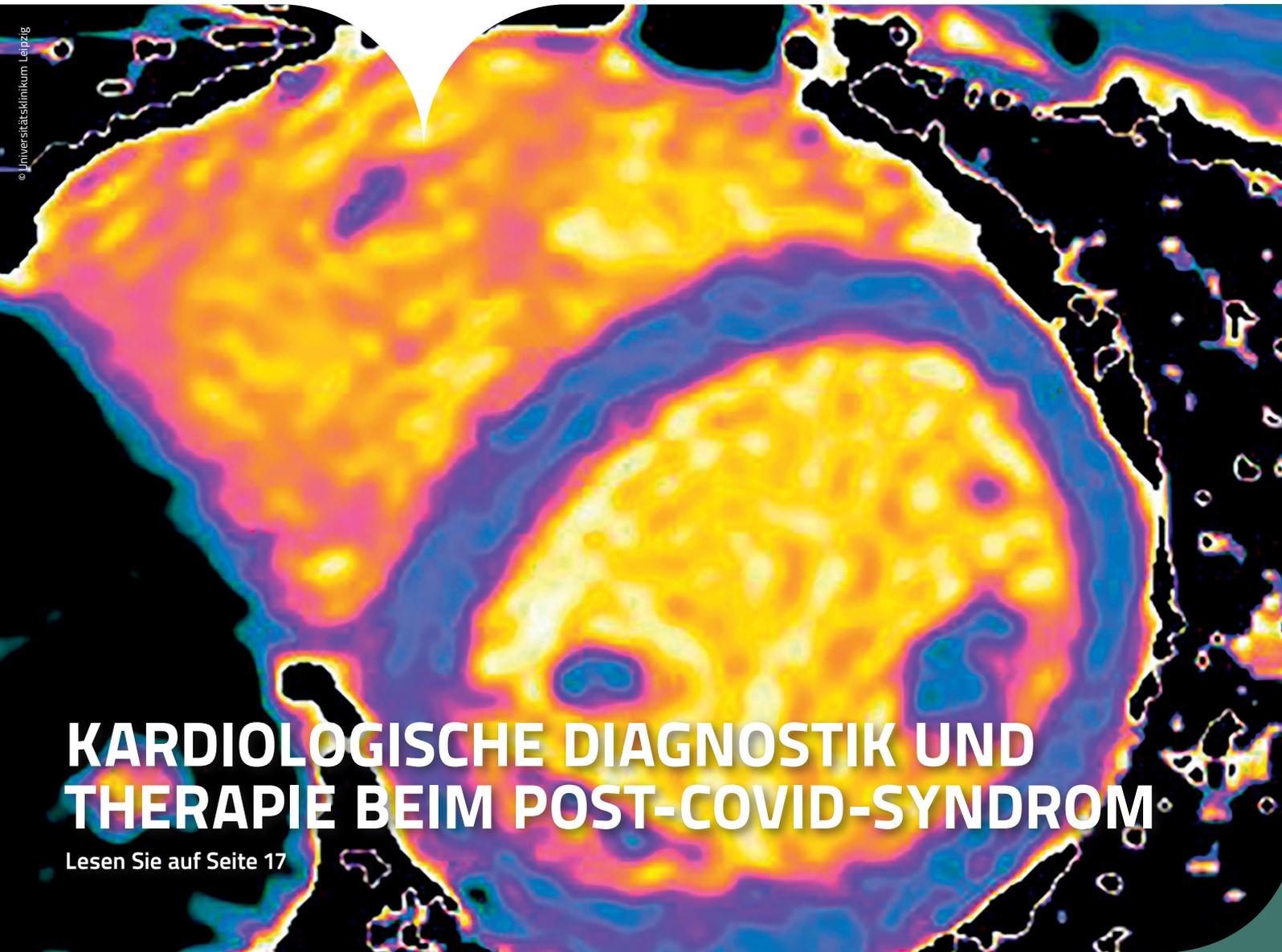




Ärzteblatt Sachsen

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



KARDIOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE BEIM POST-COVID-SYNDROM

Lesen Sie auf Seite 17

Medizinstudium in
Chemnitz (MEDIC)

5

RAPHAEL
Forschungspraxen-
Netzwerk

9

Probezeit im
MFA-Ausbildungs-
verhältnis

13

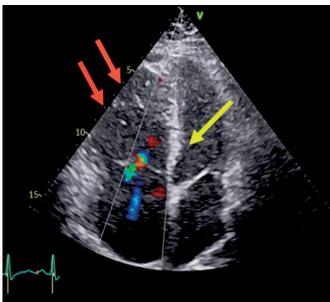
Inhalt



„Ärzte für Sachsen“ trifft
Medizinstudierende
Seite 6



Seniorenfahrten 2021
Seite 12



Kardiologische Diagnostik
und Therapie
beim Post-Covid-Syndrom
Seite 17

EDITORIAL	▪ Herausforderung Multimorbidität	4
BERUFSPOLITIK	▪ Neue Heimat für Studierende der Medizin in Chemnitz	5
	▪ „Ärzte für Sachsen“ trifft Medizinstudierende	6
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ CIRS-Fall	8
	▪ RAPHAEL Forschungspraxen-Netzwerk Halle-Leipzig	9
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	▪ Kreisärztekammer Görlitz	10
	▪ Kreisärztekammer Mittelsachsen	10
	▪ Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)	10
KOMMISSION SENIOREN	▪ Seniorenausfahrten 2021	12
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	▪ Konzerte und Ausstellungen	13
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	▪ Probezeit im Berufsausbildungsverhältnis	13
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ...	14
ORIGINALIE	▪ Kardiologische Diagnostik und Therapie beim Post-Covid-Syndrom (PCS)	17
LESERBRIEFE	▪ Wissenschaftsleugnung – ein Kommentar aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin	23
PERSONALIA	▪ Jubilare im Dezember 2021	26
	▪ Bestandene Facharztprüfungen	29
MEDIZINGESCHICHTE	▪ August Bier	30
	▪ Dr. Franz Meyhöfer	32
IMPRESSUM	25
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – Januar 2022	



Dr. med. Heike Höger-Schmidt

Herausforderung Multimorbidität

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine Erkrankung kommt selten allein. Die Behandlung einer Erkrankung kann eine andere verschlechtern, Erkrankungen triggern sich gegenseitig – Multimorbidität ist ein schwieriger Balanceakt für Patient und Behandler und nicht selten ein Teufelskreis, der irgendwann in einer Dekompensation endet.

Was aber, wenn das Gesundheitssystem selbst der Patient ist? Die anhaltende Pandemiesituation hat uns mehr als deutlich gezeigt, dass die unter normalen Umständen recht und schlecht kompensierten chronischen „Krankheiten“ dieses auch als Gesundheitswirtschaft bezeichneten Systems extrem schnell dekomensieren können.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, möchte ich einige davon exemplarisch betrachten.

Ein sektoral getrenntes Versorgungssystem hat trotz mancher Vorteile eine große Zahl von Nachteilen, vor allem, wenn im Gegensatz zum Leistungsanspruch die Finanzierung begrenzt ist. Wer soll das leisten und womit?

Neben dem bekannten Ärztemangel haben wir ein erhebliches Defizit an Pflegekräften, MFA und Notfallsanitätern. Bedarf rapide steigend.

Ohne Personal implodiert das System. Alle Parteien haben sich dieses Thema – wie schon in den letzten Legislaturen – auf die Fahnen geschrieben. Die konkreten Ergebnisse sind extrem übersichtlich. Applaus allein reicht nicht. Wie steht es um die Wertschätzung dieser Berufsgruppen? Die Corona-Pandemie zeigt uns auch hier schwere politische Fehler auf.

„Corona-Prämie“ für Pflegekräfte? Zum Teil. Für MFA oder Rettungskräfte? Klares Nein. Was soll das? An dieser Stelle ein Ausflug in die Psychologie der Motivation: Die intrinsische Motivation beruht unter anderem auf Sinnhaftigkeit des Tuns und Begeisterung. Berufe in der Medizin bieten viel Potenzial. Bei allem Verständnis für das Anliegen: Mit nahezu ausschließlicher Darstellung von Stress, Überarbeitung und Demotivation wird es immer weniger Bereitschaft geben, diese Berufe überhaupt zu ergreifen oder sie dauerhaft auszuüben. Es wäre gut, vor allem den hohen positiven Wert des humanen, sinnerfüllenden Inhalts herauszustellen, ohne dabei die Probleme bei der extrinsischen Motivation zu verschweigen.

Neben der finanziellen Abbildung der Wertschätzung für die medizinischen Professionen wird explizit immer wieder die Bürokratie genannt, die unsere eigentliche Tätigkeit blockiert. Inzwischen sind wir doch mehr mit Dokumentation als mit direkter Arbeit am Patienten beschäftigt. Qualitätssicherung braucht Daten. Das ist essenziell und an dieser Stelle explizit ausgenommen. Was stört, ist die extrem kleinteilige Dokumentation auch der noch so selbstverständlichen Tätigkeiten, um sich nicht der Gefahr von Leistungskürzungen auszusetzen. Entstanden ist eine Kultur des Misstrauens zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, die Heerscharen von medizinischen und nichtmedizinischen Mitarbeitern bindet, die alle für diese „Kultur“ bezahlt werden müssen. Digitalisierung ist hier nicht **die** Lösung! Für demnächst verantwortliche Politiker wäre es an der Zeit, einen „Runden Tisch“ mit Vertretern der Basis zu organisieren, der das Ziel hat, Bürokratie in der Medizin wieder auf ein gesundes Maß zu schrumpfen.

Eine weitere Krankheit ist der inzwischen eklatante Mangel an Arzneimitteln und medizinischen Verbrauchsgütern. Mitbedingt durch Ausschreibungsregularien, die das billigste Angebot befördern, haben wir ganze Industriezweige vornehmlich nach Asien abgegeben, Transportwege vervielfacht, Umweltaspekte ignoriert. Um Patienten gut versorgen zu können, brauchen wir neben essenziellen Medikamenten auch Schutzkleidung oder solch simple Dinge wie zum Beispiel Venenverweilkanülen. Die Bedingungen für Versorgungssicherheit zu schaffen, ist doch mal eine sinnvolle Aufgabe für die Politik! Ein Europabezug in den Ausschreibungen könnte ein Anfang sein.

Schlussendlich wissen wir, dass nur eine komplexe, gut geführte (Dauer-)Therapie unser multimorbides Gesundheitssystem retten kann, damit es wieder eines der besten ist.

Mit den besten Wünschen für eine schöne Adventszeit. ■

Ihre Dr. med. Heike Höger-Schmidt
Vorstandsmitglied

Neue Heimat für Studierende der Medizin in Chemnitz

Die Technische Universität Dresden, das Klinikum Chemnitz und die Dresdner Hochschulmedizin eröffneten mit Beginn des Wintersemesters 2021/2022 den Medizincampus Chemnitz. In einem Grußwort aus Berlin sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Unser Ziel ist es, die ärztliche Versorgung auf dem Land zu stärken. Hierfür brauchen wir Medizinerinnen und Mediziner, die sich bewusst dafür entscheiden, nach ihrem Studium die Menschen auf dem Land zu versorgen.“

Auch der sächsische Ministerpräsident, Michael Kretschmer, sprach sich bei der Eröffnung für eine hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung in allen Regionen aus. Der Modellstudiengang MEDiC bietet ein praxisnahes und bedarfsorientiertes Studium. Der bereits 2020 gestartete neue Studiengang hat das Ziel, in der Lehre verstärkt auf digitale Elemente zu setzen. Im südsächsischen Raum wird bis 2030 fast jeder Fünfte, der in diesem Gebiet wohnt, 75 Jahre oder älter sein. Der Bedarf an einer hochqualitativen ärztlichen Versorgung wird also zu- und nicht abnehmen, was künftige Medizinergenerationen vor neue Herausforderungen stellt. Bei Diagnosestellung, Behandlung und Kontrolluntersuchungen wird die Digitalisierung eine zentrale Rolle spielen. Sie spart Zeit, gleichzeitig können sich Experten vernetzen. Anders als im Regelstudiengang lernen die Studierenden am Medizincampus Chemnitz bezogen auf einzelne Organsysteme, wie zum Beispiel Thorax oder Nervensystem. Dabei sind theoretische Grundlagen eng verzahnt mit der praktischen Ausbildung. Die Studierenden werden bereits ab dem ersten Semester in die Betreuung von Patienten eingebunden. Sie lernen hier die verschiedenen Rollen eines Arztes kennen, der



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sprach zur Eröffnung ein Grußwort.



Enthüllung der Tafel Medizincampus Chemnitz: Prof. Dr. med. habil. Lutz Mirow, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Chemnitz; Studierendenvertreter Maximilian Thrum und Mariam Arnold; Prof. Dr. rer. nat. Thomas Noll, Studiendekan des Modellstudiengangs Humanmedizin (v. l.)

medizinischer Experte ist, aber auch Kommunikator, Teammitglied und Wissenschaftler.

Durch Einführung des Modellstudiengangs erhöht die Technische Universität Dresden die Zahl der Studienplätze für künftige Mediziner an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus um jährlich 50 auf 275. Das Klinikum Chemnitz ist mit seinen 7.000 Mitarbeitern und 1.785 Betten das drittgrößte kommunale Krankenhaus Deutschlands.

In dem individuellen und multimodalen Interviewverfahren, das erstmals in

diesem Jahr durchgeführt wurde, werden nicht nur Faktoren wie die Abiturbestenquote oder der Mediziner-test als Zugangsvoraussetzung für den Modellstudiengang herangezogen. Die Studierenden haben auch die Möglichkeit, ihre menschlichen und fachlichen Kompetenzen einzubringen. Von den 50 Studierenden, die am 4. Oktober 2021 mit einer Erstsemesterwoche in ihr Studium starteten, stammen viele aus der Region. ■

Maria Eckardt
Öffentlichkeitsarbeit

„Ärzte für Sachsen“ trifft Medizinstudierende

Unter dem Dach der Sächsischen Landesärztekammer bündelt das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ seit 2009 die sächsischen Partner im Gesundheitswesen und wirbt bundesweit um medizinischen Nachwuchs. Neben der digitalen Präsentation auf der Netzwerkwartung stehen dabei wieder verstärkt Vor-Ort-Veranstaltungen im Fokus, um mit den künftigen Ärzten persönlich ins Gespräch zu kommen. Gleich zwei solcher Gelegenheiten boten sich dem Netzwerk in diesem Herbst.

Erstsemestler auf der Campus Tour

Ein toller Start für alle Erstsemestler der Technischen Universität Dresden im Bereich Medizin sowie Zahnmedizin ist die sogenannte „Campus Tour“ zu den für das Studium wichtigen Stationen der Fakultät und der Uniklinik. Die Sächsische Landesärztekammer, das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hatten am 4. Oktober 2021 dort die Möglichkeit, ihre Arbeit kurz vorzustellen und den Studierenden einen ersten Eindruck zu vermitteln, wie sie schon während des Studiums unterstützt werden können. Dazu stellte „Ärzte für Sachsen“ sich und die vielen Förderangebote näher vor und warb unter den jungen Ärzten besonders für mögliche praktische Studienabschnitte im ländlichen Raum Sachsens.

„Ärzte für Sachsen – On Tour“

Am 9. Oktober 2021 hieß es wieder traditionell „Ärzte für Sachsen – On Tour“. Die Tour zeigt angehenden jungen Ärzten ihre beruflichen Perspektiven und beantwortet Fragen zu möglichen Famulaturen oder zur Absolvierung des Praktischen Jahres. Medizinstudierende aus Dresden erkundeten zusam-



„Ärzte für Sachsen“ auf der Campus Tour der Erstsemestler in Dresden



Echte Teamarbeit: Reanimation eines „Patienten“ bei „Ärzte für Sachsen – On Tour“ im Landkreis Meißen

men den Landkreis Meißen (medizinisch) genauer. Insgesamt standen drei Stationen auf dem Plan. Der erste Halt war das Elblandklinikum in Riesa. Die Einführung hier übernahm Peggy Sehmisch, leitende Oberärztin in der Fachabteilung Nephrologie. Auf ihrer Station präsentierte sie die dazugehörige Technik, welche den Dialysebetrieb ermöglicht.

Im Anschluss übergab sie das Wort an Priv.-Doz. Dr. med. habil. Stefan Zastrow, Chefarzt der Urologie. Dr. Zastrow führte die jungen Ärzte auf seine Station und referierte kurz über seinen Werdegang. Ihm war es wichtig, den Studierenden die Unterschiede in der Ausbildung zu verdeutlichen. „In der medizinischen Aus- und Weiterbildung ist es enorm wichtig, die verschiedenen

Fälle und Abläufe in großen medizinischen Zentren wie der Uniklinik aber auch der ländlicheren Einrichtungen der Regelversorgung zu kennen.“ Die Facharztteilung der Kardiologie bildete die Schlussetappe im Haus. Chefarzt Dr. med. Markus Schwefer präsentierte hier die erstaunliche Technik eines der modernsten Herzkatheterlabore Deutschlands, zum Beispiel zur sicheren Diagnosestellung in Fällen wie akuter Myokardinfarkte oder zur Therapie bei Herzklappenerkrankungen. Dr. Schwefer führte die Technik kurz vor und lud die Studierenden zu Famulatur oder Praktischem Jahr ein.

Zweiter großer Stopp war die Hausarztpraxis von Dr. med. Janine Gerlach in der Altstadt von Meißen. Hier konn-

ten die Teilnehmer eine hochmoderne und ansprechende Allgemeinarztpraxis kennenlernen. Auch Dr. Gerlach sprach zuerst über ihren Werdegang und beantwortete Fragen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin und den täglichen Herausforderungen im Berufsalltag. Auch Hintergrundwissen zu den Kosten einer Praxis oder der enormen Bedeutung des nichtärztlichen Fachpersonals waren hier interessante Themen.

Von Anfang an dabei war Dr. med. Alexander Neumann vom Elblandklinikum Meißen. Zusammen mit dem ärztlichen Leiter des Notfallzentrums, Dr. med. Thomas Peschel, wurde den Studierenden an der dritten Station das Notfallzentrum mit Triage- und KV-Bereitungspraxis vorgestellt. Gegen

Ende der Tour durften die angehenden Ärzte noch ihr medizinisches Können unter Beweis stellen. Dr. Peschel und Dr. Neumann führten realitätsnah einen reanimationspflichtigen Patientenfall vor. Die Studierenden mussten an der Simulationspuppe wie im echten Notfall agieren, um das Leben des „Patienten“ zu retten. Gemeinsam mit dem angehenden Allgemeinmediziner, Dr. med. Fabian Lenz, der für das „Forum Junge Ärzte“ mit vor Ort war, gelang dies in echter Teamarbeit. ■

Maria Eckardt
Öffentlichkeitsarbeit

Martin Kandzia M.A.
Koordinierungsstelle Netzwerk
„Ärzte für Sachsen“

CIRS-Fall

Aktualisierung des Marcumar-/Falithromplans

Berichtet wird vom aktuellen Fehler des Monats September 2019 im Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen.

In einer Praxis sind die Marcumarpatienten aufgefordert, zu einer vorgegebenen Zeit anzurufen, um ihre neue Marcumardosierung und den Folgetermin für die INR-Bestimmung zu erfragen. Aufgrund der Arbeitsdichte schafften es die Ärzte nicht, den notwendigen Marcumarplan zeitgerecht zu aktualisieren. Durch Nachfragen zwischen Tür und Angel bei den in der Akutsprechstunde gebundenen Ärzten gab es immer wieder Probleme. Die Patienten mussten also praktisch immer vertröstet und zurückgerufen werden.

Abgesehen von der Fehleranfälligkeit von Zurufabfragen in der Akutsprechstunde wurden unnötige Arbeitsschritte notwendig, die Personal und Ärzte belasten. Für Patienten sind solche Verzögerungen nicht nur ärgerlich,

sondern oft auch ein Grund für Verunsicherungen.

Link zum Fall: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=949> ■

TAKE-HOME-MESSAGE

Maßnahme in der Meldepraxis:

- täglich Termin im Kalender der Ärzte blocken zur Aktualisierung der Falithrompläne auf Basis der INR-Werte

Vorschlag aus einer anderen Praxis:

- INR-Bestimmung in der Praxis und direkte Information des Patienten über den Falithromplan, daher keine zusätzlichen Telefonate mehr notwendig

Patientenverwechslung

Auf der hausärztlichen Fehlermeldeplattform www.jeder-fehler-zaehlt.de finden sich diverse Meldungen rund um das Thema Patientenverwechslung (zum Beispiel Fall 787, Fall 865, Fall 849, Fall 839).

Patientenverwechslungen aufgrund von gleichen oder ähnlichen Namen werden schon seit Beginn der CIRS-Fälle thematisiert und natürlich auch in allen anderen Sektoren der Versorgung. Oft werden die Fehler bemerkt, aber schwerste Schadensfälle sind immer wieder das Resultat.

Abgesehen von den zahlreichen Folgefehlern, die durch eine solche Situation entstehen können, ist auch bei frühzeitiger Entdeckung der Verwechslung der erhöhte ärztliche Zeitaufwand ärgerlich. Alle Informationen müssen noch einmal neu in der richtigen Akte angelegt sowie gleichzeitig beim „falschen“ Patienten rückgängig gemacht werden. Für den ambulanten Bereich hat die

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hierzu eine Handlungsempfehlung zur „Sicheren Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ herausgegeben (www.kvwl.de).

Ein Beispiel finden Sie unter <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=865>

Weitere Beispiele auf allen CIRS-Plattformen:

Für Hausärzte: www.jeder-fehler-zaehlt.de

Für Anästhesisten und Notfallmediziner:

www.cirs-ains.de

Für Krankenhäuser: www.kh-cirs.de

Allgemein: www.cirsmedical.de ■

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

TAKE-HOME-MESSAGE

Feststellung der Patientenidentität durch:

- Vorlage eines ausweisenden Dokuments mit Foto (zum Beispiel Versichertenkarte oder Personalausweis)
- aktives Nachfragen beim Patienten: „Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“
- routinemäßiger Abgleich von Vordaten mit dem aktuellen Patienten

RAPHAEL Forschungspraxen-Netzwerk Halle-Leipzig



Hausärztliche Forschungskompetenz im Fokus

L.-M. Fühner¹, A. Bräsigk²

Hausärzte haben als Primärversorger einen direkten Zugang zur Bevölkerung mit einem breiten Spektrum an unterschiedlichen Krankheitsbildern, welche immer mehr in den Fokus von Versorgungsforschungsprojekten gelangen [1]. In der allgemeinmedizinischen Primärversorgung fehlen jedoch in der Regel die infrastrukturellen Voraussetzungen [2] und eine systematische Einbindung akademischer Forschungs-

verstärkt abzubilden, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in den kommenden Jahren Projekte zum Aufbau lokaler Forschungspraxen-Netzwerke in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung. Mit RAPHAEL (Research Practices Halle-Leipzig) gibt es nunmehr ein gemeinsames Forschungspraxen-Netzwerk in Sachsen-Anhalt und Sachsen. Es wird durch die beiden Allgemeinmedizinischen Lehrstühle (Prof. Dr. med. Thomas Frese und Prof. Dr. med. Mar-

Bedürfnisse angepasste digitale Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema „Klinische Forschung in der Hausarztpraxis“ zur Verfügung gestellt. Diese ermöglichen eine optimale Anpassung an den persönlichen Lerntyp bei maximaler zeitlicher Flexibilität. Die Zertifizierung der Schulungen als Prüfarztkurs durch die Landesärztekammer (Sachsen-Anhalt) wird beantragt.

Im weiteren Verlauf des Projektes ist eine gemeinsame Pilotstudie zum Thema Polypharmazie geplant, da der Anteil an Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis signifikant steigt [5, 6]. Des Weiteren wurde ein Fragebogen an 936 Hausärzte aus dem Einzugsgebiet des Netzwerkes verschickt, um die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Forschungsnetzwerk zu untersuchen und Motivationen und Barrieren zu identifizieren.

Das RAPHAEL-Forschungspraxen-Netzwerk Halle und Leipzig hat sich vernetzt, um medizinische Fragestellungen aus dem Praxisalltag versorgungsnah in wissenschaftlichen Studien zu beantworten. Bei Interesse oder Fragen melden Sie sich gerne beim Institut für Allgemeinmedizin Forschungspraxen-Netzwerk RAPHAEL
Tel.: 0345 557-4124
Fax: 0345 557-5340
E-Mail: RAPHAEL@uk-halle.de
Website: www.raphael-netzwerk.de ■



RAPHAEL Kickoff Treffen: Dr. rer. med. Tobias Deutsch, Dr. rer. pol. Stefan Lippmann, Dipl.-Kffr. Birgit Silbersack, Dr. med. Thomas Mundt, Dr. rer. nat. Annett Bräsigk, Prof. Dr. med. Thomas Frese, Prof. Dr. med. Markus Bleckwenn, Dr. med. Eric Kröber, PD Dr. rer. nat. Susanne Unverzagt

partner [3], um Studien umzusetzen. Außerdem ist der Bedarf an Schulungen zum Thema Klinische Forschung bei Praxisinhabern und dem nicht-ärztlichen Personal hoch [4]. Um die Forschungsideen von Hausärzten und ihre Patientenpopulation in der Forschung

partner [3], um Studien umzusetzen. Außerdem ist der Bedarf an Schulungen zum Thema Klinische Forschung bei Praxisinhabern und dem nicht-ärztlichen Personal hoch [4]. Um die Forschungsideen von Hausärzten und ihre Patientenpopulation in der Forschung (Prof. Dr. med. Markus Bleckwenn) und die Medizinische Hochschule Hannover (Priv.-Doz. Dr. med. Heidrun Lingner, MPH) unterstützt und bündelt die wissenschaftlichen, organisatorischen und personellen Ressourcen in der Region. Allgemeinmedizinische Praxen innerhalb des Netzwerkes werden dabei unterstützt, eigene klinische Forschungsansätze zu konzipieren und umzusetzen. Derzeit sind bereits 76 Praxen Teil des Forschungsnetzwerkes. Den teilnehmenden Hausärzten werden an ihre

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Psychologie

² Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Selbstständige Abteilung für Allgemeinmedizin

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Autorinnen
Dr. med. Lara-Marie Fühner, Hannover
Dr. rer. nat. Annett Bräsigk, Leipzig

Kreisärztekammer Görlitz

Die Kreisärztekammer Görlitz lädt herzlich ein zur Mitgliederversammlung mit Fortbildungssymposium am **Samstag, 20. November 2021,**

9.00 bis 14.00 Uhr,
in das **Kulturforum Görlitzer Synagoge,**
Otto-Müller-Straße 3 in 02826 Görlitz.

Die Themen des Symposiums 2021:

- Dermatologie: „Maligne Hauterkrankungen – Diagnostik und Therapie“ (Referenten angefragt)

- Medizingeschichte: „Leben und Wirken Jüdischer Ärzte in Görlitz“ (Zertifizierung wird beantragt.)
Eine Führung durch die Synagoge im Anschluss an den Vortragsteil verspricht spannende Einblicke in Historie und Gegenwart jüdischen Lebens in Ostsachsen.

Bitte beachten Sie die aktuell geltenden Maßnahmen entsprechend der Corona-Schutzverordnung.

Um der Planung willen wünschen wir uns eine **Anmeldung bis 12. November 2021** an die Außenstelle Bautzen der Sächsischen Landesärztekammer unter aussenstelle-bautzen@slaek.de oder per Fax 03591 363-2758.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme. ■

Ute Taube
Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz
Im Namen des Vorstandes

Kreisärztekammer Mittelsachsen

Unser diesjähriges Weihnachtskonzert findet am

Samstag, 27. November 2021,
im **Theater Döbeln** statt.

Einlass ist 18.30 Uhr.

Die Mitgliederversammlung mit Wahl des Vorstandes ist am

Dienstag, 30. November 2021, Beginn 18.00 Uhr, im Hotel „Schwarzes Roß“ in Siebenlehn vorgesehen. Dr. med. Peter Lübke, Helios Klinik Leisnig, spricht im Anschluss über die „Interdisziplinäre Versorgung chronischer Wunden“.

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme. Anmeldungen über:

E-Mail petra.pabst@hotmail.com,
Tel. 034362 32278 oder
E-Mail info@knuepfer-seiss.de,
Tel. 037206 2500. ■

Dr. med. Brigitte Knüpfer
Vorsitzende der Kreisärztekammer Mittelsachsen
Im Namen des Vorstandes

Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) hat gewählt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) am 19. Oktober 2021 wurde der Vorstand neu gewählt, den wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:



Der neue Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

KÄK Chemnitz (Stadt)
(Wahlperiode 2021 – 2026):
Vorsitzender: Dr. med. Andreas Bartusch, Chemnitz, A
Stellvertreter: Philipp Klenner, Chemnitz, A
Beisitzer:

Dr. med. Kerstin Merten, Chemnitz, N
Dipl.-Med. Anke Protze, Chemnitz, R
Dr. med. Felix Walther, Chemnitz, A

Aus dem Vorstand sind Dr. med. Bärbel Dräbenstedt (Gründungsmitglied) und Dr. med. Albrecht Kobelt nach langjähriger Tätigkeit ausgeschieden. Der Vor-

sitzende dankte beiden für ihre beständige engagierte Arbeit im Vorstand und wünschte Ihnen für die Zukunft alles erdenklich Gute bei bester Gesundheit. Mit dem neu gewählten Vorstand ist auch eine Verjüngung eingetreten, sodass für die Zukunft das Ehrenamt gut aufgestellt ist. Damit ist sichergestellt, dass die bevorstehenden Aufgaben in den kommenden Jahren mit großem Engagement gemeistert werden können. ■

Dr. med. Andreas Bartusch
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Chemnitz (Stadt)

Seniorenausfahrten 2021

Anfang Oktober 2021 fand die Seniorenausfahrt unserer Landesärztekammer in diesem Jahr statt. Sie war die 25. dieser Art, also eine Jubiläumsfahrt, verschoben um ein Jahr wegen der Corona-Pandemie 2020. Die Vorbereitung erfolgte, wie in den letzten Jahren immer, durch den Ausschuss – jetzt der Kommission – Senioren, in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Kammer und einem bewährten Reiseunternehmen. In diesem Jahr erfolgte die Anmeldung – anders als bisher – über ein Formular, das im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht wurde.

Die problemlose Fahrt mit modernem Reisebus ging zunächst nach Dresden an den Zwinger-Bereich, der zurzeit umfassend instand gesetzt wird. Wir erfuhren Wissenswertes von einem Reiseführer. Eine Besichtigung war nicht vorgesehen, denn das Hauptziel unserer Fahrt war das Schloss, das über einen kurzen Fußweg durch die Innenstadt Dresdens zu erreichen war. Hier konnten wir uns die ehemaligen Prunkgemäcker des sächsischen Königs ansehen. Wir waren alle sehr



Teilnehmer beim Vortrag im Plenarsaal

beeindruckt, was aus der im Zweiten Weltkrieg stark zerstörten Anlage wurde, wobei noch nicht alles wieder zu besichtigen ist.

Nach kurzer Fahrt wurde uns ein sehr schmackhaftes Mittagessen in der Sächsischen Landesärztekammer gereicht. Ein außerordentlich interessanter Vortrag zur Geschichte Sachsens und seines Königshauses von Christoph Pötzsch unter Assistenz seiner Frau bildete den Schwerpunkt des Nachmittags. Zum Abschluss und Ausklang gab es bei Kaffee und Kuchen im Restau-

rant der Kammer wieder Gelegenheit, sich über die Eindrücke des Tages und natürlich über frühere berufliche und andere Probleme auszutauschen, bevor wir mit dem Bus gut in unsere Heimatstadt gebracht wurden.

Es war für alle ein gelungenes Treffen von ehemaligen ärztlichen Kollegen und ihren Partnern, die sich wegen der Pandemie meist längere Zeit nicht begegnen konnten.

Für den Zusammenhalt der Senioren, die jahrzehntelang oft in enger Zusammenarbeit die ärztliche Betreuung ihrer Patienten vorgenommen haben, sind diese Sächsischen Seniorentreffen von großer Bedeutung.

Im Nachgang wurde in der Kommission Senioren die neue Form der Ankündigung über das „Ärzteblatt Sachsen“ beraten: Sie wurde als gute und aufwandsarme Möglichkeit der Information angesehen, betreffende Ärzte zu erreichen. Diese Ankündigungen werden daher auch im nächsten Jahr rechtzeitig im „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgen.



Audienzzugang der Paraderäume im Dresdner Residenzschloss

Dr. med. Bernd Flade
Mitglied der Kommission Senioren

Konzerte und Ausstellungen

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

Jens Küster „METRENFLÄCHEN“

bis 16. Januar 2022

Über aktuelle Einlassbestimmungen informieren Sie sich bitte unter www.slaek.de



M 92 - achteilig, 2021, Linolstempeldruck auf Japanpapier, 170 x 220 cm (Detail)



M 47, 2017, Linolstempeldruck auf Leinwand, montiert, 36 x 76 cm (Detail)

Aktuelle Ausstellung: Jens Küster

Probezeit im Berufs-ausbildungsverhältnis

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.

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

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 rund um das Auszubildendenverhältnis offengeblieben, rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da, Tel. 0351 8267-170/-171/-173/-169. ■

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

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 Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D116	Allgemeinmedizin*)	Dresden	13.12.2021
21/D117	Innere Medizin*)	Neustadt	13.12.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D118	Kinder- und Jugendmedizin	Bautzen	13.12.2021
21/D119	Chirurgie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.11.2021
21/D120	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	24.11.2021
21/D121	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	24.11.2021
21/D122	Psychiatrie und Psychotherapie (Vertragsarztsitz im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle) ¹	Dresden-Stadt	24.11.2021
21/D123	Psychologische Psychotherapie -Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	13.12.2021
21/D124	Ärztliche Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.11.2021
21/D125	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	13.12.2021
21/D126	Psychosomatische Medizin – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Meißen	24.11.2021
21/D127	Augenheilkunde	Riesa-Großenhain	24.11.2021
21/D128	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Sächsische Schweiz	13.12.2021
21/D129	Kinder- und Jugendmedizin	Weißeritzkreis	24.11.2021

1) Ausschreibungen im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer häftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes oder Ärztin

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/C056	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	13.12.2021
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/C057	Innere Medizin, ZB: Diabetologie	Chemnitz, Stadt	13.12.2021
21/C058	Innere Medizin, Praxisprofil: Gastroenterologie	Chemnitz, Stadt	13.12.2021
21/C059	Innere Medizin TG Hämatologie, internistische Onkologie, ZB: Palliativmedizin, Allergologie	Erzgebirgskreis	13.12.2021
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/C060	Laboratoriumsmedizin (häftiger Vertragsarztsitz in einer ÜBAG)	Sachsen (KV-Bezirk)	24.11.2021

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L100	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	13.12.2021
21/L101	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	24.11.2021
21/L102	Innere Medizin*) hausärztliche Versorgung	Leipzig	13.12.2021
21/L103	Innere Medizin*) hausärztliche Versorgung	Leipzig	13.12.2021
21/L104	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	13.12.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L105	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Leipziger Land	13.12.2021
21/L106	Neurologie und Psychiatrie ZB Psychotherapie	Leipzig, Stadt	13.12.2021
21/L107	Chirurgen und Orthopäden (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	24.11.2021

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-2346 zu richten.

Anzeige



UNSERE GESCHENK-EMPFEHLUNG:

Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989

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



Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: ab sofort
Praktischer Arzt*)	Freital	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: Ende 2021
Praktischer Arzt*)	Weißwasser	Abgabe Ende 2021
Innere Medizin*) (diabetologische Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
Allgemeinmedizin*)	Großenhain	Abgabe: Frühjahr 2022
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Mitte 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: ab sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300.

Anzeige

Kollegiale Hilfe in Notsituationen „Ärzte helfen Ärzten in Not“ **Jede Spende hilft!**

Die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt Arztfamilien in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar.

Wir helfen:

- Kindern in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzte in besonders schweren Lebenslagen

Wir bieten:

- Kollegiale Solidarität
- Finanzielle Unterstützung für Schul- und Studienausbildung
- Förderung berufsrelevanter Fortbildungen
- Schnelle und unbürokratische Hilfe

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten!

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende Kolleginnen und Kollegen in Not. Vielen Dank!



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Online-Spende unter
www.hartmannbund.de

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker und
Ärztbank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX



Kardiologische Diagnostik und Therapie beim Post-Covid-Syndrom (PCS)

P. Baum¹, A. Hagendorff¹, U. Laufs¹

Epidemiologie

Das „Severe Acute Respiratory Syndrom Coronavirus 2“ (SARS-CoV-2) verursacht nach der akuten Erkrankung der „Coronavirus Disease 2019“ (Covid-19) in circa 13 Prozent der Fälle anhaltende Beschwerden, wobei neben dem am häufigsten berichteten chronischen Fatigue-Syndrom, pulmonale Symptome wie Husten und Luftnot, aber auch kardiovaskuläre Beschwerden wie Brustschmerzen, Palpitationen und körperliche Leistungsschwäche berichtet werden [1 – 3]. Zudem können neurokognitive Defizite, Geruchs- und Geschmacksverlust sowie psychische Symptome wie Angst und Depressivität auftreten [4 – 6]. Dauern die Symptome über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen nach der akuten Covid-19-Erkrankung an, werden die Beschwerden aktuell als Post-Akut-Covid-Syndrom (PACS) bezeichnet [7]. Als Post-Covid-Syndrom (PCS) wird eine anhaltende Symptomatik zwölf Wochen nach der akuten Infektion definiert [8]. Klar abgrenzbare Krankheitsentitäten, die das PCS verursachen, existieren aktuell noch nicht. Vielmehr werden unter dem Begriff einzelne Symptomkomplexe subsumiert, die von verschiedenen medizinischen Fachrichtungen abgeklärt werden. Zu diesen Beschwerdekombinationen zählen der Fatigue-Symptomkomplex (psychophysische Leistungsminderung, rasche Ermüdbarkeit, Erschöpfungszustände, Muskelschwäche, Muskelschmerzen und anderes mehr), der pneumologische Symptomkomplex (Atembeschwerden, Husten

und/oder Schlafprobleme), der kardiologische Symptomkomplex (Luftnot, Leistungseinschränkung, Palpitationen, Brustschmerzen und anderes mehr), der neurologische Symptomkomplex (Geschmacks- und Geruchsverlust, Merkfähigkeitsstörung und anderes mehr) und der psychosomatische Symptomkomplex (ausgeprägte Besorgnis, depressive Verstimmung, Ängste und anderes mehr) [7, 8]. Im Folgenden werden die kardiologischen Aspekte der Diagnostik und Therapie eines PCS dargestellt.

Mutmaßliche Pathophysiologie

Grundsätzlich muss die Pathophysiologie der kardialen Beschwerden des PCS auf dem Boden verschiedener Ursachen angenommen werden. Aktuell werden primär zwei Mechanismen diskutiert, die dem kardiologischen Symptomkomplex des PCS zugrunde liegen können [9 – 11]:

1. eine persistierende kardiale Inflammation nach myokardialer Beteiligung im Rahmen von Covid-19 und
2. eine autonome Dysregulation.

Der erste Punkt generiert sich aus den Erkenntnissen des akuten Covid-19-Verlaufs mit Hinweisen von akuten myokardialen Schädigungen infolge einer persistierenden Inflammation, die im Akutstadium und nach ausgeheilter Covid-19 Erkrankung durch die bildgebende kardiale Diagnostik dokumentiert werden konnten [12, 13, 15 – 17]. In der akuten Krankheitsphase wird eine Schädigung des Myokards durch die Freisetzung des herzspezifischen Biomarkers Troponin T im Blut nachgewiesen, der gleichzeitig ein Prädiktor für die Mortalität bei Covid-19-Patienten

ist [17]. Diese Myokardschädigung wird mutmaßlich durch eine Kombination aus direkter virusvermittelter Kardiotoxizität und nachfolgender überschießender Immunreaktion der T-Lymphozyten hervorgerufen [9]. Die akute Myokardschädigung induziert myokardiale Umbauprozesse, welche zur Einschränkung der kardialen Funktion führen und als inflammatorische SARS-CoV-2-induzierte Kardiomyopathie bezeichnet werden kann [18]. Persistiert diese myokardiale Inflammation, können Symptome wie Leistungseinschränkung, Dyspnoe, Müdigkeit und Thoraxschmerz weiterhin auftreten.

Als zweite mögliche Ursache des kardiologischen PCS-Symptomkomplexes wird eine autonome Dysregulation angenommen. Die Genese dieser autonomen Regulationsstörung ist aktuell noch nicht hinreichend geklärt. Allerdings wurde eine solche Dysregulation der adrenergen Achse nach viraler Infektion auch bereits im Rahmen des ersten SARS-Ausbruches 2005 nachgewiesen [19, 20]. Als Folgen solcher gestörten Regulationsprozesse können Palpitationen/Herzrasen sowie orthostatische Intoleranz und ein posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom eruiert werden.

Kardiologische Diagnostik

Das Ziel der kardiologischen Diagnostik im Kontext des Post-Covid-Syndroms besteht in der Zuordnung kardiovaskulärer Symptome zu bestimmten kardiologischen Krankheitsentitäten. Damit soll die Abgrenzung eines kardiologisch somatischen Krankheitsbildes von einer psychosomatischen beziehungsweise neuropsychiatrischen Genese der Beschwerden gelingen (siehe Abb. 1).

¹ Klinik und Poliklinik für Kardiologie, Universitätsklinikum Leipzig

Hierbei müssen typische Covid-19 bedingte Komplikationen wie zum Beispiel akute Myokardischämie, akute Myokarditis und Lungenarterienembolie ausgeschlossen werden [21 – 23]. Zusätzlich ist bei Vorliegen eines kardiovaskulären Risikoprofils und bei kardialen Vorerkrankungen eine entsprechende Diagnostik – vorrangig im Hinblick auf eine koronare Herzkrankheit – durchzuführen [24]. Die Basisdiagnostik umfasst eine ausführliche Krankheitsanamnese mit Erfassung des Zeitraumes und Verlauf der akuten Covid-19 Erkrankung, Erhebung der Familienanamnese hinsichtlich kardialer Erkrankungen und Auswertung eines Ruhe-EKG. Bei hinreichendem klinischen Verdacht auf kardiovaskuläre Grunderkrankungen oder Komplikationen, insbesondere im Falle einer anhaltenden Angina pectoris oder Dyspnoe, sollte die Diagnostik um die kardialen Biomarker (Troponin T, NT-pro-BNP, D-Dimer) und zusätzlich eine kardiovaskuläre Bildgebung – primär mittels transthorakaler Echokardiographie und gegebenenfalls auch mittels kardialer MRT-Untersuchung – ergänzt werden. Das potenzielle Ausmaß der körperlichen Belastung (Leistungssport, körperliche Arbeit im Beruf) ist bei der Indikationsstellung der begrenzt verfügbaren kardialen MRT-Untersuchungskapazitäten zu berücksichtigen. Es wird derzeit diskutiert, die Indikation zur MRT-Untersuchung bei Leistungssportlern großzügiger zu stellen (siehe Abb. 1). Dies wird damit begründet, dass es im Rahmen der myokardialen Beteiligung bei SARS-CoV-2-Infektionen zu fokalen Läsionen im Herzmuskel kommen kann, welche als Ursache für Kammerflimmern und plötzlichen Herztod fungieren kann. Diesen Risiken sind Leistungssportler unter körperlicher Belastung im besonderen Maße ausgesetzt und dadurch gefährdet. Die Diagnostik bezüglich einer autonomen Dysregulation umfasst die Durch-

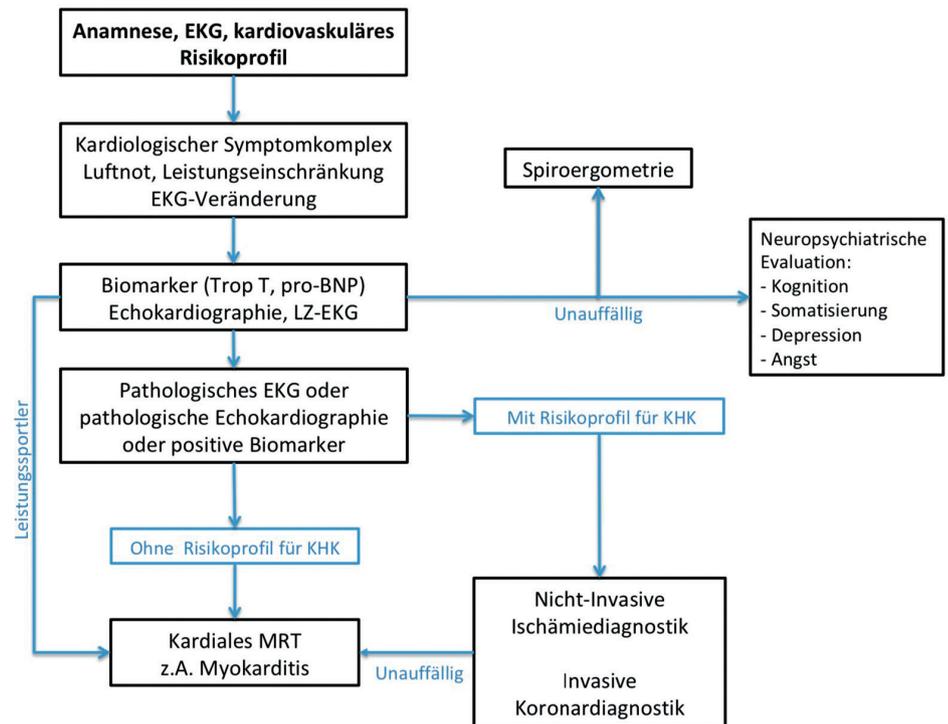


Abb. 1: Die kardiologische Diagnostik beim PCS-Patienten beinhaltet ein Ruhe- und LZ-EKG, Laboruntersuchungen, eine Echokardiographie und gegebenenfalls eine kardiale MRT- sowie ergänzend nicht-invasive Ischämiediagnostik mit Stress-Echokardiographie oder koronare CT-Angiographie oder Myokardszintigraphie. Bei schwer einzuordnenden Symptomen kann die Objektivierung der Belastbarkeit mittels Spiroergometrie erfolgen.

Trop T = Troponin T, MRT = Magnetresonanztomographie, LZ-EKG = Langzeit-Elektrokardiogramm, KHK = Koronare Herzkrankheit, PCS = Post-Covid-Syndrom.

führung eines Langzeit-EKG und die Erfassung des Langzeit-Blutdrucks sowie die klinische Überprüfung der orthostatischen Reaktion durch RR-Messung im Liegen und im Stehen [11, 25]. Das Langzeit-EKG dient der Beurteilung des Frequenzprofils und dem Ausschluss inadäquater Sinusbrady- und Sinustachykardien sowie der Detektion supraventrikulärer und ventrikulärer Herzrhythmusstörungen. Die Prävalenz dieser Herzrhythmusstörungen im Kontext des PCS ist aktuell jedoch noch nicht hinreichend geklärt und muss weiter wissenschaftlich untersucht werden.

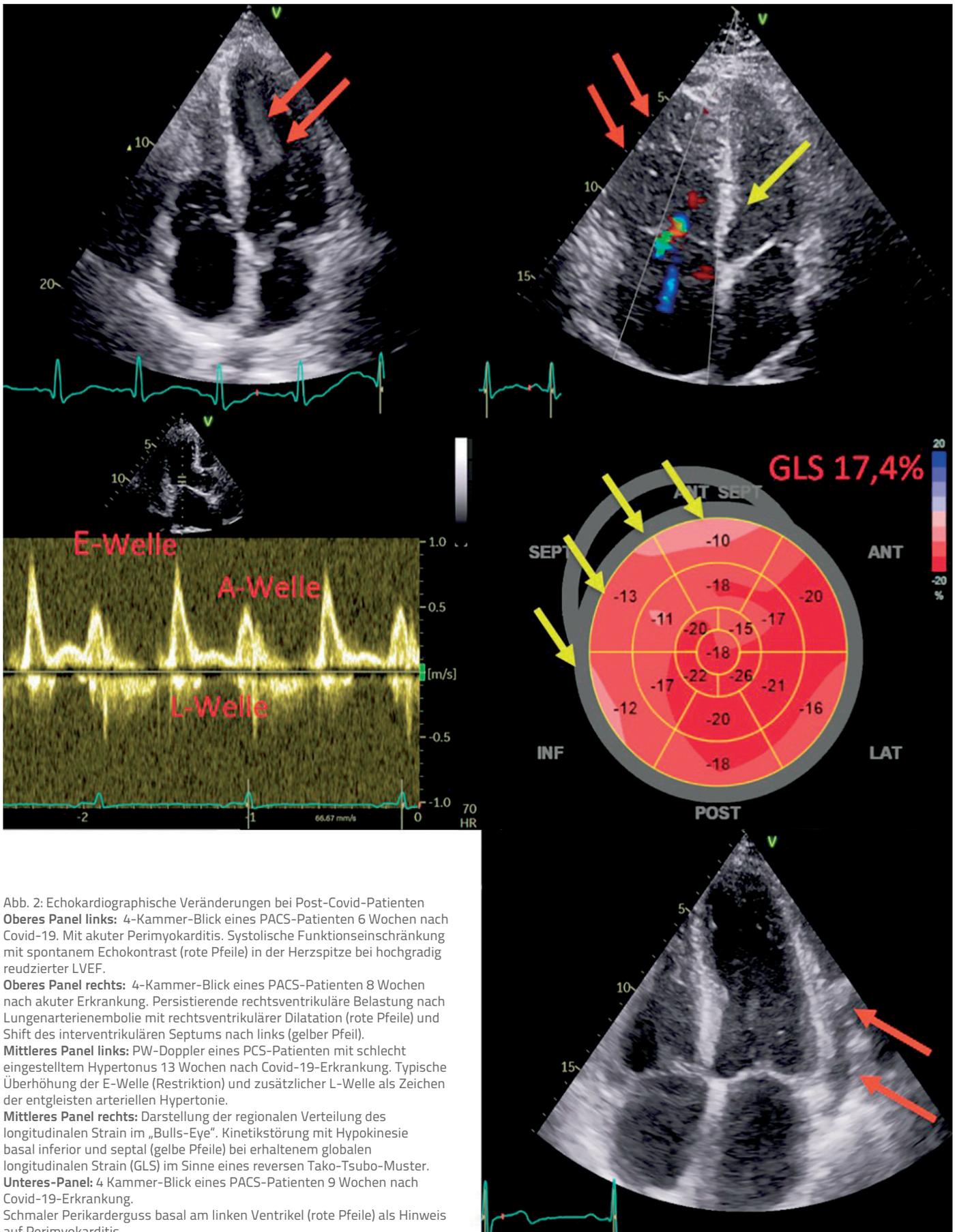
Im Falle einer subjektiv als stark empfundenen kardialen Beeinträchtigung ohne objektiv fassbare klinische Befunde kann die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit der Patienten zusätzlich durch eine Spiroergometrie analysiert werden. Die Ergebnisse dieser Unter-

suchung ermöglichen spezifische Empfehlungen zur körperlichen Belastbarkeit, was insbesondere für Sportler und schwer körperlich Arbeitende von Bedeutung erscheint.

Kardiovaskuläre Bildgebung Echokardiographie

Die Echokardiographie dient der Beurteilung der kardialen Morphologie von Herzhöhlen und Herzklappen sowie der systolischen-/diastolischen Funktion und Herzklappenfunktion. Konventionell lassen sich mittels M-Mode, 2-D- und Doppler-Echokardiographie oftmals bei Patienten mit PCS keine spezifischen Veränderungen diagnostizieren. Patienten mit einem PCS haben in der Regel normale Herzdimensionen und eine erhaltene linksventrikuläre Ejektionsfraktion [26 – 28].

Grundsätzlich können im Rahmen einer Covid-19-Erkrankung jedoch verschie-



dene Pathologien detektiert werden [29]. Diese Veränderungen sind im Rahmen einer Myokardischämie bei entzündlich bedingten thrombotischen Koronarverschlüssen, bei einer vermehrten rechtsventrikulären Belastung bei Pneumonie/akutem Lungenversagen und pulmonalen Thromboembolien oder durch direkte virusbedingte myokardiale Schädigung zu diagnostizieren. Deshalb sollten grundsätzlich bei Patienten nach SARS-CoV-2-Infektion die systolische Funktion (1), die diastolische Funktion (2) und die rechtsventrikuläre Funktion (3) analysiert werden [29]. Folgende konventionelle echokardiographische Parameter spielen dabei eine Rolle (siehe Abb. 2):

- die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF), das LV-Schlagvolumen, das Herzzeitvolumen (HZV) und der kardiale Index (CI),
- die basalen myokardialen Gewebeschwindigkeiten des linken Ventrikels (e') und die Ratio aus der transmitralen Blutflussgeschwindigkeit zum Zeitpunkt der E-Welle (E) und e' (E/e'),
- die Beweglichkeit des basalen Trikuspidalanulus (TAPSE), die Gewebeschwindigkeit der rechtventrikulären Wand ($RV-S'$) und der Anstieg des systolischen pulmonalarteriellen Drucks ($sPAP$).

Zudem kann im Falle einer chronisch persistierenden peri- und myokardialen Inflammation ein Perikarderguss diagnostiziert werden (siehe Abb. 2).

Das Deformations-Imaging bietet zusätzlich zu den konventionellen echokardiographischen Verfahren die Möglichkeit, Covid-19-assoziierte Funktionseinschränkung des Herzmuskels zu detektieren. Die Deformation oder auch Verformung eines Körpers ist grundsätzlich durch die maximale Veränderung der Länge des Körpers von dessen Ausgangslänge charakterisiert. Im Fall der kardialen Bildgebung wird für den

Herzmuskel der Zustand während der Enddiastole als Ausgangszustand definiert. Der maximale Kontraktionszustand am Ende der Systole dient in der Regel als Maß für dessen Längenänderung. Betrachtet man die Deformation des linken Ventrikels während der Systole, so kann als Maß für die Verformung der Herzmuskelfasern in longitudinaler Ausrichtung die prozentuale Verkürzung der Muskulatur als negative prozentuale Änderung des diastolischen Ausgangszustandes charakterisiert werden.

Kardiale Beeinträchtigungen bei Covid-19-Patienten können jedoch alle Deformationskomponenten betreffen:

- den linksventrikulären longitudinalen Strain,
- den linksventrikulären zirkumferentiellen Strain,
- den radialen linksventrikulären Strain,
- die linksventrikuläre Rotation einschließlich des systolischen Twists und des diastolischen Untwisting und
- den rechtsventrikulären longitudinalen Strain [30].

Die Reduktion des basalen longitudinalen Strain bei Patienten nach SARS-CoV-2-Infektion wurde als reverses Tako-Tsubo-Muster beschrieben. Im Gegensatz zur Stress-Kardiomyopathie (Tako-Tsubo), bei der vorrangig eine Beteiligung der apikalen Herzsegmente vorliegt, sind im Rahmen von Covid-19 bedingten Veränderungen vor allem die basalen Segmente betroffen (siehe Abb. 2) [30]. Die prognostische Relevanz der beobachteten Pathologien der myokardialen Strain-Komponenten ist bisher nicht absehbar und muss weiter untersucht werden. Von aktuellem wissenschaftlichen Interesse sind daneben die nahezu asymptomatischen Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion. Es ist derzeit nicht auszuschließen, dass bei klinisch nicht apparenter myokardi-

aler Beteiligung durch SARS-CoV-2-Infektion trotzdem ein Long-Covid-Syndrom auftreten kann. Diesbezüglich empfiehlt auch die kürzlich erschienene S1-Leitlinie zur Behandlung des Post-Covid-Syndroms die Durchführung einer Echokardiographie im Kontext von persistierender Dyspnoe und Thoraxschmerz [31].

Kardiale-MRT-Untersuchung

Der Goldstandard zur Gewebecharakterisierung und zum Nachweis von Ödemen, Inflammation und Fibrosierung im Herzmuskel als Hinweis auf eine Virus-induzierte myokardiale Schädigung ist die kardiale MRT-Untersuchung. Diese Diagnostik wird im Kontext des PCS häufig zum Ausschluss einer myokardialen Inflammation beziehungsweise chronifizierten Myokarditis bei fortbestehender Leistungseinschränkung und/oder Belastungsnot durchgeführt. Die Myokarditis ist dabei durch das Zusammentreffen aller in Abbildung 3 dargestellten Kriterien definiert:

- das myokardiale Ödem (T2-STIR und T2-Mapping),
- die myokardiale Hyperperfusion und interstitielle Kompartimentzunahme (Early Late Enhancement und T1-Mapping),
- die myokardiale Fibrosierung beziehungsweise Nekrose (Late Gadolinium Enhancement) [32].

Häufig erfüllen die PCS-Patienten allerdings nur einen Teil dieser drei Myokarditis-Kriterien. So ist zum Beispiel bei fehlender Hyperperfusion, grenzwertigem myokardialen Ödem und bereits eingetretener Fibrosierung von einer abgelaufenen oder ausheilenden Myokarditis auszugehen. Die dokumentierten MRT-Veränderungen nach Covid-19 scheinen mit dem Zeitpunkt der Untersuchung nach der akuten Infektion zu korrelieren. Deshalb werden die derzeitigen Befunde insbesondere im Hinblick

auf ihre Bedeutung und Prognose kontrovers diskutiert. Offenbar besteht eine hohe Prävalenz einer nachzuweisenden myokardialen Inflammation bis zu 90 Tagen nach Beginn der Covid-19 Erkrankung [14, 33]. Allerdings zeigten sich im kardialen MRT sechs Monate nach der SARS-CoV-2-Infektion keine signifikanten morphologischen Unterschiede zwischen den MRT-Befunden von Covid-19-Patienten und einer Kontrollgruppe [34]. Im Hinblick auf die mögliche Ausprägung eines chronischen Fatigue-Syndroms könnte eine ärztlich verordnete körperliche Schonung aufgrund von einer im kardialen MRT vermuteten abheilenden Myokarditis für die körperliche Restitution durchaus auch kontraproduktiv sein. Nach der aktuellen Leitlinie wird daher nicht generell eine kardiale MRT bei Post-Covid-Patienten empfohlen [31].

Therapie

Einheitliche Therapieempfehlungen zur Behandlung des PCS liegen aufgrund der unzureichenden Datenlage zur Pathogenese nicht vor. Die kardiologische Behandlung von PCS-Patienten richtet sich daher nach den diagnostizierten kardialen Begleiterscheinungen.

Bei Patienten mit klinischen Hinweisen auf eine myokardiale Ischämie, die unter anderem auch durch einen positiven nicht-invasiven Belastungstest oder morphologisch in der koronaren CT-Angiographie bestätigt wurden, sollte eine invasive Koronardiagnostik und gegebenenfalls konsekutive Therapie durchgeführt werden [21].

Patienten mit Hinweisen auf eine Perimyokarditis ist zur Vermeidung einer fortschreitenden myokardialen Fibrosierung durch eine anhaltende Inflammation körperliche Schonung für mindestens drei bis sechs Monate nach den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) anzuraten [35]. Dies ist insbesondere zur Vermeidung beziehungsweise Minimierung des Risikos von lebensbedrohlichen Arrhythmien begründet. Als akute antiinflammatorische medikamentöse Maßnahmen bei Perimyokarditis sind laut Leitlinie ein nicht steroidales Antirheumatikum (zum Beispiel Ibuprofen 600 mg dreimal täglich, nach zwei Wochen ausschleichend) und Colchizin (0,5 mg einmal täglich < 70 kg und 0,5 mg zweimal täglich > 70 kg für drei Monate) empfohlen [35]. Je nach Aus-

prägung der myokardialen Schädigung und Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion ist der Beginn einer medikamentösen Herzinsuffizienztherapie (unter anderem Betablocker, ACE-Hemmer, Aldosteronantagonist, Angiotensin-Nepriylisin-Inhibitor) nach den aktuellen Leitlinien-Empfehlungen für Herzinsuffizienz indiziert [36]. Sowohl die Prävalenz einer Perimyokarditis nach Covid-19-Erkrankung als auch die prognostische Relevanz jeglicher myokardialer Beteiligungen nach SARS-CoV-2-Infektion sind bisher nicht hinreichend bekannt. Eine besondere therapeutische Herausforderung besteht in der Festlegung des Zeitpunktes der normalen körperlichen Belastung eines Covid-19 erkrankten Patienten nach der Infektion. Nach Empfehlungen der britischen Gesellschaft gilt, dass Patienten, die unter sportlicher Aktivität keine Beschwerden haben, normalen sportlichen Aktivitäten wieder nachgehen können [37]. Persistiert allerdings nach der akuten Erkrankungsphase (vier Wochen) eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit beziehungsweise besteht anhaltende Luftnot unter Belastung, sollte vor Festlegung der Belastungsgrenzen eine kardiologische

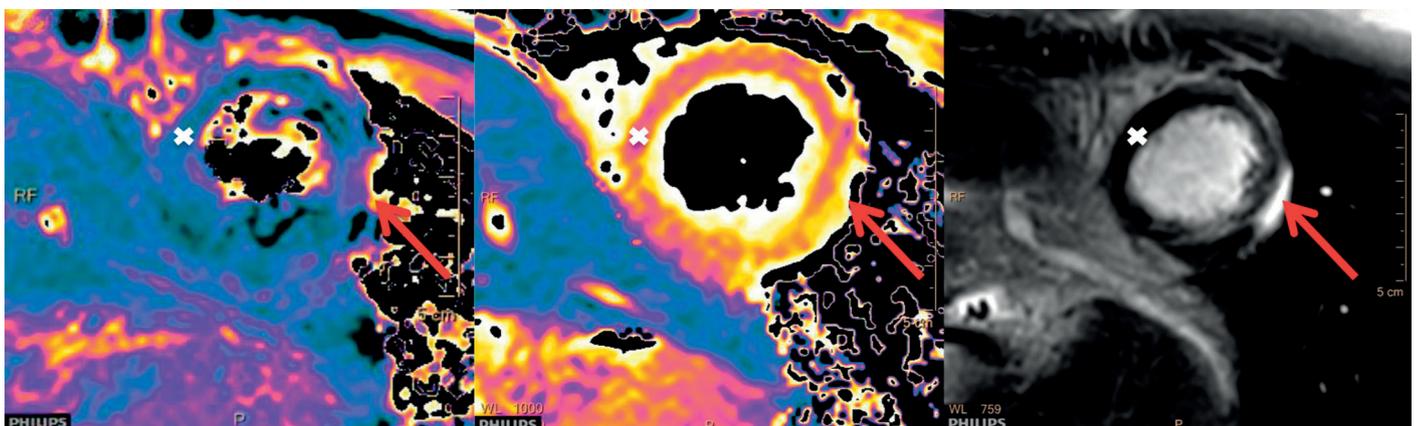


Abb. 3 Kardiale MRT-Untersuchung in Kurzachsenschnitten bei akuter Myokarditis im Rahmen einer Covid-19-Erkrankung
Links: Farbkodierte T2-Mapping-Sequenz mit erhöhten T2-Werten in der lateralen linksventrikulären Wand als Hinweis auf ein myokardiales Ödem (roter Pfeil) im Vergleich zum unauffälligen Septum (weißes Kreuz).
Mitte: Farbkodierte T1-Mapping-Sequenz mit erhöhten T1-Werten in der lateralen linksventrikulären Wand als Hinweis auf eine regionale Hyperämie bzw. Inflammation mit interstitieller Kompartimentzunahme (roter Pfeil) im Vergleich zum unauffälligen Septum (weißes Kreuz).
Rechts: Darstellung von Fibrosierung bzw. Narben durch Late-Gadolinium-Enhancement (LGE) in der lateralen linksventrikulären Wand subepikardial (roter Pfeil) im Vergleich zum unauffälligen Befund im Bereich des Septum (weißes Kreuz).

Abklärung erfolgen (siehe Abb. 1). Normale kardiale Biomarker, fehlende EKG-Veränderungen und fehlende echokardiographische – beziehungsweise in der kardialen MRT nachweisbare Veränderungen sprechen für das Nichtvorliegen einer myokardialen Beteiligung nach SARS-CoV-2-Infektion. In diesem Falle ist eine Wiederaufnahme der körperlichen Belastung vertretbar. Allerdings sollte im Kontext der kardiologischen Diagnostik eine gründliche Aufklärung der Patienten erfolgen, da insbesondere die in der Echokardiographie (Veränderung der myokardialen Strain-Komponenten) und in der kardialen MRT (Ödem, Hyperämie, Fibrosierung als Hinweise für eine myokardiale Entzündungsreaktion) erhobenen Befunde häufig zur Verunsicherung der Patienten führen und damit der Krankheitsverlauf durch psychische Komponenten negativ beeinflusst werden könnte.

Spiroergometrisch kann die kardiale Leistungseinschränkung durch den O₂-Puls – dem Quotienten aus Sauerstoffaufnahme und Herzfrequenz – objektiviert werden. Ein erniedrigter O₂-Puls zeigt dabei eine verringerte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit an und spricht für eine somatische Beteiligung der Covid-19-Erkrankung.

Im Gegensatz zur konservativen Haltung bezüglich der Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität wurde in einem systematischen Review der positive Effekt von körperlichem Aus-

dauertraining zur Reduktion der Symptomlast von PCS-Patienten diskutiert [38]. Bei dieser Vorgehensweise wird bei fehlenden Symptomen unter zunehmender Belastung die Intensität des Trainings langsam bis zur Ausbelastung gesteigert.

Bei der Therapie der autonomen Dysregulation stehen konservative kreislaufstärkende Maßnahmen im Mittelpunkt [25]. Patienten sollten auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten und auslösende Situationen, wie zum Beispiel schnelle Lagewechsel, meiden. Im Falle von Palpitationen kann ein medikamentöser Therapieversuch mit Ivabradin beziehungsweise einem Betablocker erfolgen [39]. Die Datenlage bezüglich der medikamentösen Therapie von PCS-Patienten ist allerdings bisher noch unzureichend.

Auch rehabilitative Maßnahmen scheinen die kardiorespiratorischen Symptome von Patienten mit PCS zu verbessern [40, 41]. Das Ziel sollte aktuell immer eine körperliche Restitution und eine berufliche Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag bei ausreichender psychophysischer Belastungsfähigkeit sein [42].

Fazit

Durch die sehr heterogenen Symptome bei PCS ist die Differenzialdiagnostik und Therapie der Erkrankung eine klinische Herausforderung. Die Diagnostik und Behandlung bestimmter Symp-

tome in den jeweiligen medizinischen Subdisziplinen erscheint aus praktischen Gründen hilfreich.

Die kardiovaskuläre Komplikationsrate der Patienten mit PCS ist in den ersten sechs Monaten erhöht [7]. Die langfristige Prognose des PCS ist derzeit noch unklar und muss sicherlich durch exakte Ursachenforschung noch wissenschaftlich evaluiert werden. Insgesamt sistieren häufig die Symptome spontan [43]. Chronische Beschwerden werden eher selten beobachtet [43].

Das Ziel der kardiologischen Diagnostik ist grundsätzlich die Detektion bereits vorliegender kardiovaskulärer Grunderkrankungen sowie von Komplikationen der aktuellen SARS-CoV-2-Infektion. Die Symptome der Patienten sollten bei somatischer Ursache eindeutig geklärt und von psychosomatischen Komponenten beziehungsweise einer eventuellen Psychopathogenese abgegrenzt werden. In der Kardiologie stehen bezüglich der Diagnostik somit die Detektion – beziehungsweise der Ausschluss von Covid-19-bedingten myokardialen Beteiligungen sowie die Beurteilung der Belastbarkeit der Patienten nach überstandener SARS-CoV-2-Infektion im Vordergrund. Eine eindeutige kardiale Pathologie für das PCS, bei der die pathophysiologischen Ursachen, die diagnostischen Anforderungen und die notwendige Therapie bekannt sind, kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht ausreichend beschrieben werden. Dies ist Gegenstand weiterer aktueller medizinischer Forschung. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA →Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Dr. med. Paul Baum
Klinik und Poliklinik für Kardiologie
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
E-Mail: Paul.Baum@medizin.uni-leipzig.de

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärztinnen und Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Im Internet unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.

Wissenschaftsleugnung – ein Kommentar aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin

Zum Beitrag „Wissenschaftsleugnung – ein Kommentar aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2021, Seite 27 ff., sind zahlreiche Leserbriefe eingegangen. Die Meinungsvielfalt möchten wir in zum Teil gekürzter Form wiedergeben.

Mit großem Interesse habe ich den Beitrag von Frau Prof. Mühlhauser gelesen und danke der Autorin sehr herzlich für dieses ausgewogene und umfassende Plädoyer für einen fairen Diskurs. Nach meiner Beobachtung gefährden die fatale Lagerbildung beziehungsweise Spaltung durch die im Artikel beschriebenen Faktoren wie Moralisierung, einseitige Interpretation von Fakten, „Rosenpickerei“ et cetera, aber auch fatale verbale Entgleisungen namhafter Politiker (zum Beispiel „Bekloppte“ von Joachim Gauck) den sozialen Frieden im Land. Das Gegenteil – wofür die Autorin klare Ansätze beschrieb – wäre wichtig, um die zukünftigen Herausforderungen gemeinsam anzugehen, vor denen unsere Kinder und Enkel stehen werden.

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden

Sehr dankbar bin ich für den Artikel „Wissenschaftsleugnung – ein Kommentar aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin“ von Frau Prof. Mühlhauser aus Hamburg, die eine gewisse Sachlichkeit in die Corona-Diskussion bringt, wissenschaftsspalterischen Entwicklungen entgegen wirkt, mögliche politische Instrumentalisierungstendenzen aufzeigt, Verbindungen zur Pharmaindustrie problematisiert und für die Wiederaufnahme eines wissenschaftlichen Diskurses, ohne Ausgrenzung, eintritt, wobei, wie so oft, die Bedeu-

tung des Kleingedruckten nicht übersehen werden sollte. Mehr davon!

Dr. med. Arndt Ludwig, Zwickau

Grundsätzlich möchte ich mich für Ihren Versuch, zu einem differenzierten Dialog bezüglich der Coronamaßnahmen zu finden, bedanken – der Artikel der Kollegin Mühlhauser wird dem über weite Strecken gerecht, weist jedoch an einzelnen Stellen schwerwiegende Verzerrungen auf.

Man könnte nun in Details gehen und erörtern, warum die genannte Great Barrington Declaration als eine vom US-amerikanischen Right Wing und der Öl- und Tabakindustrie finanzierte Utopie nie auch nur annähernd unabhängig war. Warum diese massiven Interessenkonflikte nicht transparent kommuniziert wurden. Warum die Declaration durch diverse Fake-Unterschriften deutlich aufgeblasener dasteht, als sie eigentlich ist. Und warum sie sich seit Ankunft der Impfungen ohnehin weitgehend erledigt hat. Das ist aber nicht der Hauptkritikpunkt.

Anstößig an dem Artikel ist insbesondere eine ins Feld geführte Personalie: Dr. Wolfgang Wodarg. Dass in einer kritischen Auseinandersetzung mit PLURV der Name dieses Kollegen – Hohepriester der Querdenker, gern gesehener Gast des „Corona-Untersuchungsausschusses“ und multipel widerlegter Pseudo-Experte (ja, denn hier stimmt die Bezeichnung wirklich) – neben den Namen seriöser Kollegen mit kontroverser Meinung steht, lässt bereits an die vielzitierte False Balance denken. Die Aussage der Autorin, durch Wodarg habe sie „wertvolle Informati-

onen erhalten“ und sie bedauere, „dass es zu keinem sachlichen Austausch von Argumenten zwischen den unterschiedlichen Positionen“ komme (sie meint hier offensichtlich die Positionen Wodargs und Drostens) schlägt aber komplett dem Fass den Boden aus. Ich lade jeden Hartgesottene dazu ein, die Videos oben genannten Untersuchungsausschusses auf YouTube zu studieren und dabei zu erschauern, welche Verschwörungsideologien und Falschinformationen dort verbreitet werden. Diese reichen von simplen Codes einer jüdischen Weltverschwörung über nicht durch Daten gedeckte Behauptungen schwerer Impfkomplicationen bis hin zu Erzählungen, Gates wolle afrikanische Kinder „blockchainen“ und ihre Zirbeldrüsen mit blauem Licht zu bestrahlen – das wird dort allen Ernstes so behauptet.

Mit Wodarg wird eine Person aus diesem realitätsfernen Umfeld als Opfer einer „Cancel Culture“ ins Feld geführt, in der der sogenannte Mainstream unliebsame, aber vollkommen legitime Meinungen unterdrücke. Wie kann solch ein Beitrag in einem offiziellen Organ einer Landesärztekammer unkommentiert stehen? Zumal es sich bei Sachsen um das Bundesland mit der niedrigsten Impfquote und der höchsten COVID-19-Todesrate pro Kopf handelt? Das Bundesland, in dem ein Ministerpräsident landläufig und Telegrammweit bekannten Verschwörungsideologen, Coronaleugnern und -verharmlosern (allen voran den Professoren Homburg und Bhakdi, ja genau, der kürzlich durch antisemitische Äußerungen aufgefallene Bhakdi) bereits 2020 an einen runden Tisch gerne den Dialog anbot und ihre Positionen somit als

gleichwertig legitimierte? Der damit eine False Balance erst ermöglichte und diese im Internet aktiven geltungs-süchtigen berenteten Professoren entsprechend bauchpinselte?

Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Gawlitza, Dresden

Danke an Ingrid Mühlhauser für eine längst überfällige Einordnung der Geschehnisse in der sogenannten Corona-Pandemie. Danke an ihre Erklärung zu ihrer Freiheit von Interessenkonflikten. Was uns jetzt noch fehlt: genau so eine Erklärung zu verlangen von ALLEN, die sich öffentlich äußern. Was mir auch fehlt: die Rechte jedes einzelnen Menschen zu betonen: den Anspruch auf Zugang zu Informationen, und das Recht selbst zu entscheiden. Was mich irritiert hat: die Rolle des Iqwig zu glorifizieren: die Betonung liegt dort auf „und Wirtschaftlichkeit“, und zwar für die Krankenkassen. Das kann für evidenzbasiert arbeitende Ärzte nicht das einzige handlungsleitende Moment sein.

Dr. med. Friederike Perl, Stuttgart

Die nüchterne Analyse des drosten-schen „PLURV-Schemas“ zeigt meines Erachtens sehr schön, dass dieses aus Sicht eines Brotwissenschaftlers verfasst ist, der fälschlicherweise davon ausgeht, einen Anspruch darauf zu haben, dass für seine Tätigkeit immer Menschen als Gegenstände zur Verfügung stehen. Der Mensch ist ja bekanntlich zugleich Gegenstand und Protagonist der Wissenschaft – die Wissenschaft hat aber mit allen anderen Tätigkeiten gemein, dass sie nicht ohne Logik auskommt. Als Gegenstand der Wissenschaft ist der Mensch also beispielsweise ein Konglomerat aus Zellen (im Rahmen der „systems biology“), muss aber, sobald er oder sie tätig wird, logisch denken und dabei, ausgehend von selbstevidenten tauto-

logischen Aussagen der Struktur „A=A“, sein oder ihr „Ich ... setzen“, wie wir seit Fichtes „Wissenschaftslehre“ wissen. Dass Drostens bei der Klientel der „Wissenschaftsleugner“ die Logik unter den Generalverdacht „Logische Trugschlüsse“ stellen muss, um seinen Ärger über diese Widerspenstigen darstellen zu können, scheint mir Fichte zu bestätigen: obwohl der Kollege sie als geeignete Gegenstände für seine eigene Tätigkeit ausgemacht hat, wollen diese Leute partout selber auch tätig sein, ihr Ich setzen und logisch denken!

Dr. med. Hansjörg Rothe, Weißwasser

Ihr Kommentar im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2021, finde ich, erhellt trefflich das Dilemma vieler Wissenschaftler mit ihren Rollen als hehre Wahrheits-suchende. Ihre Wahrheitsfindung kann schlecht gelingen, weil sie von einer – koste es, was es wolle – geradezu unheimlichen Habgier nach Anerkennung, Einfluss und Wohlstand infiziert sind – wie so viele von uns. Heilung ist möglich, und nicht nur in den großen theologischen Werken werden Heilungswege aufgezeigt. Solange wir uns nicht ernsthaft bemühen, dem Tanz ums Goldene Kalb zu entsagen, wird es keine Wahrheit und keine Heilung geben. Ich schreibe das nicht aus religiöser Überzeugung, sondern weil ich mich, wie viele, um den Erhalt unserer Lebensgrundlagen Sorge.

Dr. med. Werner Steffens, Chemnitz

Ich danke der Redaktion, dass sie hier mal aus dem Canon der Gleichschaltung der Medien ausschert. Immer wieder frage ich mich, warum die verfasste Ärzteschaft so still ist und gerade eben nicht aufsteht, um Wissenschaftlichkeit zu fordern in dieser staatlichen Panikmache und Katastrophisierung. Wir müssten viel vehementer diesem

Schüren von Angst (wie dieselbe aufs Immunsystem wirkt, was dieselbe an Krankheitskosten bewirkt, was die mit der Gesellschaft gemacht hat, wie sie auch auf das Impfen wirkt... alles wohl gut belegt) entgegentreten.

Es mangelt der Gesellschaft (und wir Ärzte sind ein Teil davon) sehr an Demut vor den Wundern der Natur und dem Wunder der Individualität des Menschen. Und hier fordert eine angemessene Demut die Anerkennung unseres Unwissens. Sooo viele Treffer im Internet bei dem Thema Corona. Aber nach über 18 Monaten und dem Einsatz von Milliarden von Steuergeldern so viel Unklarheit jenseits der „Expertenmeinungen“. Aber umso mehr scheinbare Klarheit, scheinbares Wissen auf allen Seiten. Und dann auch bei uns so wenig Mut, die Verhältnismäßigkeit einzufordern.

Für die Kollegen, die nicht niedergelassen sind, empfehle ich die aktuellen Mitteilungen der KVS [KVS-Mitteilungen, Heft 9/2021, Anm. d. Red.], in denen eine juristische Stellungnahme abgedruckt ist, die mir ein Stück Hoffnung macht.

Dr. med. Stefan Thiel, Pirna

Ich möchte mich für die Veröffentlichung des oben genannten Artikels bedanken, er war sehr aufschlussreich. Es ist wichtig, dass im „Ärzteblatt Sachsen“ nicht nur eindimensional über das medial so beherrschende Thema Corona berichtet wird und ich wünsche mir diese Offenheit für unsere gesamte Gesellschaft.

Dr. med. Tobias Thiel, Dresden

Frau Mühlhauser bemängelt die geringe Berücksichtigung der EbM bei der Wahrheitsfindung der medizinischen Corona-Wissenschaft. Sie kritisiert auch fachübergreifende Kompe-

tenzansprüche mancher Virologen, denn unidisziplinäre Reduktionen der Corona-Pandemie sind problematisch, denn nur ein integriert-interdisziplinäres Vorgehen ist passend: Die klinischen Fächer, die Immunologie, die Hygiene und Public Health müssen mehr zu Wort kommen. Sogar „transdisziplinäre“ Analysen, bei denen auch Patienten und Angehörige einbezogen sind, wären nötig. Wegen der fragmentierten Wissenslage wären „Konsistenz-Konferenzen“ hilfreich, die Widersprüche im Fachlichen ausräumen. Konsensus-Konferenzen, die ja eher Mehrheitsmeinungen formulieren, sind dazu weniger geeignet. Soweit zur Empirie als Evidenzbasierung. Allerdings: Empirie ohne Theorie ist blind! Gerne wird von Epidemiologen behauptet: „Die Daten zeigen, dass ...“ Die dahinterliegenden (mess-)theoretischen Annahmen und Modellierungen werden zu selten dargelegt. Sie sind Ausdruck einer impliziten Theorie der Pandemie. Die Virologie nutzt häufig ein einfaches, quasi-deterministisches Stimulus-Response-Modell: Covid-19 (C) ist eine Funktion des Virus (V), also $C = f(V)$. Insofern aber nicht alle Infizierten krank werden, muss der Organismus (O) mit seiner Immunkompetenz, dem BMI, der Blutdrucklage und so weiter explizit berücksichtigt werden: $C = f(V, O)$. Aber auch die Umwelt (U), etwa als Umgebungstemperatur, beeinflusst die Wirkung des Virus und das Verhalten der Menschen, sowie auch sozioökonomische Faktoren die Pandemie-Dynamik modulieren: $C = f(V, O, U)$. Diese Formel entspricht dem Dreiecksmodell „Agens-Wirt-Umwelt“ von John Snow und müßte durch das bio-psycho-soziale Modell von George Engel ergänzt werden. So weiterdenkend könnte eine testbare hypothetische „Master-Gleichung“ für eine systemische Pandemie-Theorie entwickelt werden, die über die bekannten epidemiologischen SIR-Modellvarianten hinausweisen

könnte und besser fundiert wäre als nur datengetriebene Big Data-Analysen. Diese Form der Wissensproduktion wäre für unsere demokratische „Wissensgesellschaft“ wichtig.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter,
Wien

Was mich wundern würde, vielleicht haben Sie ja Kontakte zu diesen Ärzten, warum sich keiner in Europa verpflichtet fühlt alternativen Ansätzen nachzugehen. Es gibt unzählige Ärzte die zum Beispiel Ivermectin promoten.

Im Artikel wird ganz klar gesagt: „Oft sind es einzelne fachfremde Wissenschaftler und Investigativjournalisten, die die Wahrheit ans Licht bringen.“ Und „Die Entwicklungen zeigen, wir sind alle fehlbar.“

Ich verstehe nicht warum in Europa NIEMAND diesen Argumenten zu Ivermectin nachgeht.

Wäre schön, wenn Sie mir helfen könnten rauszufinden, warum das so ist, und warum nichts dagegen unternommen wird.*

Michael Zischek, Klingnau (Schweiz)

*Anmerkung der Redaktion:

Univ.-Prof. i. R. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Hamburg, beantwortete diese Leserzuschrift mit dem Hinweis auf die beiden folgenden Publikationen:

- Ivermectin für die Prävention und Behandlung von COVID-19; https://www.cochrane.org/de/CD015017/INFECTN_ivermectin-fur-die-praevention-und-behandlung-von-covid-19
- Ivermectin (DRIPONIN) gegen COVID-19? *arznei-telegramm*, a-t 2021; 52: 6-7

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

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)

Erik Bodendieck

Dipl.-Med. Heidrun Böhm

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe

Jenny Gullnick

Dr. med. Marco J. Hensel

Dr. med. Roger Scholz

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Ute Taube

Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin

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.rundundekig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,

Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin

Telefon: 030 76180-5

Telefax: 030 76180-680

Internet: www.quintessence-publishing.com

Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig

E-Mail: leipzig@quintessenz.de

Anzeigenposition: Silke Johné

Telefon: 0341 710039-94

Telefax: 0341 710039-99

E-Mail: johné@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2021,

gültig ab 01. Januar 2021

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG

Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: 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 urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen werden in der männlichen Form verwendet. Diese gelten einheitlich und neutral für Personen jeglichen Geschlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen 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 redaktioneller 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

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 136,50 € inkl. Versandkosten

Ausland: jährlich 136,50 € zzgl. Versandkosten

Einzelheft: 13,50 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2021

Unsere Jubilare im Dezember 2021

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.12.** Dipl.-Med. Franz, Ute
04451 Borsdorf
- 01.12.** Dipl.-Med. Lindner, Ilona
09366 Stollberg
- 01.12.** Dr. med. Rascher, Bernd
09127 Chemnitz
- 04.12.** Dr. med.
Krahl, Hans-Jürgen
04349 Leipzig
- 05.12.** Dipl.-Med. Tunger, Frank
08606 Schönbrunn
- 06.12.** Dr. med. Franz, Michael
04159 Leipzig
- 07.12.** Dipl.-Med. Böhme, Susanne
01705 Freital
- 08.12.** Dr. med. Issa, Issam
01309 Dresden
- 09.12.** Dipl.-Med. Stumpe, Christine
04157 Leipzig
- 11.12.** Dr. med. Hendrich, Frank
08525 Kauschwitz
- 11.12.** Dipl.-Med. Richter, Stephan
04668 Grimma
- 12.12.** Dr. med. Sperling, Volkmar
06686 Schweßwitz
- 14.12.** Dr. med. Sell, Christine
09127 Chemnitz
- 16.12.** Dr. med. Grabe, Udo
01309 Dresden
- 16.12.** Dr. med. Rau, Christian
04680 Colditz
- 21.12.** Dipl.-Med. Maasch, Sigrun
04420 Markranstädt
OT Großlehna
- 21.12.** Dr. med. Plath, Andreas
04680 Colditz
- 21.12.** Dr. med.
Reichenbach, Herbert
04329 Leipzig
- 24.12.** Dipl.-Med. Hurraß, Uwe
02747 Strahwalde

- 24.12.** Dipl.-Med. Scheibner, Christel
09366 Stollberg
- 25.12.** Dr. med. Mendt, Michael
01445 Radebeul
- 26.12.** Dipl.-Med. Bitterlich, Ulrike
02906 Waldhufen
- 27.12.** Dipl.-Med. Lehmann, Judith
01909 Großharthau-
Seeligstadt
- 29.12.** Dipl.-Med. Henning, Peter
06888 Lutherstadt Wittenberg
- 29.12.** Dipl.-Med. Wolfrum, Undine
09557 Flöha
- 30.12.** Dipl.-Med. Hähnel, Christiane
08064 Zwickau
- 30.12.** Dipl.-Med. Neuber, Christina
09661 Striegistal
- 30.12.** Dipl.-Med. Sawall, Sigrid
09456 Mildenau
- 30.12.** Dipl.-Med. Wegner, Stefan
01445 Radebeul

70 Jahre

- 01.12.** Dipl.-Med.
Slesaczek, Dagmar
01259 Dresden
- 02.12.** Dr. med. Hartmann, Christa
01187 Dresden
- 02.12.** Dr. med. Hynitzsch, Gabriele
04703 Leisnig
- 04.12.** Dr. med.
Kunath-Saadi, Konstanze
09648 Mittweida
- 06.12.** Dr. med. Wötzel, Simone
04105 Leipzig
- 07.12.** Dipl.-Med. Schuster, Susanne
01734 Karsdorf
- 08.12.** Prof. Dr. med. habil.
Erfurt, Christine
01309 Dresden

- 11.12.** Dr. med. Naumann, Anita
04177 Leipzig
- 13.12.** Dipl.-Med.
Rentzsch, Angelika
04157 Leipzig
- 15.12.** Dr. med.
Richter, Barbara
01445 Radebeul
- 16.12.** Dr. med. Selbig, Gerhard
09126 Chemnitz
- 17.12.** Dr. med. Niemz, Bärbel
02943 Weißwasser
- 17.12.** Dipl.-Med. Schulze, Sabine
09306 Rochlitz
- 18.12.** Dr. med. Kühnert, Volker
09126 Chemnitz
- 19.12.** Dr. med. Gernhardt, Jörg
04207 Leipzig
- 23.12.** Prof. Dr. med.
Mohr, Friedrich-Wilhelm
04289 Leipzig
- 26.12.** Dr. med. Braun, Christine
09212 Limbach-Oberfrohna
- 26.12.** Dipl.-Med. Tillack, Bärbel
02827 Görlitz
- 30.12.** Dr. med.
Schwarz, Heinrich
09114 Chemnitz
- 30.12.** Dr. med.
Waldmann, Angelika
08525 Plauen

75 Jahre

- 01.12.** Dipl.-Med.
Günther, Christel
01877 Bischofswerda
- 02.12.** Friedrich, Bernd
04668 Grimma
- 02.12.** Dipl.-Med.
Schadeberg, Magdalena
09599 Freiberg
- 10.12.** Kohlmann, Karl
09128 Chemnitz
- 20.12.** Dr. med. Buhmann, Karin
04808 Thallwitz
- 22.12.** Prof. Dr. med. habil.
Alexander, Henry
04299 Leipzig

80 Jahre

- 02.12.** Dr. med. Ebert, Bärbel
04827 Machern
- 02.12.** Dr. med. Lange, Ursula
04651 Bad Lausick
- 02.12.** Dr. med. Lietz, Hannemarie
04279 Leipzig
- 02.12.** Dr. med. Voß, Gretel
01217 Dresden
- 03.12.** Dr. med. Coder, Claus
08280 Aue
- 03.12.** Dr. med. Stolper, Heide
09120 Chemnitz
- 04.12.** Dr. med.
Ernst-Brennecke, Brigitte
04209 Leipzig
- 04.12.** Kalff, Eva-Maria
04416 Markkleeberg
- 04.12.** Dr. med. Märten, Jutta
09419 Thum
- 04.12.** Dr. med. Stiegler, Klaus
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 04.12.** Dr. med. Tellkamp, Frank
01328 Dresden
- 05.12.** Dr. med. Müller, Heide
04779 Wermsdorf
- 06.12.** Dr. med. Demmler, Günter
01465 Dresden
- 06.12.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schulze, Manfred
02763 Zittau
- 06.12.** Dr. med. Winkler, Karin
08294 Löbnitz
- 08.12.** Dr. med. Polster, Christoph
08280 Aue
- 09.12.** Dr. med. Lehmann, Karla
01219 Dresden
- 09.12.** Dr. med. Mehlhorn, Jörg
04860 Torgau
- 10.12.** Erbgen, Anemone
01594 Stauchitz
- 11.12.** Mehlaus, Karin
08529 Plauen
- 13.12.** Hartmann, Ute
01465 Langebrück
- 13.12.** Dr. med. Neuhäuser, Jens
04275 Leipzig
- 14.12.** Greif, Roswitha
01640 Coswig
- 14.12.** Dr. med. Jäger, Volker
09322 Penig
- 15.12.** Dr. med. Herrfurth, Doris
02708 Löbau
- 15.12.** Dr. med. Wallmeyer, Jürgen
09114 Chemnitz
- 16.12.** Dr. med. Starke, Christine
04769 Mügeln
- 20.12.** Dr. med. Görne, Ingeborg
01796 Pirna
- 20.12.** Dr. med. Müller, Gustav
01187 Dresden
- 21.12.** Dr. med. Ritter, Joachim
08107 Kirchberg
- 22.12.** Doz. Dr. med. habil.
Sauer, Dieter
04158 Leipzig
- 23.12.** Dr. med. Unger, Frank
08228 Rodewisch
- 24.12.** Dr. med. Reech, Renate
04107 Leipzig
- 25.12.** Dr. med. Benndorf, Monika
09669 Frankenberg
- 25.12.** Dr. med. Gerlach, Christine
09366 Stollberg
- 25.12.** Dr. med. Küster, Dorothea
02957 Krauschwitz
- 25.12.** Dr. med. Pohl, Christoph
01099 Dresden
- 26.12.** Frühauf, Gudrun
01239 Dresden
- 26.12.** Prof. Dr. med. habil.
Henker, Jobst
01157 Dresden
- 26.12.** Dr. med. Reichelt, Margitta
08058 Zwickau
- 26.12.** Dr. med. Richter, Jörg
09127 Chemnitz
- 27.12.** Dr. med. habil. Klimpel, Volker
01279 Dresden
- 28.12.** Dr. med. Kracht, Karla
04329 Leipzig
- 28.12.** Dr. med. Pilz, Dietrich
09131 Chemnitz
- 28.12.** Dr. med. Schlosser, Joachim
09127 Chemnitz
- 30.12.** Dr. med. Flade, Beate
09125 Chemnitz
- 30.12.** Dr. med. Hoeger, Helga
01277 Dresden
- 31.12.** Hett, Rainer
04207 Leipzig

85 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

86 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo
01477 Arnsdorf
- 02.12.** Dr. med. Capek, Ruth
01468 Moritzburg
- 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 Seiffhennersdorf
- 25.12.** Dr. med. Vehlow, Ulrich
04668 Grimma
- 29.12.** Dr. med. Schulz, Manfred
01796 Pirna

87 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.** Dr. med. Otto, Hedda-Maria
04416 Markkleeberg
- 28.12.** Dr. med.
Richter, Götz-Michael
01471 Radeburg

88 Jahre

- 08.12.** Dr. med. Kieß, Christel
01445 Radebeul
- 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

89 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

90 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

91 Jahre

- 10.12.** Satzger, Jelena
08056 Zwickau

93 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

94 Jahre

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

95 Jahre

- 19.12.** Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden

Bestandene Facharztprüfungen

Erstmalig werden in dieser Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“ die Namen der Ärzte, die die Facharztweiterbildungsprüfung bestanden haben, bekannt gegeben. Dies wird zukünftig in regelmäßigen Abständen in dieser Rubrik fortgeführt.

Wir gratulieren sehr herzlich zur bestandenen Prüfung*:

Allgemeinchirurgie

Dr. med. Elisabeth Schumann, Dresden

Allgemeinmedizin

Dipl.-Med. Ines Ebert, Leipzig

Dr. med. Clemens Fritsche, Delitzsch

Katherina Himmel

Julius Jordan, Chemnitz

Hanife Olbrich

Bertram Otto Wagner, Eilenburg

Anästhesiologie

Beatrice Mühlberg, Chemnitz

Arbeitsmedizin

Frank Mehner, Leipzig

Augenheilkunde

Dr. med. Julia Wendler, Radebeul

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Eva Pecqueux, Dresden

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Mike Körner, Aue

Malgorzata Olejnik, Görlitz

Revaz Revazishvili, Görlitz

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Julia Feld

Konstantin Fischer-Vulpe, Chemnitz

Innere Medizin

Ismaeel Abdelaziz, Dresden

Dr. med. Benjamin Arnold, Leipzig

Thomas Kottke, Zwickau

Franziska Kräupl, Dresden

Innere Medizin/Angiologie

Matej Mucha, Dresden

Lukasz Szczanowicz, Leipzig

Dr. med. Konstanze Wernicke, Zwickau

Innere Medizin/Gastroenterologie

Cornelia Walter, Annaberg-Buchholz

Innere Medizin/Kardiologie

Leonir Alirifa-Sandner, Rodewisch

Hans-Josef Feistritzer, Leipzig

Dr. med. Viktor Schibajew, Leipzig

Dr. med. Frank Beutner, Borna

Innere Medizin/Nephrologie

Dr. med. Ronny Rettig, Dresden

Innere Medizin/Pneumologie

Dr. med. Lea Deterding, Leipzig

Dr. med. Ulrike Körner

Dr. med. Eva Schiefer, Markkleeberg

Dr. med. Robert Schlichthaar, Leipzig

Kinder- und Jugendmedizin

Kristin Jordy Gruhl, Riesa

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Katrin Dreibrodt

Ariane Silbernagl, Leipzig

Dr. med. Friederike Tam, Dresden

Neurologie

Dr. med. Annegret Leuner, Meißen

Therese Schubert, Chemnitz

Neli Sicora-Ungureanu, Großenhain

Nuklearmedizin

Dr. med. Franziska Gläsner, Chemnitz

Katrin Seidel, Chemnitz

Alexander Serov, Dresden

Orthopädie/Unfallchirurgie

Dr. med. Alexander Brand, Leipzig

Dr. med. Christian Lycke, Leipzig

Elisa Nutz, Leipzig

Anett Schelske, Döbeln

Martin Schmelter, Dresden

Psychiatrie/Psychotherapie

Toni Blümke, Dresden

Dr. med. Pauline Gaida

Antje Molitor, Leipzig

Dr. med. Lukas Schwab, Leipzig

Jitka Slaufova, Dresden

Radiologie

Dr. med. Ralph Herzig, Zittau

Strahlentherapie

Dr. med. Annika Lattermann, Dresden

Urologie

Juliane Clemens, Pirna

Claudia Röbel, Leipzig

Somar Naiof, Riesa

*Diese Liste ist nicht vollständig.

Nur die Namen der Ärzte, die ausdrücklich ihr Einverständnis für die Veröffentlichung gegeben haben, werden im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Anzeige



DIE AUFGABEN DER SÄCHSISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER JETZT IM FILM!

FÜR MEDIZINSTUDENTEN UND JUNGE ÄRZTE SOWIE ALLE, DIE WISSEN MÖCHTEN, WELCHE AUFGABEN EINE LANDESÄRZTEKAMMER HAT.

August Bier

Zum 160. Geburtstag eines hervorragenden Chirurgen und Pioniers des ökologischen Waldbaus

„Die Prinzipien der Hygiene sind ungeheuer einfach: Das Wichtigste ist, sich ordentlich die Hände zu waschen.“ (August Bier)

Karl August Bier (24. November 1861 – 12. März 1949) war ein Titan der deutschen Chirurgie, welcher der Medizin bahnbrechende Behandlungsmethoden schenkte. Man findet wohl keinen Arzt, dessen Lebensarbeit eine derartige Fülle neuer Gedanken und Anschauungen zur Geltung verholfen hat. Bier war ein begnadeter mitfühlender Arzt, der als zupackender Chirurg durchaus eine etwas soldatische Natur hatte.

Herkunft, Familie, Schule

Karl August Bier wurde am 24. November 1861 in dem kleinen nordhessischen Ort Helsen, Landkreis Waldeck, geboren. Sein Vater Theodor, von Beruf Geometer, war den Geisteswissenschaften zugetan. Sein Abitur machte Bier 1881 an der Alten Landesschule in Korbach. August Bier schwankte, ob er Medizin oder Forstwissenschaft studieren sollte. Er entschloss sich aber, Arzt zu werden und studierte in Berlin, Leipzig und Kiel Humanmedizin. In Leipzig bestand er das Physikum, sodass er sein Studium an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel weiterführen konnte. Dort gab es vorzügliche Arbeits- und Lernbedingungen. Hier examinierte August Bier 1886 mit Auszeichnung und promovierte anschließend. Danach sammelte er praktische Erfahrungen in der Arztpraxis eines Freundes im holsteinischen Gettorf und auf zwei Schiffsreisen nach Südamerika. 1888 führte ihn sein Weg zurück nach Kiel. Der Direktor der chirurgischen Universitätsklinik Kiel,



August Bier, 1908 (1861 – 1949)

Prof. Johann Friedrich August von Esmarch, nahm den begabten jungen Arzt als Assistent der Klinik auf.

Fachliche Lebensstationen

Mit 28 Jahren wurde August Bier in Kiel habilitiert in Chirurgie zum Thema „Darmnaht“. 1894 wird er außerordentlicher Professor. Durch seine besondere freundliche Kollegialität und sein großes Fachwissen war August Bier sehr beliebt in Kiel. Der junge Oberarzt und Privatdozent vertrat Prof. von Esmarch bei dessen Abwesenheit. Unermüdlich forschte Bier zu verschiedenen Themen, wie die Stauungshyperämie, Tbc der Knochen und Gelenke, Osteomyelitis, Unterbindung der Art. iliaca interna bei Prostatahypertrophie.

Größte Aufmerksamkeit erhielt August Bier, als er zusammen mit seinem Assistenten Dr. August Hildebrandt 1899 die Lumbalanästhesie erforschte und in die Praxis einführte, indem sie sich

gegenseitig kleine Mengen von 0,5 prozentigem Kokain in den Lumbalkanal spritzten, um die untere Körperhälfte zu betäuben. Als Nebenwirkungen traten Übelkeit und Kopfschmerzen auf. Später nahm man deshalb das neuentwickelte Novokain zur Anästhesie. In der chirurgischen Welt sprach man sehr lange mit großer Hochachtung über diese Großtat, als Bier seinen Untersuchungsbericht 1899 im Zentralblatt für Chirurgie veröffentlichte. Anlässlich des französischen Chirurgenkongresses in Montpellier stellte Prof. Émile Auguste Fergue August Bier den Studenten im Hörsaal vor: „Meine Herren, erheben Sie sich. Ich habe die große Ehre und Freude, Ihnen Prof. Bier aus Berlin vorstellen zu können, der uns die Rückenmarksbetäubung geschenkt hat und der, was viel höher steht, diese zuerst an sich selbst angewandt hat.“

Im gleichen Jahr 1899 folgte Bier einem Ruf auf den Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Greifswald. In der übersichtlichen Stadt fühlte er sich wohl. Viele Fachdisziplinen arbeiteten hier auf engem Raum, und es ergaben sich diverse Möglichkeiten des Austausches. 1903 bis 1907 übernahm der umtriebige Chirurg August Bier die Stelle als Direktor der Chirurgischen Uniklinik Bonn. Von Nachteil war hier, dass die Klinik keinen eigenen OP hatte. Ostern 1907 wechselte August Bier auf die Chefstelle der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin als Nachfolger Prof. Ernst von Bergmanns in der Ziegelstraße. Das war die Krönung seiner wissenschaftlichen Laufbahn. Diese Klinik galt als das Mekka der Chirurgie und August Bier wurde inzwischen als die führende Chirurgenpersönlichkeit

angesehen. Trotzdem gab es Widerstände gegen die Berufung August Biers auf den Lehrstuhl der angesehensten Berliner Klinik bei der Ärzteschaft.

Bis 1932 drückte Bier dieser Klinik 25 Jahre seinen Stempel auf: Täglich erschien der Geheimrat Bier auf die Minute pünktlich im offenen PKW in der Klinik. Er wurde von einer Glocke am Klinikeingang angemeldet. Bis 12 Uhr wurde in den schmucklos grauen Gebäuden operiert. Immer instrumentierte Schwester Franziska Berthold dem Chef, die ihm auch half bei der Vorbereitung der Vorlesung, von Vorträgen und von wissenschaftlichen Arbeiten. Als Chef der angesehensten Klinik der Stadt operierte August Bier die Prominenz, zum Beispiel Kaiser Wilhelm II mit einer großen Zyste im Hodensack und den Reichspräsidenten Friedrich Ebert durch eine Not-OP bei Appendizitis, die tödlich verlief. Das Abtreten des Kaisers nach dem Ersten Weltkrieg traf den kaisertreuen Bier sehr.

Im Ersten Weltkrieg war A. Bier als Marinegeneralarzt beratender Chirurg des XVII. Armeekorps. Seine Lazarettbesuche brachten ihn zur Entwicklung des deutschen Stahlhelms M916 zusammen mit dem Ingenieur Prof. Friedrich Schwerd von der Technischen Hochschule Hannover, der wie August Bier an der Westfront eingesetzt war. 1920 wird A. Bier als Leiter der Deutschen Hochschule für Leibesübungen berufen. Er hatte den Sport in die medizinische Therapie eingeführt, besonders nach Unfällen und Amputationen. Sonne, Luft und Bewegung waren angesagt.

Die preußische Staatsregierung hatte beschlossen, dass mit der bevorstehenden Emeritierung August Biers 1932 die Klinik in der Ziegelstraße trotz vieler Interventionen krisenbedingt geschlossen werden sollte. Andererseits

drängte sie Bier, von Semester zu Semester noch im Amt zu bleiben. Der 70. Geburtstag August Biers war auch der Tag seiner letzten Vorlesung. Die Ehrungen wollten nicht abreißen. Bier begibt sich auf sein Waldgut in Sauen, welches er 1912 erworben hatte. In dem 200 Hektar großen Gebiet will er seine Vorstellung von einem harmonischen Wald realisieren. Er baut den märkischen Kiefernwald in einen Mischwald mit sehr vielen verschiedenen Gehölzen um. Nach vielen Tausend Operationen, legte er nun das Skalpell zur Seite.

Der 75. und 80. Geburtstag führten noch einmal die Schüler Biers in alter Anhänglichkeit zur Huldigung des Jubilars in Sauen zusammen. August Bier zieht sich jetzt in die Einsamkeit von Sauen zurück. Mit einem knorrigen Gehstock und grünem Hut stapft er durch den Wald. Sein Wald, sowie Frau, Kinder und Enkelkinder sind sein zu Hause. Zur Familie Bier gehörten Sohn Heinrich und die Tochter Christa, welche 1933 Heidolf von Winning heiratete. Die Erforschung des Lebens im Walde und die Philosophie erfüllen August Bier im Alter. Mit Bitternis denkt er an die vorgesehene Schließung seiner Klinik.

1928 hatte Ferdinand Sauerbruch seine Antrittsvorlesung an der chirurgischen Universitätsklinik der Charité gehalten. Der ehrgeizige Sauerbruch beanspruchte beide chirurgischen Lehrstühle Berlins, was zu Spannungen führen musste.

Bier bleiben viele freundschaftliche Kontakte mit ehemaligen Weggefährten.

1945 gerät August Bier mit seiner Familie mit über 80 Jahren in den allgemeinen Umsiedlungstrübel. Unterwegs gen Westen hatten sie Berührung mit der Roten Armee in der Gegend von Zerbst. Eine hochrangige sowjetische Militärärztin erkannte August Bier, weil

sie bei ihm studiert hatte. Sie stellte sich schützend vor die Familie. Nach vielen Interventionen der Ärztin, auch bei General Georgi Schukow, dem Generalstabschef der Roten Armee, durfte die Familie Bier zurück auf ihr Gut in Sauen und dort wohnen. August Bier starb in Sauen am 12. März 1949 an den Folgen einer Lungenentzündung. Zwei Jahre nach seiner Frau. Anfang 1949 hatte der Chirurg noch einen Schlaganfall gut überstanden. Das Ehepaar hat im Wald von Sauen seine letzte Ruhestätte gefunden, zehn Minuten vom Gutshaus entfernt. Ein umfriedetes Areal markiert die Grabstätte von Anna und August Bier. Die Lebensdaten von beiden sind auf einem großen Findlingsblock verzeichnet. Das Grab ähnelt dem Grab Johann Heinrich Cottas im Tharandter Wald.

Bis 1981 ist der Gutshof von Sauen die Wohnung der Familie Bier. 1981 erwirbt die Kunsthochschule Weißensee das Gebäude. 1983 verstarb Biers Sohn Heinrich, der zu DDR-Zeiten den Wald des Vaters bewahrte. Die Tochter Christa Winning ging 1945 mit ihrer Familie in die Lüneburger Heide.

Ab 1993 dient der Gutshof Sauen als gemeinsame Begegnungsstätte der vier Berliner künstlerischen Hochschulen zur Durchführung von Projekten. Seit 1994 bemüht sich die Stiftung August Bier für Ökologie und Medizin mit Sitz in Beeskow um die Erhaltung und Bewirtschaftung des Waldes von Sauen – im Sinne von August Bier. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Dr. med. Jürgen Fege, Weißborn

Dr. Franz Meyhöfer (1850 – 1903)

Augenarzt in Görlitz und der Glasbläserstar

Die Stadt Görlitz gehörte ab 1346 mit Bautzen, Kamenz, Lauban, Löbau und Zittau dem Lausitzer Sechs-Städtebund an. Nach dem Wiener Kongress fielen 1815 Teile der Oberlausitz und die Niederlausitz an Preußen, sie gehörten dann zu Niederschlesien.

Seit 1874 findet man im Adressbuch von Görlitz den Namen des Augenarztes Dr. Franz Heinrich Meyhöfer (1850 – 1903). Schon 1889 verzog er wieder von Görlitz.

Nach dem Medizinstudium war Meyhöfer zu seiner augenärztlichen Ausbildung bei „seinem hochverehrten Lehrer“ Prof. Julius Jacobson (1828 – 1889) an der Universitäts-Augenklinik in Königsberg/Ostprien. Als eines der größten Verdienste von Jacobson galt nach langen zähen Kämpfen die Ver selbstständigung des Faches Augenheilkunde als eine eigene Disziplin in der Medizin. So gab es ab 1873 an allen preußischen Universitäten selbstständige Lehrstühle für die Ophthalmologie. Bei Jacobson erlernte Meyhöfer die Technik der Katarakt-Operation.

Dr. Meyhöfer besaß 15 Jahre die ehemalige Privat-Augenklinik in Görlitz in der Bismarckstraße 13a (Abb. 1), in der er auch zahlreiche Operationen gegen grauen Star durchführte, etwa 80 Katarakt-Operationen in zwei Jahren (1884/1885). Gleichzeitig war er auch Stadtverordneter und Mitglied der Schuldeputation.

Als „in einem verhältnismässig kurzen Zeitraum von wenig mehr als zwei Jahren vier jugendliche Individuen mit Katarakt“ in seine Behandlung kamen, nahmen diese seine Aufmerksamkeit in Anspruch: Alle vier jugendliche Katarakte betrafen Glasmacher im Alter zwischen 24 und 29 Jahren! So entschloss er sich zu Reihenuntersuchungen zum Feuerstar in acht Orten mit Glashütten im damaligen Niederschlesien und Böhmen.

Die Ergebnisse fasste er in seiner Publikation „Zur Aetiologie des grauen Staars. Jugentliche Katarakte bei Glasmachern“ in den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde 24 (1886), Seite 49 – 67, zusammen. Er untersuchte mit dem lichtschwachen Planspiegel insgesamt 506 Glasmacher im



Abb. 1: Augenklinik von Dr. Meyhöfer, Görlitz, Bismarckstraße 13a

früheren Niederschlesien und Böhmen (Abb. 2) in acht Glashütten mit damals deutschen Ortsnamen (Tab. 1, modifiziert nach Meyhöfer).

Unter den 506 Arbeitern in den genannten Glashütten fand er 54 Augen mit einer Katarakt, fünf mit Aphakie, das sind bei Meyhöfer 11,6 Prozent.

Tab. 1: Glashütten in damaligen Orten mit deutschem Namen und Linsenbefunde

* Orte liegen im Riesengebirge

	Glashütte in	Glasbläser	Linsentrübungen		Aphakie
			einseitig	R / L	
a) Niederschlesien	Penzig	205	7	5	1
	Wiesau	111	6	5	4
	Weißwasser	65	5	2	-
	Halbau	29	1	-	-
	Rietschen	26	-	-	-
	Schreiberhau*	17	-	-	-
	Carlsthal*	13	2	3	-
b) Böhmen	Harrachsdorf/Neuwelt*	40	2	1	-

Davon waren 442 jünger als 40 Jahre, aber 42 Augen zeigten eine Katarakt und die fünf in Görlitz operierten apha-ken Augen = 9,5 Prozent.

64 Glasmacher waren über 40 Jahre, davon 17 mit Katarakt (= 26,5 Prozent). In einer umfangreichen Aufstellung von 42 Arbeitern beschrieb Meyhöfer die beobachteten Linsentrübungen als Streifen in der Linsenrinde vorwiegend am hinteren Pol. Das linke Auge war weit häufiger betroffen (19:6). Bei genauer Auswertung der Befunde bei Meyhöfer nach Alter der Glasmacher, Standort der Glashütte und ein- oder beidseitiger berufsbedingten Linsentrübung fiel auf, dass in Rietschen und in Schreiberhau (Josephinenhütte) keine feuerbedingten Linsentrübungen vorkamen. Prozentual fand Meyhöfer die meisten beginnenden Katarakte bei Arbeitern in Wiesau und Penzig. Zu den wahrscheinlich unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in einzelnen Glashütten wurde aber keine Stellung bezogen.

Das linke Auge war dreimal häufiger erkrankt. Diese Arbeiter waren alle Rechtshänder. Bedingt durch die Aufnahme der glühenden flüssigen Glasschmelze mit Blasrohr in der rechten Führhand war das linke Auge mehr dem Ofenloch zugeneigt (Abb. 3). Die Raumtemperatur am Ofenloch in den Glashütten betrug + 65°C an einem Thermometer, welches er zehn Minuten vor dem Ofenloch hängen ließ. Meyhöfer beschrieb weiterhin die Gesichtshaut der Glasbläser: Die dem Feuer zugekehrte linke Wange zeigte eine bräunlich-rote Verfärbung der Haut, teilweise mit Pigmentierung und Vas-kularisation. Einen Diabetes mellitus konnte Meyhöfer bei den Star-Erkrankten durch Urin-Untersuchungen jeweils ausschließen. Die Expositionszeit der Glasbläser betrug ohne Pause, auch nicht sonntags (!), etwa 40 bis 45 Wochen/Jahr. Erst nach der vorüberge-

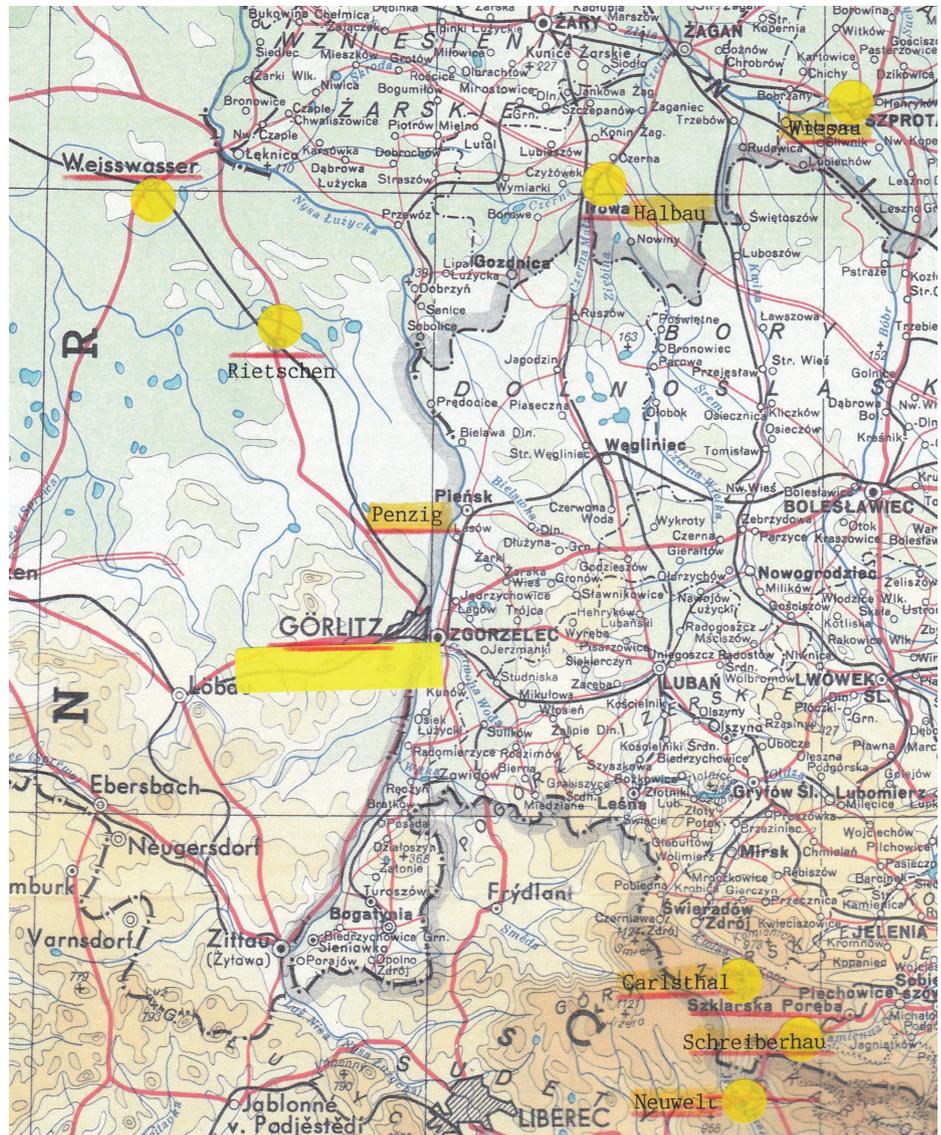


Abb. 2: Glashütten in Sachsen, Niederschlesien und Böhmen. Maßstab 1:500.000. Nach einer polnischen Landkarte vom Bezirk Wrocław (Breslau), 1967. Orte deutsch eingetragen

henden „Löschung“ des Schmelzofens gab es eine Ruhepause von durchschnittlich acht Wochen. In dieser Zeit konnte Meyhöfer durch die Ortsabwesenheit der Beschäftigten keine weiteren Augen-Untersuchungen durchführen. Vor Einführung der Gewerbeordnung 1869 war es üblich, dass die Lehrzeit der Glasarbeiter bereits in früher Kindheit, mitunter schon mit acht Jahren begann! Später lag die tägliche Arbeitszeit bei zwölf Stunden bei einer Beschäftigung ab dem 14. Lebensjahr am Schmelzofen! In unserer heutigen Zeit bezeichnet man das als Kinderarbeit.

Da Meyhöfer Allgemeinleiden vor allem bei den jungen Glasmachern ausschließen konnte, vermutete er, dass in dem „Gewerbe der Glasmacher selbst Schädlichkeiten liegen müssen, welche zu der vorzeitigen Kataraktbildung besonders disponieren“. So gab er zwei Ursachen an: Einmal die „infernale [höllische] Temperatur am Glasofen“ und die dadurch hervorgerufene enorme Steigerung der Transpiration! Meyhöfer schlussfolgerte, dass die enorme strahlende Hitze der offenen Öfen (heute: Strahlungsenergie) und die dadurch bedingte profuse Schweißab-

sonderung die Ursachen für die bei Glasmachern auftretende vorzeitige Linsentrübung sind. Das unterscheidet die Glasmacher von anderen Gewerben (Abb. 4).

Erst ab 1925 ist der Feuerstar bei Glasbläsern eine anerkannte Berufskrankheit. Das Problem des Feuerstars – auch Hitze-, Wärme-, Infrarot-, Ultrarot-, Glasbläser-, Strahlen- oder Berufstar genannt – hat Augenärzte, Physiker und die Arbeitshygiene viele Jahrzehnte sogar streitbar beschäftigt. Neben Glasbläsern waren auch in geringerer Zahl Industrieschmiede, Heizer auf ehemaligen Dampflokomotiven und andere Hitzearbeiter gefährdet. Es

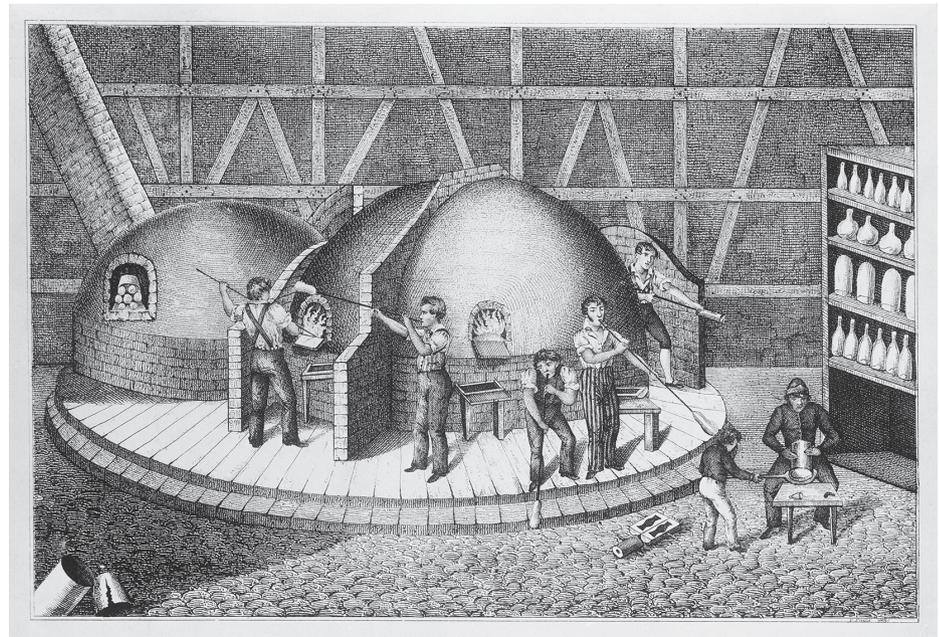


Abb. 4: Glashütte zur Goethezeit, aus Krätz, O.: Goethe und die Naturwissenschaften, S. 200, Callwey, München 1992 (Deutsches Museum, München, Archiv, BN10442)



Abb. 3: Typische Entnahme der Glasschmelze. Mit freundlicher Genehmigung der Farbglashütte Lauscha/Thür. GmbH & Kunstglasbläser John Zinner

besteht Übereinstimmung, dass die Ursache für den Feuerstar die kurzwelligen infraroten Strahlen sind: Strahlungsenergien im infraroten Bereich von 800 bis 1.400 nm.

Die heute arbeitshygienisch geforderten Arbeitsschutzbrillen und Abschwitzpausen bei Hitzearbeitern gab es damals noch nicht.

Der bedeutendste Geschichtsschreiber der Augenheilkunde, Julius Hirschberg (1843 – 1925), betonte 1898, dass Meyhöfers Publikation von 1886 mit der erstmals erwähnten morphologischen initialen hinteren Poltrübung der Augenlinse und Ursachenforschung die vollständigste Arbeit zum Glasbläserstar darstellte. Somit gilt Meyhöfer als Begründer der Ergophthalmologie in der Oberlausitz und Niederschlesien.

Aus seiner Görlitzer Zeit liegen von Meyhöfer noch zwei weitere Veröffentlichungen vor: „Gesunde Grundsätze über Star-Operation und Nachbehand-

lung“ (1886) und „Beobachtungen über Jugend-Star bei Glasmachern“ (1886). Jeder operierende Augenarzt ist aber sogar noch in der Gegenwart mit dem von ihm entwickelten Instrument, dem „Chalazion-Löffel“ nach Meyhöfer in Berührung gekommen.

1889 verlässt Meyhöfer seine Augenklinik und die Stadt Görlitz. Er geht als Regierungs- und Medizinalrat nach Köln. Die Klinik wird bis 1899 von Dr. Albert Lesshaft (1861 – 1899) weitergeführt.

Leider ließ sich in den Stadtarchiven Görlitz und Köln sowie im Landesarchiv Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf kein Porträtfoto des 1903 verstorbenen Dr. Franz Heinrich Meyhöfer finden. ■

Literatur beim Autor

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne, Schneeberg