



Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen
gegründet 1990

© Ulf Dahl

100 JAHRE BAUHAUS ZUM BAUHAUS-STIL SÄCHSISCHER GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

Lesen Sie auf Seite 34



Sächsische
Landesärztekammer
begrüßt neue
Medizinstudenten

9

Medizinische
Fachangestellte –
Aktuell

14

Netzhaut-
Komplikationen bei
Diabetes mellitus,
Teil II

21

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon: 0351 8267-161
Telefax: 0351 8267-162
Internet: www.slaek.de
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium

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

Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M. A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundeckig.net

Verlag

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

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-99
E-Mail: johné@quintessenz.de

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

Druck

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

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

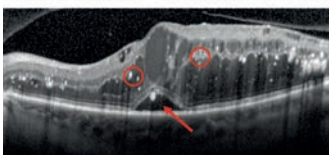
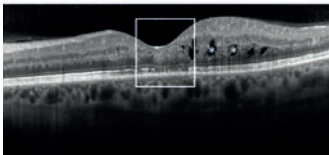
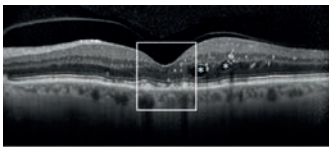
Bezugspreise / Abonnementpreise:

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

Inhalt



8. Deutsch-Polnische
Vorstandssitzung
Seite 5



Netzhaut-Komplikationen
bei Diabetes mellitus
Seite 21



Der Leipziger Arzt
Dr. med. Richard Hirschfeld
Seite 32

EDITORIAL	▪ Freiheit und Selbstverwaltung	4
BERUFSPOLITIK	▪ 8. Deutsch-Polnische Vorstandssitzung	5
	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	8
	▪ Sächsische Landesärztekammer begrüßt neue Medizinstudenten	9
	▪ Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen	10
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Einladung Kreisärztekammer Dresden (Stadt)	10
	▪ Kreisärztekammern haben gewählt	11
KOMMISSION SENIOREN	▪ 24. Sächsisches Seniorentreffen 2019 in Dresden ..	12
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Clinicum Digitale „Digitalisierung in der Medizin“ ..	13
	▪ Konzerte und Ausstellungen	14
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“ ..	14
	▪ Schriftlicher Ausbildungsnachweis MFA	15
	▪ Probezeit im Ausbildungsverhältnis MFA	16
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ...	18
BUCHBESPRECHUNG	▪ Wegbereiter der Diabetologie in Deutschland	20
ORIGINALIE	▪ Netzhaut-Komplikationen bei Diabetes mellitus, Teil II	21
LESERBRIEFE	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	26
	▪ Ärztinnenblatt	26
PERSONALIA	▪ Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozent	28
	▪ Jubilare im Dezember 2019	29
MEDIZINGESCHICHTE	▪ Der Leipziger Arzt Dr. med. Richard Hirschfeld	32
FEUILLETON	▪ 100 Jahre Bauhaus	34
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – Januar 2020 ▪ Jahresveröffentlichung 2019 SÄV	



Dr. med. Marco Hensel, MBA

Freiheit und Selbstverwaltung

Der sächsische Ministerpräsident, Michael Kretschmer, wird im August 2019 in einem Interview des Cicero zitiert: „Ich möchte, dass die Menschen frei leben können und nicht der Staat für sie entscheidet.“

In unserem Beruf sind wir so frei, Verwaltungsaufgaben als rechtlich verselbständigte Organisation – als berufsständische Körperschaft – zu übernehmen und diese in Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzips selbst zu gestalten.

Dabei gilt für die Selbstverwaltung aber auch die Bindung an Recht und Gesetz. Der Gesetzgeber setzt den Rahmen, in dem dann durch die Selbstverwaltung – als mittelbarer Staatsverwaltung – die Normensetzung erfolgt.

2016 trat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), beschlossen durch eine Koalition aus CDU/CSU/SPD, in Kraft. Nach dessen Vorgaben sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle errichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.

Diese Aufgabe stellte die KV Sachsen in den Mittelpunkt der laufenden Legislaturperiode. Die Vertreterversammlung der KV Sachsen hat mit dem Beschluss zur ab 1. Januar 2018 gültigen Bereitschaftsdienstreform die Einrichtung von Portalpraxen auf den Weg gebracht und im Mai 2019 die weitere Umsetzung beschlossen, die im letzten Monat an zwölf weiteren Stellen in Sachsen erfolgt ist.

Dadurch wurde aber eine grundlegende Anpassung der bisherigen Bereitschaftsdienstabsicherung notwendig, da ver-

hindert werden musste, dass durch die neuen Anlaufstellen für Patienten im Notdienst, zusätzliche quantitative Dienstbelastungen resultierten und die Tätigkeit in freier Niederlassung unattraktiver würde.

Ohne das Rad ganz neu zu erfinden und die Erfahrungen aus anderen Bundesländern nutzend, ist eine Neuordnung des Bereitschaftsdienstes in 23 statt bislang 95 Regionen vollzogen worden, die wohl gerade in ländlichen Gebieten längere Wege und auch intensivere Dienste nach sich ziehen werden aber zugleich eine Reduktion oder zumindest fehlende Ausweitung der Dienstfrequenz gewährleisten.

Die Ausgestaltung der neuen Portalpraxen, die Einführung eines Fahrdienstes für die weiteren Hausbesuche sowie die Schaffung einer jetzt auch mit ärztlichem Sachverstand besetzten Bereitschaftsdienstvermittlungszentrale waren Gegenstand vieler Diskussionen in der KV und in sehr vielen Gesprächen in den einzelnen Regionen Sachsens vor Ort. Dass es dabei unter 6.000 Ärzten zu den einzelnen Umsetzungen unterschiedliche Präferenzen geben würde, war immer klar. Ob dabei der richtige Weg gewählt wurde, kann nur im Verlauf beurteilt werden. Gerade deshalb hat die Vertreterversammlung ein ständiges Monitoring und Berichtswesen über die Ergebnisse eingefordert, dem seitdem tatsächlich regelmäßig nachgekommen wird.

Ich finde, dass selbst die wenige Meriten versprechende Umsetzung der Bereitschaftsdienstreform ein Beispiel für die Notwendigkeit ist, die Selbstverwaltung gegenüber Angriffen zu verteidigen.

Die Alternative zur Selbstverwaltung ist die unmittelbare staatliche Verwaltung. Und wer immer meint, dass diese besser geeignet wäre, die entstandenen Patientenströme außerhalb der Praxisöffnungszeiten zu steuern, sei an die Umsetzung von Baumaßnahmen an Flughäfen im Land oder die Beachtung von Bedarfszahlen zur personellen Ausstattung von Schulen erinnert.

Nicht nur ärgerlich ist es dabei, dass mancher und vor allem finanzieller Aufwand nicht von den Verursachern neuer Portalpraxen sondern den Umsetzern getragen werden soll. Umso gefährlicher erscheint es mir aber, diesen Ärger gegen ein eigenes Stück Freiheit zu richten. Der offenbar populäre Verweis auf die Schuld der Selbstverwaltungsorgane – im Wahlkampf leider nicht nur aus populistischer Richtung vorgebracht – würde uns unter Aufgabe unserer Körperschaften der Mitgestaltungsmöglichkeiten berauben und uns etwas unfreier leben lassen. Lassen sie uns lieber unsere Selbstverwaltungsorgane aktiv durch Mitarbeit stärken. Auf „dass die Menschen frei leben können und nicht der Staat für sie entscheidet.“ ■

Dr. med. Marco Hensel, MBA, Löbau
Stellvertretender Landesvorsitzender Hartmannbund Sachsen

8. Deutsch-Polnische Vorstandssitzung

Vom 27. bis 28. September 2019 trafen sich die Vorstände der Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer zur 8. gemeinsamen Vorstandssitzung in Dresden. In der Einführung erläuterte Dr. Paweł Wróblewski, Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer, die Geburtsfehler des polnischen Gesundheitssystem von 1989. So war unter anderem die über den Haushalt finanzierte einheitliche Krankenkasse nur als Übergangslösung gedacht. Durch unterschiedliche Träger bei den Krankenhäusern entwickelte sich deren Ausstattung im Laufe der letzten 30 Jahre ganz unterschiedlich. Die anhaltenden Kostensteigerungen im Gesundheitssystem wurden und werden jedoch immer den Ärzten zugeschrieben. Entsprechende gesetzliche Änderungen werden daher immer restriktiv eingefügt, sind also mit Malusregelungen behaftet.

Über „Ärztliche Ethik und multikulturelle Fragen in der Arztpraxis“ sprachen anschließend Dr. med. Anne-Sophie Hajduk, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Johanna Sinz, Fachärztin für Innere Medizin, von der Internationalen Praxis in Dresden, sowie Dr. Jakub Trnka, Vorsitzender der Ethikkommission der Niederschlesischen Ärztekammer. Dr. Hajduk hob mit Blick auf die Sprachbarrieren hervor, dass durch die sechs in der Praxis angestellten Dolmetscher für Arabisch, Farsi, Urdu, Paschtu, Russisch, Englisch und Französisch der Zugang für Asylbewerber sehr einfach sei. Selbst für Georgisch und Kurdisch gäbe es entsprechende Übersetzer in der Nähe. Hinzu kämen kurze Wege sowie eine gelebte Interprofessionalität. Dies garantiere eine fast reibungslose generationsübergreifende, ressourcenorientierte Versor-



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Dr. Paweł Wróblewski, Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer, leiteten die gemeinsame Vorstandssitzung.

gung der ganzen Familie. Vergütet werden die Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz. Seit Bestehen der Praxis im Jahr 2015 haben sich die Patientenkontakte von rund 3.800 auf rund 5.000 pro Quartal erhöht, wobei aktuell darunter rund 70 Prozent GKV-Versicherte sind. Die Zunahme wird dadurch erklärt, dass ausländische Patienten in den regulären Praxen nicht angenommen werden. Ein großer Anteil der Leistungen entfällt auf psychiatrische Gespräche (Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Panikstörung) aber auch auf die Behandlung von Skabies, Virusinfekten oder Koronare Herzkrankheiten sowie die Betreuung von Chronikern. Bei der Behandlung spielen Herkunft, Sprache oder Religion eine große Rolle, erläuterte Johanna Sinz, aber auch die Schulbildung, die Rolle der Frau im Herkunftsland und damit verbunden das Schamgefühl. Es kommt durchaus immer wieder die Frage bei einigen Patienten auf, ob es im Fastenmonat Ramadan Ausnahmen für alte und

ranke Menschen oder schwangere Frauen beziehungsweise stillende Mütter gibt. Hier muss die Ärztin dann schon mal dahingehend beraten, dass solche Menschen das Fasten brechen und die versäumten Fastentage nachholen können, ohne in Konflikt mit dem Koran zu kommen. Als Ärztin erlebe man aber auch besondere Erkrankungen, die man sonst in Europa nicht kennt, wie Skabies, Thalassämien, Mittelmeerfieber, Sichelzellanämie, Favismus oder Messerstichverletzungen, alte Schusswunden, Verbrennungen und sonstige Kriegsverletzungen.

Dr. Trnka betonte die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung von Migranten schon aus ethischen Gründen. Dies hätte auch eine lange Tradition, da Polen seit Jahrhunderten ein multiethnisch geprägtes Land sei. Zudem sei eine weitere Zuwanderung durch Krisen, Kriege und Klimaveränderungen zu erwarten. Daher müsse sich Polen besser auf die medizinische Versorgung von Migranten einstellen. Ob



Dr. med. Anne-Sophie Hajduk

dies über den Nationalen Gesundheitsfonds gelinge, sei offen. Das Modell der Internationalen Praxen in Sachsen mit extrabudgetären Vergütungsmodellen sei durchaus nachahmenswert, um den speziellen Anforderungen ausländischer Patienten besser gerecht werden zu können, ohne dass finanzielle Mittel für polnische Patienten gekürzt werden müssten. Zur Versorgung ausländischer Staatsbürger gibt es ein Gesetz, welches nach anerkannten Flüchtlingen, EU-Bürgern, Europäischer Freihandelsassoziation oder Bürgern mit Arbeitserlaubnis unterscheidet.



Dr. Jakub Trnka

Nach den Daten der polnischen Ausländerbehörde (Urząd dospraw Cudzoziemców) lebten im Januar 2018 insgesamt 325.217 Ausländer mit gültigen Aufenthaltspapieren auf polnischem Territorium. Die Ukrainer stellen mit 145.252 Personen unverändert die größte Immigrantengruppe in Polen, Anzahl steigend. Gründe dafür sind unter anderem die schlechte politische und wirtschaftliche Lage in der Ukraine und der leichte Zugang zum polnischen Arbeitsmarkt. An nächster Stelle befinden sich Deutsche (22.157), Belarussen (15.339), Vietnamesen (11.718) und Russen (11.415). Unter den 325.000 Ausländern befinden sich rund 5.000 Flüchtlinge (1,5 Prozent), darunter 70 Prozent aus Russland, 15 Prozent aus der Ukraine und 154 Tadschiken. Von der Anzahl der gestellten Anträge auf Anerkennung des Flüchtlingsstatus ist allerdings die Anzahl der positiven Entscheidungen zu unterscheiden. Beispielsweise wurde im Jahr 2017 150 Ausländern der Flüchtlingsstatus zuerkannt, bei 2.747 Personen wurde das Verfahren eingestellt. Die Daten zeigen, dass Polen bisher nicht vom Phänomen der Massenimmigration betroffen ist.

Dr. Paweł Wróblewski ging auf Fragen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ein. So sei es in den letzten Jahren gelungen, den Rettungsdienst zwischen Deutschland und Polen sowie Polen und Tschechien zu regeln. Dabei kommt es auch zu einem regelmäßigen Austausch von Ärzten. Ein gutes Beispiel einer grenzüberschreitenden Versorgung sei auch das Projekt „Gesunde Kinder – Gesundes Europa“, welches bei der Früherkennung von Haltungsschäden bei Kindern in Görlitz und Zgorzelec ansetzt. Barrieren gäbe es dagegen noch bei der Abrechnung von Leistungen, die im jeweiligen Nachbarland anfallen. Als Negativbeispiel nannte er ein polnisch-tschechisches Projekt zur Behandlung des Grauen Stars, wo es

bei dem Transport der Patienten von Tschechien nach Polen zu sehr hohen Kosten gekommen sei, in deren Folge eine tschechische Firma viel Geld verdient hat, aber die finanziellen Mittel für die reguläre Versorgung in Polen reduziert werden mussten.

Prof. Dr. Karol Kozak vom Fraunhofer Institut Dresden stellte das Projekt „3D Dent“ vor. Ziel des Projektes sei, eine integrierte, transregionale und interdisziplinäre zahnmedizinische Versorgung mit Hilfe einer digitalen Plattform zu schaffen, die eine enge Kooperation zwischen Ärzten an entfernten Orten



Prof. Dr. Karol Kozak

ermöglicht. Dazu wird die aktuell verwendete Planungsstrategie aus einer Kombination von 2D-Analysen und Herstellung von Gipsmodellen in eine integrierte digitale Analyse überführt und ein „digitaler Zwilling“ für den voll-digitalisierten Planungs- und Diagnostikprozess erstellt. Zuerst wird die bisher erforderliche Abdrucknahme mittels Alginate und die Herstellung eines Gipsmodells durch einen intraoralen 3D-Scan der Zahnbögen des Patienten abgelöst werden. Zweiter Schritt ist die Anfertigung von 3D-Aufnahmen der Weichteile des Gesichtes mittels eines

extraoralen 3D-Scanners. Als dritter Schritt erfolgt die Anfertigung von Digitalen Volumentomografie (DVT)-Aufnahmen. Nach der Anfertigung bildbasierter Datensätze werden diese zu einem „digitalen Zwilling“ zusammengefasst. Auf diese Weise entsteht erstmalig ein umfassendes 3D-Modell des Mund-Kiefer-Raumes einschließlich der wichtigen Informationen zum Kiefergelenk und der anliegenden Weichteile. Dieser „digitale Zwilling“ bildet die Grundlage für die Behandlungsplanung und die Planung der prothetischen Versorgung. Für die Überwachung des Therapieerfolges wird ein neuartiges telemedizinisches Modul eingerichtet, um die Kommunikation zwischen den verschiedenen Behandlern beziehungsweise zwischen Behandler und Patient zu verbessern und gleichzeitig die Visitenplanung zu personalisieren und zu digitalisieren. Die Plattform wird es ermöglichen, die Anzahl der erforderlichen ärztlichen Konsultationen zu reduzieren, eine Doppeldiagnostik zu vermeiden und demzufolge die Strahlungsbelastung des Patienten zu vermindern. Er betonte aber auch, dass es beim Datenaustausch keine hundertprozentige Sicherheit gäbe und Haftungsfragen bei digitalen Anwendungen ungeklärt seien. Auf die Frage, ob künstliche Intelligenz (KI) in Zukunft den Arzt ersetzen würde, antwortete Prof. Kozak: „KI nutzt ausschließlich Daten, arbeitet ohne Protokolle und ist nicht zu Empathie fähig. Daher kann sie den Arzt nicht ersetzen.“

Da in Polen die Ärzte und Zahnärzte in einer Kammer zusammengefasst sind, stellte Dr. Christine Langer, Fachärztin für Kieferorthopädie aus Torgau, die Organisation der Zahnärztlichen Weiterbildung vor. Demnach gibt es in Deutschland insgesamt drei Weiterbildungsmöglichkeiten zum Fachzahnarzt: für Öffentliches Gesundheitswesen, für Oralchirurgie und für Kiefer-



Dr. med. Thomas Lipp (r.) sprach zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in Leipzig.

orthopädie. Einen Fachzahnarzt für Kinder gibt es dagegen nicht, wie von polnischer Seite nachgefragt wurde.

In der abschließenden Diskussion betonte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, ob der vielfältigen ähnlichen Probleme dies- und jenseits der gemeinsamen Grenze, die Notwendigkeit, sich öfter über aktuelle politische Entwicklungen auszutauschen und gemeinsame Strategien für die stärkere Vertretung der

ärztlichen Interessen zu entwickeln. Dr. Paweł Wróblewski teilte diese Ansicht und wird zu einem nächsten Termin nach Wrocław einladen. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Bewertung des dritten Falles aus der Gutachterstelle

Zunächst die Bewertung der Gutachterstelle des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2019, dargestellten tragischen geburtshilflichen Falles: Die Gutachterstelle sieht in der postpartalen Betreuung von Mutter und Kind keine Behandlungsfehler.

Aus dem Geburtsverlauf ergeben sich nach Auffassung der Gutachterstelle keine Gefährdungen für das Neugeborene, die eine besondere Überwachung oder gar ein Monitoring des Kindes erforderlich gemacht hätten. Ein atemdepressiv wirksamer Medikamentenüberhang, der das Geschehen erklärt und ein Monitoring notwendig gemacht hätte, war in Anbetracht der zeitlichen Abläufe nicht zu erwarten. Mutter, Partner und das Neugeborene nach einer angemessenen Zeit im Kreißaal allein zu lassen und die erforderlichen Kontrollen auf gelegentlichen Kontakt zu beschränken, entspricht nach unkomplizierten Entbindungen mit gutem postpartalem Zustand des Kindes der Normalität in unseren Kreißsälen und ist der Intimität dieser Situation durchaus angemessen.

Den Kollegen, die sich an der Diskussion mit Leserbriefen beteiligt haben, herzlichen Dank. Keiner dieser Kollegen hat im dargestellten Verlauf ein fehlerhaftes Betreuungsregime gesehen.

Der vierte Fall aus der Gutachterstelle

Heute möchten wir Ihnen den vierten Fall aus der Gutachterstelle vorstellen.

Er wendet sich an die Kollegen, die gynäkologisch-onkologisch tätig sind.

Antragstellerin Jahrgang 1939

1. Februar 2016

Endoskopische Adnexektomie bei zystischem Adnexbefund rechts
Histo: muzinöses Ovarialkarzinom pT 1a G1

→ Empfehlung einer Komplettierungsoperation

25. Februar 2016

Komplettierungsoperation mit Lavage, Peritonealbiopsien aus allen Quadranten, abdominaler Hysterektomie mit Adnexektomie links, pelviner und paraaortaler LNE, Netzresektion, Mobilisation des Colon transversum und Revision der Bursa omentalis; dabei Milzläsion, Versorgung durch Koagulation und Tachoflies.

Histo: Im gesamten Präparat kein Tumormaterial. Pankreasgewebe in der Biopsie aus dem linken Oberbauch.

Im postoperativen Verlauf werden immer wieder Oberbauchbeschwerden beschrieben, glatte Wundheilung, Entlassung am 8. März 2016 mit laut Epikrise unauffälligem Verlauf und der Empfehlung zur ambulanten Gastroskopie.

23. März 2016

Wegen zunehmender Bauchbeschwerden Aufnahme der Patientin in eine Chirurgische Klinik (andere Einrichtung; diese Einrichtung wird nicht beklagt).

CT-Diagnostik: Monströse Pankreaspseudozyste bei Pankreasfistel.

24. März 2016

Laparotomie mit Splenektomie, Pankreaslinksresektion, Adhäsiolyse Bauchdeckenplastik

Histo: Pankreasschwanzpräparat mit fibrinös demarkierten älteren Nekrosen

Postoperativ Nachblutung aus der A. lienalis → Coiling
Entlassung am 12. April 2016

Wiederaufnahme bei akutem Abdomen am 19. April 2016 (gleiche Einrichtung)

CT: ausgedehnte retrogastrale Abszedierung mit Fistelbildungen
OP: Gastrektomie mit retrokolischer terminaler Oesophago-Jejunostomie und Roux-Y-Anastomose
Nachfolgend glatte Wundheilung, schrittweise Erholung der Patientin.

Wir fordern wieder zur Diskussion auf. Wie beurteilen Sie die Indikation zur Komplettierungsoperation, die stationäre Behandlung und den nachfolgenden Verlauf?

Wir möchten nochmals betonen, dass die chirurgische Behandlung nicht Gegenstand der Beurteilung ist. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen

Sächsische Landesärztekammer begrüßt neue Medizinstudenten

Anfang Oktober 2019 wurden rund 525 Medizinstudierende durch die Sächsische Landesärztekammer in Dresden und Leipzig zum Studienstart in Sachsen begrüßt. Vorstandsmitglied Dr. med. Stefan Windau hieß die über 300 Studierenden im Namen der Sächsischen Landesärztekammer und deren Ärzteschaft an der Medizinischen Fakultät Leipzig willkommen. Mit der Studienwahl habe man sich für einen der schönsten Berufe entschieden, ließ Dr. Windau aus eigener Erfahrung verlauten.

In der Elbestadt Dresden beglückwünschte Vorstandsmitglied Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, selbst Leiterin des Bereichs Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, die 225 neuen Mediziner zur erfolgreichen Grundsteinlegung für eine Karriere in Sachsen.

Auch in diesem Jahr hatte die Sächsische Landesärztekammer zusammen mit dem Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ die Möglichkeit, die neuen Mediziner außerhalb der offiziellen Eröffnungszeremonien kennenzulernen. Bei der alljährlichen Mediziner-Stadtrallye der Erstsemester am 8. Oktober 2019 durchliefen die Studienanfänger unterschiedliche Stationen, die für ihr künftiges Studium relevant sein werden. Zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und dem Marburger Bund Sachsen stellte die Sächsische Landesärztekammer am vereinten Stand eine Aufgabe, welche die medizinischen Vorkenntnisse der Erstsemester auf die Probe stellte. Die auskultatorische Blutdruckmessung stellte für fast alle kein Problem dar und



Leipziger Studierende bei der Eröffnungsveranstaltung

konnte sogar dem ein oder anderen erfolgreich vermittelt werden. Die Stimmung war trotz des regnerischen Wetters sonnig und so nutzte das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ die Gelegenheit, um über aktuelle Projekte, Veranstaltungen sowie Fördermaßnahmen, die schon während des Studiums möglich sind, zu informieren.

Seit Jahren bietet diese traditionelle Veranstaltung in Dresden eine gute

Chance für die Sächsische Landesärztekammer, die künftigen Ärzte zu Beginn ihrer medizinischen Karriere mit der ärztlichen Selbstverwaltung und deren Unterstützungsangeboten vertraut zu machen. Die Sächsische Landesärztekammer und das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ wünschen allen neuen Medizinstudierenden in Sachsen einen gelungenen Start ins Studium! ■

Pascal Müller
Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen

Die KV Sachsen hat 2013 das Modellprojekt „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ ins Leben gerufen. Abiturienten und Schüler der 12. und 13. Klassen können sich seitdem um ein deutschsprachiges Medizinstudium an der ungarischen Universität Pécs bewerben. 2020/21 wird das Projekt nun mit doppelt so vielen geförderten Studienplätzen fortgeführt. Von diesen insgesamt 40 Studienplätzen werden 20 Plätze durch die KV Sachsen zusammen mit den Sächsischen Krankenkassen finanziert. Die Kosten für weitere 20 Studienplätze übernimmt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Am Modellprojekt können Abiturienten mit einem Notendurchschnitt bis 2,6

teilnehmen. Die persönliche Motivation und Eignung des Bewerbers für eine ärztliche Tätigkeit in Sachsen sind dabei besonders wichtig, die Schulnoten hingegen spielen eine untergeordnete Rolle.

Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen: „Schon heute trägt unser Modellprojekt Früchte: In diesem Jahr konnten die ersten Absolventen ihre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Sachsen beginnen.“

Welche Bewerbungsunterlagen bei der KV Sachsen eingereicht werden müssen und wie die genauen Förderbedingungen aussehen, darüber informiert die KV Sachsen an folgenden Terminen:

18. November 2019, 16.00 bis 18.00 Uhr
KVS Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden
Anmeldung unter:
sicherstellung.dresden@kvsachsen.de

26. November 2019, 16.00 bis 18.00 Uhr
KVS Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz
Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz
Anmeldung:
sicherstellung.chemnitz@kvsachsen.de

Weitere Informationen und Termine:
[www.kvs-sachsen.de/
aerztlicher-nachwuchs/abiturienten-
medizinstudenten/modellprojekt/](http://www.kvs-sachsen.de/aerztlicher-nachwuchs/abiturienten-medizinstudenten/modellprojekt/) ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN

Einladung Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

Am **Dienstag, dem 3. Dezember 2019**, um **15.00 Uhr**, lädt die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ein zum vorweihnachtlichen Seniorentreffen in den

Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden. Das genaue Vortragsthema wird in Kürze bekannt gegeben. Seien

Sie zu Kaffee und Stollen herzlich willkommen! ■

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

Kreisärztekammern haben gewählt

Im Rahmen der Mitgliederversammlungen der Kreisärztekammern

- Sächsische Schweiz-Osterzgebirge am 9. Oktober 2019 sowie
- Meißen am 29. Oktober 2019

wurden deren Vorstände neu gewählt, die wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

KÄK Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (Wahlperiode 2019 – 2024)

Christian Otis Lorenz
(Vorsitzender), Pirna, A
Dr. med. Andrea Lindner
(Stellvertreterin), Heidenau, N
Simone Stuckart, Pirna, A

KÄK Meißen (Wahlperiode 2019 – 2023)

Dr. med. Alexander Neumann
(Vorsitzender), Meißen, A
Dipl.-Med. Petra Albrecht
(Stellvertreterin), Meißen, A
Dr. med. Petra Breyer, Meißen, A
Dr. med. Konrad Dombrowe, Coswig, R
Dr. med. Frank Eisenkrätzer, Radebeul, R
Dipl.-Med. Kerstin Friedrich, Radebeul, N



Die ehemalige KÄK-Vorsitzende Dr. med. Katrin Mende mit dem neuen Vorstand Dr. med. Andrea Lindner, Christian Otis Lorenz und Simone Stuckart (v.l.)

Dr. med. Wilfried Schöne, Radebeul, A
Andreas Wippler, Meißen, A

Wir möchten den ehrenamtlich tätigen Kollegen, welche nunmehr aus den Vorständen dieser Kreisärztekammern ausgeschieden sind, für ihre Mitarbeit und ihr Engagement bei der Vertretung der Belange der Kollegen in den Landkreisen herzlich danken.

Ein besonderes Dankeschön geht an die bisherigen langjährigen Vorsitzenden, Dr. med. Katrin Mende (KÄK Säch-



Dipl.-Med. Petra Albrecht (Stellvertreterin), Dr. med. Alexander Neumann (Vorsitzender), Dipl.-Med. Kerstin Friedrich, Dr. med. Konrad Dombrowe, Andreas Wippler, Dr. med. Petra Breyer, Dr. med. Frank Eisenkrätzer, Dr. med. Wilfried Schöne (v.l.)

sische Schweiz-Osterzgebirge) und Dipl.-Med. Brigitte Köhler (KÄK Meißen).

Wir wünschen den neu gewählten Vorständen für die umfangreichen Aufgaben, die mit diesem Ehrenamt verbunden sind, viel Erfolg und sind überzeugt, dass die Belange der Kollegen in den Landkreisen Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und Meißen mit Engagement wahrgenommen und vertreten werden. ■

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

24. Sächsisches Seniorentreffen 2019 in Dresden

Senioren Ausflug nach Dresden und Besuch der Gemäldegalerie Alte Meister – ein Klassiker. Verständlich, wenn die Dresdner Kollegen sagen: „Da war’n mer schon mal“, aber für uns Nicht-hauptstädter war es ein besonderes

Die Führung durch die Galerie war Dank der Kopfhörer trotz der vielen Menschen auf engem Raum exzellent.

Im Mittelpunkt stand das berühmteste Gemälde der Renaissance die „Sixtini-

Wer erinnert sich noch, dass nach dem Zweiten Weltkrieg Gemälde als Beutekunst nach Moskau gebracht und 1955 an die DDR zurückgegeben wurde. Die vielen detaillierten Informationen ermöglichten einen ganz anderen Blick auf die Bilder. Vielleicht sollte man zu einem anderen Zeitpunkt in aller Ruhe diese wundervolle Galerie noch einmal besuchen.

Das Mittagessen im Restaurant der Sächsischen Landesärztekammer war wie immer ausgezeichnet.

Danach hörten wir im Plenarsaal den hochinteressanten Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder „Schärfen Sie ihren diagnostischen Blick – was Bilder erzählen“. Eingangs führte er aus, dass man anhand des Gesichts nur schwer das Alter eines Menschen abschätzen kann. Aber die Hände mit ihren Veränderungen können das wahre Alter nicht verbergen. Prof. Schröder ist Rheumatologe und konnte viele Beispiele an Hand von Gemälden zeigen, die rheumatische Erkrankungen aufwiesen. Ebenso stellte er bekannte Maler mit schweren Deformierungen der Hände vor, sodass sie kaum den Pinsel halten konnten.

Der erlebnisreiche Tag klang bei Kaffee und Kuchen aus, bevor wir die Heimreise antraten. Dank guter Organisation des bewährten Reiseunternehmens kamen wir auch in die entlegensten Ecken von Sachsen frühzeitig zu Hause an. ■

Dr. med. Lothar Hilpert
Ehemaliges Mitglied des Ausschusses Senioren



Das 24. Sächsische Seniorentreffen führte diesmal in die Gemäldegalerie Alte Meister.

Erlebnis. Der Bus brachte uns zum Zwingerteich. Von da aus ging es durch die Parkanlage zum Zwinger. Die Gemäldegalerie Alte Meister ist zurzeit wegen Umbauten geschlossen, aber die Ausstellung „Glanzlichter der Gemäldegalerie Alte Meister“ bot uns eine Auswahl der schönsten Werke. Das war genau richtig für die kurze Zeit unseres Besuches.

sche Madonna“ von Raffael. König August III hatte es 1754 für 25.000 Scudi von der Klosterkirche San Sisto in Piacenza gekauft. Anlässlich des 500. Jahrestages des Bildes ließ man den schweren goldenen Rahmen anfertigen. Neben vielen anderen Bildern ist die Dresden Ansicht vom rechten Elbufer unterhalb der Augustusbrücke von Canaletto zu sehen.

Clinicum Digitale „Digitalisierung in der Medizin“

Impulstag am 18. Januar 2020

Doppelte Dokumentation durch halbe Digitalisierung erschwert die Arbeit vieler Ärzte und entfernt sie zunehmend vom Patienten. Während künstliche Intelligenzen bereits Bachkantaten komponieren, scheitern Klinik-Computer nicht selten schon am Öffnen einer Patientenakte.

Vor diesem Hintergrund wurde die Initiative „Clinicum Digitale“ von Dresdner Studenten als Kooperation der Technischen Universität Dresden mit der Sächsischen Landesärztekammer ins Leben gerufen. Die interdisziplinäre Veranstaltungsreihe mit Impulstag, aufbauenden Modulen und Perspektivtagen soll Mediziner, Informatiker und Ingenieure zusammenführen, um digitale Medizin gemeinsam aktiv zu gestalten. Dabei werden die Inhalte des

Curriculums der Bundesärztekammer (24 UE) „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ absolviert.

Wir laden Sie ganz herzlich zur Auftaktveranstaltung, dem 1. Digitalen Impuls-Tag, am 18. Januar 2020, nach Dresden ein. Die mit acht Fortbildungspunkten anerkannte Veranstaltung bietet einen spannenden Einblick in aktuelle Entwicklungen und Problemfelder im zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen. Sie richtet sich an die gesamte Ärzteschaft sowie an Informatiker und Studenten beider Professionen und soll damit auch ein Ort der Begegnung der verschiedenen Professionen sein. Dabei werden Themen von nationalen Digitalisierungsstrategien bis zu künstlichen Intelligenzen und Telemedizin ergründet.

Ab März 2020 bietet dann ein 40-stündiges Curriculum die Chance, tiefer in den Themenbereich „Digitalisierung in der Medizin“ einzutauchen. Die Fortbildungsreihe vermittelt Digitalisierungskompetenz durch interdisziplinäre Projektarbeit, Praxisnähe und Zugang zu einem multiprofessionellen Netzwerk. Die Teilnehmer werden befähigt, die Zukunft eines innovativen Gesundheitswesens aktiv zu prägen und mitzugestalten.

Weiterführende Informationen zum Clincium Digitale und die Möglichkeit zur Anmeldung zum 1. Digitalen Impuls-Tag finden Sie im Internet unter www.slaek.de. ■

Verwaltungsbetriebswirt (VWA) Göran Ziegler
Leiter Referat Fortbildung

Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung „Medizinische Fachangestellte“ am Mittwoch, dem 15. Januar 2020, 9.00 bis 15.00 Uhr, in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt in der 4. bis 6. Kalenderwoche 2020.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 15. Januar 2020 können regulär Auszubildende und Umschüler, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 29. Februar 2020 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler (bei einer Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Ausbildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht

vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arzthelfers oder des Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldeformulare haben die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer bereits erhalten. Die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren gehen fristgerecht dem Zahlungspflichtigen zu.

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) spätestens bis zum 9. November 2019 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Konzerte und Ausstellungen

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

Marlet Heckhoff „Interspace“

bis 20. Januar 2020

Heike Berl „Weiße Rose – Natur und Symbol“ Vernissage

Donnerstag, 23. Januar 2020, 19.30 Uhr

Programmvorschau

1. Dezember 2019, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Kleine Tuba Weihnacht“
Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich vor.



Aktuelle Ausstellung: Marlet Heckhoff

Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prü-

fungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351/8267-170/ -171/ -173 zur Verfügung. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Schriftlicher Ausbildungsnachweis MFA

Um den Stand der Ausbildung zu kontrollieren, kommt dem schriftlichen Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) eine wichtige Rolle zu. Auszubildende und Umschüler haben über die gesamte Ausbildung kontinuierlich einen Ausbildungsnachweis zu führen und darin Aufgaben und die damit erworbenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse zu dokumentieren.

Das Berichtsheft stellt sachlich und pädagogisch einen Eckpfeiler des Ausbildungsprozesses dar. Sachlich hält das Berichtsheft die Ausbildungsinhalte detailliert in ihrem zeitlichen Ablauf fest. Die durchgeführten Tätigkeiten sollen von den Auszubildenden in Bezug auf die im Ausbildungsplan festgelegten Ausbildungseinheiten detailliert beschrieben werden.

Pädagogisch hält die Führung des Berichtsheftes die Auszubildenden dazu an, die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten aus ihrer Sicht darzustellen und damit den aus subjektiver Sicht erreichten Ausbildungsstand zu dokumentieren und – auch kritisch – zu reflektieren.

Den Auszubildenden ist die zur Führung des Berichtsheftes notwendige Zeit während der Ausbildungszeit (Arbeitszeit) zu gewähren.

Die Auszubildenden sind zur regelmäßigen Vorlage des schriftlichen Ausbildungsnachweises bei dem Ausbilden-

den (Arzt) verpflichtet. Wenn der schriftliche Ausbildungsnachweis trotz Abmahnung wiederholt verspätet abgeliefert wird oder der schriftliche Ausbildungsnachweis von der Auszubildenden überhaupt nicht vorgelegt wird,

liegt eine Pflichtverletzung vor, die geeignet sein kann, eine außerordentliche Kündigung des Berufsausbildungsverhältnisses zu rechtfertigen.

Der Auszubildende hat den schriftlichen Ausbildungsnachweis in regelmäßigen

Abständen durchzusehen und zu unterschreiben.

Durch die Unterschrift unter den schriftlichen Ausbildungsnachweis bescheinigt der Auszubildende, dass Auszubildende die in der Ausbildungszeit geforderten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten ordnungsgemäß unter geeigneter Kontrolle erlernt haben und ausführen können. Bei Mängeln hat der Ausbilder auf eine Verbesserung hinzuwirken. Die betrifft nicht nur inhaltliche Mängel, insbesondere Unrichtigkeiten, sondern auch Fehler in der Rechtschreibung oder der Angabe von Ausbildungszeiten. Die Auszubildenden haben ihre Berichtshefte zu den Prü-

fungen einzureichen. Die zuständige Stelle überprüft die formalen und inhaltlichen Kriterien. Der ordnungsgemäß geführte Ausbildungsnachweis ist gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 BBiG eine Zulassungsvoraussetzung zur Abschlussprüfung.

Die fehlende Führung des Ausbildungsnachweises, die Unvollständigkeit oder auch, wenn die vorgeschriebenen Unterschriften fehlen, kann die Nichtzulassung zur Abschlussprüfung zur Folge haben.

Was ist einzutragen?

Ausbildungsinhalte, die in der Praxis vermittelt wurden, sind mit dem entsprechenden Ausbildungszeitraum sach-

lich den Themen (siehe Überschriften) im Ausbildungsnachweis zuzuordnen und auf den vorgesehenen Seiten einzutragen. Das Berichtsheft als Tätigkeitsnachweis und Verlaufskontrolle sämtlicher Ausbildungsinhalte dokumentiert somit erreichte Lernziele im Verlauf der Ausbildung. Erlernte Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten sind so zu dokumentieren, dass diese nachvollziehbar sind.

Ausbildungsinhalte, die durch Praktika in Kooperation mit anderen Ausbildungspraxen erreicht wurden, sind ebenfalls einzutragen. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Probezeit im Ausbildungsverhältnis MFA

Jedes Berufsausbildungsverhältnis muss mit einer Probezeit beginnen. Die Probezeit ist dabei schon Bestandteil des Berufsausbildungsverhältnisses. Es bestehen zu dieser Zeit bereits die beiderseitigen Pflichten und Rechte.

Die Probezeit muss mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Die Vereinbarung einer kürzeren oder längeren Frist ist unwirksam. Ausnahmsweise ist aber eine Verlängerung bei einer Unterbrechung der Ausbildung (zum Beispiel wegen Krankheit) um mehr als ein Drittel der Probezeit zulässig, soweit die Verlängerung sich auf den Zeitraum der Unterbrechung beschränkt.

Wurde die Auszubildende bereits vor Beginn des Berufsausbildungsverhältnisses auf Probe beschäftigt, so war sie nicht Auszubildende, sondern angestellt als Hilfskraft. Eine Probezeit von bis zu vier Monaten ist dann im Berufsausbildungsvertrag dennoch zulässig.

Die Probezeit beginnt mit dem vereinbarten Tag des Beginns des Berufsausbildungsverhältnisses, ohne Rücksicht

darauf, ob die Auszubildende die Tätigkeit auch tatsächlich aufnimmt oder zum Beispiel wegen Krankheit nicht aufnimmt oder nicht aufnehmen kann.

Die Probezeit ist zweckbestimmt. Der Auszubildende hat insbesondere die geistige und körperliche Eignung der Auszubildenden für den zu erlernenden Beruf zu ermitteln. Die Auszubildende soll prüfen, ob sie sich geeignet fühlt, den Beruf überhaupt und in der gewählten Praxis zu erlernen.

Wechselt eine Auszubildende nach Ablauf der Probezeit in eine andere Praxis, wird die bereits absolvierte Ausbildungszeit voll angerechnet. Eine erneute Probezeit ist in vollem Umfang bei diesem Ausbilder rechtmäßig.

Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis jederzeit ohne Einhalten einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Die Kündigung während der Probezeit trägt der besonderen Zweckbestimmung der Probezeit Rechnung.

Für die Zeit nach Ablauf der Probezeit sieht das Gesetz zwei Kündigungsmöglichkeiten vor:

1. bei Vorliegen eines wichtigen Grundes und
2. bei Berufsaufgabe oder Berufswechsel.

Diese Kündigungsmöglichkeiten sind erschöpfend. Insbesondere ist eine ordentliche Kündigung nicht vorgesehen. Sie wäre mit dem Wesen des Berufsausbildungsverhältnisses als einem besonderen, zur Vermittlung eines bestimmten Umfangs von Kenntnissen und Fertigkeiten angelegten Beschäftigungsverhältnis nicht vereinbar.

Mangelnde Eignung einer Auszubildenden rechtfertigt eine Kündigung aus wichtigem Grund nach Ablauf der Probezeit nicht mehr.

Ist eine Ihrer Fragen offen geblieben, rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte
Tel. 0351/8267-170

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar

(www.kvsachsen.de → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan).

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/C069	Psychiatrie und Psychotherapie (häufiger Vertragsarztsitz)	Annaberg	11.12.2019
19/C070	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Chemnitz, Stadt	25.11.2019
19/C071	Psychiatrie und Psychotherapie	Mittweida	25.11.2019

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/D088	Allgemeinmedizin*)	Bautzen	25.11.2019
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/D089	Chirurgie und Orthopädie (Vertragsarztsitz in einem MVZ)	Dresden, Stadt	25.11.2019
19/D090	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hoyerswerda, Stadt/ Landkreis Kamenz	25.11.2019

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/L057	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	11.12.2019
19/L058	Allgemeinmedizin*)	Borna	11.12.2019
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
19/L059	Kinder- und Jugendmedizin	Delitzsch	11.12.2019
19/L050	Neurologie und Psychiatrie (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipziger Land	25.11.2019
19/L060	Augenheilkunde (häftiger Vertragsarztsitz in einem MVZ)	Leipzig, Stadt	25.11.2019
19/L061	Chirurgie und Orthopädie/SP Unfallchirurgie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Delitzsch	25.11.2019
19/L062	Chirurgie und Orthopädie/SP Rheumatologie/Orthopädie/ZB Handchirurgie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	11.12.2019
19/L063	Chirurgie und Orthopädie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	11.12.2019
19/L064	Psychologische Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	25.11.2019
19/L065	Psychotherapeutisch tätiger Arzt – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	11.12.2019

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

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Stollberg	geplante Abgabe: 30.06.2020
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Augenheilkunde	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	geplante Abgabe: I/2021
Augenheilkunde	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	geplante Abgabe: ab sofort oder nach Vereinbarung

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

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

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

BUCHBESPRECHUNG

Wegbereiter der Diabetologie in Deutschland

Autoren: Bernd Wegner,
Heinz Schneider

Verlag: REGIA-Verlag, 2019, Taschenbuch
ISBN: 978-386929-4339

Preis: 10,00 Euro

Zwei profilierte Diabetologen aus Ostdeutschland legen eine Monografie zu den Stammvätern der Diabetologie und deren bahnbrechenden Entdeckungen vor. Im Fokus ihres Buches steht die Erforschung der Zuckerkrankheit von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis heute dieser damals tödlichen „Zuckerharnruhr“. Von Paul Langerhans, der die Inseln im Pankreas entdeckte, bis zur segensreichen Anwendung des Insulins bei Diabetikern heutzutage wird berichtet.

Dabei fasziniert die Abfolge des schrittweisen Wissensgewinns von der Morphologie über die Erforschung von Ätiologie und Pathogenese, vom Tierexperiment zur klinischen Anwendung des zunächst mit toxischen Begleitsubstanzen behafteten Rohinsulins aus tierischen Bauchspeicheldrüsen. Nach Darstellung gereinigten Insulins durch eine kanadische Forschergruppe begann die Behandlung der großen Gruppierung zuckerkranker Menschen zunächst um die Lebenserwartung und später auch die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.



Beschrieben werden in dem Buch acht deutsche Forscher und Ärztepersönlichkeiten mit ihrer Vita sowie ihren gültigen Beiträgen zur Aufklärung und Behandlung des Diabetes mellitus.

Es handelt sich um eine interessante detailreiche Publikation, die zum Wissensgewinn beiträgt und vom Rezensenten nachdrücklich empfohlen werden kann. ■

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

Netzhaut-Komplikationen bei Diabetes mellitus

Aktuelle Strategien zur Behandlung und Prävention

K. Engelmann^{1*}, O. Furashova^{1*}, M. Hanefeld²,
A. L. Birkenfeld³, C. Jochmann⁴, D. Kowanko⁵

Zusammenfassung

Die Behandlung des Diabetes mellitus ist eine der Erkrankungen, bei der bereits vor vielen Jahren auf die Wichtigkeit einer standardisierten Medizin und Diagnostik hingewiesen und diese auch in die Medizin eingeführt wurde. Gleichzeitig zielten die Behandlungsstrategien des Diabetes mellitus aber auch schon früh auf eine Individualisierung der Therapie, also angepasst (personalisiert) für den einzelnen Patienten. Teil II beschäftigt sich mit den Möglichkeiten, die den Ärzten in Zukunft durch digitale Hilfen, wie zum Beispiel der künstlichen Intelligenz, unterstützend zur Verfügung stehen werden, um die Behandlung von Patienten im Sinne einer personalisierten Medizin zu verbessern. Diskutiert wird auch, welche Voraus-

setzungen zum Beispiel für die Nutzung von Daten notwendig sein werden, um solche Ziele gemeinsam zu erreichen.

Teil II: Individualisierte Therapie Mithilfe der Biomarker, Einsatz der Künstlichen Intelligenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die digitale Medizin und automatisierte Analyse der Daten im Therapieverlauf wird gerade bei Patienten mit chronisch verlaufenden Erkrankungen entscheidend und hilfreich sein. Therapien und Organsysteme dürfen nicht mehr allein fachspezifisch betrachtet werden. Der Patient als Individuum mit verschiedenen Organbeteiligungen muss besser in den Fokus der Behandlung gestellt werden. Dies ist eine enorme Herausforderung und kann zukünftig nur durch unterstützende Systeme und Datenanalysen durch die Ärzte bewerkstelligt werden. Erste Erfahrungen über den Einsatz des maschinellen Lernens für die Identifikation von Patienten mit einem hohen Risiko für die Entwicklung einer diabetischen Retinopathie wurden bereits beschrieben. [36]

Die Behandlung des Diabetes mellitus ist eine der Erkrankungen, bei der bereits sehr früh auf Individualisierung der Therapie hingearbeitet wurde. Die-

ses betrifft die Lebensgewohnheiten des Patienten, die beeinflussbar sind, die internistischen Therapien, aber auch das Screening von Patienten. Die nationale Versorgungsleitlinie „Diabetes mellitus – Prävention und Therapie von Netzhauterkrankungen“ sieht ein zweijährliches Screening oder im Falle von Risikopatienten jährliches Screening bei Diabetes Typ II Patienten vor. Diskutiert wird eine noch bessere individuelle Anpassung eines solchen fixen Schemas wie es andere Länder bereits getan haben. So wird in Kanada und Australien die Netzhaut von Patienten im Verlauf individualisiert untersucht je nach Risiken für die Entstehung einer Retinopathie. Dazu gehören auch Laborparameter, wie zum Beispiel Serumblutzucker, Lipidwerte und Blutdruckwerte. [37] Eine gute Kontrolle der Hyperglykämie hat ohne Frage Erfolge gezeigt in der Verminderung des Risikos für die Entstehung einer diabetischen Retinopathie. Dennoch sind schwere retinale Veränderungen nicht immer durch Hyperglykämien erklärbar. [28] Andere Faktoren beeinflussen ebenfalls den Erkrankungsverlauf und die Organbeteiligung des Auges. So wird die Rolle von schwer messbaren beziehungsweise nicht routinemäßig erhobenen Parametern, wie zum Beispiel Advanced Glycation Endproducts

¹ Augenklinik des Klinikums Chemnitz gGmbH, Chemnitz

² Kompetenzzentrum Metabolisch-Vaskuläre Medizin, Prof. Hanefeld, GWT-TUD GmbH, Dresden

³ Medizinische Klinik und Poliklinik III, Bereich Metabolisch Vaskuläre Medizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

⁴ Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Leipzig, AöR

⁵ Technische Universität Chemnitz, Junior Professorship Media Computing, Chemnitz

* Prof. Dr. med. Katrin Engelmann und Dr. med. Olga Furashova geben eine geteilte Erstautorenschaft an.

(AGE) oder anderer oxidativer inflammatorischer Prozesse, diskutiert.

Was kann heute getan werden, um die Situation des einzelnen Patienten besser zu klassifizieren? Aus der frühzeitigen digitalen Erfassung von Patienten/Behandlungsdaten und bildgebenden Diagnoseverfahren über lange Zeiträume ergibt sich das Potenzial, Risikofaktoren für bestimmte Organe zum aktuellen Zeitpunkt des Screenings, aber auch prädiktiv zu bestimmen.

Biomarker und Individualisierung der Therapie

Die Konzepte zur Behandlung des Diabetes mellitus werden in Deutschland als ein Paradebeispiel für individualisierte Medizin betrachtet. Eine individualisierte Therapie setzt voraus, dass der behandelnde Arzt die Datenlage des jeweiligen Patienten aus allen Fachrichtungen kennt. Dies ist heutzutage weiterhin nur sehr mühselig über den Austausch von Daten meist direkt über den Patienten möglich. Die digitalisierten Wege bieten heutzutage sehr viel mehr und können bei der Therapieverfolgung und -entscheidung helfen. Algorithmen, beispielsweise maschinelle Lernmethoden, können eine Vielzahl an individuellen (digitalisierten) Eingabedaten verarbeiten und daraus relevante Parameter hervorheben, die bei der Klassifikation erkrankungsspezifischer Merkmale oder markanter Verläufe helfen.

In der Augenheilkunde gibt es erste Ansätze, Biomarker für die Behandlung von sehr häufig vorkommenden Makulaerkrankungen zu identifizieren, zum Beispiel bei Patienten mit diabetischem Makulaödem, altersbedingter Makuladegeneration (AMD) oder Makulaforamen. [38] Es ist naheliegend, dass die hochauflösende Technik der optischen Kohärenztomografie (OCT) sich gut für die Analyse der Daten im

Verlauf einer Erkrankung eignet. Diese Analyse bietet sich insbesondere für die langfristig durchzuführende Therapie mit VEGF-Hemmern (VEGF = Vasculärer Endothelialer Wachstumsfaktor) an. Die Studien zur Zulassung dieser Therapien hatten sich lediglich auf den Erfolg der Visuserholung, den Rückgang der Netzhautdicke und die Therapieschemata konzentriert. Nach nun mehrjähriger Erfahrung in zum Teil sehr langen Therapieerläufen konnte für die Makulaerkrankungen gezeigt werden, dass die Veränderungen bestimmter retinaler Strukturen unter Anti-VEGF-Therapie Auskunft über die Erfolge vom Visusverlauf geben können.

So spielt die Integrität des äußeren und inneren Bandes der Fotorezeptoren (Ellipsoid-Zone) nach der chirurgischen Behandlung eines Makulaforamens eine entscheidende Rolle für eine gute Erholung der Sehkraft. [39] Bei der AMD-Behandlung zeigt sich ein sehr heterogenes funktionelles Ansprechen auf die Therapie. Rein klinisch kann eine Prognose nicht abgegeben werden. Eigene Auswertungen weisen darauf hin, dass ein enges Therapieregime zwar Erfolge zeigen kann, jedoch zeigten Langzeitverläufe aus Zulassungsstudien oder Real-Life-Studien mit Anti-VEGF-Behandlung, dass nur circa 30 Prozent aller Patienten davon profitieren. [40, 41] Datenanalysen konnten nun zeigen, dass spezielle Imaging-Biomarker tatsächlich eine Prognose hinsichtlich der Sehkraft geben können. [42] Auch für das diabetische Makulaödem konnte gezeigt werden, dass eine ausführlichere Beurteilung der OCT-Daten (OCT = Optische Kohärenztomografie) über eine größere Fläche kumulativ die Progression der Erkrankung besser beschreiben kann. [43] Findet sich bei diabetischem Makulaödem eine Desorganisation der inneren Netzhautschichten (DRIL), so ist eine Visuserholung Verlauf einer Anti-VEGF-The-

rapie deutlich geringer bis gar nicht zu erwarten. [44] Weitere Biomarker sind hyperreflektive Foci, seröse Abhebung der neurosensorischen Netzhaut und erhöhte zentrale Hyperautofluoreszenz (Abb. 3). Diese in der OCT erkennbaren Parameter sind mögliche Prädiktoren für ein verstärkt im Vordergrund stehendes inflammatorisches Geschehen. [45, 46] Daher sollte bei einer Behandlung mit VEGF-Hemmern besonders auf den Rückgang dieser Veränderungen geachtet werden.

Diese Daten zeigen, wie wichtig die Definition bestimmter Imaging-Marker für den Verlauf einzelner Makulaerkrankungen ist. So können sie in Zukunft helfen, die Therapie des diabetischen Makulaödems frühzeitig in ihrem Ansprechen auf Anti-VEGF-Therapie zu charakterisieren und alternative Möglichkeiten einzubeziehen. Dazu gehört vor allem die frühzeitige Chirurgie

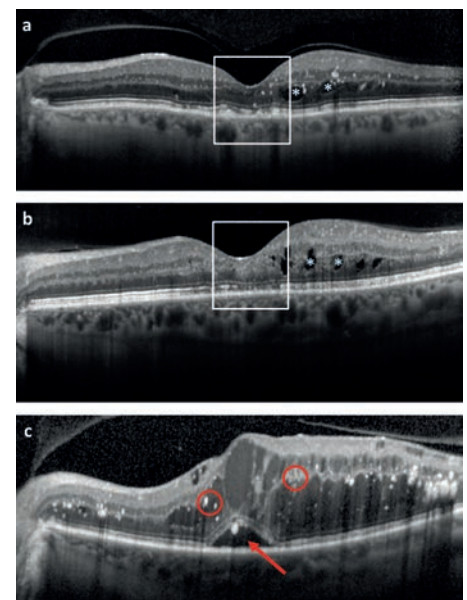


Abb. 3 a: OCT eines diabetischen Makulaödems mit intraretinaler Flüssigkeitsansammlung (*); die Schichtstruktur der inneren Netzhaut direkt zentral ist gut erkennbar. b: OCT eines diabetischen Makulaödems mit intraretinaler Flüssigkeitsansammlung (*) und DRIL (die Schichtstruktur der inneren Netzhaut direkt zentral ist nicht mehr zu erkennen). c: OCT eines stark ausgeprägten diabetischen Makulaödems mit intraretinaler Flüssigkeitsansammlung, seröser neurosensorischer Abhebung (roter Pfeil) und hyperreflektiven Foci (rote Kreise).

(pars-plana-Vitrektomie), die dann sehr erfolgreich sein und eine Situation für den Diabetiker beruhigen kann. Wird die operative Behandlung zu spät eingesetzt, sind möglicherweise bereits zu viele retinale Schäden durch ein langes Abwarten oder eine zu lang praktizierte intravitreale Therapie entstanden. Auch die Betrachtung der Blutzuckereinstellung und der Blutdrucklage muss aufgrund der inzwischen vorliegenden Erkenntnisse mehr in die Therapie einbezogen werden.

Um Biomarker für Diabetiker überhaupt zu klassifizieren, hat unsere Arbeitsgruppe die Parameter aus Serum und Plasma von Typ-II-Diabetikern analysiert. Als signifikante Marke fanden sich das Serum VEGF-A, aber auch hsCRP, ALAT, und die Albumin/Kreatinin-Ratio. [47] Es konnte auch gezeigt werden, dass die Höhe des Serum VEGF-A eine bessere Aussage zulässt als die des Plasma-Spiegels. Ein hoher Serumspiegel an VEGF-A spricht möglicherweise für regenerierende Mechanismen, die bei einer Stoffwechselsituation mit erhöhten entzündlichen Parametern oder mit einer Nephropathie eine Rolle spielen mögen.

Es ist offensichtlich, dass diese umfangreiche Beurteilung im Sinne einer Verbesserung der individualisierten Therapie eines Patienten von einem einzelnen Arzt im Praxisalltag praktisch nicht mehr zu leisten ist. Diese Differenzierungen in der „systemischen“ Situation des Patienten mit diabetischem Makulaödem (DMÖ) können unter den jetzigen Praxisbedingungen allein von Augenärzten nicht geleistet werden. Es ist daher eine Kommunikation auf interdisziplinärer Ebene notwendig, um zu untersuchen, inwieweit die Anti-VEGF-Therapie am Auge die inflammatorische Stoffwechsellage (auch vice versa) oder eine Nephropathie negativ beeinflusst. Darüber hinaus besteht ein essenzieller Bedarf an Methoden für Big Data Ana-

lyse, welche nur mittels digitaler Ansätze realisiert werden können.

Forschung mit maschinenlesbaren Daten

Bei AMD konnten bereits erste Daten mithilfe des Machine Learnings für automatisierte Imaging Analyse gewonnen werden. [41] Dieses ist eine Computerwissenschaft, die mithilfe automatisierter Algorithmen pathognomonische und prognostische Muster in großen Datenmengen erkennt. Wir selbst haben dazu unsere Daten im Verlauf der Anti-VEGF-Therapie bei Patienten ausgewertet und konnten durch diese Daten zeigen, dass ein optimiertes Therapieregime eher nur bei einem Drittel der Patienten eine Sehverbesserung bewirken kann. Bei circa einem weiteren Drittel wird zumindest eine Stabilisierung erreicht. Der Rest der Patienten erlebt unter Therapie eine weitere Verschlechterung. Diese maschinellen computergestützten Datenanalysen könnten helfen, die Prognose für Patienten besser abzuschätzen, als dies mit dem „klinischen Blick“ möglich ist. Dadurch können Kosten für langwierige Therapien vermieden werden, aber auch Nebenwirkungen bei Patienten, die nicht ansprechen. Andererseits kann sowohl der Fokus auf Patienten gelegt werden, welche von der Therapie profitieren, als auch das Therapieregime eher angepasst werden.

Auf dem Weg zur individuellen Medizin ergibt sich die Notwendigkeit, die Vielzahl verfügbarer Parameter nach Relevanz zu screenen, um beispielsweise Ursachen zu finden, die im Therapieverlauf zu Gewinnern, Stabilisierern und Verlierern führen. Computerwissenschaftlich stehen dazu heutzutage zahlreiche maschinelle Lernmethoden bereit, zu denen auch Deep Learning Algorithmen zählen. Diese basieren in der Regel auf einigen 100 bis 1.000 Datensätzen [41] oder gar auf einigen

10.000 bis 100.000 Datensätzen, wie am Beispiel eines Kaggle-Wettbewerbs zur rechnergestützten vollautomatischen Klassifikation verschiedener Formen der Diabetischen Retinopathie anhand von Fundusaufnahmen deutlich wird. [48] Wir stehen vor der enormen Aufgabe, dass wir „zwar Milliarden im Bereich der Gesundheitsversorgung ausgeben, wir die daraus resultierenden Daten aber nicht weiter zum Erkenntnisgewinn nutzen“ (Prof. Dr. med. Christiane Woopen, MDK forum). Wir alle lernen gerade, dass eine computergestützte Nutzung von Daten voraussetzt, dass diese nicht nur digital, sondern auch maschinenlesbar und eindeutig interpretierbar sind, was im Alltag aktuell leider nicht immer der Fall ist. Die Nutzung von Daten ist damit zurzeit nur zu einem geringen Prozentsatz möglich und muss zusätzlich unter Datenschutz-Kriterien erfolgen. Viele Voraussetzungen sind notwendig, wie im Folgenden beschrieben. In einer Datenanalyse-Studie mit der Augenklinik der Klinikum Chemnitz gGmbH wurden diverse forschungsrelevante Daten analysiert hinsichtlich ihrer Nutzbarkeit für die computerwissenschaftliche Forschung, zum Beispiel zur Nutzung im Bereich der Bildverarbeitung und bildbasierten Klassifikation. [49] Im Fokus der Untersuchung standen:

- (a) allgemeine Patientendaten (zum Beispiel Name, Geburtsjahr/Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Wohnort, Identifikationsnummer),
- (b) ausführliche Anamnese (Körpergewicht, Größe, andere Erkrankungen [Diabetes mellitus], genetische/erbliche Risikofaktoren),
- (c) Diagnose- und Behandlungsdaten (Medikation, Therapie) und
- (d) Daten aus diagnoseunterstützten Untersuchungen, wie beispielsweise Visusprüfung und bildgebende Verfahren (Fundus-, OCT-Aufnahmen).

Es zeigte sich, dass Daten vom Typ (a) bis (c) über das medizinische Austauschformat (bdt-Behandlungsdaten-transfer) skriptbasiert, maschinell erfassbar und auch im Sinne der Ethikrichtlinien vorverarbeitbar sind. [50] Einschränkungen in der Daten-Lesbarkeit gibt es besonders bei Typ (d) aufgrund proprietärer (geräteherstellergeschützter) Dateiformate (zum Beispiel *.fda und *.e2e für OCT-Bilddaten und Bildmetadaten). Der Zugriff auf solche Daten gelingt aber nicht vollumfänglich durch programminterne Exportfunktionen, welche für Massendatenexport oft nicht ausgelegt sind. Auswege bieten frei zugängliche Software-Tools, wie der Unified OCT Explorer zur geräteunabhängigen Visualisierung und Exportierung von Daten. [51] Daten des Typs (d) liegen oft physisch getrennt von denen des Typs (a) bis (c), was die zeitliche Synchronisierung und Zuordnung zu Patienten erfordert. Probleme hinsichtlich der Eindeutigkeit gibt es bei Typ (b) und (c), welche von Freitext dominiert werden, die erst durch sogenanntes Textmining aufzubereiten sind. Fortschritte erlauben hier Makros, die beispielsweise bei der OCT-Befundung eingesetzt werden, bei denen es nur genau vordefinierte Entscheidungsmöglichkeiten gibt (zum Beispiel intra/subretinale Flüssigkeit, Pigmentepithelabhebung: ja/nein). Die Klassifikationsgenauigkeit der von Rößner et al. per Textmining gewonnenen Klassen, die als potenzielle Biomarker für einen

Behandlungserfolg in Frage kommen, sind zumeist über 90 Prozent, jedoch deutlich geringer für selten vorkommende Klassen.

Perspektivische Anforderungen, um klinische Massendaten für computerwissenschaftliche Forschung nutzbar zu machen und damit Prävention und Prognosen zu ermöglichen, seien im Folgenden kurz dargestellt. Es bedarf, wo möglich, einer einheitlichen, fachspezifischen Nomenklatur zur Dokumentation von Diagnose- und Behandlungsdaten, unabhängig vom Arzt oder der behandelnden Klinik. Ein Ansatz zur technischen Realisierung ist der Einsatz von Makros mit eingeschränkten, vorgefertigten Auswahlmöglichkeiten innerhalb der Dokumentations-Software. Der Zugang zu medizinisch relevanten Informationen innerhalb proprietärer Dateiformate muss erleichtert werden, zum Beispiel über Austauschformate oder Formate mit offenen Standards wie das DICOM-Format. Zusätzliche Schnittstellen zur Vernetzung von Kliniken und forschenden Einrichtungen sind notwendig, aber auch zur patientenbezogenen Datenfusion des Typs (a) bis (d). Durch Einräumung gruppenspezifischer Rechte lassen sich detaillierte technische Vorgaben zum Erfüllen ethischer Richtlinien daran anpassen.

Aus interdisziplinärer Sicht

Für die Risikobewertung einer Retinopathie kann unter Praxisbedingung

eine Reihe einfacher Indikatoren herangezogen werden, die in Tab. 1 zusammengestellt sind. Patienten, die für diese Parameter positiv sind, weisen mit steigender Punktzahl ein hoch signifikantes Risiko für die Entwicklung und Progression einer diabetischen Retinopathie auf. Auch wenn bis heute verlässliche Zahlen aus prospektiven Studien fehlen, die eine Quantifizierung des Anteils dieser Indikatoren am Krankheitsverlauf ermöglichen, so kann man doch jetzt bereits eine klare Indikation für die konsequente Therapie folgender vier Hauptrisikofaktoren abgeleitet werden:

1. Diabetes-Kontrolle: HbA1c \leq 7 Prozent ohne Hypoglykämien. Hier ist besonders auf rasche Blutzuckerschwankungen zu achten.
2. Blutdruckkontrolle mit Zielkorridor \leq 120–140 / \leq 70–85 mmHg, weniger strikte Einstellung im höheren Alter.
3. Hypercholesterinämie LDL \leq 1,8 – 3,1 mmol/l, striktere Einstellung bei koronarer Herzkrankheit.
4. Prävention der diabetischen Retinopathie (dies ist bisher nur für Insulin, SGLT2-Inhibitoren und GL-1 Analoge nachgewiesen).

Im Falle von Hochrisikopatienten und bei bereits Vorliegen der diabetischen Retinopathie erfordert das eine abgestimmte Kooperation und Konsultation von Ophthalmologen, Diabetologen, Endokrinologen und Nephrologen, res-

Tab. 1: Indikatoren für erhöhtes Risiko der diabetischen Retinopathie

Anamnese	Klinik	Laborparameter
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetesdauer \geq 10 Jahre ▪ kardiovaskuläre Erkrankungen ▪ chronische Nephropathie ▪ Hypoglykämien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Typ-1-Diabetes und LADA mit diabetesbezogenen Komplikationen ▪ Typ-2-Diabetes mit Makro- und Mikroangiopathien (Nephropathie, Hypertonie mit RR $>$ 140/85 mmHg) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HbA1c \geq 8%* ▪ LDL-Cholesterin $>$ 2,9 mmol/L* ▪ Albumin/Kreatinin-Ratio (ACR) i.U. $>$ 30-300 mg/g Kreatinin* ▪ hs-CRP \geq 2 mg/L* ▪ erhöhtes VEGF-A im Serum

*obligat

pektive Internisten auf der Ebene der Primärversorgung.

Für die medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus mit fortgeschrittener DR und DMÖ liegen positive Ergebnisse aus kontrollierten Studien nur für Insulin bei Typ I Diabetiker vor. Diese zeigen, dass mit einer HbA1c-Senkung unter sieben Prozent die Inzidenz und Progression der DR um ≥ 40 Prozent reduziert werden kann. [52] In der ORIGIN-Studie konnte für Glargine Insulin eine signifikante Reduktion neuer DR-Fälle sowie Erblindung und Vitrektomien bei Typ-2-Diabetikern nachgewiesen werden. [53]

In den letzten Jahren wurden in kardiovaskulären Outcome-Studien für SGLT2-Inhibitoren nicht nur signifikante Senkung von kardiovaskulären Majorereignissen, sondern auch für Herzinsuffizienz und Mikroangiopathien erzielt. [54, 55] Gleiches gilt für GLP-1 Analoga: Liraglutide (Victoza) [56] und Semaglutide. [57] Mit diesen Medikamenten wurde gleichzeitig die diabetische Nephropathie gebessert, respektive das Neuauftreten einer Makroproteinämie signifikant reduziert. Für den gezielten Einsatz dieser Antidiabetika wurden 2018 neue Leitlinien durch internationale Fachgesellschaften publiziert. [58] Für die tägliche Praxis kann auf Diabetes Up To Date verwiesen werden, das gut aufbereitete aktuelle Empfehlungen für die Primärversorgung liefert. [59]

Das Sächsische Makulazentrum

Die Erwartung von Patienten, Ärzten und Politik ist es, die Versorgung aller Patienten in Sachsen sicherzustellen bei gleichzeitiger Individualisierung (Personalisierung) der Therapie. Dieses ist ein hoher Anspruch geworden, vor allem vor dem Hintergrund eines Mangels an Augenärzten in einigen Regionen in Sachsen und einer immer rasche-

ren Entwicklung von Forschungsdaten und deren Umsetzung in die Praxis, aber auch einer noch fehlenden Vernetzung zum besseren Austausch von Daten unter den Bedingungen einer datengeschützten Entwicklung. Direktoren und Chefärzte der Universitätskliniken und Augenkliniken in Sachsen (Prof. Dr. med. Peter Wiedemann, Prof. Dr. med. habil. Lutz Pillunat, Prof. Dr. med. Leon Kohen, Prof. Dr. med. Katrin Engelmann, Dr. med. Jens Schrecker, Prof. Dr. med. Helmut Sachs) haben sich daher motiviert gefühlt, Verbindungen zwischen den Kliniken herzustellen, um im Netzwerk schneller und effektiver im Bereich von Behandlungsstrategien, Studien, Qualitätskontrolle und Kommunikation mit dem Gesundheitswesen tätig zu werden. Weiterhin erfordert der Austausch von Daten ein besseres, vorwiegend digitales Netzwerk mit niedergelassenen Augenärzten, aber im Fall der Versorgung von Diabetespatienten auch mit Hausärzten, Internisten und Diabetologen. Die Entwicklung der Digitalisierung auch in der Medizin und vor allem das Maschinelle Lernen wird hierzu Möglichkeiten bieten. Wir sind gemeinsam gefordert, diese gewinnbringend für uns und unsere Patienten im Netzwerk einzusetzen. Eine regionale Versorgung wird immer auf eine entsprechende regionale Versorgungsforschung angewiesen sein, um die Versorgungsqualität für Sachsen zu sichern und epi-

miologische Daten für die Region zu erhalten. Die Nutzung und Beurteilung großer Datenmengen erfordern eine gute IT-gestützte Kooperation.

Fazit für die Zukunft

- Imaging- und serologische Biomarker können bei der Differenzierung von Erkrankungen und Beurteilung von Therapieverlauf hilfreich sein.
- Für das diabetische Makulaödem sind bereits OCT-Biomarker mit hoher Robustheit beschrieben und können bei der Beurteilung in der Diagnostik eingesetzt werden.
- Augenärztliche Therapien wie die Behandlung mit VEGF-Hemmern können nur dann wirkungsvoll sein, wenn eine Stoffwechsel-Kontrolle und systemische Therapie nach bestem Wissen und Standard geschieht, was eine enge Kooperation mit Internisten und Diabetologen erfordert.

Hierzu sind bessere Netzwerke zum Austausch von Daten notwendig. Die künstliche Intelligenz kann gegebenenfalls helfen, Therapieverläufe unterstützend für den Arzt zu begleiten. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Olga Furashova
Klinikum Chemnitz gGmbH
Klinik für Augenheilkunde
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
E-Mail: O.Furashova@skc.de

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Sehr geehrter Herr Kluge, in der Schilderung zu Fall 3 aus „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2019, ist mindestens ein Fehler betreffend der Cytotec-Gaben: Hierzu heißt es, am 17. 9. habe es um 8.10 Uhr 50 Mikrogramm gegeben, und um 8.25 Uhr 25 Mikrogramm per os, das klingt nicht plausibel. Außerdem um 14.00 Uhr; Zitat: „[...]15.00 und jeweils 25 Mikrogramm“, hier fehlt der Sinn völlig.

Zu den Fragen:

- Der Anspruch ist nicht (direkt) begründet.
- Ein postpartales Monitoring war nicht erforderlich, denn Dolantin wurde acht Stunden pränatal appliziert und war damit nicht mehr wirksam.

Zur Begründung:

Das Kind verließ den Uterus vollkommen unauffällig und zeigte 50 Minuten keine Auffälligkeiten, insofern war nicht davon auszugehen, dass das Kind Atemprobleme bekommen würde. Man muss der Mutter zutrauen können

(macht man ja auch), dass sie auf das ihr gerade anvertraute Leben achtet. Vermutlich wurde durch das Eingreifen des Personals ab 20.15 Uhr ein sogenannter „plötzlicher Kindstod“ verhindert. Dem Personal ist insoweit kein Vorwurf zu machen.

Gegenbetrachtung:

Frisch entbundene Mütter sollen zwei Stunden nach Partus im Kreißsaal bleiben (hier geschehen), um Blutungen aus dem Uterus rechtzeitig bemerken zu können, bevor die Mütter verbluten oder ihre Gebärmutter einbüßen.

Also werden auch die Neugeborenen diese zwei Stunden nach Geburt mit „überwacht“.

Andererseits kann nicht eine zweistündige 1:1-Betreuung (Hebamme: Entbundene) gewährleistet werden: Das kann bzw. will niemand bezahlen, und selbst wenn, sind Hebammen Mangelware. Die „Leitlinie“ dazu www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-005I_S2k_Betreuung_von_gesunden_reifen_Neugeborenen_2012-10-abgelaufen.pdf ist „nur“ „Expertenmeinung“ und diese

„Experten“ haben ihren Fokus auf „wünschenswert“ gelegt und nicht auf „durchführbar“. Jedenfalls hätte man das Kind möglicherweise früher finden können, aber vielleicht hätte es früher, zum Beispiel zehn oder nur fünf Minuten früher noch normal geatmet.

Zusammenfassung:

Schicksalhaft. Die Mutter hat auch nicht aufgepasst oder nicht gemerkt, dass das Kind nicht mehr atmet – warum also meint sie, die Hebamme hätte das sogleich sehen sollen?

Im Zeitalter der „Digitalisierung“ werden allzu häufig die Grundlagen menschlicher Existenz außer Acht gelassen: Menschen werden gezeugt, Menschen sterben. Und wie alt sie werden, liegt nur selten in der Hand von Menschen. So bedauerlich und bitter das im Einzelfall auch sein mag.

Der Anspruch ist nicht begründet. ■

Christoph Gaitzsch, Dresden

Ärztinnenblatt

Sehr geehrte Damen und Herren der Redaktion, mit sehr viel Freude habe ich Ihr Heft 8/2019 aus dem Briefkasten gezogen. Endlich, aus dem Ärzteblatt wird das Ärztinnenblatt, wie innovativ – so war mein erster Gedanke. Nachdem mir aber klar wurde, dass das Heft wohl nur so heißt, weil es diesmal ausschließlich um Frauen geht, verflog mein Enthusiasmus wieder. Ob das sogenannte Gendern wirklich in jedem Artikel durchgehalten werden muss, darüber

kann man sich streiten, aber wäre es nicht allerhöchste Zeit das Ärzteblatt in Ärztinnenblatt umzubenennen, schließlich ist ja so mehr als die Hälfte korrekt angesprochen.

Dr. med. Eva Pelz, Dresden

Liebe Redaktion, mit dem Ärztinnenblatt haben Sie mich überrascht. Gern möchte ich etwas ausführlicher über meine Reaktion schreiben.

Beim Blick in den Briefkasten also zunächst ein herzlicher, schallender Lacher. Dann stellten sich mir die Fragen: Warum bekommt ein männlicher Leser ein Ärztinnenblatt? Sollten wir unsere Energie in Medizin und Gesellschaft nicht für dringendere Probleme einsetzen als für die sprachlich verschiedenen Varianten gendergerechter Sprache mit all ihren Tücken?

Angesichts der beeindruckenden Biografien der interviewten Ärztinnen ergeben sich weitere Fragen: Warum

wurden ausschließlich Frauen mit Spitzenkarrieren ausgewählt, und nicht auch die alleinerziehende Assistenzärztin? Oder gar die Krankenschwester auf der Intensivstation oder im ambulanten Pflegedienst, die ja für das Gesundheitssystem ebenfalls unverzichtbar ist?

Meines Erachtens sollte reflektiert werden, warum die Erwerbsbiografien im hervorgehobenen Kasten offenbar als der eigentliche Erfolg wirken sollen – während die Themen von Familie und Kindern eher fokussiert werden auf das organisatorische Management, dies trotz Karriere noch zu ermöglichen? Wäre nicht auch zu fragen, ob und welche Emotionen und Bedürfnisse bei Kindern der Ärztinnen, ihnen selbst und ihren Partnern vielleicht zu kurz kamen? Warum bemerken Frauen so wenig, dass sie gerade in ihrer Rolle als Mutter und Hausfrau in der Erwerbsgesellschaft massiv diskriminiert werden, weil häusliche Tätigkeit ohne Geldtransfer keine Wertschätzung erfährt? Führt die willige Akzeptanz der Doppelbelastung zu einer wirklichen Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen, Müttern und Vätern?

Ist es ein Wunder, dass angesichts der Unterbewertung von Mutterschaft in der Gesellschaft und angesichts des Kindes als Armutrisiko im materiell reichen Deutschland circa 100.000 Schwangere pro Jahr sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden? Gehören solche fatalen ethischen Zustände, ihre Ursachen und Folgen nicht auch in ein *Ärztinnenblatt*?

Sollte also besser soziologisch tiefer geschürft und gefragt werden, was in einer Gesellschaft krank ist, in der in den Medien und der Öffentlichkeit unter „Kinderbetreuung“ fast immer nur die hoch subventionierte Fremdbetreuung verstanden wird – und offenbar vergessen wird, dass auch KITA-Kinder die überwiegende Lebenszeit in der Obhut der Eltern verbringen? Sind

die millionenfachen Haushalte mit Kindern nicht vielleicht sogar die wichtigsten Unternehmen im Lande und elterliche Liebe die wichtigste Ressource für die Zukunft der Gesellschaft?

Sollte angesichts der fünfstelligen Zahl benötigter KITA-Erzieher (laut Bertelsmann-Ländermonitor) und der sozialpädiatrisch kaum akzeptablen Betreuungsschlüssel in sächsischen KITAs in solchem Heft nicht auch gefragt werden, ob die meist zu Lasten der Mutter gehende „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ nicht eher beschönigend ist und langfristig viele psychosoziale Defizite bei Kindern und ihren Eltern befürchten lässt, deren Reparatur teuer und kaum vollständig möglich ist? Sind „Doppelkarrierepaare“ also wirklich „Lebensstilpioniere“ (siehe Buchrezension im *„Ärztinnenblatt“*, Heft 8/2019, S. 40)?

Wie krank ist eine Gesellschaft, in der Kinder fast ausschließlich als Privatsache ihrer Eltern wahrgenommen werden – und nicht als Voraussetzung für die Zukunft aller? Welche Folgen hat dies für Demografie, Generationenvertrag et cetera?

Der frühere Präsident des Bundesverfassungsgerichts Wolfgang Zeidler hat es 1984 provokativ verdeutlicht: „In jedem Wolfsrudel gilt selbstverständlich die Instinktregel, dass die Aufzucht des Nachwuchses vorrangige Aufgabe für alle ist. Doch unser hoch organisiertes Staatswesen verfügt nicht mal über den Verstand eines Wolfsrudels.“ Ein ganzheitliches Paradigma in der Medizin sollte gerade in der alternden Gesellschaft mahndend auf grundlegende Lebensweisheiten hinweisen – wie in der Bibel treffend formuliert wird: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ (Ps. 90,12)

Es geht also nicht um ein Plädoyer für die Frau am Herd – sondern um die

gleichberechtigte Wertschätzung der für die Zukunft der Gesellschaft unverzichtbaren Familienarbeit. Laut Statistischem Bundesamt übersteigt der Umfang der unbezahlten Arbeit in Deutschland sogar den der Erwerbsarbeit, auf die man den Begriff „Arbeit“ im Allgemeinen reduziert.

Das widerspricht der eigentlichen Bedeutung von Arbeit als sinnvolle Tätigkeit. Die Folgen sind enorm: Familienarbeit als Voraussetzung für die Zukunft der Gesellschaft wird massiv unterbewertet, während umgekehrt sogar lebensfeindliche Tätigkeiten, wie Finanzspekulation oder Waffenproduktion profitabel sind und somit geradezu grotesk zur Voraussetzung für existenzsichernde Lebenshaltung und Familienarbeit werden.

Wer wäre in solchem Umfeld besser geeignet als Ärztinnen beziehungsweise ein *Ärztinnenblatt*, sich als engagierte Anwältin für das Leben und als Kritikerin lebens- und zukunftsfeindlicher Anreize im Wirtschafts- und Sozialsystem einzusetzen?

Die formulierten Fragen können nur einen Teil der komplexen sozialen Probleme andeuten. Sie sollen und können nicht schnell beantwortet werden, aber ermutigen zum unabhängigen und verantwortlichen Denken und Handeln abseits der Klischees der vermeintlichen Gleichstellung von Frau und Mann in der arbeitsteiligen Erwerbsgesellschaft. Die von vielen Leserinnen gewünschte jahrelange Umbenennung in *„Ärztinnenblatt“* lenkt davon eher ab, während eine alleinige Berufsbezeichnung *Arzt* dem wirklichen Respekt vor der Lebensleistung von Ärztinnen nicht im Wege steht. ■

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden

Abgeschlossene Habilitationsverfahren Verleihung Privatdozent

Medizinische Fakultät
Technische Universität Dresden –
III. Quartal 2019

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Rebekka Wehner,
Institut für Immunologie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Immunologie“ erteilt.
Thema „Der Einfluss von Tumorzellen, Tumortheraeutika sowie Adjuvantien auf die immunstimulatorischen Fähigkeiten von humanen 6-SulfoLacNAc+dendritischen Zellen“
Verleihungsbeschluss: 31.7.2019

Priv.-Doz. Dr. med. Katja Akgün,
Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Neurologie“ erteilt.
Thema „Klinisches und immunologisches Profiling bei Multiple Sklerose Patienten – auf dem Weg zur personalisierten Medizin“
Verleihungsbeschluss: 31.7.2019

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Schuler,
Klinik für Onkologie, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin
Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Innere Medizin“ erteilt.
Thema „Lebensqualität im Zentrum der Therapieoptimierung – Integration von Patienten-berichteten Ereignissen (PRO) und körperlicher Aktivität in die onkologische Versorgung“
Verleihungsbeschluss: 18.9.2019

Medizinische Fakultät der
Universität Leipzig –
III. Quartal 2019

Dr. rer. nat. Petra Büttner,
Herzzentrum Leipzig, Universitätsklinik für Kardiologie – Helios Stiftungsprofessur, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Kardiologie zuerkannt.
Thema „Genetic Background and Biomarkers of Atrial Fibrillation Progression and Recurrence“
Verleihungsbeschluss: 20.8.2019

Dr. med. Orestis Lyros,
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Viszeralchirurgie zuerkannt.
Thema „Neue molekulare Signalwege in der Karzinogenese und Metastasierung des Barrett-assoziierten ösophagealen Adenokarzinoms“
Verleihungsbeschluss: 20.8.2019

Dr. med. habil. Arash Arya,
Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig – Universitätsklinik, wurde die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin und Kardiologie zuerkannt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 20.8.2019

Dr. med. habil. Boris Thomas Jansen-Winkeln,
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, wurde die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie zuerkannt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 20.8.2019

Dr. rer. nat. habil. Anja Veronica Witte,
Max Planck Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Abteilung Neurologie und Tagesklinik für kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig, wurde die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Medizin zuerkannt.
Verleihungsbeschluss
Priv.-Doz.: 20.8.2019

Dr. rer. nat. Joanna Kosacka-Esmailpour, PhD,
IFB AdipositasErkrankungen, Universitätsmedizin Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Medizin/Neurowissenschaften zuerkannt.
Thema „Die Rolle von Angiopoietin-1, Apolipoprotein D und E3 und des Autophagie-Prozesses bei peripherer Neuropathie“
Verleihungsbeschluss: 17.9.2019

Dr. med. Martin Krüger,
Institut für Anatomie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Anatomie zuerkannt.
Thema „Morphologische Charakterisierung der neurovaskulären Einheit unter physiologischen und pathologischen Bedingungen“
Verleihungsbeschluss: 17.9.2019

Unsere Jubilare im Dezember 2019

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 02.12.** Dipl.-Med. Soukup, Kerstin
01259 Dresden
- 04.12.** Dipl.-Med. Glanz, Claudia
09326 Geringswalde
- 05.12.** Coltoiu, Virgil
02977 Hoyerswerda
- 05.12.** Dr. med. Lange, Peter
02625 Bautzen
- 05.12.** Dr. med. Raßler, Jörg
04288 Leipzig
- 08.12.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Alheit, Horst
01809 Heidenau
- 08.12.** Dipl.-Med. Neumann, Gunter
01904 Neukirch
- 08.12.** Dr. med. Wehr, Matthias
04288 Leipzig
- 08.12.** Dipl.-Med. Weiß, Matthias
09385 Lugau
- 09.12.** Freudenthal, Barbara
04299 Leipzig
- 09.12.** Dr. med. Reich, Sylvia
08280 Aue
- 10.12.** Dipl.-Med.
Leonhardt, Eve-Maria
01796 Pirna
- 11.12.** Dipl.-Med. Wilhelm, Luise
08209 Auerbach
- 12.12.** Dipl.-Med.
Löschner, Christine
09380 Thalheim
- 13.12.** Dipl.-Med. Schulz, Martina
04643 Geithain
- 15.12.** Dr. med. Hennig, Rudolf
01445 Radebeul
- 15.12.** Dr. med. Lenk, Petra
09228 Wittgensdorf
- 15.12.** Dr. med. Pönisch, Wolfram
04103 Leipzig
- 16.12.** Dr. med. Jermolow, Nikolai
01454 Radeberg
OT Ullersdorf
- 19.12.** Dr. med. Zabel, Birgit
09599 Freiberg
- 20.12.** Dr.(IR) Lalee, Rasoul
01219 Dresden

- 20.12.** Dr. med. Opitz, Cornelia
01279 Dresden
- 22.12.** Dr. med. Müller, Christine
04668 Grimma
- 22.12.** Dr. med. Müller, Stephan
01471 Radeburg
- 23.12.** Dr. med. Frost, Gabriele
08112 Wilkau-Haßlau
- 23.12.** Prof. Dr. med. habil.
Heidel, Caris-Petra
01328 Dresden
- 23.12.** Dr. med. Steinert, Frank
04155 Leipzig
- 24.12.** Dr. med.
Grosseheweg, Margot
01454 Radeberg
- 26.12.** Zigo, Pavel
01844 Neustadt
- 31.12.** Dipl.-Med. Georgi, Kristiane
04720 Döbeln

70 Jahre

- 03.12.** Dr. med. Hanzl, Gottfried
02791 Oderwitz
- 03.12.** Dr. med. Kästner, Isolde
01728 Bannewitz
- 07.12.** Dr. med. Kurzweg, Sabine
08301 Schlema
- 07.12.** Dr. med. Richter, Renate
04105 Leipzig
- 09.12.** Dipl.-Med. Merkel, Elisabeth
08412 Werdau
- 13.12.** Dipl.-Med.
Schwalbe, Joachim
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 14.12.** Prof. Dr. med. habil.
Albrecht, Detlev Michael
01324 Dresden
- 14.12.** Schwarz, Marianne
04808 Thallwitz
- 15.12.** Dr. med. Schilling, Rainer
08541 Großfriesen
- 21.12.** Böhnisch, Gisela
04451 Borsdorf
- 21.12.** Dr. med. Damme, Monika
01326 Dresden

- 22.12.** Dr. med. Lauterbach, Michael
01324 Dresden
- 22.12.** Dipl.-Med. Stein, Christel
09117 Chemnitz
- 23.12.** Dr. med. Krause, Thomas
04299 Leipzig
- 25.12.** Dipl.-Med. Hinz, Barbara
04838 Eilenburg
- 25.12.** Dr. med. Schulze, Arndt
01689 Weinböhla
- 28.12.** Dipl.-Med.
Goeldner, Angelika
02828 Görlitz
- 29.12.** Dr. med. Hohrein, Ditmar
09217 Burgstädt/Herrenhaide
- 30.12.** Dr. med. Reinhardt, Ilona
01307 Dresden

75 Jahre

- 03.12.** Dr. med. Burger, Lutz
04159 Leipzig
- 05.12.** Dipl.-Med. Rustler, Dorothea
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.12.** Dr. med.
Strohbach, Wolfgang
04860 Torgau
- 07.12.** Dr. med.
Muchamedjarow, Felix
01239 Dresden
- 09.12.** Dr. med. Heinzl, Volkhart
02747 Herrnhut
- 11.12.** Dr. med. Bodendieck, Peter
04808 Wurzen
- 11.12.** Dr. med. Kießling, Hartmut
01189 Dresden
- 11.12.** Dr. med. Steinert, Gerd
01454 Wachau
- 14.12.** Dr. med. habil.
Bergert, Klaus-Dietmar
08132 Mülsen
- 17.12.** Dr. med.
Schmidt, Hans-Thomas
04828 Altenbach
- 18.12.** Rosemann, Elke
02827 Görlitz
- 22.12.** Schubert, Ulrike
04741 Roßwein
- 25.12.** Dr. med. Hackert, Ingrid
01187 Dresden
- 26.12.** Dipl.-Med. Wischer, Maria
04229 Leipzig
- 29.12.** Dr. med. Hentschel, Elke
04316 Leipzig

80 Jahre

- 01.12. Prof. Dr. med. habil.
Gruber, Gunter
04425 Taucha
- 01.12. Dr. med. Piehler, Christine
08428 Langenbernsdorf
- 03.12. Dr. med. Zeug, Karin
09217 Burgstädt
- 04.12. Dr. med. Kleint, Volkmar
02797 Kurort Oybin
- 04.12. Krug, Rolf
04328 Leipzig
- 05.12. Dr. med. Sommer, Gerlinde
04157 Leipzig
- 09.12. Dr. med. Haag, Elfriede
04416 Markkleeberg
- 10.12. Dr. med. Schulze, Christel
08060 Zwickau
- 12.12. Dr. med. Lohse, Hannelore
01239 Dresden
- 12.12. Dr. med. Schnaack, Sabine
01796 Pirna
- 17.12. Dr. med. Peschel, Lothar
01855 Sebnitz
- 18.12. Dr. med. Jacob, Inge
04463 Großpösna
- 18.12. Dr. med. Johannsen, Christa
04229 Leipzig
- 18.12. Dr. med. Teubner, Joachim
08209 Auerbach
- 19.12. Dr. med. Caffier, Paul
04103 Leipzig
- 20.12. Dr. med. Schilling, Dieter
01705 Freital
- 20.12. Dr. med. Voß, Johannes
01217 Dresden
- 21.12. Dr. med. Huck, Ursula
01909 Großharthau
- 22.12. Dr. med. Preuße, Rainer
08289 Schneeberg
- 23.12. Dittrich, Klaus
08352 Raschau
- 23.12. Dr. med. Müller, Roland
01809 Dohna
- 25.12. Dr. med. Dämmrich, Klaus
02829 Markersdorf
- 26.12. Dr. med. Reichel, Helmut
02796 Jonsdorf
- 27.12. Hasek, Ursula
09116 Chemnitz
- 27.12. Dr. med.
Knebel-Schubert, Bärbel
02633 Göda
- 30.12. Mellin, Hans-Jürgen
04109 Leipzig

81 Jahre

- 01.12. Dr. med. Berchtig, Frank
01309 Dresden
- 01.12. Dr. med. Börner, Gisela
04288 Leipzig
- 01.12. Dr. med. Freese, Karin
09600 Oberschöna
- 03.12. Schmole, Renate
04107 Leipzig
- 03.12. Dr. med. Spiller, Hildegard
04736 Waldheim
- 04.12. Dr. med. Door, Gerlind
04103 Leipzig
- 05.12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Friedrich, Peter
04769 Mügeln
- 09.12. Dr. med. Muschter, Gisela
01257 Dresden
- 09.12. Dr. med. Sljunin, Ingrid
04703 Leisnig
- 12.12. Dr. med. Ruhsland, Christel
02827 Görlitz
- 13.12. Dr. med.
Heinicke, Hans-Dieter
01129 Dresden
- 16.12. Dr. med.
Zimmermann, Leonore
01326 Dresden
- 17.12. Dr. med. Vogelsang, Günter
01689 Niederau
- 19.12. Schirmer, Werner
04420 Markranstädt/
Seebenisch
- 20.12. Dr. med. Schneider, Lothar
02977 Hoyerswerda
- 23.12. Prof. Dr. med. habil.
Kunath, Bernhard
01259 Dresden
- 24.12. Dr. med. Schiller, Klaus
08371 Glauchau
- 25.12. Dr. med. Felgentreu, Paul
09127 Chemnitz
- 26.12. Dr. med. Sachse, Helga
01067 Dresden
- 27.12. Dr. med. Schweinitz, Gisela
08527 Plauen
- 27.12. Prof. Dr. med. habil.
Witzleb, Wolf
01328 Dresden
- 28.12. Dr. med. Müller, Ingrid
09127 Chemnitz
- 29.12. Hoppe, Erhard
09648 Altmittweida

82 Jahre

- 04.12. Dr. med. Kirsten, Dagmar
01744 Malter
- 04.12. Dr. med. Matzen, Christa
04229 Leipzig
- 07.12. Dr. med. Paul, Maria
09111 Chemnitz
- 07.12. Dr. med. Schüppel, Renate
09123 Chemnitz
- 10.12. Richter, Margot
08523 Plauen
- 13.12. Dr. med. Hilger, Hans-Joachim
04229 Leipzig
- 13.12. Dr. med.
Schmidt-Crecelius, Karin
01307 Dresden
- 16.12. Dr. med. Bergmann, Gerhard
09306 Rochlitz
- 18.12. Dr. med. Haufe, Dietmar
02692 Großpostwitz
- 19.12. Dr. med. Hentschel, Christa
01187 Dresden
- 19.12. Dr. med. Kastl, Manfred
08236 Ellefeld
- 21.12. Dr. med. Schenderlein, Peter
04279 Leipzig
- 22.12. Dr. med. Kollert, Heinz
09394 Hohndorf
- 22.12. Dr. med. Schubert, Rotraut
04155 Leipzig
- 22.12. Dr. med. Swaboda, Christine
01129 Dresden
- 24.12. Dr. med.
Prager-Drechsel, Sigrid
04157 Leipzig
- 24.12. Dr. med. Wappler, Roswitha
02625 Bautzen
- 25.12. Dr. med. Brandl, Johanna
08056 Zwickau
- 28.12. Dr. med. Jülke, Klaus
04105 Leipzig
- 31.12. Thomas, Marga-Sylvia
01219 Dresden

83 Jahre

- 03.12. Spilke, Anneliese
01705 Freital-Wurgwitz
- 04.12. Dr. med. Günther, Walter
01662 Meißen
- 05.12. Dr. med. Vogel, Ursula
01796 Pirna
- 06.12. Bartz, Ljudmila
01097 Dresden

- 09.12.** Dr. med. Friedemann, Reiner
09575 Eppendorf
- 10.12.** Dr. med. Gneuß, Gerlinde
02625 Bautzen
- 13.12.** Dr. med. Hohaus, Bernhard
01640 Coswig
- 14.12.** Dr. med. Hartmann, Edith
04316 Leipzig
- 19.12.** Dr. med. Houda, Walter
08525 Plauen
- 22.12.** Prof. Dr. med. habil.
Schönfelder, Manfred
04229 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Göbel, Christian
09599 Freiberg
- 24.12.** Dr. med. Wolf, Karlheinz
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 29.12.** Dr. med.
Rothenberger, Brunhilde
08060 Zwickau
- 30.12.** Prof. Dr. med. habil.
Hutschenreiter, Winfried
04299 Leipzig
- 30.12.** Dr. med. Voigt, Gisela
04720 Döbeln
- 31.12.** Prof. Dr. med. habil.
Hinkel, Klaus
01277 Dresden

84 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo
01477 Arnsdorf
- 02.12.** Dr. med. Capek, Ruth
01468 Moritzburg
- 04.12.** Dr. med. Hagemoser, Ernst
01157 Dresden
- 05.12.** Dr. med.
von Wolffersdorff, Nikolaus
08371 Glauchau
- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.
Dippold, Joachim
04289 Leipzig
- 11.12.** Dr. med. Hille, Rolf
01156 Dresden
- 24.12.** Koban, Annemarie
02782 Seifhennersdorf
- 25.12.** Dr. med. Vehlow, Ulrich
04668 Grimma
- 29.12.** Dr. med. Schulz, Manfred
01796 Pirna

85 Jahre

- 04.12.** Dr. med. Wessig, Heinrich
02827 Görlitz
- 06.12.** Dr. med. Thiel, Ute
04109 Leipzig
- 07.12.** Prof. Dr. med. habil.
Wildführ, Wolfgang
04288 Leipzig
- 10.12.** Dr. med. Rudolph, Siegfried
01307 Dresden
- 13.12.** Dr. med. Rank, Ruth
08547 Jöbnitz
- 14.12.** Dr. med. Mierisch, Klaus
01662 Meißen
- 15.12.** Schmidt-Brücken, Irmtraud
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.12.** Dr. med. Beck, Ingrid
01324 Dresden
- 20.12.** Prof. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Peter
04299 Leipzig
- 20.12.** Dr. med. Otto, Hedda-Maria
04288 Leipzig
- 28.12.** Dr. med.
Richter, Götz-Michael
01471 Radeburg

86 Jahre

- 14.12.** Dr. med. habil. Voigt, Werner
09114 Chemnitz
- 22.12.** Prof. Dr. med. habil.
Schwenke-Speck, Helga
04316 Leipzig
- 25.12.** Masmann, Edith
08280 Aue
- 26.12.** Dr. med. Hempel, Eberhard
09235 Burkhardtsdorf
- 30.12.** Dr. med. Schreitter, Joachim
08359 Breitenbrunn

87 Jahre

- 05.12.** Dr. med. Krämer, Karl-Heinz
04275 Leipzig
- 07.12.** Dr. med. Wichan, Irene
01326 Dresden
- 08.12.** Sachse, Liane
01159 Dresden
- 12.12.** Dr. med. Kötz, Manfred
09119 Chemnitz

- 19.12.** Dr. med. Flämig, Christel
01309 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Lehnert, Rolf
02681 Crostau

88 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Gamnitzer, Christa
04279 Leipzig
- 23.12.** Dr. med. Krumbiegel, Reiner
09366 Stollberg
- 30.12.** Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Ernst
09112 Chemnitz

89 Jahre

- 10.12.** Satzger, Jelena
08056 Zwickau

91 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Winde, Eva-Brigitte
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12.** Rother, Grete
01307 Dresden
- 14.12.** Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden
- 21.12.** Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden

92 Jahre

- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04107 Leipzig
- 09.12.** Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig

93 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch
- 19.12.** Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden

Der Leipziger Arzt Dr. med. Richard Hirschfeld (1862 – 1942)

Mitbegründer des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Eine Spurensuche.

Familiäre Wurzeln und berufliche Wege

Dr. med. Richard Hirschfeld wurde 1862 im westpreußischen Deutsch-Krone in einer jüdischen Kaufmannsfamilie geboren. Bildung spielte seit jeher in dieser Familie eine wichtige Rolle. Nach der Reifeprüfung 1882 wandte sich Hirschfeld dem Medizinstudium zu. Dieses absolvierte er in Berlin, Marburg und Leipzig.

Das Jahr 1887 wurde für Hirschfeld beruflich gewissermaßen zum Schlüsseljahr: Er schloss in jenem Jahr in Leipzig das Studium erfolgreich ab, erhielt die Approbation und promovierte ebenfalls mit Erfolg zum Thema „Über Pfannen-Coxitis“. Seine Referenten waren die Professoren Thiersch und Cocchius. Leider ist die Graduierungsarbeit nicht mehr auffindbar.

Im gleichen Jahr ließ sich Dr. Hirschfeld als Praktischer Arzt in eigener Praxis nieder. Er übernahm zudem sofort Verantwortlichkeiten als Impfarzt in städtischem Auftrag.

Dr. Hirschfelds Entschluss, seine Praxis im Leipziger Osten, in der Eisenbahnstraße, einzurichten, sollte für sein gesamtes Berufsleben gelten – 50 Jahre lang! So manches Mal hat er auf das Arzthonorar bei seinen Krankenbesuchen verzichten müssen – und er tat auch dies mit der ihm eigenen umfassenden Verantwortung und Fürsorge für seine Patienten.

Eine bedeutungsvolle Entscheidung in familiärer Hinsicht traf der junge Arzt 1890: Er heiratete die aus Kassel stammende Kaufmannstochter Franziska Rosenthal.



Vorstand des Hartmannbundes, Aufnahme ca. 1924, vorn links, sitzend: SR Dr. med. R. Hirschfeld; aus: G. Kühne, Fünfundzwanzig Jahre Leipziger Verband (Hartmannbund); Leipzig 1925, S.65; im Bestand der Universitätsbibliothek Leipzig.

Wenige Jahre später – 1896 – konvertierte das Ehepaar vom jüdischen zum evangelisch-reformierten Glauben und gehörten fortan der Evangelisch-Reformierten Kirche zu Leipzig an. 1901 wurden die Hirschfelds stolze Eltern eines Sohnes.

Vom Juli 1916 bis August 1918 musste Dr. Hirschfeld Kriegsdienst leisten. Auch in dieser schwierigen Zeit tat er als Arzt alles, was ihm möglich war, um den ihm anvertrauten Patienten zu helfen, vor allem aber Leben zu retten. Das vielseitige Engagement des Arztes auf medizinischem und sozialem Gebiet fand 1918 Anerkennung durch die Verleihung des „Ehrenkreuzes für freiwillige Wohlfahrtspflege“ sowie des Titels „Sanitätsrat“.

Berufspolitische Aktivitäten

Richard Hirschfeld bemühte sich stets, sich über seinen medizinisch-praktischen Bereich hinaus zu orientieren und somit dazu beizutragen, auch die Wirkungsbedingungen, denen die Ärzte ausgesetzt waren, ständig zu verbessern.

So verwundert es nicht, seinen Namen unter den 21 Gründungsmitgliedern des am 13. September 1900 in Leipzig gegründeten „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ zu finden. Der neue Verband verstand sich zunächst als Schutzverband zu dem Zweck, die wirtschaftliche Lage der Ärzte in ganz Deutschland zu bessern und trug somit

von Anfang an den Charakter eines Wirtschaftsvereins und nicht den eines „eingetragenen Vereins (e. V.)“.

Dr. Hirschfeld wurde in der ersten Sitzung in den Vorstand gewählt und begleitete die Position des Kassierers. Er gehörte damit von Beginn seines Engagements in und für diesen Ärzteverband der unmittelbaren Führungsspitze an.

1904 wurde die Vereinigung des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ (bald nur noch Leipziger Verband genannt) mit dem Deutschen Ärztevereinsbund (DÄVB) beschlossen. Der Leipziger Verband bildete darin eine Abteilung des DÄVB und hatte seinen Sitz in Leipzig. Dr. Hirschfeld war auch unter dieser neuen Organisationsstruktur Kassierführer des Verbandes. Der Leipziger Verband wuchs Dank der engagierten Arbeit seines Vorstandes zahlenmäßig in raschem Tempo: von 668 Mitgliedern im Jahr 1901 auf 25.000 Mitglieder im Kriegsjahr 1917.

Dr. Hirschfeld führte in seiner Verantwortung als Kassierer diesen Verband auch in den Kriegsjahren mit großen Anstrengungen aber sicher durch diese schwierigen Jahre. Das gilt auch für die anschließenden, finanziell ebenso schweren Nachkriegs- und Inflationsjahre. Er hielt den Verein damit quasi mit „am Leben“, was ihm nicht nur im unmittelbaren Vorstandsgremium hohe Wertschätzung einbrachte.

Die 19. Ordentliche Hauptversammlung im September 1922 bildete eine Zäsur in der Verbandsgeschichte: Der Erste Vorsitzende des Verbandes, Sanitätsrat Dr. med. Streffer schlug vor – und dies also noch zu Lebzeiten des Verbandegründers Hermann Hartmann – den Verband in „Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)“ umzubenennen. Es gab einstimmige Zustimmung der Anwesenden.

1924 gehörten dem Vorstand nur noch zwei Mitglieder des Grün-

dungsvorstandes an. Einer davon war Sanitätsrat Dr. Hirschfeld.

Der Hartmannbund war nicht der einzige ärztliche Verein, in und für den sich Dr. Richard Hirschfeld engagierte. In dem 1905 gegründeten „Verein der freigewählten Kassenärzte zu Leipzig“, 1921 umbenannt in „Wirtschaftliche Vereinigung der Ärzte von Leipzig und Umgebung, Ortsgruppe Leipzig des Verbandes der Ärzte Deutschlands“, war Dr. Hirschfeld ebenfalls aktives Mitglied und für einige Jahre als dessen Kassensprüfer auch im Vorstand tätig. Dieser Verein hatte den Zweck, seinen Mitgliedern die Möglichkeit zu verschaffen, bei Krankenkassen und ärztlichen Körperschaften als Arzt tätig zu sein.

Zweifellos konnte er hier seine reichen Erfahrungen wechselseitig zum Nutzen der ärztlichen Vereine, für die er tätig war, zum Nutzen der Berufskollegen und nicht zuletzt der Patienten anwenden. Noch 1928, auf der 25. Hauptversammlung, wurde Dr. med. Hirschfeld erneut in den Vorstand gewählt und darin als Kassenswart bestätigt. Diese Funktion bekleidete er nunmehr das 28. Jahr! Umso erstaunlicher ist daher die „Bekanntmachung“ in den „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 9. März 1929, in der es lapidar heißt:

„Mit dem 1. März d.J. hat Herr San.-Rat Dr. Hirschfeld die Führung der Kassengeschäfte des Verbandes, die er seit der Gründung des Verbandes innehatte, niedergelegt, nachdem der Kassensprüfungsausschuss nach Prüfung der Kasse beschlossen hat, in der Hauptversammlung die Entlastung des Kassensführers zu beantragen. Der Vorstand hat mit der Führung der Hauptkasse bis zur Hauptversammlung das Vorstandsmitglied, Herrn Dr. Johannes Hartmann in Leipzig beauftragt, der am 1. März die Geschäfte übernommen hat. Dr. Lautsch“

Es wird in keiner der folgenden Verbandszusammenkünfte auf die Gründe dieser personellen Veränderungen eingegangen. Und es gibt auch keine Worte des Dankes an Dr. Richard Hirschfeld für die über 28-jährige erfolgreiche Tätigkeit des Mitbegründers, Vorstandsmitgliedes und Kassierers des Leipziger Verbandes (Hartmannbund).

Nicht unerwähnt soll gerade an dieser Stelle bleiben, dass noch in den 1920er Jahren Dr. Hirschfeld auch zum Mitglied der Ärztekammer gewählt wurde. Sein Aufgabengebiet in dem Gremium ist nicht bekannt.

Was blieb?

Nach 1933 musste Dr. Hirschfeld die Erfahrung machen, dass er weder von seinen Berufskollegen noch von den evangelisch-reformierten Glaubensgenossen, denen sich das Ehepaar ja bereits 1896 angeschlossen hatte, Solidarität zu erwarten hatte. So waren beide nun nahezu schutzlos. Der einst geachtete Mediziner musste berufliche Ausgrenzungen, Demütigungen und Ignoranz ertragen.

Im Frühjahr 1938 beendete Dr. Hirschfeld seine ärztliche Tätigkeit. Seine letzten Lebensmonate konnte der inzwischen schwerkranke Dr. Hirschfeld durch die tätige Hilfe der Israelitischen Gemeinde im Pflegeheim der Ariowitsch-Stiftung der Gemeinde verbringen. Seine Frau fand Unterkunft im Altenheim der Ariowitsch-Stiftung. Die Israelitische Religionsgemeinde verweigerte also den Hirschfelds den Beistand nicht, dessen sie so bitter bedurften, obwohl sie auch nach 1935 keine Mitglieder der Israelitischen Religionsgemeinde waren!

Dr. Richard Hirschfeld verstarb am 18. März 1942. Seine letzte Ruhestätte befindet sich auf dem Leipziger Alten Israelitischen Friedhof. ■

Dr. rer. pol. Andrea Lorz, Leipzig

100 Jahre Bauhaus

Zum Bauhaus-Stil sächsischer Gesundheitseinrichtungen

Die Bauhaus-Idee auf dem Weg zur Weltgeltung erreichte auch Sachsen. Sie betraf den privaten und öffentlichen Wohnungsbau samt Innengestaltung, Industrieinrichtungen und, wenn auch seltener, Krankenhäuser. Die Architekten stammten entweder direkt vom Bauhaus oder sie wurden jenseits der Hochburgen Weimar, Dessau und Berlin stark von dem „Neuen Bauen“ beeinflusst, wie an einigen Beispielen gezeigt wird. Übrigens, das Etikett „Bauhaus-Stil“ kam von außen und wurde von den eigentlichen Protagonisten erst später gebraucht. Sogar von „organischem Bauen“ war die Rede (Hans Scharoun). Der britische Architekturhistoriker Nikolaus Pevsner (1902 – 1983) nannte das Bauhaus die „bedeutendste Kunstschule des 20. Jahrhunderts“. Im Rahmen des 100-jährigen Bauhaus-Jubiläums wurden 2019 in sächsischen Städten mehr Zeugnisse des Bauhauses beziehungsweise des sogenannten „Neuen Bauens“ aufgespürt als erwartet. Erinnerung sei hier nur an den Reichenbacher Architekten Rudolf Ladewig (1883 – 1945) und an das weltberühmte „Haus Schminke“ des Hans Scharoun (1893 – 1972), Schöpfer des Konzerthauses der Berliner Philharmonie (1960 – 1963), in Löbau.

Das Credo des Bauhaus-Gründers Walter Gropius (1883 – 1969) lautete: „Der beherrschende Gedanke des Bauhauses ist [...] die Idee der neuen Einheit, die Sammlung der ‚vielen Künste‘, ‚Richtungen‘ und Erscheinungen zu einem unteilbaren Ganzen, das im Menschen selbst verankert ist und erst durch das lebendige Leben Sinn und Bedeutung gewinnt“ (1925). Oder auf eine Kurzformel gebracht: die Einheit von Kunst und

Handwerk. In diesem Sinne erarbeitete man eine schnörkellose, funktionelle Bauweise, welche die Pavillon-Krankenhäuser mit den historisierenden äußeren Formen ablöste. Diese „Neue Sachlichkeit“ ging einher mit der technischen Revolution in der klinischen Medizin, die Blockbauten mit großen Operationssälen, Sterilisations- und Röntgenabteilungen, Laboratorien, bakteriologischen und auch pathologischen Instituten erforderte. Auch die wirtschaftliche Zweckmäßigkeit spielte eine entscheidende Rolle. Der Architekt Ernst Kopp (1890 – 1962), Erbauer des modernen Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin-Wilmersdorf (1930 – 1932), hat dazu einmal ausgeführt: „Zweckmäßig ist ein Betrieb, der auf kürzestem Wege mit den geringsten Betriebsmitteln die beste Arbeit leistet“ und danach den inneren Betriebsablauf eines Krankenhauses organisiert.

Chemnitz

Beginnen wir in Chemnitz. Ein typisches Beispiel des Neuen Bauens ist das heute noch vorhandene AOK-Gebäude an der Müller-/Ecke Nordstraße (Abb. 1). Der mit Rochlitzer Porphyrt verkleidete Stahlbetonbau stammt von



Abb. 1: AOK-Gebäude Chemnitz

dem in Chemnitz geborenen Architekten Curt am Ende (1889 – 1970). Er wurde 1931 eingeweiht und beherbergte außerdem das erste Röntgen- und Radiuminstitut der Stadt unter der Leitung von Prof. Wilhelm Lahm (1889 – 1975). Dieser war ein Pionier der Radiumtherapie maligner Tumoren. Nach der Beseitigung von Kriegsschäden baute man hier eine onkologische Fachklinik mit chirurgischer Abteilung auf. Der klinische Betrieb endete 1995, und das unter Denkmalschutz stehende Gebäude wurde wieder von der AOK übernommen.

Das in der Scheffelstraße in Altchemnitz gelegene ehemalige Verwaltungsgebäude der Auto-Union wurde 1946 auf Befehl der Sowjetischen Militäradministration zum „Krankenhaus Stadtpark“ umfunktioniert. Das Haus war in den 1930er Jahren erbaut worden, atmete den Geist des Bauhauses und konnte in seiner neuen Eigenschaft zeitweise bis zu 800 Patienten aufnehmen. Die Entwürfe für die Fassade und den zentralen Baukörper stammten seinerzeit von den Chemnitzer Architekten Alfred Kornfeld (1878 – 1967) und Karl Johann Benirschke (1875 – 1941). 1997 schloss das Krankenhaus endgültig seine Pforten und stand zur Versteigerung.

Fast man den Begriff der Gesundheitseinrichtungen weiter und zählt auch die Volksbäder hinzu, dann ist unbedingt das vom Chemnitzer Stadtbaudirektor Fred Otto (1883 – 1944) entworfene Stadtbad Chemnitz an der Mühlenstraße zu nennen, dessen Bauhausstil innen wie außen klar hervortritt und das sich hervorragend saniert präsent



Abb. 2: Stadtbad Chemnitz

tiert (Abb. 2). Mit der „gemischtgeschlechtlichen“ Zwei-Hallen-Variante, den umfangreichen Räumlichkeiten für Körperhygiene und der in Deutschland einmaligen Glasdach-Konstruktion beschritt der „wagemutige Erneuerer und weitsichtige Planer“ Otto neue Wege, und zwar gegen viele Widerstände. Von Fred Otto sind noch der Erweiterungsbau der Nervenklinik Chemnitz-Hilbersdorf und die ehemalige Sparkasse, das heutige Museum Gunzenhauser, in artverwandtem Stil zu erwähnen, alle zwischen 1930 und 1935 entstanden.

Dresden

In Dresden gab es bis zum Jahre 2000 mit der 1929 erbauten Kinderklinik des Stadtkrankenhauses Johannstadt ein eindrucksvolles Beispiel der Hinwendung zu neuen Formen, die Zweckmäßigkeit mit Schönheit verbanden (Abb. 3). Obwohl nach der Zerstörung im Zweiten Weltkrieg wiederhergestellt, musste das Gebäude mit den charakteristischen Liegebalkonen und



Abb. 3: Ehemalige Kinderklinik Dresden-Johannstadt

-terrassen der Neugestaltung des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ weichen. Geblieben ist von diesem Gesundheitskomplex aus den Jahren 1929/30 die gegenüberliegende ehemalige Schwesternschule. Der Schöpfer beider Einrichtungen war der Dresdner Stadtbaurat Paul Wolf (1897 – 1957). Bei der Planung der Kinderklinik wurde er tatkräftig unterstützt von dem Pädagogen und desiginierten Klinikchef Prof. Dr. Hans Bahrtdt (1877 – 1953), mit der Arzt und Architekt das damals revolutionäre Licht-Luft-Sonne-Prinzip verwirklichten und die Idee einer „klaren, hellen Sachlichkeit“ umsetzten. Hier machte sich auch der Einfluss der Naturheilkunde bemerkbar. Die Fachpresse attestierte Wolf für dieses Projekt eine „gediegene Vornehmheit und schlichte Einfachheit“ im Sinne des (inzwischen Dessauer) Bauhauses.

Aus Wolfs Büro kamen 1928/29 auch die Zeichnungen für das Sachsenbad



Abb. 4: Sachsenbad Dresden

(Volksbad Nordwest in Pieschen), ebenfalls Ausdruck der Moderne (Abb. 4), heute leider dem Verfall preisgegeben, sowie die Waldschule Fischhaus. Mit dem Namen Paul Wolfs verbindet sich weiterhin das Güntzsche Altersheim, Teil des heutigen Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt (1928). Wolf plante nach eigenen Worten eine „gesunde Großstadt“, wie die Ausstellung „Dresdner Moderne 1919 – 1933“ im Stadtmuseum Dresden vom 29. Juni bis 27. Oktober 2019 zeigte. Dabei lag ihm besonders die „Altstadtgesundung“ am Herzen; den Abriss enger und dunkler Wohnviertel begründete er kommunal- und sozialhygienisch.

Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden wurde 1929/30 in dem Entwurfsbüro des Architekten Prof. Wilhelm Kreis (1873 – 1955) konzipiert und mit der II. Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 eröffnet. Baulich lässt es zwar noch Elemente des Neoklassizismus erkennen, es dominieren jedoch die Bauhauseinflüsse. Schon zuvor vermochte Kreis bei dem außergewöhnlichen Bahnhof in Meißen auf der Klaviatur der Neuen Sachlichkeit zu spielen (1926 – 1928). Zu besagter großen Hygiene-Ausstellung 1930/31 gehörten auch je ein „Musterhaus für einen Lungenkranken“ und für „einen Kriegsversehrten“ des Architekten Georg Wrede, die eine große Ähnlichkeit mit dem exemplarischen „Haus am Horn“

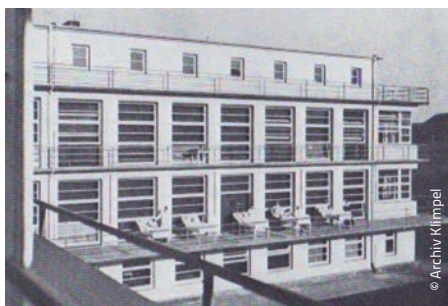


Abb. 5: Krankenhaus Freiberg

in Weimar des Bauhausmeisters Georg Muche (1895 – 1987) von 1923 besaßen. Der futuristischste Pavillon der II. Internationalen Hygiene-Ausstellung kam aus der damaligen Sowjetunion, welche sich durchaus eine Bauhaus-Rezeption angelegen sein ließ.

Freiberg

Ein geradezu klassisches Beispiel einer sächsischen „Bauhaus“-Klinik stellt das Stadtkrankenhaus in Freiberg des nach eigenen Aussagen dem Bauhaus verpflichteten Architekten Heinrich Salzmann (1864 – 1941) dar (Abb. 5), der zuvor mit unkonventionellen Fabrikbauten aufgefallen war. Die oben von Kopp geforderte Zweckmäßigkeit wurde von Salzmann in idealer Weise verwirklicht. Er verknüpfte mit dem Altbau von 1858 zwei dreigeschossige, leicht versetzte Blockbauten. Vorder- und

Hinterhaus, über eine Galerie verbunden, enthielten die Medizinische und die Chirurgische Abteilung. Im Nordflügel war die Operationsabteilung eingerichtet. Die Patientenzimmer des Freiburger Neubaus zeigten alle nach Süden und verfügten über Sonnenbalkone. Die Funktionsräume und Operationssäle galten seinerzeit – 1928/29 – aufgrund ihrer modernen Technik als vorbildlich. Wesentlichen Anteil an der baulichen und technischen Ausgestaltung des 155-Betten-Hauses hatte der Chirurg Doz. Dr. Friedrich Karl Ladwig (1889 – 1970), ein Schüler des Leipziger Ordinarius Prof. Erwin Payr (1871 – 1946). Es gab Fahrstühle, neuartige Glasschiebefenster, septische und aseptische Operationssäle, verstellbare OP-Tische und reflexionsfreie Beleuchtung, eine Endoskopieabteilung, Stahlrohrmöbel nach dem Bauhausmeister Marcel Breuer (1902 – 1981) und vieles andere mehr. Das Stadt- und Bezirkskrankenhaus Freiberg in Sachsen wurde als Mustereinrichtung zu einem Anziehungspunkt für Krankenhausdirektoren und Architekten aus nah und fern.

Leipzig

In Leipzig fallen schon im Zentrum Spuren neuzeitlichen Bauens in den Blick: das Kroch-Haus an der Goethe-

straße und das Europahaus am Augustusplatz. Was jedoch medizinische Einrichtungen betrifft, so finden wir Bauhaus-Formen in der alten Universitätsfrauenklinik und in der alten Universitätsklinik für Orthopädie an der Philipp-Rosenthal-Straße, beide erbaut von dem Architekten Oskar Kramer (1871 – 1946), der sich selbst als Anhänger der Reform-Architektur, eine um 1900 entstandene Strömung zwischen Tradition, Jugendstil und Moderne, bezeichnete und die beiden Kliniken 1928 beziehungsweise 1930 einweihen konnte. Auch das St. Elisabeth-Krankenhaus in Connewitz zeigt ansatzweise Bauhausstil; die Architekten waren Carl Fischer, Theo Burlage (1894 – 1971) und Hubert Ritter (1886 – 1967). Stadtbaurat Ritter schuf auch das Westbad in Leipzig-Lindenau, heute ein gut saniertes Denkmal der Bauhauskunst, ebenso wie die Wohnhäuser der Faradaystraße in Leipzig-Möckern. Ein Musterbeispiel der Bauhausarchitektur ist die zwischen 1925 und 1928 in der Leipziger Johannisallee erbaute Medizinische Universitätsklinik, ein roter Klinikerbau mit eindeutigen Bauhaus-Elementen (Abb. 6). Auch Leipzig feierte das 100-jährige Bauhausjubiläum mit der Ausstellung „Bauhaus_Sachsen“ (18. April bis 29. September 2019) im Grassi-Museum, das als Bauwerk selbst zahlreiche Elemente des Bauhauses enthält. Der Architekt der Medizinischen Universitätsklinik war auch hier wieder Oskar Kramer, der sich zudem in Dresden mit der Sächsischen Landesschule in Klotzsche verewigt hat (zusammen mit Heinrich Tessenow). In engem Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen steht das Verwaltungsgebäude der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig in der Dr.-Willmar-Schwabe-Straße 2 – 4, das nach den Plänen des Architekten Otto Droge (1885 – 1970) zwischen 1922 und 1925 entstanden war. Mehr noch als der äußere Eindruck vermittelt der Blick ins



Abb. 6: Medizinische Universitätsklinik Leipzig, Johannisallee



Abb. 7: Foyer des AOK-Gebäudes Leipzig

Foyer heute noch einen guten Eindruck vom Baustil der 1920er Jahre (Abb. 7).

Zwenkau

Ein echter Bauhaus-Schüler war der Architekt Thilo Schoder (1888 – 1979), der das vor den Toren von Leipzig gelegene Stadt Krankenhaus Zwenkau schuf (Abb. 8). Sein Weimarer Lehrer war der berühmte Henry van de Velde (1863 – 1957). Der Flame kam vom Jugendstil her und leitete die Weimarer Kunstgewerbeschule (Vorläufer des Bauhauses); die Villa Esche in Chemnitz ist sein Werk.

Thilo Schoder, der zu jener Zeit in Gera lebte und arbeitete, entschied sich in Zwenkau für einen mehrteiligen dreigeschossigen Stahlbetonbau mit viel Glas. Die Infektions- und Lungenklinik konnte 1930 eingeweiht werden, das Hauptgebäude mit modernem Operationstrakt ein Jahr später. Was Schoder hier schuf, war Avantgardismus pur und – neben einer ebenso prägnanten priva-



Abb. 8: Krankenhaus Zwenkau



Abb. 9: Haus Rabe in Zwenkau

ten Frauenklinik in Gera – sein einziger Krankenhausbau. Thilo Schoder zählte zu den Großen der deutschen Architekturgeschichte. Obwohl durch den Bau des Zwenkauer Krankenhauses überregional bekannt geworden, war er lange der Vergessenheit anheimgefallen. Das Stadt- und Landkrankenhaus Zwenkau wurde bei den Luftangriffen im zweiten Weltkrieg beschädigt, dann wieder aufgebaut und stand seit 1967 auf der Liste der geschützten Baudenkmäler, musste jedoch einige bauliche Veränderungen hinnehmen. Schoders Handschrift trägt noch die Wohnzeile Goethestraße in Zwenkau. Thilo Schoder, der auch mit Autokarosserie-Entwürfen und der Förderung expressionistischer Kunst hervorgetreten war, emigrierte 1932 nach Norwegen und machte sich mit Wohnsiedlungen, Villen und Industriebauten einen Namen, wobei ihm immer wieder die „Schönheit der klaren Linien“ attestiert wird. Mit diesen Worten ist auch die Bauhausarchitektur sächsischer Gesundheitseinrich-

tungen beschrieben, in der Form und Funktion Eins geworden waren. In diesem Zusammenhang können wir Zwenkau nicht verlassen, ohne des Arztes und Bauherrn Dr. Erich Rabe zu gedenken, der 1929 ein Haus in Auftrag gab, in dem er dann ab 1931 wohnte und praktizierte und das zu einer „Ikone der Moderne“ wurde (Abb. 9). Architekt war der auch international tätige Adolf Rading (1888 – 1957). Als Innengestalter engagierte Dr. Rabe den berühmten Bauhauskünstler Oskar Schlemmer (1888 – 1947). Als Fachärztin für Chirurgie hat Rabes Tochter, Dr. Gabriele Schwarzer, noch bis 1991 in diesem Haus gearbeitet. Die Bauhaus-Stiftung hat dieses Juwel der klassischen Moderne inzwischen gekauft. ■

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden