

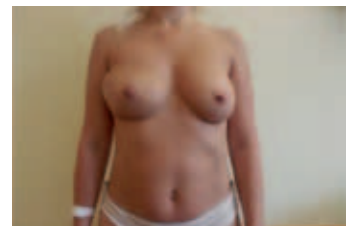
Editorial	Meine Tochter wird Ärztin	320
Berufspolitik	Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze offiziell verabschiedet	321
	Seniorentreffen der KÄK Dresden (Stadt)	328
	Kammerversammlung der Wahlperiode 2015 – 2019	328
	7. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	331
Gesundheitspolitik	Die neue Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls	322
	4. Treffen der Ethikberatung in Sachsen	323
	Kariesprophylaxe beim Kleinkind:	
	Ein ärztlich-zahnärztliches Konsenspapier	324
	Sport pro Gesundheit	328
	Interprofessioneller Gesundheitskongress	329
Medizinische Fachangestellte	Zeugnisübergabe an Medizinische Fachangestellte	330
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztitzen	332
Originalien	Brustrekonstruktion nach Mammakarzinom	334
	Lipidologie aktuell 2015	338
Buchbesprechung	Reflexionen zur Chirurgie an der Universität Leipzig	340
Verschiedenes	Erste Notenspur-Nacht der Hausmusik in Leipzig	341
	Süddeutscher Ärztechor und Süddeutsches Ärzteorchester	341
	Hufelandpreis 2015	349
	Veranstaltungen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung	349
Medizingeschichte	Zum 100. Todestag des deutschen Nobelpreisträgers Paul Ehrlich	342
	Philipp Camerarius	344
Personalia	Berufungen	332
	Jubilare im September 2015	347
	Abgeschlossene Habilitationen	350
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2015	



Kariesprophylaxe beim Kleinkind
Seite 324



Zeugnisübergabe an
Medizinische Fachangestellte
Seite 330



Brustrekonstruktion nach
Mammakarzinom
Seite 334



Erste Notenspur-Nacht der
Hausmusik
Seite 341

Titelbild: Brustrekonstruktion nach Mammakarzinom
© Dr. med. Mario Marx

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

Meine Tochter wird Ärztin



Dr. med. Steffen Liebscher © SLÄK

Wenige Tage vor der Maueröffnung bekam ich meine Zeugnisse nach erfolgreichem Absolvieren des Medizinstudiums in Leipzig überreicht und bin seitdem erst in der Klinik, später als niedergelassener Hausarzt in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig.

Noch während meiner Facharzt Ausbildung kam meine Tochter zur Welt, sie war und ist gesund und hat die Begabungen, die den Zugang zu einem Medizinstudium ermöglichen. Ja, ich habe ihr geraten, diesen Weg zu gehen, wenn sich denn die Tür zu diesem Studium auftun sollte; sie hat sich dafür entschieden. War das ein guter Rat? Was wird sie erleben, wenn sie das Studium in Dresden, wie ich hoffe, schaffen wird und sich einmal Frau Doktor nennen darf?

Nun, ich bin sehr gern Arzt. Auch bin ich anders als manche Kollegen der Überzeugung, dass wir in unserem Land in dieser Zeit noch gut wirksam für unsere Patienten sein können, vor allem im Vergleich zu großen Teilen der restlichen Welt. Aber ich sehe freilich auch Probleme in der Gesellschaft und Krankenversorgung. Da frage ich mich dann mitunter, ob es eine gute Idee war, das eigene Kind nicht vor solcher Zukunft zu warnen? Ich möchte einige Sorgen beispielhaft nennen.

Es beginnt auch hier wieder mit Bedenken um die Medizin, die auf dem Weg von der Heilkunst zum Geschäft ist. Wie erlebt die junge

Arztgeneration eigentlich ärztliches Arbeiten im DRG-Zeitalter, wo „Case-Mix-Index“ und „Kosten-Erlös-Struktur“ die diagnostischen Pfade und selbst die Therapie bestimmen? Ich denke, dass frühe Prägungen uns nicht nur aus der Kindheit her auf Muster festlegen im Denken und Fühlen, sondern ebenso in frühen Arztjahren für selbstverständlich gehaltene Abläufe kaum oder nicht mehr hinterfragt werden. Meine Tochter wird bei ihrem Berufseintritt wahrscheinlich mit Selbstverständlichkeit die für ihren Klinikträger optimale Kodierung in den PC einspeisen. Wird sie sich noch fragen, ob die so strukturierten Abläufe auch die besten mit den vorhandenen Ressourcen erreichbaren Ergebnisse für die Patienten gewährleisten? Ich hoffe das. Ich hoffe auch, dass sie das Wohl des Patienten als oberste Handlungsmaxime erkennt und erkennen kann. In einer Zeit, wo der Patient in der Wahrnehmung nicht weniger Akteure in der „Gesundheitswirtschaft“ vom Hilfesuchenden zum Renditebringer mutiert, wünsche ich meiner Tochter den Mut, ihre Kraft, Zuwendung und innere Beteiligung in erster Linie dem Patienten zu widmen.

Wie werden die Patienten sein, die von meiner Tochter behandelt werden? Sind dann alle mit der letzten Gesundheits-App ausgestattet, die eigentlich alles weiß? Macht leicht erreichbares Expertenwissen gleich die meisten Menschen zu Experten in eigener Sache? Ich sehe meine Tochter schon tätig werden als Subspezialistin für die Behandlung der vielen hypochondrischen Störungen, da die neuen Internet-Suchmaschinen aus rechtlichen Gründen ab 2027 auch belanglosen Symptomen zuerst einmal die schwerwiegendsten Diagnosen zuordnen müssen... Blinddärme und Gallen werden in Zukunft vom OP-Roboter versorgt – falls meine Tochter Chirurgin werden will, muss sie für die Erreichung der Zahlen im OP-Katalog darauf hoffen, dass die Geräte mal in der Wartung sind. Die Krankenkassen haben aber gerade im „Gemeinsamen Bundes-Qualitätssicherungsausschuss“ darauf hingewiesen, dass eine Vergütung

bald nur noch bei reinem Roboter-Einsatz erfolgen wird. Nur Utopie? Nun, ich bin mir bewusst, dass manches überspitzt ist. Aber sehen wir bitte, dass sich vieles rasant ändert. Ich habe weder Berührungängste zu Technik, noch rede ich unwirtschaftlichem Handeln das Wort. Aber meine Tochter wird mit ihren jetzigen Kommilitonen eine andere Medizin erleben, das ist sicher. Nutzen wir unsere Chance heute, auch als Vorbild mit unserem Handeln und Eintreten für den Patienten, die frühen Arzterfahrungen zu beeinflussen und eine humanistische Prägung der zunehmend ökonomisch wertenden Sichtweise entgegenzusetzen. Ich glaube, dass auch verdrängt oder zumindest nicht ausreichend wahrgenommen wird, welchen tiefen Eindruck unser täglicher Kontakt beim Patienten hinterlässt. Wir sind schon lange nicht mehr die „Halbgötter in Weiß“; wir sollten nun auch im Interesse unserer Kinder, die Medizin studieren, nicht zu Medizin-Ingenieuren werden. Wenn wir unsere Mitmenschen ernst nehmen, dann müssen wir das Besondere ärztlichen Tuns leben und grundsätzliche Tugenden erhalten, auch gegen auftretende Widerstände aus Politik und Kommerz. Wir schaffen sonst das Besondere an unserem Beruf selbst mit ab, das Band zwischen Krankem und Helfer, diese enge, von Vertrauen getragene Beziehung, die ein Privileg unserer Berufsgruppe ist und gleichzeitig die Ärzteschaft bei aller Verschiedenheit im Inneren verbindet.

Manchmal sehe ich in meinen Gedanken meine Tochter als Ärztin in Afrika arbeiten. Sie ist dort nah an ihren Patienten, sie ist nicht durch Bürokratiemonster gehemmt. Geld spielt keine Rolle, weil es keins gibt. Hilfe brauchen die Menschen dort ohne Zweifel. Ich würde mir aber wünschen, dass meine Tochter auch in Deutschland ein Leben lang Freude an und Erfüllung in ihrem Beruf als Ärztin haben kann und ich keine Skrupel haben muss, ihr zu diesem Studium und Beruf geraten zu haben.

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

Prof. Schulze offiziell verabschiedet

Am 3. Juli 2015 wurde Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze nach 16 Jahren Amtszeit als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer offiziell im Lingnerschloss in Dresden, dem Bürgerschloss, verabschiedet. In seiner Begrüßung betonte der neu gewählte Präsident, Erik Bodendieck, dass die Feierlichkeit bewusst in dieses Schloss gelegt wurde, da hier die Sächsische Landesärztekammer vor 25 Jahren am 12. Mai 1990 gegründet wurde. Außerdem engagierte sich der bekannteste Eigentümer und Bewohner des Gebäudes, Karl August Lingner, für hygienische Volksbelehrung und die Unterstützung gemeinnütziger Einrichtungen. Er initiierte die Ausstellung „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ 1903 sowie die 1. Internationale Hygiene-Ausstellung 1911 mit über fünf Millionen Besuchern. Er unterstützte weitere Projekte, wie die 1. Säuglingsklinik der Welt 1898 sowie den Bau des Deutschen Hygiene-Museums Dresden 1912. Erik Bodendieck: „Einen besseren Ort, um 25 Jahre Sächsische Landesärztekammer, um 25 ½ Jahre aktive Berufspolitik und 16 Jahre Präsidentschaft von Prof. Dr. Jan Schulze zu würdigen, kann es aus meiner Sicht nicht geben.“

Die enormen Leistungen von Prof. Dr. Jan Schulze beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen ab 1989 sowie im heutigen Universitätsklinikum Dresden als Arzt und Hochschullehrer wurden von Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder sowie Prof. Dr. med. habil. Otto Bach gewürdigt. Als prägende Eigenschaft von Prof. Dr. Jan Schulze wurde von beiden dessen Gestaltungswillen hervorgehoben. Gepaart mit Zielstrebigkeit, Ausdauer und Integrationsfähigkeit sei das der Schlüssel zum beruflichen und politischen Erfolg gewesen.

Über die besondere Beziehung von Kunst und Heilkunst sprach Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, mit Blick auf das kulturelle Engagement



Prof. Dr. Schulze (3.v.l.) und seine Gäste bei der Verabschiedung im Lingnerschloss
© SLÄK



Der neue Präsident, Erik Bodendieck, würdigte die langjährige Arbeit von Prof. Dr. Jan Schulze.

© SLÄK

von Prof. Dr. Jan Schulze bei den Ausstellungen und Konzerten im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer. Damit leitete er gleichzeitig über zu Till Schulze, Sohn des ehemaligen Präsidenten, der als Bassbariton Lieder von Franz Schubert vortrug.

Prof. Dr. Jan Schulze dankte allen Mitstreitern in der ärztlichen Selbstverwaltung, insbesondere dem Gründungspräsidenten Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich aus Dresden sowie der ersten Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach. „Beide erwiesen sich als Glücksfall für die Sächsische Landesärztekammer.“ Er dankte auch den Vorständen von 1990 bis 2015 und wünschte dem neuen Vorstand für die Zukunft „eine Fortführung der gedeihlichen

Kammerarbeit, damit die vielfältigen Aufgaben in der Legislaturperiode 2015 – 2019 erfolgreich bewältigt und neue Projekte umgesetzt werden können!“. Sein besonderer Dank galt auch seiner Frau und seiner Familie, die ihm in den letzten 25 Jahren den Rücken für die berufspolitische Arbeit gestärkt haben.

Unter den rund 100 Ehrengästen befanden sich Bundestags- und Landtagsabgeordnete, Präsidenten der deutschen Ärztekammern, der Niederschlesischen Ärztekammer Wrocław und der sächsischen Heilberufekammern, Vertreter zahlreicher Fach- und Berufsverbände sowie langjährige Mitstreiter aus dem Haupt- und Ehrenamt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die neue Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

Ein Kommentar

Endlich ist es so weit. Am 6. Juli 2015 wurde im „Deutschen Ärzteblatt“ die „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung“ veröffentlicht. Angesichts der 17 Jahre zurückliegenden Dritten Fortschreibung war ein Aktualisierungs- bzw. Überarbeitungsbedarf entstanden.

Der unbequeme holprige Titel ist aus Gründen der Rechtssicherheit der Nomenklatur des Transplantationsgesetzes geschuldet (TPG, ausgefertigt 05.11.1997, zuletzt geändert 15.07.2013), das den Begriff „Hirntod“ an keiner Stelle benutzt. Entsprechend wurde der jahrzehntelang gebräuchliche umgangssprachliche Begriff „Hirntod“ ersetzt durch die naturwissenschaftlich-medizinische Bezeichnung „irreversibler Hirnfunktionsausfall“, mithin auch die Begriffe „Hirntoddiagnostik“ und „Protokoll zur Feststellung des Hirntodes“, die in der alten Richtlinie („Dritte Fortschreibung“, veröffentlicht 24.07.1998) noch üblich waren. Damit scheint der oft missverständlich geführten Diskussion „Wie tot ist hirntot?“ oder „Sind tatsächlich alle Hirnzellen tot?“ der Boden entzogen, vorausgesetzt man anerkennt, dass durch den unwiederbringlichen Verlust aller Hirnfunktionen der Mensch nicht mehr lebendig ist. Klargestellt wird auch, dass ein Patient mit richtliniengemäß nachgewiesenem irreversiblen Hirnfunktionsausfall unter intensivmedizinischer Aufrechterhaltung von Atmung und Herzfunktion zu Zeichen von Extremitätenbewegung, Schwitzen und fortgesetzter Schwangerschaft in der Lage ist, mithin die weiterhin funkti-



Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider
© SLÄK

onierende Tätigkeit jenes Teils seines Nervensystems anzeigt, das sich außerhalb des Gehirns befindet (Rückenmark, vegetatives Nervensystem). Das ändert nichts daran, dass es sich um einen Menschen mit einem toten Gehirn handelt und nach deutschem Recht juristisch um eine Leiche.

Die neue Richtlinie. Was bleibt, was ist wirklich neu? Unverändert bleiben:

- 1. dass die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gemäß der Richtlinie den Tod des Menschen sicher und unzweifelhaft diagnostizieren kann,
- 2. die Voraussetzungen für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, nämlich der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären (zum Beispiel Schädel-Hirn-Trauma, Hirnmassenblutung) oder sekundären (zum Beispiel Herz-Kreislaufstillstand, Atemstillstand) Hirnschädigung,
- 3. der Ausschluss reversibler Ursachen (zum Beispiel exogene [Sedoanalgesie, Hypnotika, Drogen] und endogene [metabolische, endokrine] Vergiftungen/Komazustände, Relaxierung, primäre Hypothermie [NEU: therapeutische Hypothermie]),
- 4. die klinischen Symptome des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Bewusstlosigkeit [Koma]: kein Augenöffnen auf Schmerzreize, Hirnstammareflexie [mittlerweite oder weite Pupillen; Fehlen

von Pupillenlichtreflex, okulozephalen/vestibulookulären Reflex = „Puppenkopffänomen“, Kornealreflex, Pharyngeal-/Trachealreflex, Trigeminusschmerzreaktion], Ausfall der Spontanatmung [„Apnoe-Test“]).

Wirklich neu ist die Verschärfung der Anforderungen an die Ärzte, die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellen dürfen, sowie an die Krankenhäuser, in denen solche Patienten zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls diagnostiziert werden. Seitens der diagnostizierenden Ärzte gilt: – sie müssen Fachärzte sein, die mehrjährige (demnach mindestens zwei Jahre) Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen haben, damit naheliegend – aber nicht gefordert – über das Zertifikat der jeweiligen Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen. Mindestens einer der zwei unabhängig voneinander untersuchenden Ärzte muss Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein. Ist der Patient unter 14 Jahre alt, muss einer der zwei Ärzte Facharzt für Kinder-/Jugendmedizin sein. Die apparative Ergänzungsuntersuchung zur Verkürzung der klinischen Schwebezeit mittels CTA (Computertomographische Angiographie, eine neu eingeführte Methode) darf nur erfolgen, wenn die Untersuchung von einem Facharzt für Radiologie mit mehrjähriger (also mindestens zwei Jahre) Erfahrung in neuroradiologischer Diagnostik kontrolliert und beurteilt wird. Das Gleiche gilt für die Perfusionsszintigraphie, das heißt die ein Facharzt für Nuklearmedizin kontrollieren und beurteilen muss. Seitens der Krankenhäuser, in deren Auftrag die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und protokollierenden Ärzte (Fachärzte) tätig werden, ist in einer Arbeitsanweisung festzulegen (SOP, standard operating procedure), wann und wie die Diagnostik veranlasst wird und dass deren Durchführung nach dieser Richtlinie erfolgt.

Kurzum, insgesamt ein sachlich ausgewogenes Regelwerk eines 28 Mitglieder umfassenden Arbeitskrei-

ses des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK, dessen Entwurf zum 21.07.2014 durch schriftliche Anhörung von 70 Fachkreisen kommentiert (u.a. Ärztekammern, Berufsverbände, Fachgesellschaften), am 13.12.2014 vom Plenum des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK und am 30.01.2015 vom Vorstand der BÄK beraten und beschlossen und am 30.03.2015 ohne Änderungen vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 16 Abs. 3 TPG genehmigt wurde. Es ist für jeden der täg-

lich drei in Deutschland versterbenden, erfolglos auf eine Spende wartenden potenziellen Organempfänger zu wünschen, dass diese verschärften Regeln mehr Sicherheit und Zustimmung zum Konzept der postmortalen Organspende begründen und damit sich mehr Menschen zur Organspende bereit erklären.

Die Sächsische Landesärztekammer führt am 5. September 2015 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden ein Symposium „Organspende –

Quo vadis?“ durch. In drei Themenblöcken werden rechtliche wie ethische Fragestellungen zur Organspende, zur Patientenverfügung und zum Hirntod aufgegriffen. Die sächsischen Ärzte sind dazu herzlich eingeladen. Nähere Information unter www.slaek.de

Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider,
Facharzt für Innere Medizin, Neurologie
und Psychiatrie,
Neurologische Intensivmedizin
Organspendebeauftragter der Sächsischen
Landesärztekammer

Zertifizierungsregeln in der Ethikberatung

4. Treffen der Ethikberatung in Sachsen

Der Arbeitskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer lädt alle Ärzte, Pflegekräfte, medizinisches Personal und Krankenhausseelsorger zum 4. Treffen der Ethikberatung in Sachsen ein. Schwerpunkt des Treffens bildet ein Vortrag von Dr. Stefan Dinges, Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Medizinischen Universität Wien, über „Zertifizierungsregeln in der Ethikberatung“. Daran schließen sich zwei Falldarstellungen aus dem medizinischen Alltag an. Fall 1 beschäftigt sich mit der Beendigung einer zum

Lebenserhalt notwendigen, aber nicht mehr gewünschten Beatmung auf ITS durch Extubation. Fall 2 mit einem Therapieabbruch bei hypoxischem Hirnschaden und Vorliegen einer Patientenverfügung gegen den Willen der Angehörigen.

In Deutschland konzentrieren sich die Bemühungen der Ethikberatung bisher vor allem auf stationäre Einrichtungen. An vielen Krankenhäusern in Sachsen bestehen bereits heute klinische Ethikberatungen. Das 4. Treffen der Ethikberatung in Sachsen will jedoch eine Brücke zwischen den stationären Einrichtungen und den Praxen schlagen sowie den fachlichen Austausch anhand von Falldarstellungen befördern. Niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste sind daher besonders herzlich zu dieser Tagung eingeladen.

9. September 2015, 16.00 Uhr
4. Tagung der Ethikberatung in Sachsen
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Anmeldung bitte bis 31. August 2015 an:
Telefon: 0351 8267 160
Telefax: 0351 8267 162
E-Mail: presse@slaek.de

Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 3 Fortbildungspunkten.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kariesprophylaxe beim Kleinkind: Ein ärztlich-zahnärztliches Konsenspapier

Karies ist eine alimentär modifizierte, polybakterielle, unspezifische, chronische Infektionserkrankung mit multifaktorieller Genese, die zur Destruktion der Zahnhartsubstanz führt. Maßgebliche Ursache für Karies ist der adhärente Biofilm auf den sich nicht erneuernden Zahnoberflächen [8-10]

In den letzten 30 Jahren gelangen dank breit angelegter Prophylaxeprogramme erhebliche Fortschritte in der Reduktion von Prävalenz und Schweregrad der Karies. Hatten 1994 in Sachsen nur 23,3 % der Sechstklässler ein primär gesundes Gebiss, so waren es im Jahr 2013 schon 74,32 % der 12-Jährigen. Anders im Kleinkindalter – hier stagniert der Kariesrückgang. Nach wie vor besteht ein höherer Behandlungsbedarf im Milchgebiss. Der Grund für diesen wenig zufriedenstellenden Zustand ist die bereits kurz nach dem Zahndurchbruch auftretende rasch voranschreitende frühkindliche Karies. Diese ist definiert als eine Erkrankung von Kindern unter 71 Monaten, bei der ein oder mehrere Zähne kariös, gefüllt oder aufgrund einer Karies extrahiert sind. Als Risikofaktoren gelten unter anderem der exzessive Gebrauch der mit stark zuckerhaltigen Getränken

gefüllten Nuckelflasche und mangelnde Mundhygiene. Milchzähne sind neben ihrer Funktion als Kauwerkzeuge jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Lebensqualität, die Entwicklung der Sprache, für das reguläre Wachstum der Kieferknochen und für das soziale Miteinander. In Deutschland sind ca. 10 – 15 % der Kinder von der frühkindlichen Karies betroffen: In Sachsen haben 87,77 % der dreijährigen Kinder ein naturgesundes Gebiss (Stand 2012/13). Bis 2015 werden 90 % als Gesundheitsziel angestrebt. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass ein kleiner Teil der Kinder einen Großteil der kariösen Läsionen auf sich vereinigt. Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sind hierbei betroffen und weisen einen sehr hohen Sanierungsbedarf auf. [14]

Somit bleibt die Kariesprävention eine große Herausforderung. Zentrale Säulen der Prophylaxe sind dabei vor allem die Entfernung des pathogenen Biofilms mit der Zahnbürste und eine zahngesunde Ernährung. Flankiert werden diese Maßnahmen durch die gezielte Fluoridapplikation. Fluoride sind seit Jahrzehnten ein fest etablierter Bestandteil der Kariesprophylaxe. Ihre grundsätzliche Wirksamkeit ist durch eine sehr hohe Zahl von Studien belegt [1, 3, 5, 11]. Die Wirkung beruht vornehmlich auf zwei Prozessen: Zum einen hemmen Fluoride Demineralisations- und fördern gleichzeitig Remineralisationsprozesse, zum anderen beeinträchti-

gen sie die bakterielle Biofilmbildung. In der S2k-Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ legten Experten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V., der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Empfehlungen für die angemessene ärztliche bzw. zahnärztliche Vorgehensweisen fest. Im Jahr 2013 fand die letzte Aktualisierung der genannten Leitlinie statt [6].

Dabei konnte zum Vorgehen bei Kindern bis fünf Jahren hinsichtlich der Anwendung von fluoridierter Zahnpasta und Fluoridtabletten kein Konsens zwischen Zahnärzten und Pädiatern erzielt werden. Die Leitlinie unterscheidet hier eine pädiatrische und eine zahnärztliche Empfehlung [6]. Dieser Dissens verunsichert Eltern, Familien, Hebammen und Mitarbeiter von Kinderbetreuungseinrichtungen. Sie erwarten eine Entscheidungshilfe zwischen den verschiedenen Optionen, und wo dürfen sie diese erwarten wenn nicht bei den beteiligten medizinischen Professionen.

In der Leitlinie wurden folgende divergierende Empfehlungen zur Anwendung von fluoridierter Zahnpasta und Fluoridtabletten im Vorschulalter fixiert:

Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin:

Die Pädiater sprechen sich in der Leitlinie dafür aus, dass die Kinder mit dem älteren Säuglings- und im Kleinkindalter prinzipiell an eine regelmäßige Zahnreinigung mit einer altersgerecht geformten Zahnbürste herangeführt werden sollen. Fluoridhaltige Zahnpasten sind dabei erst ab einem Alter einzusetzen, in dem das Kind Zahnpasta nach dem Zähneputzen regelmäßig ausspucken kann (in der Regel mit Beginn des fünften Lebensjahres). Grund für diese Zurückhaltung ist, dass es sich bei Zahnpasta um ein kosmetisches

Mittel handelt, das zahlreiche nicht für den Verzehr vorgesehene Inhaltsstoffe enthält und nicht regelmäßig geschluckt werden sollte. Die verfügbaren Empfehlungen zur Fluoridzufuhr weisen aus Sicht der Pädiater auf eine sowohl topische als auch systemische kariesprophylaktische Wirkung hin, wobei für die langfristige Kariesprävention der topische Effekt von größerer Bedeutung ist (AAP, Pediatrics 2008). Daher empfehlen die Pädiater die Gabe von Fluoridtabletten nach dem Zahndurchbruch, die möglichst gelutscht werden, um die topische Wirkungskomponente bestmöglich zu nutzen [6].

Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde:

Aus Sicht der Zahnmediziner steht die lokale Wirkung der Fluoride uneingeschränkt im Vordergrund [5]. Bei lokaler Fluoridapplikation bildet sich auf der Zahnoberfläche eine Kalzium-Fluorid-Deckschicht [12, 13]. Diese protrahiert die bakterielle Kolonisation der Zahnoberfläche, beeinträchtigt den Stoffwechsel kariespathogener Mikroorganismen, schützt vor Demineralisationen durch saure Stoffwechselprodukte und fördert die Remineralisation [4, 5, 12, 13]. Fluoridtabletten sind aus Sicht der Zahnmediziner nur wirksam, sofern sie intensiv gekaut und nicht nach kurzer Zeit geschluckt werden [6]. Aus zahnmedizinischer Sicht ist dies insbesondere im Säuglingsalter nicht umsetzbar. Die D-Fluoretten werden von den Eltern bei Kindern und Säuglingen häufig in gelöster Form gegeben und sofort abgeschluckt.

Eine präeruptive Wirkung der Fluoride bzw. der Fluoridtabletten konnte wissenschaftlich nicht belegt werden. Aufgrund der lokalen Wirkung der Fluoride ist eine Fluoridgabe vor Zahndurchbruch nicht sinnvoll [7, 17]. Karies ist keine Fluoridmangelkrankung, über die kariespräventive lokale Wirkung an der Zahnoberfläche hinaus ist für den Organismus keine Fluoridzufuhr notwendig. Unabhängig von der Fluoridapplikation steht aus Sicht der Zahnmediziner die mechanische Bio-

film- bzw. Plaqueentfernung im Vordergrund, die durch Fluoride lediglich flankiert wird [16]. Das Kennenlernen und Erlernen der Kulturtechnik des Zähneputzens ab dem ersten Zahn ist dabei ein ganz wesentlicher Aspekt. Daher favorisieren die Zahnärzte die Lokalapplikation der Fluoride in Form von fluoridierter Zahncreme zusammen mit der täglichen Zahnpflege ab Durchbruch des ersten Zahnes [16]. Dosierung und Applikation sind den Abb. 1 a und b dargestellt. Zahncreme für Schulkinder und Erwachsene enthält 1.400 ppm Fluorid, die empfohlene Kinderzahncreme 500 ppm Fluorid. Hintergrund dieser niedrigeren Fluoriddosis bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ist die Gefahr der chronischen Überdosierung von Fluorid [15, 18]. Diese kann zur Entstehung von Dentalflecken während der Phase Schmelzbildung führen (Abb. 2). Dies wird dann durch eine reine Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe ergänzt.

Diese unterschiedlichen Empfehlungen wurden von allen Beteiligten als unbefriedigend empfunden und bieten für die Familien keine klare Orientierung. Ergebnis ist, dass in vielen Fällen eine Doppelfluoridierung mit Tabletten und Fluoridzahncreme erfolgt, was die Gefahr der Ausbildung einer Dentalflecke deutlich erhöht (Abb. 1). Teilweise wird auch gar keine Fluoridierung durchgeführt [2]. Unter Moderation der Sächsischen Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer Sachsen wurde

zur Beendigung der unbefriedigenden Situation unter Beteiligung der Universitäten, der Berufsverbände, der Fachgesellschaften, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V. (LAGZ) und des Sächsischen Hebammenverbandes ein Steuerungskreis zusammengestellt, der in nur zwei Sitzungen einen für alle befriedigenden Konsens erarbeiten konnte. Nach dem ersten Treffen erfolgte eine sorgfältige Recherche zu ungeklärten, für die Entscheidungsfindung jedoch wichtigen Fragen.

Ein Aspekt war die Unbedenklichkeit der Zahncreme als solcher für die Anwendung bei Kleinkindern. Durch einen Hochschullehrer aus der Pharmakologie wurde hierzu eine wissenschaftliche Recherche durchgeführt. Maßgebliche Inhaltsstoffe von marktüblichen Kinderzahnpasten sind Wasser, Sorbitol (Zuckeralkohol), Putzkörper (zum Beispiel hydrated silica), Bindemittel (zum Beispiel Hydroxyethylzellulose), Titanoxid (weißes Pigment) und Tenside (zum Beispiel Cocamidopropyl Betaine, mildes Netzmittel, Schaumbildner). Zudem sind in sehr geringen Konzentrationen (weniger als 500 ppm) Aromastoffe wie Limonene, Saccharin und HCl enthalten.

Sorbitol (Zuckeralkohol) beeinträchtigt den Stoffwechsel kariespathogener Mikroorganismen, größere Mengen wirken laxierend. Die Konzentration in Zahnpasten ist als unbedenklich einzustufen.



Abb. 1: Beispiele für Dentalfluorosen, Bildquelle: Poliklinik für Zahnerhaltung mit Bereich Kinderzahnheilkunde, UZM, Uniklinik Dresden

Putzkörper wie lösliche Silikate sind inert und ebenfalls in der in Zahnpasten anzutreffenden Konzentration unbedenklich. Gleiches gilt für TiO₂ in Suspensionen und Aufschlämmungen sowie Cocamidopropyl-Betain.

Aromastoffe und Zuckerersatzstoffe erfordern eine differenzierte Betrachtung, Limonene sind als unbedenklich einzustufen. Nicht näher spezifizierte Aromastoffe können potenziell allergen wirken. Studien zu Allergien auf Zahnpasten bei Kindern sind uns nicht bekannt.

Nach Einschätzung der Fachleute aus Pharmakologie und Zahnmedizin der TU Dresden sind bei bestimmungsgemäßem und sparsamem Gebrauch Kinderzahnpasten als unbedenklich anzusehen. Produkte mit möglichst wenigen Aromastoffen und ohne

Methylparabene sind zu bevorzugen. In Kindergärten/Kitas ist auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch der Zahnpasta zu achten. Sehr sinnvoll ist die Portionierung durch eine Erzieherin.

Weiter war zu klären, ob und wie viele Kinder tatsächlich eine orale Prophylaxe mit einem systemischen Fluoridpräparat (mit oder ohne Vit. D) in den ersten beiden Lebensjahren erhalten. Exemplarisch konnte dies für die Patienten der AOK-plus eruiert werden. Fast 55 % der Sächsischen GKV-Versicherten sind AOK-Plus versichert, sodass die Zahlen durchaus als repräsentativ angesehen werden können. Die Datenauswertung für 2013 zeigte, dass in den ersten beiden Lebensjahren der Anteil der Versicherten mit Verordnung 41 % nicht überstieg.

Aufgrund der Recherchen konnte ein Konsens erarbeitet werden. Dem Steuerkreis ist es wichtig, dass die Kulturtechnik des Zähneputzens mit Zahncreme ab Durchbruch des ersten Zahnes vermittelt und gelebt wird. Daher ist die Anwendung von Zahncreme (fluoridiert bzw. fluoridfrei) Bestandteil aller Empfehlungen der vorliegenden Publikation. Es ist zu beachten, dass bei Kindergartenkindern und oft auch bei Grundschulkindern keine suffiziente Zahnputztechnik vorhanden ist. Daher ist mindestens einmal täglich ein Nachputzen durch die Eltern angezeigt, idealerweise bis zum sicheren Erlernen der Schreibschrift.

Zur Vermeidung der Überdosierung und der damit verbundenen Gefahr der Dentalfluorose und gegebenenfalls sogar einer Knochenfluorose darf keine Mehrfachfluoridierung

Tab. 1: Konsens des Steuerkreises als Orientierung für Eltern, Ärzte und Zahnärzte in Sachsen, Empfehlung zur Fluoridapplikation bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindergarten- und Vorschulkindern.

bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres	Variante A	Variante B
	Kombinierte Rachitis- und Kariesprophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> · Einnahme eines Vitamin-D-Präparates (500 I.E. Vit. D) ohne Fluoridzusatz · ab Durchbruch des ersten Zahnes einmal täglich Zähneputzen mit einer „reiskorn-großen“ Portion fluoridierter Kinderzahncreme (500 ppm Fluorid) · Verwendung von fluoridiertem Speisesalz mit Beginn der festen Kost* 	Kombinierte Rachitis- und Kariesprophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> · Einnahme eines Kombinationspräparates Vit-D mit Fluorid (500 I.E. Vit. D) · ab Durchbruch des ersten Zahnes einmal täglich Zähneputzen mit einer „reiskorn-großen“ Portion fluoridfreier Kinderzahncreme · Verwendung von fluoridiertem Speisesalz mit Beginn der festen Kost*
vom 2. Geburtstag bis zur Vollendung des 6 Lebensjahres	<ul style="list-style-type: none"> · zweimal täglich Zähneputzen mit einer „erbsengroßen“ Portion fluoridierter Kinderzahncreme (500 ppm Fluorid) · Verwendung von fluoridiertem Speisesalz · keine Einnahme von Fluorid-Tabletten 	

* Speisesalz ist bei Kindern, insbesondere bei Kleinkindern, aus ernährungsphysiologischer Sicht generell äußerst zurückhaltend anzuwenden



Abb. 2 a: Dünner Film an Kinderzahnpaste



Abb. 2 b: Erbsengroße Menge an Kinderzahnpaste

Abb. 2 a, b: Dosierungsempfehlungen für die Zahncremeanwendung bei Kindern. Die gefärbten Büschel des Bürstenkopfes geben eine Orientierung; links Dosierung bis zum zweiten Geburtstag, rechts Dosierung bis zum 6. Geburtstag.

erfolgen. Eine gleichzeitige Anwendung von Fluoridtabletten und fluoridierter Zahncreme muss unterbleiben.

Einigkeit bestand aber auch darüber, dass verschiedene Wege möglich sind. Es wurden zwei mögliche Varianten erarbeitet, die den Eltern, Ärzten und Zahnärzten, aber auch Hebammen und anderen Beteiligten eine klare Orientierung bieten.

Bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres sieht Variante A vor, dass die Vitamin-D-Prophylaxe mit Tabletten ohne Fluoridzusatz erfolgt. Ab dem Durchbruch des ersten Zahnes soll dann einmal täglich mit einer reiskorngroßen (Abb. 2a) Menge **fluoridierter** Kinderzahncreme (Anteil Fluorid 500 ppm) geputzt werden.

Variante B legt die Vitamin-D-Prophylaxe in Kombination mit Fluorid zugrunde. Das einmal tägliche Zähneputzen ab Durchbruch des ersten Zahnes erfolgt mit einer reiskorngroßen (Abb. 2a) Menge **fluoridfreier** Zahncreme.

Beide Varianten werden ergänzt durch die sparsame Verwendung von fluoridiertem Speisesalz bei der Zubereitung der Speisen mit Beginn der festen Kost.

Ab dem 3. bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sprechen sich Ärzte und Zahnärzte einheitlich für einen Weg der Fluoridierung aus: zweimal täglich Zähneputzen mit einer „erbsengroßen“ Menge fluoridierter Kinderzahnpaste (Anteil Fluorid 500 ppm) bei Verwendung von fluoridiertem Speisesalz zur Zubereitung der Speisen (Abb. 2b).

Alle Beteiligten der Arbeitsgruppe möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass Speisesalz bei Kindern grundsätzlich sehr sparsam und zurückhaltend zu verwenden ist. Aus kariespräventiver Sicht ist jedoch die Verwendung eines fluoridierten Produktes angezeigt – etwa bei der Zubereitung von Nudeln oder Reis.

Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung sollen die Eltern über beide Wege informiert werden. Dies hilft, Verunsicherungen zu vermeiden und die Eigenverantwortung der Eltern zu fördern.

Der respektvolle und wertschätzende Umgang miteinander in den beiden Sitzungen hat es erheblich erleichtert, den Konsens zu erarbeiten. Einen entsprechenden Aufklärungstext für Eltern finden Sie unter www.slaek.de. Die zugrunde liegende Leitlinie finden Sie unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-001.html>.

Literaturverzeichnis bei der Autorenschaft

Mitglieder der Steuerungsgruppe:

- Ass. jur. Birte Bittner
Carola Hoffmann, FÄ für Kinderheilkunde
Dipl.-Stom. Iris Langhans,
FZÄ für Kieferorthopädie
Dipl.-Med. Petra Albrecht, FÄ für Öffentliches
Gesundheitswesen und für Hygiene und
Umweltmedizin, Vizepräsidentin der
Sächsischen Landesärztekammer
Dipl.-Med. Stefan Mertens,
FA für Kinderheilkunde
Dr. med. Grit Hantzsche, FZÄ Öffentliches
Gesundheitswesen
Dr. med. Klaus Hofmann,
FA für Kinderheilkunde
Dr. med. Mathias Wunsch, FZA für Allgemeine
Stomatologie, Präsident der Sächsischen
Landes Zahnärztekammer
Dr. med. dent. Ursula Schütte, ZÄ
Grit Kretschmar-Zimmer, Vorsitzende des
Sächsischen Hebammenverbandes
Prof. Dr. Christian Hirsch, Leiter der Poliklinik
für Kinderzahnheilkunde und Primärprophy-
laxe der Universitätsklinik Leipzig
Prof. Dr. med. dent. Christian Hannig, Direktor
der Poliklinik für Zahnerhaltung mit Bereich
Kinderzahnheilkunde der Universitätsklinik
Dresden
Prof. Dr. med. Reinhard Berner, Leiter der
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin der Universitätsklinik Dresden

Sport pro Gesundheit

Unter dem Motto: „Ausdauer auf Dauer – gesund durchs Leben“ startet unter Schirmherrschaft der Sächsischen Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Barbara Klepsch, am 28. August 2015 der 6. Pulsnitzer Gesundheitslauf. Unterstützt wird der Gesundheitslauf auch vom Präventionsausschuss der Sächsischen Landesärztekammer.

Das Konzept des Gesundheitslaufes „Ausdauer auf Dauer“ wurde durch den Deutschen Leichtathletik-Verband entwickelt und soll die positiven Auswirkungen des Ausdauertrainings auf den Körper aufzeigen. Hauptziel ist die schrittweise Verbesserung der Lebensqualität durch positive Effekte des Ausdauertrainings auf:

- Physische Gesundheit
- Psychosoziale Gesundheit
- Knochen und Stützapparat und
- Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit.

Ärzte als Präventions-Wegweiser

Ein spezieller Flyer für Ärzte „Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport“ liefert zusätzliche Informationen zum präventiven Nutzen. Ärzte fungieren als wichtige Multiplikatoren zum Thema „Prävention durch Bewegung“. Sie sollen ihre Patienten zur körperlichen Akti-

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer Dresden lädt zum Seniorentreffen am Dienstag, dem 1. September 2015, 15.00 Uhr, in den Festsaal Carl Gustav Carus des Kammergebäudes sehr herzlich ein. Unser Gastreferent, Dr. med. Dietmar Beier, Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision, wird in seinem Vortrag „Impfen im höheren Lebensalter und Reiseimpfungen“ wichtige medizinische Themen behandeln. Seien Sie herzlich willkommen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)



Gelaufen werden Strecken von 800 m (Bambinilauf) bis 10 km.

© Helios Kliniken

vität und gesunden Lebensstil motivieren, beraten und begleiten. Der Flyer wurde in Zusammenarbeit mit Sportmedizinerinnen der Universität Frankfurt, der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention erstellt. Seit Januar 2012 gibt es auch ein einheitliches „Rezept für Bewegung“ vom Deutschen Olympischen Sportbund, der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin. Dabei stellt der Arzt eine schriftliche Empfehlung für den Patienten mit Bewegungsmangel aus. Das „Rezept für Bewegung“ bietet eine gute Alternative zur Verschreibung von Medikamenten bzw. zur Verordnung von Physiotherapie.

Zielgruppe: „Nicht-Beweger“

Mit dem „Rezept für Bewegung“ soll der Weg vom Arzt zum gesund-

heitsorientierten Bewegungsangebot im wohnortnahen Sportverein ange-regt und gefördert werden. Ärzte weisen ihre Patienten auf einen durch das Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ zertifizierten Sportver-ein hin, von denen diese profitieren können. Insgesamt soll damit die Bevölkerung zu mehr körperlicher Aktivität motiviert werden.

Informationen zum 6. Pulsnitzer Gesundheitslauf finden Sie hier: www.pulsnitz-gesundheitslauf.de sowie bei Facebook.

Das „Rezept für Bewegung“ finden Sie mit Hintergrundinformationen unter www.slaek.de, Gesundheitsinformationen für Patienten, sowie unter www.sportprogesundheit.de.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kammerversammlung der Wahlperiode 2015 – 2019

Verlust eines Mandats im Wahlkreis Chemnitz (Stadt) und Bestätigung eines nachrückenden Mitglieds der Kammerversammlung

Im Wahlkreis Chemnitz (Stadt) hat das Kammermitglied Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und angestellter Arzt in Chemnitz, im Juni 2015 dem Vorstand gegenüber schriftlich und unwiderruflich seinen Verzicht auf das Mandat in der Kammerversammlung erklärt. Gemäß

§ 11 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes ist in diesem Fall das nach der Wahlordnung nachrückende Mitglied der Kammerversammlung schriftlich zu bestätigen.

Insofern hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer per Beschluss Frau Dipl.-Med. Manuela Graetz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und niedergelassene Ärztin in Chemnitz, als nachrückendes Mitglied für die verbleibende Wahlperiode festgestellt.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Viele Professionen – ein Kongress

Am 17. und 18. April 2015 fand im Deutschen Hygiene-Museum Dresden ein „Interprofessioneller Gesundheitskongress“ mit Springer Medizin, Bereich Professional Care, und der Fachzeitschrift „Heilberufe“ in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Im Zentrum des hochinteressanten Kongresses stand die interprofessionelle Versorgung der Patienten. Demografischer Wandel und die damit einhergehende Multimorbidität, aber auch die Innovation und Weiterentwicklung in der Medizin setzen zunehmend eine hochprofessionelle Versorgung der verschiedensten Berufsgruppen voraus. Diese Versorgung steht und fällt mit einem optimalen Schnittstellenmanagement, wobei man heute versucht, Schnittstellen als Nahtstellen zu titulieren, was an der Problematik erst einmal noch nichts ändert.

In seiner Eröffnungsrede hatte Falk H. Mikley von Springer Medizin hervorgehoben, wie wichtig es ist, neue Kooperationsformen zu finden, in denen eine multiprofessionelle Versorgung des Patienten gelingen kann.

Der sehr gut besuchte Kongress bot auch ein für Ärzte breitgefächertes Themenfeld. Insbesondere im höheren und im hohen Alter sowie am Lebensende ist die interprofessionelle Versorgung des Patienten besonders wichtig. Beispielhaft seien hier nur Themenfelder wie die Palliativversorgung, Schmerzmanagement, Mobilitätsmonitoring und Wundmanagement genannt. In den einzelnen Foren des Kongresses wurden unter anderem spezielle Problemstellungen bei multimorbiden bzw. geriatrischen Patienten besprochen, wie zum Beispiel sich widersprechende Medikationen oder die Chronifizierung von Störungen als Krankheitsfolge, zum Beispiel Immobilisierung nach Schlaganfall. Spätestens wenn die Babyboomer (ca. 1958 – 1962 Geborene) ins Alter kommen, rollt „der graue Tsunami“, wie von Prof.



© Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Foto: David Brandt

Dr. R. Neubart, Wolgast, verbildlicht gesprochen, im Gesundheitswesen an. Möglichkeiten zur stärkeren Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung und zur besseren Einbindung des Hausarztes wurden an konkreten Beispielen aufgezeigt.

Weitere Themenfelder des Kongresses waren „Neue Herausforderungen für Führungskräfte“ und „Wie gut arbeiten die Gesundheitsberufe zusammen?“ Prof. Dr. R. Tewes aus Dresden forderte hier eine „gemeinsame Sprache der verschiedenen Professionen.“

Auch das heikle Thema „Überlastungsanzeige“ wurde nicht ausgespart. Der Umgang mit diesen spielt in Zeiten chronischen Fachkräftemangels zunehmend eine Rolle in allen Professionen. Hier ein abgestimmtes Vorgehen in den verschiedenen Berufsgruppen zu koordinie-

ren und dabei die juristischen Implikationen ausreichend zu berücksichtigen, ist oft ein organisatorischer Kraftakt.

Der nächste „Interprofessionelle Gesundheitskongress“ findet vom 7. bis 9. April 2016 wiederum in Dresden statt, diesmal jedoch im Kongresszentrum, um noch mehr Teilnehmern und Themen Raum zu bieten. Erneut wird es dabei schwerpunktmäßig um die Abstimmung und Koordination der Berufsgruppen untereinander gehen. Damit wird gerade Ärzten ein Kongress zu einer Thematik angeboten, die zwar den ärztlichen Alltag dominiert, aber selten im Fokus eines Kongresses steht. Themen werden nächstes Jahr zum Beispiel das „Innerklinische Notfallmanagement“ und „Risikomanagement“ sein.

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder
Referat medizinische und ethische Sachfragen

124 Medizinische Fachangestellte starten ins Berufsleben

122 Absolventinnen und zwei Absolventen haben ihre Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor der Sächsischen Landesärztekammer erfolgreich abgelegt und starten jetzt ins Berufsleben. Sie haben damit einen Beruf ergriffen, der dringend gebraucht wird.

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

Am 7. Juli 2015 erhielten 25 Medizinische Fachangestellte in der Ruth-Pfau-Schule Leipzig ihre Prüfungszeugnisse vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Erik Bodendieck. Am gleichen Tag verabschiedete Dr. Steffen Liebscher, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, 28 Medizinische Fachangestellte und einen Medizinischen Fachangestellten mit der Zeugnisübergabe im Beruflichen Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen Chemnitz in das Berufsleben. In der Sächsischen Landesärztekammer übergab Frau Taube, Mitglied des Berufsbildungsausschusses und Prüfungsausschusses, am 8. Juli 2015 den 70 Absolventinnen und einem Absolventen aus den Beruflichen Schulzentren Dresden, Görlitz und Plauen ihre wohlverdienten Prüfungszeugnisse. Gleichzeitig erhielten die Prüflinge von der Berufsschule ihre Abschlusszeugnisse.



Die Medizinischen Fachangestellten erhalten ihre Zeugnisse.

© SLÄK

222 Prüflinge haben in den zurückliegenden Wochen an den Prüfungen teilgenommen. Doch auch in diesem Prüfungsturnus haben 95 von ihnen (42,8 Prozent) die Prüfungen nicht bestanden. Zehn Prüflinge haben den schriftlichen Teil nicht bestanden, 77 die praktische Prüfung und acht Prüflinge sowohl den schriftlichen als auch den praktischen Teil. Drei Prüflinge brachen ihre Prüfung ab.

Der Ausbildungsanspruch ist sehr hoch. Dies liegt in der Verantwortung des Ausbildungsberufes. Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten vereint fundiertes medizinisches Fachwissen mit organisatorischem Talent und feinfühligem Umgang mit den Patienten.

Ob am Empfang oder im Behandlungszimmer – ohne Medizinische Fachangestellte ist ein reibungsloser Praxisablauf kaum zu gewährleisten. Sie sind die zentralen Schnittstellen. Sie betreuen die Patienten, für die sie meist die erste Kontaktperson sind. Und quasi ganz nebenbei unterstützen sie den Arzt bei Untersuchungen oder kleineren Eingriffen, bereiten die Abrechnung vor und bearbeiten Briefe an Krankenkassen und Behörden.

Der Berufsabschluss bietet den Absolventinnen und Absolventen gute Perspektiven. Für das anstehende eigenständige Berufsleben sind sie damit gut gerüstet. Fast alle haben zurzeit einen Arbeitsvertrag.

Keine der freien Stellen, die der Sächsischen Landesärztekammer von Arztpraxen gemeldet wurden, konnte vermittelt werden. Die in den letzten Jahren gestiegene Nachfrage nach Fachkräften ist auch weiterhin auf die zu geringe Zahl von Arztpraxen, die Medizinische Fachangestellte ausbilden, zurückzuführen.

Für eine langfristige Sicherung des eigenen Fachkräftebedarfes in der Praxis appelliert die Landesärztekammer an die Praxen im Freistaat, sich für eine Ausbildung zu entscheiden. Alles Wissenswerte zu Inhalten, Dauer und Vergütung der MFA-Ausbildung finden Sie auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de im Bereich MFA.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

7. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Aktuell rückt das Thema Ärztebedarf auch auf Bundesebene immer mehr in den Fokus. Mit dem „Versorgungsstärkungsgesetz“ sollen Anreize und Regelungen geschaffen werden, um der Unterversorgung in ländlichen Gebieten zu begegnen. Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ konkretisiert diesen Ansatz anlässlich seiner Jahresversammlung und fragt nach dem Bedarf in Sachsen und den regionalen Strategien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung.

„Ärzte für Sachsen“ lädt dazu am 21. September 2015 von 14.00 – 18.00 Uhr erstmals in die Oberlausitzer Region nach Cunewalde ein. Gemeinsam mit den Referenten und Gästen sollen beim 7. Netzwerktreffen die Perspektiven im Freistaat Sachsen diskutiert werden.

Eröffnet wird die Veranstaltung durch den Bürgermeister von Cunewalde. Nach dem Grußwort von Thomas Martolock stellt die Amtsärztin des Landkreises Bautzen, Dr. med. Ilona Walter, die medizinische Versorgung im Landkreis Bautzen vor. In seinem Bericht zur Netzwerkarbeit von „Ärzte für Sachsen“ analysiert Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, dann die ärztliche Versorgungssituation in Sachsen und präsentiert aktuelle Projekte und Entwicklungen im Netzwerk.



Im Tagungszentrum „Blaue Kugel“ in Cunewalde bei Bautzen findet am 21. September 2015 das 7. Netzwerktreffen statt.

© SLÄK

Der Hauptteil der Veranstaltung widmet sich den verschiedenen „Strategien für die Region“. So soll es in einem ersten Vortrag um ein Forschungsprojekt der TU Chemnitz gehen, welches die „Migration von Ärzten im sächsisch-böhmischen Grenzraum“ untersucht. Ebenfalls ausgehend von einem Projekt der TU Chemnitz verschiebt die anschließende Präsentation zur „Personalstrategie für Krankenhäuser einer Region“ das Augenmerk von der Akquise zur Bindung des Fachpersonals an die Region.

Anschließend stellen Carmen Wanke von der AOK PLUS und Chefarztin Cornelia Stefan vom Heinrich-Braun-Klinikum das gemeinsame Modellvorhaben zur ambulant-stationären psychiatrischen Versorgung in der Zwickauer Region vor.

Hinter dem Begriff der LEADER-Regionen verbergen sich neue staatliche Fördermöglichkeiten für den ländlichen Raum, die für die ärztliche Versorgung näher beschrieben werden sollen. Abschließend kommen noch einmal die Möglichkeiten auf Landkreisebene in den Blick. Mit der „Impulsregion Vogtland 2020“ soll ein Projekt zur regionalen Sicherung der Gesundheitsversorgung im Vogtlandkreis vorgestellt werden.

Eingeladen sind die Netzwerkpartner und alle am Thema Interessierten. Der Eintritt ist frei. Programm und Anmeldebogen finden Sie unter www.aerzte-fuer-sachsen.de. Oder Sie melden Ihre Teilnahme einfach über info@aerzte-fuer-sachsen.de an.

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

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

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

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-

sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kv.sachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
15/C038	Allgemeinmedizin*)	Werdau	11.09.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/C039	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Chemnitz, Stadt	24.08.2015
15/C040	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Chemnitz, Stadt	24.08.2015
15/C041	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	11.09.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
15/D036	Innere Medizin*) (Diabetes-Schwerpunktpraxis)	Radeberg	24.08.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/D037	Augenheilkunde	Dresden, Stadt	24.08.2015
15/D038	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	24.08.2015
15/D039	Orthopädie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	24.08.2015
15/D040	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Löbau-Zittau	11.09.2015
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
15/D041	Innere Medizin	Görlitz	11.09.2015
15/D042	Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Meißen	24.08.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
15/L040	Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Leipzig	24.08.2015
15/L041	Innere Medizin*)	Delitzsch	11.09.2015
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
15/L042	Neurologie und Psychiatrie	Delitzsch	11.09.2015
15/L043	Orthopädie	Muldentalkreis	24.08.2015

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Innere Medizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: Ende 2016

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

Berufungen

Zum 1. Juli 2015 ist **Prof. Dr. med. Torsten Kluba**, Spezialist für Tumorchirurgie und Endoprothetik, zum Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie im

Städtischen Klinikum Dresden-Friedrichstadt berufen worden.

Seit Juni 2015 leitet **Dr. med. Harald Schmalenberg**, Facharzt für Innere Medizin, die neue Klinik für Hämatologie und Onkologie, IV.

Medizinische Klinik, am Städtischen Klinikum Dresden-Friedrichstadt.

Seit Juni 2015 ist **Igor Prusiecki**, Facharzt für Augenheilkunde, Chefarzt der Görlitzer Augenklinik.

Brustrekonstruktion durch freien mikrochirurgischen Gewebetransfer nach Mammakarzinom

Passin S., Morgenstern S., Florek A., Marx M.

Schlüsselwörter

DIEP Lappenplastik – FCI Lappenplastik – Brustrekonstruktion – Mammakarzinom – freier Gewebetransfer

Einleitung

Die weibliche Brust dient in erster Linie zum Stillen des Säuglings, ist aber ebenso als sekundäres Geschlechtsmerkmal das Sinnbild für Weiblichkeit. Die Brust besteht vorwiegend aus Fett, Bindegewebe und Brustdrüse und wird von Arterien, Venen und Lymphgefäßen durchzogen. Sie folgt einer komplexen hormonellen Steuerung, um eine monatliche Option einer Schwangerschaft zwischen Pubertät und Klimakterium zu ermöglichen. Durch genetische Mutationen, hormonelle Faktoren oder Umwelteinflüsse kann es zur Entartung des Drüsengewebes kommen. Das Mammakarzinom ist in Deutschland mit jährlich ca. 75.000 Neuerkrankungen und mit ca. 32 % aller Krebserkrankungen bei Frauen der häufigste maligne Tumor [1]. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 65 Jahren.

Die Behandlung des Mammakarzinoms orientiert sich an der interdisziplinären S3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und der medizinischen Fachgesellschaften [2].

Ziel der operativen Behandlung ist die vollständige Entfernung von invasiven und nichtinvasiven Brusttumorteilen. Sollten die Voraussetzungen für eine brusterhaltende Therapie nicht gegeben sein, so ist die haalterhaltende Mastektomie bzw. die modifizierte radikale Mastektomie mit Entfernung der Haut, des Mamillen-Areola-Komplexes und der Pektoralisfaszie durchzuführen.

Die daraus entstandene Asymmetrie kann durch Epithesen, Silikongelimplantate, eine Kombination aus

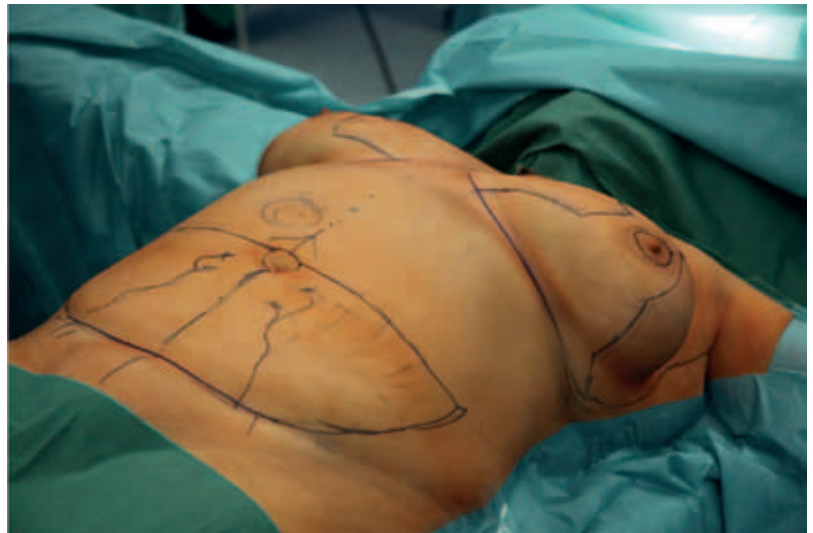


Abb. 1: Präoperative Anzeichnung DIEP-Lappenplastik (mit gleichzeitiger Mammareduktionsplastik)



Abb. 2: Präoperative Anzeichnung FCI-Lappenplastik



Abb. 3: DIEP-Lappenplastik gehoben mit Gefäßstiel

gestielter Lappenplastik und Silikongelimplantat mit oder ohne Meshes oder einen freien Gewebetransfer

korrigiert werden. In Deutschland ist nach eigenen Schätzungen mit einem Bedarf an Brustrekonstruktion

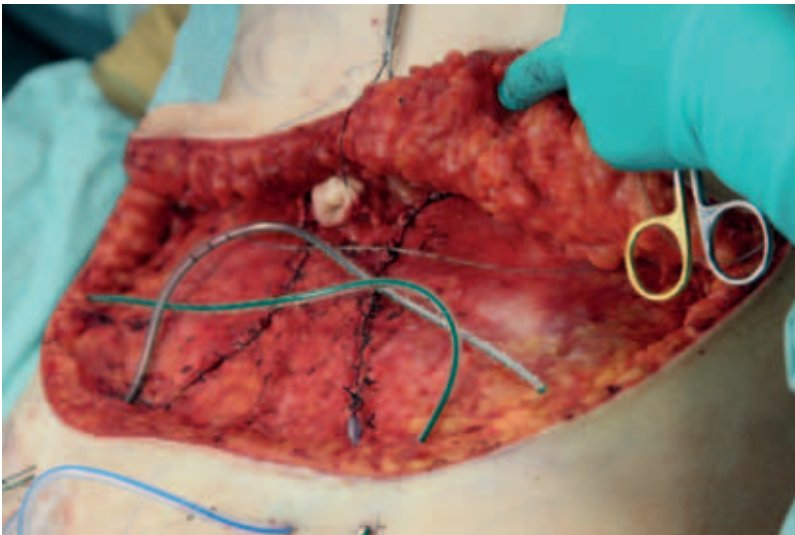


Abb. 4: Faszienverschluss; Einlage der Redondrainagen und des perkutanen Schmerzkatheters erfolgt



Abb. 5: OP-Ergebnis nach beidseitiger haut- und mamillenerhaltender Mastektomie, Mammareduktionsplastik und DIEP-Transplantation; perkutaner Schmerzkatheter einliegend



Abb. 6: Postoperatives Ergebnis nach 10 Wochen

nen von ca. 20.000/Jahr zu rechnen. Heterologe Brustrekonstruktionen mit Implantaten/Meshes können bei

onkologisch sicher durchgeführter hauterhaltender Mastektomie und damit relativ dünnem Hautmantel zu

unbefriedigenden ästhetischen Ergebnissen und Komplikationen in 25 – 35 % aller Behandlungen führen. Durch eine Bestrahlung können diese noch verstärkt werden und führen in aller Regel zu einer hohen Reoperationsrate, bedingt durch Kapselfibrosen nach Baker-Grad 3 – 4.

Heterologe Rekonstruktionen sind jedoch eine gute Möglichkeit, um histopathologische Ergebnisse der resezierten Strukturen abzuwarten und der Patientin ausreichend Zeit zu geben, weitere Behandlungsschritte selbstbestimmt mit zu entscheiden. Autologes Gewebe ist dem Silikonimplantat zur Brustrekonstruktion überlegen, da hierdurch lediglich 1 – 2 operative Eingriffe notwendig sind, kein Fremdkörpergefühl entsteht und das Wärmeempfinden gleichbleibt. Da das Gewebe ausschließlich aus transplantiertem Fett und aus transplantierte Haut besteht, kann es sich körperlichen Gewichtsschwankungen proportional angleichen, da das transplantierte Gewebe dem Glukose- und Fettstoffwechsel der Patientin bereits direkt nach erfolgreichem mikrochirurgischem Anschluss unterliegt.

Zu den Mammarekonstruktionen mit autologem mikrochirurgischem Gewebetransfer eignet sich besonders der tiefe inferiore epigastrische Perforatorlappen (DIEP; Abb. 1) bzw. bei schlanken Patientinnen [3], nach abdominalen Voroperationen (zum Beispiel bei Narbenhernien) bzw. nach missglückten DIEP-Rekonstruktionen oder gestielten Rekonstruktionen (TRAM-Flap) – der fasziokutane infragluteale Gewebetransfer (FCI; Abb. 2).

Auch beidseitige Brustrekonstruktionen sind durch einen einzeitigen Gewebetransfer vom Unterbauch mittels DIEP-Flap bei habitueller Eignung möglich.

Wesentlich ist die S3-Leitliniengerechte Aufklärung der Patientinnen im Erkrankungsfall.

Ca. 6 – 12 Monate nach der Eigengewebsrekonstruktion werden in einem geplanten zweiten operativen Schritt der fehlende Mamillen-Areola-Komplex wiederhergestellt oder

angleichende Korrekturen zur Wiederherstellung der Symmetrie durchgeführt.

Patienten und Methoden

Der Standard der Brustrekonstruktion mittels autologen Gewebes ist der freie mikrochirurgische Gewebetransfer vom Unterbauch, die DIEP-Lappenplastik. Hier wird ein spindelförmiges lipokutanes Transplantat mit Perforatorgefäßen der Arteria epigastrica inferior gehoben (Abb. 3) und zur Brust geformt. Das Gefäßkaliber beträgt ca. \varnothing 2 – 4 mm, und der Gefäßstiel hat eine durchschnittliche Länge von 12 cm. Der Hebedefekt wird als Abdominoplastik mit Neueinpassung des Bauchnabels verschlossen (Abb. 4, 5). Dabei entsteht ein wie häufig gewünscht flacher Bauch mit diskreter Narbe, die durch normale Unterwäsche verdeckt werden kann (Abb. 6).

Bei schlanken Patientinnen, nach Abdominaleingriffen oder wenn die Patientin keine querverlaufende suprapubische Narbe wünscht, kann das zu transplantierende Gewebe aus einer anderen Spenderregion gewählt werden. Bei der FCI-Lappenplastik entstammt das lipokutane Gewebe aus dem unteren Drittel der Gesäßhälfte und dem oberen Oberschenkelfett. Dieses wird von Gefäßästen der Arteria glutea inferior versorgt (Abb. 7,8). Die sensible Innervation erfolgt durch gluteale Äste des Nervus cutaneus femoris posterior. Die Narbe liegt in der Infraglutealfalte (Abb. 9). Der FCI-Lappen wird in Bauchlage gehoben, was eine intraoperative Umlagerung notwendig macht. Das zur Verfügung stehende Spendervolumen ist auch für Rekonstruktionen größerer Brüste bestens geeignet (Abb. 10). Dem Mikrochirurgen stehen zur Brustrekonstruktion vielfältige Anschlussmöglichkeiten im Thorax- und Axillabereich zur Verfügung. Die Anastomosierung kann axillär sowohl über die Vasa thoracodorsalia oder die Vasa thoracica lateralia erfolgen. Der thorakale Anschluss erfolgt in der Regel über die Vasa thoracica interna oder über ihre Perforatoren. Die in unserer Klinik

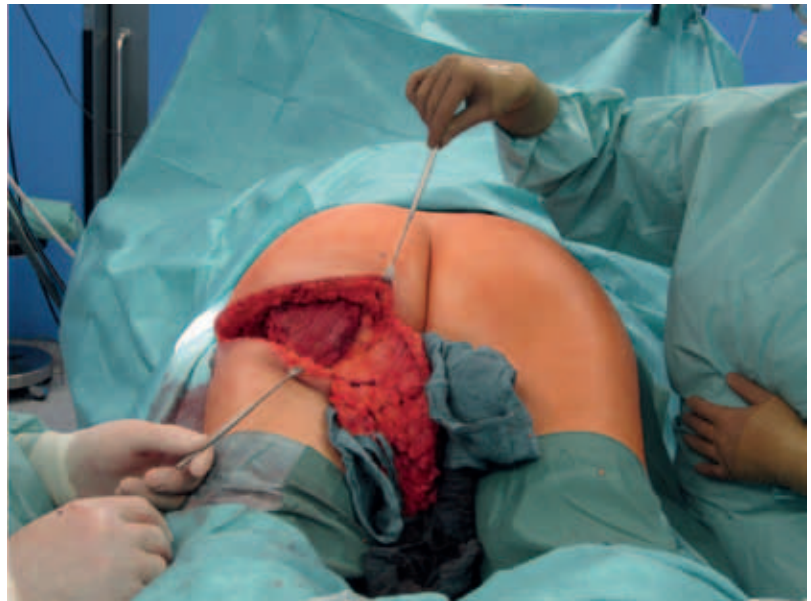


Abb. 7: OP-Situs während FCI-Präparation

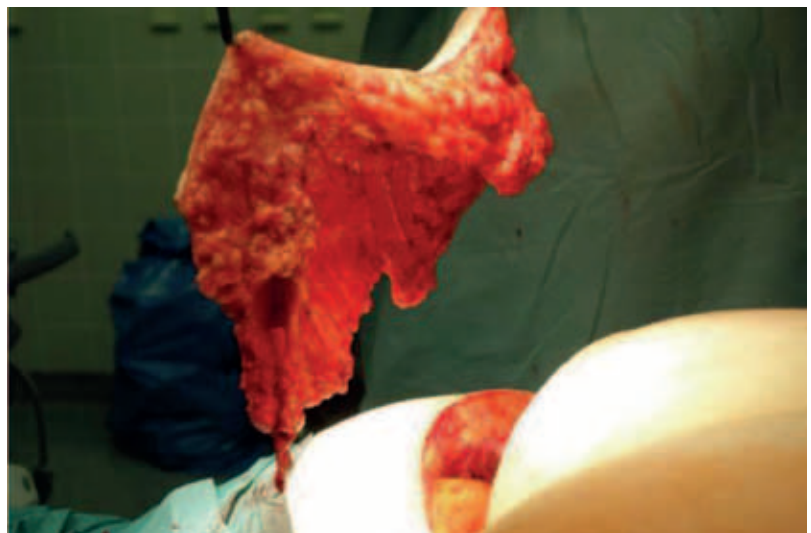


Abb. 8: FCI-Lappenplastik gehoben mit Gefäßstiel

bewährten Anschlussgefäße sind die A. und V. thoracodorsalis bzw. thoracica lateralis (schematische Darstellung auf dem Titelblatt).

Bereits während der Beratung zur operativen Behandlung werden die zur mikrochirurgischen Rekonstruktion benötigten Blutgefäße mittels Farbduplexsonografie dargestellt. Intraoperativ werden die Gefäße mittels hochfrequenter Ultraschallsonden dargestellt, sodass wir auf eine präoperative Gefäßdarstellung mittels Angio-CT oder MRT verzichten können.

Intraoperativ wird eine single-shot-Antibiose mit Cephalosporinen der zweiten Generation appliziert.

Durch die hohe Standardisierung und unter Zuhilfenahme der Duplexsonografie können Erfolgsraten von 95 – 98 % erzielt werden.

Im Zeitraum von Februar 2012 bis Mai 2015 wurden durch uns 283 Patientinnen mit freien Lappenplastiken brustrekonstruiert. Dabei wurden 176 einseitige DIEP-Lappenplastiken, 24 beidseitige DIEP-Lappenplastiken und 59 FCI-Lappenplastiken durchgeführt.

Alle Patientinnen wurden postoperativ für 24 Stunden auf der Intermediate-Care-Station überwacht und nach einer Standard Operating Procedure (SOP) für DIEP- oder FCI-Lappenplastiken nachbehandelt. Die



Abb. 9: Kaum sichtbare Narbe der FCI-Entnahmestelle



Abb. 10: Mittels FCI-Lappenplastik rekonstruierte rechte Brust mit noch einliegender lateraler Monitorinsel

SOPs umfassen Thromboseprophylaxe, Schmerztherapie mit perkutanem Schmerzkatheter, Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag und Krankengymnastik. Eine postoperative Infektionsprophylaxe wurde nur bei entzündlichen Vorbefunden durchgeführt. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer wurde für alle Patientinnen ausgewertet.

Ergebnisse

99 % DIEP- und FCI-Lappenplastiken wurden an die A. und V. thoracodorsalis angeschlossen. Bei 3 DIEP- und 1 FCI-Lappenplastik kam es zum

totalen Lappenverlust. Partielle Nekrosen, Infektionen oder postoperative Hämatome, bei denen eine chirurgische Intervention notwendig wurde, traten bei 5 DIEP- und 2 FCI-Lappenplastiken auf.

Bei den FCI-Lappenplastiken berichteten Patientinnen gelegentlich über temporäre Sensibilitätsstörungen am dorsalen Oberschenkel, welche bei vier Patientinnen trotz geringer Besserung weiterhin bestehen. Bei den DIEP-Lappenplastiken wurden keine dauerhaften Sensibilitätsstörungen an der Entnahmestelle beschrieben. Es traten jedoch gelegentlich Miss-

empfindungen am gleichseitigen Oberarm auf. Die volle Mobilität wird bei beiden Rekonstruktionsverfahren nach ca. drei Wochen erreicht. Die stationäre Aufenthaltsdauer lag im Mittel bei 7,6 Tagen (\pm 2,8 Tage).

Diskussion

Durch verschiedene Rekonstruktionsverfahren kann das weibliche Körperbild nach Mastektomie oder Ablatio mammae wiederhergestellt werden. Durch mikrochirurgischen Gewebetransfer kann autologes Gewebe zur Rekonstruktion verwendet werden, welches durch eine gute Formbarkeit, ein natürliches Organgefühl und Wärmeempfinden dem der gesunden Brust entspricht. Gewichtsschwankungen können durch autologes Gewebe sehr gut ausgeglichen werden. Durch lipokutane Transplantate entstehen keine funktionellen Defizite, was kürzere Intervalle zum Erreichen der vollständigen Mobilisierung und damit auch geringere Hospitalisationszeiten ermöglicht.

Die Entscheidung zur jeweilig besten Operationsmethode ist sehr individuell zu wählen und gilt nicht allgemein. Sie wird durch das Alter, die Konstitution und die Gewohnheiten der Patientinnen mitbestimmt. Daher ist es von hoher Relevanz, dass die Patientinnen vollumfänglich über alle Rekonstruktionsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Es sollte ermöglicht werden, eine Zweitmeinung einzuholen, so wie es die S3-Leitlinie des Mammakarzinoms vorsieht [2]. Deshalb bieten wir in unserer Klinik den direkten Patientenkontakt zu stationären Patientinnen an oder stellen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

Interessenkonflikt: Nein.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Stefan Passin, Dr. med. Susanne Morgenstern, Dr. med. Alexander Florek,
Dr. med. Mario Marx
Eblandklinikum Radebeul,
Klinik für Plastische, Rekonstruktive und
Brustchirurgie, Brustzentrum,
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul

Lipidologie aktuell 2015

Symposium anlässlich des 70. Geburtstages von Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius am 17. Januar 2015 in der Sächsischen Landesärztekammer Dresden

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld, GWT TU Dresden, wurden aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen besprochen. In der Einführung wies Prof. Dr. Schulze auf die Kontinuität der Dresdner Stoffwechselschule hin, die unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Hans Haller begann und über Prof. Dr. Hanefeld, Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt, Prof. Dr. Schulze, Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius bis heute unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. Stefan Bornstein kontinuierlich fortgesetzt wird. Die Schwerpunkte der Arbeit dieser Stoffwechselschule sind das Metabolisch-Vaskuläre Syndrom, der Diabetes mellitus Typ 2 und die Fettstoffwechselstörungen.

Prof. Dr. Hanefeld hob die Bedeutung des postprandialen Status hervor, der erstmals in der Diabetesinterventionsstudie in Form der Messung des postprandialen Blutzuckers untersucht und als ein signifikanter Risikofaktor für das Auftreten eines Herzinfarktes nachgewiesen werden konnte.

In der anschließenden Laudatio wies Prof. Dr. Bornstein auf die Verdienste von Prof. Dr. Julius bei der Untersuchung der Lipoproteinkinetik mittels Isotopenmarkierungen hin. Die weiterführende Forschung nach Neugründung der Medizinischen Fakultät/Universitätsklinikum gelang unter Federführung von Prof. Dr. Julius mit der Einwerbung von BMBF-Projekten bzw. eines DFG-Projektes relativ rasch. Hier konnten große Forschungsprojekte zum Metabolisch-Vaskulären Syndrom, besonders Familienuntersuchungen, durchge-

führt werden. Ein besonderer Verdienst des Jubilars ist der Aufbau eines der größten Lipoprotein-Apferese-Zentren in Deutschland, in dem neben der umfassenden Betreuung der Patienten auch viele wissenschaftliche Untersuchungen realisiert werden konnten. Neben vielen Publikationen und Vorträgen hat Prof. Dr. Julius 21 Promovenden betreut.

Prof. Windler aus Hamburg sprach anschließend über die aktuellen Zielwerte in der Lipidologie und stellte besonders die LDL-Cholesterol-Zielwerte in den Mittelpunkt, die in Abhängigkeit vom Risikostatus eines Patienten bei <4,0 mmol/l (Normalpersonen), <3,5 mmol/l (Patienten mit bestehenden Risikofaktoren), <2,6 mmol/l oder besser <1,8 mmol/l (Patienten mit durchgemachten kardiovaskulären Ereignissen oder Hochrisikokonstellation, auch Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 oder Diabetes mellitus Typ 1 mit Endorganschäden) liegen. Er wies auch auf die Bedeutung von Non-HDL-Cholesterol, besonders bei Patienten mit erhöhten Triglyzeriden, hin. Er stellte die Cholesterolsenkung als grundsätzliches Therapieprinzip in der Lipidologie heraus. Bei jedem Patienten mit bestehenden Risikofaktoren konnte eine signifikante Senkung des Risikos durch die LDL-Cholesterol-Senkung nachgewiesen werden. Hat ein Patient ein niedriges LDL-Cholesterol, hat er auch ein niedriges Risiko, das gilt sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention. Das LDL-Cholesterol muss in Zukunft ausgeprägter gesenkt werden, um das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten weiter zu reduzieren, hier wurde auf die Bedeutung der IMPROVE IT-Studie hingewiesen. In dieser Studie konnte erstmals gezeigt werden, dass auch Ezetimibe, ein Medikament, das die Resorption von Cholesterol im Darm vermindert, sowohl das LDL-Cholesterol (1,8 mmol/l unter Simvastatin versus 1,4 mmol/l unter Simvastatin plus Ezetimibe) als auch das kardiovaskuläre Risiko signifikant reduziert. Entscheidend ist, dass die Cholesterolsenkung früh einsetzt, um das Risiko zu minimieren. Da die Risikofaktoren nicht das gesamte Risiko

eines Patienten widerspiegeln, ist die Berechnung des Risikos mittels Risikokalkulatoren heute nicht mehr ausreichend.

Generell gilt:

Primärprävention:

The earlier, the better

Sekundärprävention:

The lower, the better

Eine bestehende Arteriosklerose ist bisher nicht reversibel, aber eine gewisse Rückbildung ist möglich. Unter einem niedrigen LDL-Cholesterol treten nicht vermehrt Karzinome auf. Es kommt auch nicht zu einem Anstieg der Depressionen, eher ist eine Tendenz zu einer leichten Abnahme zu verzeichnen.

Prof. Dr. Windler bekannte sich eindeutig zur Verwendung der angeführten und in Europa akzeptierten Grenzwerte für LDL-Cholesterol in der täglichen Praxis und bewertete damit die Empfehlungen der amerikanischen Kardiologen, die keine Zielwerte mehr einsetzen möchten, als problematisch. Immerhin haben die Amerikaner aber die Effektivität einer wirksamen Statintherapie auf die kardiovaskuläre Morbidität eindeutig anerkannt.

Prof. Klör aus Gießen stellte erhöhte Triglyzeridwerte als einen wichtigen und unabhängigen Risikofaktor in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Pro 1 mmol/l Triglyzeridanstieg kommt es bei Männern zu einer Risikozunahme um 14 % und bei Frauen um 37 %. Die Arteriosklerose in den hochentwickelten Industriestaaten ist eine postprandiale Erkrankung, da sich die Menschen in diesen Ländern den größten Teil des Tages im postprandialen Status befinden. Triglyzeridreiche Lipoproteine sind Chylomikronen, VLDL, VLDL-Remnants und IDL. Die Lipoproteine Chylomikronen und VLDL beeinflussen sich beim Abbau gegenseitig ungünstig. Von hohen Triglyzeridwerten spricht man, wenn sie im Bereich zwischen 2,3 und 5,7 mmol/l liegen, von sehr hohen Triglyzeriden bei Werten >5,71 mmol/l. Eine dänische Arbeitsgruppe (Nordestgard et

al.) haben die Bedeutung nicht nüchternen Triglyzeride für das Risiko von Herzinfarkt und Tod gezeigt.

Je höher die Triglyzeride liegen, umso höher ist das Risiko für eine Pankreatitis. Bei hohen Triglyzeriden kommt es durch die hohe Viskosität zu einem gestörten Blutfluss in den Kapillaren.

Mit steigenden Triglyzeriden steigt die Cholesterollast an, je länger ein triglyzeridreiches Partikel zirkuliert, desto mehr nimmt es Cholesterollast auf (CETP-Mechanismus). Deshalb sind manche Partikel sehr cholesterollastig, besonders wenn ein Diabetes besteht. Es werden dann bei dem Patienten neben hohen Triglyzeridwerten auch hohe Cholesterollastwerte gemessen, der Patient hat aber kein LDL-Cholesterollast-Problem.

In der Therapie der Hypertriglyzeridämie spielen nach wie vor die Fibrate und die Fischöle nach Ernährungsumstellung, einer Gewichtsabnahme und der Erhöhung der körperlichen Aktivität eine wichtige Rolle. Weiterhin ist die Reduktion der Alkoholaufnahme, noch besser der völlige Verzicht auf Alkohol, wichtig, da Alkohol die VLDL-Synthese erhöht und die Lipoproteinlipaseaktivität hemmt. Das Enzym ist für den Abbau der Chylomikronen und der VLDL entscheidend wichtig. Ezetimibe vermindert die Cholesterollastresorption aus dem Darm und kann deshalb auch bei einem bestehenden Chylomikronämiesyndrom sinnvoll sein.

Patienten mit einer Hypertriglyzeridämie bzw. einem Chylomikronämiesyndrom müssen Einsicht in ihre Probleme haben und ständig motiviert werden, um die Triglyzeridwerte in einen akzeptablen Bereich einstellen zu können.

Prof. Dr. Julius stellte in seinem Vortrag zum Thema Statine und Diabetes fest, dass die potenteren Statine

(Atorvastatin, Simvastatin, Rosuvastatin) und speziell hohe Dosen dieser Statine diabetogen sein können. Die Ursache ist unklar. Pravastatin und Fluvastatin sind schwächer lipidsenkend wirksam, sie induzieren aber keinen Diabetes. Patienten mit einem Prädiabetes und anderen Komponenten des Metabolisch-Vaskulären Syndroms neigen unter Statinen eher dazu, einen manifesten Diabetes zu entwickeln als Patienten mit einer normalen Glucosetoleranz. Frauen sind hinsichtlich der diabetogenen Wirkung der Statine häufiger betroffen als Männer. Eine Gewichtszunahme ist ein weiterer wichtiger Faktor für die Ausbildung eines Diabetes unter Statinen. Trotzdem besteht kein Zweifel an dem Nutzen einer Statintherapie bei Nicht-Diabetikern und Diabetikern in bezug auf die Reduktion des kardiovaskulären Risikos.

Weiterhin stellte Prof. Dr. Julius die neue lipidsenkende Medikamentengruppe der PCSK9-Hemmer vor. Die Medikamente müssen zwar gespritzt werden, sind aber gut verträglich und senken das LDL-Cholesterollast um 60 % und Lipoprotein(a) (Lp(a)) um 30 %.

In ihren Vorträgen zeigten Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sabine Fischer und Dr. med. Ulrike Schatz anhand von Kasuistiken die besondere Bedeutung stark erhöhter Lp(a)-Werte für das kardiovaskuläre Risiko. Das Lp(a)-Molekül ist den LDL-Partikeln und gleichzeitig dem Plasminogen sehr ähnlich, sodass es neben arterioskleroseinduzierenden Eigenschaften auch die Blutgerinnung verstärkt und damit auf zwei Wegen zu Stenosen und Gefäßverschlüssen führt. Der Lp(a)-Spiegel ist in hohem Maß genetisch geprägt. Lp(a) kann weder durch Ernährungsumstellung oder Gewichtsabnahme noch durch Sport

beeinflusst werden. Zurzeit gibt es in Deutschland kein Medikament, das einen erhöhten Lp(a)-Spiegel absenkt, auch Statine beeinflussen den Lp(a)-Spiegel nicht. Bei Patienten, die bisher noch kein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben, ist die optimale Einstellung aller anderen Risikofaktoren und die Untersuchung des Herzens (Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit mittels Echokardiographie und Ergometrie) und der hirnersorgenden Gefäße wichtig und in regelmäßigen Abständen zu wiederholen. Wir fanden in eigenen Untersuchungen einen besonderen Zusammenhang zwischen erhöhtem Lipoprotein(a) und arteriosklerotischen Veränderungen an den arteriellen Beirgefäßen. Diese Patienten sollen auf einen LDL-Cholesterollastwert <2,6 mmol/l eingestellt werden. Dazu ist in den meisten Fällen eine Statintherapie notwendig. Bei Patienten mit einem Lp(a)-Spiegel >120 nmol/l und rezidivierenden manifesten kardiovaskulären Ereignissen besteht zurzeit die einzige Therapieoption darin, eine Lipoproteinapherese-Therapie durchzuführen. Die Behandlung ist allerdings sehr teuer und bedarf deshalb einer Einzelfallentscheidung durch die zuständige Apheresekommission der Kasenärztlichen Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes, in dem der Patient lebt. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die Durchführung der Lipoproteinapherese das kardiovaskuläre Risiko bei den Patienten mit hohen Lp(a)-Werten signifikant senkt.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Überliefertes, Erlebtes und Erkenntnisse

Christian Schwokowski.
Leipziger Universitätsverlag
GmbH 2015. 364 Seiten,
120 Abb. Hardcover.
ISBN 978-3-86583-943-5.
Preis 33,- Euro



© Schwokowski

Die schneidende Zunft hatte es auch an der sechstältesten deutschen Universität lange Zeit sehr schwer. Den steinigen Weg von den Anfängen im Mittelalter, wo sich gewissermaßen kirchliches Dogma und handwerkliche Chirurgie gegenüberstanden, bis zum beginnenden 19. Jahrhundert schildert Prof. Dr. med. habil. Christian Schwokowski, emeritierter Professor der Chirurgie (siehe „Ärztblatt Sachsen“, Heft 3/2006, S. 127), in einem ersten großen Abschnitt. Zuvor hatte er im Vorwort seine Phi-

losophie der Chirurgie dargestellt, für welche die uralte Regel „Salus aegroti suprema lex“ – „Primum nil nocere“ steht. Nach den Grundlagen der Entwicklung der Chirurgie in Leipzig kommt dann die Zeit, in der ihr helles Licht zu leuchten beginnt. Das Jahr 1812 bildet die Zäsur, als sich die bislang in einem Lehrstuhl vereinten Fächer Anatomie und Chirurgie trennten. Das Problem war, dass bei allem Wohlwollen und Lokalpatriotismus Leipzig nicht Vorreiter in der chirurgischen Ausbildung war, wie das dann im 19. und 20. Jahrhundert der Fall werden sollte. Die theoretische Ausbildung dominierte, und die praktischen Unterweisungen hinkten in so Manchem dem hinterher, was an auswärtigen Chirurgenschulen gelehrt wurde. Das änderte sich mit den Reformen von 1811/12 und fand seinen Ausdruck nicht zuletzt in der Berufung überdurchschnittlich qualifizierter Professoren. Zum ersten Mal wird auch die Geschichte des Chirurgisch-Poliklinischen Instituts der Universität Leipzig dargestellt. Mit Einführung von Antisepsis und Asepsis, mit Antibiose und Blutersatz sowie Röntgen beginnt auch in Leipzig der Weg in das heroische Zeitalter der Chirurgie. „Die Chirurgie in Deutschland lebte bis zum Ende des 16. Jahrhunderts im Wesentlichen von dem Erbe des Altertums, im 17. und 18. Jahrhundert von dem, was in Frankreich, England und Holland geschaffen wurde... Wir lebten vom Import. Jetzt backen wir unser eigenes Brot...“ (Friedrich Trendelenburg 1900). Prof. Dr. Schwokowski lässt den Leser teilhaben an dieser Entwicklung, begleitet von Original-Zitaten, Faksimiles und bisher nicht gekannten Fotos, hat er doch selbst Symposien zu Ehren großer Leipziger Chirurgen veranstaltet und darüber publiziert. Mit Beginn der „chirurgischen Neuzeit“ erstellt Prof. Dr. Schwokowski Schemata der Leipziger Chirurgenschulen (Günther, Thiersch, Trendelenburg, Payr, Uebermuth), gleichsam beschwörend, dass derar-

tige Schulen auch heute noch von Bedeutung sind. Die Klinik in der Liebigstraße steht im Mittelpunkt der Ausführungen, nur bei allfälligen personellen und historischen Überschneidungen werden andere chirurgische Abteilungen der Stadt erwähnt (zum „St. Georg“ liegt seit 2011 eine gesonderte Monographie aus dem gleichen Verlag vor). War über Jahrhunderte die Chirurgie fast ausnahmslos Männerdomäne, so endete diese in Leipzig 2014 mit der Berufung der ersten Ordinaria für Chirurgie, Prof. Dr. med. habil. Ines Gockel. Der Autor beschreibt das alles mit viel Emphase, hat er doch das Geschehen von 1968 bis 2006 an Ort und Stelle nicht nur miterlebt, sondern als Professor und interimistischer Klinikleiter auch lehrend und forschend mitgestaltet. Für eine erfolgreiche Hochschulkarriere nennt er vier Grundvoraussetzungen: Fleiß, Anpassungsfähigkeit, Einsatzbereitschaft und Ehrgeiz. Wie ein roter Faden ziehen sich Stolz, Dankbarkeit und Demut, an solch traditionsreicher Stätte gearbeitet zu haben, durch das Werk, das auch ein Hohelied auf das heute von Juristerei, Ökonomie, Technik und Medien bedrohte wahre Arztum ist. Das Buch erfordert in Anbetracht seiner Gründlichkeit und Ausführlichkeit, angesichts der Fülle des Materials – 637 Literaturstellen sprechen für sich – und der Details den konzentrierten Leser. Leider fehlt ein Personenregister. Prof. Dr. Christian Schwokowskis Opus magnum spricht uns alle an. Für diejenigen jedoch, die als Studenten oder Assistenten, vielleicht sogar als Patienten eine direkte Beziehung zu Leipziger Chirurgie besitzen oder besessen haben, die noch die beengten Verhältnisse im Altbau und in seiner Ambulanz erlebt haben und denen zahlreiche der erwähnten Protagonisten noch persönlich begegnet sind, ist es ein ganz besonderes Buch der Erinnerung.

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden

Musik zu Hause in Leipzig

Erste Notenspur-Nacht der Hausmusik

Musik wohnt unter uns und verbindet uns, indem wir sie miteinander teilen – diese Leitidee des Notenspur-Projektes wird bei der ersten „Notenspur-Nacht der Hausmusik“ am 21. November 2015 durch viele Mitwirkende mit Leben erfüllt.

Die Musikliebe der Leipziger ist sprichwörtlich, denn in ihren Familien und Häusern wird seit Jahrhunderten musiziert – bei Familie Schumann, Bach und Mendelssohn wie auch bei Schmidts, Müllers oder Richters. Die „Notenspur-Nacht der Hausmusik“ soll diese lange Tradition fortsetzen, hörbar und erfahrbar machen. An diesem Abend öffnen sich private Räume, um Musik über den eigenen Freundeskreis hinaus gemeinsam zu praktizieren und zu erleben. Die Mischung verschiedener Generationen sowie der typische verbindende Charakter der Hausmusik und die private gesellige Atmosphäre machen die „Notenspur-Nacht der Hausmusik“ zu einem besonderen Erlebnis. Gleichzeitig sind die Hausmusikkonzerte Teil einer bisher noch nicht erreichten Dimension bürger-schaftlicher Musizierpraxis in privaten Räumen der Stadt.

Nachdem sich inzwischen zahlreiche Gastgeber und Musiker registriert

Süddeutscher Ärztchor und Süddeutsches Ärztchester

Nach mehreren erfolgreichen Tourneen durch Oberitalien wird in diesem Jahr Paris das Ziel der beiden Süddeutschen Ärzte-Ensembles sein. Und wieder ist es ein bedeutendes Werk der Musikliteratur, das dort unter der bewährten Leitung von Marius Popp abschließend geprobt und dann zur Aufführung kommen



Titelbild: „Hausmusik“ von Reiner Cornelius (*1926)

haben, werden im Sommer die Profile der einzelnen Veranstaltungen erstellt. Ab Oktober haben dann die Besucher die Möglichkeit, sich unter den verschiedensten Veranstaltungen ihren Favoriten zu wählen und sich als Gast anzumelden. Dabei werden neben klassischer Musik auch Hausmusikabende mit Pop-, Folk- oder sphärischen Klängen zu Auswahl stehen.

Alle musikbegeisterten Leipziger sind aufgerufen, an diesem besonderen Abend mitzuwirken. Ob als Musiker,

Gastgeber oder Besucher – Leipzig soll am 21. November 2015 durch seine Bürger zur klingenden Stadt werden!

Dr. Elke Leinhoß
(Nähere Informationen und Anmeldungen unter www.notenspur-leipzig.de/hausmusik.
Fragen und Anregungen bitte unter hausmusik@notenspur-leipzig.de.)

Die Notenspur-Nacht der Hausmusik ist Bestandteil des Programms 1.000 Jahre Leipzig und wird unterstützt durch den Verein Leipzig 2015, die Sparkasse Leipzig und private Spenden.)

wird: „Ein Deutsches Requiem“ von Johannes Brahms. Gewiss werden die musizierenden Ärzte und die Solisten Christiane Wolff und Dr. Hans-H. Wangemann mit diesem hochromantischen, hoch emotionalen Werk erneut ihr Publikum nicht nur begeistern, sondern auch tief bewegen können.

Unter den drei geplanten Konzerten ragt das in der Église Saint Marie Madeleine heraus, denn dieses unter Napoléon vollendete riesenhafte Gotteshaus, das im Stil eines griechischen Tempels mit über 50 korinthischen Säulen den Place de la Madeleine überragt, gehört zu den bedeutendsten Sehenswürdigkeiten von Paris.

Versierte KollegInnen, die ihren Part im Chor oder im Orchester sicher zuhause vorbereiten können, sind herzlich eingeladen, an dieser Chor-Orchester-Reise vom 29.9. bis 4.10. 2015 teilzunehmen. Die Anmeldeunterlagen können angefordert werden unter mail@mariuspopp.com.

Dr. med. Ulrich Enzel
2. Vorsitzender Süddeutscher Ärztchor

Zum 100. Todestag des deutschen Nobelpreisträgers Paul Ehrlich



Paul Ehrlich

Quelle: Wellcome Images

Am 20. August 2015 jährt sich zum 100. Mal der Todestag von Paul Ehrlich, einem der originellsten und vielseitigsten naturwissenschaftlichen Forscher seiner Zeit. Zu Sachsen hat er insofern eine besondere Beziehung als seine Promotion am Pathologischen Institut der Universität Leipzig erfolgte.

Paul Ehrlich wurde am 14. März 1854 in der Kleinstadt Strehlen in Niederschlesien als Sohn eines Fabrikanten geboren. Nach dem Besuch des berühmten Maria-Magdalenen-Gymnasiums in Breslau studierte er Medizin, allerdings in sehr bewegter Form. Nach seinen eigenen Angaben verbrachte er das 1. Semester in Breslau, das 2. bis 4. einschließlich des Physikums in Straßburg, das

5. bis 7. wiederum in Breslau, das 8. in Freiburg und die folgenden sowie das Staatsexamen in Breslau. Hier begann er bei Julius Cohnheim die Doktorarbeit. Nach dessen Berufung nach Leipzig begleitete er ihn dorthin. 1878 wurde er am Pathologischen Institut der Universität Leipzig promoviert. Das Original der Arbeit ist offenbar im Zweiten Weltkrieg abhanden gekommen, ebenso wie die meisten Unterlagen über ihn aus dem Archiv der Universität. In der Universitätsbibliothek existiert eine Abschrift der am 17. Juni 1878 eingereichten Promotionsarbeit. Der Titel lautet: „Beiträge zur Theorie und Praxis der histologischen Färbung“. Es sind zwei Hauptabschnitte vorhanden. I. Teil: Die chemische Auffassung der Färbung mit 20 Seiten und II. Teil: Die Anilinfarben in chemischer, technologischer und histologischer Beziehung mit 45 Seiten. Nach der Promotion nahm Ehrlich eine Tätigkeit an der Charité in Berlin auf, wo er bereits vier Jahre später eine a.o. Professur erhielt. Im folgenden Jahr heiratete er eine schlesische Textilfabrikantentochter. Das war insofern von Bedeutung, als er nicht nur eine lange stabile Ehe mit zwei Töchtern führen konnte, sondern es ihm auch eine finanzielle Unabhängigkeit in Krisensituationen sicherte, von denen seine berufliche Laufbahn nicht frei war.

In dieser Zeit erkrankte er an einer Lungentuberkulose, die in Ägypten innerhalb von zwei Jahren auskuriert wurde. Jetzt zeigte sich, dass für das wissenschaftliche Profil von Paul Ehrlich in der deutschen Hochschullandschaft eigentlich keine Position vorgesehen war. Er war zu je einem Drittel Arzt, Chemiker und Biologe. So zog er sich in Berlin in eine Privatpraxis und ein eigenes Labor zurück. Seit seiner Studienzeit in Schlesien war Ehrlich mit Robert Koch bekannt. Er war auch anwesend, als dieser am 24. März 1882 am Kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin seinen berühmten Vortrag über die Tuberkulose hielt. Sogleich machte er einen Vorschlag zur Verbesserung der Anfärbbarkeit der Erreger, den Koch gern unverzüglich akzeptierte. Im weiteren Verlauf übernahm Ehr-

lich im Auftrag von Robert Koch die Tuberkuloseabteilung am Städtischen Krankenhaus in Berlin-Moabit und später das neu gegründete Institut für Infektionskrankheiten. Typisch für die damalige Situation war, dass ihm zwar zufriedenstellende Arbeitsmöglichkeiten mit Räumen, Personal, einer Laboreinrichtung und Patienten zur Verfügung standen, er selbst aber kein Gehalt erhielt.

Sein weiterer beruflicher Weg zeigt folgende Stationen:

- 1896 Direktor am neu gegründeten Institut für Serumforschung und Serumprüfung Berlin; ‚Geheimer Medizinalrat‘
- 1899 Verlegung des Instituts nach Frankfurt/M als Institut für experimentelle Medizin
- 1904 Professur an der Universität Göttingen
- 1906 zusätzlich Direktor des neu errichteten Forschungsinstituts Georg-Speyer-Haus (private Stiftung) in Frankfurt/M
- 1907 ‚Geheimer Obermedizinalrat‘ (sehr selten verliehen)
- 1908 Nobelpreis für Medizin und Physiologie (gemeinsam mit Ilja Metschnikow)
- 1914 Ordinarius für Pharmakologie an der Universität Frankfurt/M.
- 1915 Tod am 20. August. Grab auf dem jüdischen Friedhof an der Rat-Beil-Straße in Frankfurt/M.

Überblickt man das **wissenschaftliche Werk** von Paul Ehrlich, so zeichnen sich mehrere große Gebiete ab. Die ersten umfangreichen Arbeiten erstreckten sich auf **histologische Färbungen**. Sie wurden überwiegend an Blutzellen durchgeführt. Dabei entdeckte Ehrlich einen neuen Zelltyp, die Mastzellen. In folgenden Untersuchungen wurde eine differenzierte Darstellung der weißen und später auch der roten Blutzellen vorgenommen. Die Resultate stellten die Basis für die Systematik sowohl der Leukämien wie Anämien dar. 1891 erschien eine zusammenfassende Darstellung der Färbemethoden auf dem Gebiet der Hämatologie.

In der Folgezeit wandte sich Ehrlich Untersuchungen zur **Immunität** zu.

Er führte umfangreiche Versuche mit Giftstoffen an Mäusen durch und erkannte die Bedingungen für das immunitätsbedingte Überleben. Auf Empfehlung von Robert Koch kam es zu einer Zusammenarbeit mit Emil von Behring, der sich um die Entwicklung von Immunsera gegen Diphtherie und Tetanus bemühte. Die Arbeiten verliefen erfolgreich, und die Produktion der Immunsera wurde von den Farbwerken Hoechst übernommen. Seit dem 1. April 1895 durfte in Deutschland nur noch staatlich geprüftes Serum verkauft werden. Die Kontrolle erfolgte am inzwischen in Frankfurt/M angesiedelten von Ehrlich geleiteten „Königlich Preußischen Institut für Experimentelle Therapie“. Allerdings war es zwischen Ehrlich und von Behring zum Zerwürfnis gekommen.

Die immunologischen Untersuchungen führten Paul Ehrlich zur Formulierung seiner sogenannten **Seitenkettentheorie**. Er ging davon aus, dass die Beziehungen zwischen einem Gift und den Abwehrbestandteilen des Serums eine chemische Reaktion darstellten. Im Protoplasma der Zellen befanden sich nach seiner Auffassung Seitenketten (die heutigen Makromoleküle), an die das Gift bindet. Überlebt der Organismus die Gifteinwirkung, so werden die betroffenen Seitenketten durch neue ersetzt. Überschüssige Seitenketten können auch losgelöst werden und als Antikörper ins Blut gelangen. Später postulierte Ehrlich einen Zwischenkörper zwischen Antigen und Antikörper, das sogenannte Komplement. 1903 erhielt Ehrlich die „Große Goldene Medaille für Wissenschaften“, die höchste wissenschaftliche Auszeichnung in Preußen.

Ein weiteres erfolgreiches Arbeitsgebiet von Ehrlich wurde die **klinische Forschung und Chemotherapie**. Ausgehend von Untersuchungen mit Vitalfarbstoffen wie Methylenblau, Alizarinblau u.a. strebte er die Entwicklung von Präparaten an, die spezifisch gegen bestimmte Erreger bzw. Krankheiten wirkten, etwa wie Chinin und Malaria. Bei der Untersuchung arsenhaltiger Präparate fiel insbesondere die Verbindung Arsenphenamin auf. Sie wirkte gegen

Spirillen (= Spirochäten) und war nebenwirkungsarm. In Zusammenarbeit mit dem japanischen Bakteriologen Sahatshiro Hata wurde das Präparat nach umfangreichen klinischen Prüfungen erfolgreich gegen Syphilis eingesetzt und von den Farbwerken Hoechst 1910 als „Salvarsan“ und später als „Neosalvarsan“ in den Handel gebracht. Es war das erste systematisch entwickelte und spezifisch wirkende Therapeutikum, das jemals hergestellt worden ist.

1908 erhielt Paul Ehrlich gemeinsam mit dem russischen Forscher Ilja Metschnikow den **Nobelpreis für Medizin oder Physiologie** für seine Untersuchungen zur Immunologie und Entwicklung der Chemotherapie.

Der Name Paul Ehrlich ist gegenwärtig in der Öffentlichkeit an zahlreichen Stellen präsent. Wissenschaftliche Einrichtungen und Organisationen wurden nach ihm benannt, so die Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, das Bundesamt für Sera und Impfstoffe und weitere Institutionen. Der von der Paul-Ehrlich-Stiftung vergebene Preis ist der angesehenste deutsche Preis für biochemische Forschung. Auch Schulen und Apotheken tragen seinen Namen. In zahlreichen deutschen Städten gibt es Paul-Ehrlich-Straßen. Einige von ihnen wurden allerdings in der Zeit des Nationalsozialismus wegen seines Judentums umbenannt und erhielten nach Ende des Systems nicht wieder den alten Namen.

1940 wurde in den USA ein Film über Paul Ehrlich gedreht. Seit 1970 gibt es einen nach ihm benannten Mondkrater.

Als einziger Arzt wurde er auf einer deutschen Banknote abgebildet und zwar auf dem orangefarbenen 200 DM-Schein. Die deutsche Post gab zum 100. und 150. Geburtstag von Paul Ehrlich und dem nur einen Tag jüngeren Emil von Behring 1954 und 2004 je eine Sondermarke heraus. Zum 60. Jahrestag der Verleihung des Nobelpreises ehrte ihn die schwedische Post mit einer Marke.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Balthasar Wohlgemuth, Leipzig



Briefmarke der Deutschen Bundespost zum 100. Geburtstag der Nobelpreisträger Paul Ehrlich und des nur einen Tag jüngeren Emil von Behring, verausgibt am 13. März 1954 (Michel-Katalog Nr. 197)



Briefmarke der Deutschen Post zum 150. Geburtstag von Paul Ehrlich und Emil von Behring, verausgibt am 11. März 2004 (Michel-Katalog Nr. 2389)



Briefmarke der schwedischen Post zur Erinnerung an die Nobelpreisträger 1908, verausgibt am 10. Dezember 1968 (Michel-Katalog Nr. 626 A)

Philipp Camerarius

Medizinische Aspekte zu einer von der Inquisition betriebenen Inhaftierung des Philipp Camerarius im Jahr 1565 in Rom

Während besondere Erkrankungen von Ärzten des 16. Jahrhunderts gesammelt und veröffentlicht wurden, gibt es nur wenige Dokumente zum alltäglichen ärztlichen Handeln aus dieser Zeit. Auch die hier vorliegenden autobiografischen Aufzeichnungen entsprechen nicht einer alltäglichen Situation; dennoch geben sie einen Einblick in verschiedene Facetten einer „einfachen“ Erkrankung, die von ärztlicher Seite kaum schriftliche Beachtung gefunden hätte.

Das handschriftliche Manuskript (244 Seiten) von Philipp Camerarius, das zunächst im Besitz der Tochter war, wurde erstmalig 1740 von J. G. Schelhorn in lateinischer Sprache gedruckt. Eine deutsche Übersetzung des Berichts lieferte J. A. Kanne 1822; dieser wurde auch zum Zitie-

ren der entsprechenden Passagen verwendet, wobei die Rechtschreibung heutigen Regeln angepasst wurde.

Kasuistik und relevante Auszüge der autobiografischen Darstellung

Philipp Camerarius, am 16. Mai 1537 in Tübingen geboren, besuchte von April 1549 bis Dezember 1554 die Landesschule Pforta und wechselte dann an die Landesschule Sankt Afra nach Meißen, wo er im August 1556 seine Gymnasialzeit beendete. Er widmete sich zunächst in Leipzig den juristischen Studien, wechselte 1559 nach Tübingen und beendete seine Studien 1562 in Straßburg. Auf seiner Studienreise nach Italien (1563 – 1565) hielt sich Philipp zunächst zwei Jahre in Oberitalien auf. Vor seiner Rückkehr reiste er nach Rom, wo er am 6. Juni 1565 in die Hände der Inquisition geriet und inhaftiert wurde. Mehrere Verhöre sowie die Situation im Gefängnis erzeugten in Philipp, obwohl er keine körperliche Folter erlitt, eine seelische Anspannung, die sich somatisierte:

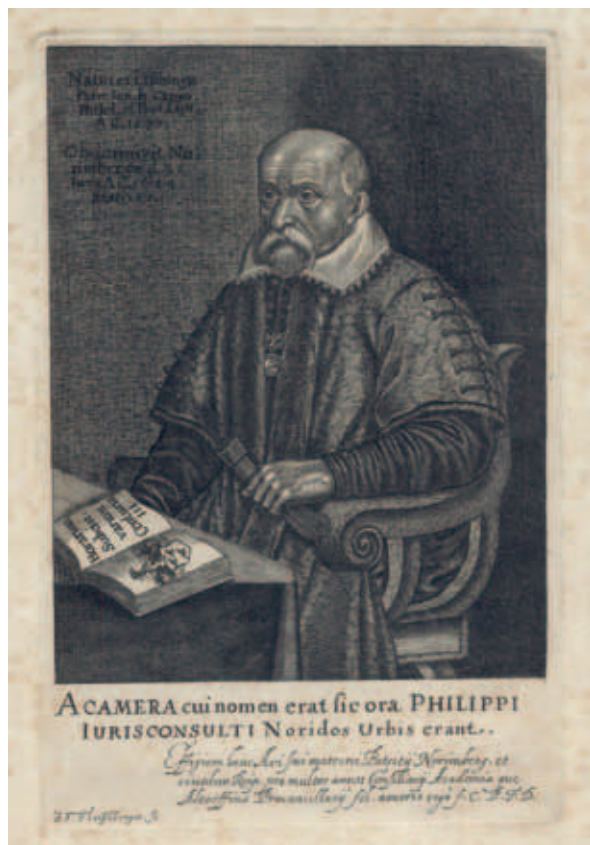
„Wenn ich sehen musste, wie die allerunschuldigsten Menschen in eben diesem Gefängnisse wegen Bekenntnis der Wahrheit gepeinigt wurden; wenn ich Tag und Nacht ihr Seufzen hörte und jeden Augenblick erwarten musste, das solche Martern auch mich treffen würden: dann ward ich von Angst und Schmerzen fast zu Boden gedrückt und erfuhr es jetzt, was die Not und Trübsal bedeute, über welche die Gottesfürchtigen in ihrem Kreuz und Leiden klagen. Einige Male bemächtigte sich meiner eine solche Angst und Not, dass mir fast der Atem ausbleiben wollte und meine verdunkelten Augen bei hellem Mittage das Tageslicht nicht sahen“ (Kanne, S.35).

Am 3. Juli fand ein größeres Verhör mit acht Kardinälen statt, bei dem Philipp standhaft an seinem protestantischen Glauben festhielt. Kurze Zeit danach kam es zum Krankheitsausbruch:

„Nun gesellte sich zu den beständigen Anfechtungen von außen und innen bald noch ein drittes Leiden:

denn nicht lange, so unterlagen auch die Kräfte des Leibes, und ich verfiel in eine ruhrartige Krankheit, die von stetem Fieber begleitet war. Allein gerade in diesem neuen Übel fand ich einen Trost für meine Leiden, indem ich glaubte, Gott habe mir die Krankheit zugeschickt, um mich aus den grausamen Händen meiner Feinde zu reißen und in Friede und Ruhe aus diesem Leben scheiden zu lassen. Ich suchte daher meinen leiblichen Zustand zu verbergen, so gut ich konnte, und stand, wenn man mir das Essen brachte, aus meinem Bette auf und ging in der Kammer umher, als fehle mir nichts. Unsere Kost war schlecht genug, aber als mich der Inquisitions-Koch besuchte, so hütete ich mich wohl, ihn meine Krankheit merken zu lassen. Zudem hatte ich gar keinen Appetit, und es kam mir auch das zu Gute, dass ich des steten Fiebers ungeachtet von keinem Durst geplagt wurde. Endlich aber kam man durch den Geruch meiner faulen Exkremente, die täglich in irdenen Gefäßen herausgetragen wurden, von selbst auf den Gedanken, dass ich krank sein müsste. Man schickte den Inquisitions-Arzt, einen arglistigen, bösen Menschen und abgesagten Feind der Lutheraner. Er fand mich im Bette liegend und griff mir nach dem Pulse; aber ich bewegte meinen Arm so hin und her, dass er aus dem Pulse nichts abnehmen konnte. Das erbitterte ihn; er warf grimmige Blicke auf mich, kehrte mir den Rücken zu und fragte, mich nur von der Seite ansehend: Wer bist du? – Ein Christ, antwortete ich. – Ein Christ? Nein, ein Erzketzer und lutherischer Schelm bist du, sagte er und ging zur Tür hinaus, um nimmer wieder zu kommen. Nachher hörte ich, dass er den Inquisitoren gesagt hätte, ich sei ein überaus loser Ketzer und stelle mich krank, man solle mir also nicht glauben. Eine Lüge, womit mir damals gerade gedient war, da ich ja wirklich nicht krank sein wollte“ (Kanne, S.40f.).

Die angespannte psychische Verfassung sorgte für anhaltende Krankheitssymptome, im Rahmen des Fiebers kam es zu wirren Träumen; die



Philipp Camerarius, Nürnberger Patrizier und Rektor der Universität Altdorf; Kupferstich von J. F. Fleischberger. Das aufgeschlagene Buch zeigt das Familienwappen. © Privat May

gesamte gesundheitliche Verfassung blieb jedoch relativ stabil. Nach der überraschenden Freilassung am 4. August wurden Fieber und Durchfall zunächst stärker, sodass zwei Tage später eine ärztliche Konsultation notwendig wurde:

„Der Arzt des Gesandten, ein fleißiger und frommer Mann, kam am folgenden Tage wirklich. Er untersuchte meinen Zustand, erkundigte sich sorgfältig und liebevoll nach allem, und sprach mir guten Mut ein. Fieber und Ruhr waren auch heute schon nicht mehr so heftig wie im Gefängnisse. Ich musste auf seine Verordnung täglich zweimal einen gewärmten Saft aus den gestoßenen Knochen von Hennen, deren alle Tage zwei gekauft werden mussten, und dabei einen mit Granatapfel-Körnern angesetzten Wein genießen. Diese Mittel stärkten mich ausnehmend, und die Ruhr samt der Hitze ließ allmählich nach“ (Kanne, S.56).

Eine Woche später zog der Inquisitions-Richter in den gleichen Gasthof und kümmerte sich um Philipp, indem er ihm ein weiteres Arzneimittel besorgte:

„Er besuchte mich und versicherte, dass nach dem, was er von den Kardinalen gehört habe, hinsichtlich meiner gar nichts mehr zu besorgen sei. Zugleich bot er mir seine Dienstleistungen an und schickte mir kurz darauf zwei Gefäße mit altem neapolitanischem Rosenzucker, der, wie er sagen ließ, gegen mein Übel sehr heilsam wäre. Aber, noch immer nicht frei von Argwohn, ließ ich den Rosenzucker stehen, bis mein Arzt heute seinen zweiten Besuch bei mir machte. Dieser benahm mir nicht nur allen Argwohn und versicherte, dass der Inquisitions-Richter ein braver Mann sei, der mich sehr liebte und seiner Sorgfalt bestens empfohlen hätte, sondern rühmte mir auch diesen köstlichen, selten nach Rom kommenden Rosenzucker als ein sehr dienliches Heilmittel an“ (Kanne, S.57).

Zunächst kamen noch weitere Personen, die Philipp im Gefängnis besucht hatten, darunter der Inquisitions-Arzt und die Jesuiten; letztere

wurden durch Einschreiten des Papstes von weiteren Besuchen abgehalten, Ersteren entledigte sich Philipp selbst:

„Indem es nun innerlich und äußerlich mit mir wieder besser stand, kam unvermutet jener schlimme Lutheraner-Feind, – der Inquisitions-Arzt, der meine Krankheit für Verstellung ausgegeben hatte, ganz höflich und freundlich zu mir, wünschte mir alles Gute und trug mir seine ärztliche Hilfe an. Aber da er hörte, dass ich mit meinem jetzigen Arzt sehr zufrieden war, und ich seiner eben nicht achtete, murrte er etwas bei sich und machte sich voll Ingrimm davon“ (Kanne, S.57f.).

Mitte August wurde Philipp in ein ruhigeres und klimatisch günstigeres Quartier gebracht, wo er sich erholte und am 1. September erstmals wieder spazieren gehen konnte. Damit war jedoch die Erkrankung nicht ausgestanden, denn es entwickelte sich ein postinfektiöser Gelenkbefall, der sich bis zur Abreise am 27. September hinzog, dann jedoch folgenlos ausgeheilt war:

„Mit meiner Genesung von Ruhr und Fieber war es durch Gottes Beistand und des Arztes Sorgfalt auf's beste geglückt. Aber jetzt stellte sich dafür ein heftiger, schmerzender Rheumatismus im Rücken, in den Armen und Seiten ein, der mit Geschwulst, besonders in den Gelenken verbunden war. Der Arzt, die Geschwulst besehend, hielt die Mithilfe eines Chirurgen für nötig, und ich gab das, obgleich äußerst ungerne, zu. Es kam einer, aber was war dies für ein Wundarzt? „Das ist ein langwieriger Schade, sagte er, der Arm muss durchaus aufgeschnitten werden, damit kein gefährlicheres Übel dazu schlägt.“ – Der Medicus schwieg still, und ich erriet wohl, wo er mit seiner langen Kur und dem Schneiden hinaus wollte, nämlich mir erst wirklich eine lange Kur machen. Zudem wusste ich, wie es die italienischen Chirurgen mit ihrem Schneiden machen, und hatte selbst ein trauriges Beispiel davon in Ferrara erlebt. Ich erklärte daher diesem Gernschneider, dass ich innwendig gesund, mich von der Geschwulst und

den Schmerzen in äußern Gliedern nicht abhalten lassen würde, Rom zu verlassen; ich brauchte also seine Dienste nicht. Das vermerkte er gar übel, und kündigte mir weggehend an, dass der Schade gewiss bald so die Überhand nehmen werde, dass ich seine Hilfe noch gleichsam fußfällig anflehen müsse. Aber die schlimme Weissagung traf nicht ein; mein Rheumatismus verlor sich ohne Pflaster und alles nach und nach so, dass nun nichts mehr nötig war, als mich mit dem Arzte und Apotheker abzufinden“ (Kanne, S.62).

Einordnung der Symptome

Die von Philipp Camerarius geschilderten Symptome entsprechen heute am ehesten einer akuten mit Fieber einhergehenden Gastroenteritis. Als Komplikation entwickelte sich nach Abklingen der zwei Monate anhaltenden Symptome eine postenteritische Arthritis, die knapp vier Wochen lang über den Körper wanderte und sich zuletzt am Kniegelenk manifestierte. Von Bedeutung ist der deutliche Einfluss der Psyche auf den Erkrankungsverlauf: So war bereits vorher eine Stresssituation vorhanden, die sich als Somatisierungsstörung klinisch manifestierte. Durchfall und Fieber könnten zunächst auch in dieser Hinsicht interpretiert werden; allerdings ist eine reaktive Arthritis bei Somatisierungsstörungen nicht bekannt, sodass mit großer Sicherheit eine erregerbedingte Darmerkrankung vorlag. Der Erreger selbst lässt sich nicht rekonstruieren; die typischen Erreger wären heute am ehesten Yersinien, Salmonellen, Shigellen oder *Campylobacter jejuni*.

Im Verlauf lösten verschiedene psychische Momente (Entlassung aus dem Gefängnis, Besuch der Jesuiten) ein erneutes Aufbrechen der Erkrankung aus, die den langen Verlauf der Erkrankung erklären. Als positiv stabilisierende Faktoren sind demgegenüber sein Glauben und geeignete Unterkünfte nach der Freilassung zu nennen.

Therapeutische Konzepte

Über die Diagnostik der Ärzte wird außer Pulsnehmen und Befragung nichts gesagt. Auch die Begründung

der empfohlenen Therapie kann nur geahnt werden. Die genannte ärztliche Verordnung geht dabei mit Angaben konform, wie man sie zum Beispiel im Hortus Sanitatis Germanicae nachlesen kann. Ziel ist eine Stabilisierung der Körperkräfte, für die besonders Hühner und Hennen verwendet wurden (Hortus Sanitatis Cap. 211), damit der Körper von selbst zur Gesundheit kommt. Granatapfelkerne eignen sich besonders bei Magen-Darm-Erkrankungen und stärken Herz und Leber (Hortus Sanitatis Cap. 206). Die ergänzende Gabe von Rosenzucker, angeregt vom Inquisitions-Richter und bestätigt vom behandelnden Arzt, bezieht sich auch auf den Magen-Darm-Trakt. Ihm werden reinigende Wirkungen zugesprochen, die zu einer generellen Stärkung des Körpers führen (Hortus Sanitatis Cap. 337). Spezifische Medikamente für den Durchfall oder das Fieber werden nicht verschrieben. Das entspricht auch der damals gängigen Vorstellung, dass beide Symptome positive Zeichen sind.

Ärztliches Verhalten

In dem Bericht von Philipp Camerarius treten zwei Ärzte auf, die sehr unterschiedlich geschildert werden: Der Inquisitions-Arzt wird als arglistig und böse charakterisiert, der gezwungenermaßen den Patienten besuchen muss. Obwohl er zunächst die formalen Kriterien einer Diagnostik durchführen möchte, hindert ihn dabei die abwehrende Haltung des Patienten. Seine Interpretation der Symptome als simulierte Erkrankung bekommt Philipp Camerarius nur indirekt durch dritte zu Gehör. Erstaunlicherweise macht er eine zweite Aufwartung. Camerarius argwöhnt einen Schaden, den ihm der Arzt zufügen möchte. Aus der Sicht des Arztes könnte jedoch argumen-

tiert werden, dass er sich der Erkrankung des Patienten bewusst war und seine ärztliche Hilfe außerhalb des Spannungsfeldes der Inquisition noch einmal anbietet. Beide Aspekte bleiben spekulativ und ihre Wahrheit in der Zeit verborgen.

Der zweite Arzt, vom kaiserlichen Gesandten geschickt, hat das volle Zutrauen des Patienten und kann daher umfassend diagnostizieren; seine Therapie wird anerkannt und umgesetzt. Er wird als umsichtiger Arzt geschildert, der auf alle Aspekte der Erkrankung eingeht und Abhilfe schafft, wo er nur kann. Neben der engeren Therapie der somatischen Beschwerden sind dies auch das Abschirmen von emotionalen Belastungen und die Sorge für eine günstige Umgebung. Der Arzt kennt seine Grenzen und empfiehlt deshalb bei Auftreten der Gelenkschwellungen eine zweite Meinung eines Chirurgen. Ohne Worte, doch mit Gesten beurteilt er dessen Stellungnahme und unterstützt damit die Haltung des Patienten, ohne dass er selbst die Entscheidung festsetzt. Die pekuniären Forderungen sind aufgrund der freundschaftlichen Beziehungen moderat gehalten; er kümmert sich auch darum, dass die überzogenen Forderungen des Apothekers durch die offizielle Taxierstelle auf ein rechtes Maß reduziert werden.

Verhalten und Autonomie des Patienten

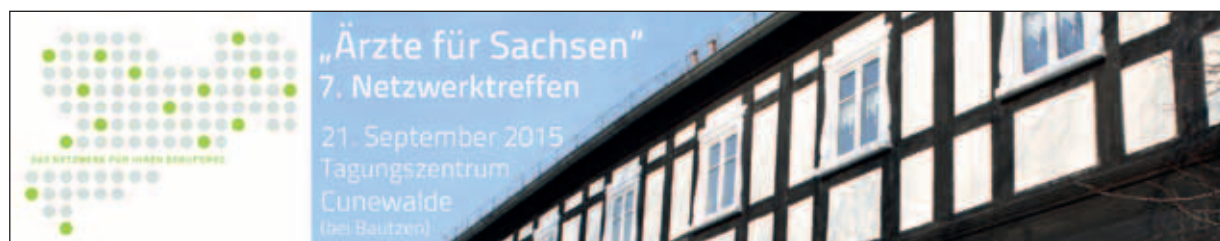
Philipp Camerarius ist ein typisches Beispiel der intellektuellen Bürgerschicht des 16. Jahrhunderts. Er behält bei allem ärztlichen Beistand seine Autonomie als mündiger Patient, der selbst entscheidet, was er tun möchte. Diese Autonomie beginnt bei der Ablehnung des Inquisitions-Arztes, die eine trotzige bis

abweisende Haltung zeigt – geschuldet der Umgebung und dem Wunsch, nicht als krank erkannt zu werden. Philipp ignorierte die weiteren Symptome bzw. integrierte sie in sein Modell der von Gott gegebenen Erkrankung, die ihn wie auch immer aus dem Gefängnis befreien soll. Er wünschte sich zeitweilig einen schwereren Verlauf, den er jedoch nicht aktiv herbeiführte. Während des Aufenthaltes im Gefängnis überwiegt somit eine passive Hinnahme der Symptome.

Erst nach der Befreiung regt sich neuer Mut, und Philipp arbeitet aktiv an seiner Genesung; durch die verschleppten Symptome kommt es jedoch dabei mehrfach zu Rückschlägen. Der Patient Philipp befolgt dabei die Anordnungen seines vertrauten Arztes, den er doch eigentlich auch nicht persönlich vorher kannte; dieses Vertrauen bedurfte auch keiner zweiten Meinung hinsichtlich einer suffizienten Therapie. Angesichts des akuten Ereignisses und der sich schnell einstellenden Besserung war dies auch nicht wirklich nötig. Bezüglich der Visitation des Chirurgen überwog die skeptische Haltung des Patienten, der genügend eigene Erfahrungen gesammelt hatte, um eine chirurgische Intervention abzulehnen. Auch hier schien der Therapeut gekränkt und konnte nur schwer mit der Entscheidung umgehen, Philipp blieb aber in seiner Autonomie klar und ohne Zweifel.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Albrecht May
Anatomisches Institut der Medizinischen
Fakultät Carl Gustav Carus Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



Unsere Jubilare im September 2015 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.09. Dipl.-Med. Töppel, Cornelia
01877 Bischofswerda
- 02.09. Dr. med. Richter, Gerlinde
08538 Reuth
- 03.09. Dipl.-Med. Haustein, Rita
09496 Marienberg
- 03.09. Dipl.-Med. Kuhlee, Marita
02943 Weißwasser
- 03.09. Dr. med.
Sommer, Eberhard
01309 Dresden
- 07.09. Dr. med. Kirschner, Volker
04420 Markranstädt
- 07.09. Dr. med. Makhlof, Badie
02999 Lohsa
- 07.09. Dr. med. Rietzschel, Ilona
01728 Bannewitz
- 07.09. Dr. med.
Zimmermann, Felicitas
01217 Dresden
- 10.09. Dr. med. Zillmann, Ute
08499 Mylau
- 11.09. Dipl.-Med.
Irmisch, Christoph
08309 Eibenstock
- 11.09. Dipl.-Med. Wagner, Ella
09116 Chemnitz
- 12.09. Dr. med. Hurtig, Michael
08451 Crimmitschau
- 12.09. Dr. med. Walther, Steffen
09119 Chemnitz
- 13.09. Dr. med. Müller, Gitta
01477 Arnsdorf
- 16.09. Dr. med. Bach, Gerald
04720 Mannsdorf
- 18.09. Dr. med.
Blankenburg, Christoph
01279 Dresden
- 19.09. Dipl.-Med. Seidel, Werner
08248 Klingenthal
- 20.09. Dr. med. univ.
Jebelean, Crista
09122 Chemnitz
- 21.09. MUDr. Matthes, Friedrich
01705 Freital
- 21.09. Dr. med. Schäfer, Ulrike
01558 Großenhain
- 22.09. Dr. med. Fricke, Steffi
08315 Bernsbach
- 24.09. Dipl.-Med. Plewan, Klaus
09130 Chemnitz
- 25.09. Dipl.-Med. Seidel, Ulrich
04420 Markranstädt
- 26.09. Dr. med. Ostwald, Olaf
04416 Markkleeberg
- 29.09. Dr. med.
Ortweiler, Wolfram
09212 Limbach-Oberfrohna
- 29.09. Ring, Viktor
09212 Limbach-Oberfrohna

65 Jahre

- 02.09. Dipl.-Med.
Schubert, Dagmar
08523 Plauen
- 04.09. Marquitz, Claus
08112 Wilkau-Haßlau
- 10.09. Dr. med. Roy, Dietmar
02826 Görlitz
- 13.09. Dr. med.
Völker, Hans-Ulrich
09366 Stollberg
- 14.09. Dipl.-Med.
Schönekerl, Gabriele
08606 Triebel
- 16.09. Dr. med.
Schmalwasser, Heidrun
09648 Mittweida
- 18.09. Dr. med.
Kinscher, Wolfgang
02829 Markersdorf/
OT Holtendorf
- 19.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Roesler, Joachim
01307 Dresden
- 20.09. Dr. med. Flemming, Gerd
08321 Zschorlau
- 22.09. Dipl.-Med.
Sachtleben, Christine
04552 Borna
- 22.09. Dipl.-Med.
Walther, Veronika
04318 Leipzig
- 23.09. Dr. med. Schlüter, Reiner
01237 Dresden
- 23.09. Dipl.-Med.
Weber, Heidemarie
09599 Freiberg
- 24.09. Dipl.-Med. Liebisch, Ulrike
08427 Fraureuth
- 25.09. Eckert, Bernd
02829 Markersdorf/
Deutsch Paulsdorf
- 28.09. Dr. med. Lange, Matthias
01589 Riesa
- 30.09. Doz. Dr. med. habil.
Fröhlich, Michael
01157 Dresden
- 02.09. Dr. med. Langer, Ursula
08289 Schneeberg
- 04.09. Dr. med. Schwarz, Reinhart
09429 Wolkenstein
- 04.09. Dr. med. Seifert, Wolfgang
02708 Löbau
- 06.09. Dr. med. Lietz, Toni
04425 Taucha
- 09.09. Harnapp, Dieter
04758 Oschatz
- 12.09. Dr. med. Weidle, Rolf
02828 Görlitz
- 14.09. Dr. med. Dittrich, Maria
01796 Pirna/OT Zehista
- 16.09. Pfannkuchen, Bettina
01217 Dresden
- 17.09. Hamann, Ulrich
09638 Lichtenberg
- 18.09. Dr. med. Burkhardt, Jürgen
01157 Dresden
- 18.09. Dr. med. Cebulla, Beate
04357 Leipzig
- 18.09. Harnisch, Renate
01159 Dresden
- 20.09. Dr. med. Groß, Heinz
09125 Chemnitz
- 25.09. Dr. med. Nolopp, Andreas
04683 Threna
- 26.09. Dr. med. Bellmann, Jürgen
09468 Geyer
- 26.09. Müller, Gudrun
04703 Leisnig
- 29.09. Dipl.-Med. Kosel, Kristina
01445 Radebeul
- 30.09. Fischer, Carola
04683 Naunhof

75 Jahre

- 01.09. Dr. med. Kleber, Sieglinde
01855 Mittelndorf
- 01.09. Dr. med.
Schwöck, Hans-Jürgen
01609 Röderau
- 01.09. Dr. med. Weller, Edgar
01445 Radebeul
- 02.09. Dr. med. Schier, Christa
04416 Markkleeberg
- 03.09. Dr. med. Schlick, Jürgen
08606 Oelsnitz
- 03.09. Dr. med. Weigel, Margrit
09526 Olbernhau
- 03.09. Dr. med. Woidak, Edelgard
04564 Böhlen
- 03.09. Dr. med. Würgatsch, Peter
01445 Radebeul
- 05.09. Dr. med. Sonntag, Manfred
04279 Leipzig
- 06.09. Dr. med. Haack, Hans-Peter
69120 Heidelberg

- 07.09. Dr. med. Usler, Rudolf
01468 Moritzburg
- 09.09. Dr. med. Trogisch, Uta
01324 Dresden
- 10.09. Dr. med. Marx, Ernst
04519 Rackwitz
- 11.09. Dr. med. Beckert, Arndt
04758 Oschatz
- 11.09. Dr. med. Schulz-Beer, Sigrid
01277 Dresden
- 12.09. Dr. med.
Hübschmann, Karin
08606 Oelsnitz
- 14.09. dr. med. Mazzi, Aurel
02763 Zittau
- 14.09. Dr. med. Weiß, Karin
01737 Spechtshausen
- 15.09. Dr. med. Irmischer, Siegfried
08258 Markneukirchen
- 15.09. Dr. med. Rockstroh, Karin
01259 Dresden
- 16.09. Giebel, Heiner
01108 Dresden
- 16.09. Dr. med. Schultz, Inge
01328 Dresden
- 16.09. Dr. med. Schütze, Gisela
01219 Dresden
- 17.09. Dr. med.
Dämmrich, Siegtraud
02829 Markersdorf
- 17.09. Dr. med. Hohlfeld, Ralf
04279 Leipzig
- 18.09. Dr. med.
Pfeiffer, Hans-Martin
08058 Zwickau
- 19.09. Schmidt, Hildegard
02991 Laubusch
- 19.09. Smidt, Reemt
08412 Werdau
- 20.09. Dr. med.
Häntzschel, Hans-Jörg
09116 Chemnitz
- 21.09. Dr. med. habil. Jung, Volker
01309 Dresden
- 21.09. Dr. med. Schott, Günter
09350 Lichtenstein
- 22.09. Dr. med. Dunger, Christian
02953 Gablenz
- 23.09. Dr. med. Hübner, Renate
02828 Görlitz
- 23.09. Lentz, Heide
04229 Leipzig
- 24.09. Dr. med. habil.
Helm, Waldemar
04509 Delitzsch
- 24.09. Dr. med. Rödel, Jürgen
08228 Rodewisch
- 26.09. Dr. med. Beyer, Gisela
09228 Wittgensdorf
- 26.09. Dr. med. Härtel, Suse
01187 Dresden
- 27.09. Dr. med. Schuster, Elvira
09130 Chemnitz
- 28.09. Dr. med. Schille, Eberhard
04317 Leipzig
- 28.09. Ziegenhorn, Ute
04155 Leipzig
- 29.09. Dr. med. Walther, Gerd
08209 Auerbach
- 80 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Kaschl, Irmgard
09366 Stollberg
- 07.09. Dr. med. Zschau, Gudrun
09120 Chemnitz
- 08.09. Kubicek, Annelies
01067 Dresden
- 16.09. Dr. med. Dörfelt, Christoph
01591 Riesa
- 16.09. Dr. med. Fritsche, Lothar
02827 Görlitz
- 16.09. Taubert, Monika
01259 Dresden
- 19.09. Prof. Dr. sc. med.
Hanefeld, Markolf
01445 Radebeul
- 24.09. Dr. med. Hübner, Ursula
01307 Dresden
- 30.09. Dr. med. Seyfert, Gottfried
09127 Chemnitz
- 30.09. Prof. Dr. med. habil.
Todt, Horst
01187 Dresden
- 81 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Engler, Erika
01067 Dresden
- 05.09. Dr. med. Müller, Wolfgang
04158 Leipzig
- 14.09. Dr. med. Geschke, Käte
09217 Burgstädt
- 17.09. Dr. med.
Rohrwacher, Ingrid
04157 Leipzig
- 24.09. Dr. med. Beyer, Peter
01844 Hohwald
- 24.09. Dr. med.
Seckendorf, Brunhilde
09116 Chemnitz
- 26.09. Dr. med.
Kirschner, Wolfgang
08315 Bernsbach
- 26.09. Dr. med. Seidel, Rolf
08543 Jocketa
- 82 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Meier, Gudrun
01326 Dresden
- 08.09. Dr. med.
Gutsmuths, Frank-Jörg
04158 Leipzig
- 09.09. Dr. med. Gräbner, Anny
09350 Lichtenstein
- 13.09. Dr. med. Kösser, Christa
04277 Leipzig
- 14.09. Dr. med. Eisengarten, Klaus
01259 Dresden
- 19.09. Dr. med. Heimann, Günter
08058 Zwickau
- 27.09. Prof. Dr. med. habil.
Raue, Wolfgang
04299 Leipzig
- 29.09. Dr. med. Klemm, Brigitte
02694 Malschwitz
- 30.09. Dr. med. Hellmessen, Ute
04651 Bad Lausick
- 83 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Berthold, Regina
04103 Leipzig
- 04.09. Dr. med. Weiße, Eva
04319 Leipzig
- 07.09. Dr. med. Heilek, Walter
01326 Dresden
- 12.09. Dr. med. Gregori, Peter
08529 Plauen
- 13.09. Bilger, Sigrid
01069 Dresden
- 16.09. Prof. Dr. med. habil.
Leopold, Dieter
04275 Leipzig
- 19.09. Dr. med.
Klapper, Johannes
08058 Zwickau
- 23.09. Dr. med.
Hebenstreit, Renate
01920 Haselbachtal
- 26.09. Prof. Dr. med. habil.
Helbig, Werner
04155 Leipzig
- 84 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Baumann, Irene
04105 Leipzig
- 03.09. Dr. med. habil.
Kluge, Werner
01259 Dresden
- 06.09. Dr. med. Gebauer, Horst
01877 Bischofswerda
- 08.09. Dr. med. Steudtner, Ursula
01217 Dresden
- 09.09. Kuhnert, Friedegard
01217 Dresden
- 12.09. Dr. med. Dieter, Joachim
04808 Wurzen
- 14.09. Dr. med. Nicolai, Rainer
01616 Strehla

- 20.09. Dr. med. Lange, Waltraut
04416 Markkleeberg
22.09. Dr. med. Lippoldt, Roland
08115 Lichtentanne
23.09. Dr. med. Hackel, Maria
01187 Dresden

85 Jahre

- 19.09. Dr. med. Vollmer, Christa
01109 Dresden
29.09. Dr. med.
Kretschmar, Christian
02730 Ebersbach-Neugersdorf

86 Jahre

- 05.09. Dr. med.
Dießner, Magdalena
01157 Dresden
15.09. Dr. med.
Holzhausen, Günter
04821 Waldsteinberg

- 28.09. Dr. med. Tützer, Anny
08451 Crimmitschau
29.09. Tuchscherer, Isolde
08280 Aue

87 Jahre

- 15.09. Dr. med. Roick, Waltraud
09465 Sehma

88 Jahre

- 28.09. Dr.-medic
Naumann, Ladislaus
04103 Leipzig

89 Jahre

- 03.09. Dr. med. Grimm, Hans
04157 Leipzig

90 Jahre

- 23.09. Dr. med. Böttger, Wolfgang
08062 Zwickau

91 Jahre

- 10.09. Grandin, Gisela
01307 Dresden
26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria
01825 Liebstadt-OT Döbra

92 Jahre

- 16.09. Dr. med. habil.
Woratz, Günter
09456 Annaberg-Buchholz

94 Jahre

- 06.09. Dr. med. Spielmann, Volker
04316 Leipzig

96 Jahre

- 06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid
01069 Dresden

Hufeland-Preis 2015

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit alle Ärzte und Zahnärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis“ 2015 zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte „Hufeland-Preis“ ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin. Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der Preis zwei gleich-

wertigen Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge bzw. der präventionsbezogenen Versorgungsforschung zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte und Zahnärzte, die im Besitz einer deutschen Approbation sind, gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2015“ teilnehmenden Arbeiten sind bis zum 31. Oktober 2015 unter dem Stichwort

„Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung an folgende Anschrift zu senden: „Hufeland-Preis“, Notar Dr. Christoph Neuhaus, Kattenbug 2, 50667 Köln.

Die Ausschreibungsunterlagen sind unter www.hufeland-preis.de hinterlegt und können auch bei dem Geschäftsführer der Stiftung, Herrn Patrick Weidinger, Tel. 0221 148-30785 bzw. patrick.weidinger@aerzteversicherung.de oder unter www.hufeland-preis.de angefordert werden.

Veranstaltungen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung

25. – 28. 11. 2015

Neues für die Hausärztin/den Hausarzt

111. Klinische Fortbildung für Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten

11. – 22. 1. 2016

19. Wiedereinstiegskurs

für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall

19. – 20. 2. 2016

45. Symposium für Juristen und

Ärzte: Der Arzt in Klinik und Praxis hat auch Rechte! (Arbeitstitel)

16. – 17. 6. 2016

Das deutsche Gesundheitssystem

Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

Christine Schroeter

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin (Mitte)

Tel.: 030 30888920

Fax: 030 30888926

E-Mail: [c.schroeter@](mailto:c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de)

kaiserin-friedrich-stiftung.de

Abgeschlossene Habilitationen

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – I. Quartal 2015

Priv.-Doz. Dr. med. Carina Riediger, Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Spezielle Aspekte der Chirurgie in der Therapie von Lebermalignomen“
Verleihungsbeschluss: 25.02.2015

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Annette Ebner, Klinik für Innere Medizin, Kardiologie am Herzzentrum Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Physiologie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Aspekte der Protektion der vaskulären Funktion in vivo und in vitro“
Verleihungsbeschluss: 25.02.2015

Priv.-Doz. Dr. med. Barbara Ludwig, Medizinische Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Inseltransplantation als Therapieoption bei Diabetes mellitus Typ 1“
Verleihungsbeschluss: 25.03.2015

Priv.-Doz. Dr. med. Nuh Rahbari, Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Strategien zur Risikostratifizierung und individualisierten Therapie bei Patienten mit einem primären und meta-

stasierenden kolorektalen Karzinom“
Verleihungsbeschluss: 25.03.2015

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden – II. Quartal

Priv.-Doz. Dr. med. Maik Stiehler, Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Universitätsklinikum der TU Dresden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Orthopädie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Stammzellbasierte Konzepte der Knochenregeneration“.
Verleihungsbeschluss: 29.04.2015

Prof. Dr. med. Thomas Carus, Klinik für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie am Klinikum Bremen Ost.

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Chirurgie“ erteilt. Thema der Habilitationsschrift: „Die intraperitoneale CEA-Konzentration als potentieller prognostischer Faktor beim kolorektalen Karzinom“.
Verleihungsbeschluss: 29.04.2015

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig – II. Quartal

Dr. med. univ. Dr. med. Michael Stefan Kendler,

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Haut- und Geschlechtskrankheiten zuerkannt. Thema: Neues und Bewährtes in der Pathogenese und Behandlung von Krampfadern
Verleihungsbeschluss: 21.04.2015

Dr. med. Sebastian Olbrich, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zuerkannt.

Thema: Die Vigilanzregulation und das Ruhe-Elektroenzephalogramm bei neuropsychiatrischen Erkrankungen: Von der Theorie zur klinischen Anwendung.
Verleihungsbeschluss: 21.04.2015

Dr. med. Hoang Minh Do, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Urologie zuerkannt.

Thema: Die Entwicklung laparoskopischer Operationstechniken in der Urologie unter besonderer Berücksichtigung der radikalen Prostatektomie
Verleihungsbeschluss: 19.05.2015

Dr. rer. nat. Yvonne Böttcher, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB)

Adipositas-Erkrankungen, Universitätsmedizin Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Medizin zuerkannt. Thema: Adipositas und Fettverteilung: Genetische und Epigenetische Analysen
Verleihungsbeschluss: 19.05.2015

Dr. rer. nat. Manuela Rossol, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Sektion Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Rheumatologie zuerkannt.

Thema: Inflammatorische Dysregulation der Monozyten in Patienten mit rheumatoider Arthritis
Verleihungsbeschluss: 23.06.2015

Dr. med. Maria Strauß, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zuerkannt.

Thema: Klinische Differenzierung depressiver Episoden
Verleihungsbeschluss: 23.06.2015