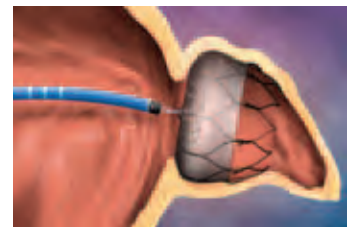


Editorial	Der mündige Patient	228
Berufspolitik	119. Deutscher Ärztetag in Hamburg	229
	Approbation versus Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit?	233
	CIRS-Fälle	234
	Momentum – Projekt Heidelberg	234
Gesundheitspolitik	Neue bundesweit geltende Meldepflichten: Bedeutung für Sachsen	235
	Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision	236
Recht und Medizin	Asylbewerber: Datenübermittlung an Behörden	237
	STEX in der Tasche – wie weiter?	237
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	237
	Zuständigkeit der Ethikkommissionen in Sachsen	238
	Fachsprachprüfung für ausländische Ärzte	239
Medizinische Fachangestellte	vocatium Dresden 2016	238
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	240
		240
Originalie	Interventioneller Vorhofohrverschluss – Wer? Wie? Was?	242
Tagungsbericht	Medizinische Versorgung von Patienten mit komplexen Behinderungen	246
Verschiedenes	7. Seniorenausfahrt der KÄK Zwickau	240
	Innovationspreis des Bundesverbandes der Deutschen Dermatologen e.V.	247
	25 Jahre Kreisärztekammer Dresden	248
Personalia	Prof. Dr. sc. med. Erich Müller zum 80. Geburtstag	249
	Prof. Dr. med. habil. Gerhard Richter zum 80. Geburtstag	250
	Prof. Günter Blobel zum 80. Geburtstag	251
	Nachruf für Dr. med. Wolfgang Schmidt	253
	Jubilare im Juli 2016	254
		254
Buchbesprechung	Gottlob Adolf Ernst von Nostitz und Jänckendorf	256
Medizingeschichte	Vorgestellt: Dr. med. Dietmar Seifert	257
	Die Entdeckungen der Anatomen Andreas Vesalius und Konrad Victor Schneider	257
Beilage	Fortbildung in Sachsen – August 2016 Impfempfehlungen E 5, E 6 und E 7	



Seite 229



Interventioneller Vorhofohrverschluss
Seite 242



Andreas Vesalius und Konrad Victor Schneider
Seite 257

Titelbild: Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg
© SLÄK

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

Der mündige Patient



Dr. med. Steffen Liebscher © SLÄK

Wer täglich am und mit dem Patienten arbeitet, der weiß um die Wichtigkeit der Interaktion und Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Kranken. Nun erleben wir einen Wandel dieser Beziehung. Den Eltern meines Vaters, die beide in den 70er-Jahren an einem Bronchialkarzinom verstorben sind, wurde noch keinerlei Information darüber gegeben, woran sie leiden und wie (schlecht) die Prognose eigentlich war. Beide habe ich als einfache Menschen erlebt, die sicher auch die behandelnden Kollegen nicht bedrängt haben und sich in ihre Lage fügten. Die paternalistische Grundstruktur des ärztlichen Denkens und Handelns in der Beziehung zum Patient wurde noch gelebt.

Kurz nach der politischen Wende war ein, sicher auch da schon nicht mehr ganz neues Ergebnis meiner Untersuchungen im Rahmen der Promotion, dass gut über ihre Krankheit informierte Patienten bessere Voraussetzungen für die Bewältigung der mit ihrer Krankheit verbundenen Schwierigkeiten haben.

Heute erlebe ich in der Niederlassung als Hausarzt zunehmend den „mündigen“ Patienten, der sich seine Diagnostik- und Therapipegedanken selbst macht und nicht selten die Möglichkeiten unseres Gesundheits-

wesens als eine Art Selbstbedienungsladen zu nutzen versucht. Der Arzt wird dann immer häufiger in der Rolle des Erfüllungsgehilfen gesehen, von dem die Ausstellung des Rezeptes oder eines beliebigen anderen Formulars erwartet wird. Ist das unter einem mündigen Patienten zu verstehen?

Um nicht missverstanden zu werden: Ich halte das Einbeziehen der Patienten in die zu treffenden Entscheidungen für selbstverständlich. Ärztlicher Sachverstand und Expertenwissen sollten die Patienten auf ihrem Weg begleiten und nicht bevormunden. Nun gibt es unzweifelhaft den Typus Patient, der sowohl intellektuell in der Lage ist, seine Situation zu erfassen und auch noch die emotionale Stabilität besitzt, reife Entscheidungen zu treffen, die auch später noch einer eigenen kritischen Würdigung standhalten können. Ich frage mich aber in der Praxis oft, wo verläuft bei den sich mir anvertrauenden Menschen die Grenze zwischen Handlungsfähigkeit in Informiertheit und Handlungen, deren Intention entweder nicht klar erkennbar wird oder solchen, die sich aus oft fragwürdigen Informationen fremder Quellen ergeben. Exemplarisch und ganz besonders deutlich wird das bei der hausärztlichen Abgleichung der Medikationspläne. Mich bewegt dabei, dass doch häufig abstrus anmutende Argumentationen, irrationale Ängste und pauschale Vorurteile zum Abbruch einer Therapie durch den Patienten führen, auch wenn im besten Fall Krankenhaus- und andere Fachärzte diese Behandlung eingeleitet haben und durch mein Verordnen letztlich implizit auch als „gute Therapie“ erkennbar werden sollte. Gibt es noch den Vorschuss an Vertrauen der Patienten in uns? Welche Macht haben elektronische Medien, was bewirken objektive Informationen und die Nutzung der Erfahrungswelten anderer Kranker über soziale Netzwerke?

Ich möchte uns Ärzte davor warnen, davon auszugehen, dass alle Patienten ihre Angelegenheiten gut selbst regeln können. Wir müssen uns immer wieder auf das gesamte mög-

liche Spektrum im Umgang mit einer Erkrankung einrichten und in der Lage sein, uns einmal auf rein fachliche Beratung zu beschränken, den nächsten Patienten direkt an die Hand zu nehmen oder einen Dritten hinsichtlich seiner überzogenen Erwartungen zu korrigieren. Je größer die Spreizung unter den Varianten, umso mehr steigen auch die Anforderungen an uns und unsere Verantwortung. Es ist heute so oft von Spaltung der Gesellschaft die Rede. Hier sehe ich eine weitere Ursache dafür, wenn es nicht gelingt, medizinischen Fortschritt auch denen adäquat verfügbar zu machen, die aus intellektuellen Gründen, Psychopathologie oder eben Beeinträchtigung durch die Krankheit in ihren Selbstbestimmungskräften eingeschränkt sind. Hier bleibt die Notwendigkeit der fürsorglichen ärztlichen Zuwendung unbedingt erhalten.

Ich glaube, dass das Wunschdenken mancher „mündiger“ Patienten wesentlich von der Politik bestimmt ist. Viele Gesetzesvorhaben der vergangenen Jahre stärken Patientenrechte in einer Weise, die glauben lässt, der Patient müsse vor den Akteuren im Gesundheitswesen und dabei besonders den Ärzten geschützt werden. Es entsteht der Eindruck, dass der Patient „aufmunitioniert“ werden müsse, um im Kampf mit dem oder gegen das System bestehen zu können. Vertrauensfördernde Maßnahmen, die gerade für die Beziehung zwischen Kranken und Behandler von höchster Bedeutung sind, sehen anders aus. Ich rufe aber dazu auf, sich davon nicht entmutigen zu lassen. Es ist klar und auch richtig, dass sich das Verhältnis zu unseren Patienten verändert. Wenn es aber in Zukunft noch der Ärzteschaft bedarf, statt einer spezialisierten Technokratenkaste und Robotern, dann gerade wegen unserer menschlichen Qualitäten und der funktionierenden Beziehungsebene zwischen Menschen, die auf Vertrauen beruht.

119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

Eröffnung

Die Eröffnung des 119. Deutschen Ärztetages fand am 24. Mai 2016 in der historischen Laeiszhalle in Hamburg statt. Bereits vor 25 Jahren war die Sächsische Landesärztekammer erstmals als ostdeutsche Ärztekammer beim 96. Deutschen Ärztetag in Hamburg vertreten. In seinem Grußwort ging der erste Bürgermeister der Freien und Hansestadt Hamburg, Olaf Scholz, darauf ein, wie der Arztberuf attraktiv gestaltet werden könnte. Er hob dabei die Bedeutung des Gesundheitswesens der Freien und Hansestadt Hamburg als wichtigsten Wirtschaftsfaktor hervor. Insbesondere Mitversorgungseffekte für das Hamburger Umland und ein Bevölkerungswachstum führten zu einem Ausbau der Kapazitäten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, ging in seinem Referat auf die auf dem 119. Deutschen Ärztetag anstehenden Themen ein. Neben kämpferischen Aussagen schlug er ebenso moderate Töne an.

Er bezog beispielhaft Stellung zu:

- den Grenzen ökonomischer Zumutbarkeiten im Rahmen von Klinikprivatisierungen als Auswüchse eines gewinn- und markt-orientierten Richtungswechsels,
- der Bereitstellung ausreichender Investitionsmittel für die Krankenhäuser,
- der Preisgestaltung bei Arzneimitteln,
- der Verabschiedung des Antikorruptionsgesetzes für das Gesundheitswesen,
- der aufopferungsvollen Hilfe vieler tausend Ärzte bei der Bewältigung des Flüchtlingsstromes sowie
- den Arbeiten an der Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu)
- und vielem mehr.

Der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, MdB, berichtete



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (r.) © SLÄK

tagesaktuell von einer Sitzung der WHO in Genf, an der er teilgenommen hatte. Er nahm ausführlich zu den von Prof. Montgomery angeschnittenen Themen Stellung und ging kurz auf die Irritationen zur GOÄneu und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein. Dabei forderte er nachdrücklich dazu auf, dass die Ärzteschaft in stärkerem Maße als gemeinsam handelnde „Mannschaft“ auftreten solle.

Paracelsus-Medaille für Prof. Schulze

Im Rahmen der Eröffnung wurde Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft geehrt. In der Laudatio heißt es: „Prof. Dr. Schulze hat sich vier Jahrzehnte lang als Arzt, Wissenschaftler und Berufspolitiker

in außergewöhnlicher Weise engagiert. Als einer der Gründerväter der Sächsischen Landesärztekammer wirkte er maßgeblich am Auf- und Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung nach dem Fall der Mauer 1989 mit. Jahrzehntlang setzte er sich für die Belange der deutschen Ärzteschaft ein, ab 1999 über vier Wahlperioden als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er gilt als einer der führenden Diabetologen im In- und Ausland und hat mit seiner Forschung insbesondere zum Diabetes mellitus Typ 2 entscheidend zum heutigen Kenntnisstand bei Diagnostik und Therapie der Krankheit sowie zur Qualität der Diabetikerbetreuung beigetragen. Mit seinem vorbildlichen Wirken als Hochschullehrer am Universitätsklinikum Dresden hat er Medizinstudierende und junge Ärzte



Paracelsus-Medaille für Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © Christian Griebel, helliwood.com

für den Beruf begeistert und nachhaltig geprägt. Für sein erfolgreiches Bemühen um die deutsch-polnische Verständigung wurde ihm grenzübergreifend Hochachtung zuteil. Mit seinem enormen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Engagement hat sich Prof. Dr. Schulze um die medizinische Versorgung, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Es kann rückblickend nicht hoch genug eingeschätzt werden, dass in den Zeiten des Umbruchs vor und während der deutschen Einigung basisdemokratische Initiativen durch ehrenamtlichen Einsatz entwickelt wurden, bevor neue staatliche Strukturen existierten. Mut und Weitsicht waren die treibenden Kräfte von Prof. Dr. Schulze bei der Entwicklung der Verbandsarbeit, die 1989 zur Gründung des Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte in Sachsen unter seinem Vorsitz und 1990 zur Gründung der Sächsischen Landesärztekammer führten. Außerdem war er schon im Jahr des Mauerfalls im Unabhängigen Dozentenrat der Medizinischen Fakultät aktiv. Von 1991 bis 2000 leitete er die Kreisärztekammer Dresden, und schließlich war er 16 Jahre lang, von 1999 bis 2015, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer.

Prof. Dr. Jan Schulze kann auf ein erfülltes Lebenswerk zurückblicken – und auf eine Karriere, die für ihn als Parteilosen trotz seiner fachlichen Qualifikation zu DDR-Zeiten nicht absehbar war.“

Neben seiner beeindruckenden wissenschaftlichen Karriere wurde damit vor allem das über Jahrzehnte währende und außerordentlich vielfältige berufs- und gesundheitspolitische Engagement von Jan Schulze zu Recht gewürdigt.

Arbeitstagung

Nach den Eröffnungsfeierlichkeiten entstand der Eindruck, dass der 119. Deutsche Ärztetag eher harmonisch



Dipl.-Med. Petra Albrecht

© SLÄK

verlaufen würde. Vor Beginn der Tagesordnung wurde jedoch ein Beschlussantrag von verschiedenen Delegierten einzelner Ärztekammern zur Abwahl des amtierenden Bundesärztekammerpräsidenten gestellt. Seine Begründung fand der Antrag in einem gestörten Vertrauen besonders im Hinblick auf die Reform der GOÄ. Nach ausführlicher und sehr differenzierter Diskussion wurde der Abwahantrag mehrheitlich abgelehnt.

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Zu der Problematik der Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung referierte unter anderem Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, und stellte die Situation dar, in der sich die Gesundheitsämter vor einem Jahr befanden, als die große Anzahl an Flüchtlingen in Sachsen ankam. Die größte Herausforderung hatte anfangs das Gesundheitsamt in Chemnitz zu bewältigen, da es ursprünglich zuständig war für die Erstuntersuchung der in Sachsen registrierten Flüchtlinge. Durch die erschöpfte Kapazität der Unterbringungsmöglichkeiten in Chemnitz wurden auch bald in den Landkreisen und den anderen kreisfreien Städten Außenstellen für die Erstaufnahme aufgebaut. Das alles war mit großen Problemen verbunden, insbesondere wenn es um die Einhaltung des Infektionsschutzes ging. Durch eine



Präsident Erik Bodendieck

© SLÄK

sehr gute Zusammenarbeit mit den Trägern der Unterbringungseinrichtungen, die eine hervorragende Arbeit leisteten, und den Gesundheitsämtern, konnten größere Infektionsgeschehen vermieden werden.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer, referierte umfassend in seinem Tätigkeitsbericht zum Sachstand „GOÄ-neu“. Er berichtete ausführlich über die Entwicklungen nach dem GOÄ-Sonderärztetag 2016 in Berlin. In dem Bericht waren die Forderungen der ärztlichen Spitzenverbände sowie die Ergebnisse der BÄK-Vorstandsitzungen und der Spitzengespräche mit dem Privaten Krankenversicherungs-Verband enthalten.

Die zentralen Kernpunkte sind:

- Erhalt der uneingeschränkten Freiberuflichkeit des Arztes in Klinik und Praxis.
- Vermeidung ordnungspolitischer Anlehnungen an Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Keine Beeinträchtigung des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses.
- Keine Honorierung nichtärztlicher Berufsgruppen nach der neuen GOÄ.
- Keine Festlegung absoluter oder prozentualer Ausgabenobergrenzen im Rahmen des dreijährigen Monitorings.

- Die auf Beratung beschränkte Funktion der gemeinsamen Kommission (GEKO).

Der vorgelegte Ablaufplan des weiteren Verhandlungsprozesses sieht vor, dass zuerst eine nochmalige Durchsicht aller Leistungslegenden gemeinsam durch Bundesärztekammer mit den Fach- und Berufsverbänden erfolgt, sodann eine Bepreisung nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation und dann schließlich eine Konsentierung der „GOÄneu“ zwischen PKV/BÄK/Verbände sowie ein eventueller Praxistest. Die Verhandlungen sollen noch in diesem Jahr abgeschlossen sein. Ob dies so einzuhalten ist, hängt von dem Fortgang der Gespräche ab. Ein überarbeitetes Leistungsverzeichnis soll nach der Einigung zwischen den Verbänden, der BÄK und dem PKV-Verband sowie der Beihilfe dem Bundesgesundheitsministerium überreicht werden.

Arzneimittelpreisbildung

Die Preisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur bei Arzneimitteln war eines der Schwerpunktthemen des 119. Deutschen Ärztetages. Dieser Tagesordnungspunkt wurde von den Delegierten und der Öffentlichkeit mit großer Spannung erwartet.

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, warnte vor einer finanziellen Überforderung des Gesundheitssystems aufgrund der steigenden Arzneimittelpreise. So stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel jährlich um vier bis fünf Prozent. Besonders die Onkologika seien für die Pharmaunternehmen ein gewinnbringender Sektor. So liegen die jährlichen Therapiekosten pro Patient bei teilweise über 100.000 Euro! Im Rahmen von Kosten-Nutzen-Bewertungen ist zu fragen, ob die erreichte kurze Lebensverlängerung, unter Berücksichtigung der Lebensqualität, diese Preise wirklich rechtfertigt. Prof. Dr. Ludwig sprach sich dafür aus, mit dem



Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
© SLÄK

von der Pharmaindustrie häufig zitierten Hinweis auf die große „Innovationskraft“ neuer Arzneimittel vorsichtiger umzugehen. Er bevorzugt den Begriff „therapeutischer Fortschritt“. Im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) sollte es zu einer deutlichen Begrenzung der hohen Preisvorstellungen kommen. Das Ziel der Einsparungen würde aber noch in weiter Ferne liegen. Der Wissensgewinn aus dem AMNOG-Verfahren wird in der Praxis noch zu wenig genutzt.

Kritisch ging Prof. Dr. Ludwig auch auf die beschleunigten Zulassungsverfahren ein. Er mahnte an, dass die Pharmaunternehmen verpflichtet werden müssen, die im Rahmen der

Zulassung eingereichten Daten auch im Langzeitverlauf zu überprüfen. Falls keine neuen Daten vorgelegt werden, sollte über entsprechende Sanktionen nachgedacht werden.

Frau Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des „Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (vfa)“, versuchte, die kritischen Bemerkungen von Prof. Dr. Ludwig mit ihren Ausführungen zu widerlegen, was ihr nach Ansicht der Delegierten allerdings nur sehr bedingt gelang. In ihrer Eingangsfolie stand: „Mondpreise sind ein totes Pferd.“ 73 % der deutschen Preise lägen unter dem Mittel, 34 % sogar unter dem niedrigsten europäischen Vergleichspreis. Arzneimittel seien ihrer Ansicht nach kein Kostentreiber. Die durchschnittliche jährliche Steigerung der Arzneimittelausgaben liege nur bei 2,6 %. Unter dem Abschnitt „Innovationen haben ihren Preis, was darf Gesundheit kosten?, wie viel Geld ist gerecht?“ versuchte Frau Fischer zu erklären, dass nach der Patentierung und der Markteinführung die hohen Arzneimittelpreise durch den Gesundheitsnutzen im Langzeitverlauf zu vernachlässigen seien.

Das Ärzteparlament war sich einig, dass die derzeit freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung für Arzneimittel im ersten Jahr nach der Markteinführung abgeschafft werden sollte. Außerdem müssen die

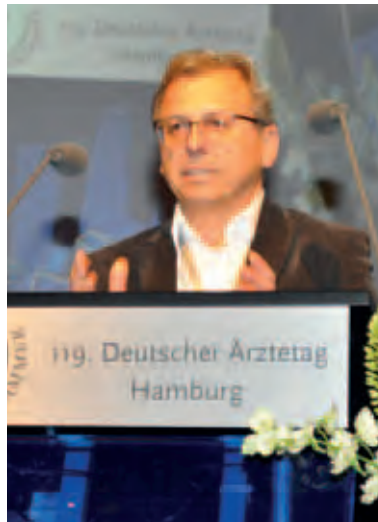


Dr. med. Steffen Liebscher, Dr. med. Dietrich Steiniger und Dr. med. Stefan Windau bei der Abstimmung
© SLÄK

Ergebnisse der Nutzenbewertung den Ärzten schnell und nachvollziehbar zur Verfügung gestellt werden, denn sie sind für eine Indikations- und ökonomisch vertretbare Verordnung verantwortlich.

Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Vorsitzende der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Franz Bartmann, gab in seinem Einführungsvortrag einen Überblick zum aktuellen Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Ausgehend vom bisher erreichten Stand der Novelle erläuterte er das weitere Vorgehen bis zur möglichen Fertigstellung. Unmittelbar nach dem Deutschen Ärztetag werden die Berufs- und Fachverbände über die elektronische Plattform Wiki-BÄK zum aktuellen Stand informiert und in den Fortgang der Bearbeitung wiederum mit einbezogen. Im Anschluss an seinen Einführungsvortrag schloss sich eine umfangreiche Diskussion mit zahlreichen Wortmeldungen an. Im Ergebnis der Aussprache wurden die allermeisten Anträge der Delegierten an den Vorstand der Bundesärztekammer und damit an die involvierten Weiterbildungs-gremien zur weite-



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler

© SLÄK

ren Bearbeitung verwiesen. In der Gesamtschau handelte es sich um eine sehr sachbezogene und ergebnisorientierte Debatte. Der Zeithorizont bis zur endgültigen Fertigstellung ist allerdings noch offen. Mittlerweile hat sich auch auf Bundesebene die Erkenntnis durchgesetzt, dass Sorgfalt vor Schnelligkeit geht.

Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie

Zu diesem Thema referierte Prof. Dr. med. Hans Fred Weiser, Präsident

des „Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte (VLK)“. Die leitenden Krankenhausärzte weisen seit Jahren mit großer Sorge auf die negativen Folgen der Ökonomisierung respektive Kommerzialisierung der Medizin hin, wofür das der Güterwirtschaft entlehene Vergütungssystem hauptsächlich verantwortlich sei. Der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing formulierte bereits 2013: „Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung beeinflusst.“

Selbstverständlich sind sich alle darüber einig, dass auch Ärzte ökonomischem Handeln verpflichtet sind. Es gilt aber, den Arzt im Vergleich zu den Verwaltungsberufen des Krankenhauses zumindest auf eine gleiche Ebene zu stellen. Ethisch verantwortungsbewusste Medizin stehe nicht für den Verkauf von Diagnose und Therapie zur Prestigesteigerung bzw. Gewinnmaximierung des Unternehmens Krankenhaus. Prof. Dr. Weiser betonte, dass „Ärztinnen und Ärzte von keinem Träger und



Die sächsischen Vertreter beim 119. Deutschen Ärztetag

© SLÄK

von keiner Geschäftsführung – quasi als Key Account Manager – an solchen Strategien beteiligt oder gar per Dienstvertrag verpflichtet werden dürfen“.

Besonders bedenklich sei, dass der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie in den letzten Jahren zunehmend auf alle an der Krankenhausversorgung beteiligten Ärzte übertragen wird. Der Referent forderte deshalb, dass Verträge mit variablen Vergütungskomponenten und festgelegten monetären Anreizen, die in den letzten Jahren an Zahl deutlich zugenommen haben, von den Be-

troffenen abgelehnt werden sollten, da Ärzte Angehörige eines „Freien Berufes“ sind und einer Berufsordnung unterliegen, die vorschreibt, dass jede Entscheidung für eine Patientenbehandlung nicht nach ökonomischen Vorgaben getroffen werden darf.

Im Rahmen der 2013 gegründeten gemeinsamen Koordinierungsstelle zu „Zielvereinbarungen in Verträgen zu leitenden Krankenhausärzten“ wurden Bewertungskriterien für Vertragsentwürfe festgelegt, die die Bonusregelungen besonders kritisch hinterfragen. Da zunehmend auch

nicht leitende Krankenhausärzte betroffen seien, soll die Beratung auch für diese geöffnet werden.

Die gemeinsame Koordinierungsstelle von BÄK und VLK wird nun prüfen, inwieweit sich Krankenhausgeschäftsführungen an die neue Gesetzeslage (§ 135c SGB V) halten.

Die Referate des 119. Deutschen Ärztetages können unter: www.bundesaerztekammer.de nachgelesen werden.

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

Approbation versus Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit?

Für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit durch Staatsangehörige aus Drittstaaten (das heißt Staaten, die nicht Mitglied oder Vertragspartei der Europäischen Union sind) scheint ebenfalls nur die Erteilung einer Approbation/Berufserlaubnis entscheidend. Dies allein ist jedoch nicht ausreichend. Dem ausländischen Arzt muss zudem eine Erwerbstätigkeit erlaubt sein. Hierauf weist die Landesdirektion Sachsen auf eine entsprechende Nachfrage der Sächsischen Landesärztekammer hin.

Das ausländerrechtliche und das approbationsrechtliche Verfahren sind zwei voneinander unabhängige Verfahren. Die Landesdirektion Sachsen als Approbationsbehörde prüft lediglich, ob der Antragsteller die approbationsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, um in Deutschland als Arzt tätig zu werden. Hierbei handelt es sich um eine fachbezogene Prüfung. Sofern die approbationsrechtlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation bzw. Berufserlaubnis vorliegen, heißt dies nur, dass der Antragsteller hier grundsätzlich als Arzt arbeiten und seinen Beruf ausüben könnte.

Die Approbation bzw. Berufserlaubnis kann aber nicht mit einer Erlaub-

nis, auch einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu dürfen, gleichgesetzt werden. Eine solche Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit umfasst hierbei selbständige Tätigkeit und Beschäftigung nach § 7 SGB IV. Um tatsächlich als Arzt in Deutschland arbeiten zu dürfen, bedarf es auch eines Aufenthaltstitels für den Angehörigen eines Drittstaates, dem sich entnehmen lässt, ob die Ausübung einer Erwerbstätigkeit erlaubt ist, vgl. § 4 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz. Solange dies nicht der Fall ist, darf auch keine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden.

Während sich Antragsteller um einen Aufenthaltstitel bei der Ausländerbehörde und eine Arbeitserlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit gesondert kümmern mussten, ist mittlerweile nur noch eine Antragstellung

bei der Ausländerbehörde notwendig. Dort wird der Antrag auf Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis für einen bestimmten Aufenthaltswitz gestellt und die Ausländerbehörde beteiligt dann gegebenenfalls die Bundesagentur für Arbeit und erteilt bei Erfüllung aller Voraussetzungen den entsprechenden Aufenthaltstitel.

Daher ist dem Arzt in der Niederlassung, aber auch stationären Einrichtungen zu empfehlen, vor der Aufnahme der Beschäftigung eines ausländischen Arztes eines Drittstaates neben der Approbation bzw. Berufserlaubnis, sich auch einen entsprechenden Aufenthaltstitel/eine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit vorlegen zu lassen.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

CIRS-Fälle:

„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“ *Epikur*

Die Buchstaben „CIRS“ stehen für **Critical Incident Reporting-System**. Die Internetplattform <http://www.cirsmedical.de/> ist inzwischen allgemein bekannt und wird von vielen Kolleginnen und Kollegen genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.

Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform <http://www.kh-cirs.de/> und die Plattform für Hausarztpraxen <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>

Auf der CIRS-Seite der Anästhesie findet sich ein wichtiger Problemfall als Fall des Monats Oktober 2014.

Bei einer seit mehreren Stunden in der geburtshilflichen Abteilung eines Hauses stationär aufgenommenen Patientin erfolgte eine dringliche Sectio. Das entbundene Kind, das üblicherweise an die Hebamme übergeben wird, wurde dem Anästhesisten zur Versorgung überreicht, da keine Hebamme anwesend war.

Es wird geschildert, dass dieses Problem aufgrund von Personalmangel mindestens einmal monatlich auftritt. In der juristischen Beurteilung findet sich die ganz klare Aussage, dass eine Geburt nur in Anwesenheit einer Hebamme stattfinden darf.

Gerade in kleineren Häusern gibt es im Laufe des Jahres jedoch immer wieder Fälle, in denen zwei Geburten parallel betreut werden müssen und daher auch einmal ein Kaiserschnitt ohne Hebammenbetreuung notwendig wird. Hier ist es wichtig (wie in diesem Falle auch), dass der Anästhesist geschult ist in der Versorgung eines Neugeborenen. In dem geschilderten Fall jedoch handelte es

sich um ein dienstplanerisches Problem, in der fraglichen Nacht war keine Hebamme eingepplant.

Das stellt ein erhebliches Organisationsverschulden dar. Nicht nur die geburtshilfliche Abteilung sollte das notwendige Personal einfordern, sondern auch durch die Anästhesie in dieser Forderung aktiv unterstützt werden.

In Sachsen mussten allein im letzten Jahr aufgrund des Personalmangels an Hebammen zwei (allerdings sehr kleine) geburtshilfliche Abteilungen geschlossen werden. Weitere Anfahrtswege müssen aufgrund zwingend erforderlicher Qualitätsanforderungen an eine Geburt in Kauf genommen werden.

Details finden Sie unter <https://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMOkttober2014.pdf>.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin



Wissenschaftliche Studie zum Umgang mit einer Krebserkrankung – Ärzte und Ärztinnen für eine (Online-) Befragung gesucht

Wen suchen wir?

Ärzte und Ärztinnen, vor allem aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Gastroenterologie, Chirurgie und Strahlentherapie, die in ihrem Behandlungsalltag regelmäßig Kontakt zu Patienten bzw. Patientinnen mit Brust-, Darm- oder Prostatakrebs haben.

Worum geht es in der Befragung?

Es geht um die ärztliche Sicht auf Strategien und Maßnahmen, die an Krebs erkrankte Personen zusätzlich zu der medizinischen Behandlung anwenden (können), zum Beispiel ernährungsbezogene Strategien oder körperliche Aktivität. Was halten Sie

für sinnvoll? Welche Empfehlungen zusätzlich zur medizinischen Behandlung geben Sie und wovon raten Sie eher ab?

Was ist das Ziel der Studie?

Mit den Ergebnissen unserer Studie soll die ärztliche Beratungssituation für alle Beteiligten verbessert sowie Angebote und Informationsmaterialien für Patienten/-innen entwickelt werden.

Wer führt die Studie durch?

Am Momentum Projekt beteiligt sind die Universität Heidelberg (Prof. Dr. Monika Sieverding), das Deutsche Krebsforschungszentrum (Prof. Dr. Karen Steindorf), das Universitätsklinikum Heidelberg (Dr. Joachim Wiskemann) und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen. Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe gefördert.

Wie können Sie teilnehmen?

Über unsere Homepage www.momentum-projekt.de können Sie an der Befragung teilnehmen (Dauer: ca. 15 bis 20 Minuten).

Alternativ können Sie den Fragebogen gern auch in einer Papierversion zugeschickt bekommen (mit frankiertem Rückumschlag). In dem Fall schreiben Sie uns eine E-Mail an: momentum@dkfz.de

Für die Teilnahme an unserer Befragung erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 25 Euro.

Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

Prof. Dr. rer. nat Karen Steindorf
Abteilung Bewegung, Präventionsforschung
und Krebs
Deutsches Krebsforschungszentrum und
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen,
Heidelberg

Neue bundesweit geltende Meldepflichten: Bedeutung für Sachsen

Am 1. Mai 2016 trat die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung – IfSGMeldAnpV) in Kraft. Einige der hier aufgeführten Meldepflichten bestanden bereits und waren bis dato durch andere Verordnungen geregelt.

Ausdehnung der Meldepflichten in Bezug auf namentlich an das zuständige Gesundheitsamt zu meldende Krankheiten (sogenannte Arztmeldung)

Zu melden sind der Verdacht sowie die Erkrankung und der Tod an zoonotischer Influenza. Die seit 2007 geltende „Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung“ wird hierdurch ersetzt und tritt außer Kraft.

An dieser Stelle eingebunden wurde außerdem die bundesweite Meldepflicht der Erkrankung und des Todes an einer Clostridium-difficile-Infektion mit schwerem Verlauf. Da in Übereinstimmung mit den zuständigen Seuchenreferenten der Länder davon ausgegangen wurde, dass schwer verlaufende Infektionen durch C. difficile als bedrohliche Krankheit mit Hinweis auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit zu werten sind, wurde bereits im Jahr 2007 die namentliche Meldepflicht nach § 6 IfSG für den Nachweis von Ribotyp-027-Infektionen sowie für die Diagnose schwerer bzw. rekurrerender C.-difficile-Infektionen eingeführt. Hier wird der Bedeutung des Erregers Rechnung getragen, indem er nun explizit aufgeführt wird und nicht mehr nur unter der Rubrik der sogenannten weiteren bedrohlichen Krankheiten erfasst wird. Da in Sachsen gemäß (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 und § 4 Abs. 1 Nr. 4) sächsischer IfSG-Meldeverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Ver-

braucherschutz über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) eine generelle Meldung der Erkrankung und des Todes an einer durch C. difficile verursachten Enteritis infectiosa bereits seit langem besteht und C. difficile somit auch meldepflichtig ist, wenn allein das Krankheitssymptom „Durchfall“ gegeben ist, sind keine Änderungen zu beachten.

Ausdehnung der Meldepflicht in Bezug auf namentlich meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (sogenannte Labormeldung)

Die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes wurde ausgedehnt auf den direkten oder indirekten Nachweis von Chikungunya-Virus, Dengue-Virus, West-Nil-Virus, Zika-Virus und sonstige Arboviren, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist. Da sie in seltenen Fällen auch das Krankheitsbild eines hämorrhagischen Fiebers auslösen können, kamen Nachweise von Dengue-Virus bereits gemäß IfSG zur Meldung. Dem großen, expandierenden Zika-Virus-Ausbruch in Mittel- und Südamerika geschuldet, wurden nun die neuen Meldekatgorien der durch Arthropoden übertragenden Gruppe der Arboviren eingeführt. Zudem wird vermutet, dass die bis in gemäßigte Breiten vorkommende asiatische Tigermücke (Aedes albo-

pictus) übertragungskompetent ist und in Zukunft auch in einigen Regionen Deutschlands autochthone Infektionen auftreten könnten.

Außerdem sind die direkten Nachweise folgender Krankheitserreger zu melden: Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor.

Hierfür liegt bereits seit Mai 2009 eine entsprechende Meldepflicht nach Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung vor und es wurde nur eine sinnvolle Zusammenführung vollzogen. In dem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in Sachsen entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 6 IfSGMeldeVO zusätzlich eine namentliche Meldepflicht des direkten oder indirekten Nachweises von caMRSA (community acquired Methicillin-resistentem S.aureus, PVL-bildend) besteht.

Eine Erweiterung der bundesweiten Meldepflicht wurde zudem vollzogen für: Enterobacteraceae sowie Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinate; Meldepflicht bei Infektion und Kolonisation. Im Freistaat Sachsen ist diese Erregergruppe gemäß der IfSGMeldeVO bereits seit Dezember 2012, jeweils differenziert nach Infektion und Kolonisation, zu übermitteln. Gemeinsam mit dem Bun-

desland Hessen hatte Sachsen diesbezüglich eine Vorreiterstellung eingenommen.

Zusätzlich ist in Sachsen auch der Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa* mit erworbenen Carbapenemase oder bei gleichzeitigem Vorliegen von phänotypischer Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, Cephalosporine der 3. und 4. Generation, Carbapeneme und Fluorchinolone zu melden. Diese Meldepflicht gemäß sächsischer IfSGMeldeVO bleibt unberührt.

Zusammenfassend bedeuten die neuen Meldepflichten für Sachsen, bis auf die Tatsache der nun zu erfassenden Arbovirus-Infektionen, keine

Ärztliche Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz:

- Meldepflichtige Erkrankungen: Gemäß § 6 IfSG sind vom feststellenden/leitenden Arzt der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an den dort festgelegten Erkrankungen zu melden.
- Meldepflichtige Erreger: Gemäß § 7 IfSG haben die Leiter der Labore Nachweise der dort festgelegten Krankheitserreger zu melden.
- Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik haben sowohl meldepflichtige Erkrankungen gem. § 6 IfSG als auch meldepflichtige Erreger gem. § 7 IfSG zu melden.

maßgeblichen Neuerungen. Die aktualisierten Meldebögen sowie Versionen, die direkt am PC ausfüllbar sind, finden Sie unter den folgenden Links:

http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_ArztMeldebogen.pdf

http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_LabMeldebogen.pdf

http://www.gesunde.sachsen.de/download/lu/LUA_HM_LabMeldebogen_MRE.pdf

Dr. med. Sophie-Susann Merbecks
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen

Mitteilungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO):

Aktualisierung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfeempfehlungen E 5, E 6 und E 7 – ab 1. Juli 2016:

Die Sächsische Impfkommision (SIKO) beschloss auf ihrer 47. Sitzung am 01.04.2016 die Aktualisierung folgender Dokumente zum 01.07.2016:

E 5

Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zu Impfabständen

E 6

Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen

E 7

Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zu hygienischen Grundbedingungen bei der Durchführung von Schutzimpfungen

Die novellierten Impfeempfehlungen E 5, E 6 und E 7 liegen als Sonderdruck dieser Ausgabe des Ärzteblatt-

tes Sachsen vom Juni 2016 bei. Sie werden außerdem auf den Homepages

- der Sächsischen Landesärztekammer: www.slaek.de → Ärzte → Informationen / Leitlinien → Impfungen
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen: www.ghuss.de → Sächsische Impfkommision veröffentlicht.

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision
Elisabeth-Reichelt-Weg 35
09116 Chemnitz
siko.beier@t-online.de
dietmar.beier@lua.sms.sachsen.de

Anzeige

Asylbewerber: Datenübermittlung an Behörden

Aktuell kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten bezüglich der Kommunikation mit Behörden. Konflikte mit der ärztlichen Schweigepflicht treten dabei immer wieder auf, da sich die rechtlichen Regelungen zur Datenübermittlung im Asylrecht von denen des Sozialrechts unterscheiden.

Insbesondere gilt dies, wenn die Behörde (Landesdirektion/Sozialamt/Gesundheitsamt) selbst Daten erhebt. Sie ist dabei an datenschutzrechtliche Grundsätze gebunden. Danach ist eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten zulässig, wenn

eine Rechtsvorschrift sie erlaubt oder soweit der Betroffene einwilligt. Mit § 7 AsylG liegt eine solche Rechtsvorschrift bzw. Erlaubnisnorm vor, sodass es im hiervon erfassten Bereich daneben keiner Einwilligung bedarf.

Orientierungshinweise

Fragt die Behörde (Landesdirektion/Sozialamt/Gesundheitsamt) beim behandelnden Arzt medizinische Informationen zu einem Asylbewerber an, so können diese ohne Entbindung von der Schweigepflicht weitergegeben werden, wenn es „offensichtlich ist, dass es im Interesse des Betroffenen liegt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass er in Kenntnis der Erhebung seine Einwilligung verweigern würde“ (siehe § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 AsylG). Dies dürfte regel-

haft der Fall sein, wenn es um die Bewilligung einer medizinisch notwendigen Leistung geht.

Wenn dagegen der behandelnde Arzt im Antrag auf Kostenzusage von sich aus medizinische Informationen an die Behörde sendet, muss eine personalisierte Entbindung von der Schweigepflicht des Asylbewerbers vorliegen. Formalisierte Entbindungen von der Schweigepflicht in verschiedenen Sprachen finden sich auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de → FAQ → Asylbewerber – Medizinische Versorgung → Wo finde ich Anamnesebögen in anderen Sprachen).

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Konzerte und Ausstellungen

Programmorschau

25. September 2016, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Herbstliche Klänge“
Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen.

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Katharina Lewonig
Hinkeln – Malerei und Zeichnung
bis 10. Juli 2016

Rita Geißler
Im Licht – Malerei, Zeichnung, Grafik
28. Juli bis 23. Oktober 2016
Vernissage: Donnerstag,
28. Juli 2016, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,
Kulturjournalistin, Dresden



12. Informationsveranstaltung für Medizinstudierende und Jungärzte

STEX in der Tasche – wie weiter?

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Mittwoch, 22. Juni 2016 | 11.30 Uhr–15.00 Uhr

Medizinisch-Theoretisches Zentrum der TU Dresden | Fiedlerstr. 42 | 01307 Dresden

Zuständigkeit der Ethikkommissionen in Sachsen

Die Sächsische Landesärztekammer weist aktuell darauf hin, dass bei der Teilnahme an medizinischen Forschungsvorhaben grundsätzlich die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) für die Beratung von Ärzten in Sachsen zuständig ist. Dies resultiert aus § 5a Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes und umfasst auch eine Zuständigkeit für akademische Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen. Eine Ausnahme zu dieser grundsätz-

lichen Zuständigkeit bildet § 5a Abs. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz. Danach können die Medizinischen Fakultäten oder die Universitäten Leipzig und Dresden selbst eigene Ethikkommissionen errichten. Diese treten für ihren Zuständigkeitsbereich an die Stelle der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer. Zu diesem Zuständigkeitsbereich gehören jedoch nicht die Akademischen Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen.

Dies bestätigen auch die Staatsministerien für Soziales und Verbraucherschutz sowie für Wissenschaft und Kunst als zuständige Rechtsaufsichtsbehörden, wonach „die Interpreta-

tion der einschlägigen Gesetzesvorschriften ... zu dem Ergebnis führt, dass die universitären Ethikkommissionen lediglich einen eng begrenzten Zuständigkeitsbereich haben, der Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen als außeruniversitäre Einrichtungen nicht umfasst.“

Das Anliegen der SLÄK ist es, für die in Sachsen tätigen Ärzte rechtlich nicht angreifbare Voten zu erstellen und ihren Mitgliedern eine gesetzeskonforme, rechtssichere und unabhängige Beratung zu garantieren.

Ass. jur. Anke Schmieder
Leiterin Referat Ethikkommission

vocatium Dresden 2016

9. Fachmesse für Ausbildung und Studium

Rund 2.400 Schülerinnen und Schüler aus über 61 Schulen besuchten am 11. und 12. Mai 2016 im Internationalen Congress Center die vocatium Dresden.

Die Messe richtete sich in erster Linie an Schüler der 9. Klassen von Oberschulen und der 11. Klassen an Gymnasien, die sich über Ausbildungs- und Studienmöglichkeiten informieren konnten. Das Veranstaltungskonzept basiert auf passgenauen, verbindlichen Beratungsgesprächen zwischen den Ausstellern und den Jugendlichen. Mehr als 6.000 Gesprächswünsche wurden bereits im Vorfeld der Messe für feste Gesprächstermine mit den Ausstellern angemeldet.

Die Sächsische Landesärztekammer beteiligte sich zum zweiten Mal an dieser Fachmesse. An ihrem Stand warb sie für den interessanten, abwechslungsreichen und anspruchsvollen Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA). Für alle Fragen rund um das Berufsbild standen den zahlreichen Interessenten die Mitarbeiterinnen des Referates Medi-



Beratungsgespräch am Stand der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK

zinische Fachangestellte der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung.

Aus dem Praxisalltag ist die MFA nicht wegzudenken. In einigen Regionen werden qualifizierte MFA händeringend gesucht. Schon aus eigenem Interesse sind Praxen daher gefordert, in den Nachwuchs zu investieren, junge Menschen auszubilden und durch attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie Aufstiegsmöglichkeiten an ihre Arbeitsplätze zu binden.

Die Rahmenbedingungen auf dem Ausbildungsmarkt haben sich verändert. Seit 2007 ist die Zahl der Schüler, die einen Ausbildungsplatz

suchen, deutlich zurückgegangen. Mehr junge Menschen als bisher streben ein Studium an. Gleichzeitig haben aber zahlreiche junge Menschen Probleme, den Einstieg in die Ausbildung zu finden. Zum Teil gibt es ein Ungleichgewicht zwischen den Ausbildungsanforderungen und den Qualifikationen der Bewerberinnen und Bewerber.

Die Beratungsgespräche ermöglichen eine qualifizierte Information der SchülerInnen über das Berufsbild der MFA, die Ausbildungsvoraussetzungen und Ausbildungsanforderungen.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Fachsprachenprüfung für ausländische Ärzte

Seit dem 1. Mai 2016 hat die Landesdirektion Sachsen bei der Erteilung der Approbation bzw. einer Berufserlaubnis zu prüfen, ob der Antragsteller über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Nach Einzelfallprüfung wird der Antragsteller durch die Landesdirektion Sachsen aufgefordert, einen Fachsprachentest zu absolvieren. Mit der Durchführung der Fachsprachenprüfungen für Ärzte wurde die Sächsische Landesärztekammer beauftragt.

Die Fachsprachenprüfung dient dabei der behördlichen Aufklärung zum Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zur Erteilung der Approbation. Es handelt sich damit um ein Sachverständigengutachten.

Die Fachsprachenprüfungen für Ärzte finden in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Organisatorisch werden sie durch das Referat Weiterbildung/Prüfungswesen betreut.

Die ersten Mitglieder der Prüfungskommission Fachsprache wurden bereits durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer berufen. Bei der Vorbereitung der Einführung der Fachsprachenprüfungen wurde die Sächsische Landesärztekammer von Mitgliedern der Ärztekammer Westfalen Lippe fachlich unterstützt, die im April 2016 auch eine Informationsveranstaltung für die ersten zukünftigen Fachsprachenprüfer in Dresden durchführten. Die ersten Prüfungstermine sind für Ende Juli/Anfang August 2016 geplant.

Ablauf der Fachsprachenprüfung

Der Fachsprachentest findet in Form einer Einzelprüfung statt, in der die mündliche und schriftliche Kommunikationsfähigkeit des Antragstellers im berufsspezifischen Kontext überprüft wird. Das Fachwissen des Antragstellers wird nicht überprüft.

Der Test dauert mindestens 60 Minuten und umfasst folgende Teile zu je 20 Minuten:

- a) ein Anamnesegespräch mit einem (gespielten) Patienten,
- b) Anfertigung eines ärztlichen Kurzberichtes über das geführte Anamnesegespräch,
- c) Weitergabe der im Anamnesegespräch erhaltenen Informationen an einen Arzt im Rahmen eines Übergabegesprächs, Absprache möglicher Diagnosen, Maßnahmen und Therapien.

Ärzte müssen über Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau der Niveaustufe C1 (GER) verfügen. Dafür sind folgende fachspezifische Sprachanforderungen zu erfüllen:

- Sie müssen ihre Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen verstehen und sich insbesondere so spontan und so fließend verständigen können, dass sie in der Lage sind, sorgfältig die Anamnese zu erheben, Patienten sowie deren Angehörige über erhobene Befunde sowie eine festgestellte Erkrankung zu informieren, die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs darzustellen und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten zu erklären, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen.
- In der Zusammenarbeit mit Kollegen sowie Angehörigen anderer

Berufe müssen sie sich so klar und detailliert ausdrücken können, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf beruhende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind.

- Darüber hinaus müssen sie die deutsche Sprache auch schriftlich angemessen beherrschen, um Krankenunterlagen ordnungsgemäß führen und ärztliche Bescheinigungen ausstellen zu können.

Bewertung der Prüfung

Die Prüfungskommissionen bestehen aus drei Personen, von denen mindestens zwei Ärzte sind. Die Mitglieder der Kommissionen nehmen die Bewertung der Prüfung nach einem einheitlichen, strukturierten Schema gemeinsam vor und teilen das Ergebnis unmittelbar nach der Prüfung dem Prüfungskandidaten mit. Das Prüfungsergebnis wird im Anschluss der Approbationsbehörde mitgeteilt. Die weitere Bearbeitung erfolgt dort. Im Falle des Nichtbestehens kann die gesamte Fachsprachenprüfung mehrmals wiederholt werden. Die Anzahl der Wiederholungsprüfungen ist nicht begrenzt. Für jede Prüfung ist eine Gebühr zu entrichten. Ausführliche Informationen zur Prüfung stehen unter www.slaek.de bei Ärzten/Ausländische Ärzte/Fachsprachenprüfungen.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/C025	Kinder- und Jugendmedizin	Chemnitz, Stadt	24.06.2016

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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/D028	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	24.06.2016
16/D029	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	11.07.2016
16/D030	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häufiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	24.06.2016

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

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Sächsische Ärzte können jederzeit praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einreichen (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Die Manuskripte sollten in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.

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

7. Seniorenausfahrt der Kreisärztekammer Zwickau

Die Kreisärztekammer Zwickau lädt am **29. September 2016** zur 7. Seniorenausfahrt ein. Die Tagesfahrt führt nach Coburg und dort vor allem auf die Veste Coburg.

Die Ausfahrt beginnt 7.00 Uhr ab Betriebshof der Firma „Kaiser-Reisen“, Lengenfelder Straße 155, 08064 Zwickau. Weitere Details ent-

nehmen Sie bitte dem Einladungsschreiben, welches jedes Mitglied der Kreisärztekammer Zwickau im „Seniorenalter“ erhalten hat.

Bitte senden Sie die verbindliche Reiseanmeldung bis zum 15. Juli 2016 an die:

Kreisärztekammer Zwickau
z. Hd. Frau Martin
Ronneburger Str. 106
08412 Werdau

Dr. med. Stefan Hupfer
Vorsitzender der Kreisärztekammer Zwickau

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
16/L019	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.07.2016
16/L020	Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Leipzig	11.07.2016
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/L021	Kinder- und Jugendmedizin/Kinder-Nephrologie	Leipzig, Stadt	11.07.2016
16/L022	Neurologie	Leipzig, Stadt	24.06.2016

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		
Allgemeinmedizin*)	Glauchau	geplante Abgabe: 01.07.2016
Allgemeinmedizin*)	Zwickau	geplante Abgabe: 3. Quartal 2017
Allgemeinmedizin*)	Freiberg	geplante Abgabe: ab dem 4. Quartal 2017

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: 2017/2018
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft) Weiterführung in jeder Form möglich	Zittau Ort: Kurort Jonsdorf	Abgabe nach Vereinbarung

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

Interventioneller Vorhofohrverschluss – Wer? Wie? Was?

C. Mues, K. Ibrahim, U. Speiser, M. Hubald, R. H. Strasser
Technische Universität Dresden,
Herzzentrum Dresden, Universitätsklinik,
Dresden

Der interventionelle Vorhofohrverschluss ist eine leitliniengerechte Therapiemöglichkeit von Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, die nicht mit einer Langzeitantikoagulation behandelt werden können.

Hintergrund und Indikation

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung weltweit. Bei nicht valvulärem Vorhofflimmern entstehen 90 % der zur kardialen

Embolie führenden Thromben im linken Vorhofohr („left atrial appendage“, LAA). Bei valvulär bedingtem Vorhofflimmern (definiert als rheumatisch bedingtes oder durch klappenprothetischen Ersatz bedingtes Vorhofflimmern) entstehen nur ca. 50 % der Thromben im LAA. Zur Verhinderung von Thrombembolien wird leitliniengerecht ab einem CHA_2DS_2 -VAsC-Score > 1 eine orale Antikoagulation empfohlen (Infobox 1). Zur Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern stehen aktuell Vitamin-K-Antagonisten, Heparine, direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) und direkte Thrombininhibitoren (Dabigatran) zur Verfügung. Hierdurch kann das Risiko einer vorhofflimmerbedingten Thrombembolie um ca. 70 % reduziert werden. Vor

Beginn einer Behandlung mit Antikoagulantien sollte das patientenindividuelle Blutungsrisiko durch den HAS-BLED-Score (Infobox 2) ermittelt werden. Ab einem Punktwert von >3 gilt das Risiko für schwere Blutungen als hoch (1).

Bei Patienten mit stattgehabter Blutungskomplikation oder Kontraindikationen gegen eine Behandlung mit Antikoagulantien und gleichzeitig bestehender Notwendigkeit zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern, stehen die behandelnden Ärzte vor einem Dilemma.

In der ESC-Leitlinie von 2012 zum Management von Vorhofflimmern wird bei Kontraindikation zur OAK der interventionelle Vorhofohrverschluss mit einer IIb Indikation empfohlen. Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass eine effektive Vermeidung von Thrombembolien in dieser Situation nicht durch eine Thrombozytenhemmung zu erzielen ist (2).

Erste Erfahrungen zum interventionellen Vorhofohrverschluss wurden 2001 mit dem Okkluder PLAATO Device von Appriva Medical gesammelt. Die aktuell verfügbaren Devices stellen im Wesentlichen Weiterentwicklungen dieses ersten Okkluders dar. Mit der ersten, großen, prospektiv-randomisierten Studie 2009 zum interventionellen Vorhofohrverschluss, der PROTECT AF Studie, fand der interventionelle Vorhofohrverschluss Einzug in die klinische Routine. Mittlerweile wurden ca. 25.000 Patienten in Deutschland mit einem Vorhofohrverschluss behandelt. Alleine 2015 wurden ca. 5.000 interventionelle Vorhofohrverschlüsse durchgeführt, so dass diese Behandlungsform als Routinetherapie anzusehen ist.

Der interventionelle Vorhofohrverschluss ist unter dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-837.s und der Diagnosis Related Group (DRG) F95A hinterlegt und wird mit einem Relativgewicht von 2,899 gewichtet. Hieraus ergibt sich ein Erlös von ca. 9.300 Euro.

Ein Vorhofohrverschluss wird fünf Jahre nach Implantation kostengünstiger als eine Therapie mit direkten oralen Antikoagulantien. Im Vergleich zu einer Phenprocoumonthe-

	Risikofaktor	Score
C	Kongestive Herzerkrankung	1
H	Hypertonie	1
A ₂	Alter > 75 Jahre	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	Vorangegangener Schlaganfall/ TIA/ Thrombembolie	2
V	Vaskuläre Erkrankung (z.B. KHK, pAVK)	1
A	Alter 65-74 Jahre	1
Sc	Weibliches Geschlecht	1
	Gesamt	9

Infobox 1: Mit dem CHA_2DS_2 -VAsC-Score kann das patientenindividuelle Thrombembolie-Risiko bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern berechnet werden. Ab einem Punktwert von > 1 ist eine orale Antikoagulation bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern indiziert.

	Risikofaktor	Score
H	Hypertonie (RR syst. > 160mmHg oder Antihypertensiva)	1
A	Abnormale Leber-/Nierenfunktion	je 1
S	Schlaganfall in der Vorgeschichte	1
B	stattgehabte Blutung oder Blutungsneigung	1
L	Labile INR Einstellung (>60% außerhalb des Zielbereich)	1
E	Alter > 65 Jahre	1
D	Medikamenteneinnahme (wie NSAR) oder Alkoholmissbrauch	je 1
	Gesamt	9

Infobox 2: Mit dem HAS-BLED-Score kann das patientenindividuelle Blutungsrisiko eruiert werden. Ab einem Punktwert > 3 gilt das Blutungsrisiko als hoch.

rapie werden durch den Vorhohrverschluss nach zehn Jahren Kostensparnisse erreicht (12).

Vorhohrverschluss – Patientenauswahl

Idealerweise sollten bei Patienten mit Indikation zum LAA Verschluss keine Nebenerkrankungen bestehen, die eine Antikoagulation erfordern oder ein konkomittierendes Risiko für einen Schlaganfall darstellen. Je nach Art der Nebenerkrankung kann der Vorhohrverschluss hierdurch kontraindiziert sein (zum Beispiel mechanische Herzklappe) oder bedarf einer individuellen Abwägung (zum Beispiel rezidivierende Beinvenenthrombosen). Ein interventioneller LAA-Verschluss soll weiterhin nicht durchgeführt werden, wenn zusätzliche Erkrankungen bestehen, die eine kardiochirurgische Operation erfordern.

Patienten mit Indikation zum Vorhohrverschluss sollten präinterventionell eine transösophageale Echokardiografie (TEE) erhalten, um die Beschaffenheit des LAA und des intraatrialen Septums (IAS) beurteilen zu können. Alternativ kann ein hochauflösendes Cardio-CT mit niedriger Strahlenbelastung Verwendung finden. Eingangsdurchmesser und Tiefe des LAA müssen ermittelt werden. Zur genaueren Beurteilung der Eingangsebene eignet sich eine 3D-Darstellung. Das LAA sollte zum Zeitpunkt des Verschlusses thrombenfrei sein (3).

Vorhohrverschluss – Technik

Beim interventionellen Vorhohrverschluss wird bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern das LAA mit einem Implantat verschlossen. In Europa gibt es derzeit zwei Systeme, die kommerziell erhältlich sind: Watchman-Device (Boston Scientific) (Abb. 1) und Amplatzer Cardiac Plug 2 – Amplatzer Amulet Left Atrial Appendage Occluder (St. Jude Medical) (Abb. 2) (4). Die verschiedenen Vorhohr-Okkluder werden interventionell ähnlich implantiert (Abb. 3a, b). Die Intervention wird in einem Herzkatheterlabor unter Analgosedierung durchgeführt. Empfohlen ist der gleichzeitige Einsatz von

fluoroskopischer und transösophagealer echokardiografischer Kontrolle der Implantation. Zugangsweg zur Okkluder-Implantation ist die V. femoralis.

Nach transeptaler Punktion wird ein Applikationskatheter in das LAA vorgebracht und mittels Kontrastmittel angiografisch dargestellt. Der passende Okkluder wird durch den Applikationskatheter in das LAA vorgebracht. Bei Rückzug des Applikationskatheter entfaltet sich der Okkluder im LAA und verschließt dieses. Sitzt der Okkluder nicht richtig, führt man ihn in den Applikationskatheter zurück und unternimmt einen Repositionierungsversuch. Bei korrektem Sitz lässt man den Okkluder vom Applikationskatheter frei. Die Eingriffszeit beträgt durchschnittlich ca. 45 Minuten.

Im Anschluss an die Intervention ist eine transthorakale Echokardiografie erforderlich, um schwere Komplikationen, insbesondere einen Perikarderguss oder -tamponade auszuschließen. Die Patienten sollten einen weiteren Tag zur Beobachtung in der Klinik verbleiben und können am Folgetag bei komplikationsloser Intervention entlassen werden.

Postinterventionelle Gerinnungshemmung

Da die Oberfläche des Okkluders unmittelbar nach interventionellem Vorhohrverschluss als thrombogen gilt, muss eine Antikoagulation/Thrombozytenhemmung bis zur Endothelialisierung eingenommen werden. 3 – 6 Monate werden für die Endothelialisierung benötigt. Derzeit wurde lediglich eine Nachbehandlung mit ASS und Clopidogrel für 3 – 6 Monate mit anschließender ASS-Monotherapie bei Patienten mit Kontraindikation gegen OAK untersucht. Hiervon kann in individuellen Fällen abgewichen werden. Bei Patienten mit hoher Blutungswahrscheinlichkeit muss das Ziel sein, nach 6 Monaten keine blutverdünnenden Medikamente verordnen zu müssen (5, 6).

Sicherheit der Prozedur

Ein wesentlicher Punkt, der bei interventionellen Verfahren nicht außer



Abb. 1: Das Watchman-Device von Boston Scientific besteht aus einem selbstexpandierenden Nitinolrahmen, an dem zehn Fixierungshaken befestigt sind. Die Oberfläche wird von einer PET-Schicht (PET=Polyethylenterephthalat) bedeckt. Das Device ist in verschiedenen Größen verfügbar und wird in einem vorgeladenen Applikationskatheter geliefert. In dieser Abbildung ist es noch am Applikationskatheter verschraubt. Hierüber ist eine Repositionierung (Recapture) bei nicht optimaler Platzierung im LAA möglich. Nach korrekter Positionierung im LAA wird es vom Applikationskatheter abgeschraubt und versiegelt das LAA Ostium. © Boston Scientific, 2016



Abb. 2: Der AMPLATZER Amulet Left Atrial Appendage Occluder von St. Jude Medical: Er besteht aus einem selbstexpandierenden dreiteiligen flexiblen Nitinolgeflecht. Distal befindet sich eine mit Fixierungshaken und Polyestergewebe ausgestattete Verankerungsscheibe, die Lobe genannt wird und sich dem Ostium des LAA anpasst. Lobe ist über eine flexible Taille mit der 4–6 mm größeren Abschlusscheibe, Disc genannt, verbunden, die den Eingang des LAA wie ein Schnuller verschließt. Der ACP kann auch bei geringer Tiefe des LAA implantiert werden, da er speziell für niedrige Landungszonen entwickelt wurde. Der ACP ist ebenfalls in verschiedenen Größen verfügbar. © St. Jude Medical, 2016

Acht gelassen werden darf, ist die periprozedurale Sicherheit. Naturgemäß entstehen bei einem interventionellen Verfahren periprozedurale Komplikationen, die jedoch für den LAA-Verschluss nicht mit einem statistischen Nachteil einhergehen. 95 % der sicherheitsrelevanten Ereignisse treten während oder kurz nach der Intervention auf. Sicherheitsrelevante Ereignisse sind vor allem: Perikardergüsse (bis max. 5 % in großen Stu-

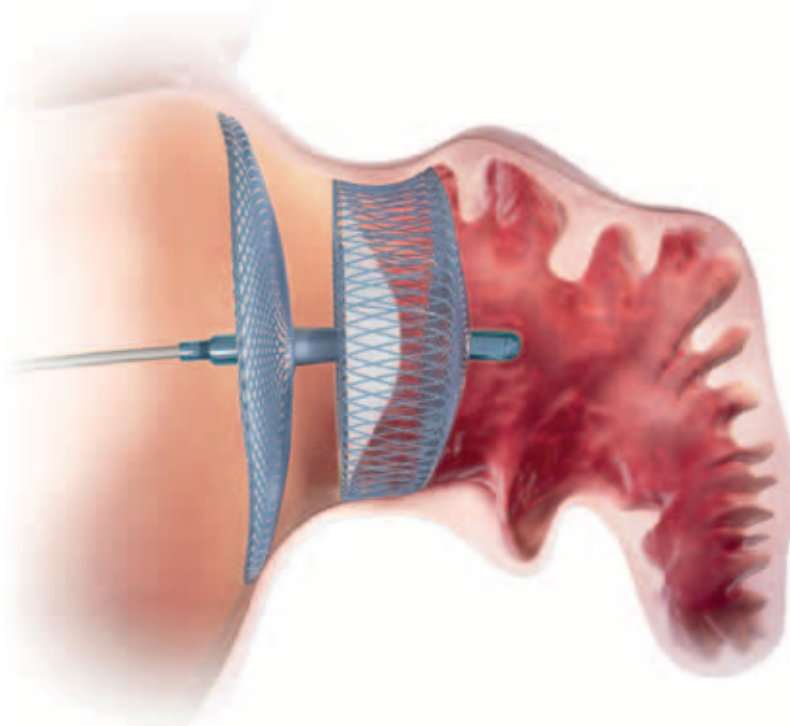


Abb. 3a: © St. Jude Medical, 2016

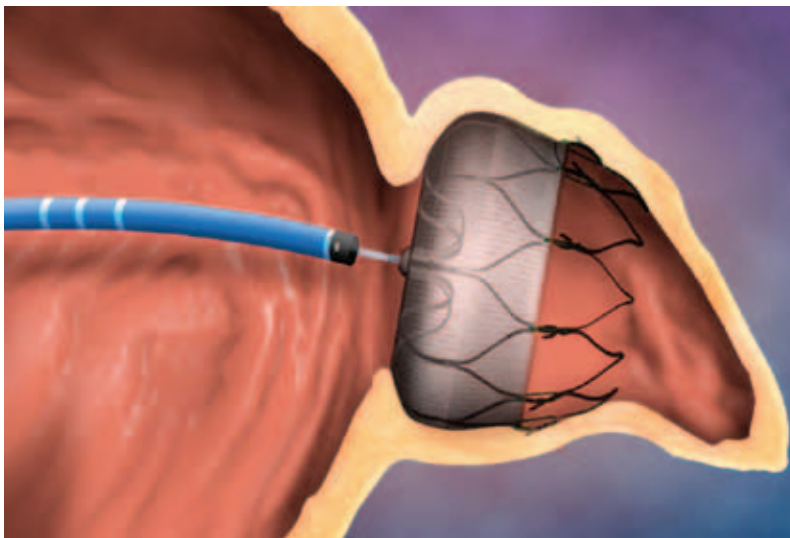


Abb. 3b: Die Okkluder-Implantation ist bei beiden Device-Typen ähnlich (a: Amplatzer Cardiac Plug, b: Watchman). Über einen (meist rechts) femoralen Zugang wird der Applikationskatheter via transseptaler Punktion in das LAA vorgebracht und unter transösophagealer und fluoroskopischer Führung im LAA positioniert. Im LAA wird der Okkluder anschließend entfaltet und das LAA damit verschlossen. Im IAS verbleibt ein minimaler iatrogen ASD II, welcher sich in der Regel von selbst verschließt.
© Boston Scientific, 2016

dien), periinterventionelle Schlaganfälle (bis 1 %, meist Luftembolien), periinterventioneller Device-Verlust (0,6 %), Thrombenbildung am Device (4,2 %) (7).

Nachsorge

Echokardiografische Kontrollen des Okkluders mit TEE 45 Tage, sechs Monate und zwölf Monate nach

Implantation sind sinnvoll. Hierbei sollte nach eventuell anhaftenden Thromben gesucht werden, die in der Regel gut mit niedermolekularem Heparin über vier Wochen behandelt werden können. Außerdem sollte auf einen Restfluss am LAA geachtet werden. Derzeit wird ein Restfluss bis 5mm als unproblematisch erachtet und ist nicht mit

einem erhöhten Thrombembolie-risiko vergesellschaftet (Abb. 4).

Bei einem Restfluss > 5mm besteht prinzipiell die Indikation zur Fortführung einer oralen Antikoagulation (5, 6).

Studienlage

Das Watchman-Device ist der einzige Okkluder, der bisher in zwei prospektiven randomisierten Studien untersucht wurde. Es ist der in Studien am umfangreichsten untersuchte LAA-Okkluder.

Die PROTECT-AF-Studie (PROTECT-AF = PROTECTion in Patients with Atrial Fibrillation) ist eine multizentrische, prospektive, randomisierte Studie, in die 707 Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern ohne Kontraindikation gegen OAK eingeschlossen wurden und 2 : 1 in Device- und Warfaringruppe randomisiert wurde. Nach einem mittleren Follow-up von vier Jahren ergibt sich mit 2,3 % primären Endpunktereignissen (definiert als: Schlaganfall [ischämisch und hämorrhagisch], kardiovaskulär bedingter Tod, systemische Embolie) pro Jahr in der Device-Gruppe und 3,8 % primären Endpunktereignissen in der Vitamin K -Gruppe eine statistische Überlegenheit für die Device-therapie. Es wird eine relative Risikoreduktion von 38 % erreicht. Bei den Sicherheitsendpunkten (Perikarderguss, Device-Verlust, Blutungskomplikationen) ergeben sich nach vier Jahren Followup 3,6 %/Jahr Sicherheitsendpunkte in der Device-Gruppe und 3,1 %/Jahr in der VKA-Gruppe. Hier besteht statistische Nichtunterlegenheit des Devices im Vergleich zur VKA-Gruppe (8).

Die PREVAIL-Studie (PREVAIL = Prospective Randomized EVALuation of the WATCHMAN™ LAA Closure Device In Patients with Atrial Fibrillation Versus Long Term Warfarin Therapy) ist die zweite prospektiv randomisierte Studie. 461 Patienten ohne Kontraindikation gegen eine OAK wurden 2 : 1 in Device- und Warfarin-Gruppe randomisiert. Die untersuchten Endpunkte waren mit denen der PROTECT AF Studie identisch. Eine im kombinierten primären Endpunkt überdurchschnittlich gut ab-

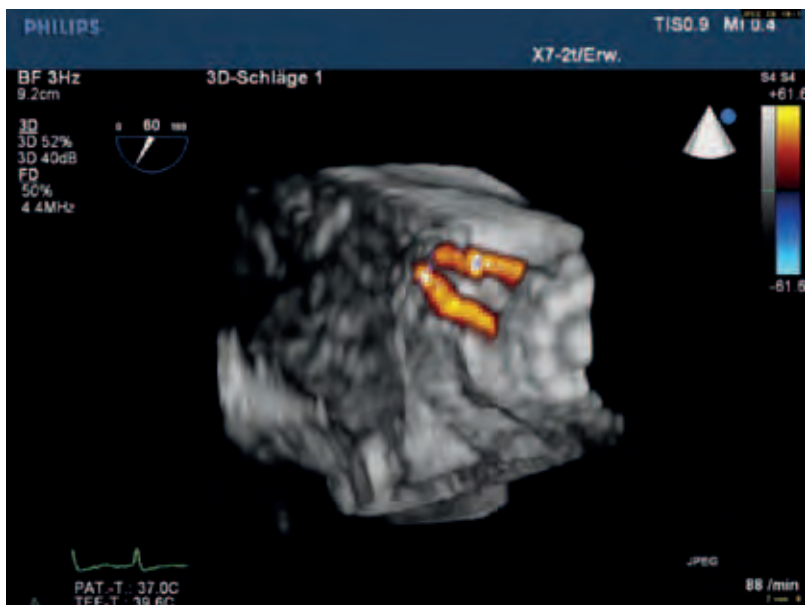
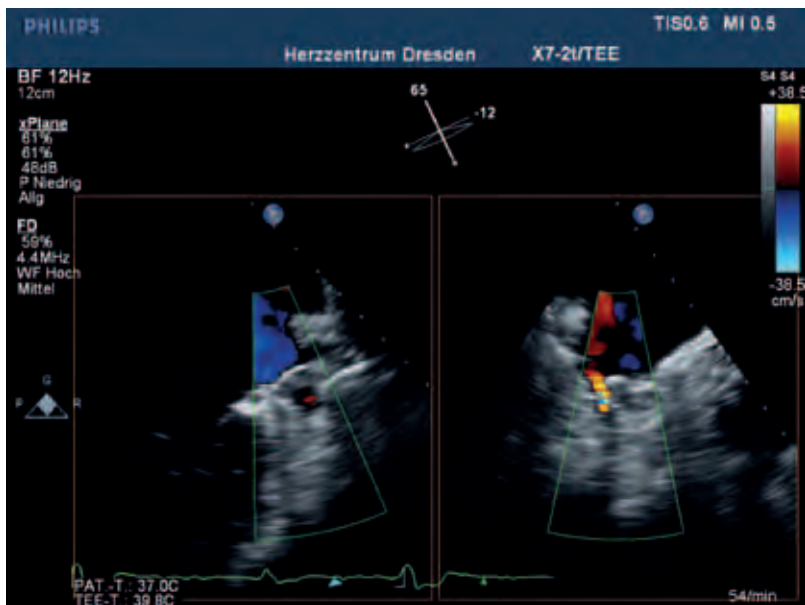


Abb. 4: Durch die ovale Form des LAA ist eine vollständige Versiegelung durch den Okkluder nicht in jedem Fall möglich, so dass Restflüsse vorkommen. Noch ist nicht geklärt, ab welchem Ausmaß der Schutz durch den Okkluder verringert wird. Zurzeit wird ein Restfluss von >5mm als kritisch angesehen.

schneidende Warfarin-Gruppe (2,9 % in 18 Monaten) bewirkt, dass das Device (5,3 % in 18 Monaten) keine statistische Nichtunterlegenheit erreicht. Diese wird nur erreicht, wenn der Zeitraum sieben Tage nach Implantation bis 18 Monate nach Implantation verglichen wird (9).

Es ist zu betonen, dass die beschriebenen großen prospektiv randomisierten Studien allesamt Patienten ohne Kontraindikationen gegen eine OAK untersuchten und daher nicht das Patientenkollektiv beschreibt, dass leitliniengerecht mit einem LAA-Okkluder versorgt werden sollte.

Daher wurden einzelne nicht randomisierte Registerstudien initiiert (10).

So auch das ORIGINAL Register (saxOnian Registry analyzing and following left atrial Appendage closure), welches ein multizentrisches, prospektives Register aus Ost-sachsen ist.

Teilnehmende Zentren sind:

- Technische Universität Dresden, Herzzentrum Dresden, Universitätsklinik
- Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt
- Klinikum Pirna

- Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden
- Elblandklinikum Riesa
- Lausitzer Seenlandklinikum Hoyerswerda
- Helios Klinikum Aue

Erste Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit wurden zur Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2016 im März in Mannheim vorgestellt. Im ORIGINAL Register wurden fast ausschließlich Patienten mit Kontraindikation gegen eine OAK eingeschlossen und mit einem Vorhoffohrkluder versorgt. Bei bisher 129 untersuchten Patienten konnte in diesem „real world“ Patientenregister eine gute Sicherheit und Wirksamkeit des LAA-Verschlusses, vergleichbar zu den oben genannten großen Studien, im ersten Follow up gezeigt werden. Langzeitdaten stehen in diesem Register noch aus.

Zusammenfassung

Der interventionelle Vorhoffohrverschluss ist eine leitliniengerechte Therapiemöglichkeit bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und Indikation zur oralen Antikoagulation, die nicht mit Langzeit-OAK behandelt werden können. Die Implantation ist sicher und bietet einen vergleichbaren Schutz vor Thromboembolien zu einer Antikoagulation mit einem Vitamin K Antagonisten. Vor einem geplanten interventionellen Verschluss müssen bildgebende Untersuchungen (TEE, CT) stattfinden, um das LAA zu beurteilen. Postinterventionell muss für drei bis sechs Monate eine Therapie mit Antikoagulantien verschiedener Art durchgeführt werden, um eine Endothelialisierung des Devices zu ermöglichen. Hierzu gibt es aktuell noch kein abschließend empfehlenswertes Schema (11).

Literatur bei den Verfassern

Interessenskonflikte: keine

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christoph Mues
Technische Universität Dresden
Herzzentrum Dresden
Universitätsklinik Dresden, Klinik für Innere
Medizin und Kardiologie
Fetscherstraße 76, 01307 Dresden
E-Mail: Christoph.Mues@mailbox.tu-dresden.de

Medizinische Versorgung von Patienten mit komplexen Behinderungen

Tagungsrückblick

Die medizinische Versorgung von Patienten mit komplexen Behinderungen stellt für Behandler, Angehörige und nicht zuletzt für die Patienten selbst oftmals eine große Herausforderung dar. Die Schwierigkeiten beginnen in der erschwerten Kommunikation über Beschwerden, die sich häufig eher als unspezifische Verhaltensstörungen bemerkbar machen und reichen hin bis zu ethischen Fragen der Umsetzung einer angemessenen Aufklärung und Einwilligung. Kolleginnen und Kollegen, die in der hausärztlichen Versorgung den Bedarf von Wohnheimen der Behindertenhilfe kennen, kennen auch die engen Grenzen der diagnostischen Möglichkeiten im Hausbesuch. Weiterführende diagnostische Maßnahmen lassen sich häufig nur in Narkose planen, sodass das Narkoserisiko gegen den Informationsgewinn abgewogen werden muss. Umfangreiche koordinative Absprachen sprengen meist deutlich den Rahmen ärztlicher Tätigkeit und werden der Notwendigkeit gehorchend ohne Abbildbarkeit der Leistung erbracht.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile), die im Artikel 25 das Gesundheitswesen dazu auffordert, für die über die Regelversorgung hinausgehende spezialisierte Versorgung aufgrund von Behinderungen zu sorgen, förderte die Sächsische Landesärztekammer bereits die zweite Tagung zu Aspekten der medizinischen Versorgung von Patienten mit komplexen Behinderungen. Die Unterstützung der Tagung, die am 16. April 2016 in der Sächsischen Landesärztekammer stattfand, reichte so weit, dass sich die Teilnehmer, etwa je zur Hälfte aus Ärztin-



Dipl.-Med. Kerstin Jahnke, Carmen Badura, Dr. med. Claudia Eberhard, Anne Wrede, Prof. Dr. med. Andreas Tzschach, Dr. med. Björn Kruse, Dr. med. Katja Albertowski (v.l.n.r.:)

© SLÄK

nen und Ärzten, vorrangig aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Psychiatrie und Psychotherapie, und aus Mitarbeitern verschiedener Berufe aus dem Bereich sozialer Arbeit in der Behindertenhilfe zusammensetzte.

Dr. med. Claudia Eberhard, die am Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz unter anderem den Bereich Psychiatrische Versorgung vertritt, gab zur Tagung einen Einblick in die Kommunikation zwischen Vertretern der Behindertenhilfe, Vertretern der Ärzteschaft, der Kostenträger und dem Ministerium, die bereits vor Inkrafttreten des neuen § 119c SGB V am 16. Juli 2015 initiiert wurde. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde mit dem § 119c SGB V (https://dejure.org/gesetze/SGB_V/119c.html) in Verbindung mit dem § 43b SGB V (https://dejure.org/gesetze/SGB_V/43b.html) die gesetzliche Grundlage für die Gründung von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) geschaffen, sodass bereits Anträge beim Zulassungsausschuss gestellt werden können. Dr. Eberhard mahnte, dass die in ihrem Vortrag erneut dokumentierte Befürwortung mögliche Antragsteller nicht davon entbinden wird, die konzeptionell angedachten Leistungen eines MZEB von bisher möglichen

Leistungen der Regelversorgung abzugrenzen und den spezifischen Bedarf zu begründen.

Prof. Dr. med. Michael Tzschach, Leiter der Genetischen Ambulanz am Institut für Klinische Genetik, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, gab einen breiten Überblick über genetische Ursachen von geistiger Behinderung und zeigte die Möglichkeiten der human-genetischen Diagnostik speziell bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung auf. Dr. med. Björn Kruse, Oberarzt im Fachbereich Gerontopsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin, referierte sehr detailliert und praxisnah über die Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung von Demenzerkrankungen bei Intelligenzminderung. Die spezialisierte psychiatrische Versorgung wurde am Beispiel der stationären Konzeption heilpädagogisch-psychiatrischer Behandlung am Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz durch die Bereichsleiterin Dipl.-Med. Kerstin Jahnke und an einem Beispiel ambulanter Krisenintervention bei Autismusspektrumstörung durch Dr. med. Katja Albertowski, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum in Dresden, dargestellt. Leider musste Prof. Dr. med. Michael Seidel seinen

Hauptvortrag zu den Herausforderungen psychiatrischer Fragestellungen bei Patienten mit Intelligenzminde- rung kurzfristig absagen. Ohne das überregional und politisch wirk- same Handeln von Prof. Seidel wäre die neue Gesetzesgrundlage für MZEBs einschließlich der dazu erar- beiteten Rahmenkonzeption (http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf) nicht auf den Weg und zum Abschluss gekommen. Daher war allein das Stattfinden der Tagung auch ein Zeugnis seiner richtungsweisenden Arbeit.

Abgerundet wurden die medizinisch geprägten Vorträge durch Beiträge aus den Bereichen Soziale Arbeit und

Einfache Sprache. Basierend auf einem Rückblick in die Zeit zur politi- schen Wende lud Carmen Badura, Dozentin für Sozial- und Heilpäda- gogik, zur Auseinandersetzung mit unserer Haltung gegenüber Men- schen mit Behinderungen ein. Anne Wrede, stellvertretende Leiterin des bundesweit ersten Büros für leichte Sprache, erklärte die Leitlinien zur Gestaltung von Inhalten in Leichter Sprache, die für die Transparenz von medizinischem Handeln für Men- schen mit Beeinträchtigungen der Intelligenz eine hohe Relevanz haben.

Insgesamt trug die Veranstaltung zur Bewusstseinsbildung und Netzwerk- stärkung bei und gab Teilnehmern

mit Praxisbezug umsetzbare Hin- weise zu verschiedenen Gesichts- punkten. Die Entwicklung von Kon- zepten von Medizinischen Behand- lungszentren für Erwachsene mit Behinderungen wird nun die Auf- gabe der Kollegen sein, die in der Praxis die Unterversorgung wahrneh- men. Die Weichen sind gestellt, Initi- ative und Durchhaltevermögen wer- den erforderlich sein, wenn es in Sachsen in absehbarer Zeit ein spezi- alisiertes Behandlungsangebot für Patienten mit komplexen Behinde- rungen geben soll.

Dr. med. Katja Albertowski
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden

Innovationspreis des Bundesverbandes der Deutschen Dermatologen e. V.

Der erste Platz des Innovationsprei- ses des Bundesverbandes der Deut- schen Dermatologen e.V. in Höhe von 5.000 Euro wurde am 9. April 2016 an das Leipziger Telemedizin- projekt „Consilium Dermatologicum“ verliehen.

Per Telekonsil werden innerhalb die- ses Projektes Haus- und Hautärzte insbesondere in ländlichen Regionen miteinander vernetzt, um eine schnelle fachärztliche Vorstellung bei dermatologischen Fragestellungen zu realisieren. In ländlichen Gegen- den schwindet die Zahl der niederge- lassenen Dermatologen zusehends, was für die Patienten weite Anfahrts- wege bis zum nächsten Hautarzt bedeutet. Zudem beträgt die Warte- zeit bis zu einem Hautarzttermin oft mehrere Wochen bis Monate. Dieser Verzug bis zur korrekten Diagnose- stellung kann für manchen Patienten einen entscheidenden Progress sei- ner Erkrankung bedeuten.

Im Detail übermittelt der Hausarzt den Befund des Patienten mithilfe eines Fotos und gegebenenfalls einer hochauflösenden Detailaufnahme



Preisverleihung – Innovationspreis BVDD e. V. am 9.4.2016 in Frankenthal.

Dr. med. Klaus Strömer, Thomas Kuwatsch, Dr. med. Anna-Theresa Seitz, Prof. Dr. med. habil. Uwe Paasch, Dr. Sebastian Landschulze, Prof. Dr. med. Klaus Fritz (v.l.)

© BVDD e.V.

sowie die klinischen Angaben des Patienten per Telekonsil über ein sicheres Datennetz an einen teilneh- menden Dermatologen. Der kontak- tierte Hautarzt gibt entweder eine Behandlungsempfehlung an den hausärztlichen Kollegen oder ermög- licht bei Bedarf eine zeitnahe Vor- stellung in seiner Praxis. Insbeson- dere das gesetzliche Hautkrebscree- ning, das aktuell bei Haus- und Hautärzten stattfindet, kann über das Projekt „Consilium Dermatologi- cum“ entzerrt werden.

Das Projekt „Consilium Dermatologi- cum“ wurde von den Leipziger Der- matologen Prof. Dr. med. habil. Uwe Paasch und Dr. med. Anna-Theresa

Seitz sowie dem Betriebswirt Thomas Kuwatsch entwickelt. Die Projekt- laufzeit ist auf drei Jahre angesetzt und der Projektstart für den 1. August 2016 geplant. Perspekti- visch ist auch die teledermatologi- sche Vernetzung von niedergelasse- nen Dermatologen und speziellen Fachkliniken geplant. Aktuell besteht noch die Möglichkeit als interessierte Praxis oder als potenzieller Investor an dem Projekt „Consilium Derma- tologicum“ teilzunehmen und das Thema Teledermatologie aktiv zu ge- stalten.

Dr. med. Anna-Theresa Seitz
Consilium Dermatologicum
E-Mail: seitz@dermaconsil.com

25 Jahre Kreisärztekammer Dresden

Am Sonnabend, dem 7. Mai 2016, beging die Kreisärztekammer Dresden ihr „Silbernes Gründungsjubiläum“ mit einem wunderbaren Fest auf Schloss Albrechtsberg.

Ganz in der Nähe des Kammer-Gründungsortes, dem Lingnerschloss, eines der drei Dresdner Elbschlösser, feierten knapp 200 Dresdner Ärztinnen und Ärzte, ehemalige und aktuelle Kreiskämmerer, Medizinstudierende und ihre Angehörigen und Freunde 25 Jahre Kreisärztekammer. Bei wundervollem Frühjahrs Wetter genossen die Gäste künstlerische Highlights, die in diesem Jahr ausschließlich von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gestaltet wurden. Bereits den heiteren Auftakt auf der Südterrasse des Schlosses umrahmten stilvoll die „Triologinnen“, ein Streichertrio um die Cellistin Dr. med. Anne-Sophie Hajduk.

Die Big Band Therapy – die großartige Bigband Dresdner Medizin- und Zahnmedizinstudierender – spielte swingenden Jazz, der die Gäste im Gartensaal nicht auf ihren Sitzen hielt. Später übernahm Smart Evidence die Mikrofone und sorgte nach der mitreißenden Bigband mit



© SLÄK

ihrem ganz speziellen funky Poprock-Sound dafür, dass die Tanzfläche unentwegt gefüllt war.

In der Kronensaal-Etage spielte die Reinhard Stockmann Band zum Ball auf und unterhielt mit umfassendem Repertoire von klassischer Dinner Musik über Disco-Klänge bis hin zum großen Walzer, sodass alle tanzwütigen Gäste bis in den frühen Mai-Sonntag hineintanzten konnten.

Die beiden Programm-Höhepunkte des Abends gestaltete Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, stellvertretender Vorsitzender der KÄK Dresden und Wort- und Technik-Akrobat, in seiner

unnachahmlichen, unterhaltsam-prägnanten Weise. Zum einen ließ er multimedial die letzten 25 Jahre Kreisärztekammertätigkeit Revue passieren, wobei unter den feiernden Gästen zahlreiche Erinnerungen aufkamen. Zum anderen wurde er zum Auktionator kurz vor Mitternacht, um ganz besondere Auktionsgüter (wie persönliche Führungen und Konzertkarten) zu versteigern. Diese Versteigerung fand zu Gunsten der „Schmorlschen Sammlungen“ des Instituts für Pathologie „Georg Schmorl“ des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt statt und erbrachte zum Auftakt ca. 600 Euro sowie zahlreiche neue Unterstützer des Fördervereins.

Die „silberne Geburtstagsfeier“ war in jeglicher Hinsicht – Gäste, Wetter, Stimmung – ein grandioser Abend. Sie zeigte die künstlerische Vielfalt, die allein in der hiesigen Ärzteschaft vertreten ist, sodass sicherlich auch auf den kommenden Veranstaltungen vor allem unsere eigenen Kolleginnen und Kollegen gebeten werden, ihre künstlerischen Fähigkeiten zu präsentieren. Und sie war besonders erfreulich in der Hinsicht, dass mit den Medizinstudierenden 2016 die nächste ärztliche, aber auch künstlerisch begabte und berufspolitisch interessierte Mediziner-Generation zu Gast war.

Auf ein Neues – 2017!

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

Anzeige

Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirge lädt ein:

Tanz in den Sommer

FREITAG, 24. JUNI 2016

EMPFANG AB 18.30 UHR

GÄSTEHAUS WOLFSBRUNN
Stein 8, 08118 Hartenstein



Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da die Plätze begrenzt sind und die Anmeldung in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Der Preis für die Karte beträgt 65 EUR / pro Person. Ihre Anmeldung richten Sie bitte an die Kartenreservierung: Telefon: 03771/32161

© 2016 // Gestaltung: www.beuthner-konzepte.de

Prof. Dr. sc. med. Erich Müller zum 80. Geburtstag

Prof. Dr. med. Erich Müller wurde am 18. Mai 1936 in Wulka (Polen) geboren. Sein Abitur legte er 1955 in Großenhain ab und studierte anschließend Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und an der Universität Rostock. 1960 erhielt er die ärztliche Approbation.

Sein Mentor, Prof. Dr. med. Wolfgang Dürwald, begeisterte ihn für das Fachgebiet Gerichtliche Medizin und somit absolvierte er von 1961 bis 1964 eine Facharztausbildung an der Universität Leipzig sowie Weiterbildungen auf dem Gebiet der Pathologie (1963/64) und der Neurologie und Psychiatrie (1964/65). 1965 erlangte er die Anerkennung als Facharzt für Gerichtliche Medizin. Unter dem Ordinariat von Prof. Dürwald fertigte er seine Promotion „Der Suizid – unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Leipzig“ an, die er 1964 erfolgreich verteidigte. 1971 wurde er zum 1. Oberarzt am Institut für Gerichtliche Medizin der Martin-Luther-Universität Halle ernannt und erlangte 1974 die Lehrbefähigung (Facultas docendi) für Gerichtliche Medizin. Unter Vorlage der wissenschaftlichen Arbeit zum Thema „Histochemische und physikochemische Methoden zur Beurteilung vitaler Reaktionen. Experimentelle Studien an der Rattenhaut“ habilitierte sich Erich Müller 1978 an der Universität Halle und wurde hier am 1. Februar 1978 zum Hochschuldozenten für Gerichtliche Medizin berufen.



Prof. Dr. sc. med. Erich Müller © privat

Zum 1. September 1985 wurde Prof. Dr. Müller als ordentlicher Professor für Gerichtliche Medizin an die Medizinische Akademie Dresden berufen und mit der Leitung des Instituts für Gerichtliche Medizin betraut. Er führte das Institut erfolgreich durch die Zeit nach der Wiedervereinigung, wurde zum 1. April 1994 als C4-Professor berufen und leitete das Institut auch nach seiner Umbenennung in Institut für Rechtsmedizin an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden (1994) bis zu seiner Emeritierung 2001.

In seinen über 100 Publikationen setzte sich Prof. Dr. Müller insbesondere mit der klassischen Gerichtsmedizin, der Histochemie, der Histologie und der Serologie auseinander. Besonders in Erinnerung geblieben ist auch die Organisation der ersten gemeinsamen Tagung der Rechtsmediziner aus den neuen und alten Bundesländern 1990 in Dresden.

Prof. Dr. Müller war immer eine intensive Kommunikation sowohl mit den Vertretern der Staatsanwaltschaften als auch den Polizeidienststellen auf hohem wissenschaftlichem Niveau besonders wichtig. Dies kam auch in der Anerkennung, Hochachtung und Sympathie dieser Stellen gegenüber Herrn Prof. Dr. Müller zum Ausdruck.

In seiner Zeit als Direktor des Instituts für Rechtsmedizin in Dresden war er stets für seine Mitarbeiter ein fachlich hochkompetenter, aber auch ein menschlich kollegialer Ansprechpartner. Auch nach seiner Emeritierung stellte er sein Fachwissen weiterhin dem Institut zur Verfügung, wofür ihm an dieser Stelle nochmals von den Mitarbeitern gedankt werden soll.

Die Mitarbeiter des Instituts gratulieren Herrn Prof. Dr. Erich Müller nachträglich zu seinem Ehrentag und wünschen ihm vor allem weiterhin eine stabile Gesundheit, viel Zeit mit seiner Frau und seiner Familie und noch viele weitere besondere Ehrentage.

Prof. Dr. med. habil. Christine Erfurt, Dresden

Anzeige

WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE

*Das Netzwerk für
[künftige] Medizinstudenten, Weiterbildungs-
assistenten und Ärzte in Sachsen*

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Richter zum 80. Geburtstag

Zu den Achtzigern, denen man acht vollendete Lebensjahrzehnte weder anmerkt noch ansieht, zählt zweifelsohne Prof. Dr. med. habil. Gerhard Richter. Er wurde am 9. Juni 1936 in Pirna geboren und hat seine berufliche Laufbahn als Dermatologe in Dresden begonnen und auch beendet. Offenbar ist er der Empfehlung William Somerset Maughams gefolgt „Man soll dort bleiben, wo man sich glücklich fühlt. Glück ist ein transportempfindliches Möbelstück.“

Auch unter dieser Prämisse war sein beruflicher Werdegang voller Herausforderungen. Als stellvertretender Klinikdirektor der Hautklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ und des späteren Universitätsklinikums Carl Gustav Carus hat er drei Klinikdirektoren ganz unterschiedlicher Couleur souverän auf Augenhöhe begleitet. Seine ausgewogenen Ratschläge und seine weitsichtige Kreativität waren allseits geschätzt. Niemals hat er sich in den Vordergrund gedrängt, sondern stets eine wohlthuende Bescheidenheit bewahrt.

Besonders auf den Gebieten der Berufsdermatologie und der medizinischen Informatik leistete er Pionier-



Prof. Dr. med. habil. Gerhard Richter
© privat

arbeit, was mit seiner 1974 verteidigten Promotion B (Habilitation) besiegelt wurde. Darüber hinaus entwickelte er sich zu einem national und international anerkannten Experten auf den Feldern der Allergologie, Dermatotherapie und Dermatosomatologie. Letztere Aktivitäten sind auch in das zusammen mit Prof. Dr. med. habil. Joachim Barth und Prof. Dr. med. habil. Peter Altmeyer verfasste Dermatologie-Lehrbuch für Zahnmediziner eingeflossen.

Folgerichtig wurde Prof. Dr. Gerhard Richter 1976 zum Hochschuldozenten und 1984 zum außerordentlichen Professor berufen.

Eine seiner größten beruflichen Herausforderungen war zweifelsohne die Übernahme der Funktion des

kommissarischen Klinikdirektors der Hautklinik in den Jahren 1995/96. Es gelang ihm in dieser schwierigen Zeit das Leistungsspektrum der Klinik auf hohem Niveau zu stabilisieren und damit die Basis für eine geordnete Amtsübergabe zu bereiten. Auch hier kam sein sachlicher, oft von feinsinnigem Humor aufgefrischter Führungsstil zum Tragen.

2001 wurde Prof. Dr. Gerhard Richter in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. In dieser neuen Lebensphase blieb er der Dermatologie in vielfältiger Weise verbunden. Zusammen mit seiner lieben Ehefrau, einer gestandenen Stomatologin, widmete er sich aber auch vermehrt den anstehenden großelterlichen Pflichten. Eine besondere Freude hat ihm die bemerkenswerte journalistische und schriftstellerische Karriere seines Sohnes Peter bereitet. Somit darf er mit Fontane sicherlich erfüllt resümieren „Auch die Jagd nach dem Glück. All derlei Sachen, Ich lasse sie längst durch Andere machen“. Möge er dies noch viele Jahre in Wohlbefinden genießen können.

Prof. Dr. med. habil. Joachim Barth, Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Günther Sebastian,
Dresden

Anzeige

8. Netzwerktreffen

Wie viele Ärzte braucht das Land?
Versorgungsbedarf und Lösungsstrategien

28. September 2016

14.00 – 18.00 Uhr
Festsaal der Parkschänke
Limbach-Oberfrohna

ÄRZTE IM SACHSEN

Prof. Günter Blobel, MD, Ph.D. zum 80. Geburtstag

Vom Kriegsflüchtling zum Nobelpreisträger für Medizin oder Physiologie, so ist der Lebensweg von Prof. Günter Blobel zu beschreiben. Am 21. Mai 2016 feierte er seinen 80. Geburtstag.

Anlässlich der Verleihung des Nobelpreises für Medizin oder Physiologie am 10. Dezember 1999 an ihn, schrieb der damalige deutsche Bundespräsident Johannes Rau im Glückwunschschreiben: „Damit stehen Sie in der beeindruckenden Reihe der Medizin-Nobelpreisträger, die einst mit Adolf Bering ihren Anfang nahmen. Wie viele Nobelpreisträger gehen aus Schlesien hervor, denn kein anderer Volksstamm hat mehr Nobelpreisträger hervorgebracht als Schlesien“ (siehe „Ärztblatt Sachsen“, Heft 2, 2002).

Als 14. von ihnen wurde Prof. Blobel am 21. Mai 1936 in Niederschlesien östlich der Neiße in Waltersdorf (Niegosławice) im Kreis Sprottau (Powiat Szprotawa) als fünftes Kind des Tierarztes Bruno Blobel geboren. Im Alter von acht Jahren gehörte er zu den Kriegsflüchtlingen. Auf der Flucht erlebte er noch das unzerstörte Dresden als Zentrum von Kunst und Architektur Sachsens. Dies brachte er mit folgenden Worten zum Ausdruck: „Ich habe als Achtjähriger Dresden in seinen letzten Tagen des Glanzes gesehen.“ Umso betroffener war er, als er danach von einem 40 Kilometer von Dresden entfernten Ort den Feuerschein über dieser Stadt am 13. Februar 1945 sah und bei einem Besuch dieser Stadt danach deren Zerstörung vorfand. „Ich sah die Zerstörung, das hinterließ einen schrecklichen Eindruck bei mir.“

Die Entscheidungen der Alliierten in Potsdam im August 1945 verhinderten eine Rückkehr nach Waltersdorf. Da infolgedessen das Passieren der Neiße nicht möglich war, verbrachten die Blobels vier Wochen in Nie-



Prof. Günter Blobel, MD, Ph.D.
© Wikimedia Commons / Masur

derschlesien westlich der Neiße bei einem Verwandten des Vaters im vom Krieg zerstörten Jänkendorf bei Niesky, heute zum Landkreis Görlitz gehörend. Diesen Aufenthalt beschrieb Blobel in einem Brief wie folgt: „Es war grauenhaft. Die toten Tiere lagen verwest auf dem Hof. Wir blieben dort einige Wochen und sind dann mit der Schubkarre von dort nach Freiberg gelaufen. Das Ganze hat über zwei Wochen gedauert. Übernachtet haben wir in Scheunen bei Bauern.“ Freiberg wurde danach sein Wohnsitz. In dieser Stadt besuchten Günter Blobel und seine Geschwister das Geschwister-Scholl-Gymnasium. An dieser Schule legte er die matura mit einer Eins ab. Da sein Vater Tierarzt war, wurde Günter Blobel ein Medizinstudium in der DDR verwehrt, geschuldet dem Verhältnis der damaligen Gesellschaftsordnung zur bürgerlichen Herkunft. Infolgedessen begab er sich in die Bundesrepublik, um an den Universitäten in München, Kiel, Freiburg und Tübingen Medizin zu studieren.

An der Universität in Tübingen legte er 1960 sein Staatsexamen ab und promovierte an dieser alma mater. 1962 führte ihn sein Weg in die USA, um Biochemie zu studieren und an der Universität Wisconsin noch einmal auf dem Gebiet der Onkologie zu promovieren. Es schloss sich eine wissenschaftliche Forschungsarbeit an der Rockefeller-Universität in New York an, wo er als Assistent bei

Dr. George E. Palade, Nobelpreisträger für Medizin oder Physiologie des Jahres 1974, tätig war. Prof. Blobel stieg an dieser Universität zum John D. Rockefeller Jr. Professor auf.

Bereits während seiner Tätigkeit unter Dr. Palade schenkte Prof. Blobel der molekularen Zellbiologie besondere Aufmerksamkeit. Dabei entdeckte er, dass die milliardenfach in der Zelle neugebildeten Proteine eine Vielzahl unterschiedlich spezieller Aufgaben zu erfüllen haben, um chemische Reaktionen zu beschleunigen, Zellen in Form zu halten oder um für die Bewegung der Muskeln zu sorgen. Damit sie den richtigen Platz für diese Funktion erhalten, werden sie über ein Signalsystem zu diesem Ort dirigiert. Dies geschieht ähnlich der Funktion einer Postleitzahl über Aminosäuren, die in einer bestimmten Reihenfolge angeordnet sind. Proteine mit fehlerhaften Signalen führen dazu, dass diese Eiweiße nicht korrekt an ihren richtigen Platz gelangen, was zur Entstehung von bestimmten Krankheiten und Erbkrankheiten führt und deren Ursache erklärt.

Durch die 20-jährige Arbeit von Prof. Blobel und seinen Mitarbeitern wurde nachgewiesen, dass dieses Phänomen für alle Hefe-, Pflanzen- und Tierzellen zutrifft. Basierend auf diesen Entdeckungen geht Prof. Blobel als Vater der molekularen Zellbiologie in die Medizingeschichte ein. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse erhielt er im Jahr 1999 den Nobelpreis für Medizin oder Physiologie.

Vom damaligen Justizminister Sachsens, Steffen Heitmann, als großartige Geste bewertet, spendete Prof. Blobel das Preisgeld in Höhe von 1,6 Mio. DM für den Wiederaufbau der Frauenkirche in Dresden.

Dies geschah in Gedenken an seine Schwester, die als Kriegsflüchtling bei einem Bombenangriff auf einen Flüchtlingszug ums Leben kam. 100.000 DM stellte er für den Wiederaufbau der Synagoge in dieser Stadt zur Verfügung.

Prof. Blobel liebt klassische Musik von Bach bis Mozart und historische Architektur, besonders die des Barock. Diese wiederzubeleben, hat er sich auf die Fahnen geschrieben. So sind seine vielfältigen Aktivitäten (unter anderem in Dresden, Leipzig, Freiberg und Potsdam) zu verstehen. Dabei hat Prof. Blobel klare Vorstellungen zu den Objekten seiner Förderung, was durchaus zu Konflikten geführt hat (Silbermannorgel der Frauenkirche Dresden, Gestaltung des historischen Neumarktes Dresden, Auseinandersetzung zur Waldschlösschenbrücke, Pauliner-Kirche Leipzig).

Mit Dresden verbunden, gründete er in den USA den Verein „Friends of Dresden“ und warb für diesen Verein und Dresden mit den Worten: „Dresden ist eine großartige Stadt mit einer großartigen Geschichte und einer großartigen Frauenkirche.“ Im Jahr 2000 wurde er Ehrensator der Technischen Universität Dresden. 2001 erhielt er die Ehrendoktorwürde von der Technischen Universität Bergakademie Freiberg verliehen.

Um seine Verdienste im Bereich der Zellularbiologie wissend, entschiedene Dozenten und Schüler des TÜV Privatfachschulzentrums für Ergotherapie und Rettungsassistenz und Medizinische Dokumentation in Görlitz, dem Neubau dieser Bildungseinrich-

tung den Namen „Professor Günter Blobel“ zu geben. Anlässlich dieser Namensgebung besuchte Prof. Blobel Görlitz. Er bewertete diese Namensgebung und die Einladung mit den Worten: „Es ist mir eine große Ehre, aber ich lebe doch noch“.

Bei diesem Besuch war er von der Architektur dieses einzigartigen Flächendenkmals und dem Charme der Stadt Görlitz so beeindruckt, dass er vor 300 Besuchern öffentlich kundtat: „Ich werde Propaganda machen, damit man mehr über Görlitz und Niederschlesien redet“. Eine sehenswerte Dauerausstellung in diesem Neubau informiert den Besucher über das Leben und Wirken dieses Nobelpreisträgers. Anschließend an diesen Besuch von Görlitz trat er an die Sächsische Staatsregierung mit der Bitte heran, die Kulturhauptstadtbewerbung dieser Stadt zu unterstützen.

Der Besuch in Görlitz führte ihn auch nach Jänkendorf, einem Dorf, das damals zum Niederschlesischen Oberlausitzkreis innerhalb des Freistaates Sachsens gehörte. Dort sah er nach 59 Jahren seine Großcousine wieder. In Erinnerung an das unerwartete Wiedersehen und an seinen Aufenthalt während seiner Flucht im Jahre 1945 in Jänkendorf pflanzte Prof. Günter Blobel eine Eiche im

Landschaftspark Jänkendorf – Ullersdorf. Zugleich wurde ein Gedenkstein enthüllt, der auf diese Blobel-Eiche hinweist. Hinzu kam später ein Granitblock mit einer Erinnerungstafel versehen, die über den Lebensweg von Prof. Blobel Auskunft gibt.

Als Mitglied des Ordens „Pour le mérite für Wissenschaften und Künste“ hatte er später erneut die Gelegenheit, anlässlich einer Tagung Görlitz zu besuchen.

Prof. Blobel erhielt eine Vielzahl von Ehrungen und Preisen. Zu ihnen gehören unter anderem der Max-Delbrück-Preis und der Max-Planck-Forschungspreis. Er ist Mitglied der Leopoldina. Seine Forschungsergebnisse bewertet er wie folgt: „Meine Forschung heilt keine Krankheiten, aber sie heilt ein wenig unsere Unwissenheit über die biologischen Abläufe unserer Zellen. Wenn wir die großen Krankheiten heilen wollen, müssen wir noch vielmehr über die Grundlagen wissen. Sie sind die treibende Kraft, der Katalysator zum Verständnis.“

Prof. Günter Blobel ist gegenwärtig noch regelmäßig präsent in seinem Institut an der Rockefeller-Universität in New York, da es für ihn seine wissenschaftliche Heimat geworden ist.

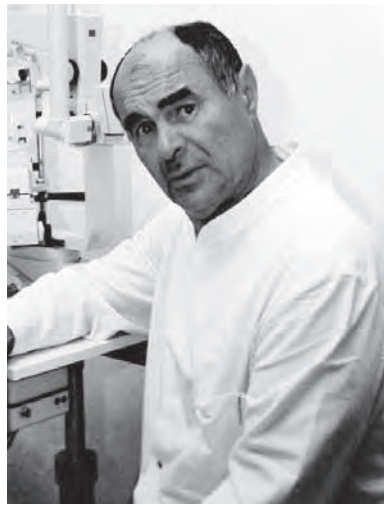
Dr. med. Jürgen Wenske, Görlitz

Nachruf für Dr. med. Wolfgang Schmidt

* 21.8.1932 † 4.1.2016

Mit tiefer Betroffenheit nahmen wir Abschied von Dr. med. Wolfgang Schmidt.

Von 1966 bis 1995 stand er als Chefarzt der Augenklinik des Bezirkskrankenhauses Plauen (später Vogtlandklinikum Plauen) vor. Unter der Leitung von Dr. Wolfgang Schmidt entwickelte sich die Augenklinik Plauen zu einer angesehenen Klinik, in der neue Erkenntnisse und Methoden der Augenheilkunde zügig eingeführt sowie Bewährtes weiterentwickelt und vervollkommen wurde. Dr. Schmidt war ein exzellenter Operateur. Er beherrschte die klassische Katarakt-Operation mit Kapselpinzette, ebenso ausgezeichnet wie die spätere Kryoextraktionsmethode und das darauffolgende moderne Phakoemulsifikationsverfahren mit der Kunstlinsenimplantation. Goniotripanationen, Schieloperationen, Tränenwegsoperationen und die Lidchirurgie gehörten zum festen Operati-



Dr. med. Wolfgang Schmidt

onsprogramm in seiner Klinik, wobei er die operativen Fähigkeiten seiner Mitarbeiter nach besten Kräften förderte.

Größten Respekt zollen seine ehemaligen Mitarbeiter noch heute seinem ausgezeichneten Fachwissen. Zu allen, gerade zur Debatte stehenden Krankheitsbildern hatte „unser Chefarzt“ immer Literaturquelle mit Jahrgang und Seitenzahl parat, auch die Kenntnis der zahlreichen Syndrome war für uns immer faszinierend. Unter der Anleitung von Chefarzt Dr.

Schmidt konnten zahlreiche Ausbildungsassistenten ihre Facharztprüfung erfolgreich bestehen.

Die Fortbildungsveranstaltungen für Klinikmitarbeiter sowie Symposien für die Augenärzte der Region gehörten zum festen Bestandteil der Arbeit von Dr. Schmidt und waren neben ihrer fachlichen Qualität vor allem wegen der ausgezeichneten Rhetorik und der nie fehlenden philosophischen Betrachtungen sehr beliebt.

Gern erinnern wir uns auch an die vielen außerbetrieblichen Veranstaltungen, die Chefarzt Dr. Schmidt organisierte: Wir denken gern an die Maiausfahrten, Weihnachtsfeiern, Schlittenfahrten und andere sportliche Betätigungen. Erwähnenswert sind auch etliche besonders lukullische Höhepunkte, mit denen Herr Chefarzt die Mitarbeiter überraschen konnte.

Wir verlieren einen allseitig hochgeschätzten Kollegen. Die gemeinsame Zeit mit ihm werden wir in dankbarer Erinnerung behalten.

Dr. med. Roland Schmidt, Plauen
im Namen der Augenärzte des Vogtlandkreises

Anzeige

LESEEMPFEHLUNG

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

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

Unsere Jubilare im Juli 2016 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.07. Dipl.-Med. Frank, Veronika
08209 Rebesgrün
- 07.07. Dr. med. Weise, Matthias
01326 Dresden
- 08.07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Heptner, Gerhard
01328 Dresden
- 10.07. Dr. med. Fiedler, Claus
01259 Dresden
- 10.07. Dr. med. Huth, Christine
04155 Leipzig
- 11.07. Dr. med. Haferland, Christiane
01445 Radebeul
- 12.07. MUDr. Broulik, Ivan
01819 Berggießhübel
- 13.07. Dr. med. Wehnert, Jürgen
01445 Radebeul
- 15.07. Dr. med. Junge, Annelore
01309 Dresden
- 17.07. Dr. med. Begand, Marianne
08468 Reichenbach
- 17.07. Dr. med. Guhl, Regine
09355 Gersdorf
- 18.07. Dipl.-Med.
Bretschneider, Barbara
04703 Leisnig
- 19.07. Dr. med. Georgi, Volker
08066 Zwickau
- 22.07. Dr. med. Gericke, Evelyn
09366 Stollberg
- 23.07. Dipl.-Med.
Jurke-Bauer, Gabriele
01187 Dresden
- 24.07. Dr. med. Arnold, Thomas
04643 Geithain
- 24.07. Dr. med. Krahl-Mohr, Anita
04289 Leipzig
- 24.07. Dr. med. Stephan, Dietmar
01471 Radeburg
- 24.07. Dipl.-Med. Tröltzsch, Ingrid
04349 Leipzig
- 25.07. Prof. Dr. med. habil.
Wittekind, Christian
04229 Leipzig
- 30.07. Dr. med. Waberzeck, Brigitte
04746 Hartha
- 31.07. Dipl.-Med. Heyser, Ingrid
02625 Bautzen

70 Jahre

- 05.07. Dr. med.
Deterding, Manfred
02763 Bertsdorf

- 05.07. Schmieder, Peter
01277 Dresden
- 10.07. Kaltenbach, Marianne
01309 Dresden
- 10.07. Dr. med. Kropf, Gerhard
04229 Leipzig
- 15.07. Heyer, Ingrid
09130 Chemnitz
- 16.07. Dipl.-Med.
von Ardenne, Dagmar
01324 Dresden
- 20.07. Prof. Dr. med. habil.
Saeger, Hans-Detlev
01309 Dresden
- 21.07. Dr. med. Kanzler, Ingrid
04159 Leipzig
- 22.07. Dr. med. Uebel, Rainer
04758 Oschatz
- 23.07. Dr. med. Herbrich, Rainer
02827 Görlitz
- 26.07. Dr. med. Wunderlich, Hella
09618 Großhartmannsdorf
- 27.07. Dr. med. Groh, Gottfried
08064 Zwickau
- 27.07. Tröger, Ingrid
04129 Leipzig

75 Jahre

- 01.07. Dr. med. Greulich, Peter
02763 Mittelherwigsdorf
- 02.07. Dr. med. Noack, Heidemarie
09376 Oelsnitz
- 03.07. Dr. med. Hopf, Dieter
08258 Markneukirchen
- 03.07. Prof. Dr. med. habil.
Dipl.-Psych.
Schroeder, Wolfgang
09306 Wechselburg
- 03.07. With, Gerda
02736 Beiersdorf
- 04.07. Dr. med. Vulpe, Brigitte
08648 Bad Brambach
- 05.07. Dr. med. Gerhardt, Wolfgang
09217 Burgstädt
- 05.07. Grobitzsch, Klaus
08393 Meerane
- 05.07. Dr. med. Syhre, Barbara
04736 Waldheim
- 07.07. Dr. med. Kirchhof, Klaus
04509 Delitzsch
- 07.07. Dr. med.
Wiedemann, Klaus
09217 Burgstädt
- 08.07. Dr. med. Büsch, Frank
08060 Zwickau
- 08.07. Dr. med. Einkenel, Monika
09419 Thum
- 08.07. Dr. med. Haase, Ute
04720 Döbeln

- 09.07. Dr. med. Müller, Christine
01259 Dresden
- 09.07. Dr. med. Richter, Helga
04683 Naunhof
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.
Sommer, Erika
01219 Dresden
- 09.07. Dr. med. Unger, Karin
08262 Muldenhammer
- 14.07. Dr. med. Pfau, Eberhard
09241 Mühlau
- 15.07. Dr. med.
Donath, Rosmarie
08523 Plauen
- 15.07. Dr. med. Findeisen, Barbara
09619 Sayda
- 16.07. Dr. med. Oehler, Annerose
01454 Ullersdorf
- 16.07. Dr. med. Viehweg, Helmut
08134 Wildenfels
- 17.07. Dr. med. Roski, Rudolf
02826 Görlitz
- 17.07. Dr. med. von Saal, Siegfried
01589 Riesa
- 18.07. Dr. med. Dietrich, Dagmar
01936 Schwepnitz
- 18.07. Dr. med. Drechsler, Ingrid
09117 Chemnitz
- 19.07. Dr. med. Göbel, Gerd
01445 Radebeul
- 20.07. Dr. med. Boeck, Doris
01589 Riesa
- 20.07. Dr. med. Krolzig, Annegret
01689 Weinböhla
- 24.07. Dr. med. habil.
Seibt, Annelore
09419 Thum-Jahnsbach
- 27.07. Dr. med. Wittig, Jürgen
01156 Dresden
- 27.07. Dr. med. Zotter, Rita
01324 Dresden
- 28.07. Dr. med. Sachs, Bernd
01558 Großenhain
- 29.07. Dr. med. Thieme, Carla
01277 Dresden
- 30.07. Dr. med. Bach, Karin
09669 Frankenberg
- 31.07. Dr. med.
Landgraf, Wolfgang
08412 Leubnitz
- 31.07. Dr. med. Leistner, Peter
08228 Rodewisch

80 Jahre

- 03.07. Böger, Helga
04229 Leipzig
- 03.07. Dipl.-Med.
Schubert, Miroslawa
01307 Dresden

- 03.07. Dr. med. Thuncke, Erika
01904 Steinigtwolmsdorf
- 09.07. Dr. med. Geisthardt, Gisela
01326 Dresden
- 10.07. Dr. med. Schneider, Ulrich
01129 Dresden
- 12.07. Dr. med. Luther, Karin
04159 Leipzig
- 13.07. Dr. med. Windisch, Alexander
08412 Leubnitz
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.
Eberhardt, Hans-Jürgen
01324 Dresden
- 14.07. Dr. med.
Uhlemann, Gabriele
09126 Chemnitz
- 17.07. Dr. med. Kerkhoff, Erich
04654 Frohburg
- 19.07. Dr. med. Klaproth, Edith
01737 Kurort Hartha/
OT Fördergersd.
- 20.07. Dr. med. Bröker, Regine
04347 Leipzig
- 25.07. Dr. med.
Bachmann, Katharina
01099 Dresden
- 25.07. Dr. med. Franck, Joachim
08412 Werdau
- 25.07. Dr. med. Scheffler, Joachim
08529 Plauen
- 29.07. Dr. med. Erler, Magda
09111 Chemnitz
- 31.07. Dr. med. Brauer, Roland
09350 Lichtenstein

81 Jahre

- 03.07. Dr. med.
Trültzsch, Siegfried
08064 Zwickau
- 06.07. Dr. med.
Kretzschmar, Klaus
02979 Elsterheide
- 09.07. Dr. med. Heyser, Heinz
02625 Bautzen
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.
Richter, Joachim
04509 Delitzsch
- 11.07. Dr. med. Scheidig, Ingrid
01219 Dresden
- 12.07. Dr. med. Möckel, Liesa
09599 Freiberg
- 13.07. Dr. med. Veters, Wolfgang
01445 Radebeul
- 20.07. Dr. med. Kunkel, Inge
09350 Lichtenstein
- 20.07. Dr. med. Lehnert, Ute
01445 Radebeul
- 21.07. Dr. med. Preuß, Christiane
04109 Leipzig

- 23.07. Dr. med.
Brauer, Karl-Heinrich
01307 Dresden
- 23.07. Dr. med. Kipping, Margrid
04329 Leipzig
- 26.07. Dr. med. Langner, Dieter
04328 Leipzig
- 29.07. Dr. med. Ernst, Rosemarie
01307 Dresden

82 Jahre

- 06.07. Dr. med.
Weinhold, Christine
09599 Freiberg
- 07.07. Dr. med. Kopmann, Gudrun
04416 Markkleeberg
- 11.07. Pahlig, Brigitte
04552 Borna
- 12.07. Dr. med. Fischer, Edith
04552 Borna
- 13.07. Dr. med. Kluge, Christa
01259 Dresden
- 15.07. Dr. med.
Grimmann, Manfred
09456 Annaberg-Buchholz
- 15.07. Dr. med.
Ständer, Wolfgang
04435 Schkeuditz

83 Jahre

- 01.07. Dr. med. Körtel, Erhard
01796 Pirna
- 02.07. Dr. med. Nestler, Ulrich
08289 Schneeberg
- 02.07. Dr. med.
Sengebusch, Wolf-Dieter
01855 Sebnitz
- 03.07. Dr. sc. med.
Palowski, Hubert
01279 Dresden
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.
Gmyrek, Dieter
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 13.07. Dr. med. Geidel, Klaus
04687 Trebsen
- 16.07. Prof. Dr. med. habil.
Kiene, Siegfried
04416 Markkleeberg
- 17.07. Dr. med. Clauß, Gudrun
09117 Chemnitz
- 26.07. Dr. med.
Löhnert, Annemarie
01814 Prossen

- 29.07. Dr. med. Runge, Eva
01277 Dresden
- 29.07. Dr. med. Werner, Arndt
01445 Radebeul
- 31.07. Dr. med. Scharfe, Gisela
01774 Höckendorf

84 Jahre

- 03.07. Dr. med. Streitz, Ulrich
04275 Leipzig
- 06.07. Dr. med. Hacker, Gertrut
01157 Dresden
- 08.07. Dr. med. dent.
Zschiesche, Dieter
04207 Leipzig
- 10.07. Auerbach, Johanna
01454 Radeberg
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.
Reinhold, Dieter
01324 Dresden
- 20.07. Dr. med. Rothe-Horn, Ilse
04318 Leipzig
- 31.07. Dr. med. Krenkel, Johannes
09577 Braunsdorf

85 Jahre

- 02.07. Dr. med. Beyer, Wolfgang
02627 Weißenberg
- 08.07. Dr. med. Schuster, Christa
08261 Schöneck
- 11.07. Dr. med. Jungmichel, Dieter
04849 Bad Düben
- 17.07. Dr. med. Kratzsch, Erika
09131 Chemnitz
- 23.07. Dr. med.
Lincke, Hans-Ullrich
02826 Görlitz
- 27.07. Dr. med. Götttsching, Maria
01612 Nünchritz

86 Jahre

- 02.07. Prof. Dr. med. habil.
Theile, Herbert
04319 Leipzig
- 11.07. Dr. med.
Wunderlich, Hans
04643 Geithain
- 18.07. Prof. Dr. med. habil.
Wohlgemuth, Balthasar
04229 Leipzig
- 21.07. Müller, Gisela
09126 Chemnitz
- 22.07. Dr. med. Stafetzky, Rudi
08321 Zschorlau
OT Burkhartsgrün

87 Jahre

- 13.07. Dr. med. Gitter, Werner
09116 Chemnitz

- 13.07. Dr. med. Queißer, Hermann
01109 Dresden
- 25.07. Prof. Dr. med. habil.
Schwarz, Reinhold
04157 Leipzig
- 88 Jahre**
- 01.07. Dr. med. habil.
Scholbach, Manfred
04105 Leipzig
- 02.07. Richter, Manfred
02957 Krauschwitz
- 03.07. Dr. med. Renz, Hildegard
08606 Oelsnitz
- 07.07. Böhm, Günter
08297 Zwönitz

- 13.07. Jänicke, Inge
04288 Leipzig
- 89 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Bönisch, Lothar
09306 Wiederau
- 90 Jahre**
- 11.07. Dr. med.
Dorscheid, Marie-Luise
01705 Freital
- 91 Jahre**
- 22.07. Grams, Johanna
04347 Leipzig

- 92 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Seikowski, Gisela
08645 Bad Elster
- 94 Jahre**
- 12.07. Dr. med.
Weißbrodt, Charlotte
04157 Leipzig
- 27.07. Dr. med. Stüve, Annemarie
04668 Grimma
- 96 Jahre**
- 19.07. Prof. em. Dr. med. habil.
Tittel, Kurt
04229 Leipzig

Gottlob Adolf Ernst von Nostitz und Jänckendorf

(1765 – 1836)

Autor: Dr. Boris Böhm

ISBN: 978-3-9813772-9-3.

Preis: 18 Euro

Die Entstehung der sächsischen Heilanstalten ist untrennbar mit Gottlob Adolf Ernst von Nostitz und Jänckendorf (1765 – 1836) verbunden. In einer aktuellen Forschungsarbeit hat sich der derzeitige Leiter der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, Dr. Boris Böhm, mit dem Wirken des Juristen, königlichen Beraters und Verteidigers der Kranken und Waisen wissenschaftlich auseinandergesetzt. Die im März 2016 erschienene umfangreiche Publikation ist gerade für medizin- und kulturhistorisch interessierte Ärzte besonders zu empfehlen, da es die Zeit der Teilung der Oberlausitz, den Krieg gegen Napoleon und den Aufbau einer Kriegsfürsorge detailliert beschreibt. Gottlob Adolf Ernst von Nostitz und Jänckendorf wurde 1765 auf dem väterlichen Gut in See geboren. Bereits im Alter von 16 Jahren konnte er Rechts- und Staatswissenschaften an der Universität Leipzig studieren. Im Alter von 20 Jahren trat Nostitz als Finanzrat in den Staatsdienst ein, verließ diesen jedoch schon 1789, um die Verwaltung der väterlichen Güter zu übernehmen. Wieder in der

Oberlausitz, wurde er 1792 Landesältester des Bautzener Kreises und 1804 Oberamts Hauptmann, zudem stiftete er ein Armenhaus auf seinem Gut in Oppach. Nostitz trat 1790 der noch jungen Oberlausitzischen Gesellschaft der Wissenschaften in Görlitz bei und war ab 1793 Mitarbeiter an der Lausitzischen Monatsschrift. Im Alter von 30 Jahren wählte ihn die Gesellschaft 1795 zu ihrem Präsidenten – ein Amt das er erst 1817 infolge der Teilung der Oberlausitz niederlegte.

1806 wurde Nostitz als Oberkonsistorialpräsident nach Dresden berufen und mit der Revidierung der Verfassung der Universität Leipzig betraut. 1809 wurde er als wirklicher Konferenzminister fortdauerndes Mitglied des damaligen geheimen Consiliums, aus dem später der Geheime Rat des sächsischen Königs hervorging. Während der Befreiungskriege wandelte sich seine pronapoleonische Haltung noch während der sächsischen Koalition zu tiefer Abneigung, Nostitz' Sohn, Eduard Gottlob, trat gar in die preußische Armee ein. Nach den Kriegen wirkte Nostitz bei der Ausgleichung der Kriegsentschädigungen, besorgte die oberste Leitung der Landsarmenkommission und reorganisierte die Heilanstalt für Geisteskranke auf der ehemaligen Feste Sonnenstein bei Pirna, die unter ihm europäischen Ruf erlangte. Er gründete 1824 zu Bräunsdorf bei Freiberg eine Landeswaisenanstalt,



in der nach einem neuen Plan 150 Zöglinge zu Landbauern, Handwerkern oder Soldaten erzogen wurden, und machte sich durch weitere Einrichtungen um das Land wohlverdient. Er war 1808 in die Freimaurerloge „Zur goldenen Mauer“ in Bautzen aufgenommen worden. Seit 1830 bekleidete er das Amt des Großmeisters der Großen Landesloge zu Sachsen.

Nostitz war auch an der Begründung der ersten sächsischen Verfassung beteiligt und einer der Unterzeichner der Verfassungsurkunde. Er wurde Konferenzminister und erhielt den Vorsitz in dem neu geschaffenen Staatsrat.

Gottlob Adolf Ernst von Nostitz und Jänckendorf starb 1836 auf seinem Gut in Oppach.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Vorgestellt: Lang-jährige Autoren des „Ärzteblatt Sachsen“

Dr. med. Dietmar Seifert

Ich wurde am 4. Juni 1944 in der nordsächsischen Stadt Delitzsch geboren und gehöre zwar nicht zur Kriegsgeneration, aber zu denen, die in einem zerstörten Land aufgewachsen sind. Empfund ich dies zunächst als normal, so habe ich das Verstörende dieses Zustandes begriffen, als ich mit meinem Vater 1951 durch das zerbombte Dresden fuhr. Er fand zu seinem Entsetzen keine der bekannten Straßen, bis wir das Kronentor des Zwingers sahen, um das sich Steinmetze bemühten. Mein Vater, der alles Schöne liebte, starb ein Jahr später. Seither verbindet sich bei mir die Sorge um das gefährdete Leben mit der Liebe zu unserer Kultur, die es in all ihren Formen zu bewahren gilt. Trotz meiner Herkunft aus der Schicht der „Sonstigen“ und politisch bedingter Schwierigkeiten,



Dr. med. Dietmar Seifert © privat

die 1961 zu einer einjährigen Relegation von der erweiterten Oberschule führten, habe ich im Jahre 1963 das Abitur abgelegt. Nach zweijähriger pflegerischer Tätigkeit begann ich in Halle/S. mein Medizinstudium, das ich 1971 mit Staatsexamen und Diplom abgeschlossen habe. Danach begann ich mit der Ausbildung zum Facharzt für Innere

Medizin, die ich 1976 erfolgreich beendet habe. Im Jahre 1975 wurde ich mit einer externen Arbeit promoviert. Von 1978 – 1991 war ich als Oberarzt in der kardiologischen Intensivtherapie tätig und erwarb 1988 die Zusatzbezeichnung FA Kardiologie/Angiologie. Zwei Jahre nach der Wende habe ich mich in Bitterfeld niedergelassen und bis Ende 2008 eine kardiologische Praxis geführt. Seither befinde ich mich im Ruhestand, habe eine Reihe medizinischer Arbeiten veröffentlicht sowie die Gedenkveranstaltungen zum 200. Todestag August Gottlieb Richters in Zörbig und zum 400. Geburtstag Konrad Victor Schneiders in Bitterfeld vorbereitet und geleitet. Schneider, ein heute leider wenig bekannter Arzt, leistete den entscheidenden kursächsischen Beitrag zur Fortentwicklung der Medizin im 17. Jahrhundert.

Ich bin verheiratet und Vater einer Tochter, die als klinische Psychologin tätig ist.

Die Entdeckungen der Anatomen Andreas Vesalius und Konrad Victor Schneider

Stationen des Weges von den Dogmen des Galen zur modernen Medizin

Im Jahre 2014 beging die medizinische Welt den 500. Geburtstag des am 31. Dezember 1514 geborenen großen Arztes Andreas Vesalius, der als Begründer der modernen Anatomie gilt. Er begann die bis dahin gültigen medizinischen Lehrsätze infrage zu stellen. Damit stand er an der Schwelle einer Entwicklung, in deren Verlauf bedeutende Ärzte die bis dahin gültigen Dogmen der Medizin widerlegten und bald grundsätzlich Neues entdeckten. Den wichtigsten kursächsischen Beitrag dazu leistete Konrad Victor Schneider, der am 18. August 1614

– 100 Jahre nach Vesal – geboren wurde. Auch er wurde noch mit den Lehren des Galen von Pergamon (129 – 201?) konfrontiert, die die Mehrheit der medizinischen Autoritäten verbissen verteidigte. Dieser hervorragende griechische Arzt hatte im 2. nachchristlichen Jahrhundert das gesamte antike medizinische Wissen in ein „scharfsinniges System“ gebracht, das mit seinem Anspruch auf Unfehlbarkeit mehr als 1.400 Jahre auf der Medizin lastete und durch den arabischen Arzt Avicenna (980 – 1037) nach Europa vermittelt, schließlich die Autorität eines unumstößlichen Dogmas erlangte.

Im 16. Jahrhundert, als die Renaissance zur Blüte gelangte, begannen auch die humanistisch gebildeten Mediziner getreu ihrem Wahlspruch „Zu den Quellen“ die griechischen Originaltexte zu sichten und zu sammeln. Dies führte 1526 zur ersten in

Venedig erschienenen Gesamtausgabe der Bücher des Galen in griechischer Sprache, den Aldina-Drucken, an deren Edition auch der Mineraloge und Arzt Georg Agricola (1494 – 1555) beteiligt war. Die klassisch gebildeten Gelehrten Jacob Sylvius (1478 – 1555) und Johann Winter von Andernach (1505 – 1574) schufen erste lateinische Übersetzungen, die Andreas Vesalius (1514 – 1564), der in Brüssel als Sohn einer Arzt- und Apothekerfamilie geboren wurde, während seines Studiums in Paris kennenlernte.

Im Jahre 1536 verließ er die französische Hauptstadt und wandte sich nach Padua, der bedeutendsten Anatomieschule Europas. Dort wurde er zum Professor für Anatomie ernannt, wobei er entgegen der Tradition das Messer selbst in die Hand nahm und unermüdlich seziierte. Gleichzeitig ließ er sich von dem Arzt und Verleger Montanus (1498 –



Andreas Vesalius

© Universitätsbibliothek Leipzig, Inv.-Nr. 54/142

1551) überzeugen, an der Übersetzung des Gesamtwerkes Galens ins Lateinische teilzunehmen.

Das System des Galen, wie es Vesal in den Urschriften vorfand

So hatte Vesal schon als junger Professor Gelegenheit, das System des Griechen kennenzulernen. Dieses umfasste nicht nur die Anatomie des Menschen, sondern auch die Physiologie, die Therapie und die Diätetik. Im Mittelpunkt seines den modernen Ärzten sehr fremden Systems stand die Lehre von den Lebensgeistern, die dem Körper Leben einhauchen würden. Galen lehrte, dass der in der Natur allgemein verbreitete Spiritus naturalis zusammen mit dem Blut ins Herz gelange. Das Blut entstehe in der Leber und ströme durch die Hohlvene zur rechten Herzkammer. Dort würde es mit Luft vermischt. Diese gelange durch den Respirationsstrakt in die Lunge und von dort über die Pulmonalvene in die rechte Herzkammer.

Während ein Teil des Blutes von der rechten Herzkammer direkt in den Körper ströme, sickere ein anderer durch angenommene Poren in die linke Herzkammer, wo das Gemisch aus Blut und Luft zu Spiritus vitalis

„verköcht“ und von dort in den Körper gepumpt würde. Es gelange auch in die Hirnkammern, wo daraus der Spiritus animalis (Seelengeist) entstehe, der über die Nervenstränge im Körper verteilt werde. Allerdings sei auch eine direkte Entstehung des Seelengeistes durch die Luft möglich, die durch die Siebplatte in die Hirnkammern eingesogen werde. Der bei der Bereitung des Spiritus animalis entstehende überschüssige Schleim würde direkt von den Riechkolben, aber auch durch den Trichter, das heißt durch den Stiel der Hypophyse, zur Drüse selbst und von dort zur Siebplatte fließen. Durch deren Löcher gelange er in die Nase. Diesen Schleim sah er als einen der vier Säfte an, zu denen die antiken Ärzte neben der gelben und der schwarzen Galle auch das Blut zählten. Gelange ein Übermaß des Hirnschleims in verschiedene Körperregionen, wie zum Beispiel in die Lunge, rufe er dort Katarrhe hervor. Um es noch einmal klarzustellen: Galen nahm wie vor ihm Hippokrates an, dass der bei Entzündungen der Atemwege abgehustete Schleim aus dem Gehirn stamme.

Vesals Rezeption der Werke des Galen und seine Kritik daran

Andreas Vesalius, der Begründer der neuzeitlichen Anatomie, kam nach dem Vergleich der Schriften des Griechen mit seinen durch eigenhändige Sektionen gewonnenen Erfahrungen zu dem Schluss, dass Galen nur Tiere seziiert habe, weshalb viele seiner Angaben auf den Menschen nicht zuträfen. Darüber berichtete er im Vorwort seines anatomischen Hauptwerkes „De humani corporis fabrica libri septem“. In diesem epochalen Werk korrigierte er viele Behauptungen des Griechen, der zum Beispiel das Sternum für sieben-teilig hielt, die Anatomie des Kehlkopfes falsch dargestellt und angenommen hatte, dass die Leber aus fünf Lappen bestehe. Außerdem zeigte er in der 1543 erschienenen „fabrica“, dass die sogenannte „Rete mirabile“, ein bei manchen Säugerarten vorhandenes Netz von Arterien an der Schädelbasis, beim Menschen nicht nachweisbar ist. Noch

1540 hatte er sich der Autorität Galens unterworfen, und hatte die „Rete mirabile“ in den „Tabulae anatomicae“ der Tradition folgend dargestellt, obwohl er sie selbst nicht gesehen hatte. Umso genauer notierte Vesal nun das selbst Gesehene vor der Niederschrift der „fabrica“ und fand in Johann von Kalkar (1499 – 1546) einen kongenialen Mitarbeiter, der nach seinen Anweisungen künstlerisch hochstehende Illustrationen anfertigte. In anderen Fragen zeigte er sich zögerlicher. So konnte er die von Galen behaupteten Herzporen nicht finden, hielt jedoch an der Lehrmeinung fest, wonach ein Luft-Blutgemisch durch das Septum von der rechten in die linke Herzkammer sickere. Vesal schrieb darüber, dass man die Kunst des Schöpfers bewundern müsse, welche es ermögliche, dass das Blut durch unsichtbare Gänge aus dem rechten in den linken Ventrikel sickere.

Nur von der linken Herzkammer gelange das feurige Gemisch in den Körper und zu den Hirnkammern, wo daraus Spiritus animalis hergestellt werde und der Schleim als Abfallprodukt entstehe. Denn die von Galen behauptete Verbindung zwischen Nase und Hirnkammern konnte der große Entdecker nicht finden. Den „Trichter“, jene Struktur, die die Hirnanhangdrüse mit dem Gehirn verbindet, hielt er jedoch der Tradition folgend für hohl. Vesal sah darin, wie schon von Galen behauptet, einen Kanal, in dem der überschüssige Hirnschleim zur Hirnanhangdrüse transportiert würde, die er deshalb Glandula pituitaria nannte. Der Schleim, so meinte Vesalius, fließe von dort durch die Foramina lacera anteriora zum Gaumen. Somit konnte er die grundlegenden Aussagen des Galen beibehalten. Neuland betrat Vesal jedoch, als er die graue von der weißen Hirnsubstanz unterschied und Zweifel äußerte, dass die Lehre vom Sitz der Geisteskräfte in den Ventrikeln ausreichend begründet sei. In den folgenden Jahrzehnten korrigierten andere bedeutende Mediziner manche Aussagen des großen Anatomen und Arztes.

Grundlegende Entdeckungen in der Medizin um die Wende vom 16. zum 17. Jahrhundert und das Auftreten Konrad Victor Schneiders

Zu grundlegend neuen Erkenntnissen gelangten jedoch erst der spanische Arzt Michael Servet (1509 – 1553), der Erstbeschreiber des kleinen und William Harvey (1578 – 1657), der Entdecker des großen Körperkreislaufs. Das Blut absorbierte in seiner Konzeption gewissermaßen den Spiritus naturalis und den Spiritus vitalis. Es wurde von Harvey zum Vitalprinzip und „zu Gottes eigentlichen Schöpfungsrequisit“ erhoben, das im Herz entstehe. Den Hirnkammern kam in dieser Konzeption jedoch lediglich die Funktion eines Abfallbehälters zu. Etwa zur gleichen Zeit wurden von Gaspare Aselli (1581 – 1626) die Chylusgefäße entdeckt, die er jedoch zur Leber ziehen sah. Erst Jean Pecquet (1622 – 1674) beschrieb 1651 in seiner Schrift „Experimenta nova anatomica“ den Ductus thoracicus, den er schon 1647 entdeckt hatte. Der sächsische Arzt und Anatom Konrad Victor Schneider gab jedoch in seinem Hauptwerk „De Catarrhis“ an, ihn schon 1638 seinen Studenten demonstriert zu haben. Der Philosoph Christian Wolff (1679 – 1754) sah darin eine der in der Medizingeschichte häufigen Duplizitäten, die zu Prioritätsstreitigkeiten führen. Der Medizinhistoriker Kurt Sprengel (1766 – 1833) bemerkte gewisse Widersprüche in Schneiders Angaben, hob jedoch dessen richtige Hypothese hervor, wonach es sich bei den neu entdeckten Lymphgefäßen um die Glieder eines Saugadersystems handelt. Schneider war zu diesem Zeitpunkt 23 Jahre alt. Er wurde am 18. September 1614 in dem damals zu Sachsen gehörenden Bitterfeld als Sohn des Amtsschreibers Michael Schneider (1582 – 1649) geboren und bezog schon mit sieben Jahren zusammen mit seinem zwei Jahre älteren Bruder Michael (1612 – 1639) die Universität Wittenberg, wo er unter Anleitung eines Hauslehrers das Magisterstudium aufnahm. Nachdem er diese Ausbildung abgeschlossen hatte, wandte er sich der Medizin zu und studierte

zunächst in Wittenberg bei dem berühmten Mediziner Daniel Sennert (1572 – 1637). Nach seiner Promotion entschied sich Schneider, mitten im Dreißigjährigen Krieg nach Jena zu gehen, um sich bei dem Anatomen Werner Rolfinck (1599 – 1673) weiterzubilden, der zu den ersten Anhängern William Harveys gehörte. Von dort begab sich Schneider auf eine Studienreise, die ihn nach Kopenhagen, Leiden, Paris und Bourges führte, wo er erneut promovierte. Nachdem er aus Wittenberg die Nachricht erhalten hatte, dass er dort zum Professor für Medizin, Anatomie und Botanik ernannt worden sei, kehrte er nach Wittenberg zurück. Zwischenzeitlich unternahm Schneider noch eine kurze Studienreise nach England. In Wittenberg hatte er als akademischer Lehrer bald überragenden Erfolg, sodass sich zunehmend mehr Medizinstudenten an der Universität der Stadt immatrikulierten. Nach dem Ende des Dreißigjährigen Krieges im Jahre 1648 überstieg ihre Zahl bald diejenige der benachbarten Universitäten Leipzig und Frankfurt/Oder. Im Jahre 1646 heiratete er inzwischen berühmte Professor Anna Barbara geb. Strauch (1627 – 1672), die Tochter des Dresdener Superintendenten Aegidius Strauch (1583 – 1657). Mütterlicherseits war sie eine direkte Nachfahrin der Malerfamilie Cranaach. Bald arbeitete Schneider wieder wissenschaftlich und veröffentlichte 1653 die Abhandlung „De osse temporum...“, in der er die anatomische Struktur des Schläfenbeins in manchen Details genauer beschrieb als seine Vorgänger und Zeitgenossen.

Schneiders Forschungen zur Struktur der Nasenschleimhaut und ihrer Funktion als Ort der Schleimentstehung

Zwei Jahre später publizierte er die Abhandlung „De osse cribriformi...“, in der er begann, das schon von Andreas Vesalius in Hinblick auf die Ableitungswege modifizierte Dogma, wonach der Schleim in den Hirnventrikeln entstehe, endgültig zu widerlegen. Diese Schrift nannte der Posener HNO-Arzt und Medizin-

historiker Karl Kassel „das erste selbständige rhinologische Werk der Medizingeschichte“. Darin verwarf Schneider die Ansicht, dass die Schleimhaut von der harten Hirnhaut abstamme, betonte die besondere Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut und beschrieb die Riechnerven, von denen sie durchzogen ist. Zur Verdeutlichung ihrer Funktion führte er eine Kasuistik des Eustachius Rudius (1551 – 1611) an, der einen jungen Mann beobachtet hatte, welcher keinen Geruchssinn besaß, wobei sich bei der Sektion, die nach seinem Tode vorgenommen wurde, keinerlei Geruchsnerve fanden. Schon in dieser frühen Publikation gab Schneider an, dass die „Tunica“ auch die kleinen Kanälchen der Lamina cribrosa überziehe, sodass diese für Schleim undurchlässig sei.

Konrad Victor Schneiders Widerlegung eines zentralen Bestandteils der Doktrin des Galen

Im Jahre 1660 begann Schneider durch seinen Lehrer Werner Rolfinck ermutigt, sein gewaltiges vierbändiges Hauptwerk „De Catarrhis“ zu veröffentlichen. Er erbrachte darin den Beweis, dass der Schleim nicht das Abfallprodukt der Hirntätigkeit, sondern eine Absonderung der Schleimhaut darstellt. Im zweiten Band ging er direkt auf Andreas Vesalius ein, von dem er schrieb, dass er nach den Ausführgängen des Schleims gesucht, sie aber nirgends gefunden habe, weshalb er sie sich oberhalb der Hirnhäute vorgestellt habe, was wiederum zu einer „Opinio communis“, einer Lehrmeinung, geworden sei, weshalb niemand seinen Irrtum bemerkt habe. Um den Irrtum seiner Vorgänger widerlegen zu können, ging Schneider mit äußerster Gründlichkeit vor. Er nutzte dazu zunächst alle bekannten Methoden der Human- und der vergleichenden Anatomie.

1. Anatomische Untersuchungen

Im ersten Band seines Hauptwerkes untersuchte Schneider zunächst noch einmal die Lamina cribrosa des Siebbeins, die er sowohl bei Tieren als auch beim Menschen undurchlässig



Jacob von Sandrart, Konrad Victor Schneider, Kupferstich 1655 – 1660. Konrad Victor Schneider, Philosoph und Arzt, Doktor und öffentlicher Professor, des erhabensten anhaltinischen Fürsten Arzt. „Frömmigkeit ist die Grundlage aller religiösen Tugenden.“ (nach einem Zitat von Cicero). © Kreismuseum Bitterfeld

sig fand. Er schrieb deshalb, dass sie nur in getrocknetem Zustand Löcher habe. Die irrige Meinung, wonach sie durchlässig ist, sei durch die Betrachtung von Schädeln entstanden, die vom Kirchof stammten. Wie schon Vesal und andere bestritt er auch die von Galen behauptete Schleimdurchlässigkeit des Türken-sattels. Im ersten Band von „De Catarrhis“ widerlegte er jedoch auch die Ansicht des Andreas Vesalius, dass das Keilbein und bestimmte Suturen der Schädelbasis für den Schleim durchlässig seien, denn sie seien durch Knorpel verschlossen. Damit waren die anatomischen Strukturen, durch die der Schleim

von den Hirnkammern in die Nasenhöhle zum Rachen oder Gaumen hätte sickern können, weitgehend „verstopft“. Im Rahmen seiner Sektionen entdeckte Schneider sozusagen nebenbei die Rachenmandel, worauf Emil Zuckerkandl (1849 – 1910) als erster aufmerksam gemacht hat.

2. Experimentelle Untersuchungen

Im zweiten Band von „De Catarrhis“ zeigte Schneider außerdem, dass der Trichter, das heißt die Verbindung zwischen dem Gehirn und der Hirnanhangdrüse nicht hohl, sondern solide ist. Somit hatte er ausgeschlossen, dass Schleim, wie von

Galen, aber auch noch von Vesal angenommen, von den Hirnkammern zur Glandula pituitaria abtropft. Diese Drüse wird auch deshalb heute nicht mehr Schleimdrüse, sondern Hypophyse genannt. Schneider bewies dies in einem Zeitalter, als es noch keine brauchbaren Mikroskope gab, durch Gefrierversuche. Dabei entnahm er Hypophysen samt Trichter und setzte sie der Kälte aus. Bei der nachfolgenden Untersuchung fand Schneider niemals auch nur die kleinsten Eiskristalle, was dafür sprach, dass keine messbare Flüssigkeitsmenge durch den Trichter fließt. Daneben nahm der Forscher sowohl bei verschiedenen Tierarten, als auch beim Menschen Wägungen der Hypophyse und des Gehirns vor. Schneider stellte dabei fest, dass sich die Gewichtsrelation zwischen Gehirn und Hirnanhang bei vielen niederen Tierarten zugunsten der Drüse verschiebt. Dieser Befund erwies sich als fortwirkende Anregung für andere Forscher. Den endgültigen Beweis dafür, dass der Schleim nicht im Gehirn, sondern in den Nasenschleimhäuten produziert wird, führte Schneider durch die Untersuchung eines an Rotz erkrankten Pferdes, das er in der Endphase der Erkrankung töten ließ. Bei der Sektion fand sich in den Ventrikeln keinerlei Schleim, während die Nasenschleimhäute geschwollen und die Höhle mit Schleim gefüllt war.

Auf der Basis dieser Experimente zeigte Schneider im dritten Band seines Hauptwerkes, dass auch das Trommelfell dicht und somit die Transsudation von Eiter und „Surdes“ nicht möglich ist. Er bewies damit, dass das Cerumen ebenfalls nicht, wie bisher angenommen, im Gehirn, sondern im äußeren Gehörgang entsteht.

Das von den Schleimhäuten abge sonderte Phlegma hielt er allerdings für ein unmittelbares Filtrat des Blutes, dem er eine ähnlich hohe Bedeutung wie William Harvey beimaß. Schneider ging jedoch über die Lehre des englischen Forschers hinaus, indem er die Hypothese formulierte, dass sich die Bildungsstätte des Blu-

tes weder in der Leber, noch im Herzen, sondern in ihm selbst befände.

Schneiders Forschungsergebnisse – ein epochaler, angefeindeter Fortschritt der Medizin

Seine Forschungsergebnisse waren für die Entwicklung der Medizin von prinzipieller Bedeutung. Sie stellten einen entscheidenden Beitrag zur Neubewertung der Hirnfunktionen dar. Denn die Spirituslehre war nun in ihrer seit Galen tradierten Form endgültig widerlegt. Viele berühmte Zeitgenossen, wie zum Beispiel Thomas Bartholin (1616 – 1680), lehnten diese Erkenntnisse ab, denn durch sie wurde nicht nur die Spirituslehre in ihrer überlieferten Form widerlegt, sondern auch die Lehre von den vier Säften erschüttert. Musste doch nun der Entstehungsort der Katarrhe von den Hirnkammern in die von dieser Krankheit befallenen Organe verlegt werden. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, nach völlig neuen Behandlungsformen zu suchen. Die vielen Reinigungsmethoden des Schädels (Craniopurgien), die man unter der Vorstellung anwendete, damit die Hirnkammern vom Schleim zu reinigen, waren nun obsolet. Schneider selbst kämpfte gegen jegliche Einspritzungen von Medikamenten in den äußeren Gehörgang, von dem man bisher annahm, dass er über eine direkte Verbindung zu den Hirnkammern verfüge, sodass von dort Medikamente in die Gehirnkammern gelangen würden. Seine eigenen Forschungsergebnisse und seine „große Gelehrsamkeit“ befähigten ihn zu weiteren fortwirkenden Hypothesen. So vertrat er wie Vesal die Meinung, dass die Hirnhöhlen Flüssigkeit enthielten. Er vermutete jedoch als erster, dass diese für die Befeuchtung des Gehirns selbst und damit für seine Funktion bedeutsam sei.

Die anregende Wirkung Schneiders auf die Forschungsarbeiten zeitgenössischer Mediziner

Im Gegensatz zu seinem Lehrer Bartholin nahm Nicolaus Steno

(1638 – 1686) die Forschungsergebnisse Schneiders auf und entwickelte sie weiter. Er stimmte mit Schneider darin überein, dass das Phlegma in den Schleimhäuten selbst entstehe, entdeckte jedoch, dass es sich nicht wie von Schneider angenommen, um ein reines Blutfiltrat, sondern um eine Flüssigkeit handelt, die von Schleimdrüsen aus Blutbestandteilen hergestellt wird. Im Jahre 1665 entdeckte er die Ceruminaldrüsen des äußeren Gehörgangs. Dieser kreative dänische Forscher hatte schon am 27. Mai 1661 den Ausführungsgang der Ohrspeicheldrüse entdeckt und arbeitete nun an seiner Schrift über die Drüsen des Mundes. Gerade als er das Manuskript zum Druck geben wollte, kam ihm der dritte Band von Schneiders Werk „De Catarrhis“ in die Hand, in dem dieser seine Entdeckung der Rachenmandel publiziert hatte.

Die Beschreibungen des Wittenberger Mediziners bestätigten Nicolaus Stenos eigene Beobachtungen, die er an den Gaumenmandeln und dem sie umgebenden lymphatischen Gewebe gemacht hatte. Später kam Steno im Rahmen seiner Untersuchungen des Herzmuskels ebenso wie Schneider zu der Überzeugung, dass das Blut nicht im Herzen gebildet wird, wodurch sich beide gegen alle zeitgenössischen Autoritäten zu stellen wagten. In England übersetzte Richard Lower (1631 – 1691), ein Pionier der Bluttransfusion und der wichtigste Mitarbeiter des großen Neuropathologen Thomas Willis (1621 – 1675), Schneiders Hauptwerk. Obwohl die beiden Engländer die Hirnschleimableitung via Hypophyse ins Gefäßsystem behaupteten, wurde „De Catarrhis“ für ihr eigenes Werk bedeutsam. Denn der Wittenberger Forscher hatte die Hypophysen verschiedener Tierarten gewogen und war zu dem Schluss gekommen, dass der „Hirnanhang“ bei vielen Tierarten im Verhältnis zum Körpergewicht größer sei als beim Menschen. Richard Lower bestätigte diese Untersuchungen in seiner Dis-

sertation. Aufgrund dieser Ergebnisse hatte Thomas Willis, auf welchen Weg auch immer, den genialen Einfall, dass die ins Blut abgegebene Hirnlymphe die Hoden anregen würde, jene Substanz zu produzieren, von der schon Galen angenommen hatte, dass sie den menschlichen Körper kräftigt. Obwohl, wie wir heute wissen, die „Lympe“ von der Willis sprach, nicht in den Hirnventrikeln, sondern im Hirnanhang selbst produziert wird, war dies ein tragfähiger Ansatz. Die Geburtsstunde der Endokrinologie hatte geschlagen.

Schneider hatte auch daran einen wesentlichen Anteil. Er wurde von Steno nicht ohne Grund hochgelehrt genannt, denn er veröffentlichte noch weitere bedeutsame wissenschaftliche Werke und wirkte auch als hochgeschätzter praktischer Arzt, sodass er zum Leibarzt des sächsischen Kurfürsten Johann Georg II. (1613 – 1680) ernannt wurde. Sicher war er am kursächsischen Hof auch deshalb besonders gut gelitten, weil sein Schwager Augustin Strauch (1612 – 1674) als wichtiger sächsischer Diplomat und späterer kursächsischer Kanzler großen Einfluss hatte. Seine Schwester, Schneiders Frau Anna Barbara, starb zum großen Schmerz ihres Ehegattens im Jahre 1672. Seither lebte der große Arzt sehr zurückgezogen, aber hochverehrt, als Senior der Medizinischen Fakultät der Wittenberger Universität. Konrad Victor Schneider starb im August des Jahres 1680. Ihm zu Ehren wurden die Nasenschleimhäute lange Zeit „Schneidersche Membranen“ genannt. Sein niemals in seiner ganzen Bedeutung gewürdigtes Werk bekannt zu machen, war das Anliegen dieses Beitrags.

Dr. med. Dietmar Seifert, Delitzsch