

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 9/2004

Berufspolitik	Interview mit Ministerpräsident Prof. Dr. rer. pol. Georg Milbradt	420 421
	Der regionale Ärztemangel und die (fern)östliche Lösung?	421
Ethik in der Medizin	Sectio caesarea auf Wunsch	422
	O. Bach; J. Fauler	
Gesundheitspolitik	Drogenkonsum – eine zur Sucht führende psychische Verhaltensstörung	423
	Impressum	428
	Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke	429
	Handlungsempfehlungen der Sächsischen Landesärztekammer in der Abstimmung mit der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige	429
	Merkblatt für Patienten ohne Milz	431
Amtliche Bekanntmachungen	Modalitäten der Meldung nach §§ 6–10 IfSG außerhalb der offiziellen Dienstzeiten	432
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	433
Buchbesprechungen	»Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus«	421
	»Unbekanntes Wesen – Gehirn«	434
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Ausstellungen und Konzert	434
	Sächsische Landesärztekammer sucht Ärztin/Arzt	434
Medizinrecht	Arbeitsrecht für Ärztinnen und Ärzte	435
Originalien	ST. Falk, M. Blühler, A. Oberbach, M. Busse, R. Paschke Bewegungstherapie in der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2	438
	H.-U. Wittchen, D. Pittrow, P. Bramlage, W. Kirch Arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus in der allgemeinärztlichen Praxis in Sachsen	441
Leserbriefe	Dr. med. Heinrich Günther	445
	Dr. med. Jürgen Wenske	445
Tagungsbericht	Sächsischer Palliativkurs für Hausärzte	446
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius zum 60. Geburtstag	447
	Unsere Jubilare im Oktober	448
Kultur und Kunst	Katharina Kretschmer: Menschenbilder – Malerei, Grafik, Collagen	449
	Brille, Hörrohr, Beinprothese – Historisches und Neues	449
Beilage	Fortbildung in Sachsen – November 2004	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 „Gesundheitslotse Sachsen“: www.gesundheitslotse-sachsen.de

Im Interview Ministerpräsident Prof. Dr. rer. pol. Georg Milbradt



Welche Chancen sehen Sie für Sachsen durch die EU-Osterweiterung in Bezug auf die Wirtschafts- und Sozialsysteme?

Wirtschaftlich erwarten wir von der EU-Erweiterung eine Belebung. Das stärkt die Einnahmen der Sozialversicherungssysteme. Da die Sozialversicherung als Finanzierungs- und Verteilungssystem national organisiert bleibt, wird die EU-Erweiterung keine direkten Auswirkungen haben. Aber: Auswirkungen der EU-Erweiterung erwarte ich bei der Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen in den Grenzregionen.

Die sozialen Sicherungssysteme sind nicht mehr zukunftsfähig. Wie ist Ihre Position in der Kontroverse Bürgerversicherung/Kopfpauschale?

Es ist offensichtlich, dass die Sozialsysteme einer tief greifenden Reform bedürfen, um fortbestehen zu können. Zum einen zwingen uns die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt dazu, mit Hilfe von Reformen die notwendigen Leistungen auch weiterhin finanzieren zu können. Zum

anderen muss man auch über eine Umstrukturierung der Organisationsprinzipien des Versicherungssystems selbst nachdenken. Notwendig ist meiner Meinung nach vor allem die Abkoppelung der Beiträge vom Erwerbseinkommen. Denn: Arbeit in Deutschland muss wieder günstiger gemacht werden. Nur so werden die dringend benötigten Arbeitsplätze entstehen und auch die Sozialsysteme durch Mehreinnahmen stabilisiert werden können. Eine Bürgerversicherung, die lediglich mehr Geld ins System bringen soll, löst die Zukunftsprobleme ebenso wenig wie ein Pauschalprämienmodell ohne gesicherte Finanzierungsbasis im Steuersystem.

Wird es auch weiterhin den freien Beruf des Arztes geben, oder sehen Sie die Ärzteschaft zunehmend als Gewerbetreibende?

Der Beruf des Arztes ist nach der Berufsordnung für Ärzte zunächst einmal ein freier Beruf. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ärzte ihren Beruf immer in Form einer Einzelpraxis ausüben müssen. Zunehmend bieten sich auch Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten als Alternative an. Dadurch wird eine gewisse Konkurrenz zwischen den Versorgungsformen entstehen. Ihr Leistungsangebot wird mit darüber entscheiden, ob die Ärzteschaft sich zunehmend weg vom freien Beruf hin zu einem Gewerbetreibenden entwickelt. Schon heute bieten Ärzte zunehmend auch Leistungen an, die über jene der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus gehen, wie zum Beispiel Wellness. Durch Gestaltung der Berufsordnung und des Leistungsangebotes hat es die Ärzteschaft jedoch selbst in der Hand, ob sie am freien Berufsstand festhält oder sich mehr zu Gewerbetreibenden entwickelt.

Glauben Sie, dass mehr Wettbewerb unter Ärzten zu einer Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung führen kann?

Generell ist ein funktionierender Wettbewerb geeignet, die Qualität zu verbessern. Im Vor-

dergrund muss jedoch immer die ärztliche Tätigkeit stehen. Der einzelne Arzt darf nicht durch Wettbewerbsdruck gezwungen sein, einer medizinischen Verantwortung nicht mehr gerecht werden zu können.

Die akademischen Heilberufe verfügen über eine erfolgreiche eigene Altersvorsorge. Wie sehen Sie die Zukunft der berufsständischen Versorgungswerke?

Die berufsständischen Versorgungswerke sind Teil des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Ihr Finanzierungssystem ist kapitalgedeckt. Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung erhalten die berufsständischen Versorgungswerke keine staatlichen Zuschüsse. Sie finanzieren ihre Leistungen allein aus den Beiträgen ihrer Mitglieder. Es gibt angesichts der bisherigen erfolgreichen Entwicklung keinen Grund, die Existenz dieses eigenständigen, öffentlich-rechtlichen Alterssicherungssystems in Frage zu stellen. Da es keinen Sinn macht, Bewährtes zu zerschlagen, müssen die Versorgungswerke ihren Platz innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland behalten.

Wird es in diesem Jahrzehnt eine Anpassung der Ost- an die Westvergütung geben?

Dazu kann im Augenblick niemand eine verlässliche Aussage treffen. Das GKV-Modernisierungsgesetz hat einige Fortschritte gebracht. Wir streben auf jeden Fall eine weitere Verbesserung der Vergütung der Ärzte und Zahnärzte in den neuen Ländern an, die jedoch in einem angemessenen Verhältnis zur allgemeinen Einkommensentwicklung stehen muss.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ bedanken sich für das Interview.

Der regionale Ärztemangel und die (fern)östliche Lösung?

Es fällt schwer, zu glauben, dass effektive Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels und einer Unterversorgung der Patienten bald zum Zuge kommen. Zudem werden ständig neue Schreckensmeldungen über nicht zu besetzende Arztstellen verkündet. Die Abschaffung des AiP, die praxisnahe Gestaltung des Studiums und eine arzt- (und nicht nur shareholder-value) freundliche Arbeitszeitumgestaltung sind kleine Schritte in eine prinzipiell richtige Richtung. Doch die Zeit läuft gegen diese Bemühungen. Wie bereits in der Vergangenheit wird man nach einfachen, für das System finanziell günstigeren Lösungen suchen, etwa die Anwerbung von ausländischen Ärzten. Die sächsische Staatsministerin Helma Orosz äußert sich in dem Interview im letzten Heft nur über bürokratische Probleme und erörtert, wie es leichter gemacht werden kann, Ärzte aus den Nachbarländern hier arbeiten zu lassen. Bisher vorwiegend in Krankenhäusern in ländlicheren Gebieten wird diese Lösung in Zukunft auch auf größere Kliniken zutreffen. Doch abgesehen von einem sich auch abzeichnenden Mangel an Ärzten in den Herkunftsländern, sollten nur Ärzte eingestellt werden, die fließend deutsch sprechen. Letzteres erscheint als Selbstverständlichkeit, war es aber in der Vergangenheit keineswegs und wird in Zukunft mehr zum Thema werden. Die Einstellung von Ärzten aus den EU-Beitrittsländern ist seit 1. 5. 2004 unbürokrati-

tischer möglich, denn die Diplome aus diesen Ländern sind als gleichwertig anzusehen. Wir wissen aber auch: Ärzte aus anderen Kulturkreisen stellen die Integrationsfähigkeit der noch verbliebenen deutschen Krankenhausärzte auf eine schwere Probe. Der sprunghafte Anstieg (fast 40 Prozent!) im Anteil der Beschäftigung ausländischer Ärzte von 2001 bis 2003 impliziert, dass bei weiter bestehendem Mangel an Ärzten diese Option weiter ausgeschöpft werden wird. Diese Möglichkeit bekämpft aber weder die Ursache, noch wird sie für Ärzte oder Patienten zu einer wirklichen Verbesserung führen. Sollte es nicht unser Ziel sein, für den Nachwuchs selbst zu sorgen und die Qualität der medizinischen Versorgung auf dem bisherigen wissenschaftlich begründetem Niveau zu halten? Bisher jedenfalls ist eine nachhaltige Lösung des Problems Ärztemangel nicht absehbar und unter dem absehbaren zukünftigen Kostendruck im Gesundheitssystem nicht wahrscheinlich.

Aus der Orthopädie weiß man aber, dass mit jedem Jahr länger fortbestehender Fehllhaltung die Behebung der funktionellen und strukturellen Folgeschäden immer schwerer wird. Der Fehllhaltung der Politik zur Ärzteschaft und zur Krankenversicherung blüht ein derartiges Schicksal. Die durch falsche Versicherungs-Politik nun unabwendbare Rationierung von Gesundheitsleistungen soll durch die Ärzteschaft vorgenommen werden. Von den

damit befassten Laien wird dieses Vorgehen mit der Mittelverschwendung durch die Ärzteschaft begründet. Dieses Vorgehen zerstört das für die Behandlung zwingend erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auf grausame Weise. Das Vertrauen ist aber wichtigste Quelle und Ansporn für die ärztliche Tätigkeit. Es darf nicht weiter durch den Rationierungsdruck einer verfehlten Sozialpolitik vergiftet werden.

Diese ethisch nicht zu vertretende Rationierung wird aber, so unsere optimistische Auffassung, bald ihr Ende in einer Krankenversicherung finden, die unabhängig von Arbeitsmarkt- und Demographieschwankungen ist und den derzeitigen wahltaktisch und tarifpolitisch getriggerten Verschiebeparkplatz ablöst. Wenn diese neue Krankenversicherung finanziell so gerüstet ist, dass sie den Ansprüchen unserer heutigen Patienten genügt, denen die Gesundheit das höchste Gut ist, werden viele Folgeprobleme der Unterdeckung der jetzigen Krankenversicherung wie Dokumentationsflut, Ausbeutung im Dienst und Ärztediffamierung aufhören. In solch einer Situation werden sich wieder mehr altruistische junge Menschen dafür entscheiden, im Rahmen einer neuen gesetzlichen Krankenversicherung nach ärztlichen Grundsätzen für Patienten zu sorgen.

Der Ausschuss „Junge Ärzte“

»Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus«

Modelle – Recht – Organisation

Juli 2004, ca. 60 Seiten,
ISBN 3-922091-87-3
14.80 EUR

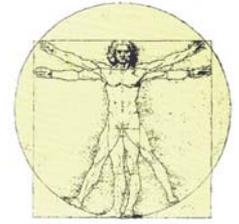
Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes verlangt von den Krankenhäusern eine Neugestaltung der Arbeitszeitorganisation. Dazu kommen der wachsende Effizienzdruck auf Grund des DRG-Systems und veränderte Anforderungen der Mitarbeiter. Zukunftsfähige Arbeitszeitmodelle müssen hochflexible und bedarfsgerechte Arbeitszeiten für ärztlichen Dienst und Pflege regeln. Für viele Krankenhäuser ist das ein Kraftakt, der ausschließlich mit finanziellen und tarifvertraglichen

Mitteln nicht machbar ist, sondern auch die Bereitstellung und Qualifizierung zusätzlichen Personals erfordert.

Das neue ku-Sonderheft zeigt die rechtlichen Rahmenbedingungen auf. Der Hauptteil widmet sich den Gestaltungsmöglichkeiten neuer Arbeitszeitmodelle aus Sicht der Krankenhäuser, der Krankenhausärzte und der Aufsichtsbehörden. Dem schließen sich Erfahrungsberichte aus der Krankenhaus-Praxis mit neuen Arbeitszeitsystemen an.

Außerdem werden die Ergebnisse einer Studie zu personellen und finanziellen Auswirkungen der neuen Arbeitszeitorganisation auf deutsche Krankenhäuser veröffentlicht.





Sectio caesarea auf Wunsch

Wie sich der Leser unseres Sächsischen Ärzteblattes erinnern wird, hat sich ein Gesprächskreis Ethik in der Medizin an der Sächsischen Landesärztekammer gebildet, der – unabhängig von der Ethikkommission – die spezifische gesetzgeberisch vorgegebene Aufgaben zu erfüllen hat – sich mit ethischen Fragen des ärztlichen Berufes befasst. Dabei ist die Zielstellung insbesondere Fragen zu beraten, die aus dem Kreis der ärztlichen Kollegen an das Gremium gerichtet werden.

In den letzten beiden Sitzungen des Gesprächskreises am 26. Februar 2004 und 27. Mai 2004 wurde der Problematik nachgegangen, die an uns herangetragen wurde: Erarbeitung einer Stellungnahme zu Indikationen einer Sectio caesarea oder der sogenannten Sectio auf Wunsch.

An der Diskussion beteiligten sich neben den Mitgliedern des Gesprächskreises als Experten die Herren ChA Dr. Gerd Göbel (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum Dresden-Neustadt), Prof. Dr. Renaldo Faber (Gynäkologe, Universitätsfrauenklinik Leipzig), Prof. Dr. Christoph Vogtmann (Pädiater, Universitätskinderklinik Leipzig, Mitglied der Arbeitsgruppe Perinatologie/Neonatalogie der Sächsischen Landesärztekammer).

Die Zahl der Schnittentbindungen steigt weltweit immer mehr an, wobei epidemiologisch unklar ist, in welchem Umfang die Sectiones durch absolute und relative medizinische Indikationen begründet sind und Wunschsectiones eine Rolle spielen. Die den Ethikgesprächskreis allein interessierende Frage befasste sich mit der ärztlichen Verantwortung bei vorliegen einer reinen Wunschsectio aus persönlichen Gründen, die seitens der Schwangeren oder beider Elternteile angegeben werden und die ihre Begründungen rational in Ängsten vor dem sicher stresshaften Geburtsvorgang, in Befürchtungen vor Geburtsfolgen bezüglich Beckenbodeninsuffizienzen, Einschränkungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit oder ästhetischen Beeinträchtigungen haben. Daneben auch der Wunsch, dem Kind den „schweren“ Geburtsvorgang zu ersparen. Hinzu kommen – aus Sicht der Diskutanten der Gesprächsrunde – völlig irrationale Motive, wie die Geburt zu einem bestimmten Datum oder speziellen astrologischen Tierkreiszeichen und anderes mehr.

Hintergrund der gesamten Diskussion um die Frage ist sicher ein unterschiedliches Rollenverständnis der Ärzte und der Schwangeren. Letztere haben zumindest in den hochentwickelten Staaten etwa Mitteleuropas ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Selbstverfügbarkeit, auch auf der Basis von mehr Selbstwissen, erreicht, so dass sie emanzipierter in der Arzt-Patienten-Beziehung auftreten. Der Arzt hat dementsprechend den Allmächtigkeitsanspruch als Rollenmerkmal früherer Generationen schon lange aufgegeben und steht den Patientenwünschen liberal – sofern eigene fachliche und ethische Grundsätze nicht in Frage gestellt werden – gegenüber. Unter dem Aspekt, dass die Zahl von Kindern, die durch Wunschsectiones geboren werden möglicherweise zunimmt – genaue Zahlen sind nicht bekannt, sie können in der sächsischen Perinatalerhebung auch nicht dezidiert erfasst werden (der Anteil an allen Sectiones 2003 betrug in Sachsen 13,2 Prozent) – ist für unseren mitteldeutschen Erfahrungsbereich von einem sehr geringen Prozentsatz auszugehen. Relevant ist das Thema aber trotzdem. Einmal weil durch die Massenmedien mit Bezug auf Prominente oder pseudoprominente Mitmenschen und deren teils voyeuristischer Offenbarungswut, ihre Lebensintimität in die Öffentlichkeit zu bringen, ein falscher Eindruck über die Problematik entstehen kann. Zum anderen gibt es leider auch medizinische Einrichtungen, die eine Wunschsectio gleichsam als speziellen Service des Krankenhauses anbieten und damit um Patientinnen für die eigene Klinik werben!

In der Diskussion mit den Experten wurden bei einhelliger Grundtendenz, die abschließend in thesehaften Sätzen formuliert werden sollen, unterschiedliche Einschätzungen vorgetragen, die je nach Zugangsebene zum Problem in sich schlüssig waren. So wurde formuliert, dass natürlich die Loyalität des Arztes dem Ansinnen einer Mutter, die den entsprechenden Wunsch äußert, gegeben sein sollte, nachdem eine umfangreiche Aufklärung und Beratung der Schwangeren erfolgt ist. Dem Arzt müsse dabei allerdings auch das Recht zugesprochen werden, sich zu verweigern, wenn der Wunsch der Patientin und seine Wertorientierung kollidieren und keinerlei medizinische Indikation zur Sectio besteht.

Aus gynäkologischer Sicht wurde ausgeführt, dass sich rein klinisch die Risiken einer Wunschsectio und einer vaginalen Entbindung nicht unterscheiden. Dies ändert sich aber sofort, wenn späterhin eine zweite Entbindung bevorsteht, dann nämlich nehmen die Risiken für Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt erheblich zu. Seitens des Pädiaters wurde in der Gesprächsrunde vertreten, dass die vaginale Entbindung selbst zwar einen erheblichen Stress für das Neugeborene darstellt, dass aber dieser Stress nachweislich auch positive Wirkungen auf das primäre Anpassungsverhalten (seltener respiratorische Anpassungsstörungen – Feuchte-Lunge-Syndrom) und die Funktionsentwicklung der Organsysteme habe. Die Säuglingsforschung habe zudem ergeben, dass es offenbar Beziehungen zwischen dem Entbindungsvorgang und dem späteren Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind und der Entwicklung kognitiver Funktionen des Kindes gäbe.

Als Ergebnis der umfangreichen und sehr differenzierten Gespräche im Gesprächskreis waren nachfolgende Feststellungen konsensfähig:

- Die Ärzteschaft sollte – wenn keine medizinisch begründeten Indikationen gegeben sind, unbedingt dem natürlichen Geburtsvorgang den Vorzug geben und dies der Schwangeren gegenüber auch wohl begründen.
- Tritt eine werdende Mutter mit dem Wunsch auf, aus persönlichen Gründen unbedingt ihr Kind durch Kaiserschnitt zur Welt zu bringen, sollte der Arzt eine sorgfältige Beratung und Risikoauflärung vornehmen. Im Einzelfall hat er vor sich selbst zu entscheiden, ob er dem Wunsche folgen will und kann.
- Kaiserschnittentbindungen als „Serviceleistungen“ des Krankenhauses gleichsam anzubieten, ist aus Sicht des Ethik-Gesprächskreises abzulehnen.
- Aus ärztlicher Sicht sollten bei einer Wunschsectio in geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser mit der Möglichkeit einer sofortigen neonatologischen Kinderversorgung ein erfahrener Operateur, ein Anästhesist und ein Neonatologe anwesend sein.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
für den Gesprächskreis Ethik in der Medizin
Sächsische Landesärztekammer

O. Bach; J. Fauler

Drogenkonsum – eine zur Sucht führende psychische Verhaltensstörung

Der Drogenkonsum spielt in Europa seit den sechziger Jahren eine zunehmende Rolle, wobei es regionale Unterschiede bezogen auf europäische Länder aber auch auf deutsche Regionen gibt (zum Beispiel höherer Konsum in bestimmten Ballungsgebieten der Großstädte; auch in Sachsen lässt sich eine solche Regionalisierung im Sinne eines deutlich höheren Konsums in Leipzig in Vergleich zu anderen Großstädten erkennen).

Die Nutzung psychotroper Substanzen ist im Laufe der Jahre einem Wandel unterlegen.

Standen zunächst in Deutschland Cannabis und LSD im Vordergrund, nahm in den siebziger Jahren der Heroingebrauch zu. Neu etabliert haben sich in den letzten Jahren die sogenannten Partydrogen (zum Beispiel Ecstasy) im Rahmen einer Jugendkultur des Techno.

Da bezogen auf die Gesamtbevölkerung der Konsum von Alkohol und die Alkoholkrankheiten um ein Vielfaches höher liegen als der Drogenkonsum mit illegalen Drogen – ganz zu schweigen vom Nikotinkonsum mit seinen gesundheitspolitisch viel erheblicheren Auswirkungen und weil illegale Drogen als Problem in Ostdeutschland erst nach der Wende epidemiologisch relevant geworden sind, spielen diese Probleme im Verständnis der Ärzteschaft noch keine angemessene Rolle.

Der Umgang mit Problempatienten ist nicht selten unprofessionell; die Behandlungsnotwendigkeiten und die möglichen Behandlungsmaßnahmen sind nicht ausreichend bekannt. Zur Diagnostik, die deskriptiv – gegebenenfalls mit operationalisierten Screeningstests und durch sogenannte objektive Anamnesen von Bezugspersonen durchzuführen ist, gehören auch toxikologisch-analytische Screeninganalysen (zum Beispiel Suchtstoffmetaboliten im Urin) und Bestätigungsanalysen (immunochemische Nachweise von Einzelstoffen in einer beweisenden Konzentration).

Eine psychiatrische Komorbidität ist nicht selten feststellbar – etwa als Drogennotfall (Halluzinosen-abnorme Entzugsreaktionen) oder als Begleitphänomen (Depressionen, neurotische Persönlichkeitszustände).

Als diagnostische Leitlinie einer süchtigen Entartung des Konsums gelten (für alle substanzbedingten Konsumgewohnheiten) nachfolgende Kriterien:

- der Zwang, den Konsum zu betreiben;
- der Kontrollverlust bezüglich der Menge des Mittels;
- der Konsum, um die Entzugserscheinungen zu mildern;

- ein körperliches Entzugssyndrom;
- eine Tendenz zur Dosissteigerung, um die gleichen Effekte (der Entspannung, des Lustgewinns, der Enthemmung aber auch der Minderung der Entzugserscheinungen) zu erreichen;
- eine zunehmende Einengung auf das Konsumverhalten und die Vernachlässigung anderer (sozialer) Pflichten und Interessen;
- die Fortführung des Konsums trotz Kenntnis deren schädlicher Folgen.

Untersuchungen speziell zum Drogenkonsum im Jugendalter (zum Beispiel Reschke, K.; Petermann, H.; Weyandt, M.; 1997) erweisen, dass illegale Drogen häufig vom Jugendlichen konsumiert werden, die zuvor starke Nikotin- und Alkoholkonsumenten waren.

Identitäts- und Anerkennungsprobleme, aber auch völlige Unkenntnis der Gefahren, die sich aus jugendlichem Probiervverhalten ergeben können, aggressive Werbung für erlaubte Suchtsubstanzen können eine motivierende Rolle spielen. Der Einfluss von bestimmten Gurus auf die Technoszene führte Mitte der achtziger Jahre zur Installation „leistungssteigernder“ Substanzen vom Typ MDMA (Ekstasy) in die Jugendkultur (sog. Designerdrogen).

Da über diese Substanzen und ihre Gefahren eher weniger bekannt ist, sollen nähere Ausführungen dazu gemacht werden.

Ecstasy ist auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt erst seit Anfang der 90er Jahre von Bedeutung. Die Lebenszeitprävalenz von 5,4 Prozent (2000: 5,5 Prozent) bei den 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen in Westdeutschland (18 bis 34 Jahre: 5,0 Prozent; 2000: 3,3 Prozent) zeigt, dass Ecstasy – obwohl im Vergleich zu anderen Drogen noch nicht so lange auf dem Markt – in erheblichem Umfang konsumiert wird. Die Entwicklung in Westdeutschland zeigt aber, dass die Lebenszeitprävalenzen der jungen Erwachsenen seit 1995 stabil geblieben sind. In Ostdeutschland zeigt sich dagegen in der Gruppe der 18- bis 24-jährigen seit 1997 (2,4 Prozent) eine weitere Zunahme der Konsumerfahrung auf 9,7 Prozent (2000: 4,1 Prozent) (18 bis 34 Jahre: 6,3 Prozent; 2000: 5,1 Prozent). Diese Entwicklung findet sich auf niedrigerem Niveau (1 bis 2 Prozent) auch bei der 12-Monatsprävalenz. Unterschiede wie in der Lebenszeitprävalenz zwischen Ost- und Westdeutschland sind bezüglich der aktuellen Prävalenz nicht festzustellen.

Bezogen auf Gesamtdeutschland gaben 2,4 Prozent der befragten 18- bis 59-Jährigen (18 bis 34 Jahre: 5,2 Prozent) an, in ihrem Leben mindestens einmal Ecstasy konsumiert zu haben, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 0,8 Prozent (18 bis 34 Jahre: 1,9 Prozent). In der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren haben 6,3 Prozent Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy (12-Monats-Prävalenz: 2,1 Prozent).

Obwohl Ecstasy als Droge bereits seit den 70er Jahren bekannt ist, kam die inzwischen besorgniserregende Zunahme des Ecstasy-Konsums erst mit der Techno-Szene. Insbesondere unter den jugendlichen Konsumenten hat Ecstasy das Image einer „harmlosen Partydroge“, die man gefahrlos konsumieren kann. Dieses Image wird durch die Tablettenform, die sich nicht wesentlich von Arzneimitteln unterscheidet, zusätzlich begünstigt. So sind die Ecstasy-Pillen meist weiß oder hellbeige und haben häufig ein Logo wie einen Mercedes-Stern, Smily, Halbmond, ein Herz oder Kleeblatt eingepreßt. In der Szene werden sie unter anderem mit XCT, XTE, Eva, Adam bezeichnet.

Untersuchungen belegen, dass bei Techno-Partys 60 bis 70 Prozent der Teilnehmer Ecstasy eingenommen haben. Dabei soll es den Konsumenten „Power“ verleihen und sie zumindest am Wochenende dem eintönigen und erlebnisarmen Alltag entreißen. Ecstasy erfüllt diese Erwartungen wie keine andere Droge, denn es wirkt einerseits auf den gesamten Organismus aufputschend und andererseits ruft es bei den Konsumenten ein euphorisches Gefühl emotionaler Nähe und Zusammengehörigkeit hervor. Darüber hinaus wird von den Ecstasy-Konsumenten die entaktogene Wirkung – also das Gefühl, das „psychische Innere“ fühlen und berühren zu können – als positiv empfunden. Die halluzinogene Wirkung von Ecstasy ist dosisabhängig. Untersuchungen zum pharmakologischen Wirkmechanismus wie auch zunehmende klinische Erfahrung mit Ecstasy-Konsumenten belegen, dass Ecstasy keineswegs eine harmlose Droge ist (1).

Pharmakologie von Ecstasy

Während früher mit Ecstasy nur 3,4-Methylenedioxyamphetamin (MDMA) bezeichnet wurde, versteht man heute unter Ecstasy – außer MDMA – auch 3,4-Methyldioxyamphetamin (MDA), 2,3-Methylenedioxyethylamphetamin (MDE) und N-Methylbenzodioxo-

butamin (MBDB), da alle diese Substanzen eine ähnliche psychotrope Wirkung besitzen. Ecstasy bewirkt eine massive Freisetzung von Serotonin, Dopamin und Noradrenalin im Gehirn, indem es sowohl die Freisetzung dieser Neurotransmitter in den synaptischen Spalt stimuliert als auch deren Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt hemmt. Über diesen Mechanismus kommt es sehr rasch zu extrem hohen Serotonin-Konzentrationen im synaptischen Spalt. Die großen Mengen von Serotonin sind höchstwahrscheinlich die Ursache für die gehobene, euphorische Stimmungslage, die erhöhte Kontaktbereitschaft, die gesteigerte Kommunikationsfähigkeit und das verstärkte Bewusstsein für Emotionen und intensivere Sinneswahrnehmungen.

Toxizität von Ecstasy

Dosisabhängig kommt es zusätzlich zu halluzinatorisch veränderter Wahrnehmung von Raum und Zeit. Diese von den Konsumenten erwünschten Wirkungen treten 20 bis 60 Minuten nach der Einnahme von Ecstasy auf und bleiben für 4 bis 6 Stunden erhalten. Außer den psychischen können auch physischen Symptome wie Übelkeit, Brechreiz, Hitze- und Kältewallungen, Mundtrockenheit, Tachykardie, Pupillendilatation, Blutdruckanstieg, Krämpfe der Kiefermuskulatur und generalisierter Muskelschmerzen beobachtet werden (2).

Unter der aufputschenden Wirkung von Ecstasy tanzen die Jugendlichen zu Techno-Musik ohne Pause in einem tranceähnlichen Zustand die ganze Nacht durch. Durst, Hunger, Schmerzen und Erschöpfung werden in diesem Zustand nicht mehr wahrgenommen. Nicht selten verliert der Organismus dabei enorme Mengen an Flüssigkeit, so dass es zur Hyperthermie (bis zu 43° C) – begleitet von einer Tachykardie und einem massiven Blutdruckanstieg – kommt. Die Folgen können völlige psychische Erschöpfung, Kreislaufdysregulation, Herzrhythmusstörungen, Einschränkung der Nieren- und Leberfunktion sowie epileptischen Anfälle sein. Besonders gefährdet sind Konsumenten mit Herzkreislauferkrankungen, Diabetes mellitus und Asthma bronchiale. Die Hyperthermie wird meist nicht erkannt, sie ist dosisunabhängig und wird durch die Umgebung nicht ausgelöst, aber begünstigt. Nicht selten kommt es zu Rhabdomyolyse, Verbrauchskoagulopathie und einem akuten Nierenversagen mit tödlichen Folgen. Ecstasy stimuliert die Freisetzung von ADH aus dem

Hypothalamus und führt so zu einer verstärkten Wasserresorption aus den Nieren, was eine Hyponatriämie zur Folge hat. Durch die Einnahme großer Flüssigkeitsmengen kann die Hyponatriämie zusätzlich verstärkt werden. Wird die Hyponatriämie nicht behandelt, so kann es zum Herzversagen und zum Hirnödem kommen.

Nach dem Abklingen der akuten Drogenwirkung sind die Konsumenten erschöpft und klagen über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, depressive Verstimmung und Gedächtnisstörungen. Zwei bis drei Tage nach dem Genuss von Ecstasy kommt es durch den massiven Serotonin-Mangel zu einer depressiven Stimmung, „Mid-Week Blues“, die sich dann mit der Erholung der Serotonin-Konzentration nach drei bis vier Tagen wieder normalisiert.

Neurotoxizität von Ecstasy

Die massive Freisetzung von Serotonin durch Ecstasy und seine Analoga führt nicht nur zu einer Verarmung des Hirngewebes an Serotonin, sondern resultiert auch in einer Aktivitätsminderung der am Metabolismus von Serotonin beteiligten Enzyme sowie der entsprechenden Transportsystemen. Histologisch lässt sich die Wirkung von Ecstasy im gesamten Gehirn durch die Degeneration und Zerstörung serotonerger Axonterminale nachweisen. In klinischen Studien konnte belegt werden, dass Ecstasy zu kognitiven Störungen führt, insbesondere wird das strategische Denken, langfristig erfolgreiche Entscheidungen zu treffen, erheblich eingeschränkt. Außerdem konnte konsistent eine Einschränkung der Merkfähigkeit nachgewiesen werden. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den tierexperimentellen Befunden und den Befunden beim Menschen besteht in der Dosis und in der Einnahmefrequenz. Die in den Tierversuchen verwandten Dosierungen lagen bei 40 mg/kg, während der typische Ecstasy-Konsument mit ein bis zwei Pillen mit je 75 bis 125 mg deutlich unter dieser Dosis bleibt. Chronische Ecstasy-Konsumenten erreichen jedoch sehr wohl diese Dosisbereiche.

Wie weit die auf das Wochenende beschränkte Einnahme von Ecstasy dessen Toxizität reduziert, ist unklar. Ebenso ist noch nicht geklärt, inwieweit Ecstasy die zerebralen Alterungsprozesse und die damit einhergehenden kognitiven Einschränkungen verstärkt. Bisher ist auch nicht bekannt, ob die neurotoxische Wirkung von Ecstasy direkt oder aber von einem seiner Metabolite oder hauptsächlich durch die Beimischungen verursacht wird. Kürzlich ist eine aktuelle Übersicht zur Neurotoxizität von Ecstasy erschienen (3).

Ein wesentliches Problem der Prävention des Ecstasy-Konsums besteht darin, dass sich die Konsumenten von den typischen Drogenabhängigen erheblich unterscheiden. Sie stammen meist aus gutbürgerlichem Haus und sind sich der Gefahr von Drogen durchaus bewusst. Typischerweise wird Ecstasy nur am Wochenende konsumiert, so dass eine Abhängigkeit sehr häufig nicht wahrgenommen wird. Ecstasy erhöht nicht nur die Konzentration von Serotonin, sondern auch die von Dopamin im synaptischen Spalt. Die Dopamin-Freisetzung könnte die Ursache für die Entwicklung einer Abhängigkeit sein, denn Dopamin ist einer der stärksten Stimulatoren des Belohnungssystems, dem eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung einer Sucht zugeschrieben wird. Die Toleranzentwicklung ist ein weiterer Hinweis für die Involvierung des Belohnungssystems und das damit verknüpfte Verlangen (Craving) nach einer Dosissteigerung oder nach dem Konsum von stärkeren Drogen. Eine psychische Abhängigkeit lässt sich auch mit klinischen Studien belegen, die zeigen, dass Ecstasy auch dann weiter konsumiert wird, wenn bereits eindeutig psychische Schäden nachgewiesen werden konnten. Ein nicht unerhebliches Gefahrenpotential von Ecstasy besteht darin, dass die Tabletten meist mit weiteren amphetaminähnlichen Verbindungen oder auch mit anderen Drogen gestreckt

werden, was das Abhängigkeitspotential und die Toxizität erheblich beeinflussen kann.

Den meisten Konsumenten ist auch unbekannt, dass Ecstasy dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegt. Die Ecstasy-Wirkstoffe MDMA, MDEA, MDA sind nicht verschreibungsfähige und nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel. Die illegale Herstellung, der Verkauf, Erwerb und Besitz (nicht aber der Konsum) von Pillen, die diese Stoffe enthalten, muss strafrechtlich verfolgt werden (§ 29 BtMG).

Ein ganz spezielles Problem des Umgangs mit Drogenkonsumenten ist häufig deren Multi- und Beikonsum. Es wird in der Regel nicht nur die zentrale Droge (Heroin, Kokain, ...) konsumiert, sondern dazu Alkohol, Nikotin und – und dies ist besonders problematisch und hat eine Expertengruppe der Landesärztekammer motiviert, nachfolgend zu beschreibende Strategien zu entwickeln – andere meist rezeptpflichtige Psychopharmaka vom Typ Benzodiazepine, Neuroleptika und Nonbenzodiazepinschlafmittel. Letztere sind zum einen illegal auf dem Markt, werden aber leider auch durch problematisches Ordnungsverhalten von Ärzten in die Szene eingespeist. Eine besondere Rolle spielt hierbei Rohypnol® (Flunitrazepam)

Benzodiazepin-Beikonsum wird weltweit sowohl bei Opiatabhängigen als auch während der Methadonsubstitution beobachtet (1). So konnte im Rahmen von Screening-Untersuchungen bei Drogenabhängigen in ca. 60 bis 70 Prozent ein Benzodiazepin-Beikonsum nachgewiesen werden.

Welchen Nutzen haben Opiatabhängige von der Einnahme von Benzodiazepinen? Opiatabhängige berichten, dass sie den Rausch unter der gleichzeitigen Einnahme von Benzodiazepinen als besonders angenehm und genussvoll erleben und durch die benzodiazepinbedingte Grunddämpfung der „Kick“ sehr intensiv und angenehm empfunden wird. Darüber hinaus vermindern Benzodiazepine die

Entzugssymptome, wie sie durch die unregelmäßige Einnahme von Opiaten, aber auch durch eine insuffiziente Methadonsubstitution bedingt sein können. Desweiteren versuchen Heroinabhängige auch die Wirkung von Heroin minderer Qualität durch Benzodiazepine zu verstärken.

Pharmakologie von Benzodiazepinen

Die Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) ist einer der stärksten hemmenden Neurotransmitter im Nervensystem. Bindet GABA an die postsynaptisch lokalisierten GABA-Rezeptoren, so öffnet sich ein Cl⁻-Kanal, der folgende Cl⁻-Einstrom hyperpolarisiert die postsynaptische Membran und verringert so deren Erregbarkeit. Über diesen Mechanismus modulieren GABA-Rezeptoren postsynaptische Aktionspotentiale. Benzodiazepine binden hochspezifisch am GABA-Rezeptor und führen zu einer Konformationsänderung des GABA-Rezeptors. Diese Veränderung erhöht die Bindungsaffinität für GABA an den GABA-Rezeptor. Die Wirkung von Benzodiazepinen ist daher immer an GABA gebunden, was die große therapeutische Breite dieser Substanzklasse erklärt. Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen können Barbiturate den Cl⁻-Kanal am GABA-Rezeptor direkt öffnen und somit ohne GABA postsynaptische Aktionspotentiale hemmen. Diese unterschiedliche Interaktion mit dem GABA-Rezeptor erklärt die erheblich höhere Toxizität der Barbiturate im Vergleich zu den Benzodiazepinen. Alle Benzodiazepine sind sedativ-hypnotisch, anxiolytisch, muskelrelaxierend und antikonvulsiv wirksam, außerdem können sie eine anterograde Amnesie auslösen. Neuere Forschungen belegen, dass die qualitativen Unterschiede im Wirkungsspektrum zwischen den einzelnen Benzodiazepinen durch spezifische Wechselwirkung mit dem „Benzodiazepinrezeptor“ bedingt sind. Therapeutisch werden Benzodiazepine hauptsächlich als Ein- und Durchschlafmittel, Anxiolytika, Antiepileptika sowie als Muskelrelaxantien eingesetzt. In seltenen Fällen kommt es unter Benzodiazepinen zu einer paradoxen Wirkung mit akuter Erregung, Aggressivität, Angst- und Schlafstörungen sowie Halluzinationen. Die Ursache für diese paradoxen Reaktionen konnten bisher nicht geklärt werden.

Während die qualitativen Unterschiede in der Wirkung zwischen den Benzodiazepinen relativ gering sind, gibt es erhebliche Unterschiede bezüglich des Wirkungseintritts und

der Wirkungsdauer. Letztere wird von der Halbwertszeit und dem Auftreten pharmakologisch aktiver Metabolite bestimmt.

Nach wiederholter Einnahme von Benzodiazepinen über 1 bis 4 Wochen kann sich bei etwa 2 – 10% der Patienten eine Toleranz entwickeln.

Alle Benzodiazepine können eine Abhängigkeit erzeugen. Das Risiko für eine Abhängigkeit kann bereits nach 1 Woche bestehen und steigt mit der Dauer und der Kontinuität der Einnahme (4 bis 6 Wochen). Begünstigt wird die Abhängigkeit durch hohe Dosierung sowie die Anwendung bei prädisponierten Patienten mit Abhängigkeitsanamnese.

Nach dem abrupten Absetzen von Benzodiazepinen kommt es häufig zu Entzugssymptomen, wobei leichtere und schwerere unterschieden werden. Die wesentlich häufiger, vor allem während der ersten 2 bis 3 Tage nach Absetzen auftretenden „leichten“ Entzugszeichen äußern sich in unspezifischen Symptomen wie innerer Unruhe, Spannungszuständen und Reizbarkeit, was meist im Sinne eines noch nicht ausreichenden Therapieerfolges interpretiert wird. Das genannte 2 bis 3 Tagesintervall ist abhängig von der Halbwertszeit des Benzodiazepins, eventuellen aktiven Metaboliten und der eingenommenen Dosis. Schwere Entzugssymptome können vor allem bei Benzodiazepinen mit kurzer Halbwertszeit auftreten. Diese äußern sich in Unruhe, Schlaflosigkeit, Anorexie, Angst und meist transienten optischen und akustischen Halluzinationen. Krampfanfälle können Tage bis Wochen später beobachtet werden. In der Folgezeit kommt es zu motorischer und sympathischer Hyperaktivität, Hyperthermie, Verwirrung, räumlicher und zeitlicher Desorientiertheit, Persönlichkeitsstörungen sowie Realitätsverlust.

Flunitrazepam (Rohypnol®)

Studien belegen, dass Flunitrazepam eine Ausnahmestellung im Benzodiazepin-Beikonsum Opiatabhängiger einnimmt (2). Unter den Polytoxikomanen gilt es als der „Mercedes“ unter den Benzodiazepinen. Flunitrazepam ist in Deutschland zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen zugelassen. Nach oraler Einnahme wird es schnell zu 80 bis 90% resorbiert und passiert als apolares Molekül leicht die Blut-Hirnschranke. Dies erklärt den raschen und bereits nach 15 bis 20 min messbaren Wirkungseintritt, der dann für 4 – 6 Stunden anhält. Der rasche Wirkungseintritt

und die von den Konsumenten immer wieder beschriebene starke euphorische Wirkung dürften hauptsächlich für die Ausnahmestellung von Flunitrazepam bei Opiatabhängigen verantwortlich sein. Psychotrope Substanzen mit einem raschen Wirkeintritt haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Auf das erhöhte Abhängigkeitsrisiko von Flunitrazepam wird in der Fachinformation durch folgenden Wortlaut explizit hingewiesen: „Es hat sich gezeigt, dass Rohypnol 1 mg von Drogenabhängigen missbraucht wird. Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass Rohypnol 1 mg unter keinen Umständen Drogenabhängigen oder Patienten mit Abhängigkeitsanamnese verschrieben werden darf.“ Außerdem wird in der Fachinformation darauf hingewiesen, dass Benzodiazepine keineswegs an Dritte weiterzugeben sind (3).

Ein weiterer wichtiger Grund für die Einnahme von Flunitrazepam ist die Ansicht vieler Abhängiger, dass Flunitrazepam mit den gängigen Routinetests wie sie zur Kontrolle des Beikonsums bei der Methadonsubstitution eingesetzt werden, nicht erfasst wird, da unverändertes Flunitrazepam nur zu 2 Prozent in den Urin ausgeschieden wird. Von den beiden Metaboliten 7-Amino-Flunitrazepam und N-Desmethyl-Flunitrazepam wird nur das unwirksame 7-Amino-Flunitrazepam nennenswert in den Urin ausgeschieden. Um Aussagen über die tatsächlich eingenommene Flunitrazepamdosis machen zu können, muss 7-Amino-Flunitrazepam im Blut oder im Urin gemessen werden (4). Leider erfolgt dies nicht routinemäßig.

Ein weiteres Argument, weswegen Drogenabhängige Flunitrazepam sorglos anwenden, dürfte darin bestehen, dass relativ wenige schwere UAW's bei der therapeutischen Anwendung beobachtet wurden. Dies erweckt den Eindruck, dass es sich bei Flunitrazepam um ein „harmloses Arzneimittel“ handelt, welches vom Arzt zur Therapie von Schlafstörungen verordnet wird.

In den USA ist Flunitrazepam nicht zugelassen. Es wird jedoch illegal eingeführt und als „Date-Rape Drug“ eingesetzt. Flunitrazepam wird in höheren Dosen Getränken beigemischt um den Widerstand und die Angst gegenüber einer Vergewaltigung zu vermindern. Die ausgeprägte hypnotische Wirkung und die anterograde Amnesie von Flunitrazepam führen dazu, dass sich die Opfer weder an die Tat noch an den Täter erinnern können. Die dosisabhängige anterograde Amnesie könnte von Opiatabhängigen ebenfalls günstig empfunden werden.

Toxische Wirkung von Flunitrazepam

Aufgrund des pharmakologischen Wirkmechanismus kommt es bei oraler Einnahme von Benzodiazepinen alleine extrem selten zu tödlichen Vergiftungen. Unter der intravenösen Applikation selbst in therapeutischer Dosierung können jedoch Bewusstlosigkeit, zentrale Atemdepression, Bradykardie und Blutdruckabfall auftreten. Während nur extrem selten über tödliche Intoxikationen durch Diazepam berichtet wurde, gibt es zunehmend Berichte über Todesfälle durch die alleinige Einnahme von Flunitrazepam (5). Der rasche Wirkungseintritt, die ausgeprägte hypnotische Wirkung sowie die hohe Potenz von Flunitrazepam (Flunitrazepam ist etwa 7 – 10 mal stärker wirksam als Diazepam) könnten diesen Unterschied in der Toxizität erklären. Im Zeitraum von 1992 bis 1998 wurden in Linköping in Schweden 641 Todesfälle registriert, bei denen Flunitrazepam nachgewiesen werden konnte (6). Bei 130 Fällen war Flunitrazepam die alleinige Ursache, bei den restlichen 511 Fällen konnten auch andere Drogen nachgewiesen werden. Wegen der hohen Zahl tödlicher Vergiftungen wurde Flunitrazepam in Schweden unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt. Mischkonsum erhöht das Risiko tödlicher Komplikationen erheblich, da die atemdepressive Wirkung von Opiaten durch andere psychotrope Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Barbiturate erheblich gesteigert wird.

Benzodiazepine unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), jedoch nicht der Betäubungsmittelverordnung (BtMVV).

Die Verordnung von Flunitrazepam (Rohypnol®) an Drogenabhängige, ganz gleich mit welcher Begründung, ist in Deutschland verboten.

Sehr kritisch sind auch die fehlenden Qualitätskriterien in der Substitutionstherapie mit Methadon zu betrachten, die in den letzten Jahren auch in Sachsen schon zu Todesfällen geführt haben.

Es wird nicht selten die pharmakologische Strategie als die alleinige Vorgehensweise angesehen und nicht beachtet, dass neben strengen Verfahrensregeln, wie sie in Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgelegt sind (sogenannte BUB-Richtlinie) und im Gesetz (Betäubungsmittelgesetz, Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, Drittes Gesetz zur Änderung des BtMG; 15. Verordnung zur Änderung des Betäubungsmittelrechts) festgeschrieben wurden,

auch ein komplexes Hilfeangebot, realisiert werden muss, in das Suchtberatung, Eingliederungshilfen, Selbsthilfeorganisationen, sozialpsychiatrische Dienste u.a. einbezogen werden müssen.

Einzelheiten zu Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen auf diesem Felde fassen Marcea und Kuhlmann (2001) gut zusammen.

Einige Ausführungen zu den Aktivitäten der Sächsischen Landesärztekammer zur Verbesserung der Betreuungssituation Drogenabhängiger:

1. Die Kammer bietet regelmäßig einen Kurs zum Erwerb der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ an (nächster Kurs im Dezember 2004 – Anmeldung/Auskunft: Frau Heilfurth, Tel.: 0351 8267-324).

Bisher wurden 57 Ärzte diesbezüglich qualifiziert.

Ärzte folgender Gebietsanerkennung können innerhalb eines 50-Stunden Curriculums die Fachkunde erwerben:

Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Öffentliches Gesundheitswesen, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Physikalische und Rehabilitationsmedizin.

Die erfolgreiche Absolvierung dieses Curriculums berechtigt zur Substitutionstherapie mit Methadon. Fallbegrenzungszahlen sind zu beachten.

2. In der Landesärztekammer wurde eine Expertengruppe gebildet, die sich mit Fragen der Behandlung Drogenabhängiger in der gesundheitspolitischen und ärztlichen Vorgehen begleitenden Dimension befasst und gegebenenfalls beratend verfügbar ist.

Der interdisziplinären Arbeitsgruppe gehören an:

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Psychiatrie / Psychotherapie
Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der

Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Joachim Fauler

Pharmakologie / Toxikologie

Institut für Klinische Pharmakologie

der Medizinischen Fakultät

Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Frank Härtel

Psychiatrie / Psychotherapie

Asklepios Fachklinikum Wiesen GmbH

Tobias Hüchel

Apotheker

Sächsische Landesapothekerkammer

Assessor Michael Kratz

Jurist

Sächsische Landesärztekammer

Dr. med. Andreas Prokop

Rechtsmedizin /

Öffentliches Gesundheitswesen

Ausschuss Berufsrecht der

Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Uta Teuber

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig

3. Dem hier vorgelegten Artikel ist eine Beilage hinzugefügt, die eine Handlungsempfehlung zur „Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke“ darstellt und häufigen Fehlverordnungsweisen vorbeugen soll.

4. Die nachfolgenden psychiatrischen Krankenhäuser Sachsens haben sich bereit erklärt, den ambulanten Ärzten ihres regionalen Versorgungsbereiches beratend zur Seite zu stehen, was Drogennotfälle, Behandlungsfragen von Suchtkranken angeht. Die Auskunft ist über die diensthabenden Ärzte zu erhalten.

- EKA Erzgebirgsklinik Annaberg gGmbH
- Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf
- HELIOS Klinikum Aue, Klinik für Neurologie und Psychiatrie
- Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik
- Sächsisches Krankenhaus Hochweitzschen, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
- Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- St.-Marien-Krankenhaus Dresden, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
- Kreiskrankenhaus „Rudolf Virchow“ gGmbH Glauchau, Abt. Psychiatrie
- Städtisches Klinikum Görlitz GmbH, Abt. Psychiatrie
- Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
- Soteria-Klinik Leipzig GmbH
- Park-Krankenhaus Leipzig, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz, FKH für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
- Klinikum Pirna GmbH, Klinik für Psychiatrie
- Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch
- Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, FKH für Psychiatrie und Neurologie
- Sächsisches Krankenhaus Hubertusburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Asklepios Fachklinikum Wiesen
- Diakoniewerk Zschadraß gGmbH, Klinik für Psychiatrie

- Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge Zschopau, Abteilung Psychiatrie.

Anschrift der Verfasser:
 Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
 Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Prof. Dr. med. habil. Joachim Fauler
 Institut für Klinische Pharmakologie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden, Fetscherstraße 17, 01307 Dresden

Literaturverzeichnis:

- Weidemann W. (1995) Ecstasy in Hamburg – Ekstasy Prävention des Missbrauchs
 Geesthacht: Neuland
- Reschke, K., Petermann, H.; Weyandt, M. Von der Technoparty zur Sucht? Roderer Regensburg 1997
- Marcea, I.T., Kuhlmann, Th.: Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie Suchttherapie (2001) 2: 45-50

Literatur zu Ecstasy

1. Thomasius, R., and Jarchow, C. 1997. „Ecstasy“. Deutsches Ärzteblatt 94:A-372-376.
2. Dinse, H. 1997. [Ecstasy (MDMA) intoxication. An overview]. Anaesthesist 46:697-703.
3. Gouzoulis-Mayfrank, E., Daumann, J., and Sass, H. 2002. [Chronic neurotoxic damage in ecstasy (MDMA) users. Review of the current state of research]. Nervenarzt 73:405-421.

Literatur zu Flunitrazepam (Rohypnol):

1. Darke, S., Ross, J., Teesson, M., and Lynskey, M. 2003. Health service utilization and benzodiazepine use among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addiction 98:1129-1135.
2. Gambi, F., Conti, C.M., Grimaldi, M.R., Giampietro, L., De Bernardis, B., and Ferro, F.M. 1999. Flunitrazepam a benzodiazepine most used among drug abusers. Int J Immunopathol Pharmacol 12:157-159.
3. Hoffmann-la Roche AG. 2001. Rohypnol. Fachinformation: 1 – 5.
4. Ahrens, B., Rochholz, G., Westphal, F., Schutz, H.W., and Ritz-Timme, S. 2002. [Fatal outcome of poisoning with the benzodiazepines flunitrazepam and diazepam]. Arch Kriminol 209:95-101.
5. Drummer, O.H., and Ranson, D.L. 1996. Sudden death and benzodiazepines. Am J Forensic Med Pathol 17:336-342.
6. Druid, H., Holmgren, P., and Ahlner, J. 2001. Flunitrazepam: an evaluation of use, abuse and toxicity. Forensic Sci Int 122:136-141.

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Ständesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
 Telefon 0351 8267-0
 Telefax 0351 8267-412
 Internet: <http://www.slaek.de>
 E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
 Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
 Dr. Günter Bartsch
 Prof. Dr. Siegwart Bigl
 Prof. Dr. Heinz Dietrich
 Dr. Hans-Joachim Gräfe
 Dr. Rudolf Marx
 Prof. Dr. Peter Matzen
 Uta Katharina Schmidt-Göhrich
 Dr. jur. Verena Diefenbach
 Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
 Telefon 0351 8267-351
 Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
 Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
 Telefon: 0341 710039-90
 Telefax: 0341 710039-99
 Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
 E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
 Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff
 Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.
 Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
 Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen und Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
 Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
 Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Richtlinie der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke

1. Die Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke gilt generell als kontraindiziert. Die Gefahr ist groß, dass auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen induziert wird.
2. Benzodiazepine sind kein Ersatz für eine psychosoziale Betreuung.
3. Schlafstörungen werden von Suchtkranken häufig geäußert. Ursachen von Schlafstörungen bei Suchtkranken können insbesondere sein:
 - a) Beigebrauch von Kokain.
 - b) Beigebrauch von Amphetamin und anderen stimulierenden Substanzen.
 - c) Zu geringe Methadondosis bei der Substitution.
 - d) Schlafstörungen im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität.
 - e) Schlafstörungen werden oft vorgetäuscht, um eine Medikation zu erlangen.

Sind nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Behebung von Schlafstörungen unzureichend, können sedierende Antidepressiva oder niederpo-

tente Neuroleptika indiziert sein (Chloralhydrat zeigt hier nur geringe Wirkung).

4. In seltenen Einzelfällen sollte die Indikation zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke unter strenger Kontrolle und ggf. nach Einholen einer Zweitmeinung erfolgen und dokumentiert werden.
5. Eine kombinierte Opiat-/ Benzodiazepinabhängigkeit ist weitaus schwieriger zu behandeln als die Abhängigkeit von einer Arzneistoffgruppe. Der Entzug kann zu schwerwiegenden langandauernden psychopathologischen Auffälligkeiten führen. Er solle stationär durchgeführt werden.

Im Folgenden sind die von der Sächsischen Landesärztekammer mit der Sächsischen Apothekerkammer abgestimmten Handlungsempfehlungen für die Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige dargestellt:

Handlungsempfehlungen der Sächsischen Landesärztekammer in der Abstimmung mit der Sächsischen Landesapothekerkammer zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige

1. Situationsbeschreibung

Trotz umfangreicher Informationen, Leitlinien, Hinweise und Fortbildungsveranstaltungen wird immer wieder deutlich, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte gehäuft benzodiazepinhaltige Arzneimittel betäubungsmittelabhängigen Personen verordnen bzw. diese Substanzen in Apotheken auch bei gefälschten Rezepten abgegeben werden. Die Verordnungspraxis dieser Ärzte und das Vorgehen dieser Apotheker zeigt häufig Unwissenheit und mangelndes Problembewusstsein, was durch die verschiedenen bzw. abgegebenen Mengen, die Verschreibungsfrequenz sowie die teilweise hohe Anzahl der Patienten deutlich wird. Darüber hinaus hat sich in Einzelfällen gezeigt, dass Ärzte aufgrund des massiven Drucks, der zum Teil seitens der Patienten ausgeübt wird, diese Verordnungen vorgenommen haben.

Neben der Tatsache, dass diese Verordnungen medizinisch mehr als umstritten sind, stellt sie die Apotheker immer wieder vor die Frage, ob diese Verordnungen überhaupt beliefert werden dürfen.

Durch Informationen der Polizei sowie aus der Drogenszene selbst ist bekannt, dass auf dem Schwarzmarkt verschreibungspflichtige, psychotrope Medikamente und hier insbesondere auch die Benzodiazepine in zunehmendem Maße erhältlich sind. Besonders beliebt in der Szene ist das Flunitrazepam (Rohypnol ©). Es hat sich gezeigt, dass bei den untersuchten sogenannten Drogentodesfällen im Einzelfall nicht nur die Opiatüberdosierungen todesursächlich sind, sondern im besonderen

Maße Benzodiazepine (und Alkohol). So hat beispielsweise das Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig für den Großraum Leipzig in den Jahren 2000 bis 2002 insgesamt 22 Todesfälle eindeutig auf eine akute Heroin-Intoxikation zurückgeführt. Der Anteil der Fälle mit zusätzlichem Nachweis von Benzodiazepinen – insbesondere Flunitrazepam – und/oder Methadon ist ab 2001 stark angestiegen.

Das hohe Missbrauchspotential der Substanzen wird häufig unterschätzt und die Verordnung findet teilweise unter der Vorstellung statt, dass mit Benzodiazepinen – insbesondere Flunitrazepam – eine Substitutionsbehandlung analog der Substitution mit Methadon/L-Polamidon durchzuführen ist.

Besonders problematisch ist dieses Ordnungsverhalten bei Patienten, die bei einem anderen Arzt in einer qualifizierten Substitutionsbehandlung sind.

2. Grundsätze bei der Behandlung von drogenabhängigen Patienten

Folgende Grundsätze sollten bei der Behandlung von drogenabhängigen Patienten Anwendung finden:

- Die Führung von drogenabhängigen Patienten sollte in der Hand eines Arztes liegen, der sich durch entsprechende Bildungsmaßnahmen hierfür qualifiziert hat (zum Beispiel Suchtmedizinische Grundversorgung).

- Die Behandlung von drogenabhängigen Patienten sollte in enger Kooperation mit dem Suchtkrankenhilfesystem erfolgen.
- Die medikamentengestützte Behandlung drogenabhängiger Patienten ist nur ein Teil eines umfassenden biopsychosozialen Therapie-Konzeptes.
- Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten erfolgt mit Methadon (als Rezepturarztmittel oder Fertigarzneimittel)/Levomethadon (L-Polamidon[®]) oder Buprenorphin (Subutex[®]) als Mittel der Wahl; in anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen darf der Arzt Codein oder Dihydrocodein verschreiben.
- Die Verordnung von Benzodiazepinen sollte nur bei entsprechenden psychiatrischen Krankheitsbildern erfolgen und wenn dies zur Vermeidung von Komplikationen (wie zum Beispiel epileptischen Anfällen) unbedingt notwendig ist.
- Es gibt keine medizinische Indikation für eine Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten mit Benzodiazepinen! Benzodiazepine können – pharmakologisch betrachtet – keine Opiate ersetzen.

Drogenabhängige Patienten, bei denen eine medikamentengestützte Behandlung indiziert ist, weisen häufig neben dem Opiatgebrauch ein **polytoxikomanes Konsummuster** auf. Im Rahmen einer qualifizierten Substitutionsbehandlung werden Ärztinnen und Ärzte mit Patienten konfrontiert, die zum Teil eine bestehende Benzodiazepinabhängigkeit bzw. einen bestehenden intensiven Missbrauch aufweisen. Ein Teilziel der qualifizierten medikamentenunterstützten Behandlung dieser Patienten ist die Verhinderung bzw. Verminderung des unkontrollierten Konsums weiterer Substanzen neben dem Opiat.

3. Einstellung der Patienten auf Methadon/Levomethadon

Bei Patienten mit Drogenabhängigkeit sollte die ambulante Einstellung auf Methadon/Levomethadon/Buprenorphin unter Beachtung folgender Empfehlungen stattfinden:

- Wegen der zu erwartenden Schwierigkeiten sollte Kontakt mit einem in diesem Bereich erfahrenen (niedergelassenen) Kollegen aufgenommen werden. Es ist zu prüfen, ob eine stationäre Einstellung erforderlich ist.
- Abgabe des verordneten Medikamentes in der benötigten Tagesdosis; in der Regel Vergabe unter Sichtkontrolle in der Praxis.
- Regelmäßige Kontrolle eines Beigebrauchs weiterer Substanzen (wie Alkohol, Amphetamine, Barbiturate, Codein, Heroin, Kokain)
- Erstellung und sorgfältige Dokumentation eines Zeit- und Abdosierungsschemas für den ambulanten Entzug (kann zum Teil mehrere Wochen dauern).
- Bei unbedingt notwendigen, nicht vermeidbaren Verschreibungen von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Patienten sollte das Rezept mit dem Zusatz „necesse est“ gekennzeichnet werden.

4. Vorgehen in Apotheken

„Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie unvollständig oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist.“ (§ 17 Abs. 5 Satz 2 ApBetrO)

- Von einem Irrtum kann beispielsweise ausgegangen werden,
- bei gleichzeitiger Verordnung eines Benzodiazepins und eines Substitutionsmittels,
 - bei Verordnung eines Benzodiazepins oder eines anderen ausgenommenen Stoffes der Anlage III Betäubungsmittelgesetz auf „normalem“ Rezept,
 - wenn dem verordnenden Arzt vermutlich unbekannt ist, dass der betroffene Patient gleichzeitig anderweitig ärztlich behandelt wird und dadurch Mehrfachverordnungen des gleichen Arzneimittels oder Verordnungen sich in ihren Wirkungen gegenseitig beeinflussender Arzneimittel erwirkt.

Bedenken können sich aber auch ergeben, wenn angenommen werden muss, dass die Verordnung in Kenntnis der beispielhaft genannten Tatbestände erfolgt ist.

In solchen Fällen hat der Apotheker mit dem verordnenden Arzt Rücksprache zu nehmen mit dem Ziel, dass die Verordnung abgeändert oder aber der Verdacht des Irrtums oder des Verstoßes gegen die Regeln der ärztlichen Kunst ausgeräumt wird.

Bei begründetem Missbrauchsverdacht darf die Verschreibung nicht ausgeführt werden (§ 17 Abs. 8 Satz 2 ApBetrO). Vielmehr ist hier das Regierungspräsidium Leipzig, Referat Veterinärwesen, Lebensmittelüberwachung und Pharmazie, zu informieren, das seinerseits mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt und ggf. mit der zuständigen Ärztekammer Kontakt aufnehmen wird, um die Begründetheit der Verschreibung zu eruieren.

Die Pflicht, vor der Abgabe Unklarheiten zu beseitigen, kann insoweit Vorrang vor der Verpflichtung des Apothekers zur Verschwiegenheit haben.

5. Weiteres Vorgehen der Ärztekammer

Erlangt die Sächsische Landesärztekammer Kenntnis von Verstößen gegen diese Handlungsempfehlung, nimmt die Beratungskommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer Kontakt mit dem Arzt auf.

Sollte es sich zeigen, dass es keine plausible Begründung für die Verordnung gibt oder Uneinsichtigkeit besteht, erfolgt ein schriftlicher Hinweis an den Arzt.

Bleibt das beanstandete Ordnungsverhalten weiter bestehen, erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer die Einleitung berufsrechtlicher Schritte.

6. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Die Handlungsempfehlung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft und wird im Ärzteblatt Sachsen und im Informationsblatt der Sächsischen Landesapothekerkammer veröffentlicht.

Dresden, 26. Mai 2004

Sächsische
Landesärztekammer
gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dresden, 28. Mai 2004

Sächsische
Landesapothekerkammer
gez. Friedemann Schmidt
Präsident

Hygiene aktuell

„Merkblatt für Patienten ohne Milz (Asplenie)“

Die Sächsische Impfkommission hat auf Anregung von Chirurgen ein „Merkblatt für Patienten ohne Milz (Asplenie)“ verfasst. Es ist als Einlegeblatt in den Impfausweis gedacht. Darin sind in für Laien verständlicher Form die Gesundheitsgefahren nach chirurgischer Milzentfernung oder funktioneller Asplenie oder Hyposplenie dargestellt und die daraus erwachsenden Konsequenzen zur Prophylaxe. Diese bestehen in den Indikationsimpfungen gegen Erkrankungen durch bekapselte Bakterien wie *Haemophilus influenzae* Typ b (HIB)-, Pneumokokken- und Meningokokkeninfektionen sowie in einer eventuellen antimikrobiellen Dauerprophylaxe. Die Schutzimpfungen sind in der „Empfehlung der Säch-

sischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Stand 01. 07. 2004 (E 1) (Beilage zum „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2004) im Detail in der Tabelle 3 beschrieben. Die Kosten dieser Indikationsimpfungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Es wird hiermit gebeten, alle diese Risikopatienten sowohl seitens der Chirurgen und hämatologisch bzw. onkologisch tätigen Internisten als auch seitens der betreuenden Hausärzte detailliert aufzuklären und das entsprechende Merkblatt auszuhändigen. Dies ist deshalb in Originalgröße eines Impfausweises nachstehend zum Kopieren abgedruckt. Hinsichtlich des Abstands der Impfungen sowohl vor geplanter Milzentfernung als auch danach gibt es keine wissenschaftlichen Ar-

beiten. Sowohl in der SIKO als auch in der STIKO haben wir uns auf die Formulierung geeinigt: „Im Regelfall sollen ab 14 Tage vor einer geplanten Operation weder Lebend- noch Totimpfstoffe appliziert werden. Impfungen nach der Operation sollen erst nach der postoperativen Phase, nach Abschluss der Wundheilung und hämatologischer Remission, in der Regel nicht vor Ablauf von 14 Tagen durchgeführt werden“ (aus „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen“, vom 8. 11. 1994). Da bei Patienten mit anatomischer und funktioneller Asplenie immer eine unzureichende Immunantwort möglich ist, sind 4 bis 6 Wochen nach Abschluss der Impfungen serologische Impferfolgskontrollen je nach Einzelfall zu erwägen.

Merkblatt für Patienten ohne Milz (Asplenie)

Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission, Stand 31. 07. 2004

Die Milz ist für die Abwehr von Infektionen ein wichtiges Organ. Nach einer Milzentfernung besteht eine beeinträchtigte immunologische Reaktionsfähigkeit. Wesentlichstes Risiko sind schwere und rasch verlaufende Infektionen mit hoher Sterblichkeit. 70% der Infektionen treten innerhalb der ersten 2 bis 3 Jahre nach Milzentfernung auf, sie können aber auch noch Jahrzehnte danach auftreten. Häufigste Infektionserreger sind Pneumokokken, Meningokokken und *Haemophilus*-Bakterien. Bei Auslandsreisen ist zu beachten, dass eine Malaria deutlich schwerer verlaufen kann.

Es wird daher allen Betroffenen dringend eine Impf- und medikamentöse Prophylaxe empfohlen.

Impfempfehlung:

1. Angeborene oder erworbene Unterfunktion der Milz (funktionelle Hyposplenie / Asplenie):

Einhaltung des normalen aktuellen SIKO-Impfkalenders. Zusätzlich Impfungen gegen Pneumokokken (PN), Meningokokken (MK) und *Haemophilus influenzae* b (HIB). Verwendung von konjugierten Impfstoffen, eventuell ergänzt durch Polysaccharidimpfstoffe gegen PN und MK.

Jährliche Influenzaimpfung.

2. Vor geplanter Milzentfernung:

Impfkalender der SIKO vervollständigen. Zusätzlich Impfungen gegen Pneumokokken (PN), Meningokokken (MK) und *Haemophilus influenzae* b (HIB) mit konjugierten Impfstoffen und/oder Polysaccharidimpfstoffen. Aktuelle Impfempfehlungen und Fachinformationen besonders hinsichtlich Alter, Abstand bei Kombinationen und Wiederholungsimpfungen beider Impfstoffarten beachten. Im Regelfall Abstand vor geplanter operativer Milzentfernung mindestens 14 Tage.

3. Nach operativem Milzverlust:

Sobald wie möglich Impfung gegen Pneumokokken (PN), Meningokokken (MK) und *Haemophilus influenzae* b (HIB) mit konjugierten Impfstoffen und/oder Polysaccharidimpfstoffen. Aktuelle Impfempfehlungen und Fachinformationen besonders hinsichtlich Alter, Abstand bei Kombinationen und Wiederholungsimpfungen beider Impfstoffarten beachten.

Impfkalender der SIKO vervollständigen.

Jährliche Influenzaschutzimpfung empfohlen.

Impfzeitpunkt nach Operation frühestmöglich nach Wundheilung und postoperativer Genesung.

Antibiotikaphylaxe

Unabhängig von den Impfungen ist eine antibiotische Langzeit-/Dauerprophylaxe sinnvoll. Da nach Milzentfernung die ersten 3 Jahre am risikoreichsten sind, sollte zumindest für diese Zeit eine tägliche antibiotische Prophylaxe durchgeführt werden:

bei Kindern mit Penicillin V oral,

Dosierung je nach Alter 2 x 200.000 bis 400.000 IE/Tag;

bei Erwachsenen mit Amoxicillin/Clavulansäure;

bei Unverträglichkeit Erythromycin oder andere Alternativen;

bei Reisen evtl. Cephalosporine.

Die antibiotische Dauerprophylaxe sollte für kindliche Hochrisikopatienten (Patienten mit malignen Erkrankungen, Thalassämie, Sichelzellenanämie) bis zum Adoleszenten- und Erwachsenenalter durchgeführt werden. Eventuell **Notfall selbstbehandlung** (wenn binnen weniger Stunden nach Auftreten von Fieber, Schüttelfrost und Unwohlsein kein Arzt aufgesucht werden kann) ist zu erwägen.

Beginn frühzeitig nach Diagnosestellung oder Milzentfernung.

Bitte legen Sie dieses Merkblatt jedem Arzt oder Zahnarzt vor, wenn Sie fieberhaft erkrankt, ein invasiver medizinischer Eingriff oder eine Zahnextraktion geplant sind.

Alle Ärzte seien in diesem Zusammenhang nochmals auf die Bedeutung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Schutzimpfungen bei chronisch Kranken und Immunsupprimierten vom 01. 01. 2004“ – E12- (Beilage „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2004) hingewiesen. In dieser Empfehlung werden neben Schutzimpfungen bei Asplenie/Hyposplenie in praxi immer wichtiger wer-

dende Konstellationen wie Schutzimpfungen bei angeborener Immundefizienz, bei HIV-infizierten Patienten, bei Patienten mit Autoimmunkrankheiten, onkologischen Erkrankungen, Allergien, Blutungsneigung, Dialysebehandlung sowie nach Transplantationen einschließlich Stammzell- und Knochenmarkstransplantation abgehandelt. Sachsen ist diesbezüglich vorbildlich, da zur Zeit in keinem

anderen Bundesland für diesen Patientenkreis eine Impfpflicht existiert; eine analoge STIKO – Empfehlung ist in Vorbereitung.

Literatur beim Verfasser
Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommission
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz
E-Mail: siegwart@bigl.de

Infektionsschutzgesetz (IfSG) Mitteilung 5

Modalitäten der Meldung nach §§ 6 – 10 IfSG außerhalb der offiziellen Dienstzeiten

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2001, wurden im Rahmen der Mitteilung 2 die allgemeinen Modalitäten zum Vollzug der §§ 6 – 10 des Infektionsschutzgesetzes dargestellt. Diese Mitteilung enthält auch die Telefon- und Telefaxnummern der Gesundheitsämter innerhalb und außerhalb der offiziellen Dienstzeiten.

Die Landkreise und Kreisfreien Städte wurden aufgefordert, die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen in den Gesundheitsämtern sicherzustellen (siehe auch die Empfehlungen des Arbeitskreises Technik der Konferenz der Datenschutzbeauftragten).

Außerhalb der offiziellen Dienstzeiten des Gesundheitsamtes ergeben sich aber erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken, wenn die Meldung mit ihren sensiblen Daten beispielsweise dem Rettungsdienst als jederzeit dienstbereite Einrichtung übermittelt wird. Der Rettungsdienst zählt nicht zu den Einrichtungen, die vom Gesetzgeber zum Weiterleiten der Meldung befugt sind. Vielmehr ist im Infektionsschutzgesetz (IfSG) bestimmt, wie die zur Meldung verpflichteten Personen (§ 8 IfSG) die Meldung dem zuständigen Gesundheitsamt zu erstellen haben (§ 9 Abs. 3 IfSG). In § 9 Absatz 5 IfSG sind dem Gesundheitsamt weitere datenschutzrechtliche Bestimmungen zum Umgang dieser Meldedaten auferlegt. Somit ist die Meldung über den Rettungs-

dienst an das Gesundheitsamt nicht möglich. Infolgedessen müssen Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz dem Gesundheitsamt direkt übermittelt werden, auch außerhalb der offiziellen Dienstzeiten.

Das Gesundheitsamt hat innerbetrieblich zu gewährleisten, dass die Meldungen auch außerhalb der Dienstzeiten entgegengenommen und unverzüglich erforderliche Maßnahmen eingeleitet werden können.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst,
Infektionsschutz
Dr. med. Wilfried Oettler
Tel. 0351/564 5751, Fax: 0351/564 5788
E-Mail: Wilfried.Oettler@sms.sachsen.de

Infektionsmeldungen nach IfSG					
Gesundheitsamt/ Kreis	Tel.-Nr. Fax-Nr. Gesundheitsamt				
Chemnitz/Stadt	0371 / 488 5301 0371 / 488 5399	Aue- Schwarzenberg	03771 / 277 665 03771 / 277 639	Mittweida	03727 / 950 250 03727 / 950 499
Dresden/Stadt	0351 / 488 1401 0351 / 488 1403	Bautzen	03591 / 324 800 03591 / 324 535	Muldentalkreis	03437 / 984 520 03437 / 984 513
Stadt Görlitz	03581 / 672 324 03581 / 672 323	Chemnitzer Land	03763 / 45 620 03763 / 45 661	Niederschlesischer Oberlausitzkreis	03588 / 285 181 03588 / 285 109
Stadt Hoyerswerda	03571 / 457 471 03571 / 457 475	Delitzsch	034202 / 69 480 034202 / 69 488	Riesa-Großenhain	03522 / 303 521 03522 / 303 522
Stadt Leipzig	0341 / 123 6909 0341 / 123 6905	Döbeln	03431 / 742 105 03431 / 742 103	Sächsische Schweiz	03501 / 515 810 03501 / 515 896
Stadt Plauen	03741 / 291 2571 03741 / 291 2579	Freiberg	03731 / 799 840 03731 / 799 591	Stollberg	037296 / 592 280 037296 / 592 293
Stadt Zwickau	0375 / 835 300 0375 / 835 353	Kamenz	03578 / 325 301 03578 / 325 399	Torgau-Oschatz	03421 / 758 901 03421 / 758 905
Annaberg	03733 / 833 120 03733 / 833 101	Leipziger Land	03433 / 241 511 03433 / 241 588	Vogtlandkreis	03744 / 264 125 03744 / 212 549
		Löbau-Zittau	03583 / 722 108 03583 / 722 114	Weißeritzkreis	03504 / 6202421 03504 / 6202409
		Meißen	03521 / 725 660 03521 / 725 619	Zwickauer Land	03761 / 561 484 03761 / 3153
		Mittlerer Erzgebirgskreis	03735 / 663 525 03735 / 23 309		



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** 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.

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

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C052

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C053

Freiberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/C054

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 9. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie (Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 04/C055

Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/C056

Annaberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/C057

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 10. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D050

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15. 9. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/D051

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D052

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D053

Sächsische Schweiz

Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D054
Reg.-Nr. 04/D055

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 10. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/L035

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/L036
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/L037

Torgau-Oschatz

Facharzt für Augenheilkunde (Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 04/L038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 10. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 403.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

»Unbekanntes Wesen – Gehirn«



Prof. Dr. Hans Günter Gassen und
Dr.-Ing. Sabine Minol
ISBN 3-932845-71-4
Media Team Verlag, Darmstadt
29,90 Euro

50 Jahre nach der Entschlüsselung unseres genetischen Alphabets, der DNA-Struktur, rückt ein neues Wissensgebiet in den Mittelpunkt weltweiten Interesses: die Erforschung des menschlichen Gehirns. Aufgrund neuer

Techniken wie bildgebenden Verfahren und der Neurogenetik hofft man, komplexe Vorgänge wie Gedächtnis und Bewusstsein zu erklären.

In einem gerade erschienenen Buch führen die Darmstädter Wissenschaftler Prof. Dr. Hans Günter Gassen und Dr.-Ing. Sabine Minol die Leser in verständlicher Weise an dieses hochkomplizierte Thema heran. Das Faszinosum Gehirn wird in dem reich illustrierten 176 Seiten-Band anschaulich dargestellt, viele aktuelle Fragen und anderes zur Anatomie, zur Wirkung von Rausch- und Suchtmitteln oder zu Intelligenz und Kreativität finden umfassende Antworten und werfen neue Fragen auf. Die Autoren stellen auch die neuesten Ergebnisse der Hirnforschung vor und diskutieren ihren Nutzen für die Behandlung Alzheimer, Parkinson und Schlaganfall. Der Band verweist auf neue, kausal wirkende Medikamente und Substitutionstherapien, zum Beispiel den Ersatz von Nervengewebe, die bei Demenzerkrankungen wie Parkinson und Alzheimer eingesetzt werden können. Weiterhin weisen die Autoren Wege auf, wie durch eine hirsnspezifische Ernährung die Lebensqualität bis ins hohe Alter bewahrt werden kann.

Gassen/Minol machen jedoch auch darauf aufmerksam, dass die dazu notwendige molekulare Entschlüsselung von Hirnfunktionen neue soziale Herausforderungen erzeugt. Die „optimierten Gehirne“ werden neue ethische und moralische Kontroversen auslösen, auf die der Leser des Buches vorbereitet werden soll.

In eigener Sache

Die Sächsische Landesärztekammer sucht:

Ärztin/Arzt

für eine vielfältige, interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit als Mitarbeiter und Koordinator für die Aufgabengebiete Gesundheits- und Berufspolitik, ambulante/stationäre/integrierte Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention, Umwelt, Sucht, Drogen u. a.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert sein.

Wir erwarten die Fähigkeit zur selbständigen, teamorientierten Arbeit, großes Engagement, Flexibilität, Belastbarkeit, Organisationstalent sowie PC-Erfahrung.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern in einem persönlichen Gespräch besprechen. Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild an:

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Ausstellungen und Konzert

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Katharina Kretschmer

Menschenbilder

Malerei, Grafik, Collagen

15. September bis 14. November 2004

Vernissage

Donnerstag, 16. September 2004, 19.30 Uhr

Einführung: Regina Niemann,

Kulturwissenschaftlerin

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Barbara Großpietsch

September 2004

Vernissage

Mittwoch, 15. September 2004, 19.00 Uhr

Foyer 2. Etage

Konzert

Junge Matinee

Kammermusik

Sonntag, 3. Oktober 2004, 11.00 Uhr

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für Musik,
Carl Maria von Weber Dresden

ANZEIGE

Ihre
Sächsische Landesärztekammer
im Internet

www.slaek.de

Arbeitsrecht für Ärztinnen und Ärzte

Die beiden Fortbildungsveranstaltungen des Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte am 24.03. und 21.04.2004 haben sich mit dem Arbeitsrecht befasst, wobei Fragestellungen aus dem Blickwinkel des niedergelassenen Arztes im Vordergrund gestanden haben. Der wesentliche Inhalt soll hier vorgestellt werden:

I.

Das Thema der Veranstaltung am 24.03.2004 lautete: „**Arbeitsrechtliche Neuregelungen und ihre Auswirkungen für die Praxis des niedergelassenen Arztes**“.

Im Kern geht es um die seit 01. 01. 2004 gültigen neuen arbeitsrechtlichen Regelungen dargelegt, die auf dem Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt beruhen (BGBL 2003 I, Seite 3002 ff.). Die wohl wichtigsten Änderungen beziehen sich auf das Kündigungsschutzgesetz. Hier ist von besonderer Bedeutung, dass eine allgemeine Klagfrist für **sämtliche Kündigungsarten** ohne Einfluss auf die Betriebsgröße eingeführt wurde. Nach § 4 KSchG n.F. gilt zukünftig für alle Beendigungs- und Änderungskündigungen eine einheitliche **Klagfrist von drei Wochen**, und zwar unabhängig von der Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes.

Mit der Erweiterung des § 4 Kündigungsschutzgesetz auf sämtliche Unwirksamkeitsgründe einer Beendigungs- oder Änderungskündigung hat der Gesetzgeber nunmehr eine einheitliche Klagfrist geschaffen, die der Arbeitnehmer wahrnehmen muss, wenn er die Kündigung nicht akzeptiert. Anderenfalls tritt die Fiktionswirkung des § 7 Kündigungsschutzgesetz ein. Dies bedeutet, dass die Kündigung als von Anfang an rechtswirksam betrachtet wird, sofern nicht rechtzeitig, also innerhalb der oben genannten Frist, Klage beim Arbeitsgericht eingereicht wurde. Nur unter im Gesetz eng umrissenen Voraussetzungen (§ 5 KSchG n.F.) werden verspätete Klagen zugelassen.

Es ist ferner zu berücksichtigen, dass im Kündigungsschutzgesetz die so genannte **Kleinbetriebsklausel** neu gestaltet wurde. Für die bis 31. 12. 2003 bestehenden Arbeitsverhältnisse bleibt es grundsätzlich bei einem Schwellenwert von 5 Arbeitnehmern. Bis zu einem Schwellenwert von 10 Arbeitnehmern werden künftig die Arbeitnehmer nicht mehr berücksichtigt, die nach dem 31. 12. 2003 ihr

Arbeitsverhältnis begonnen haben, so dass künftig in den Praxen, die eine größere Zahl von Mitarbeitern beschäftigen, möglicherweise zu differenzieren ist. Was ist gemeint? Die oben gestellte Neuregelung führt zu einer zweistufigen Prüfungssystematik. Es muss zuerst geprüft werden, ob die Praxis 5,25 oder mehr Arbeitnehmer beschäftigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer anteilig berücksichtigt werden (Teilzeitbeschäftigte mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden werden mit 0,5 und von nicht mehr als 30 Stunden mit 0,75 berücksichtigt. Alles, was darüber liegt, wird mit 1,0 gezählt. Auszubildende werden nicht mitgezählt).

In der zweiten Stufe ist zu prüfen, ob der Arbeitnehmer vor dem 01. 01. 2004 oder zu einem späteren Zeitpunkt eingestellt wurde und der Betrieb 10,25 oder mehr Arbeitnehmer beschäftigt. Das bedeutet, dass die bis zum 31. 12. 2003 eingestellten Arbeitnehmer ihren Kündigungsschutz so lange behalten, wie im Betrieb mindestens 5,25 Arbeitnehmer tätig sind, die am 31. 12. 2003 dort schon tätig waren. Waren demgegenüber dort nur fünf Arbeitnehmer beschäftigt, genießen diese keinen Kündigungsschutz. Kommen zu den bis 31. 12. 2003 beschäftigten fünf Arbeitnehmern ab 01. 01. 2004 zum Beispiel zwei weitere Arbeitnehmer hinzu, so genießen auch diese keinen Kündigungsschutz. Sofern zum 31. 12. 2003 sieben oder acht Arbeitnehmer (mindestens 5,25) beschäftigt waren, nach dem 01. 01. 2004 zwei weitere Arbeitnehmer hinzukommen, genießen die bereits beschäftigten Altarbeitnehmer Kündigungsschutz, nicht jedoch die zwei nach dem 01. 01. 2004 eingestellten Arbeitnehmer. Sofern in dem Betrieb zum 31. 12. 2003 fünf Arbeitnehmer beschäftigt waren und ab dem 01. 01. 2004 sechs Arbeitnehmer neu eingestellt werden, mithin elf Arbeitnehmer beschäftigt sind, gilt für die zum 31. 12. 2003 beschäftigten Arbeitnehmer sofort der gesetzliche Kündigungsschutz. Die **5** neu eingestellten Arbeitnehmer kommen auch in den Genuss des Kündigungsschutzes, jedoch erst nach Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von **6** Monaten. (1) Der Arbeitnehmer muss, um Kündigungsschutz in Anspruch nehmen zu können, mehr als 6 Monate im Betrieb beschäftigt sein.

Glücklich ist diese Regelung nicht. Einerseits wird ein Sachverhalt kompliziert geregelt, ob-

wohl dazu keinerlei Notwendigkeit besteht. Andererseits trägt die Einführung einer „Zweiklassengesellschaft“ hinsichtlich des Kündigungsschutzes in ein und derselben Praxis – freilich nur unter den oben genannten Voraussetzungen – sicherlich auch nicht dazu bei, einen positiven Beitrag in Bezug auf das Praxisklima zu leisten.

Zu beachten ist, dass Kündigungen zwingend der **Schriftform bedürfen (§ 623 BGB)**. (Dies galt schon vor dem 01. 01. 2004). Das Schriftformerfordernis gilt für die arbeitgeber- als auch für arbeitnehmerseitige Kündigungen. Das Kündigungsschreiben muss vom Aussteller eigenhändig durch **Namensunterschrift** bzw. mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet werden. Die Kündigung bedarf keiner Angabe des Kündigungsgrundes, es sei denn, der Tarif- oder Arbeitsvertrag sehen etwas anderes vor. Einen Begründungszwang kennt auch § 5 Abs. 2 BBiG (Berufsbildungsgesetz) für die fristlose Kündigung in einem Berufsausbildungsverhältnis.

Auf Grund der hier dargestellten Fristenproblematik spielt der Zugang der Kündigungserklärung künftig eine noch größere Rolle als bisher. Es empfiehlt sich stets, den Arbeitnehmer auf einer Kopie der schriftlichen Kündigungserklärung den Empfang der Kündigungserklärung mit Datumsangabe quittieren zu lassen. Sofern der Arbeitnehmer hierzu nicht bereit ist, empfiehlt sich die Übergabe **unter Zeugen**. Eine sichere Möglichkeit der Übermittlung der Kündigung ist die Übermittlung **durch Boten**. Im Falle eines Rechtsstreites muss der Bote dann einerseits bezeugen, dass er weiß, was in dem von ihm zu transportierenden Umschlag ist (Kündigung). Ferner muss er bezeugen, wann er das Schreiben in den Hausbriefkasten des Arbeitnehmers eingeworfen hat. Es ist stets zu berücksichtigen, dass der Arbeitgeber für den Zugang der Kündigung **beweispflichtig** ist.

Der letzte hier kurz vorgestellte Komplex der Änderungen des Kündigungsschutzgesetzes bezieht sich auf die Bestimmung des § 1a Abs. 1 KSchG). Danach hat der Arbeitnehmer mit Ablauf der Kündigungsfrist einen Anspruch auf Zahlung einer Abfindung, deren Höhe sich aus dem Gesetz ergibt, wenn der Arbeitgeber eine fristgerechte Kündigung wegen dringender betrieblicher Gründe an den Arbeitneh-

mer richtet und wenn er zusammen mit der Kündigung den Hinweis tätigt, dass die Leistung einer Abfindung bei Nichterhebung der Kündigungsschutzklage und Verstreichen der Klagefrist beansprucht werden kann.

Was heißt das?

Der Arbeitgeber bietet dem Arbeitnehmer einen so genannten Klageverzichtsvertrag an, der vom Arbeitnehmer durch Verstreichen der oben dargestellten dreiwöchigen Klagefrist angenommen wird. Hier ist folgendes zu beachten:

1. Eine Abfindungszahlung nach § 1a Abs. 1 KSchG kommt nur bei Kündigungen wegen dringender betrieblicher Erfordernisse im Sinne des § 1 Abs. 2 S. 1 KSchG in Frage.

2. Ein Abfindungsanspruch bei außerordentlichen fristlosen, verhaltensbedingten und personenbedingten Kündigungen sowie bei Änderungskündigungen und Verbundkündigungen ist ausgeschlossen.

3. Der Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes muss gegeben sein. Dies bedeutet, dass der vor dem 31. 12. 2003 eingestellte Arbeitnehmer einerseits länger als sechs Monate im Betrieb tätig gewesen sein muss mit mehr als fünf Arbeitnehmern bzw. ein nach dem 31. 12. 2003 eingestellter Arbeitnehmer muss länger als sechs Monate im Betrieb eingestellt werden sein mit mehr als zehn Mitarbeitern.

4. Die Kündigungserklärung muss der Schriftform des § 623 BGB entsprechen.

5. Der Arbeitgeber muss die oben dargestellten Hinweise innerhalb der Kündigungserklärung abgeben, das heißt er muss auf die dringenden betrieblichen Erfordernisse einerseits hinweisen, und auf die Bereitschaft zur Zahlung der gesetzlichen Abfindung bei Verstreichen der Klagefrist andererseits (3).

Nach § 1 a Abs. 2 KSchG beträgt die Höhe der Abfindung 0,5 (Brutto-)Monatsverdienste für jedes Jahr des Bestehens des Arbeitsverhältnisses. Zu beachten ist, dass der Arbeitgeber nicht verpflichtet ist, ein derartiges Angebot zu unterbreiten. Der Zweck der Regelung besteht offenkundig darin, einen Anreiz zu schaffen, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf dem Vereinbarungswege eine Rege-

lung finden, die ein späteres Gerichtsverfahren vermeidet.

II.

Die zweite arbeitsrechtliche Fortbildungsveranstaltung des Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte stand unter dem Thema: „**Arbeitsverträge, Aufhebungsverträge und arbeitsrechtliche Kündigungen**“.

Hier ist kurz zusammengefasst folgendes zu beachten:

Zwar kann der Abschluss eines Arbeitsvertrages nach wie vor grundsätzlich formfrei erfolgen. Das Nachweisgesetz bestimmt jedoch, dass der Arbeitgeber **spätestens einen Monat** nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederlegen muss und eine entsprechende Niederschrift zu unterzeichnen und dem Arbeitnehmer auszuhändigen ist. Bereits aus Gründen der Rechtssicherheit wird heutzutage kein Arbeitsverhältnis mehr zustande kommen, ohne dass ein schriftlicher Arbeitsvertrag vorliegt. Die Parteien werden schon aus Gründen der Beweissicherung ein Interesse daran haben, einen schriftlichen Arbeitsvertrag abzuschließen, ganz abgesehen davon, dass es in einem späteren Rechtsstreit über den Inhalt des Arbeitsverhältnisses für den Arbeitgeber zu **Beweisnachteilen** kommen kann, wenn kein schriftlicher Vertrag vorliegt.

Beim Probearbeitsverhältnis ist darauf hinzuweisen, dass zwei Formen vorkommen können, einerseits das befristete, andererseits das unbefristete Arbeitsverhältnis. Regelmäßig wollen die Parteien lediglich eine Probezeit in einem Dauerarbeitsverhältnis (unbefristetes Arbeitsverhältnis) begründen. Das bedeutet, dass das Arbeitsverhältnis nach Ablauf der Probezeit automatisch in ein normales Arbeitsverhältnis übergeht, sofern keine Kündigung erfolgt. Die Dauer der Probezeit unterliegt dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wobei nur in wenigen Fällen die Probezeit über sechs Monate liegen wird. Während der Probezeit kann in den ersten sechs Monaten gem. § 622 Abs. 3 BGB mit einer **Frist von zwei Wochen gekündigt werden**. Nach Ablauf der Probezeit gelten die ganz normalen Kündigungsfristen des BGB (§ 622 Abs. 1 BGB). Danach kann das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von vier Wochen zum

15. oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Die Kündigungsfristen für den Arbeitgeber werden allerdings je nach Beschäftigungsdauer immer länger. So beträgt beispielsweise die Frist für eine Kündigung durch den Arbeitgeber, wenn das Arbeitsverhältnis in der Praxis 12 Jahre bestanden hat, fünf Monate zum Ende eines Kalendermonats (§ 622 Abs. 2 Ziff. 6 BGB). Zu beachten ist, dass gem. § 622 Abs 2 Satz 2 BGB für die Berechnung der Beschäftigungsdauer des Arbeitnehmers Zeiten, die vor der **Vollendung des 25. Lebensjahres** liegen, nicht berücksichtigt werden.

Eine besondere Form des Arbeitsvertrages stellt der befristete Arbeitsvertrag dar. Auf das befristete Arbeitsverhältnis sind gem. § 620, Abs. 3 BGB die Bestimmungen des Teilzeit- und Befristungsgesetzes anzuwenden (TzBfG). Hier ist zu beachten, dass das neue Befristungsrecht ohne Einschränkung **in allen Betrieben**, auch in Kleinbetrieben mit fünf oder weniger Arbeitnehmern, gilt.

Haben die Parteien eine Befristung vereinbart ist zu beachten, dass das Arbeitsverhältnis regelmäßig mit Fristablauf bzw. Zweckerreichung endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Dies bedeutet, dass auch die speziellen Schutzvorschriften des Kündigungsschutzgesetzes keine Wirksamkeit entfalten. Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber in dem oben genannten Gesetz entsprechende Schutzvorschriften geschaffen, um insbesondere Gesetzesumgehungen zu vermeiden. Die Arbeitsgerichte überprüfen insbesondere so genannte Kettenbefristungen. Hier wird geprüft, ob ein so genannter Dauerbedarf besteht mit der Folge, dass von einem unbefristeten Arbeitsverhältnis ausgegangen wird. Generell verlangen Rechtsprechung und Gesetz, dass für Befristungen ein sachlicher Grund vorliegt. Eine Ausnahme besteht dann, wenn eine Neueinstellung vorliegt. Befristungen dürfen eine gewisse angemessene Dauer nicht überschreiten. Bei Neueinstellungen ist sie gesetzlich auf **maximal zwei Jahre** begrenzt, wobei bis zur Dauer von 2 Jahren die dreimalige Verlängerung eines Arbeitsverhältnisses zulässig ist. Es können also vier befristete Arbeitsverträge von jeweils sechs Monaten abgeschlossen werden.

Zu beachten ist ferner, dass ein unbefristetes Arbeitsverhältnis nicht in ein befristetes umgewandelt werden darf. Die Zustimmung des

Arbeitnehmers ändert daran nichts. Neben dem Teilzeit- und Befristungsgesetz existieren einzelvertragliche Sonderregelungen, zum Beispiel das „Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in Weiterbildung.“ Danach liegt ein die Befristung rechtfertigender Grund vor, wenn die Anstellung des Arztes seiner Weiterbildung zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung dient, wobei die Höchstdauer der Befristung **8 Jahre** beträgt. (3)

Das Teilzeit- und Befristungsgesetz wurde mit dem Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt um eine sogenannte „Existenzgründerklausel“ erweitert. In den ersten vier Jahren nach Gründung eines Unternehmens ist die kalendermäßige Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes für die Dauer von **4 Jahren** zulässig. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz befasst sich – wie sein Name schon sagt – nicht nur mit der Frage der Befristung von Arbeitsverhältnissen, sondern auch mit dem Thema Teilzeitarbeit. Mitarbeiter in Betrieben mit **mehr als 15 Beschäftigten** haben unter bestimmten Voraussetzungen einen gesetzlichen Anspruch, von einem Vollzeit- auf einen Teilzeitarbeitsplatz zu wechseln.

Bei Aufhebungsverträgen ist zu berücksichtigen, dass auch hier die **Schriftform gem. § 623 BGB** zwingend anzuwenden ist. Vor dem Abschluss etwaiger Aufhebungsverträge sollten beide Seiten Rechtsrat einholen, um etwaige nachteilige Wirkungen zu vermeiden. Dem Mitarbeiter sollen keine Rechte, beispielsweise im Falle späterer Arbeitslosigkeit verloren gehen (zum Beispiel Sperrzeit), der Arbeitgeber will nicht das Risiko eingehen, dass eine einmal ausgehandelte Vereinbarung später wieder angefochten wird.

Sofern eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses notwendig ist, muss differenziert werden zwischen ordentlichen und außerordentlichen Kündigungen einerseits sowie Änderungskündigungen andererseits. Ferner muss geprüft werden, ob die Bestimmungen des Kündigungsschutzgesetzes überhaupt anwendbar sind (Anzahl der Arbeitnehmer). Eine Änderungskündigung liegt dann vor, wenn der Kündigende (Arbeitgeber) im Zusammenhang mit dem Kündigungsschreiben zugleich ein neues Arbeitsverhältnis anbietet. Eine Änderungskündigung besteht mithin aus einer Kündigung sowie einem neuen Vertragsangebot (meist mit schlechteren Arbeitsbedingungen). Sofern der Arbeitnehmer das Änderungsangebot ablehnt, liegt eine bloße Kündigung des Arbeitsverhältnisses vor. Nimmt er das Änderungsangebot an, so setzt sich das Arbeitsverhältnis zu den angebotenen Bedingungen fort. Daneben kann der Arbeitnehmer im Geltungsbereich von § 2 KSchG die geänderten Arbeitsbedingungen auch unter dem Vorbehalt annehmen, dass diese sozial gerechtfertigt sind. Wird dieser Vorbehalt innerhalb von drei Wochen ab Zugang der Änderungskündigung erklärt, muss der Arbeitnehmer zwar zunächst ab Ablauf der Kündigungsfrist zu den neuen Bedingungen arbeiten, er kann jedoch diese im Rahmen einer Änderungsschutzklage gerichtlich überprüfen lassen. Auch diese Klage ist innerhalb von drei Wochen ab Zugang der Änderungskündigung zu erheben.

Neben der ordentlichen Kündigung spielt die außerordentliche Kündigung eine nicht unerhebliche Rolle. Eine außerordentlich Kündigung kann fristlos, entfristet oder mit ordentlicher Kündigungsfrist ausgesprochen werden. Entfristet bedeutet nichts anderes als das

Zurverfügungstellen einer kurzen Auslauffrist. Zu beachten ist hier die Bestimmung des § 626 Abs. 2 BGB. Danach kann die außerordentliche Kündigung nur innerhalb **von zwei Wochen** erfolgen. Die Zweiwochenfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Kündigungsschutzberechtigte von den für die Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erhält.

Weder die ordentliche noch die außerordentliche Kündigung muss begründet werden. Bei außerordentlicher Kündigung sowie bei Kündigung im Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes ist die Angabe von Gründen auf Verlangen des Arbeitnehmers jedoch notwendig und insbesondere bei außerordentlichen Kündigungen dem Arbeitnehmer unverzüglich mitzuteilen.

Die hier kurz skizzierten aktuellen Fragen des Arbeitsrechtes berücksichtigen nicht arbeitsrechtliche Fragestellungen, die zum Beispiel dann hinzutreten, wenn die Vertragsparteien dem Tarifvertragsrecht unterliegen oder freiwillig vertraglich die Einbeziehung tarifvertraglicher Regelungen vereinbaren.

Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte,
Dr. med. Michael Kirsch,
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Dr. Jürgen Trilsch, Rechtsanwalt
Erna-Berger-Straße 3, 01097 Dresden

Literatur

- 1 Ruge, Handbuch Kündigungsrecht, Deutscher AnwaltVerlag 2004, S.81 Rdnr. 40
- 2 Meixner, Das Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt, ZAP, 2004, 81 ff.
- 3 Schaub, Arbeitsrechtshandbuch, 10. Auflage, C. H. Beck, S.315, Rdnr. 84

ST. Falk¹, M. Blühler¹, A. Oberbach², M. Busse², R. Paschke¹

Bewegungstherapie in der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2

¹ Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums Leipzig ² Institut für Sportmedizin der Universität Leipzig

Zusammenfassung:

Körperliche Inaktivität ist ein wesentlicher Risikofaktor für Diabetes mellitus Typ 2. Mehrere große Interventionsstudien belegen, dass körperliche Aktivität das Risiko an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken senkt. Des Weiteren vermag körperliche Aktivität die Krankheitsprogression zu verlangsamen oder gar zu stoppen. Die aktuelle Herausforderung besteht darin, diese Forschungsergebnisse in die klinische Routine und poststationäre Behandlungskonzepte zu überführen, um die Gesundheit der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zu verbessern. Aus diesem Grunde hat die Medizinische Klinik III

ein stationäres Bewegungsprogramm etabliert, sowie im Rahmen einer Kooperation mit dem Sportmedizinischen Institut der Universität Leipzig die Möglichkeit für eine langfristige bewegungstherapeutische Behandlung geschaffen. Hier werden den Patienten zudem Kenntnisse vermittelt, die es ihnen nach entsprechender Konditionierung erlauben, auch im heimischen Bereich ihr körperliches Aktivitätsniveau zu steigern und regelmäßig zu trainieren.

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus, Bewegungstherapie, Sportmedizin

Körperliche Inaktivität ist ein wesentlicher Risikofaktor für Diabetes mellitus Typ 2. Bewegungsmangel, in Kombination mit falschen Essgewohnheiten, trägt zudem maßgeblich zur Progression der Spätkomplikationen des Diabetes mellitus Typ 2 bei.

Eine Reihe von Studien konnten diesen Zusammenhang belegen. (Tuomilehto, J; Lindström, J; Eriksson, JG; et al., 2001; The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group, 2002)

Im Rahmen dieser Untersuchungen konnte auch gezeigt werden, dass körperliche Aktivität das Risiko an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken senkt. Bei bereits manifestem Diabetes mellitus Typ 2 verbessert körperliche Aktivität die Stoffwechselsituation (Glukose-, Fettstoffwechsel) sowie die kardiovaskuläre Gesamtsituation (Devlin, JT; Rudermann, N, 2002). Die Progression der Erkrankung kann so verlangsamt und/oder sogar gestoppt werden.

Die aktuelle Herausforderung besteht nun darin, diese Forschungsergebnisse in die klinische Routine und poststationäre Behandlungskonzepte zu überführen, um die Gesundheit der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zu verbessern.

Bereits regelmäßige moderate aerobe Bewegung führt zu einer Reihe von Adaptationsvorgängen in der Muskulatur und im zentralen kardiopulmonalen System. Langfristig kommt es zu einer Herzhypertrophie, zum Anstieg des Blutvolumens, des enddiastolischen Volumens, des Schlagvolumens, des Herzminutenvolumens sowie zu einer Reduktion der Herzfrequenz für jede submaximale Belastung, also zu einer funktionellen Ökonomisierung der Herzarbeit.

Metabolische Adaptationsvorgänge führen zu

einem Anstieg der muskulären Mitochondrienzahl und deren Volumen, Vergrößerung der Glykogenspeicher, erhöhter Fettutilisation, erhöhtem Laktatabbau, erhöhter Enzymaktivität für aeroben Stoffwechsel und einer erhöhten maximalen Sauerstoffaufnahme (Lengfelder, W, 2001).

Im Hinblick auf den Glukosestoffwechsel kommt es zu sehr kurzfristig wirksamen Veränderungen des Skelettmuskelstoffwechsels. Zum einen wird die Glukoseaufnahme in den Skelettmuskel während und direkt nach dem Training erhöht. Zum anderen kommt es zu einer prolongiert erhöhten Sensitivität der Glukoseaufnahme durch Insulin (Goodyear, LJ; Horton, E, 2002). Bereits eine aerobe Trainingseinheit nach den Richtlinien der American Diabetes Association kann diese Effekte hervorrufen, die dann über mehrere Stunden nach Abschluss des Trainings andauern (Skerrett, PJ; Manson, JE, 2002).

Diese Erkenntnisse haben uns veranlasst, Bewegung in unserer Klinik als Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2 einzusetzen. Wir haben ein stationäres Bewegungsprogramm etabliert, welches zudem die Möglichkeit beinhaltet, im Anschluss an den stationären Aufenthalt an einem langfristigen bewegungstherapeutischen Programm im Institut für Sportmedizin der Universität Leipzig teilzunehmen. Ziel des stationären Bewegungsprogramms ist dabei, die oben erläuterten positiven metabolischen Veränderungen einzuleiten. Daneben erfüllt das Bewegungsprogramm aber noch weitere Funktionen:

– Es ermöglicht eine, an den heimischen Realitäten gemessene effektivere Medikation und/oder Insulineinstellung der Patienten. Die durch die Hospitalisierung bedingte Immobilisation entspricht oft nicht dem heimischen Aktivitätsniveau (Einkaufen, Gartenarbeit etc.),

so dass das die stationär gemessenen Blutzucker-Werte (BZ-Werte) auf höherem Niveau liegen als die heimischen BZ-Werte. Diese Aktivitäten werden so berücksichtigt.

– Im Hinblick auf eine poststationäre Bewegungstherapie findet eine gewisse Vorkonditionierung statt. Dies ist nur bedingt als Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu verstehen, denn dazu ist der Aufenthalt zu kurz. Vielmehr werden die Patienten, die sich unter Umständen seit Jahren nicht mehr bewusst körperlichen Belastungen unterzogen haben, instruiert, eben dieses unter medizinischer Anleitung zu tun. Sie erlernen den Aufbau eines sinnvollen Bewegungsprogramms und erlernen Fertigkeiten, die für das selbstständige Training notwendig sind: Atemtechnik, Pulskontrolle, Blutdruck-Kontrolle (RR-Kontrolle). Des weiteren lernen die Patienten ihre Belastungsgrenzen kennen, um auch allein zu Hause adäquat trainieren zu können.

Im Mittelpunkt der Bemühung steht die Motivation des Patienten. Die Auswahl des Trainingsgerätes ist hier der erste wichtige Schritt. Neben medizinischen Kriterien sind die Neigungen des Patienten sowie sozioökonomische Kriterien zu berücksichtigen, um ein niederschwelliges Angebot herzustellen. Es sollten Übungen bevorzugt werden, die gut quantifizierbar sind, wie zum Beispiel Ergometer (Belastungsintensität, Belastungsumfang) im Gegensatz zu weniger gut quantifizierbaren wie „ausdehnte Spaziergänge“. Weiterhin ist zu berücksichtigen, welche Übungen der Patient im heimischen Umfeld am ehesten umsetzen kann: Ist genug Platz für ein Ergometer in der Wohnung? Ist eine Anschaffung zu teuer? Diese Überlegungen müssen sorgfältig getroffen werden, soll doch die Fort-

setzung der Bewegungstherapie poststationär selbstständig erfolgen.

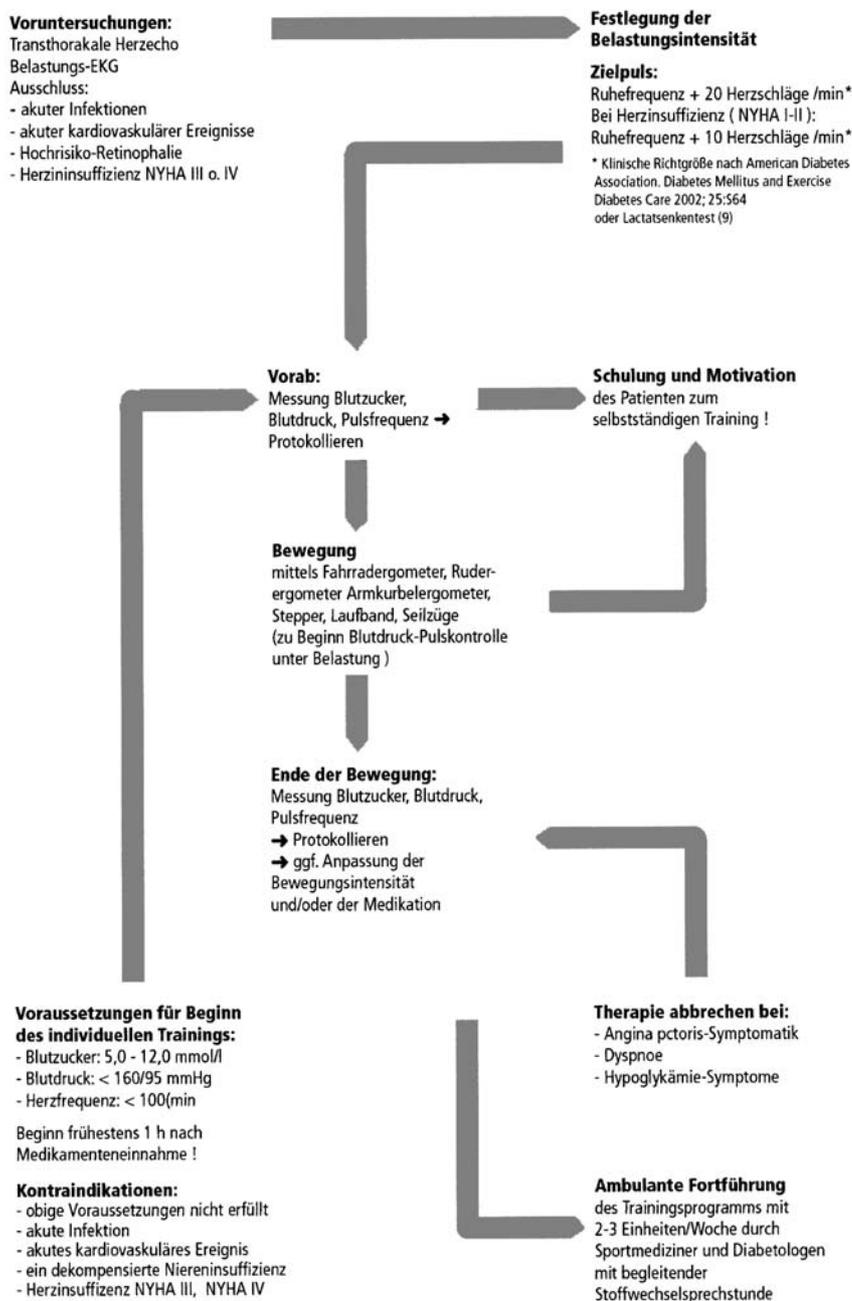
Zur Verfügung stehen multiple Trainingsmöglichkeiten: Ergometer, Armkurbel, Therabänder, Gewichte, Treppenstufen, Fingerhandeln... Hat ein Patient dann erlernt, wie er selbstständig auch in anderen Formen der Bewegung eine adäquate Dosierung erreichen kann (durch Selbstkontrolle des Pulses, RR, BZ), so kann er daheim auch im Grunde schlechter quantifizierbare Übungen praktizieren, wie das oben genannte spazieren gehen.

Die Bewegungstherapie erfolgt unter dokumentierter RR, Puls und BZ-Kontrolle vor und nach der Therapie, gegebenenfalls anfangs auch während der Trainings. Dies dient zum einen der Festlegung der richtigen Belastungsintensität, zum anderen der Schulung und Motivation des Patienten, der hier direkt die Auswirkungen seines Trainings erfahren kann.

Die Trainingsintensität orientiert sich dabei an den Richtlinien der American Heart Association (AHA) und des Centers for Disease Control (CDC) (Pate, RR; Pratt, M; Blair, SN; et al, 1995; Position Statement American Diabetes Association, 2002). Hiernach soll an den meisten, möglichst allen Tagen der Woche, für mindestens 30 Minuten eine mäßig intensive körperliche Aktivität im aeroben Bereich erfolgen.

„Mäßig“ bedeutet hierbei eine Intensität von 40 bis 60 Prozent der maximalen Sauerstoffaufnahme oder gemessen an der Pulsfrequenz 55 bis 69 Prozent der maximalen Herzfrequenz. Für den klinischen wie auch den späteren heimischen Gebrauch dient die Pulsfrequenz zur Überwachung der Trainingsintensität – sie ist über weite Bereiche proportional der Sauerstoffaufnahme und leicht messbar. Es ist empfehlenswert, die individuelle maximale Herzfrequenz durch eine leistungsphysiologische Untersuchung festzustellen. Im Allgemeinen sind die Diabetes mellitus Typ 2 Patienten seit vielen Jahren körperlich inaktiv und leiden zudem an einer Reihe von Co-Morbiditäten – Spätkomplikationen des Diabetes mellitus Typ 2 oder anderweitigen Erkrankungen, zum Beispiel des Bewegungsapparates. Voraussetzung für die Therapie ist demnach eine sorgfältige Diagnostik.

Die Planung und Durchführung der Therapie kann nach folgendem Schema durchgeführt werden:



Individuelle Bewegungstherapie auf einer diabetologischen Station

Das Wissen um die große Bedeutung der Bewegungstherapie bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 hat uns dazu veranlasst, in Kooperation mit dem Sportmedizinischen Institut unseres Hauses ein ambulantes bewegungstherapeutisches Programm zu initiieren. Hier werden entsprechend motivierte Diabetes mellitus Typ 2 Patienten therapiert.

Die Patienten können unter intensiver medizinischer Betreuung durch Sportmediziner und Ärzte unserer Abteilung trainieren. Ziel ist es, durch ein individuell optimiertes, kontrolliertes Bewegungsprogramm das Körpergewicht und den Medikamenten- und/oder Insulinbedarf dauerhaft zu senken und so den Patienten zu ermöglichen, aktiv den Spät-

komplifikationen des Diabetes mellitus Typ 2 entgegenzutreten.

Begleitend sind die Patienten in eine bewegungstherapeutische Stoffwechselsprechstunde eingebunden. Hier wird im Rahmen der Erstvorstellung eine spezifische bewegungstherapeutische Anamnese und der körperlicher Status erhoben. Diese bilden zusammen mit einer leistungsphysiologischen Diagnostik die Grundlage zur Erstellung des Bewegungsprogramms. Von besonderem Interesse ist hierbei: die diabetische Situation (Medikation, Folgeerkrankungen, konstitutionelle Merkmale), Herz-Kreislaufsituation, Gelenkstatus, Begleit- und Nebenerkrankungen (insbesondere auch Muskelerkrankungen). In den regelmäßigen weiteren Konsultationen steht daneben die Medikamentenanpassung im Fordergrund. Beispielfhaft sei hier der stationäre Verlauf einer 59-jährigen Diabetes-Typ 2-Patientin geschildert, die wir aufgrund eines entgleisten Diabetes mellitus (ED 1994) stationär behandelten. Die Patientin wurde zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme mit einer intensivierten konventionellen Insulintherapie behandelt, welches sich aus Normalinsulin und abendlichen Langzeitinsulin zusammensetzte. Der HbA1c lag bei 10,9 Prozent. Die Patientin wies Spätkomplikationen im Sinne einer peripheren Polyneuropathie und einer diabetischen Nephropathie im Stadium der kompensierten Retention auf. Es lag ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Hyperlipidämie und Adipositas (BMI

35,7 kg/m²) vor. Des Weiteren bestand bei der Patientin eine koronare 3-Gefäßerkrankung mit Zustand nach einer Bypass-Operation 1995 (2-fach-Bypass). Bei Aufnahme fanden sich keine Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation.

Eine bereits prästationär veranlasste Ergometrie wurde aufgrund muskulärer Erschöpfung bei 70 Watt abgebrochen, Ischämiezeichen bestanden nicht. Die maximale Herzfrequenz betrug 120/min und der maximale Blutdruck 130/60 mmHg.

Bei einem Ruhepuls der Patientin von 65/min und aufgrund der kardialen Vorgeschichte sowie der Tatsache, dass die Patientin bis dato keinerlei sportliche Aktivität ausübte, wurde die Zielherzfrequenz für die stationäre Bewegungstherapie auf 75/min festgelegt (gemäß ADA). Dies entspricht 62 Prozent der mittels Ergometrie ermittelten maximalen Herzfrequenz und somit einer moderaten Belastung, definiert als relative Belastungsintensität von 55-69 Prozent der maximalen Herzfrequenz. Die Patientin trainiert drei mal pro Tag für je 5 min auf dem Fahrradergometer mit 25 Watt. Limitierender Faktor war die rasche muskuläre Ermüdbarkeit der Patientin. Der Blutdruck lag unter dieser Belastung bei im Mittel 120/60 mmHg.

Im Rahmen der Neueinstellung auf ein adäquates Insulinschema konnte unter der Bewegungstherapie das Langzeitinsulin (30 IE Lantus) abgesetzt werden. Die Patientin wur-

de auf ein Normalinsulinschema eingestellt, wobei die morgendliche Insulindosis um 2 IE, die mittägliche und abendliche um 4 IE erhöht wurden. Die Patientin benötigte zum Zeitpunkt der Entlassung ca. 100 IE Insulin/d.

Parallel erhielt die Patientin eine Ernährungsberatung und eine Diät mit 16 BE. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes erreichte die Patientin hierunter eine Gewichtsreduktion von 90,9 auf 87,7 kg.

Die Medikation der Patientin blieb bis auf die Hinzunahme eines ACE-Hemmers zur Blutdruckeinstellung unverändert.

Dieser Verlauf zeigt, dass bereits während eines stationären Aufenthaltes unter der oben beschriebenen Zielsetzung ein effektives Bewegungsprogramm mit moderater Belastung begonnen werden kann. Sicherlich ist bei dieser Patientin der Therapieerfolg nicht alleine auf die Bewegungstherapie zurückzuführen, sondern der Kombination aus diätetischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und der Bewegungstherapie, denn beides sind wichtige Säulen der Diabetestherapie.

Die Patientin wurde nach ihrer Entlassung in ein ambulante Bewegungsprogramm übernommen, wo sie auch weiterhin aktiv trainiert.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Ralf Paschke
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Zentrum für Innere Medizin
Universitätsklinikum Leipzig AöR,
Ph.-Rosenthal-Str. 27, 04103 Leipzig

Abbildung 1 zeigt den Trainingverlauf, wobei jeweils drei Einheiten pro Tag stattfanden:



Abb. 1: Herzfrequenz und Belastung bei Therapie mit Fahrradergometer

Abbildung 2 zeigt die Blutzuckeränderungen im Rahmen der Belastung als Differenz aus dem jeweiligem BZ-Wert vor dem Training und dem BZ-Wert nach dem Training. Es zeigt sich deutlich der „Insulineffekt“ der Bewegungstherapie.

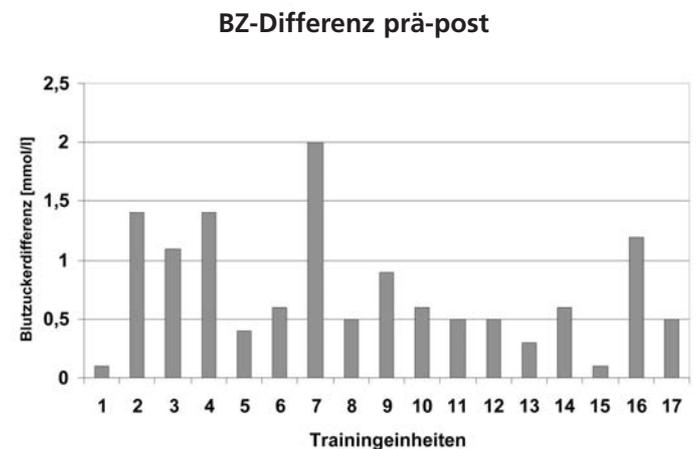


Abb. 2: Auszugsweise Differenzen der BZ-Werte vor und 1 min nach dem Training

H.-U. Wittchen, D. Pittrow, P. Bramlage, W. Kirch

Arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus in der allgemeinärztlichen Praxis in Sachsen

Einleitung

Die „Hypertension and Diabetes Risk Screening and Awareness (HYDRA-) Studie“ beschrieb und quantifizierte erstmals umfassend und bundesweit in einer Reihe von Publikationen¹⁻¹⁰ (siehe auch www.hydra-studie.de) die hausärztliche Versorgungssituation von Patienten mit arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus. Mit Hilfe dieser Studie konnten neue Erkenntnisse zur Häufigkeit und Schwere, zu häufigen Begleit- oder Folgeerkrankungen, sowie zur Therapie dieser beiden Erkrankungen gewonnen werden. Insgesamt wurden im September 2001 in einer bundesrepräsentativen Stichprobe von 1.912 zufällig ausgewählten primärärztlichen Praxen (auf der Grundlage des IMS-Registers, Instituts für Medizinische Statistik, Frankfurt) eine Stichtagsbefragung von 45125 nicht-selektierter, konsekutiver Patienten ab dem 16. Lebensjahr durchgeführt (60,0 Prozent Frauen; Altersgruppen: 12,7 Prozent 16 bis 29 Jahre, 21,9 Prozent 30 bis 44 Jahre, 23,2 Prozent 45 bis 59 Jahre, 42,2 Prozent: ≥ 60 Jahre) und ihre Erkrankungen und Interventionen dokumentiert. Im folgenden Beitrag sollen die Ergebnisse für Sachsen gesondert berichtet und den bundesdeutschen Ergebnissen gegenübergestellt werden. In Sachsen nahmen an der HYDRA-Studie $n=126$ Ärzte teil, die an zwei aufeinander folgenden Studientagen insgesamt 2.407 Patienten dokumentierten. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen eines klinisch-epidemiologischen Stufendesigns: (i) Zunächst wurden die teilnehmenden Ärzte in einer Voruntersuchung hinsichtlich ihrer Ausbildungs- und Praxismerkmale, ihren Erfahrungen und Problemen mit Hypertonikern und Diabetikern sowie ihren Einstellungen zu diesen Patientengruppen befragt. (ii) Am Erhebungstag wurden alle Patienten, die die teilnehmenden Praxen aufsuchten, ausführlich zu ihren Beschwerden, Krankheiten sowie zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt (Patientenfragebogen). (iii) Die Ärzte dokumentierten dann für jeden Patienten die von ihnen vergebenen klinischen Diagnosen sowie die Therapie (Arztbogen); zudem wurden ausgewählte Messwerte am Studientag erfasst (Blutdruck, Mikroalbuminurie mit Micral-Teststreifen) und weitere Laborwerte aus der Akte entnommen. Für die ärztlichen Diagnosen wurden keine Vorgaben (zum Beispiel Nennung von Grenzwerten) gemacht. Die Methodik der Studie und wesentliche Ergebnisse wurden in einer Reihe von Originalarbeiten detailliert beschrieben.^{5-7,9-11}

Anzahl der Praxis-Patienten pro Tag

Auffällig ist die im internationalen Vergleich hohe Patientenzahl, die nicht nur kennzeichnend für Sachsen, sondern das deutsche primärärztliche Gesundheitswesen insgesamt ist. Die an der Studie teilnehmenden Ärzte aus Sachsen betreuten im Schnitt 61,4 Patienten am Tag. Der Anteil der Ärzte, die über 80 Patienten am Tag sahen, betrug 37,3 Prozent.

Häufigkeit der arteriellen Hypertonie

Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung war – unter Verwendung der Arztdiagnosen (Grenzfälle eingeschlossen) – die unerwartet hohe Häufigkeit der Diagnose Hypertonie. In Sachsen wurde diese Diagnose bei 47,8 Prozent aller Patienten und damit deutlich häufiger als im bundesdeutschen Durchschnitt [40,2 Prozent] vergeben (Odds Ratio: 1,3), ein Hinweis auf eine frühe Diagnosestellung. Die Häufigkeit war ausgeprägt alterskorreliert und der Altersgipfel der Hypertonie lag erwartungsgemäß jenseits des 60. Lebensjahres: in

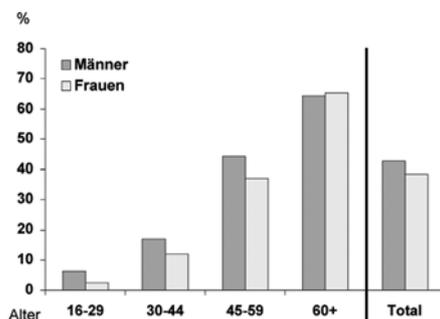


Abbildung 1a: Deutschland – die Hausärzte gaben bei 42,7 Prozent aller Männer und 38,4 Prozent aller Frauen die klinische Diagnose Hypertonie an.

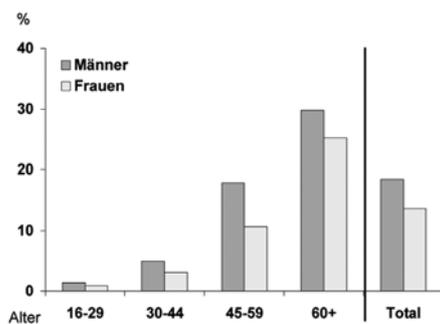


Abbildung 2a: Deutschland – die Hausärzte gaben bei 18,5 Prozent aller Männer und 13,7 Prozent aller Frauen die klinische Diagnose Diabetes mellitus an.

Sachsen erhielten 71,8 Prozent aller über 60-jährigen Patienten die Diagnose Hypertonie [Deutschland 65,4 Prozent]. Die Hypertonie trat bei Männern früher auf (Abbildung 1). Durch Abgleich mit den Blutdruckmesswerten am Erhebungstag kann davon ausgegangen werden, dass diese Häufigkeit vor allem in unteren Altersklassen als konservative Schätzung anzusehen ist, da ein erheblicher Anteil der nicht diagnostizierten Fälle über dem Normalbereich ($<140/80$ mmHg) aufwies (siehe hierzu Sharma et al.8).

Häufigkeit des Diabetes mellitus

Die sächsischen Ärzte vergaben die Diagnose Diabetes mellitus – Grenzfälle eingeschlossen – bei 21,5 Prozent ihrer Patienten [Deutschland 15,6 Prozent; Odds ratio: 1,5]. Der Altersgipfel für Diabetes fand sich jenseits von 60 Jahren und betrug insgesamt 34,5 Prozent [Deutschland 27,6 Prozent]. Während die Zahl der Patienten in jüngeren Jahren noch relativ niedrig war, waren in den Altersgruppen

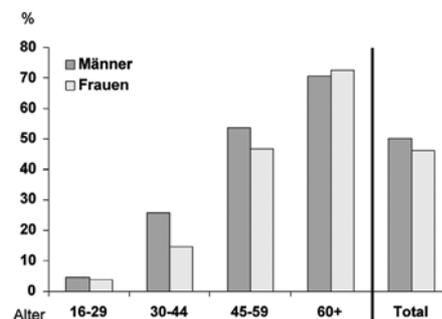


Abbildung 1b: Sachsen – dagegen nannten die sächsischen Hausärzte bei 50,3 Prozent aller Männer und 46,1 Prozent aller Frauen die klinische Diagnose Hypertonie.

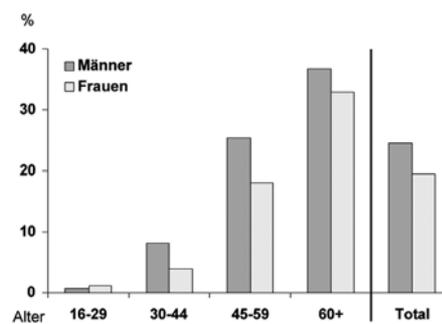


Abbildung 2b: Sachsen – dagegen nannten die sächsischen Hausärzte bei 24,5 Prozent aller Männer und 19,6 Prozent aller Frauen die klinische Diagnose Diabetes.

ab 45 Jahren gravierende Anstiege zu verzeichnen, wobei Männer im Vergleich zu Frauen früher und schwerer erkrankten (Abbildung 2).

Gemeinsames Auftreten von Hypertonie und Diabetes

Nach Arztangabe traten Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie bei 17,1 Prozent der Patienten in Sachsen in Kombination auf [Deutschland 12,0 Prozent]. Männer waren in 18,9 Prozent [Deutschland 13,8 Prozent] und Frauen in 15,9 Prozent betroffen [Deutschland 10,7 Prozent]. Die Ergebnisse für die verschiedenen Altersgruppen sind in Abbildung 3 zusammengefasst. Das hohe Ausmaß an Komorbidität belegt, dass im primärärztlichen Sektor ein hoher Anteil von Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko vorzufinden ist.

Begleit- und Folgeerkrankungen

Neben Hypertonie und Diabetes wurden in der Studie 22 weitere Diagnosen explizit abgefragt: 87,6 Prozent der Patienten in Sachsen

[Deutschland 90,8 Prozent] mit Hypertonie und Diabetes wiesen mindestens eine weitere Erkrankung auf. Im Vergleich zu den in Sachsen erhöhten Diabetes- und Hypertoniehäufigkeiten fiel auf, dass sich keine gleichermaßen erhöhte Häufigkeit von Folge und Begleitkomorbiditäten ergaben. Der Anteil der Patienten mit arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus mit sechs und mehr zusätzlichen Erkrankungen lag bei 13,0 Prozent [Deutschland 17,0 Prozent] (Abbildung 4). Dies verdeutlicht, dass der Hausarzt in Sachsen wie auch bundesweit, nicht in Ausnahmefällen, sondern viel mehr in der Regel bei diesen Patienten äußerst komplexe diagnostische und therapeutische Situationen vorfand.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeit von weiteren Erkrankungen bei Patienten mit gleichzeitigem Vorliegen von Hypertonie und Diabetes. Die ärztlichen Angaben zu vielen Erkrankungen, zum Beispiel zur Niereninsuffizienz, dürften als konservative Schätzung anzusehen sein.

Tabelle 1: Häufigkeit von Begleit- oder Folgeerkrankungen bei Patienten mit gleichzeitigem Auftreten von Diabetes mellitus und Hypertonie in Deutschland bzw. in Sachsen.

	Deutschland (%)	Sachsen (%)
Linksherzhypertrophie	20,8	22,9
Übergewicht/Adipositas	50,2	50,9
Koronare Herzkrankheit	34,3	35,8
AVK	15,2	12,4
Neuropathie	18,9	17,0
Retinopathie	13,2	11,9
Diabetisches Fußsyndrom	7,9	6,8

Arzneitherapie

Hinsichtlich der Arzneitherapie von Hypertonikern fanden sich in Sachsen eine höhere Behandlungsrate (87,5% vs. 83,8% in Deutschland; signifikant bei den 40 bis 60-jährigen und über 60-jährigen). Eine Monotherapie wurde in Sachsen deutlich häufiger als im übrigen Deutschland durchgeführt, und es wurden signifikant weniger Diuretika verschrieben. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Angaben zu anderen Antihypertensiva.

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung der Diabetiker waren die Unterschiede zwischen den Behandlungsraten gering (Behandlungsrate in Sachsen 66,0 Prozent). Auch die Verteilung zwischen Monotherapie und Kombinationstherapie war ähnlich. Unterschiede fanden sich bei lediglich bei der Insulintherapie, die in Sachsen etwas seltener angewandt wurde.

Erschwerte Therapie von arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus bei Begleiterkrankungen

Das Vorliegen mehrerer Erkrankungen erschwerte offensichtlich eine gute Einstellung von Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie. Lagen beispielsweise zwei bis drei zusätzliche Diagnosen zur „Basisdiagnose“ Diabetes mellitus vor, war der Anteil von schlecht eingestellten Diabetikern im Vergleich zu den Patienten ohne Zusatzdiagnosen um fast das Achtfache erhöht. Aus diesen Daten lassen sich möglicherweise effektivere patienten- und krankheitsgerechtere Behandlungsstrategien ableiten. Priorität im Hinblick auf kosteneffizientere Strategien ist dabei neben der Früherkennung und -intervention von arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus vor allem

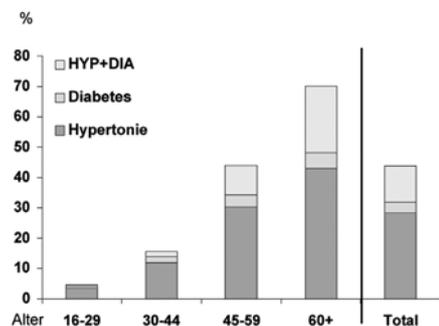


Abbildung 3a: Deutschland – Die Zahl der Patienten mit gleichzeitigem Auftreten von Hypertonie und Diabetes erhöhte sich bei den Patienten ab 60 Jahre deutlich.

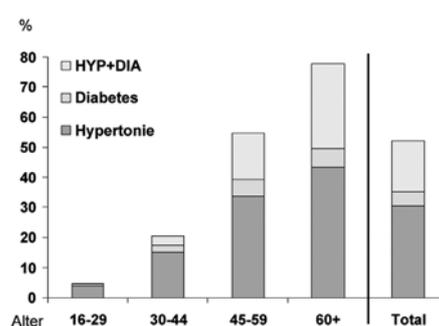


Abbildung 3b: Sachsen – hier war wiederum die Häufigkeit höher als im Bundesdurchschnitt.

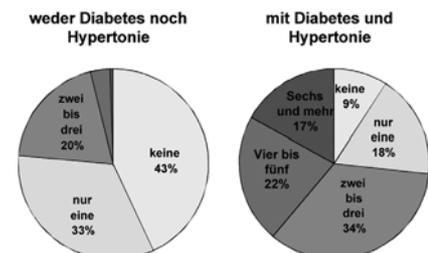


Abbildung 4a: Deutschland – Nur 9 Prozent der Patienten mit Diabetes und Hypertonie hatten keine zusätzlichen Erkrankungen.

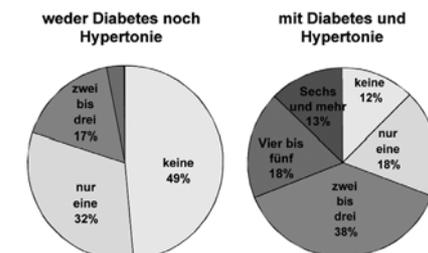


Abbildung 4b: Sachsen – Die Zahl der zusätzlichen Erkrankungen von Patienten mit Diabetes und Hypertonie waren mit Deutschland vergleichbar, wobei der Anteil der Patienten mit Hypertonie und Diabetes ≥ 6 Erkrankungen mit 13 Prozent niedriger lag.

die Verhinderung der Progression zu besonders kostenintensiven Folgeerkrankungen.

Stellenwert einer Mikroalbuminurie als kardiovaskulärer Risikomarker

Die Bestimmung einer Albuminurie als Marker für eine endotheliale Dysfunktion erfolgt häufig erst spät, wie die Ergebnisse der HYDRA-Vorstudie zeigten. Nahezu 50 Prozent aller Ärzte gaben an, „nie oder nur gelegentlich“ auf eine Mikroalbuminurie zu testen, obwohl die Mikroalbuminurie als sicherer Hinweis auf eine Nierenschädigung gilt. Zugleich kann sie als Marker für makrovaskuläre Erkrankungen und Risikofaktor für den vorzeitigen kardiovaskulären Tod gesehen werden. Sowohl die Vereinigung amerikanischer Diabetologen¹³ (ADA) als auch die Deutsche

Diabetes Gesellschaft¹³ und die Fachkommission Diabetes Sachsen¹⁴ empfehlen diesen Test explizit. Dabei werden Typ-1-Diabetiker ab dem fünften Jahr der Erkrankung, Typ-2-Diabetiker mit Erkrankungsbeginn einmal im Jahr auf das Vorliegen einer Mikroalbuminurie getestet. Sollten zwei von drei wiederholten Tests im Abstand von einigen Wochen positiv sein, kann die Diagnose gestellt werden, beim Patienten wird ab dem Zeitpunkt einmal im Quartal eine Verlaufskontrolle durchgeführt.

In der Hydra-Studie fand sich – bei Einmalbestimmung – ein positiver Befund auf Mikroalbuminurie bei ca. 15 Prozent der 16- bis 50-jährigen Patienten, mit einem Anstieg auf ca. 30 Prozent bei den über 80-jährigen gefunden. In den Hochrisikogruppen lag die Rate

positiver Micraltests noch höher (in Sachsen bei Patienten mit Diabetes und Hypertonie: 39,5 Prozent).

Einstellungsgüte der Hypertonie und des Diabetes

Zusammenfassend machte die HYDRA-Studie durch den Abgleich der ärztlichen Diagnose mit den am Studientag gemessenen Blutdruckwerten und unter Berücksichtigung der aktuellen HbA1c-Werte vor allem auf folgende Problemkreise aufmerksam:

(1) Besonders bei jüngeren Patienten sowie Patienten ohne akute Beschwerden wurden hypertensive Patienten nicht als solche erkannt (10 bis 27 Prozent) und somit nicht behandelt.

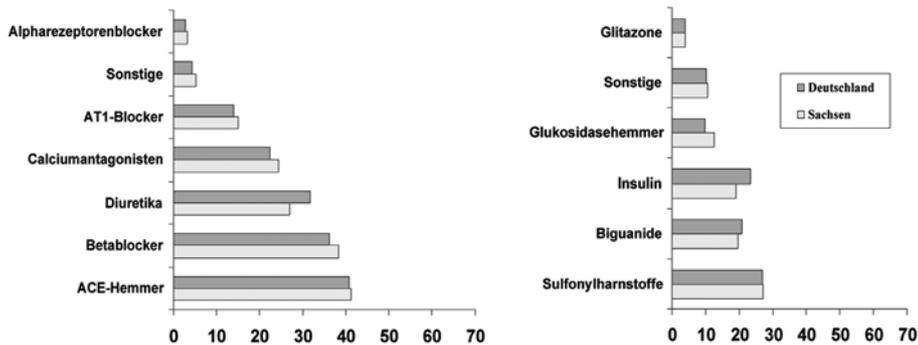


Abbildung 5: Verschreibungen von Antihypertensiva (links) und Antidiabetika (rechts) in Deutschland bzw. Sachsen. Mehrfachnennungen möglich

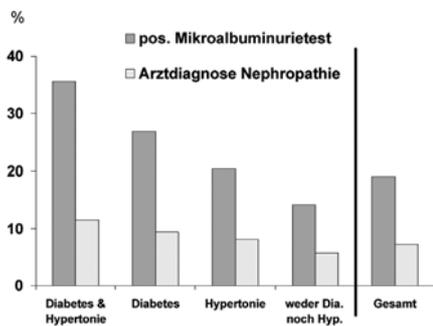


Abbildung 6a: Deutschland – Gerade bei Patienten mit Diabetes und Hypertonie fand sich eine erhebliche Anzahl an positiven Tests auf Mikroalbuminurie.

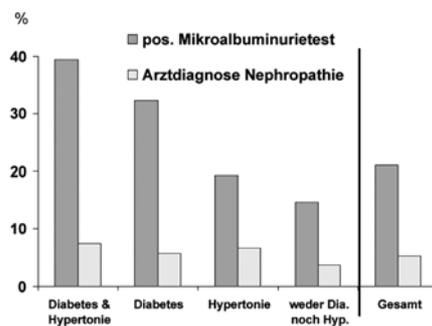


Abbildung 6b: Sachsen – Es fand sich eine deutlich höhere Zahl an positiven Mikroalbuminurietests bei Diabetes mellitus und Komorbidität, aber niedrigere Erkennensraten im Vergleich zur Arzt diagnose Nephropathie.

(2) Auch von den diagnostizierten und medikamentös behandelten Hypertonikern waren über die Hälfte nach wie vor hypertensiv ($\geq 140 / 90$ mmHg).

(3) Patienten, die ausschließlich nicht-medikamentös behandelt werden, wiesen viel häufiger eine schlechte Einstellung auf, als die mit Antihypertensiva behandelten.

(4) Bei 39 Prozent der Diabetiker (Bundesdurchschnitt) war kein aktueller HbA_{1c}-Wert verfügbar, und nur 34 Prozent erreichten einen Wert <7 Prozent.

Zusammenfassung

Diese Analysen aus HYDRA unterstreichen, dass arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus in der hausärztlichen Versorgung in der

gesamten Bundesrepublik eine Problematik mit herausragender Bedeutung darstellen: Fast jeder zweite Patient in der Allgemeinarztpraxis leidet an arterieller Hypertonie und jeder fünfte Patient hat Diabetes mellitus. In Sachsen waren die jeweiligen Häufigkeiten um jeweils mehr als 5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt erhöht, was wahrscheinlich auf eine frühere und häufigere Diagnosestellung – zum Nutzen der Patienten – durch die Hausärzte hinweist. Auch fanden sich höhere Behandlungsraten, was als ein Indikator für eine verbesserte Behandlungsqualität im Vergleich zum bundesdeutschen Schnitt gewertet werden kann. Inwieweit die höhere Diagnosestellung in Sachsen als ein Ergebnis der seit vielen Jahren sachsenspezifischen Auf-

klärungs- und Qualitätssicherungs-Maßnahmen sein könnten, konnte in der HYDRA Studie nicht abschließend geklärt werden.

Hypertonie und Diabetes sind bei den weit aus meisten Patienten mit weiteren schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Neuropathie etc.) verbunden. Der Anteil von Patienten in Sachsen mit sechs oder mehr Zusatzdiagnosen beträgt 13 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 17 Prozent. Die niedrigere Komorbiditätsrate in Verbindung mit der höheren Hypertonie- und Diabetes-Häufigkeit kann möglicherweise als ein weiterer Hinweis für eine bessere Versorgungsqualität in Sachsen gewertet werden.

Die Größenordnung insbesondere der Folge- und Begleiterkrankungen, das Ausmaß des damit verbundenen persönlichen Leidens sowie die immensen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen für die behandelnden Ärzte wurden bislang massiv unterschätzt.

Literatur beim Verfasser
Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Studienleiter,
Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden

HYDRA Studiengruppe:
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
(Studienleiter; Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden),
Dr. David Pittrow (Dresden),
Prof. Dr. Dr. W. Kirch (Dresden),
Dr. P. Bramlage (Dresden),
Dipl.-Psych. Dr. Petra Krause (Dresden),
Dipl.-Psych. Beate Küpper (Dresden),
Dipl.-Stat. Michael Höfler (München),
Dipl. Inf. Hildegard Pfister (München),
Prof. Dr. B. Göke (München),
Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg),
Prof. Dr. Dr. E. Ritz (Heidelberg),
Prof. Dr. A.M. Sharma (Hamilton, Kanada),
Prof. Dr. D. Tschöpe (Bad Oeynhausen),
Prof. Dr. T. Unger (Berlin)

Leserbriefe

Dr. med. Heinrich Günther
Lönsstraße 12
01259 Dresden

6. 5. 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

im „Deutschen Ärzteblatt“, Jahrgang 101, 2004, Heft 19, vom 7. 5. 2004, B 1075 ff. war die Neufassung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung abgedruckt.

Der Entwurf dazu war mir als onkologisch-palliativmedizinisch Tätigem vor Monaten seitens unserer Landesärztekammer zur kritischen Stellungnahme zugestellt worden. Ich musste mich darin dahingehend äußern, dass die Neufassung im Vergleich zur letzten Fassung zwar manch wohlwollende Formulierungsänderung enthält, jedoch vielen konfliktträchtigen Entwicklungen in Gesellschaft und Medizin mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Sterbebegleitung weiterhin verdrängend ausweicht und gleichzeitig medizinrechtliche Unschärfen und Missverständlichkeiten unverändert belässt. Auf Details muss hier verzichtet werden.

Zweifellos bedürfen diese Sachverhalte intensiver Beschäftigung, aber eine problemverdrängende Neufassung scheint dies eher zu behindern. Das gilt umso mehr, als gerade jetzt eine intensive Diskussion zur Patientenautonomie am Lebensende auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen in Gang kommt (Kutzer-Kommission etc.).

Mir bekannte, medizinrechtlich und medizinethisch engagierte Kollegen haben ebenfalls kritisch reagiert. Es wirkt auf mich enttäuschend und ist mir unverständlich, wenn die Bundesärztekammer in dieser sensiblen und auch öffentlichkeitswirksamen Thematik auf die Möglichkeit eines konstruktiven Reifeprozesses unter Einbeziehung motivierter sachverständiger Kollegen verzichtet und meines Erachtens voreilig eine Fassung vorlegt, die dringend der Weiterentwicklung bedürfte.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Heinrich Günther

Dr. med. Jürgen Wenske
Briesnitzer Straße 32
02826 Görlitz

20. 5. 2004

Sächsische Landesärztekammer
Ärzteblatt Sachsen, Redaktion Leserpost
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leserpost zum Beitrag über den Ärztemangel im Kreis Torgau-Oschatz

Ärztemangel eine Frucht der Gesundheitsreform und Gesundheitspolitik

Nicht nur im Kreis Torgau-Oschatz sondern auch Niederschlesien als Teil Sachsens droht Haus- und Landärztemangel von Hoyerswerda bis Bad Muskau und Görlitz. Bestätigt durch eine Vielzahl meiner Kollegen. Augenscheinlich trägt das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz als Hausmarke „Ulla Schmidt“ dazu bei.

Es sind die ersten Früchte, die die Sicherstellung der haus- und landärztlichen Versorgung ernsthaft gefährden. Unstrittig zerschlägt ihre Gesundheitspolitik jungen Kollegen jegliche moralischen Ideale, um in ambulanter Tätigkeit als Haus- oder Landarzt verantwortungsbewusst tätig zu sein. Vergault interessierte Jugendliche, ein Medizinstudium aufzunehmen, um danach als Haus- oder Landarzt tätig zu sein. Wer in Niederschlesien westlich der Neiße nahezu ein halbes Berufsleben als Landarzt tätig war, weiß wie unverzichtbar und segensreich auch künftig diese Tätigkeit für die Menschen auf dem Lande ist und wie dankbar sie dafür sind. Wenn Krankenkassen mit Budgetierung von Medikamenten, Heilmitteln, Physiotherapie und Patientenzahl pro Quartal und ständigen Regressforderungen diese segensreiche Tätigkeit behindern, ist dies moralisch sehr bedenklich und lebensgefährlich für Leib und Leben der Patienten. Man kann Schlüpfergummi, Sockenhalter, Strapse oder wie es meine Generation erlebte, Lebensmittel, Schuhe, Kleidung, Spielzeug mittels Lebensmittelkarten oder Punktkarten budgetieren sprich rationieren jedoch nicht die oben genannten medizinischen Leistungen, selbst wenn verwaiste Praxen vertreten werden müssen. Nicht zu vergessen die rechtlichen Grauzonen, die die ärztliche Tä-

tigkeit belasten. Wer will als gestandener verantwortungsbewusster, sich regelmäßig fortbildender promovierter Hausarzt mit Facharztabschluss wie auf einem orientalischen Basar mit Mitarbeitern der Krankenkassen in ihren Amtsstuben ständig verhandeln, was medizinisch notwendig ist oder nicht. Es empfiehlt sich dringend für diese Mitarbeiter der Krankenkassen, die unentwegt Hausärzte und Landärzte diesbezüglich drangsaliieren, endlich längere Zeit an vorderster Front als praktizierender Haus- oder Landarzt tätig zu sein, um endlich zu erkennen, warum den Patienten Ärztemangel droht und Arztpraxen verweisen. Die Krankenkassengebühren durch den Hausarzt einziehen zu lassen kommt dem gleich, wenn der Bezirksschornsteinfegermeister die Kehrgebühren grundsätzlich beim Bäcker entrichten ließe. Hinzu kommt der Etikettenschwindel, dessen sich die Krankenkassen bedienen, indem sie die Krankenkassengebühr öffentlich als Praxisgebühr deklarieren. Da grundsätzlich nicht jeder „Nachtwächter“ das Amt eines Gesundheitsministers begleiten kann, war es für die ehemalige DDR-Gesundheitspolitik eine Selbstverständlichkeit, diese Position mit einem habilitierten Facharzt für Sozialhygiene zu besetzen. Ihm konnten deshalb Lobbyisten kein X für U machen. Auch darüber sollte die Politik der Bundesregierung gegenwärtig ernsthaft nachdenken. Da Reform übersetzt geistig sittliche Erneuerung bedeutet, dürfte die Gesundheitsreform weit davon entfernt sein, dies umzusetzen. Bevor das Kind „Ärztemangel“ endgültig im Freistaat Sachsen in den Brunnen gefallen ist, sollten die Gesundheitsminister und Ministerpräsidenten der Länder und ihre Landtage gemeinsam mit den Patienten und den Haus- und Landärzten ihres Vertrauens endlich unverzüglich Tacheles mit der Bundesministerin und den Krankenkassen reden. Schließlich lässt sich etwas nur dann erfolgreich behandeln, das wissen wir Ärzte am besten, wenn man die Ursache beseitigt, die dazu führten. Unstrittig ist es, die falsche Adresse für diese Entwicklung im Freistaat Sachsen die Sächsische Landesärztekammer oder die Kassenärztliche Vereinigung Sachsens oder andere Ärztevereinigungen verantwortlich zu machen.

Dr. med. Jürgen Wenske, Görlitz

Sächsischer Palliativkurs für Hausärzte



Dr. Lux bei seinem Vortrag über Grundlagen der Schmerztherapie

Mit dem Beschluss einer Zusatzweiterbildung Palliativmedizin eröffnete der 106. Deutsche Ärztetag im Mai 2003 neue Wege zur vertieften palliativmedizinischen Weiter- und Fortbildung.

Palliativmedizin als beispielhaftes klinisches Querschnittsfach ist nicht nur ein ausgezeichnetes Modell interdisziplinärer ärztlicher Patientenbetreuung, sondern darüber hinaus der Inbegriff „guter Medizin“ und Indiz einer Rückbesinnung auf die uralte Basis der ärztlichen Krankenbetreuung, fern von hochtechnisierten, experimentellen und sich verselbständigenden medizinischen Methoden, sondern dominiert von menschlicher Zuwendung, der Rückbesinnung auf Werte wie Empathie, Zuhören-Können, Mit-Empfinden, Einfühlen in die oft verzweifelte Lage des Kranken und seiner Angehörigen und die Fähigkeit zu angemessener Hilfe auch in prognostisch aussichtsloser Situation.

Die Situation palliativmedizinischer Versorgung hat sich in Deutschland in den letzten Jahren bereits deutlich verbessert, ist im europäischen Maßstab jedoch noch auf dem Niveau eines Entwicklungslandes. Auch im Freistaat Sachsen existieren beispielhafte punktuelle Initiativen. Von einer flächendeckend wirksamen palliativen Krankenbetreuung und Fort- und Weiterbildung kann jedoch keine Rede sein.

Etwa zwei Drittel der Einwohner des Freistaates leben in Landkreisen; nur 34,6% in Großstädten und kreisfreien Städten. Wichtig ist also die flächendeckende Optimierung der palliativen Patientenversorgung in der Peripherie, wenn man allen Betroffenen suffiziente palliative Versorgung zukommen lassen möchte. Hieraus entstand die Intention, einen Kurs zur Vermittlung von Grundlagen palliativmedizinischen Handelns insbesondere für Hausärzte zu konzipieren und anzubieten, der „von Praktikern für Praktiker“ konsequent

evidenzbasiert und pragmatisch in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) praktikable und sofort anwendbare Inhalte darstellen und vermitteln soll. Hierzu dient zum Beispiel die Aufteilung auf zwei Wochenenden, damit niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ihre Praxispräsenz wahrnehmen können; andererseits auch die Referentenauswahl, die überwiegend aus dem niedergelassenen Bereich, im weitesten Sinne aber aus dem Kreis palliativmedizinischer Praktiker erfolgte. Der Kurs fußt auf den Empfehlungen der DGP, nutzt aber auch Inhalte des Palliative Care Programs der Harvard Medical School 2002. Ausgehend vom Basiscurriculum der DGP wurde ein speziell für Interessen und Belange hausärztlich tätiger Kollegen konzipierter Kurs entwickelt. Gegenüber anderen bundesweit angebotenen vergleichbaren Angeboten bringt dieser „Sächsische Palliativkurs für Hausärzte“ den interessierten Hausärzten Wissenswertes über Home Care, relevante Verordnungshinweise für spezielle Heil- und Hilfsmittel, strukturelle Gedanken über Netzprojekte, Fragen der Tätigkeit des pflegerischen Personals und auch der Berufsgruppe der Bestatter. Der Kurs wurde vom 12. bis 14. und 26. bis 28. März 2004 an zwei Wochenenden in Tautewalde, Landkreis Bautzen, abgehalten; Part I widmete sich der Schmerztherapie und Symptomkontrolle; Part II psychosozialen, ethischen, spirituellen und juristischen Fragen.

Die Einführung und Begriffsklärung erfolgte einleitend durch Dr. Jens Papke, Neustadt; gefolgt von einem Referat über die neue Weiterbildungsordnung durch Dr. Werner Freier, Hildesheim, Vorstandsmitglied und Sprecher des Ressorts Palliativmedizin des Berufsverbandes Niedergelassener Hämatologen und Onkologen Deutschlands e.V. Anschließend referierte Dr. Udo G. Richter, Fürth, über praktische Aspekte der Home Care-Versorgung inkurabler Patienten. An sein Referat schloss sich eine lebhaft diskutierte Diskussion über praktische Fragen der Ordnungsweise, der Indikationsstellung und die nicht immer begründeten Verordnungswünsche mancher Home-Care-Dienstleister an. Der Folgetag war Aspekten der Schmerztherapie und der Symptomkontrolle gewidmet. Die Referenten Dr. Sabine Michel, Dresden, sowie Dr. Eberhard A. Lux, Lünen, behandelten die Aspekte der Schmerztherapie; ausgehend von der Pathophysiologie, über das WHO-Stufenschema bis hin zu

speziellen und invasiven Schmerztherapieverfahren und juristische Aspekte wie die BtMVV und Fahrtüchtigkeit. Dres. Jens Papke und Thomas Göhler, Dresden, referierten über die Symptomkontrolle bei gastrointestinalen, dermatologischen, urologischen, pulmonologischen und neuropsychiatrischen Beschwerden sowie über die Finalphase. Dass Palliativmedizin nicht ausschließlich auf Schmerztherapie oder Onkologie reduziert werden kann, sondern zu jedem Gebiet der Medizin gehört, demonstrierten Dres. Wolfgang König, Sebnitz, und Jörg Distler, Dresden, die mit größtmöglicher Praxisnähe die palliativen Aspekte von Chirurgie und Strahlentherapie abhandelten. Probleme der pflegerischen Palliativversorgung sowie deren eigene Verarbeitung sprach Katrin Kohagen, Neustadt, als Vertreterin der Pflegenden an.

Optionale Angebote zur späten Abendstunde waren Gesprächsrunden über das Lebensende, eine kurze Informationsveranstaltung über Probleme des Umgangs mit Portsystemen und anderem mehr.

Das zweite Wochenende war der „Kopfebene“ gewidmet: Frau Dipl.-Psych. Beate Hornemann, Kreischa, sprach über psychosoziale Aspekte der Palliation, Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen; Autonomie und Fürsorge am Lebensende, Überbringen von „bad news“, Trauer sowie Arbeit mit trauernden Angehörigen. Spirituelle Probleme wurden von dem erfahrenden Klinikseelsorger Pf. Nikolaus Krause, Dresden, thematisiert. Ethische und juristische Fragen beleuchteten die Rechtsanwälte Dr. Peter Ney und Jan H.L. Immen, Dresden. Die Ausführungen von Gunter Anton, Thanatologe und Bestatter, rundeten die Thematik ab und halfen bei der Klärung mancher noch offener Fragen.

Das kultivierte Ambiente des Landhotel Erbgericht Tautewalde mit seinem ländlichen Umfeld gab der Veranstaltung den passenden Rahmen und den Teilnehmern Gelegenheit, die angestregten Köpfe in die klare Landluft halten zu können.

Das enorme Interesse der Kolleginnen und Kollegen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich ermutigte die Initiatoren, im Oktober 2004 sowie im März 2005 die nächsten Kurse zum Thema anzubieten.

Dr. med. Jens Papke
Praxis für Innere Medizin und Onkologie
Rosa-Luxemburg-Straße 6, 01844 Neustadt
mail@drpapke.de

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius zum 60. Geburtstag



Herr Prof. Dr. Julius beging am 3. September 2004 seinen 60. Geburtstag.

Er studierte nach einem 1-jährigen Vorpraktikum von 1962 bis 1969 an der Humboldt-Universität Berlin und an der Medizinischen Akademie Dresden Medizin. 1969 promovierte er mit einem radiologischen Thema „Konstruktion und Bau eines Isodosenzeichengerätes zum Siemens-Gammameter“. Im gleichen Jahr nahm er seine Tätigkeit in der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien an der Klinik für Innere Medizin der Medizinischen Akademie Dresden auf, der er bis heute treu geblieben ist. Seit dem Beginn seiner beruflichen Tätigkeit beschäftigt er sich intensiv mit Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien, sowohl auf wissenschaftlichem Gebiet als auch in der praktischen Patientenbetreuung. Seit 1974 ist er Facharzt für Innere Medizin, 1977 erwarb er die Subspezialisierung für Diabetologie und 1993 die Teilgebietsanerkennung Endokrinologie. Folgerichtig beschäftigte sich seine Habilitationsschrift, die er 1983 verteidigte, mit einem Thema aus der Stoffwechselforschung: „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Hypertriglyzeridämien unter besonderer

Berücksichtigung der Wechselbeziehungen von Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel“. 1979 wurde er Oberarzt und 1988 außerordentlicher Dozent für Innere Medizin. 1992 erfolgte die Berufung zum außerplanmäßigen Professor und 1994 zum Universitätsprofessor C3 für Innere Medizin/Stoffwechselkrankheiten an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Nach der Wende erwarb er sich besondere Verdienste beim Aufbau und als Sprecher des Klinischen Forschungsverbundes Arteriosklerose und Lungenfibrose. Damit konnte die Dresdner Lipidforschung rasch einen geachteten Platz in der gesamtdeutschen Arterioskleroseforschung einnehmen. Ab 1996 war er stellvertretender Direktor und ab 2000 kommissarischer Direktor des Instituts und der Poliklinik für Klinische Stoffwechselforschung. Diese Einrichtung wurde Ende 2002 in die Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums überführt.

Nach einer halbjährigen Hospitation am Kardiologischen Zentrum der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau 1987 führte er dann gemeinsam mit Herrn Professor Hanefeld 1990 die LDL-Apherese in Dresden ein, die für viele Patienten lebensrettend wurde. Diese LDL-Apherese war die Erste in den neuen Bundesländern.

Über 150 eigene Publikationen, eine sehr große Zahl von Vorträgen und die Mitautorenschaft bei zahlreichen Publikationen und Vorträgen zeugen von seiner intensiven und erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeit. Die in Dresden mit großem Erfolg durchgeführten internationalen Lipidsymposien organisierte er wesentlich mit.

In Dresden führt Professor Julius Vorlesungen zur Einführung in die Innere Medizin und zum Themenkomplex Endokrinologie/Diabetologie sowie Ernährung durch. Er setzte sich aktiv bei der Einführung eines neuen Ausbildungsmodells für die Studenten an unserer Fakultät, dem problemorientierten Lernen,

ein und ist zur Zeit Kursdirektor des Kurses „Ernährung/Stoffwechsel/Ausscheidung“. Herr Professor Julius war über viele Jahre Mitglied des Fakultätsrates der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Sprecher des interdisziplinären Klinischen Forschungsverbundes und Mitglied der Kommission der Medizinischen Fakultät. Seine perfekten Sprachkenntnisse in Russisch und Englisch und seine Begeisterung für den Computer waren für die wissenschaftliche Arbeit von großem Nutzen. Sein Arbeitsstil ist durch großen Fleiß, Präzision und von Umsicht geprägt. Die Beherrschung der russischen Sprache war unverzichtbar, wenn er mit Studenten als begleitender Hochschullehrer zum Austauschpraktikum an die Medizinische Universität St. Petersburg reiste.

Wir kennen und schätzen Professor Julius als einen klugen und kritischen Wissenschaftler, einen engagierten und begabten Hochschullehrer sowie hervorragenden Arzt, der sich als Vertreter der Dresdner Stoffwechselschule auch national und international Anerkennung und Wertschätzung erworben hat.

Seine Familie hat ihn sicher oft vermisst, da ihn sein Beruf nur wenig Zeit für zuhause ließ. Alle Mitarbeiter und Kollegen gratulieren ihm zu seinem 60. Geburtstag sehr herzlich und wünschen ihm Gesundheit, Schaffenskraft und Freude bei der Arbeit, aber auch besonders im Kreise seiner Familie und Freunde.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Bereich Endokrinologie/Stoffwechsel
Universitätsklinikum der TU Dresden

Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld
Gesellschaft für Wissens- und
Technologietransfer der TU Dresden mbH
Zentrum für Klinische Studien

PD Dr. med. habil. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Bereich Endokrinologie und Stoffwechsel
Universitätsklinikum der TU Dresden

Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

- | | | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|---|--|--|--|
| 60 Jahre | | | | | | |
| 01. 10. | Dr. med. Breitschuh, Ingeborg
01259 Dresden | 14. 10. | Dr. med. Döhler, Siegmар
01454 Radeberg | 26. 10. | Dr. med. Düniß, Erika
01187 Dresden | |
| 02. 10. | Prof. Dr. sc. med. Preiß, Rainer
04109 Leipzig | 15. 10. | Prof. Dr. med. habil. Schmidt, Wolfgang
04277 Leipzig | 26. 10. | Dr. med. Fritzsche, Werner
04299 Leipzig | |
| 03. 10. | Dr. med. Richter, Ute
04451 Borsdorf | 16. 10. | Dr. med. Jarosch, Karin
01738 Klingenberg | 27. 10. | Dr. med. Schnitzler, Hans-Jürgen
08396 Waldenburg | |
| 05. 10. | Dr. med. Ermisch, Dirk
08451 Crimmitschau | 17. 10. | Fröbel, Erika
08304 Schönheide | 75 Jahre | | |
| 05. 10. | Prof. Dr. med. Schober, Ralf
04107 Leipzig | 17. 10. | Dr. med. Näser, Gerd
02747 Großhennersdorf | 24. 10. | Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig | |
| 07. 10. | Dr. med. Paul, Wolfgang
08233 Treuen | 17. 10. | Dr. med. Trogisch, Jürgen
01324 Dresden | 80 Jahre | | |
| 10. 10. | Schlinzig, Eva-Maria
01069 Dresden | 18. 10. | Dr. med. Ende, Wolfgang
04720 Hochweitzschen | 07. 10. | Dr. med. Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig | |
| 13. 10. | Koch, Dietrun
01328 Dresden | 18. 10. | Tawalbeh, Siegrun
04205 Leipzig | 18. 10. | Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig | |
| 19. 10. | Dr. med. von Loh, Siegrun
04828 Plagwitz | 19. 10. | Abraham, Werner
04720 Döbeln | 28. 10. | Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz | |
| 19. 10. | Mikulín, Kristina
01445 Radebeul | 20. 10. | Haack, Dieter
01920 Elstra | 81 Jahre | | |
| 20. 10. | Dr. med. Roth, Sabine
08340 Erla | 22. 10. | Priv.-Doz. Dr. med. habil. Hofmann, Klaus
08645 Bad Elster | 04. 10. | Prof. em. Dr. med. habil. Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig | |
| 22. 10. | Dipl.-Med. Zschernig, Gudrun
01109 Dresden | 22. 10. | Dr. med. Parentin, Rolf
08233 Schreiersgrün | 20. 10. | Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig | |
| 23. 10. | Dr. med. Horn, Eckehart
01558 Großenhain | 23. 10. | Dr. med. Jeschke, Dieter
01587 Riesa | 82 Jahre | | |
| 23. 10. | Dr. med. Linder, Doris
02763 Zittau | 23. 10. | Dr. med. Wendel, Klaus
01744 Malter-Paulsdorf | 09. 10. | Dr. med. Ziesche, Martha
02699 Königswartha | |
| 24. 10. | Dr. med. Kunze, Marie-Luise
04821 Brandis | 23. 10. | Dr. sc. med. Winkler, Manfred
01309 Dresden | 22. 10. | Doz. Dr. med. habil. Trautmann, Ilse
04109 Leipzig | |
| 28. 10. | Glänzel, Hermann
09380 Thalheim | 27. 10. | Dr. med. Over, Elisabeth
04860 Torgau | 83 Jahre | | |
| 28. 10. | Kats, Yura
04299 Leipzig | 28. 10. | Dr. med. Colditz, Günter
09366 Oberdorf | 12. 10. | Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Espenhain | |
| 29. 10. | Dr. med. Blechschmidt, Dorothea
08144 Ebersbrunn | 28. 10. | Dr. med. Hahn, Hans
04229 Leipzig | 13. 10. | Prof. Dr. med. habil. Schlegel, Lotte
04109 Leipzig | |
| 29. 10. | Dr. med. Schwalbe, Jürgen
08525 Plauen | 28. 10. | Dr. med. Sylkin, Nikolai
01307 Dresden | 84 Jahre | | |
| 31. 10. | Dipl.-Med. Kutzner, Annemarie
04178 Leipzig | 29. 10. | Dr. med. Riedel, Marie-Luise
09127 Chemnitz | 09. 10. | Dr. med. Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz | |
| 31. 10. | Dr. med. Marquitz, Elke
04107 Leipzig | 31. 10. | Dr. med. Heidemann, Klaus-Peter
04758 Oschatz | 23. 10. | Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau | |
| 65 Jahre | | | 31. 10. | Dr. med. Stolle, Helga
04416 Markkleeberg | 25. 10. | Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach |
| 01. 10. | Riedel, Isolde
04849 Bad Döben | 70 Jahre | | | 86 Jahre | |
| 01. 10. | Dr. med. Schmieder, Anita
04159 Leipzig | 02. 10. | Di Giacomo, Giuseppe
04509 Zwochau | 12. 10. | Dr. univ. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau | |
| 05. 10. | Grobe, Erika
09212 Limbach-Oberfrohna | 02. 10. | Dr. med. Kotsch, Siegfried
01279 Dresden | 29. 10. | Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Döben | |
| 05. 10. | Dr. med. Lange, Monika
04159 Leipzig | 04. 10. | Dr. med. Lange, Eberhard
04159 Leipzig | 29. 10. | Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen | |
| 07. 10. | Dr. med. Gläser, Ulla
01279 Dresden | 06. 10. | Dr. med. Jahn, Wolfgang
08265 Erlbach | 87 Jahre | | |
| 07. 10. | Dr. med. Hoepffner, Wolfgang
04155 Leipzig | 08. 10. | Dr. med. Engelmann, Christiane
01445 Radebeul | 02. 10. | Dr. med. Schmidt, Hellmut
04288 Leipzig | |
| 07. 10. | Prof. Dr. sc. med. Leitsmann, Horst
08412 Königswalde | 08. 10. | Dr. med. Fleischer, Christa
04275 Leipzig | 03. 10. | Dr. med. Winkler, Johannes
04651 Bad Lausick | |
| 07. 10. | Dr. med. Roth, Hannelore
09661 Hainichen | 08. 10. | Merzdorf, Otto
01169 Dresden | 05. 10. | Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach | |
| 08. 10. | Dr. med. Krahl, Ekkehard
01796 Struppen | 12. 10. | Dr. med. Goethe, Wolfgang
01328 Dresden | 88 Jahre | | |
| 08. 10. | Weiß, Dorothea
01705 Pesterwitz | 13. 10. | Dr. med. Kittelmann, Maria
08309 Eibenstock | 22. 10. | Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau | |
| 10. 10. | Dr. med. Bauchspieß, Bernd
04347 Leipzig | 18. 10. | Wohlgemuth, Dorit
04229 Leipzig | 28. 10. | Dr. med. Watzlawik, Heinz-Werner
01662 Meißen | |
| 10. 10. | Dr. med. Kempt, Waltraut
09117 Chemnitz | 19. 10. | Dr. med. Kopietz, Werner
04539 Groitzsch | 89 Jahre | | |
| 11. 10. | Müller, Martha
04157 Leipzig | 20. 10. | Dr. med. Schmidt, Walter
04654 Frohburg | 17. 10. | Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky | |
| 12. 10. | Mittag, Alexander
01328 Dresden | 21. 10. | Dr. med. Schippel, Gisela
04229 Leipzig | 18. 10. | Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig | |
| 12. 10. | Dipl.-Med. Trescher, Eva
04207 Leipzig | 23. 10. | Dr. med. Kretschmar, Diethelm
04720 Döbeln | 96 Jahre | | |
| 13. 10. | Dr. med. Herrbach, Freya
09114 Chemnitz | 23. 10. | Dr. med. Tillmann, Monika
04654 Frohburg | 22. 10. | Dr. med. Böttcher, Hans-Werner
08134 Wildenfels | |
| | | 25. 10. | Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Pinkert, Rolf
01259 Dresden | | | |

Katharina Kretschmer: Menschenbilder Malerei, Grafik und Collagen

Ausstellung



Die Dresdnerin wendet sich in ihren Bildern innersten Befindlichkeiten und Sehnsüchten des Menschen zu. Gegen Ängste, Bedrängungen, Fremd- und Ausgestoßensein setzt Katharina Kretschmer Liebe und Innigkeit, sieht darin eine Alternative zu Auswegslosigkeit und eine Möglichkeit für Veränderungen. Inspirationen für ihre Arbeiten – häufig Pastelle – bezieht sie aus alltäglichen Begegnungen, eigenen Erlebnissen, etwa der Geburt ihrer Kinder, sowie aus Dichtung und Theater. Ihre Liebenden, Schwangeren, Gebärenden, Mütter mit Kind oder Vater-Sohn-Konstellationen wirken sinnbildhaft. Auch Heimatlosigkeit und Fremdheit gibt sie eine bildnerische Form. Die Figuren ihrer farbstarken Bilder sind auf das Wesentliche einer Haltung oder Situation konzentriert. Erzählerisches ist auf das notwendige Minimum beschränkt.

Katharina Kretschmer, 1971 als Tochter eines Schauspielers und einer Theatermacherin geboren, studierte zwischen 1991 und 1999 in Halle/Burg Giebichenstein sowie Dresden bei Frank Ruddigkeit, Klaus Weidendorfer und Ronald Paris.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer und
in der 4. Etage der
Sächsischen Landesärztekammer
14. September bis
15. November 2004
Montag bis Freitag, 9.00 bis 18.00 Uhr
Vernissage: Donnerstag,
16. September 2004,
19.30 Uhr**

Brille, Hörrohr, Beinprothese Historisches und Neues

Ausstellung



Springlorgnette mit Griffetui

Unter diesem Thema steht eine neue Dauerausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer. Inwieweit kann der Mensch ausgleichen, wenn die Funktion vor allem von Sinnesorganen beeinträchtigt ist? Das muss nicht immer mit Krankheit zu tun haben; altersbedingte Einschränkungen sind etwas ganz Normales. Wie ging und geht man mit Einschränkungen, gleich aus welchen Gründen, um? Was passierte, wenn ein Arm oder Bein amputiert werden musste? Welche „Hilfsmittel“ standen Betroffenen im Laufe der Geschichte zur Verfügung?

Diesen und anderen Fragen geht die Ausstellung nach. Objekte aus der Medizinhistorischen Sammlung des Karl-Sudhoff-Instituts

belegen in den thematischen Gruppen „Sehhilfen“, „Hörhilfen“ und „Geh- und Greifhilfen“, dass funktionsunterstützende Apparate und Techniken keineswegs Kinder des 21. Jahrhunderts sind. Von ersten Sehhilfen aus dem 15. Jahrhunderts (wenn auch als Nachbau) über Gleitsichtbrillen bis zu modernen Kunststoff-Kontaktlinsen reicht die Palette. Hörrohr, Hörschlauch, Hinter-dem-Ohr-Hörapparate und moderne computergesteuerte Hörgeräte helfen Hörgeschädigten. Beinamputierte müssen nicht mehr mit groben Holzstelzen leben, sondern tragen Prothesen, die genauestens an den Stumpf angepasst worden sind. Armprothesen aus Kunststoff, Gießharzlaminate und Metall werden heute myoelektrisch gesteuert, die „Eiserne Hand des Götz von Berlichingen“ ist Vergangenheit. Die Ausstellungsmacher wollen zeigen, wie sich funktionsunterstützende oder -ersetzende Hilfsmittel im Laufe der Zeit entwickelt haben.



Hörgerät mit Otoplastik

Dr. Sabine Fahrenbach
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
und der Naturwissenschaften
der Universität Leipzig

**Sächsische Landesärztekammer
3. Etage
Montag bis Freitag
von 9.00 – 18.00 Uhr**