Dr. h.c. Norbert Senninger*

Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV); Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Münster

#### **Aktuelle Abbildung ärztlicher Leistungen: Stand zur Novellierung der GOÄ**

*Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin; Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berlin

#### **Moderation:**

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Stuttgart

#### Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2016.de, www.dgch.de

#### Vor Ort auf dem Kongress

vom 26. bis 29. April 2016  
CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81518  
Telefax: 030 3038-81519

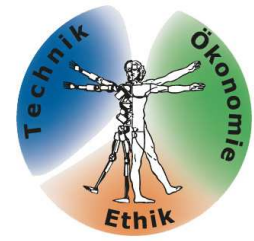




Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
133. Kongress  
26. bis 29. April 2016 · CityCube, Berlin

# Chirurgie

im Spannungsfeld



Präsidentin 2015/2016  
Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

## Bestellformular Fotos:

### Pressekonferenz anlässlich des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Termin:** Mittwoch, 27. April 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr  
**Ort:** CubeClub, Ebene 1, Westfoyer im CityCube  
**Anschrift:** Messedamm 26/Ecke Jafféstraße, 14055 Berlin

### Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Gabriele Schackert
- Dr. med. Gunda Leschber
- Professor Dr. med. Walter Stummer
- Professor Dr. med. Florian Gebhard
- Professor Dr. med. Andrea Meurer
- Privatdozent Dr. Wolfgang Harringer



Vorname:	Name:
Medium:	Redaktion/Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen  
oder per Mail an ullrich@medizinkommunikation.org**

#### Ihr Kontakt für Rückfragen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Anne-Katrin Döbler, Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641  
Telefax: 0711 8931-167  
ullrich@medizinkommunikation.org  
www.chirurgie2016.de, www.dgch.de

#### Vor Ort auf dem Kongress vom 26. bis 29. April 2016

CityCube Berlin, CubeClub, Westfoyer, Level 1  
Dienstag, 26. April 2016, von 8.30 bis 17.30 Uhr  
Mittwoch, 27. April 2016, von 8.00 bis 18.00 Uhr  
Donnerstag, 28. April 2016, von 8.00 bis 17.30 Uhr  
Freitag, 29. April 2016, von 8.00 bis 16.30 Uhr  
Telefon: 030 3038-81518  
Telefax: 030 3038-81519

