

Editorial	Ärzte wählen Ärzte – Wahlauf Ruf 2011!	490
Themenheft Depression	Vorbemerkung	491
	Epidemiologie und Symptomatologie depressiver Verstimmungen	491
	Biologische Grundlagen depressiver Störungen und klinisch-pharmakologische Aspekte der Therapie	496
	Depressionsnetzwerke und ihre versorgungspolitische Bedeutung	502
	Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Depressionen	506
	Impressum	505
Ethik in der Medizin	Neuroenhancement	510
	Ethikberatung in Sachsen	516
Mittelhefter	Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer	511 – 514
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus	517
	Therapiesymposium der Arzneimittelkommission	517
	Berichtsbogen unerwünschter Arzneimittelwirkungen	518
Leserbriefe	Dr. med. Norbert Grosche – Nachlese zur 42. Kammerversammlung	518
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	519
Tagungsbericht	Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder	520
Personalia	Unsere Jubilare im Oktober 2010	522
Medizingeschichte	J. A. W. Hedenus und G. H. Ohle zum 250. Geburtstag	524
Reisebericht	Liberia	526
Mitteilungen	Forschungspreis ausgeschrieben	527
Kunst und Kultur	Psychogramme in Farbe – Malerei in der Kreisärztekammer Leipzig	528
	Ausstellung: Matthias Kistmacher – Standby	529
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2010	



Depression
Seite 491



Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder
Seite 520



Reisebericht Liberia
Seite 526



Ausstellung: Matthias Kistmacher
Seite 529

Ärzte wählen Ärzte Wahlaufruf 2011!



Im Juni 2011 geht die fünfte Wahlperiode des Ärzteparlaments der Sächsischen Landesärztekammer zu Ende. Es werden die Kammerversammlung und danach verschiedene Gremien neu gewählt.

Die Ärzte des Freistaates Sachsen sind deshalb aufgerufen, für die anstehenden Wahlen zu kandidieren. Vor allem die jüngeren Kollegen sollten sich für die berufspolitischen Themen in der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung stellen, denn es geht um Ihre Zukunft als Arzt in Sachsen. Die Möglichkeit, sich persönlich für den eigenen Berufsstand und die Qualität der Berufsausübung einsetzen zu können, ist ein enormes Privileg im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Eine starke, kompetente Selbstverwaltung lebt von Mitwirkung und Engagement. Alle berufsständischen, berufspolitischen und berufsrechtlichen Angelegenheiten der Ärzte werden durch die Sächsische Landesärztekammer geregelt. Sie vertritt die Gesamtinteressen aller sächsischen Ärzte. Die Landesärztekammer ist auch für die Gestaltung und Förderung der derzeit über 30 Facharztweiterbildungen

und die Durchführung der abschließenden Facharztprüfung zuständig. Zugleich zertifiziert sie Fortbildungsveranstaltungen und erteilt Ihnen Ihr Fortbildungszertifikat. Für die Lebensphase nach der Berufstätigkeit tritt die Sächsische Ärzteversorgung als unselbstständige Einrichtung der Landesärztekammer für die Alterssicherung ein.

Auf Grund ihrer Fachkompetenz ist die Sächsische Landesärztekammer auch eine konstruktive Beraterin der Politik. Sie mischt sich kritisch in berufs- und gesundheitspolitische Vorhaben im Interesse der Ärzte und des Allgemeinwohls ein und regt Diskussionen zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung an. Deshalb ist es besonders wichtig, mit den politischen Akteuren im Gespräch zu bleiben und die ärztlichen Positionen klar und unmissverständlich zu vermitteln.

Zurückliegend lässt sich eine ganze Reihe von wichtigen Neuerungen und Änderungen festhalten, die durch die ärztliche Selbstverwaltung auf den Weg gebracht wurden. Davon möchte ich hier nur einige nennen:

- die Initiierung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel,
- die externe strukturierte Qualitätssicherung,
- die Aktualisierung der Weiterbildungsordnung,
- die bessere Vergütung im stationären und ambulanten Bereich,
- die Initiierung des Gesundheitszieles „Aktives Altern“ und
- die Diskussion über Priorisierung statt Rationierung in der Medizin.

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems wird weitere Fragen und Probleme der medizinischen Versorgung und Angriffe auf die ärztliche Freiberuflichkeit mit sich bringen. An dieser Stelle sind unsere „Ehrenamtler“ besonders gefordert. In der

aktuellen Gesundheitspolitik muss die Sächsische Landesärztekammer der Motor einer medizinethischen Debatte bleiben.

Diese zahlreichen wichtigen Aufgaben können nur durch engagierte Ärzte in der Kammerversammlung und in den Ausschüssen umgesetzt werden. Für dieses Engagement benötigen wir sowohl die Mitwirkung von „alten Hasen“ als auch neuen berufspolitisch interessierten Kammermitgliedern.

Ich lege Ihnen, sehr geehrte Kollegen, deshalb ans Herz, sich für eine Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zu entscheiden. Nutzen Sie im Vorfeld der Wahlen die Möglichkeit, in unseren Ausschüssen zu hospitieren. Kommen Sie zu unseren öffentlichen Veranstaltungen, auch bei den Kreisärztekammern. Wir benötigen Kandidaten, die für neue Aufgaben bereit sind, die klar Position beziehen und sich konstruktiv für die sächsische Ärzteschaft einsetzen. Genauso wichtig sind Sie jedoch auch als aktiver Wähler, der sich mit seiner Stimme an der Wahl beteiligt und damit seine Wunsch Kandidaten legitimiert, für den ärztlichen Berufsstand einzutreten.

Zu Ihrer Information haben wir die Wahlordnung als Mittelhefter in diesem Heft abgedruckt. Sämtliche Informationen zum Wahlverlauf und zu den Auflegungsorten für die Wählerlisten finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2010, sowie aktuell im Internet unter www.slaek.de.

Weitere wichtige Hinweise zur Wahl:

- Aktualisierung Ihrer Meldedaten beim Berufsregister (möglichst bis 31. Oktober 2010).
- Auflegung der Wählerlisten vom 16. bis 25. November 2010.
- Kandidatenvorschläge bis spätestens 15. Februar 2011 an die Kreiswahlleiter.

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

Vorbemerkung zum Themenheft Depression

Wie aus den nachfolgenden Artikeln ersichtlich, sind depressive Verstimmungen ein enormes gesundheitliches Problem, das seine Besonderheit noch dadurch erfährt, dass die Krankheitserscheinungen oft nicht erkannt werden. Der Leser wird die epidemiologische Situation aus dem Eingangsartikel erfahren.

Aus diesem Grunde hat sich die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ zur folgenden Artikelserie entschlossen und dankt den Autoren für Ihre Bereitschaft, relativ kurzfristig fortbildungsorientierte Beiträge zu erarbeiten.

Der Idee folgend, dass menschlichen Problemen im Allgemeinen und psychischen Störungen im Besonderen

in einer komplexen Sicht auf unterschiedlichen Seinsebenen begegnet werden muss, wird im folgenden zunächst syndromatologisch-epidemiologisch, dann biologisch-pharmakologisch, danach versorgungsstrukturell und schließlich psychodynamisch auf die Thematik eingegangen.

Wie der Leser leicht feststellen kann, wenn er die jeweilig ersten Abbildungen der vier Autoren vergleicht, gehen sie alle von einem multifaktoriellen Geschehen in der Entstehung depressiver Verstimmungen aus, wobei sie dann in ihren Beiträgen Schwerpunkte des pharmakologischen Therapieansatzes aus den biologischen Teilaspekten ableiten und psychodynamische Vorstellungen zu unterschiedlichen psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten führen. Wichtig ist weiterhin ein Ansatz, der sich der Struktur der Ver-

sorgung zuwendet, die erweisen kann, welche segensreichen Wirkungen sich aus einer vernünftigen Vernetzung von Betreuungsstrukturen und der Einbeziehung der Bevölkerung in präventive Maßnahmen ergeben.

Der nicht fachspezifisch ausgebildete Arzt, insbesondere der Hausarzt, kann für sich hinsichtlich der von ihm praktizierten Psychopharmakotherapie, hinsichtlich des Aufzeigens von Behandlungspfaden für seinen Patienten (zum Nervenarzt, zum Psychotherapeuten, zu anderen Hilfyssystemen) und hinsichtlich seines eigenen Mitwirkens in entsprechenden Netzwerken im Sinne eines Disease-Managements aus den Artikeln manches Nützliche entnehmen.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig

Epidemiologie und Symptomatologie depressiver Verstimmungen

O. Bach

Der terminologische Aspekt

Umgangssprachlich entsteht bei der Verwendung des Begriffs Depression (deprimere = herabdrücken) der Eindruck, man stehe vor einem einheitlichen Krankheitsbild. Der Gedanke ist aber falsch insofern, als man das Bild einer depressiven Verstimmung von der Symptomatologie her wohl beschreiben kann – dem Syndrom aber unterschiedlichste Krankheiten zuzuordnen sind und es damit unterschiedlich verursacht sein kann. Verwirrend erscheint die begriffliche Situation auch dadurch, dass sich über die Jahre hin die Klassifikationssysteme geändert haben und mithin sich unterschiedliche Ärztegenerationen in verschiedenen Terminologien bewegen. Die diagnostischen Klassifikationen von der ICD-9 zur ICD-10 (eine ICD-11 für psychische Störungen wird diskutiert), von der klassi-

schen Einteilung der depressiven Syndrome in endogene, reaktive und durch hirnanorganische Prozesse bedingte organische und die moderne nach ICD-10 laufen gewissermaßen nebeneinander her. Zu registrieren ist zudem die Neigung mancher Autoren, das Zusammentreffen von Depression und anderen Lebensphänomenen mit eigenen Begriffen zu belegen, wie „männliche Depression“ (1), „Schwangerschaftsdepression“, „Poststrokede Depression“ und ähnlichem als handle es sich um eigene Endi-

täten. Abbildung 1 will versuchen, die Verbindung von Syndrombegriff und Ursachenbündel (alle diese Syndrome sind prinzipiell multifaktoriell verursacht – wobei die Faktoren in unterschiedlicher Stärke wirken – das Kästchen soll die Dialektik des Zusammenwirkens symbolisieren) sowie die Beziehung von sogenannter klassischer Terminologie zur heute gültigen ICD-10 herzustellen.

Es ist dabei im Auge zu behalten, dass auf unterschiedlichen Ebenen ärztlichen Handelns (Haus- und Ver-

Syndromatologie	Ätiologische Ebene	Krankheitsbezeichnung	ICD-10-Klassifikation
Organisch bedingte Syndrome	organische Ursachen	Depressives Durchgangssyndrom z. B. bei Enzephalitis	F06.3 Organische affektive Störung
		manisch-depressive Erkrankung	F 31 bipolare affektive Störung
Endogene Syndrome	organische Ursachen	endogene Depression bei Schizophrenie	F 32.2 monopolare Depression
		manisches Syndrom	F 25.1 schizoaffektive Störung – depressiv F 30.1 Manie
Reaktive Syndrome	psycho-soziale Ursache	neurotische Depression reaktive Depression (psychogene Depression)	F 43 reaktive Depression-Belastungsreaktion

Abb. 1 Synopsis depressiver Syndrome

tragsarzt – Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – hochspezialisierte universitäre Einrichtung) vernünftigerweise die diagnostischen Differenzierungen gegebenenfalls unterschiedlichen Rastern gehorchen. Für die Ausrichtung und Zielstellung

unserer Artikelserie kommt es weniger darauf an, welche ganz spezielle Diagnose gestellt werden könnte (es gibt Klassifikationen, die trennen nicht nur monopolare von bipolaren (manisch-depressiven) Störungen, sondern unterteilen weiter in bipolare

I und II ...), sondern ob sich die Verstimmung als leicht, mittelschwer oder schwer darstellt, ob Lebensgefahr etwa durch Suizidalität besteht und wie der Hausarzt mit den Gegebenheiten umzugehen hat, und ob es sich eher um eine situative Traurigkeit oder eine krankhafte Verstimmung handelt. Die Grenze zwischen einer „physiologischen“, gleichsam situationsadäquaten Traurigkeit und einer psychopathologisch relevanten Verstimmung ist schwer zu ziehen, da die individuelle affektive Beteiligung an Verlusterlebnissen (zum Beispiel Partnerverlust) bezüglich Tiefe und Dauer von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein kann.

Tabelle 1 ist der Versuch einer Differenzierung.

Epidemiologie

Depressive Verstimmungen sind sehr häufig auftretende Störungen in der Praxis des Allgemeinmediziners, des Internisten und des Nervenarztes. Sie werden aber häufig (man geht von 30 bis 50 Prozent aus) nicht erkannt. Für die bipolaren Erkrankungen (die man früher manisch-depressive Erkrankungen nannte) geht man davon aus, dass sie erst 8 bis 10 Jahre nach den ersten Erscheinungen regelrecht diagnostiziert werden (siehe auch Fallvignette am Ende dieses Artikels). Das mag unterschiedliche Gründe haben. Zum einen maskieren sich die Beschwerden, werden als Schmerz oder andere körperliche Missempfindungen erlebt – oder die Verstimmung tritt in Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten auf und

Tabelle 1: Unterschiede von Trauer und Depression

	Trauer	Depression
Von den Symptomen her	Verstimmung ist objektbezogen – Zeiger der Schuld nach außen – kein Realitätsverlust	Mehr oder wenig tiefe Verstimmung; oft situationsunabhängig; alle Lebensbereiche betreffend, Zeiger der Schuld nach innen
Von den Ursachen her	Erkennbarer Anlass Verlustsituation	Viefältige Ursachen: z. B. vererbte Anlagen; Gehirnkrankheiten
Von der psychologischen Deutung her	Verarbeitung des Verlustes; Steuerung der Beziehung zu anderen; Rückzug, Appell	Bestimmte Persönlichkeitstypen Mögliche frühkindliche Beeinträchtigungen
Aus Sicht der Partner des Betroffenen	Verständnis – weil einfühlbar Keine Krankheit	Oft unverständlich; zur Ratlosigkeit führend, als Krankheit erkennbar

der Kegel der Aufmerksamkeit richtet sich sowohl seitens des Patienten wie des Arztes auf das körperliche Problem. Vielleicht fehlt auch oft die Zeit zu einer einfühlsamen Exploration. Angaben von nahen Bezugspersonen vermögen oft wichtige Hinweise zu geben.

Verstimmungen treten generell in etwa 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung zu irgendeinem Zeitpunkt einmal auf. Von diesen suchen nur etwa 30 Prozent einen Arzt auf. 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung erkrankt an endogenen Depressionen. Frauen sind häufiger als Männer befallen – bei endogenen, monopolen Erkrankungen.

Nach Schätzungen der WHO sollen 2030 die unipolaren Depressionen (sie machen etwa 60 Prozent der schweren Depressionen aus) häufiger sein als Herzkreislauferkrankungen. Von der Punktprävalenz ausgehend leiden in Deutschland etwa 4 Millionen Menschen an Depressionen. Viele Depressionen, vor allem die endogenen, haben einen rezidivierenden Verlauf. Rezidivierungen und Chronifizierungen sind auch bei leichteren Verstimmungen möglich. Auf der anderen Seite sind die Hilfen, die ärztlich durch pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen gegeben werden können, sehr erfolgversprechend. Insbesondere auch die Pharmakotherapie hat in den letzten 40 Jahren auf diesem Felde enorme Fortschritte gemacht (siehe auch den nachfolgenden Artikel).

Patienten mit Depressionen sind epidemiologisch gesehen stark mit Suizidgefahren belastet. Jeder 6. – 7. Patient mit schweren Depressionen stirbt am Suizid. Man kann davon ausgehen, dass jeder 6. Hausarztpatient an depressiven Verstimmungen leidet. Depressive Erkrankungen sind damit ein gesundheitspolitisch bedeutsames Problem, dem u. a. auch mit intensiverer innerärztlicher Kooperation, zum Beispiel in Depressionsnetzwerken versucht wird, gerecht zu werden. Dieses Thema wird in einem weiteren Artikel in diesem Heft vertieft. Zur Epidemiologie speziell bezogen auf das Suizidgeschehen mehr im nachfolgenden Artikel von Hegerl et al.

Symptomatologie der Depression

Affektpsychotische Syndrome sind durch Störungen von Stimmung und Antrieb, pathologischen Gedankeninhalten und vegetativen Begleiterscheinungen bestimmt. Die Stimmung ist herabgedrückt, resignativ, niedergeschlagen, schwermütig. Die Mimik drückt den verzweiferten Zustand aus. Ein „Nicht-traurig-sein-können“, „Nicht-weinen-können“ wird geklagt. Seelisches und körperliches Leid verschmelzen und werden als schwerer Druck auf der Brust erlebt. Man spricht von gestörten Vitalgefühlen. Der Antrieb kann bis zu völliger motorischer Versteinerung gemindert sein. Die Patienten fühlen sich passiv und schwach. Im Gegensatz zu ihrer früheren Aktivität sind sie nicht mehr zu spontaner Leistung fähig. Denkinhalte werden von Ver-

sagen und Insuffizienz bestimmt, in deren Mittelpunkt die Körperlichkeit (hypochondrische Ängste) stehen kann. Selbstvorwürfe und Schuldgefühle beziehen sich auf das eigene Seelenheil und können zu panischer Verzweiflung führen. Befürchtungen um materielle Existenz können hinzukommen. All diese Gedanken können zu einem fortlaufenden, sich immer wiederholenden Grübeln führen und ggf. auch die Qualität von Wahn erreichen (sogenannter synthemer – aus der Stimmung ableitbarer – Wahn: vom Inhalt her Schuld-Hypochondrischer-Verarmungs-Wahn). Aus der Hoffnungslosigkeit den Zustand je zu überwinden (manche Autoren sprechen von Zukunftsverlust oder Werdenshemmung) resultiert Suizidalität.

Neben den Störungen der Gedankeninhalte finden sich auch solche des Gedankenganges, der verlangsamt mühevoll (Denkhemmung) sein kann. Die Verstimmung muss natürlich nicht immer alle genannten Qualitäten erfüllen.

Ein weiterer häufiger Symptombereich sind Antriebsstörungen, Hemmungen des Wollens, Handelns, der allgemeinen Aktivität. Die Patienten erleben dieses ihrer sonstigen Lebensdynamik völlig entgegenstehende Gefühl der Lähmung als sehr einschneidend. Es können stuporöse Bilder auftreten. Im Kontrast zur völligen Ermattung der Lebensenergie kann eine innere ungezielte Erregung stehen (Agitiertheit).

Körperliche und vegetative Erscheinungen zeigen sich in Appetitlosigkeit, schweren, oft quälenden Schlafstörungen, Störungen von Stuhlgang und Wasserlassen, Potenzstörungen und diffusen Schmerzempfindungen. Bestimmte Verlaufscharakteristika weisen in die Richtung endogener Verstimmungen. Hierzu gehören Tagesschwankungen (morgendliches Pessimismus), phasenhafter Verlauf mit hypomanischen Nachschwankungen nach einer Depression (Wechsel von depressiven und manischen Phasen ist dagegen eher selten. Von rapid-cycling-Syndrom spricht man, wenn in regelmäßiger Folge, mindestens 4 mal im Jahr manische und depressive Zustände aufeinander folgen.), Bindung der Verstimmung an bestimmte Jahreszeiten (saisonale Depressionen), Bindung an Reifungsstufen des Menschen (Involution). Weitere Symptome einer depressiven Verstimmung können Reizbarkeit, Dysphorie und Zwangsgedanken sein.

Eine Komorbidität mit Angststörungen ist relativ häufig. Alle diese Verstimmungszustände sind mehr oder weniger zeitlich begrenzte Ereignisse, die allerdings phasenhaft verlaufen können und sich natürlich auch (vor allem die reaktiven) chronifizieren können. Zwei Störungsbilder seien am Rande erwähnt, die auch zu den Persönlichkeitsstörungen gerechnet werden: Es sind dies Zylothymia (F.34.= ICD-10): eine dauerhafte Stimmungsinstabilität vom Typ „himmelhochjauchzend – zu Tode betrübt“, wie es der Volksmund nennt. Dysthymia (F 39.1 ICD 10) ist eine chronisch leichte, dauerhafte depressive Verstimmung, oft mit Essstörun-

gen verbunden. Beide müssen per Definitionen mindestens zwei Jahre bestehen.

Komorbidität

Für den Hausarzt dürften Fragen der Kombination von depressiven Verstimmungen und anderen körperlichen Erkrankungen von besonderem Interesse sein. Die pathogenetischen Zusammenhänge lassen sich etwa wie folgt gliedern:

- a) Komorbidität (Depression und Körperkrankheiten treten nebeneinander auf; gilt übrigens auch für das nebeneinander Bestehen unterschiedlicher psychischer Störungen),
- b) gemeinsame pathogenetische Teilstrecke (zum Beispiel hirnstrukturell), Depression und Parkinsonerkrankung,
- c) reaktive Verstimmungen auf existenzbedrohliche Körperkrankheiten,
- d) depressiv-neurotische Entwicklungen (psychodynamisch erklärbare Entstehung mit hoher Bindung an Angstsyndrome und somatoforme Störungen).

Zum Problem der Komorbidität:

- Depression und Herz-Kreislaufkrankheiten: Man geht zum Beispiel davon aus, dass 20 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankten Depressionen haben, jeder 3. Infarktpatient ist reaktiv verstimmt, jeder 6. hat eine endogene Depression. Umgekehrt haben Depressionspatienten ein 1,5-fach höheres Infarktrisiko. Initial depressive Infarktpatienten zeigen eine 3-fach höhere Koronarsterblichkeit (2).
- Depression und metabolisches Syndrom – Diabetes Typ II: 20 Prozent der Diabetiker leiden unter oft nicht erkannten Depressionen mit zusätzlichen Risiken für Stoffwechselsituationen, zum Beispiel wegen des Einflusses der Depression auf den Lebensstil; Patienten mit endogenen Depressionen haben umgekehrt ein höheres Diabetesrisiko. Auf die Beziehung von Depression und Parkinsonsyndrom wurde schon verwiesen.

Viele chronische Erkrankungen haben ein höheres Depressionsrisiko, etwa Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, onkologische Erkrankungen; besonders zu erwähnen ist die Poststroke-Depression, von der bis zu 50 Prozent der Schlaganfallpatienten – zum Teil dauerhaft – betroffen sind (3).

Eine Fülle von Kombinationen mit Depressionen – bei denen oft wechselseitige Beeinflussungen vorliegen – bestehen zu funktionellen Störungen, zum Beispiel psychosomatische Schmerzsyndrome und sexuelle Funktionsstörungen.

In der Gynäkologie sind bestimmte weibliche Lebenssituationen, wie Schwangerschaft und Geburt depressionsgefährdet – wobei zum Beispiel sogenannte baby-blues („Heultage“ nach der Geburt) sehr oft auftreten, die selten in schwere Wochenbettdepressionen übergehen können. Auch hier ist von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Möglicherweise spielen dabei auch endokrinologische Faktoren eine Rolle.

Überweisungs- oder Einweisungsentscheidungen

Für den Hausarzt ist es wichtig, zu entscheiden, ob er den Patienten selbst behandeln kann oder ob Überweisungen zu spezialisierter Therapie beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beim Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik (bei erkennbar zugrunde liegenden neurotischen Konstellationen und leichterem Schweregrad der Verstimmung) oder ob gar eine sofortige stationäre Einweisung angezeigt ist. Indikationen für die Überweisung zum Psychiater können sein: Unklarheiten in der Diagnose, mittelschwere bis schwere Symptomatik, psychotische Symptome (zum Beispiel Wahn), schwere psychosoziale Probleme, fehlende häusliche Betreuung, suizidale Gefährdung, psychiatrische Komorbidität (zum Beispiel Substanzmissbrauch), Therapieresis-

tenz. Eine direkte stationäre Einweisung sollte unbedingt ins Auge gefasst werden bei Suizidalität, eventuell bekannten früheren Suizidversuchen, schweren psychotischen oder stuporösen Bildern, gegebenenfalls auch, wenn der Wunsch des Patienten, von krankheitsbezogenen Motiven getragen, in diese Richtung geht und keine häusliche Betreuung möglich ist. Erforderlichenfalls müssen Sozialpsychiatrische Dienste eingeschaltet werden.

Dem Hausarzt kommt bei der Erkennung und Behandlung von Depressionen eine besonders große Rolle zu, wobei er auch als Therapiekoordinator zu fungieren hat. Abschließend sei eine Fallvignette zur Illustration aufgeführt.

Kasuistik (4)

Beispiel einer endogenen Depression; nach der ICD-10 würde man das Bild mit F 31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, verschlüsseln.

Patientin U. (44 Jahre) erkrankte erstmals an einer Verstimmung. Ohne erkennbaren äußeren Anlass war es jetzt innerhalb weniger Tage zu einem für sie bis dahin völlig unbekanntem Zustand der Traurigkeit, des fortlaufenden Grübelns über sich, über Fehler, die sie in der Erziehung ihrer Kinder gemacht zu haben glaubte und völliger Energielosigkeit gekommen. Zu allen Handlungen, zum Beispiel den Erledigungen ihres Haushaltes, musste sie sich übermächtig zwingen, was im völligen Gegensatz zu ihren sonstigen Haushaltsabläufen stand. Sie galt und sah sich selbst als eine sehr perfekte, übergenaue, Pflichten sehr ernst nehmende Frau an. Die totale Lähmung ihrer Aktivität sowie die Ängstigungen, was denn die Zukunft bringen könnte, die wie ein Berg vor ihr lag, waren morgens besonders ausgeprägt und ließen zum Abend hin spürbar nach. Der Schlaf war schwer gestört, Appetit und Stuhlgang funktionierten nicht mehr richtig.

Der aufnehmende Arzt in der Klinik konstatierte einen schweren depressiven Affekt, völlige Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken, eine verzweifelte Zukunftsangst und eine deutliche motorische und psychomotorische Erstarrung. Die körperliche Diagnostik erbrachte keinen pathologischen Befund. Familienanamnestisch wurde berichtet, dass sich ein Geschwister der Patientin suizidiert hatte.

Der Ehemann berichtete, seine Frau, mit der er ein Leben in Harmonie und Ausgeglichenheit bisher geführt hatte, habe zwei Jahre zuvor schon einmal kurz über wenige Wochen einen Zustand ungewohnter Abgeschlagenheit und Gedrücktheit geboten, der von einigen Tagen einer seltsamen, durchaus sympathischen Euphorie und Aufgekrattheit gefolgt war. Man habe sich darüber aber kaum Gedanken gemacht.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Leipzig

Biologische Grundlagen depressiver Störungen und klinisch-pharmakologische Aspekte der Therapie

M. Pilhatsch, B. Jabs und M. Bauer

Zusammenfassung

Die bisherige Forschung zu den neurobiologischen Ursachen depressiver Störungen hat eine Fülle von Erkenntnissen erbracht, die allerdings noch nicht in einer einheitlichen Theorie und Integration aller Befunde zusammengefügt werden konnten. Neuropathologische Befunde aus Postmortem Studien und Bildgebungsbefunde beim Menschen legen nahe, dass bei der Depression verschiedene Hirnareale betroffen sind, die über spezielle fronto-subkortikale Regelkreise, die den präfrontalen Kortex und Strukturen des limbischen Sys-

tems (Hippokampus, Amygdala) einschließen, mittels Projektionsbahnen verbunden sind. Daneben gibt es eine Fülle neurochemischer und neuroendokriner Befunde bei depressiven Störungen, die Dysfunktionen insbesondere im zentralen Serotoninsystem („Serotoninmangel-Hypothese“) und der Stresshormonachse vermuten lassen. Die Vielzahl unterschiedlicher pharmakologischer Behandlungsstrategien ermöglicht eine individuell auf den Patienten zugeschnittene antidepressive Behandlung, die auch bei schwierigen Verläufen gute Heilungschancen verspricht. Dieser Artikel gibt einen Einblick in die Vielschichtigkeit der biologischen Befunde und Behandlungsoptionen depressiver Erkrankungen.

Einführung

Depressive Störungen zeichnen sich bezüglich ätiologischer und klinischer Aspekte durch eine außerordentliche Vielfalt aus. Eine umfassende Theorie

der zugrunde liegenden biologischen Mechanismen kann daher nur im Ansatz formuliert werden. Die bisherige Forschung zur Neurobiologie der Depression hat eine Fülle von Befunden erbracht. Jedoch gibt es heute noch keine Theorie, die alle genetischen, neurochemischen und funktionell-anatomischen Befunde zu integrieren vermag (Abbildung 1). Neuropathologische Befunde aus Postmortem Studien und Bildgebungsbefunde beim Menschen legen nahe, dass bei der Depression verschiedene Hirnareale betroffen sind. Diese sind über spezielle fronto-subkortikale neuroanatomische Regelkreise, die den präfrontalen Kortex und Strukturen des limbischen Systems (Hippokampus, Amygdala) einschließen, mittels Projektionsbahnen miteinander verbunden. Wo hier eine ursächliche Störung liegt, in den einzelnen Hirnregionen selbst oder in den verschaltenden Kreisläufen, ist nach wie vor ungeklärt. Daneben gibt es eine Vielzahl neurochemischer und neuroendokriner Befunde bei depressiven Erkrankungen, die Dysfunktionen insbesondere im zentralen Serotoninsystem („Serotoninmangel-Hypothese“) und Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)- („Stresshormon“-) System vermuten lassen. Eine Behandlung mit Psychopharmaka (insbesondere Antidepressiva) und anderen antidepressiven Therapieformen kann einen Teil dieser neurobiologischen Veränderungen günstig beeinflussen.

Genetik und Neurobiologie der Depression

Einfluss der Genetik

Die Bedeutung der Genetik konnte zunächst in Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien gezeigt werden (Scheuch und Priller 2005). So findet sich ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung ca. zehnfach erhöhtes Erkrankungsrisiko für Verwandte ersten Grades affektiv Erkrankter. Affektive Störungen sind komplex genetische Erkrankungen mit polygener Genese wobei jedes einzelne Gen für sich genommen nur einen kleinen Teil zur phänotypischen Ausprägung beiträgt. In hypothesengeleiteten (beispielweise hinsichtlich dysfunktio-

onaler Neurotransmission und Neuroprotektion) und in genomweiten Assoziationsstudien oder Meta-Analysen konnten Suszeptibilitätsgene identifiziert werden. Aufgrund der kleinen Effektstärken der gefundenen Genpolymorphismen können diese allein die hohe Heritabilität der Störung aber nicht erklären (Schulze in Druck).

Neuroanatomische Befunde

Nachdem man lange Zeit glaubte, dass Depressionen ausschließlich mit einer neurochemischen Imbalance und weniger mit strukturellen Veränderungen verbunden sind (Rajkowska 2003), gibt es heute deutliche Hinweise auf zytomorphometrische Unterschiede zwischen Patienten mit Depression und gesunden Kontrollpersonen. Beispielsweise zeigen die für die Serotoninfreisetzung verantwortlichen Kerne des Nucleus raphe bei Depressiven eine im Vergleich zu Gesunden verringerte Neuronendichte. Dieser Befund passt zu der bei affektiven Erkrankungen postulierten Störung im Serotoninsystem (Stockmeier und Jurius 2002). Dazu wurden bei Depressiven Veränderungen in Dichte und Größe von Nervenzellen in fronto-limbischen (Cotter et al. 2002) und hippokampalen Hirnregionen (Rajkowska 2003) gefunden. Die Gesamtneuronenzahl scheint dabei weniger verändert zu sein, als die Architektur der kortikalen Schichten (Cotter et al. 2002). Diese schichtenspezifischen Veränderungen legen eine Inbalance exzitatorischer und inhibitorischer Neurone bei der Neuropathologie der Depression nahe.

Bildgebende Befunde

Eine Vielzahl von Theorien zur Neurobiologie stützt sich auf die hohe Prävalenz sekundärer affektiver Störungen als Folge einer neurologischen Erkrankung wie Schlaganfall, Morbus Parkinson, Epilepsie oder Gehirntumore. Bisher konnten nur Hinweise, jedoch keine spezifischen Beziehungen zwischen bestimmten Läsionsmustern und affektiven Folgeerscheinungen aufgezeigt werden. So wurde beispielsweise gezeigt, dass Tumore des Frontallappens mit

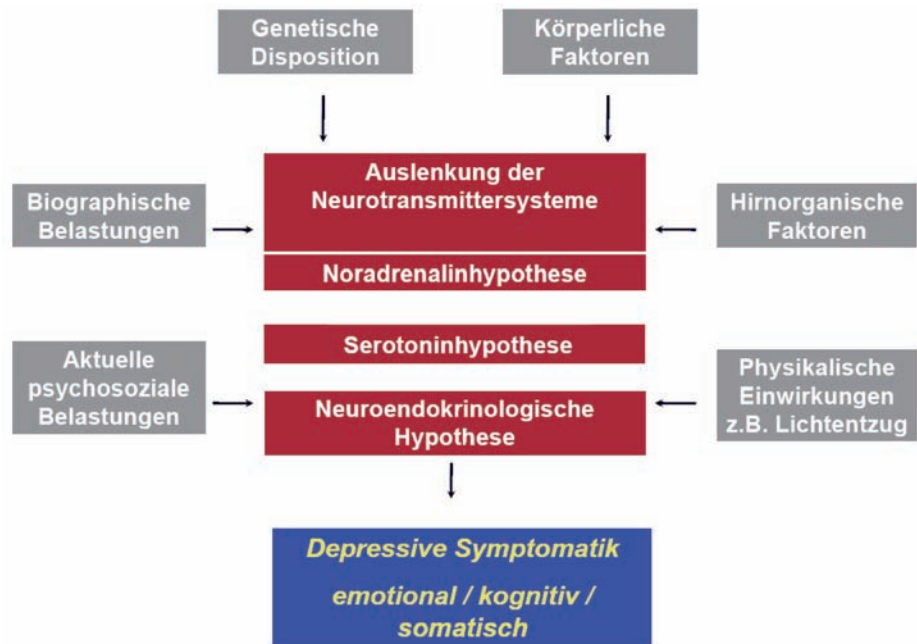


Abbildung 1: Psychobiologisches Modell zur Ätiopathogenese der Depression

einer sekundären Depression assoziiert sein können (Kanakaratnam und Direkze 1976) und eine Epilepsie, die eher den linken Temporallappen betrifft, mit einem erhöhten Depressions-Risiko verbunden ist (Altshuler et al. 1990). Eine ähnliche linkshemisphärische Vulnerabilität für die Entstehung einer Depression wurde bei Läsionen der Multiplen Sklerose gefunden (George et al. 1994). Auch Ischämien der Basalganglien können mit Depressionen assoziiert sein (Mendez et al. 1989).

Eine wichtige Herausforderung besteht darin, strukturelle Veränderungen mit spezifischen kognitiven oder affektiven Fehlfunktionen oder therapeutischen Outcomeparametern in

Beziehung zu setzen. Einer großen Metaanalyse zufolge bestehen Zusammenhänge zwischen Ventrikel-erweiterungen bzw. betonten Sulci und affektiven Störungen (Elkis et al. 1995). Dabei schreitet möglicherweise die Ventrikel-erweiterung deutlich über das Ausmaß des physiologischen Alterungsprozesses hinausgehend mit der Dauer der Erkrankung fort (Woods et al. 1990). Videbeck (1997) und Mitarbeiter konnten in einer Metaanalyse über 24 Studien mit insgesamt 550 depressiven Patienten und 1027 Kontrollen zeigen, dass subkortikale Hyperintensitäten bei depressiven Patienten, insbesondere bei schweren, therapieresistenten Fällen im Vergleich zu Kontrollpersonen vermehrt auftreten.

Bei Patienten mit rezidivierenden Depressionen scheint eine Atrophie des Hippokampus mit der Dauer der Depression in Zusammenhang zu stehen. Dies stimmt auch mit Erkenntnissen überein, dass eine chronische Hypercortisolämie zu einer fortschreitenden hippocampalen Degeneration führt (Sheline et al. 1996). In einer Studie hatten Patientinnen, die auf eine antidepressive Pharmakotherapie nicht angesprochen hatten im Vergleich zu Respondern eine signifikante Volumenreduktion im rechten Hippokampus (Vakili et al. 2000).

Funktionell-bildgebende Verfahren (fMRT, PET) an depressiven Patienten, ergaben abnormale zerebrale Aktivitäten in anterioren, präfrontalen kortikalen, paralimbischen und subkortikalen Strukturen. Eine verminderte globale zerebrale Aktivität trat bei bestimmten Untergruppen wie behandlungsresistenten, schwer depressiven Patienten (Ketter et al. 2001), Patienten höheren Alters oder anderen besonders schweren Verläufen (Sackeim et al. 1993) auf.

Eine erhöhte Aktivität der Amygdala bei Depressionen wurde vielfach nachgewiesen (Jaracz 2008). Mehrere Studien zeigten eine Assoziation zwischen unterschiedlichen Aktivitäten im vorderen Cingulum (ACC) und im medialen präfrontalen Kortex und dem therapeutischen Ansprechen. Eine metabolische Normalisierung in diesen Bereichen korrelierte in mehreren Studien mit dem Behandlungserfolg (Drevets et al. 1992; Amsterdam et al. 1995; Mayberg et

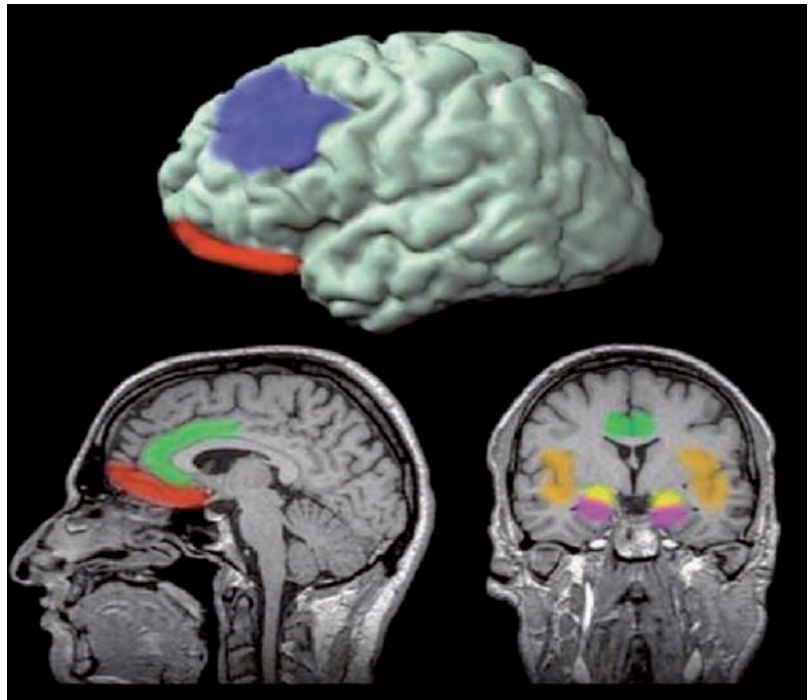


Abbildung 2: Bedeutende Hirnregionen, die bei depressiven Störungen funktionelle Veränderungen aufweisen. gelb: Amygdala; violett: Hippokampus; orange: Insula; grün: anteriorer Gyrius cinguli; rot: orbitofrontaler präfrontaler Kortex; blau: dorsolateraler präfrontaler Kortex (aus: Vollmert et al. 2004, mit freundlicher Genehmigung).

al. 2000). Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Hirnregionen, die bei depressiven Störungen funktionelle Veränderungen aufwiesen.

Neurochemische und neuroendokrinologische Befunde

Mittlerweile wurden zahlreiche Befunde hinsichtlich einer gestörten noradrenergen, dopaminergen und serotonergen Neurotransmission repliziert (Elhwuegi 2004). Ausgehend von der Serotoninmangelhypothese zeigte sich eine konsistent erniedrigte Konzentration von Serotoninmetaboliten im Liquor depressiver Patienten. Insbesondere bei Suizidopfern mit einer depressiven Vorgeschichte konnte eine verringerte Dichte von Serotonin (5-HT)-Transportern und Rezeptoren gefunden werden. Eine verminderte Aktivität des noradrenergen Systems wurde konsistent mit depressiven Kernsymptomen, wie Antriebsstörung und Interessensverlust (Yamamoto und Shinba 2009) in Verbindung gebracht. Von ähnlich großer Bedeutung scheinen die regelhaft bei depressiven Störungen gefundenen Veränderungen des dopaminergen Systems, wie verminderte Expression oder Hypo-

sensitivität von Dopaminrezeptoren (Ebert und Lammers 1997) zu sein. In Folge dieser verschiedenen Befunde geht man nicht mehr von einer isolierten Neurotransmitterstörung aus, im Vordergrund der Diskussion steht die Hypothese einer Dysbalance verschiedener Neurotransmitter, vor allem auf Rezeptorebene (Bauer et al. 2004).

Störungen des Schlafs gehören zu den Kernsymptomen einer Depression. Zirkadiane Rhythmen, die wesentlichen Einfluss auf den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Melatoninsekretion und andere wichtige endokrine Systeme (zum Beispiel die Cortisol-Stress-Achse) haben, sind bei depressiven Patienten häufig desynchronisiert (Wirz-Justice et al. 2009). Manche Autoren sprechen deshalb auch von der Depression als zirkadiane Rhythmusstörung (Hajak 2009). Physiologischerweise wird die adaptive Antwort des Organismus auf Stress in einem definierten Zeitraum beendet. Depressive Patienten weisen Defizite in ihren Stressreaktionen auf, wodurch diese Antwort nicht oder nur unzureichend beendet wird. Viele depressive Patienten zeigen charakteristische Veränderungen des

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Systems, eines zentralen Elementes der Stressantwort. Auf molekularer Ebene lassen sich bei diesen Patienten häufig eine vermehrte Freisetzung von CRH (corticotropin-releasing hormone) und erhöhte Plasma-Cortisolspiegel (Nemeroff et al. 1984) nachweisen. In Tierversuchen führten erhöhte Plasma-Cortisolspiegel zu einem Verlust von hippocampalen Neuronen (Sapolsky et al. 1984). Neben Faktoren der HPA Achse werden vor allem Neurotrophine (zum Beispiel BDNF, Karege et al. 2002) und eine glutamaterge Funktionsstörung (Levine et al. 2000) als ursächlich in der Pathogenese der Depression angesehen (Saarelainen et al. 2003).

Auf molekularer Ebene der Depressionsentstehung besonders in den Fokus gelangt ist die Neurogenese. Bekannt ist, dass chronischer Stress die Länge und Verzweigung von Dendriten in bestimmten Regionen des Hippokampus reduziert und die Neurogenese im Gyrus dentatus hemmt (Mc Ewen 2000). Obwohl die zellulären und molekularen Mechanismen, die hier zugrunde liegen, noch nicht ausreichend aufgeklärt sind, könnte die Überproduktion von Glucocorticoiden und exzitatorischen Neurotransmittern im Rahmen der Depression eine Rolle spielen. Auch BDNF scheint eine zentrale Rolle bei der Regulation der Neurogenese zuzukommen (Lee et al. 2002). Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer können ihre therapeutische Wirkung über eine Stimulation der Neurogenese entfalten. (Santarelli et al. 2003). Auch verschiedene Antidepressiva, sowie Lithiumsalze vermögen, die Neurogenese im Hippokampus mit der im klinischen Alltag beobachteten Wirkungslatenz zu steigern (Malberg et al. 2000). Die den schweren Verlaufsformen der Depression vorbehaltene Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gilt übrigens als stärkster Stimulator der Neurogenese im Gyrus dentatus der Ratte (Malberg et al. 2000).

Therapie

Zur Behandlung einer akuten depressiven Episode kann eine antidepressive

Pharmakotherapie mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI), selektiven Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmern (SNRI) aber auch mit tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TZA), sowie Substanzen wie Bupropion und Mirtazapin grundsätzlich gleichermaßen empfohlen werden. In individuellen Behandlungsplänen müssen allerdings die zum Teil erheblichen Verträglichkeitsunterschiede berücksichtigt werden, was insbesondere bei längerfristiger Behandlung eine wichtige Rolle spielt.

Vor Durchführung einer antidepressiven Therapie wird die Diagnosestellung einer depressiven Episode unter Zuhilfenahme der gängigen Diagnosesysteme ICD-10 oder DSM-IV vorausgesetzt. Ferner müssen relevante psychiatrische oder somatische Komorbiditäten ausgeschlossen bzw. festgestellt und berücksichtigt werden. Ebenso sollten andere, mit psychischer Symptomatik oder der Behandlung interferierende Faktoren, wie chronischer psychosozialer Stress oder Einnahme relevanter Begleitmedikationen erfasst werden. Vor Einleiten der eigentlichen Therapie sollten diese Rahmenbedingungen geklärt werden. Begleitende psychotherapeutische Unterstützung erhöht zu jedem Zeitpunkt die Remissionschancen und ist über die gesamte Behandlungsdauer indiziert (de Jonghe et al. 2001).

Behandlungsplan und Setting sollten frühzeitig festgelegt und ein Behandlungsvertrag mit klaren und realistischen therapeutischen Zielen zu

Beginn der Therapie geschlossen werden. Der körperliche Zustand des Patienten muss ebenso wie Suizidrisiko, Auftreten von Nebenwirkungen in der Akutphase wenigstens wöchentlich überwacht werden.

Pharmakotherapie

Über 30 verschiedene Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen stehen für die antidepressive Pharmakotherapie zur Verfügung. Sie sind jeweils mit Ansprechraten zwischen 50 und 75 Prozent assoziiert (Bauer et al. 2007). Die Auswahl eines der Präparate im individuellen Behandlungsfall sollte sich an der klinischen Symptomatik, der Medikamentenanamnese bezüglich Response und Verträglichkeit, an der körperlichen Verfassung, an der Erfahrung des Arztes, an der zu erwartenden Compliance, an der Wirtschaftlichkeit und an der Präferenz des Patienten orientieren.

Wirksamkeit

Substanzen aus der Gruppe der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), der tetrazyklischen und trizyklischen Antidepressiva (TZA), der selektiven Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI), der selektiven Noradrenalin- und Dopaminwiederaufnahmehemmer (SNDI) und der Monoaminoxidasehemmern (MAOI) sowie Mirtazapin, das sich keiner dieser Substanzklassen zuordnen lässt, besitzen allesamt eine höhere antidepressive Wirksamkeit, als Placebopräparate (Bauer et al. 2007). Zwischen

den einzelnen Substanzgruppen ergeben evidenzbasierte Wirksamkeitsvergleiche keine generellen, signifikanten Unterschiede (Pilhatsch und Bauer 2007, Anderson et al., 2000). Jedoch besitzt gemäß aktueller Metaanalysen der SNRI Venlafaxin eine gegenüber den SSRIs (mit Ausnahme von Escitalopram) etwas überlegene Wirksamkeit (Pilhatsch und Bauer 2007). Irreversible MAOIs (Tranylcypromin) besitzen eine den TZA vergleichbare antidepressive Potenz, werden jedoch aufgrund geringerer Verträglichkeit und der Notwendigkeit einer speziellen thyraminarmen Diät nicht als initiale Behandlungsstrategien empfohlen.

Verträglichkeit

Moderne Antidepressiva zeichnen sich gegenüber älteren Substanzen (z.B. TZA) durch eine höhere Selektivität ihrer pharmakologischen Angriffspunkte und damit besserer Verträglichkeit sowie durch niedrigere Toxizität in Überdosierung (zum Beispiel bei suizidaler Handlung) aus. In verschiedenen Metaanalysen (Mace und Taylor 2000, Peretti et al. 2000) haben sich SNRI und SSRI aufgrund geringerer anticholinergischer und kardiovaskulärer Nebenwirkungen als sicherer erwiesen und gehen auch mit weniger Therapieabbrüchen einher (Anderson et al. 1993, Mace und Taylor 2000). Insbesondere bei moderaten depressiven Zuständen sowie beim Vorliegen kardiovaskulärer Erkrankungen oder einem Behandlungssetting mit seltenen Arzt-Patienten-Kontakten, sollte neueren Substanzen der Vorzug gegenüber TZA gegeben werden. Auf einige verträglichkeitsspezifische Besonderheiten unter SSRI Behandlung sei hier jedoch verwiesen: Die unter SSRIs gelegentlich auftretenden und vor allem bei jungen Patienten dann häufig zu Therapieabbrüchen führenden sexuellen Funktionsstörungen sind unter anderen Substanzen, wie Bupropion und Reboxetin, einem reinen Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) seltener. Generell treten innerhalb der SSRI gastrointestinale Nebenwirkungen sowie innere Unruhe am häufigsten auf. Wegen der Gefahr des Auftretens eines

lebensbedrohlichen Serotoninsyndroms ist eine Kombination aus SSRI und irreversiblen MAOI kontraindiziert und eine Kombination mit TZA streng abzuwägen.

Der zurzeit wieder verstärkt diskutierten (Safer and Zito 2007) suizidanstoßenden Wirkung von Antidepressiva, vor allem der SSRI, muss nach der aktuellen Evidenzlage eher widersprochen werden. Generell fanden sich in großen Metaanalysen keine höheren Suizidraten unter Antidepressiva verglichen mit Placebo (Teicher et al. 1993), kein erhöhtes relatives Risiko für suizidales Verhalten durch eine antidepressive Pharmakotherapie (Jick et al. 2004) und auch kein Hinweis dafür, dass SSRI im Vergleich zu älteren Antidepressiva Suizide begünstigen. Auf der anderen Seite kann bei jungen Patienten mit schlechtem therapeutischem Ansprechen zu Beginn der Behandlung eine signifikante Risikoerhöhung für Suizidversuche durch Antidepressiva nicht ausgeschlossen werden (Jick et al. 2004, Teicher et al. 1993).

Die Verträglichkeit von SNRI ist ähnlich einzuschätzen. Wegen des etwas höheren Risikos einer Blutdruckerhöhung bei Venlafaxin sind jedoch vor allem bei Behandlungsbeginn entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Bei den TZA finden sich am häufigsten anticholinerge (Mundtrockenheit, Tachykardie, Obstipation), kardiovaskuläre, antihistaminerge (Sedierung, Gewichtszunahme) und neurologische Nebenwirkungen (erhöhte Krampfbereitschaft, Delir). Die sekundären Amine (Desipramin, Nortriptylin) gelten als etwas besser verträglich als die tertiären Amine wie Amitriptylin und Imipramin.

Verträglichkeitsvergleiche zwischen den einzelnen Substanzklassen werden im individuellen Behandlungsfall relevant, sodass sich bei bestimmten Konstellationen einzelne Präparate anbieten. So gelten beispielsweise Medikamente, die wie Bupropion weder den Blutdruck senken, noch Auswirkungen auf die kardiale Erregungsüberleitung haben, als besonders geeignet im Fall einer komorbiden Koronararterienerkrankung.

Behandlungsverlauf

Die volle antidepressive Wirksamkeit eines Medikamentes entfaltet sich nach 8 bis 10 Wochen. Dennoch sollte bereits nach zwei bis vier Wochen eine umfassende Zwischenbeurteilung des Behandlungsversuches erfolgen, da die Wahrscheinlichkeit für einen befriedigenden Behandlungserfolg im weiteren Verlauf sehr gering ist, wenn sich die depressiven Symptome des Patienten nach zwei bis vierwöchiger Behandlung in einer Dosierung oberhalb der Standarddosis nicht klinisch deutlich erfassbar gebessert haben (Bauer et al. 2007). Falls keine Besserung stattgefunden hat, sollte der Behandlungsversuch ebenso wie nach Feststellen einer nicht akzeptablen Verträglichkeit abgebrochen und durch eine andere Strategie ersetzt werden. Zeigt der Patient in diesem Zeitraum ein leichtes, jedoch insgesamt noch unzureichendes Ansprechen kann eine Weiterbehandlung bis zu 10 Wochen erwogen werden (Stassen et al. 1996), da die Remissionsrate, also vollständiger Symptomrückgang, in dieser Konstellation bei über 50 Prozent liegt. Gleiches wird für Patienten, die eine „Response“, also einen Symptomrückgang um mindestens 50 Prozent zeigen, empfohlen. Auch hier gilt es, den Behandlungsversuch zeitlich auszudehnen, um das Ziel einer jeden antidepressiven Therapie, nämlich eine vollständige Kupierung depressiver Symptome zu erreichen.

Bei etwa einem Drittel schwer depressiver Patienten bleibt ein befriedigender Behandlungserfolg nach dem ersten Therapieversuch aus (Thase und Rush 1997). Nach erneuter Sicherstellung von korrekter Diagnose, suffizienter Compliance und ausreichender Dosierung mit adäquaten Serumspiegeln (Pilhatsch und Bauer 2007), können verschiedene Vorgehensweisen prinzipiell gleichermaßen empfohlen werden: Der Wechsel zu einem Antidepressivum einer anderen pharmakologischen Klasse, der Wechsel zu einem Antidepressivum innerhalb derselben pharmakologischen Klasse, eine Kombinationsbehandlung aus zwei Antidepressiva unterschiedlicher

Klassen, eine Augmentation mit einer primär nicht antidepressiv wirksamen Substanz (zum Beispiel Lithium, atypische Neuroleptika, Schilddrüsenhormone) (Bauer et al. 2007).

Der aufgrund einer 2008 veröffentlichten, viel und kontrovers diskutierten Metaanalyse von Kirsch und Kollegen aufgekommenen Skepsis bezüglich einer generellen Unwirksamkeit von Antidepressiva wurde inzwischen von mehreren Experten überzeugend entgegengetreten (DGPPN 2008, Broich 2009, McAllister-Williams 2008). Unter Berücksichtigung dieser Kommentare ist bezüglich der Studie zu konstatieren, dass von Kirsch et al. der bereits langjährig bekannte Befund repliziert wurde, dass sich ein Antidepressivum desto ausgeprägter von Placebo abgrenzt, je schwerer die Depression der untersuchten Patienten ist.

Ausblick

Die neurobiologisch ausgerichtete Forschung zu den Ursachen depressiver Erkrankungen führte in den letzten Jahren zu einer Vielzahl von wegweisenden Erkenntnissen. Trotz des zum Teil sehr detaillierten Kenntnisstandes über molekulare Mechanismen, die bei der Entstehung, dem Verlauf und der Therapie affektiver Erkrankungen zum Tragen kommen, fehlt bis heute ein Modell, das die gesamten Befunde der bisherigen Forschung miteinander in Zusammenhang stellt und somit ein ganzheitliches Bild zum Verständnis dieser schweren Erkrankungen ermöglicht. Die Herausforderung für die nächsten Jahre wird es sein, Wege zur Integration der Befunde über die molekularen und zellulären Veränderungen auf die Systemebene und schließlich auf die Verhaltensebene

zu finden. Das wachsende Verständnis der pathophysiologischen Grundlagen affektiver Erkrankungen wird in Zukunft dazu führen, dass neue Therapiestrategien entwickelt werden können. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass auch solchen Patienten geholfen werden kann, die heute trotz Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten noch keine zufriedenstellende Stabilität erreichen.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer
 Direktor
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Tel. (0351) 458 2760
 Fax (0351) 458 4324
 michael.bauer@uniklinikum-dresden.de

Depressionsnetzwerke und ihre versorgungspolitische Bedeutung

U. Hegerl, I. Heinz

Zusammenfassung

Depressionen sind häufige, oft chronisch verlaufende Erkrankungen und eine Hauptursache der jährlich über 9.000 Suizide in Deutschland. Aufgrund diagnostischer und therapeutischer Defizite in der Versorgung erhält aber nur eine Minderheit der Betroffenen eine adäquate Behandlung, obwohl wirksame Therapien zur Verfügung stehen. Mit dem Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ und dessen bundes- und europaweiter Ausweitung wurde erstmals eine gemeindebasierte Intervention auf vier verschiedenen Ebenen zur Verbesserung der Versorgung depressiv Erkrankter implementiert. Die Evaluation des Modellprojekts in Nürnberg ergab eine Reduktion der Zahl suizidaler Handlungen von über 20 Prozent. Die Auswirkungen des Modellprojekts und dessen medizinische und gesundheitspolitische Bedeutungen werden dargestellt.

Depression – Bedeutung und Versorgungssituation

Depressionen sind häufige, meist rezidivierende, oft auch chronisch verlaufende und nicht selten lebensbedrohliche Erkrankungen, die mit einer deutlich reduzierten Lebenserwartung einhergehen. Untersuchungen auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (Lopez, A.; Mathers, C.D.; Ezzati, M.; et al., 2006) zeigen die herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen. So stellt die Depression in den westlichen Industrienationen das zweithäufigste Leiden nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar. Bei der Betrachtung der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre steht die unipolare Depression vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten an erster Stelle (Abb. 1).

Derzeit leiden schätzungsweise fünf Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression (Wittchen, H.U.; Müller, N.; Pfister, H.; et al., 2000). Die Gefahr suizidaler Handlungen ist bei von Depression Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. So versterben circa 15 Prozent der an schweren, rezidi-

vierenden oder chronischen Depressionen leidenden Menschen durch Suizid (Angst, J.; Angst, F.; Stassen, H., 1999). Etwa 90 Prozent der jährlich über 9.000 Suizide (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Todesursachenstatistik 1980 – 2008; 2010) erfolgen im Kontext psychiatrischer Erkrankungen (Mann, J.J.; Apter, A.; Bertolote, J.; et al., 2005), wobei die Depression mit über 50 Prozent an erster Stelle steht (Bertolote, J.M.; Fleischmann, A.; De, L.D.; et al., 2003). Die Dringlichkeit von Maßnahmen zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter ergibt sich aber vor allem aus der Tatsache, dass Behandlungsmöglichkeiten wie Pharmakotherapie und Psychotherapie mit gut belegter Wirksamkeit vorliegen. Durch das reduzierte Hilfesuchverhalten depressiv Erkrankter, diagnostische und therapeutische Defizite sowie Compliance-Probleme ist davon auszugehen, dass jedoch nur eine Minderheit der Betroffenen eine optimale Behandlung erhält. Die Versorgung depressiv Erkrankter bietet verschiedene Optimierungsspielräume, welche ein gleichzeitiges Ansetzen auf mehreren Ebenen nahelegen.

Nürnberger Bündnis gegen Depression

International gab es bereits verschiedene Ansätze, mit gezielten Programmen die Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern und somit Suizidprävention zu betreiben wie die „Gotland-Studie“ (Rutz, W.; von Knorring, L.; Walinder, J., 1989), die „Defeat Depression Campaign“ (Paykel, E.; Tylee, A.; Wright, A.; et al., 1997) oder „beyond-blue“ (Jorm, A.; Christensen, H.; Griffiths, K., 2005). Das Fehlen von Kontrollregionen und der Erfassung von Suizidversuchen sowie eines a-priori festgelegten Evaluationsansatzes mindern allerdings die Evidenz bezüglich der Wirksamkeit dieser Interventionen. Mit dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekts „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ ein Aktionsprogramm entwickelt, implementiert und evalu-

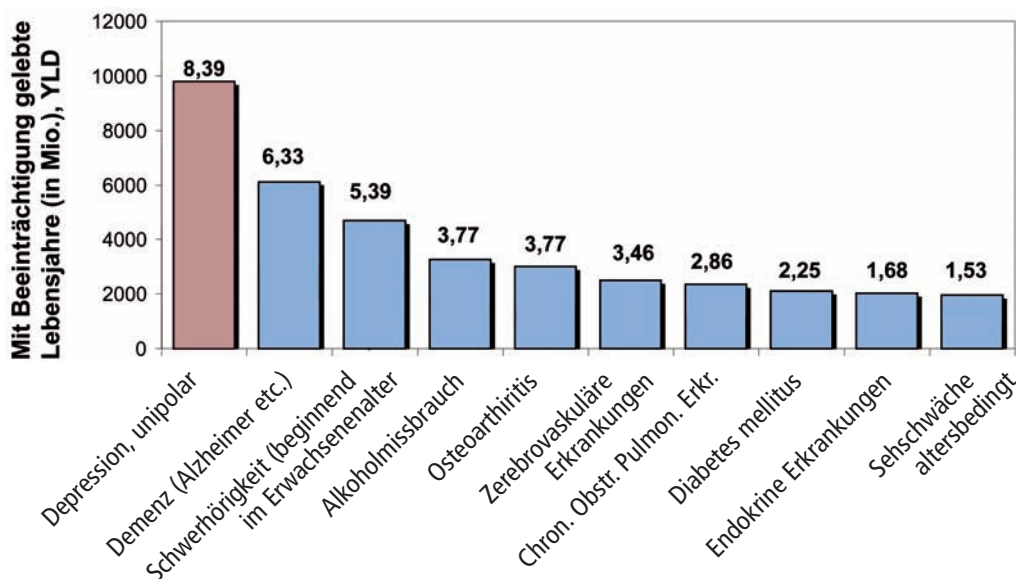


Abbildung 1: Weltweite Beeinträchtigung durch Volkskrankheiten: Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern (nach: Lopez, A.; Mathers, C.D.; Ezzati, M.; et al., 2006).

iert, welches erstmals verschiedene Interventionsebenen im Rahmen eines gemeindebasierten Ansatzes kombinierte (Abb. 2).

Die vier Ebenen umfassen:
Ebene 1: Die Kooperation mit Hausärzten

An Depression erkrankte Menschen wenden sich primär mit depressionsbegleitenden körperlichen Symptomen an ihren Hausarzt, wodurch die Diagnose erschwert und bei circa 50 Prozent der depressiv Erkrankten nicht gestellt wird (Mitchell, A.; Vaze, A.; Sanjay, R., 2009). Wird die Depression erkannt, so wird oft nicht konsequent mit dem richtigen Medikament, der richtigen Dosis und über einen ausreichenden Zeitraum hinweg behandelt. In Nürnberg fanden daher zahlreiche Intensivworkshops statt, um diagnostische und therapeutische Fähigkeiten zu verbessern. Den Ärzten wurden Screeningbögen (WHO-5) zur schnelleren und leichteren Erkennung von Depressionen vorgestellt und per Rollenspiel die Exploration von Depression und Suizidalität geübt. Zusätzlich erhielten die Hausärzte ein Informationsvideo sowie ein Aufklärungsvideo zur Weitergabe an Patienten und deren Angehörige.

Ebene 2: Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

Wissensdefizite zu Depression sind nicht nur bei Patienten, sondern auch bei weiten Teilen der Bevölkerung zu finden (Althaus, D.; Stefanek, J.; Hasford, J.; et al., 2002). Ziel der professionellen PR-Kampagne war die Aufklärung über die Krankheit Depression und ihre Behandelbarkeit. Unter anderem wurden 100.000 Flyer, 20.000 Ratgeberbroschüren und 4.000 Informationsvideos verteilt. Auf die Thematik wurde immer wieder mit Plakaten (Abb. 3) und durch einen Kinospot hingewiesen.

Mit den Kernbotschaften „Depression kann jeden treffen“, „Depression hat viele Gesichter“ und „Depression ist behandelbar“ sollten auf einfache Art und Weise wesentliche Aspekte der Erkrankung vermit-



Abbildung 2: 4-Ebenen-Ansatz des Nürnberger Bündnisses gegen Depression

telt werden. Darüber hinaus wurde in öffentlichen Veranstaltungen (Vorträge, Podiumsdiskussionen, Aktionstage und weitere) auf die Thematik aufmerksam gemacht. Zudem fand eine enge Zusammenarbeit mit Funk, Fernsehen und Printmedien statt, um die Präsenz der Thematik in der öffentlichen Diskussion zu stärken.

Ebene 3: Zusammenarbeit mit Multiplikatoren

Neben Hausärzten wurden weitere wichtige Berufsgruppen fortgebildet. So fanden in Nürnberg über 80 Fortbildungen mit insgesamt 1.500 Multiplikatoren (unter anderem Lehrer, Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten, Apotheker) zum Thema „Depression und Suizidalität“ statt.

Ebene 4: Angebote für Betroffene und Angehörige

Für Patienten nach Suizidversuch wurde eine spezielle Hotline eingerichtet, die diesen im Falle einer Krise einen schnellen und unbürokratischen Zugang zu einer fachärztlichen Betreuung ermöglicht. Zudem wurden Selbsthilfeaktivitäten gefördert und neue Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige ins Leben gerufen.

Die Evaluation der zweijährigen Intervention ergab einen 24-prozentigen Rückgang der Zahl suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche). Diese wurden als primäres

Erfolgskriterium prospektiv festgelegt und mit Bezug auf das Ausgangsjahr und die Kontrollregion Würzburg gemessen (Hegerl, U.; Althaus, D.; Schmidtke, A.; et al., 2006). Die Nachhaltigkeit zeigte sich in einem gegenüber dem Ausgangsjahr weiteren Rückgang der suizidalen Handlungen im Folgejahr (-32 %) nach



Abbildung 3: Plakat mit Leitmotiv der PR-Kampagne des Nürnberger Bündnisses gegen Depression

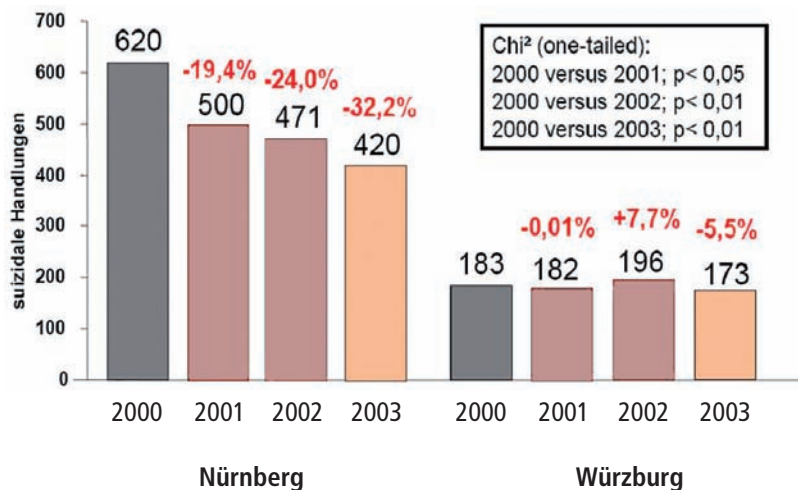


Abbildung 4: Signifikanter Rückgang der suizidalen Handlungen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg (2000: Ausgangsjahr, 2001/2002: Interventionsjahr, 2003: Folgejahr; nach Hegerl, U.; Mergl, R.; Havers, I.; et al., 2009)

Beendigung der intensiven 4-Ebenen-Intervention (Hegerl, U.; Mergl, R.; Havers, I.; et al., 2009).

Der Rückgang der Suizidversuche war besonders deutlich für sogenannte „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen oder Sprung aus der Höhe, verglichen mit „weichen“ Methoden wie Vergiftungen. Die Reduktion der Suizide wies aufgrund der hohen zufälligen jährlichen Schwankungen keine statistische Signifikanz auf. Der deutliche Rückgang suizidaler Handlungen durch die Aktivitäten des Nürnberger Bündnisses gegen Depression liefert starke Belege, dass durch eine gemeindebasierte Intervention auf vier Ebenen die Versorgung depressiv Erkrankter verbessert und die Suizidalität deutlich reduziert werden kann.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression: Ausweitung der Nürnberger Aktivitäten bundesweit

Der Erfolg des Nürnberger Bündnisses gegen Depression führte zu einer hohen Nachfrage weiterer Regionen nach diesem evidenzbasierten Konzept und den in Nürnberg entwickelten Materialien. Als Dach einer bundesweiten Ausweitung wurde 2003 das „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ gegründet, welches nach Auslaufen der Förderung durch das Kompetenznetz Depression, Suizidalität durch die Stiftung Deutsche

Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) und mit Unterstützung des Schirmherrn Herrn Harald Schmidt weitergeführt wird. Das Deutsche Bündnis gegen Depression ermöglicht interessierten Städten und Regionen eine regionale Umsetzung der 4-Ebenen-Intervention mit geringem finanziellen Aufwand. Mittlerweile wurden bundesweit über 60 regionale „Bündnisse gegen Depression“ ins Leben gerufen. Dieser mit unverminderter Dynamik laufende, überraschend erfolgreiche Prozess ist getragen von einem starken „Bottom-up-Ansatz“: die einzelnen Regionen entscheiden selbst, in welcher Form und in welchem Umfang sie das Konzept des Nürnberger Modellprojekts in ihre Aktivitäten und bestehenden Organisationsstrukturen einbinden. Je nach lokalen Kooperationsmöglichkeiten gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Beratungsstellen, Schulen, Apotheken, Kirchen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und viele weitere professionelle Versorgungseinrichtungen zum Netzwerk der Bündnisse.

Unterstützung der Ärzte

Auch die ärztliche Arbeit kann von den regionalen Aktivitäten profitieren:

- Ärzte können Patienten mit weiterem Informationsbedarf auf die Homepage [\[depression.de\]\(http://depression.de\) verweisen. Neben lokalen Hilfs-, Beratungs- und Gruppenangeboten werden aktuelle Veranstaltungen angekündigt und ein Online-Diskussionsforum bereitgestellt. Es ermöglicht Patienten und Angehörigen, sich auf thematischen Unterforen zu verschiedenen Aspekten der Erkrankung auszutauschen und zusätzliche Unterstützung zu finden. Ebenso können Ärzte und Patienten Informationsmaterial zum Selbstkostenpreis beziehen.](http://www.buendnis-

</div>
<div data-bbox=)

- Ärzte können kostenfrei an Fortbildungen zur Erkrankung und zum Umgang mit depressiven und suizidalen Patienten teilnehmen.
- Bei Fragen zu affektiven Störungen steht Ärzten der Online-Beratungsservice www.psychiatriekonsil.de kostenfrei zur Verfügung.
- Ärzte können über das jeweilige regionale Bündnis Informationsmaterial zur Herausgabe an Patienten und Angehörige, die sich weitergehend informieren wollen, beziehen. Dazu gehört auch ein Adressflyer, der Patienten und Angehörige über die Angebote des Versorgungssystems „auf einen Blick“ informiert und so das Versorgungssystem transparenter und zugänglicher macht.

Bündnisaktivitäten in Sachsen

In Sachsen finden bereits seit 2005 mit dem Dresdener Bündnis gegen Depression verschiedenste Aktivitäten statt. Für 2010 sind neben dem traditionellen Informationstag im Rathaus wieder Schulungen für Hausärzte und in Betrieben zum Thema „Depression am Arbeitsplatz“ geplant. Im Juni 2009 hat das Leipziger Bündnis gegen Depression als zweiter sächsischer Partner mit Christine Clauß (Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz) und Prof. Thomas Fabian (Bürgermeister für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Stadt Leipzig) als Schirmherrn seine Arbeit aufgenommen.

Verbreitung des 4-Ebenen-Modells in Europa

Wegen des großen Interesses anderer europäischer Länder an dem in Nürnberg entwickelten 4-Ebenen-Interventionskonzept und der Materialien wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission im Jahr 2004 die „European Alliance against Depression“ (EAAD; www.eaad.net) mit Partnern aus 17 europäischen Staaten ins Leben gerufen. Der Interventionsansatz hat sich hierbei als gut adaptierbar an verschiedene Kulturen und Gesundheitssysteme in Europa erwiesen. So empfiehlt die Europäische Kommission im 2005 veröffentlichten Grünbuch zur psychischen Gesundheit das gemeindebasierte 4-Ebenen-Interventionskonzept der EAAD als „Example of best Practice“.

Ende 2008 wurde im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Kommission ein weiteres großes Projekt, basierend auf den Materialien und Strategien des Deutschen Bündnisses und der EAAD, gestartet. Unter dem Titel „Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe“ (OSPI-Europe; www.ospi-europe.com) wird eine weitere Optimierung der gemeindebasierten 4-Ebenen-Intervention mit Schärfung insbesondere hinsichtlich der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden verfolgt. Analog dem Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ werden Interventionen in umschriebenen Regionen in Irland, Portugal, Ungarn und Deutschland (Leipzig) durchgeführt und die Effekte jeweils

mit Kontrollregionen verglichen. Als Ergebnis soll der Gesundheitspolitik ein evidenzbasiertes und kosteneffektives Interventionsprogramm zur Prävention von Suizidalität empfohlen und zur Verfügung gestellt werden.

Fazit

Basierend auf dem Konzept des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ sind in bereits über 80 Regionen in Europa regionale, gemeindebasierte Interventionen gestartet worden. Dieser weiter dynamisch verlaufende Prozess der Expansion von Bündnisaktivitäten auf weitere Regionen in Deutschland und Europa ist, neben medizinisch-professioneller Mitarbeit, getragen von Bürgerengagement, Selbsthilfeaktivitäten und Identifikation der Teilnehmenden mit dem jeweiligen lokalen Bündnis („bottom-up-Ansatz“). Es stellt einen höchst kosteneffektiven und evidenzbasierten Ansatz zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter und zur Suizidprävention dar.

Interessierte Regionen können sich für weitere Informationen gern an das Deutsche Bündnis gegen Depression (info@buendnis-depression.de) wenden.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Semmelweisstraße 10
04103 Leipzig
Tel. 0341-9724530
Fax 0341-9724539
E-Mail: hegerl@medizin.uni-leipzig.de

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.l-va.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne,
Telefon: 0341 710039-94, se@l-va.de
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.
Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 106,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 10,15 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

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

Das Netzwerk für Ihren Berufsweg



ÄRZTE FÜR SACHSEN

www.aerzte-fuer-sachsen.de

Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Depressionen

G. Plöttner

Das Wort Depression bezeichnet einen Zustand und sagt nichts aus über die Ursache des Leidens. Kurzzeitige depressive Verstimmungen sind häufig, der Übergang zu schweren Krankheitszuständen ist fließend. Die Ursachen für die Entstehung von depressiven Zustandsbildern sind vielfältig. Sie liegen im körperlichen, im seelischen und im sozialen Bereich. (3)

So wichtig die störungsspezifische Perspektive ist – in keinem Fall ersetzt sie die für die Behandlungsplanung und die Bestimmung der Interaktionstechnik unerlässliche Einschätzung des Strukturniveaus und der Ich-Funktion, der Persönlichkeit. (5)

Depressionen aus psychodynamischer Sicht

Gemäß eines bio-psychozialen Modells treffen bei der Entstehung und Manifestation einer Depression mehrere Faktoren zusammen, die je nach Individuum unterschiedlich gewichtet sind.

So können Patienten mit depressiven Störungen unter neurotischen Konflikten leiden oder es können

schwere Charakterpathologien vorkommen, je nach Stufe des Strukturniveaus. (5)

Auslösende Situationen sind typischerweise häufig Verlusterlebnisse, Kränkungen, andauernde Hilflosigkeit, Desillusionierung und Enttäuschungen. Die Grundlage dafür, dass sich aus dieser Situation eine manifeste depressive Erkrankung entwickelt, besteht in einem Konflikt, der in der frühen Entwicklungsphase der Persönlichkeit (während der Entwicklung des Bindungs- und frühen Autonomiesystems) entsteht. Der Konflikt drückt sich in der Ambivalenz aus zwischen Sehnsucht nach Nähe/Vertraulichkeit/Abhängigkeit zu einem anderen Menschen und Angst vor Enttäuschung oder Verlust des anderen.

Aus Angst vor Trennung und Verlust haben diese Menschen ein hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein entwickelt und verlangen sich selbst große Leistungen ab, um andere zufrieden zu stellen. Sie hoffen, auf diese Weise von anderen gebraucht zu werden und ihr Zuwendungsdefizit ausgleichen zu können (altruistische Bewältigungsform) oder es besteht eine Abhängigkeit von Lob und der Bestätigung durch andere (narzisstische Bewältigung). Andererseits wird versucht, in einer zurückgezogenen, selbstgenügsamen Haltung die Verlusterfahrung zu vermeiden (schizoide Bewältigung). Gleichzeitig dient dieses Verhalten

der Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühles. Fallen die äußeren Stabilisatoren des Selbstwertgefühles weg, droht die manifeste depressive Symptomatik. Eigene Bedürfnisse, Ärger, Wut und Enttäuschung werden zunächst aus der Angst vor Beziehungsverlust abgewehrt und dann durch Selbstvorwürfe, Selbstanklagen und Suizidversuche gegen die eigene Person gerichtet. Es besteht ein Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, anhaltender Hilflosigkeit und Ohnmacht. Für den Betroffenen scheint es unmöglich, Einfluss auf sein Leben nehmen zu können.

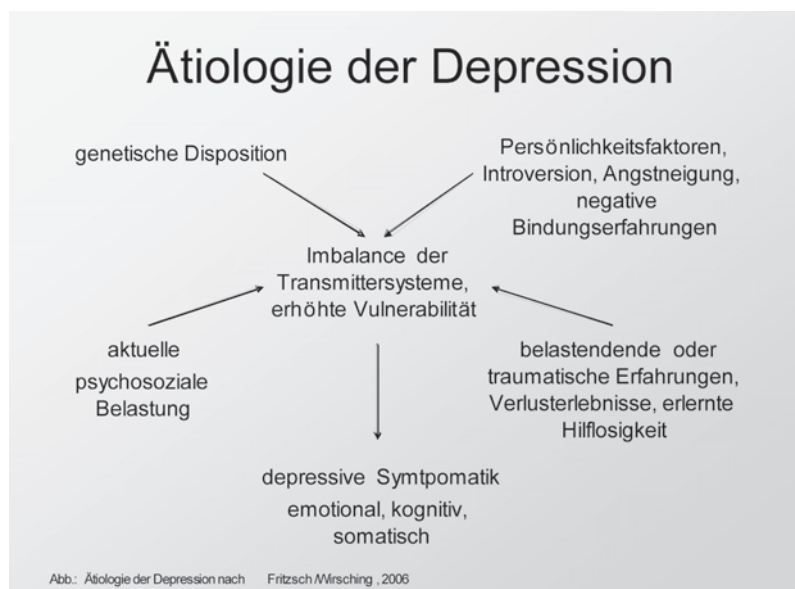
Behandlung in der Akutphase

Die Akutphase depressiver Störung erfordert meist eine Kombination aus antidepressiver Pharmakotherapie und begleitender supportiver Psychotherapie.

In dieser Phase ist empathische Präsenz und Verfügbarkeit des Therapeuten von allergrößter Bedeutung. Die Aufgabe des Therapeuten ist es in erster Linie, den Patienten geduldig anzuhören und die Klagen anzunehmen, ohne ihn vorschnell aufzumuntern.

Ungeduld, Ermahnungen und kurzsichtige Ratschläge führen nur dazu, dass der Patient sich unverstanden fühlt. Er wird in seiner depressiv verzerrten Sicht seiner selbst und der Welt bestätigt.

Die Termine sollten in einer für den Patienten vertretbaren Kürze durchgeführt werden, um die Belastung so gering wie möglich zu gestalten. Vorrang vor allen anderen Maßnahmen haben die Bemühungen um Entlastung und Selbstwertstärkung des Patienten. Eine Vermittlung zur Entstehung und Behandlung von Depressionen ist notwendig, um das für den Patienten zumeist unverständliche Geschehen besser zu begreifen und durch ein medizinisches Krankheitsverständnis Schuldgefühle des Patienten abzubauen. Psychodynamische Arbeit (ausgenommen leichte Depression) würde in dieser Phase eine Überforderung des Patienten darstellen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Angehörigen verständig und einbe-



Depressiver Grundkonflikt

nach Rudolf

Das kindliche Selbst hat weniger von seinem erwachsenen Objekt bekommen als es braucht. Es wurde zu früh verlassen und/oder zu wenig gefördert und/oder wurde nur unvollständig vom Objekt gelöst.

vorsprachlich mediale Objektstruktur

sprachlich objektale Struktur

Das zu früh verlassene oder unvollständig autonome Selbst braucht das „Objekt“, um sich nicht leer, unvollständig, unwert, unsicher, verletzt etc. zu fühlen.

Es existiert gemeinsam mit weitgehend unbewusster Trauer, Wut, Hass; Gefühl, zu kurz zu kommen.

Der eigenen Existenz, der eigenen Leistung, Gefühl des Verletztseins, Gekränktseins, Ärger über die eigene Unfähigkeit, autonom zu handeln etc.

Objektsehnsucht

Objektenttäuschung

Verzweiflung des Selbst

Selbstzweifel

Störungen des Bindungs- und Autonomiesystems

zogen werden, keine überhöhten Forderungen an den Patienten zu stellen (wie „sich zusammenreißen“). Wichtig in den ersten Kontakten ist das Bemühen, Hoffnung zu erwecken, ohne das Leiden zu bagatellisieren. Dem Patienten kann vermittelt werden, dass es sich um keinen Einzelfall, sondern um eine bekannte, behandelbare Krankheit mit guten Heilungschancen handelt.

Tiefenpsychologische Therapie/ Behandlung nach dem Abklingen der Akutphase

Anfangs ist ein aktiv zugewandtes und interessiertes Verhalten des Therapeuten notwendig, um die für den Patienten belastende Situation im

Gespräch zu erleichtern. Wichtig dabei ist die Vermittlung des Verständnisses des Therapeuten für die Anstrengung des Patienten um die ständige Sehnsucht nach Selbstachtung und im unermüdlichen Kampf gegen innere und äußere Objektverluste. Eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist es, den Patienten zu gewinnen, sein Leiden als eine ernsthafte Erkrankung zu akzeptieren. Beachtenswert ist, dass alle therapeutischen Interventionen nicht als Kritik oder Vorwurf vom Patienten empfunden werden, um den Über-Ich-Druck und Schuld- oder Schamgefühle nicht zu erhöhen. Eine sehr wichtige Aufgabe in der Therapie ist das Feststellen der auslösen-

den Situation der Depression, was sich aufgrund der unbewussten konfliktverleugnenden Abwehr des Patienten teilweise sehr schwierig gestaltet. Dies wird verständlich, wenn deutlich wird, dass der Patient auf eine Kränkung oder Enttäuschung mit depressiver Symptomatik reagieren musste (unbewusst), um die Gefahr eigener Aggressionen in einer Beziehung abzuwenden.

Im Verlauf der Therapie wird es immer wieder notwendig sein, edukative Vorgehensweisen hinsichtlich der Dynamik der Depression einzuführen. Auch eine Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen wird immer wieder notwendig sein. Eine ständige Bearbeitung in der Therapie erfordern auch die negativen Überzeugungen depressiver Patienten, vor allem im Zusammenhang mit erlebten Verlusten und gestörtem Selbstwelterleben. Da die depressive Symptomatik für den Patienten bislang ein wesentlicher Schutz vor dem Zulassen aggressiver Regungen gegenüber wichtigen Bezugspersonen darstellt, sollte das Ansprechen abgewehrter Aggressionen sehr vorsichtig und nicht zu früh erfolgen. Eine Möglichkeit wäre, wenn der Therapeut stellvertretend für den Patienten aggressive Inhalte einbringt und sich damit auch als Modell zur Verfügung stellt.

Bei den Wünschen nach direkten Ratschlägen sollte ein Mittelweg zwischen nicht frustrieren durch Ablehnung und fördern regressiv hilfloser Tendenzen gefunden werden. Bei Anzeichen von negativer Übertragung sollte dies sofort im Hier und Jetzt angesprochen werden. Beim Auftreten von Gefühlen des Gequälts, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Ärger und Wut in der Gegenübertragung sollte der Therapeut sich zwar empathisch in den Patienten einfühlen, aber auch innerlich eine Distanz wahren, um stabil bleiben zu können.

Hauptziel in der tiefenpsychologischen (psychodynamischen) Psychotherapie ist die Bearbeitung der Selbstwertproblematik durch Integration aggressiver Triebimpulse; Ermütigung, eigene Bedürfnisse wahrzu-

Psychodynamische Auslösung depressiver Symptomatik

Disposition der Persönlichkeit
(depressiver Grundkonflikt)

Psychodynamik

situative Faktoren wie
Trennung, Verlust,
Kränkung

1. Linie

Wendung der Aggressivität gegen die eigene Person:

von:

„Du bist böse, weil Du mich verlassen hast.“

zu:

„Ich bin traurig.“

„Ich bin schuldig.“

„Ich bin schlecht.“

2. Linie

narzisstische Dekompensation:

von:

„Ich bin verletzt.“

über:

„Ich möchte Dich umbringen.“

zu:

„Ich möchte mich selbst umbringen.“

nehmen statt sie wegen der Objektverlustangst zu unterdrücken; Bearbeitung der ambivalenten Mutter- oder Vaterbindung; Ermöglichen unterbliebener Trauerprozesse. Ein weiteres Ziel ist, den Patienten von seinen hohen Ansprüchen und Idealvorstellungen von sich selbst und anderen zu entlasten.

Im Rahmen eines integrativen Behandlungsmodells zur Depression gibt es neben tiefenpsychologischer Psychotherapie auf der Grundlage zirkulärer Prozesse von biologischen und psychologischen Faktoren, neben der Psychopharmakotherapie, ausgehend vom erfahrenen Enttäuschungs-erlebnis, therapeutische Ansatzpunkte für andere Formen der Psychotherapie:

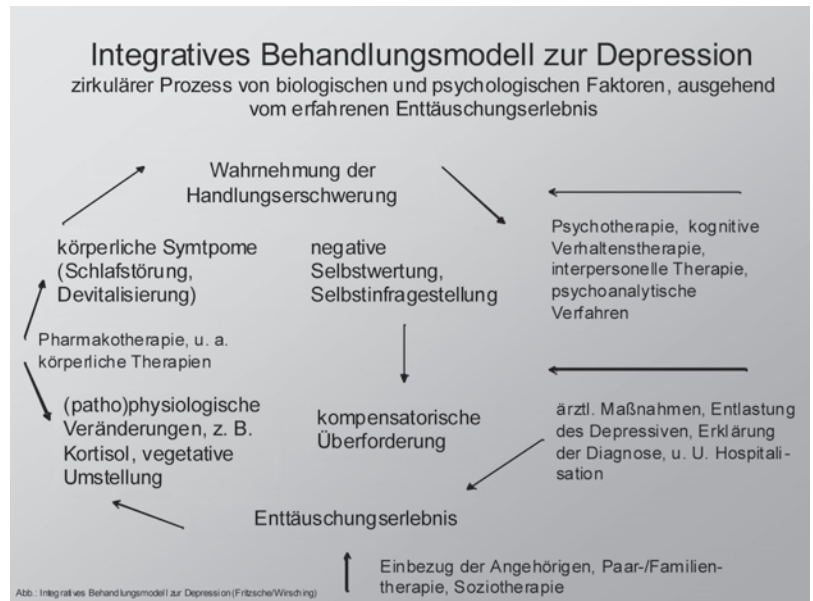
Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie hat folgende Ziele:

- Förderung angenehmer Aktivitäten, zum Beispiel Genussstraining,
- Förderung der trotz Depression vorhandenen aktiven Anteile und Kompetenzen des Patienten,
- Aufbau sozialer Kompetenzen zur Veränderung ungünstiger Interaktionen und Interaktionsstile, zum Beispiel in Form von Rollenspielen,
- kognitive Umstrukturierung zum Erkennen, Überprüfen, Korrigieren negativer und verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmungen,
- Erkennen von auslösenden aufrechterhaltenden Faktoren der Depression,
- Aufbau von Bewältigungs- und Problemlösefertigkeiten für zukünftige Krisen, zum Beispiel Erkennen des eigenen Leistungsanspruches und daraus folgende mögliche Selbstüberforderung

Interpersonelle Therapie (IPT)

IPT ist eine strukturierte Therapie und umfasst in der Regel 16 Sitzungen. Der Behandlungsfokus liegt auf dem Zusammenhang zwischen Depression und aktuelleren interpersonellen Konflikten, zum Beispiel Trennung von vertrauten Personen, nicht stattgefundenen Trauerarbeit,



Verlust einer gewohnten sozialen Rolle oder Vereinsamung.

Suizidalität

Suizidideen, Suizidversuche und Suizide sind die wichtigsten Komplikationen von Depression und deren Behandlung. Suizidalität als bedeutsames Symptom depressiver Störungen kommt weitaus häufiger vor als allgemein angenommen wird. (5) Die Diagnostik von Suizidalität ist daher vor allem bei depressiven Erkrankungen ein wichtiger Vorgang und zielt auf die Identifikation suizidaler Menschen sowie auf die Beurteilung des suizidalen Risikos („Art“ von Suizidalität sowie Ereigniswahrscheinlichkeit hinsichtlich des Eintretens suizidaler Handlungen) in der aktuellen Lebens(krisen)situation ab. Daraus folgt das Erstellen einer Kurzzeitprognose und damit die Klärung der aktuellen Situation sowie die Entwicklung von Handlungsanweisungen für das weitere Vorgehen (zum Beispiel Einweisung in eine Psychiatrische Klinik).

Als typische Merkmale im Kontakt und Verhalten suizidaler Menschen sind anzusehen: Direkte oder indirekte Suizidankündigungen, ständiges sich beschäftigen mit Todesgedanken, Suizidphantasien, Resignation und Hoffnungslosigkeit, Katastrophen- und Selbstvernichtungsträume. Äußerungen konkreter Vorstellungen über Art, Vorbereitung

und Durchführung des Suizids. Hinweise auf frühere Suizidversuche oder auf Vorkommen eines Suizides in der näheren Umgebung oder in der Familie in der letzten Zeit, Verlust jeglicher Zukunftsplanung, sozialer Rückzug, Erleben von Ausweglosigkeit und zunehmender Einengung, Aggressionshemmung mit Wendung der Aggression gegen sich selbst. Es treten auch Wünsche nach Ruhe, Hilfe, Veränderung, Rache, Ablösung auf. Emotionen von Wut, Enttäuschung und Kränkung drücken sich im Todeswunsch aus. Auffällig kann sein, eine friedliche Gelöstheit nach vorheriger Verzweiflung und Unruhe („Ruhe vor dem Sturm“). Grundsätzlich muss jedes suizidale Verhalten als Notsignal akzeptiert und in seiner subjektiven Bedeutung erarbeitet werden.

Suizidfördernde Situationen können Überforderungs- und Kränkungsituation, existentielle Bedrohung, Entbehrungstraumen, Verlust von Bezugspersonen als Trennungsdrohung oder eingetretene Trennung, Vereinsamung, chronische Arbeitslosigkeit, Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsproblematik bei Krankheit, Enttabuisierung des Suizides, Bedürfnis nach Ruhe, Bedürfnis nach Zuwendung, verhinderte Aggressionen und Autoaggression sein.

Alle Ereignisse und Erlebnisse, die nicht mehr sinnvoll verarbeitet und bewältigt werden und damit die Gefahr der pathologischen Entwick-

lung in sich bergen, sind Zustände, die in suizidales Verhalten münden können.

Für die Planung des therapeutischen Vorgehens sind Fragen zur Einschätzung der Suizidalität wichtig:

- Liegt akute oder chronische Suizidalität vor?
- Handelt es sich um einen passiven Ruhewunsch, Todeswunsch oder ist eine aktive Handlung intendiert?
- Sind es Suizidgedanken, -absichten oder -pläne?
- Kommt der vorliegenden Suizidalität eher eine appellative oder aggressive Bedeutung zu?
- Liegen existenzielle Bedrohungsgefühle oder ein Todeswunsch oder Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder Ohnmacht vor?
- Liegen Selbstbestrafungsabsichten oder ein passives Erdulden und Erwarten vor?
- Gab es frühere Suizidversuche?
- Einschätzung der Erwartungswahrscheinlichkeit (Risiko eines Suizidversuches innerhalb der nächsten 24 Stunden oder innerhalb der nächsten sieben Tage).

Suizide sind selten Folgen von Kurzschlusshandlungen. Häufig geht dem Suizidversuch eine längerfristige Entwicklung mit Stadien der Erwägung, der Ambivalenz und der finalen Entschlussfassung voraus. Die diese Entwicklung kennzeichnende Ambivalenz bleibt häufig selbst noch im eigentlichen suizidalen Akt bestehen. 75 Prozent der Suizidhandlungen werden angekündigt.

Bei Vorliegen einer Depression sollte ohne viel Umschweifen der Patient befragt werden, ob schon Suizidgedanken bestanden haben. Der Patient fühlt sich dadurch eher erleichtert.

Entscheidend wichtig ist die seelische Bindung an eine zuverlässige Person (zum Beispiel Hausarzt, Psychotherapeut), die verfügbar ist, wenn Suizidgedanken zunehmen. (5)

Im Gespräch sollte der Therapeut ein wohlwollendes, vorbehaltloses und verständnisvolles Akzeptieren zeigen, eine Haltung: „Ich bin bereit, Dir zuzuhören.“, „Übersetzungsarbeit“ leis-

ten, Verbalisieren der Gefühle von Wut, Gekränktheit und Resignation („Reflexionshilfe“). Das „Rat geben“ oder „Mut zusprechen“ oder Verurteilen könnte den Suizidenten in die Lage bringen, seine als ausweglos empfundene Situation verteidigen zu müssen und ist daher unbedingt zu vermeiden.

Bei akuter Suizidalität ist eine sofortige Klinikeinweisung dringend erforderlich. Bei latenter Suizidalität und vorhandener Paktfähigkeit: Überweisung an einen Facharzt mit fester Terminvereinbarung und weitgehendes Betreuungsangebot unterbreiten. Wenn im ärztlichen Erstkontakt durch das Vorliegen einer Suizidalität eine Überforderungssituation besteht, sollte der Patient an einen Psychiater oder Psychotherapeuten oder an die Ambulanz einer Psychiatrischen Klinik überwiesen werden.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Günter Plöttner
Leipzig

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzert

Festsaal, Sonntag, 17. Oktober 2010
11.00 Uhr – Junge Matinee
Junge Geiger – Junge Kunst
Studierende der Klasse Prof. Annette Unger, Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Matthias Kistmacher
Standby – Bilder
15. September bis 14. November 2010
Vernissage: Donnerstag,
16. September 2010, 19.30 Uhr
Einführung: Linda Karohl,
Kunsthistorikerin, Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Katharina Günther „Werkschau“
Malerei / Fotografie
29. September 2010 bis 30. März 2011
Vernissage: Mittwoch,
29. September 2010, 19.00 Uhr

Neuroenhancement

Eine thesenhafte Stellungnahme des Gesprächskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer

Einleitung

Sowohl die Fach- wie auch die allgemeinen Medien befassen sich in letzter Zeit immer wieder mit dem Thema „Neuroenhancement“. Es geht dabei um die Nutzung pharmakologischer Möglichkeiten, die scheinbar oder real emotionale und kognitive Leistungsbereiche im Sinne der Leistungssteigerung oder der emotionalen Stabilisierung beeinflussen können. Wir engen das Thema dezidiert auf die Beeinflussung zentralnervöser Strukturen ein, wohl wissend, dass sich Aussagen zu allgemeinen Leistungssteigerungen mit therapeutischem Impetus oder auch zu Lifestyle-Interventionen (vom Sportdoping bis zur kosmetischen Chirurgie) bzw. technischen Erweiterungen der Lebensbewältigung (zum Beispiel behindertengerechte Geräteausstattung) in einem weiteren medizin-philosophischen Sinne in die Diskussion einbeziehen ließen.

In Abgrenzung von ärztlich-therapeutischen Interventionen mit dem Ziel der Heilung einer definierten Krankheit wird unter Neuro-Enhancement die Anwendung pharmakologischer Substanzen verstanden, welche Menschen selbstständig und ohne Vorliegen einer Krankheit zur Optimierung der Fähigkeiten für die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Herausforderungen des menschlichen Zusammenlebens zu sich nehmen.

Uns geht es hier im wörtlichen Sinne um künstliche Stimulation zentralnervöser Prozesse und wir wenden uns mit den nachfolgenden Ausführungen nicht an eine diffuse, von unterschiedlichen Motiven her diskutierende Öffentlichkeit, sondern an unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Sinne einer Ratgebung, wenn entsprechende Patientenfragen und -wünsche an sie herangebracht werden sollten.

1. Alltagsdoping

Es wird berichtet, dass nach Umfragen Arbeitnehmer mit hoher Stressbelastung meinen, Medikamente gegen Konzentrationsstörungen, Ermüdung am Arbeitsplatz, Nervosität und für höhere Leistungsfähigkeit nehmen zu müssen. Sogenanntes „Alltagsdoping“ ist gesellschaftlich akzeptiert. Einer Studie im Auftrag der DAK zufolge nehmen 5 Prozent der Arbeitnehmer stimulierende Mittel. Im April 2008 hat eine Online-Befragung der Zeitschrift „Nature“ ergeben, dass von 1.400 Befragten aus 60 Ländern 20 Prozent den Konsum von „brain-doping“-Mitteln angaben (1). In Deutschland scheinen etwa 800.000 Menschen regelmäßig diesbezüglich Medikamente einzunehmen (2).

Grenzziehungen der Thematik sind in zwei Richtungen erforderlich, einmal hin zu therapeutisch sinnvollen und notwendigen Interventionen mit Substanzen, die eben auch im Sinne des Neuroenhancement genutzt werden, zum anderen hin zu allgemein sanktionierten (wenn auch nicht immer gesundheitsförderlichen) Stimulierungen durch Genussartikel vom Typ Kaffee oder Alkohol (beides ja auch zentralwirksame Substanzen).

2. Die Motive für den Konsum

Die Konsumenten geben in der Regel als Motiv die in These 1 genannten Effekte an, wobei sie als Ursachen Konkurrenzdruck, Überforderung (subjektives Erleben) und Überlastung (objektives Phänomen), Angst vor Entlassung und Lustgewinn (bessere Stimmung, aufgeschlossener Kommunikation) angeben. Die Phänomene werden als Folge der kompetitiv orientierten Leitkultur der Gesellschaft angesehen, die fortwährend Leistungssteigerung, Beschleunigung, Erfolg und Wachstumssteigerung in den Mittelpunkt rückt und dabei die Begrenztheit individuellen Leistens aus dem Auge verliert. Auf diesem Hintergrund und einem Freiheitsbegriff, der den individuellen Entscheidungs- und Handlungsrahmen stark erweitert und gesamtgesellschaftliche Betrachtungen in eine „sozialistisch-egalitäre“ Ecke stellt (4), wird von manchen Autoren ein

hohes Maß an Liberalität im Umgang mit der Materie gefordert, zum Beispiel in einem Artikel (5), an dem unter anderem eine deutsche Psychiatrieprofessorin und Lehrstuhlinhaberin beteiligt ist: „Wir vertreten die Ansicht, dass es keine überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns und der Psyche gibt.“ Zu vergessen ist dabei nicht, dass das skizzierte Leistungsverhalten auf der subjektiven Seite selbst süchtige Züge annehmen kann („workaholic“)

Eine medikamentös herbeigeführte und somit vermeintlich stets verfügbare Leistungs- und Effizienzsteigerung macht die persönliche Akzeptanz von Effizienzgrenzen oder gar die Möglichkeit des Scheiterns noch schwieriger. Zu befürchten sind psychologische Anpassungsschwierigkeiten auf Seiten der insgesamt Leistungsschwächeren, nicht minder aber auch von Seiten hochgetrimmter Leistungsträger. Die medikamentöse Leistungssteigerung wird nicht begleitet von einer entsprechenden gesamtpersönlichen Charakterentwicklung, die die neuen Möglichkeiten sinnvoll in einen gesamtheitlichen Rahmen stellen könnte. Neuroenhancement ist also unabhängig von pharmakologischen Nebenwirkungen, Suchtpotenzial und Missbrauchsmöglichkeiten, auch unter einem ganzheitlich medizinischen Aspekt ausgesprochen kritisch zu betrachten.

3. Die pharmakologischen Möglichkeiten

Die Beeinflussung der Wachheit durch Coffein, die im Alltagsleben von manchen Personen registriert wird, ist von manchen Befürwortern eines mäßigen Neuroenhancements als Beleg dafür genommen worden, dass es ein Gehirndoping schon immer – und schadlos – gegeben hätte. Stärker wirksam sind psychotrope Substanzen („smart drugs“), die durch unterschiedliche Ansätze in der Neurotransmission (azetylcholinerg, serotonerg, glutamaterg, dopaminerg) auf Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Motivation, Antrieb und Stimmung Einfluss nehmen können,

Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 22. September 1990

(in der Fassung der Änderungssatzung vom 30. November 2009)

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und § 9 Abs. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 13. August 2009 (SächsGVBl. S. 438, 441) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Wahlordnung) vom 22. September 1990 (ÄBS S. 117) beschlossen und zuletzt durch Satzung vom 30. November 2009 (ÄBS S. 630) geändert.

§ 1 Wahlverfahren

- (1) Die Mitglieder der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer werden in den Wahlkreisen für jeweils 4 Jahre gewählt.
- (2) Die Wahlen werden aufgrund von Wahlvorschlägen nach den Grundsätzen der Persönlichkeitswahl unmittelbar, frei, gleich und geheim durchgeführt.
- (3) Die Wahl findet in Form der Briefwahl statt.

§ 2 Wahlkreise

Die politischen Kreise und kreisfreien Städte des Freistaates Sachsens bilden je einen Wahlkreis.

§ 3 Leitung der Wahl

- (1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl beruft der Kammervorstand
 - a) einen Landeswahlausschuss, der aus dem Landeswahlleiter als Vorsitzenden und 2 Wahlberechtigten als Beisitzer besteht, und
 - b) für jeden Wahlkreis auf Vorschlag der Kreisärztekammer einen Kreiswahlausschuss, der aus dem Kreiswahlleiter als Vorsitzenden und 2 Wahlberechtigten als Beisitzer besteht.
- (2) Für jedes Mitglied der Wahlausschüsse ist jeweils 1 Stellvertreter zu bestellen.
- (3) Wahlbewerber können nicht Mitglieder der Wahlausschüsse sein.
- (4) Gleichzeitige Mitgliedschaft in mehreren Wahlausschüssen ist unzulässig. Mitglieder des Kammervorstandes dürfen weder Mitglieder des Landes- noch eines Kreiswahlausschusses sein.
- (5) Die Mitglieder der Wahlausschüsse sind zur unparteiischen Wahrnehmung ihres Amtes verpflichtet.
- (6) Der Vorsitzende bestimmt Ort und Zeit der Sitzungen. Er lädt die Mitglieder zu den Sitzungen ein.
- (7) Über jede Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.
- (8) Der Landeswahlausschuss und die Kreiswahlausschüsse entscheiden mit Stimmenmehrheit.

§ 4 Zeitplan

- (9) Zu den Sitzungen des Landeswahlausschusses hat jeder Kammerangehörige und zu den Sitzungen der Kreiswahlausschüsse jeder Angehörige des jeweiligen Wahlkreises als Zuhörer Zutritt. Zeitpunkt und Ort der Sitzungen hat der Vorsitzende auf Anfrage den Kammerangehörigen mitzuteilen.
- (10) Die Bekanntmachungen der Wahlausschüsse und der Wahlleiter erfolgen im Ärzteblatt Sachsen oder durch schriftliche Benachrichtigung der Wahlberechtigten.

§ 5 Kammerversammlung

- (1) Die Kammerversammlung umfasst 101 gewählte Mitglieder.
- (2) Die Sitze in der Kammerversammlung werden auf die einzelnen Wahlkreise nach dem prozentualen Anteilsverhältnis verteilt, in dem nach Maßgabe der abgeschlossenen Wählerliste die Zahl der Wahlberechtigten eines Wahlkreises zu der Gesamtzahl der Wahlberechtigten aller Wahlkreise steht. Bei der ermittelten Prozentzahl bleiben die Ziffern hinter dem Komma zunächst unberücksichtigt. Ein Wahlkreis, bei dem weniger als ein Sitz errechnet wird, erhält dennoch mindestens einen Vertreter. Die verbleibenden Sitze werden in der Reihenfolge der höchsten Ziffern nach dem Komma vergeben. Bei gleich großen Ziffern hinter dem Komma entscheidet das Los.
- (3) Für die in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung sind jeweils nachrückende Mitglieder der Kammerversammlung zu wählen (§ 21 Abs. 3).

§ 6 Wahlrecht und Wählbarkeit

- (1) Wahlberechtigt und wählbar sind vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen alle Mitglieder der Kammer.
- (2) Nicht wahlberechtigt sind Mitglieder, solange ihnen aufgrund rechtskräftigen Urteils das allgemeine Wahlrecht oder das Wahlrecht zur Kammerversammlung aberkannt ist.
- (3) Nicht wählbar sind Mitglieder,
 1. solange ihnen aufgrund rechtskräftigen Urteils das Wahlrecht zur Kammerversammlung, die allgemeine Wählbarkeit oder die Wählbarkeit zur Kammerversammlung oder die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt ist,
 2. die gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen haben, insbesondere die im Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom

19. Dezember 1966 gewährleisteten Menschenrechte oder die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 enthaltenen Grundsätze verletzt haben,
3. die hauptberuflich bei der Kammer beschäftigt oder als Bedienstete der Aufsichtsbehörde unmittelbar mit Angelegenheiten der Aufsicht über die Kammer befasst sind.
- (4) Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange
1. dem Mitglied zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist; dies gilt auch, wenn der Aufgabenkreis des Betreuers die im § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst,
 2. sich das Mitglied in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder
 3. das Mitglied mit der Beitragsleistung für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne dass die Beiträge gestundet sind.
- (5) Das Fehlen der Wahlberechtigung oder der Wählbarkeit oder ihr Ruhen werden vom Vorstand nach Maßgabe des Sächsischen Heilberufekammergesetzes festgestellt.
- (6) Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in der Wählerliste eingetragen ist. Der Wahlberechtigte kann sein Wahlrecht nur persönlich ausüben.
- (7) Ein Kammermitglied kann nur in dem Wahlkreis gewählt werden, in dem es wahlberechtigt ist.
- (8) Das freiwillige Mitglied ist in dem Wahlkreis wahlberechtigt, dem es vor Verlegung seines Wohnsitzes ins Ausland angehört hat.

§ 7

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

- (1) Der Landeswahlleiter lässt Listen der Wahlberechtigten für jeden Wahlkreis aufstellen. Maßgebend für die Zugehörigkeit zum Wahlkreis ist der Ort, an dem der Wahlberechtigte seine berufliche Tätigkeit ausübt, andernfalls der Wohnort. Die Wahlberechtigten sind in alphabetischer Reihenfolge mit Zu-, Vorname und Wohnort aufzuführen.
- (2) Der Landeswahlleiter veranlasst, dass in der Geschäftsstelle der Landesärztekammer und bei den Kreiswahlleitern oder den von ihnen bestimmten Stellen die Wählerlisten mindestens 7 Werktage lang zur Einsichtnahme für die Wahlberechtigten aufliegen.
- (3) Die Auflegung der Listen ist mit Angabe des Ortes und der Auflegungsfrist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).

§ 8

Einspruch gegen Wählerlisten

- (1) Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für unrichtig oder unvollständig hält, kann ihre Berichtigung während ihrer Auflegung beantragen. Die Wählerlisten können bis zu ihrem Abschluss (§ 9) auch von Amts wegen durch den Kreiswahlausschuss berichtigt oder ergänzt werden. Wird der Verlust des Wahlrechts einer Person erst nach Abschluss der Wählerliste bekannt, so ist dies in einem Anhang zur Wählerliste festzustellen. Die Betroffenen sind zu benachrichtigen.
- (2) Der zuständige Kreiswahlausschuss entscheidet über den Berichtigungsantrag und benachrichtigt den Antragsteller und den Betroffenen.
- (3) Den Beschwerden steht das Recht zu, binnen 1 Woche nach Benachrichtigung den Landeswahlausschuss anzurufen.

§ 9

Abschluss der Wählerlisten

- (1) Die Wählerliste wird vom Kreiswahlausschuss mit der Feststellung der Zahl der Wahlberechtigten abgeschlossen.
- (2) Der Kreiswahlleiter beurkundet den Abschluss der Wählerliste und teilt die Zahl der Wahlberechtigten im Wahlkreis unverzüglich dem Landeswahlleiter mit.

§ 10

Zahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung

- (1) Der Landeswahlausschuss stellt aufgrund der ihm mitgeteilten Zahl der Wahlberechtigten gem. § 5 Abs. 2 fest, wieviel Mitglieder zur Kammerversammlung in den einzelnen Wahlkreisen zu wählen sind.
- (2) Der Landeswahlleiter hat die Entscheidung des Landeswahlausschusses bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).

§ 11

Inhalt der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahlvorschläge sind beim Kreiswahlleiter einzureichen. Die Frist für die Einreichung bestimmt der Landeswahlausschuss. Sie ist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).
- (2) Ein Wahlvorschlag muss mindestens einen Wahlbewerber enthalten. Wahlvorschläge dürfen nur Wahlbewerber enthalten, die in dem betreffenden Wahlkreis wählbar sind.
- (3) Der Wahlvorschlag muss die Angabe des Familiennamens, Vornamens, Geburtsdatums, der Anschrift, der Berufsbezeichnung sowie Art und Ort der Berufsausübung enthalten.
- (4) Dem Wahlvorschlag ist eine unwiderrufliche schriftliche Erklärung des Wahlbewerbers beizufügen, dass er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt und die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung annimmt.
- (5) Der Wahlvorschlag muss mindestens von fünf Wahlberechtigten des Wahlkreises auf diesem unterschrieben werden und deren Namen und Anschriften enthalten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben. Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig. Von den Unterzeichnern gilt der erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der zweite als Stellvertreter. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Wahlleiter und dem Wahlausschuss ermächtigt.

§ 12

Prüfung der Wahlvorschläge

Der zuständige Kreiswahlleiter hat die Wahlvorschläge nach der Reihenfolge ihres Einganges mit Ordnungsnummern zu versehen und jeden eingegangenen Wahlvorschlag unverzüglich zu prüfen, ob er den Anforderungen der Wahlordnung entspricht. Stellt er Mängel fest, teilt er dies der Vertrauensperson mit und fordert sie auf, behebbare Mängel bis zur Entscheidung über die Zulassung zu beseitigen. Nach der Entscheidung über die Zulassung ist eine Mängelbeseitigung nicht mehr möglich.

§ 13 Zulassung der Wahlvorschläge

(1) Der zuständige Kreiswahlausschuss entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist über die Zulassung der Wahlvorschläge.

(2) Die Entscheidung des Wahlausschusses über die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages oder einzelner Bewerber gibt der Kreiswahlleiter der Vertrauensperson des Wahlvorschlages unter Angabe der Gründe bekannt.

(3) Gegen die Zurückweisung eines Wahlvorschlages oder eines einzelnen Bewerbers kann binnen 1 Woche nach Zustellung oder Eröffnung der Landeswahlausschuss angerufen werden.

(4) Der Kreiswahlleiter stellt nach Zulassung der Wahlvorschläge die Wahlbewerber in alphabetischer Reihenfolge des Familiennamens für den Stimmzettel zusammen.

(5) Die zugelassenen Wahlvorschläge teilt der Kreiswahlleiter unverzüglich dem Landeswahlleiter mit.

§ 14 Festsetzung der Wahlfrist

Der Landeswahlausschuss setzt den Tag fest, bis zu dessen Ablauf das Wahlrecht spätestens ausgeübt sein muss. Dieser ist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10). Zwischen dem Tag der Bekanntmachung und dem letzten Tag zur Ausübung des Wahlrechts müssen mindestens 2 Wochen liegen.

§ 15 Ausstellung von Stimmzetteln

Der Landeswahlleiter beschafft für jeden Wahlkreis Stimmzettel von gleicher Beschaffenheit und Farbe.

§ 16 Versendung der Stimmzettel

(1) Der Landeswahlleiter übersendet spätestens 2 Wochen vor dem Endzeitpunkt zur Ausübung der Wahl jedem in der Wählerliste aufgeführten Wahlberechtigten

1. einen Stimmzettel seines Wahlkreises,
2. einen verschließbaren Wahlumschlag für den Stimmzettel mit dem Aufdruck „Wahlumschlag“,
3. einen verschließbaren äußeren Briefumschlag (Stimmbrief) mit der Anschrift des Kreiswahlleiters, den Zusätzen „Wahl“, „Antwort“ und „Entgelt zahlt Empfänger“ auf der Vorderseite sowie der Nummer, unter der der Wahlberechtigte im Wählerverzeichnis eingetragen ist, auf der Rückseite. Der äußere Umschlag gilt als Wahlausweis.

(2) Der Landeswahlleiter soll bei der Versendung der Unterlagen auf den Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechts hinweisen und kann weitere Erläuterungen über die Ausübung des Stimmrechts beifügen.

(3) Hat ein Wahlberechtigter die in Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Landeswahlleiter anfordern.

§ 17 Stimmabgabe

(1) Jeder Stimmberechtigte hat für die Wahl soviel Stimmen, wie Mitglieder für die Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind.

(2) Auf dem Stimmzettel gibt der Wähler seine Stimme für die Bewerber in der Weise ab, dass er die Bewerber, denen er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz bei dem vorgedruckten Namen oder auf sonst eindeutige Weise ausdrücklich als gewählt kennzeichnet.

(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Wahlumschlag (§ 16 Abs. 1 Nr. 2), der keinen sonstigen Inhalt aufweisen darf, und verschließt diesen. Dieser Umschlag wird in den äußeren Briefumschlag (§ 16 Abs. 1 Nr. 3) gelegt, der gleichfalls zu verschließen ist, und zur Post gegeben oder beim Kreiswahlleiter abgegeben.

(4) Die Wahlfrist ist gewahrt, wenn der Brief ausweislich des Poststempels am letzten Tag der Ausübung des Wahlrechtes zur Beförderung gegeben oder bis zu diesem Zeitpunkt beim Kreiswahlleiter eingegangen ist.

§ 18 Eingang der Stimmbriefe

(1) Den Eingang der Stimmbriefe vermerkt der Kreiswahlleiter unter Vermerk über den Zeitpunkt des Eingangs in einer Liste (Stimmbriefliste). Einsicht in die Stimmbriefliste oder Auskunft daraus wird nicht gewährt.

(2) Der Kreiswahlleiter sammelt die eingegangenen Stimmbriefe ungeöffnet, hält sie unter Verschluss und übergibt sie nach Ablauf der Frist zur Stimmabgabe dem Kreiswahlausschuss.

(3) Verspätet eingegangene Stimmbriefe bleiben unberücksichtigt. Sie werden vom Kreiswahlleiter mit einem Vermerk über Tag und Uhrzeit des Eingangs versehen und ungeöffnet verwahrt.

§ 19 Einbringung der Wahlumschläge in die Wahlurne

(1) Nach Ablauf der Frist zur Stimmabgabe überprüft der Kreiswahlausschuss die Übereinstimmung der eingegangenen äußeren Umschläge mit der Wählerliste und vermerkt dort die erfolgte Abstimmung.

(2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht des Stimmbriefabsenders oder über die Gültigkeit des Stimmbriefes Zweifel bestehen, entscheidet der Kreiswahlausschuss über dessen Gültigkeit. Unverschlossene Stimmbriefe sind ungültig.

(3) Die gültigen Stimmbriefe werden geöffnet, die darin liegenden Wahlumschläge werden ungeöffnet in eine Urne gelegt. Unverschlossene Wahlumschläge sind ungültig. Gleiches gilt bei Fehlen des Wahlumschlages. Bestehen Zweifel über die Gültigkeit des Wahlumschlages, entscheidet darüber der Kreiswahlausschuss.

(4) Beanstandungen des Kreiswahlausschusses nach den Abs. 2 und 3 werden in der Stimmbriefliste (§ 18) vermerkt. Die nicht rechtzeitig eingegangenen oder für ungültig erklärten Stimmbriefe werden ungeöffnet der Stimmbriefliste beigelegt. Die für ungültig erklärten Wahlumschläge sind mit den dazugehörigen Stimmbriefen ebenfalls der Stimmbriefliste beizufügen.

§ 20
Prüfung und Zählung der Stimmzettel

- (1) Der Kreiswahlleiter lässt die Wahlumschläge aus der Wahlurne nehmen, öffnen und sich überreichen.
- (2) Er stellt bei jedem der ihm überreichten Stimmzettel fest, ob er gültig ist. Bei Zweifel über die Gültigkeit eines Stimmzettels entscheidet der Kreiswahlausschuss.
- (3) Ungültig sind Stimmzettel,
 - a) wenn für die Stimmabgabe andere als die dem Wähler zugesandten Stimmzettel (§ 16 Abs. 1 Nr. 1) verwendet wurden,
 - b) wenn sie außer der Kenntlichmachung nach § 17 Abs. 2 Zusätze enthalten,
 - c) wenn auf den Stimmzetteln mehr Namen angekreuzt sind, als Mitglieder für die Kammerversammlung zu wählen sind,
 - d) wenn sie einen beleidigenden oder auf die Person des Wählers hinweisenden Zusatz oder einen nicht nur gegen einzelne Bewerber gerichteten Vorbehalt enthalten oder wenn sich in dem Wahlumschlag sonst eine derartige Äußerung befindet.
 - e) wenn der Wille des Wählers nicht zweifelsfrei zu erkennen ist.
- (4) Danach werden die Stimmen für die einzelnen Bewerber ermittelt und zusammengezählt. Zu diesem Zweck stellt der Kreiswahlleiter bei jedem Stimmzettel fest, für welchen Bewerber die Stimmen abgegeben worden sind und gibt dies dem als Schriftführer tätigen Beisitzer bekannt, der den entsprechenden Eintrag in eine Zählliste macht. Dasselbe geschieht durch das andere Ausschussmitglied in einer Gegenliste.

§ 21
Feststellung des Wahlergebnisses im Wahlkreis

- (1) Der Kreiswahlausschuss stellt aufgrund der Zähllisten das Wahlergebnis für die Wahl der im Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest.
- (2) Die auf den Wahlkreis entfallenden Sitze in der Kammerversammlung werden unabhängig vom Wahlvorschlag den Bewerbern, die die meisten Stimmen erhalten haben, in der Reihenfolge der von ihnen erlangten Stimmenzahl zugeteilt. Bei gleicher Stimmenzahl entscheidet das Los.
- (3) Die Bewerber, auf die nach Abs. 2 kein Sitz entfällt, sind in der Reihenfolge der von ihnen erreichten Stimmzahlen als nachrückende Mitglieder der Kammerversammlung ihres Wahlvorschlages festzustellen.

§ 22
Wahlniederschrift

- (1) Über das Verfahren nach § 19 und über die Feststellung des Wahlergebnisses (§§ 20 und 21) ist eine Niederschrift aufzunehmen, die von den Mitgliedern des Kreiswahlausschusses zu unterzeichnen ist.
- (2) Der Niederschrift sind die Wählerliste und die Stimmbriefliste nebst Anlagen (§ 19 Abs. 4) beizulegen.
- (3) Die Wahlniederschrift ist samt den Belegen gemäß Abs. 2 und allen weiteren Wahlunterlagen (gültige Stimmbriefe, Wahlumschläge, Stimmzettel) alsbald vom Kreiswahlleiter an den Landeswahlleiter einzusenden.

§ 23
Prüfung der Gültigkeit der Wahl

- (1) Der Landeswahlausschuss prüft an Hand der übersandten Wahlakten die Einhaltung der Vorschriften des Wahlverfahrens.
- (2) Der Landeswahlleiter hat das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahl einschließlich der Namen der Gewählten und der nachrückenden Mitglieder (§ 21 Abs. 3) unverzüglich bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10). Die Gewählten setzt er schriftlich von ihrer Wahl in Kenntnis.

§ 24
Wahlanfechtung

- (1) Hält ein Wahlberechtigter die Wahl für ungültig, kann er binnen einer Woche nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses (§ 23 Abs. 2) den Landeswahlausschuss anrufen.
- (2) Die Wahl ist für ungültig zu erklären, soweit ihr Ergebnis dadurch beeinflusst werden konnte, dass wesentliche Vorschriften über die Wahlvorbereitungen, die Abstimmung oder die Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses unbeachtet geblieben sind.
- (3) Die Ungültigkeit der Wahl sowie Änderungen des Wahlergebnisses sind in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntzumachen.
- (4) Soweit die Wahl für ungültig erklärt wurde, hat eine Neuwahl innerhalb der vom Landeswahlausschuss bestimmten Frist stattzufinden.

§ 25
Aufbewahrung der Wahlakten

Die Wahlakten sind bis zum Ablauf der Wahlperiode bei der Landesärztekammer aufzubewahren.

§ 26
Inkrafttreten

- (1) Diese Wahlordnung tritt am 1. Tag des auf die Bekanntmachung folgenden Monats in Kraft.
- (2) Die vorstehende Wahlordnung wird nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 24.9.1990 hiermit bekanntgemacht.

Dresden, den 22.9.1990

Doz. Dr. sc. med. Diettrich
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

wobei ein schwer überschaubares Netzwerk gegenseitiger und summarischer Effekte entsteht, weil die Substanzen nicht ausschließlich ein Transmittersystem beeinflussen und vor allem die mentalen Zustände von unterschiedlichen Strukturen reguliert werden.

Viele dieser Medikamente haben ein positives Image, weil sie natürlich in der Heilkunde segensreiche Indikationen finden (Tabelle).

4. Allgemeine ethische Erwägungen

Fürsprecher für einen liberalen Umgang mit Neuroenhancement sind generell nicht für eine uneingeschränkte Freigabe (obwohl auch die absolute Freigabe, zum Beispiel von Sportdoping, diskutiert wird); aber sie argumentieren, dass die freie Selbstentscheidung einer gesunden Person für eine mögliche Leistungssteigerung bestimmter kognitiver Funktionen und Stimulierung emotionaler Befindlichkeiten wertheftisch vertretbar und als gesellschaftsgerichtetes Verhalten zu fassen sei. Sie setzen den Begriff der Entscheidungsfreiheit einer vagen Begrifflichkeit von Authentizität der Person, emotionaler und kognitiver Grundausstattung und der kaum möglichen Grenzziehung zwischen Therapie- und Life-Style-Aspekt entgegen.

Gegen ein Gehirndoping sprechen auf der anderen Seite handfeste Gefahren von Medikamentenmissbrauch und Suchtentwicklung, die natürlich diesem zentralwirksamen Substanzen in einem höheren Maße innewohnen. Wertheftisch können zudem auf der interpersonellen Ebene Wettbewerbsverzerrungen und personale (berufliche) Abhängigkeiten eine Rolle spielen.

Gesamtgesellschaftlich fügen sich die Aktivierung der kognitiven Leistungskraft, Durchhaltevermögen, scheinbarer Stresstabilität und Beschleunigung aller Lebensabläufe einer Philosophie zu, deren Paradigmen auf einer Gesellschaft beruhen, die sich beinahe ausschließlich durch Wachstumsideologien spätkapitalisti-

Tabelle

Wirkprinzip-Einflussnahme auf	Substanzen	Medizinisches Wirkungsfeld	Bemerkungen
Acetylcholin Gedächtnisförderung	Donepezil (Aricept®) Rivastigmin Galantamine	Alzheimersche Demenz	Acetylcholinesterasehemmer
Glutamatantagonisten Gedächtnisförderung	Memantinpräparate	Neuroprotektion	
Monoamine Gedächtnis, Lernen Aufmerksamkeit, Wachheit, Appetit	Cocain Amphetamin Methylphenidat (z. B. Ritalin®)	z. B. Narkolepsie	Btm-verschreibungspflichtig
Gabakonzentration ↓ Glutamat ↑ Wachheit	Modafinil Vigil®	Narkolepsie	Noradrenalin-Rezeptoragonist
SSRI Stimmungsverbesserung, Antriebssteigerung	Viele Präparate, z. B. Fluoxetin (z.B. Prozac®; Fluctin®)	Depressive Verstimmungen	Über Wirkung bei gesunden Personen wenig bekannt

scher Prägung definiert. Der Freiheitsbegriff wird zu einer Chimäre eines sich mehr und mehr artikulierenden Individualismus des *survivals of the fittest*. Damit könnte ein großer Teil der Gesellschaft, der weniger leistungsbereit oder leistungsfähig, gar behindert ist, zu Randfiguren des Sozialstaates werden. Sozialdarwinistisches Gedankengut – ist zu befürchten – erscheint wieder – wenn auch verdeckt – gesellschaftsfähig.

5. Medizinethische Gesichtspunkte

Aus medizinethischer Sicht sollte ein Neuroenhancement (Gehirndoping) prinzipiell abgelehnt werden, einmal wegen der in der Vorthese schon ausgeführten gesellschaftskritischen Aspekte, zum anderen aber aus wohlervogenen gesundheitspolitischen Gründen. Sucht und Missbrauch wurden schon erwähnt. Auch ist es dem Arzt am ehesten möglich, die Grenze zwischen therapeutischen Einsatz von Substanzen und Lifestyle-medikation zu ziehen, wohl wissend, dass auch die Möglichkeit der Verschiebung von Krankheitsgrenzen für den Arzt verführend sein und einer zunehmenden Medikalisierung des Lebens weiter Vorschub leisten kann. Der Arzt weiß übrigens auch genauer darüber Bescheid, wie Medikamente wirken. Viele Autoren nichtmedizinischer Proviienz (zum Beispiel 3, 7) gehen mit medizinischer Begrifflichkeit und Wirkungen von Medika-

menten relativ großzügig, nicht zu sagen naiv um. Sie wissen – im Gegensatz zur Sach- und Fachkenntnis der ärztlichen Spezialisten – eben nicht, dass Psychopharmaka vom Typ Prozac (Fluoxetin – in Deutschland vorwiegend als Fluctin im Handel) auf eine 40 %ige Nonrespons treffen, dass alle Antidepressiva hochprozentig placebowirksam sind und dass deren Wirkung auf Gesunde gar nicht gegeben ist. Über pharmakopsychologische Faktoren, die auf eine Medikamentenwirkung wesentlichen Einfluss nehmen (Wirkungen und Überzeugungen des Arztes, Vorerfahrung des Patienten, Einfluss von Beziehungspersonen und vieles anderes mehr) weiß oft nur der betreuende Arzt Bescheid. Schließlich verfügt der Mediziner über Kenntnisse, die es ihm ermöglichen, den Klienten beratend Alternativen zur Stressbewältigung aufzuzeigen.

Der tätige Mensch lebt mehr oder minder in einem biologischem Rhythmus, der sich in Wachen und Schlaf, tagesabhängigen Schwankungen der Aktivitätslage, Spannung und Entspannung, Aktivität und Erholung im Wechselspiel sozialen Agierens selbst reguliert; diese gewissermaßen endogenen sozialanthropologischen Vorgegebenheiten zu verzerren und zu übersteigern in eine Richtung kann zu existentiellen Nöten führen. Auf

diesem Hintergrund kann im Sinne eines präventiven Ansatzes aus medizinischer Sicht vieles geboten werden, was eine pharmakologische Verkünstelung der genannten Abläufe überflüssig macht. Allerdings stellen solche Gegenkonzepte Ansprüche aktiven Selbstmanagements an die Personen und stehen einem Konsumentenverhalten („eine Pille genügt“) entgegen.

Zu nennen wären: Forderung nach Ausgewogenheit in Lebensstil und Beachtung der biologischen Rhythmik. Sport als Ausgleich von Belastungen, gesunde Lebensführung im Hinblick auf Nikotin und Alkohol (die selbst als Enhancementfaktoren genutzt werden), Entspannungstechniken wie autogenes Training und konzentrierte Entspannung, Fitnessprogramme unterschiedlicher Anbieter, Gehirnjogging und ggf. Selbsthilfegruppen für Be- und Überlastete (zum Beispiel Manager).

Ethikberatung in Sachsen

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer hatte sich im vergangenen Jahr dem Thema der Ethikberatung in Sachsen angenommen und ein Treffen der klinischen Ethikkomitees durchgeführt. In den Diskussionen kristallisierte sich deutlich heraus, dass es, anders als in stationären Einrichtungen, insbesondere bei der ambulanten Ethikberatung einen Nachholebedarf gibt. Medizinische Notwendigkeiten und Möglichkeiten, ökonomischer Druck und rechtliche Konsequenzen müssen vom Arzt in der Niederlassung abgewogen, bewertet und gegenüber Patienten und Angehörigen vertreten werden. Aus diesem Grund wurde von Dr. med. Thomas Lipp (Leipzig) die Notwendigkeit der Entwicklung von Strukturen einer ambulanten Ethikberatung auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz angesprochen und durch Beschluss der Delegierten bestätigt. In Sachsen erfolgte die Implementie-

Abschlussbemerkungen

Gefahren für die zivilisierte Menschheit könnten aus den Möglichkeiten und Forschungsansätzen im Hinblick auf ein weitgefasstes Enhancement (bis hin zur genetischen Manipulation ganzer Gruppen) aus zwei Richtungen drohen. Einmal, dass die Pharmaindustrie riesige Gewinnmargen auf dem Sektor erwartend, lobbyistische Wirkungen in der Politik erzielt. Zum anderen ist der Gedanke, dass es möglich werden könnte, ganze Gruppen gentechnisch zu beeinflussen und zu verändern, eine Horrervision.

Wir betonen nochmals, dass wir uns an unsere Kollegen wenden, um ihnen gegebenenfalls Argumente in die Hand zu geben. Dies insbesondere, als es in der postmodernen Gesellschaft eine betrübliche Neigung gibt, Störungen der Alltagsbefindlichkeit, vorübergehend situativ bedingte funktionelle Störungen und Alltagskonflikte in den Rang thera-

piebedürftiger Krankheit zu heben und damit die Solidargemeinschaft unnötig zu belasten.

Literatur:

- 1) Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (33); A 1615-8
- 2) Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (8) B 272-8
- 3) Schöne-Seifert, B., Talbot, D. (Hrsg.): Enhancement die ethische Debatte, mentis Paderborn 2009
- 4) Müller, S. Ist „cognitives Enhancement“ zur Steigerung der Intelligenz ethisch geboten? In: Schöne, Seifert, Talbot, Opolka, Ach (Hrsg.): Neuroenhancement – die ethische Debatte mentis Paderborn 2009
- 5) Galler, T., Bublitz, C Heuser, I., Merkel, R., Repantis, D., Schöne-Seifert, B., Talbot, D.: Das optimierte Gehirn, Gehirn und Geist 11; 2009, S. 40 – 48
- 6) Ravens, U.: Neuroenhancement – Doping fürs Gehirn, Einführung in die pharmakologischen Möglichkeiten, Vortrag in der Sächsischen Landesärztekammer am 05.11.2009
- 7) Schöne-Seifert, B., Talbot D., Opolka, U., Ach, I., S.: Neuroenhancement – Ethik vor neuen Herausforderungen mentis Paderborn 2009

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Gesprächskreis Ethik der Sächsischen
Landesärztekammer

rung einer ambulanten Ethikberatung ab 2009 mit niederschweligen Angeboten. So haben Kreisärztekammern und ärztliche Stammtische die Möglichkeit, Referenten zum Thema Ethikberatung einzuladen. Zugleich können konkrete Anfragen an die Sächsische Landesärztekammer gerichtet werden, welche dann wiederum an in Ethikberatung erfahrene Ärzte vermittelt werden.

Bereits die Publizierung des Themas im vergangenen Jahr hat dazu geführt, dass seitdem pro Monat rund vier ethische Fragestellungen zu konkreten Einzelfällen aus der hausärztlichen Versorgung ankommen, teils bei der Landesärztekammer, teils bei den Mitgliedern des Gesprächskreises Ethik in der Medizin direkt. Zumeist handelt es sich dabei um Anfragen zur Bestätigung oder zum Ausschluss einer ärztlichen Indikation, das heißt zur Beurteilung, ob bestimmte medizinische Möglichkeiten noch oder eben nicht mehr indiziert seien. Die klassische ärztliche Zweitmeinung wird um die ethische Dimension erweitert, formuliert

Prof. Dr. med. habil. Frank Oehmichen, Kreischa. Dieser Umstand lässt sich daraus erklären, dass in stationären Einrichtungen die Abstimmung einer Indikation interkollegial erfolgt und schwierige Fallkonstellationen durch die klinische Ethikberatung abgedeckt werden. In der ambulanten Versorgung sind solche Abstimmungsprozesse nicht institutionell verankert, sodass die niedergelassenen Ärzte durchaus eine indikationsbezogene Ethikberatung, wenn sie von dritter, unabhängiger Seite angeboten wird, in Anspruch nehmen.

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin wird diesem Umstand Rechnung tragen und ein solches Angebot im Rahmen der ambulanten Ethikberatung weiter verfolgen. Für Anfang 2011 ist das nächste Treffen der Ethikberatung in Sachsen vorgesehen. Dort wird es neben der Ethikberatung auch um offene Fragestellungen seit der rechtlichen Regelung von Patientenverfügungen gehen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus

An dieser Stelle möchten wir nochmals auf die Frist für die Erbringung des Fortbildungsnachweises für Fachärzte im Krankenhaus am 31. Dezember 2010 hinweisen.

Die Fortbildungsverpflichtung für niedergelassene Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus ergibt sich aus der Novellierung des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2005 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz).

Im Nachgang hat der Gemeinsame Bundesausschuss die näheren Bestimmungen zur Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus in einer Richtlinie festgelegt („Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“). Demnach

müssen alle Fachärzte, die am 1. Januar 2006 bereits Fachärzte waren, den Fortbildungsnachweis spätestens bis 31. Dezember 2010 erbringen. Für alle weiteren Fachärzte, die nach dem 1. Januar 2006 tätig geworden sind oder tätig werden, verschiebt sich die Frist entsprechend. Der Nachweis über (mindestens) 250 erworbene Fortbildungspunkte in einem 5-Jahreszeitraum erfolgt mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammer. Die Regelungen bestimmen weiterhin, dass 150 Punkte (das heißt 60 Prozent) fachspezifisch (Fortbildungsmaßnahmen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen) nachzuweisen sind. Der Ärztliche Direktor des Krankenhauses hat die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung zu überwachen. Die Krankenhausleitung belegt die Fortbildung der Fachärzte durch einen vom Ärztlichen Direktor erstellten Bericht. Im Qualitätsbericht ist dann anzugeben, in welchem Umfang die Fortbildungsverpflichtungen erfüllt wurden.

Bei Nachweis der 250 Punkte erteilt die Sächsische Landesärztekammer auf Antrag das individuelle Fortbil-

dungszertifikat. Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 4.535 Zertifikate ausgegeben. Bis zum 31. August 2010 konnten 950 Fortbildungszertifikate ausgegeben werden. Um einen Überblick der bei der Sächsischen Landesärztekammer registrierten Punkte zu erhalten, kann jedes Kammermitglied auf das individuelle Online-Fortbildungspunktekonto bei der Sächsischen Landesärztekammer zugreifen.

Im Juni 2010 wurden ca. 550 Fachärzte im Krankenhaus angeschrieben, bei denen bereits 250 Punkte erfasst wurden und ein Fortbildungszertifikat erteilt werden kann. Wir empfehlen, dass für die erste Zertifikatserteilung möglichst zeitnah nach Erreichen der 250 Punkte im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ein Antrag auf das Fortbildungszertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer gestellt wird. Für weitere Informationen verweisen wir auf die Rubrik Fortbildung auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de.

Dr. med. Katrin Bräutigam, Ärztliche
Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Therapiesymposium der Arzneimittelkommission

Zum wiederholten Mal führt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ihr Therapiesymposium im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer durch. Kooperationspartner sind die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Vorgestellt werden wissenschaftlich begründete, interessenneutrale und praxisorientierte Therapieempfehlungen. Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an alle in Patientenversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen.

In der diesjährigen Veranstaltung (wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzen-

der der AkdÄ; Frau Prof. Dr. med. Ursula Gundert-Remy und Prof. Dr. med. Rainer Lasek) stehen nachfolgende Schwerpunkte im Mittelpunkt:

- Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie des Morbus Parkinson (Prof. Dr. med. Jürgen Winkler, Erlangen).
- Therapieempfehlungen Palliativmedizin (Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Göttingen).
- Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit (Dr. med. Thomas Stammschulte, Berlin).
- Neue Arzneimittel 2009/2010 – eine kritische Bewertung (Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg).

Die Veranstaltung findet am Mittwoch, dem 20. Oktober 2010, 15.00 bis 18.45 Uhr, im Plenarsaal der

Sächsischen Landesärztekammer (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden) statt und ist mit vier Fortbildungspunkten bewertet. Die Teilnahme ist gebührenfrei.

Eine Anmeldung ist über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erbeten (E-Mail: sekretariat@akdae.de, Geschäftsstelle Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel. 030 400456 518, Fax 030 400456 555). Über den Internet-Link www.akdae.de können die Vorträge aus den Jahren 2007 bis 2009 abgerufen werden.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Berichtsbogen unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Nach der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sind Kammermitglieder verpflichtet, unerwünschte Arzneimittelwirkungen an die zuständige Stelle mitzuteilen:

„§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen: Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztli-

chen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuss der Bundesärztekammer)“.

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Apotheker und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat den Berichtsbogen zur Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen unlängst benutzerorientiert überarbeitet.

Der Berichtsbogen, Hinweise zum Ausfüllen des Bogens und weitere Informationen können über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de in der Rubrik Informationen für Ärzte/Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder direkt über die Homepage der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft www.akdae.de abgerufen werden.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Besondere Verantwortung der Mandatsträger

Nachlese zur 42. Kammerversammlung und Ausblick auf die Wahl zur Kammerversammlung 2011

Die Wahlen zur Kammerversammlung im Jahre 2011 gehen in die Vorbereitungsphase. Als ehemaliger Mandatsträger habe ich mich als Kreiswahlleiter zur Verfügung gestellt. Ich wollte meiner Landesärztekammer, in der ich viele Jahre tätig war, die ich mit vielen anderen Kollegen mit aus der Taufe gehoben habe, weiterhin eine Hilfe sein.

Während der 42. Tagung der Kammerversammlung am 18. und 19. Juni 2010 kamen mir jedoch Zweifel, ob da wirklich alle Mandatsträger noch dem erklärten Ziel, einer verantwortungsvollen Ausübung dieses Mandates, nachkamen.

Ich hatte eher den Eindruck, dass eine neue Mode Einzug gehalten hat und es manche Mandatsträger nahezu schick fanden, sich dieser Verantwortung zu entziehen. Am schlimmsten, nahezu schockierend, war die Abstimmung zur Beschlussvorlage 3 zur „Änderung der Satzung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer“.

Diese Beschlussvorlage hatte einzig das Ziel, unseren jungen Kollegen die Gebühr für die Facharztprüfung künftig zu erlassen. Eine Satzungsänderung ganz im Sinne unserer Kollegen. Eine Satzungsänderung, die das Image der Kammer deutlich verbessern könnte, wäre um Haaresbreite gescheitert.

Dass für eine Satzungsänderung eine Zweidrittelmehrheit erforderlich ist, hatten vorsichtig ausgedrückt, einige Kollegen wohl nicht verstanden. Gegenargumente lauteten sinngemäß – dafür sehe ich zurzeit keine Notwendigkeit –.

Nun ich weis nicht recht, was die Wähler dieser Mandanten dazu sagen. Wenn ein Mandant partout gegen etwas ist, so ist es ein demokratisches Recht, dagegen zu stimmen. Das ist letztlich eine Gewissensentscheidung. Die Gegenstimmen waren wenige, das hätte mich nicht aufgeregt.

Viel schlimmer war die hohe Anzahl der Stimmenthaltungen. Die werden bei erforderlichen Zweidrittelmehrheiten wie Gegenstimmen gewertet und diese hätten die Beschlussvorlage beinahe zu Fall gebracht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen Stimmenthalter, was sollte dieses böse Spiel? Reine Gedankenlosigkeit? Unwissenheit? Schickes „demo-

kratisches“ Neutralitätsverhalten? Wenn nur eine dieser Fragen mit „JA“ beantwortet wird, taugen Sie nicht zum Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft.

Sie sind gewählt, um Verantwortung für uns Ärzte zu tragen. Der Stimme enthalten kann man sich nur, wenn man von einer Sache nichts versteht. Satzungsfragen sind jedoch Teil Ihres Geschäftes als Mandatsträger. Da kann man sich nicht enthalten. Bei Entscheidungen für unsere jungen Kollegen, unserem ärztlichen Nachwuchs, ist solches Handeln moralisch verwerflich.

Das alles wollte ich Ihnen bereits während der Kammerversammlung sagen, aber aus Zeitgründen hatte ich meine Wortmeldung zurückgezogen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, für die nächste Wahlperiode suchen wir wieder Ärzte, die aktiv in der Kammerversammlung und vielen Ausschüssen mitarbeiten. Ich möchte an dieser Stelle appellieren, dass die Kolleginnen und Kollegen, die als Mandatsträger gewählt werden wollen, sich der besonderen Verantwortung für die sächsischen Ärzte bewusst sind.

Dr. med. Norbert Grosche, Dresden

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, die für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich 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 Registrierungs-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.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickau-Stadt

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 10/C046

Freiberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 10/C047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2010

Mittweida

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 10/C048

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.10.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksge-

schaftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Bautzen

Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 10/D034
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2010

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 10/D035

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich
Reg.-Nr. 10/D036
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2010

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D037
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 10/D038

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/D039
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2010

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 10/D040

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2010 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 10/L045

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 10/L046

Leipziger Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 10/L047

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 10/L048
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 10/L049

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/L050

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 10/L051
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15.10.2010 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154 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.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Ohorn
Praxisabgabe ab sofort möglich
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2012/2013 (ggf. auch früher)
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder

Bilanz der Veranstaltungsreihe im Deutschen Hygiene-Museum Dresden, Frühjahr 2010

Es war ein Experiment. Ein Tabuthema in einer öffentlichen Veranstaltung einem breiten Publikum zugänglich zu machen, war ein mutiger Versuch. Und er glückte. Die hohe Resonanz erstaunte und das einhellige Urteil aller Besucher lautete: Es hat sich gelohnt. Diese Veranstaltungsreihe war ein wesentlicher und zugleich notwendiger Schritt hin zu einem Klima der Offenheit und der Wertschätzung gegenüber Betroffenen und natürlich auch eine Anerkennung und Ermutigung für all jene, die in ihrer täglichen Arbeit Gewaltbetroffenen beistehen. In fünf Veranstaltungen wurde der Bogen gespannt von Hinweiszeichen auf Gewalt über rechtliche Möglichkeiten, Prävention bis hin zur Therapie von Tätern und Opfern. Dabei wurden alle wesentlichen Professionen, die in ihrer Arbeit Kontakt mit Betroffenen oder Tätern haben, einbezogen.

Die gesamte Veranstaltungsreihe wurde moderiert durch Martina de Maizière, die auch ihre eigenen Erfahrungen aus der sozialen Arbeit einbringen konnte und immer wieder einen lebendigen Dialog zwischen Publikum und Referenten herstellte. Im Schnitt wurde jede Veranstaltung von 200 Menschen aus den verschiedensten Berufsgruppen besucht.

Staatsministerin Christine Clauß eröffnete diese Vortragsreihe mit einem Grußwort. Sie wies darauf hin, dass Gewalt in manchen Familien an der Tagesordnung sei und nannte die erschreckenden Zahlen: Ein Viertel aller Frauen in Deutschland sei im Leben zumindest einmal von körperlicher oder sexueller Gewalt durch einen Partner betroffen. Zunehmend werde auch Gewalt gegen Männer im häuslichen Umfeld bekannt. Zehn

Prozent aller Kinder würden in der Familie misshandelt. Sie betonte, dass die Gesellschaft ein Interesse daran haben müsse, in Gewalt verstrickte Familien zu unterstützen, denn die Gewalt pflanze sich bekanntlich fort. Gewalt in der Familie sei eben keine Privatangelegenheit.

Auf die körperlichen Anzeichen dieser Gewalt ging Privatdozentin Dr. med. habil. Christine Erfurt, Leiterin des Institutes für Rechtsmedizin der Technischen Universität Dresden, ein. Sie erläuterte, welche körperlichen Spuren die Gewaltanwendungen hinterlassen können und welche Warnzeichen auch für Außenstehende auf eine Gewalteinwirkung hindeuten. Allerdings werden Gewaltbetroffene nicht nur körperlich geschädigt – sie werden oft auch psychisch verletzt und diese Verletzungen sind nach außen nicht sichtbar. Auf die seelischen Folgen ging noch am selben Abend Dr. med. univ. Julia Schellong, Leiterin der Psychotraumatologie des Dresdner Universitätsklinikums, ein. Sie betonte, dass zwischenmenschliche Gewalt zu schweren seelischen Folgeerscheinungen führen kann und warb für einen bedachten aber offenen Umgang mit der Thematik.

Was kann nun aber die Ärztin, der Horterzieher, die Erzieherin oder der Nachbar tun? Der zweite Abend der Veranstaltungsreihe widmete sich genau diesem Thema: den Handlungsmöglichkeiten für Außenstehende und Betroffene. Die Dresdner Opferrechtsanwältin Anca Kübler berichtete von den rechtlichen Schutzmöglichkeiten für Gewaltbetroffene. Katrin Benedict, Familienrichterin und Strafrichterin in Zerbst, zeigte die Möglichkeiten und Grenzen eines gerichtlichen Strafverfahrens auf. Deutlich wurde insbesondere, welchen hohen Stellenwert ärztliche Dokumentationen von Gewaltspuren für spätere Verfahren besitzen.

Sylvia Müller von der Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt (DIK) rundete den Abend ab, indem sie die sozialen Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt vor-

stellte. Sie beschrieb die Notwendigkeit der Vernetzung verschiedenster Professionen zu einem kompetenten Hilfsnetzwerk und betonte, dass Hilfe für Betroffene möglich und erfolgreich sei.

Wie kann man die Dynamik einer Gewaltbeziehung verstehen und ausbrechen?

Die Psychologin Anett Engelmann von der Täterberatungsstelle in Leipzig erklärte das häufig beobachtete Muster in gewaltgeprägten Beziehungen. Auf einen Gewaltausbruch folgt in der Regel eine Phase der Versöhnung. Der Täter entschuldigt sich bei dem Opfer und gelobt Besserung. Aus verschiedenen Gründen hoffen die Opfer immer wieder, dass die Gewalt tatsächlich aufhört. Bis sie dann doch wieder enttäuscht werden. Eine Möglichkeit, den Gewaltkreislauf zu durchbrechen, sei die täterorientierte Anti-Gewalt-Arbeit. In Sachsen gibt es drei Täterberatungsstellen, die sowohl für männliche als auch weibliche Täter offen stehen. Engelmann berichtete, dass die Tätertherapie sehr erfolgreich sei: Alle Klienten, die den Therapieprozess bis zum Ende durchlaufen, leben auch ein Jahr nach Beendigung der Therapie weiterhin gewaltfrei. Allerdings hätten nur etwa die Hälfte der Menschen, die sich in die täterorientierte Beratung begaben auch tatsächlich den Therapieprozess komplett durchlaufen.

Eine andere Möglichkeit, den Gewaltkreislauf zu durchbrechen, stellte Polizeihauptkommissarin und Opfererschutzbeauftragte der Polizeidirektion Dresden, Kerstin Weber, dar. Die Gewaltbetroffenen oder auch die Nachbarn können die Polizei informieren. Mit dem Sächsischen Polizeigesetz sei der Polizei bei häuslicher Gewalt die Möglichkeit gegeben, die Täter sieben Tage der Wohnung zu verweisen. In dieser Zeit könne das Opfer zur Ruhe kommen, Beratung in Anspruch nehmen und über weitere Schritte nachdenken beziehungsweise diese in die Wege leiten.

Wie kann man verhindern, dass Menschen gewalttätig werden?



Dr. med. univ. Julia Schellong

Der vierte Abend widmete sich dem Thema Prävention von Gewaltkarrieren. Prof. Dr. med. habil. Manfred Cierpka, Leiter des Instituts für psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie in Heidelberg, gab einen Überblick über den Forschungsstand und verwies darauf, dass etwa ein Drittel aller Kinder, die selbst Gewalt in der Familie erlebt hätten, auch als Erwachsene dem Partner oder den eigenen Kindern gegenüber wieder gewalttätig würden. Daraus ergebe sich zwangsläufig die Notwendigkeit der Prävention dieser Gewaltkarrieren. Er stellte das von ihm entwickelte Präventionsprojekt „Keiner fällt durchs Netz“ vor, das im Saarland flächendeckend und in zwei Kreisen Hessens und in Heidelberg erfolgreich implementiert ist. Es beruht auf einer Unterstützung aller Eltern durch den Kurs „Das Baby verstehen“ und einer zusätzlichen Begleitung von „Risikoeltern“ durch speziell ausgebildete Hebammen. Das Programm wird von allen Eltern außerordentlich gut angenommen. Daten über die Langzeitwirkung liegen noch nicht vor. Prof. Dr. Cierpka zeigte sich aber optimistisch, dass diese Präventionsmaßnahmen auch langfristig positiv auswirkten.

Claus Lippman, Verwaltungsleiter des Dresdner Jugendamtes, verwies ebenfalls auf die Notwendigkeit der Prävention und berichtete von den freiwilligen Willkommensbesuchen bei frisch gebackenen Familien durch Mitarbeiter des Jugendamtes in Dresden. Diese Besuche trügen zu einer besseren Information von jungen Eltern über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten bei und senkten die Hemmschwelle für die Inan-

spruchnahme von Hilfsangeboten. Für Privatdozentin Dr. med. Kerstin Weidner vom Universitätsklinikum Dresden beginnt der Kinderschutz schon im Mutterleib. Sie verwies auf die Notwendigkeit einer guten Mutter-Kind-Bindung für die gesunde Entwicklung der Babys. Da insbesondere Frauen mit psychischen Störungen Schwierigkeiten hätten, eine solche Bindung aufzubauen, müssten diese Frauen rechtzeitig unterstützt werden. Neu in diesem Unterstützungssystem ist die von ihr und ihren Kolleginnen aufgebaute Mutter-Kind-Tagesklinik an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Sie ermöglicht die gemeinsame Behandlung von beispielsweise an einer postpartalen Depression erkrankten Müttern mit ihren bis zu achtzehnmonatigen Kindern.

Kann die Erinnerung an Gewalt überwunden werden? Die letzte Veranstaltung eröffnete Michaela Huber, Traumatherapeutin der ersten Stunde. Im Zentrum ihrer Ausführungen stand die Bindungsproblematik von gewaltbetroffenen Kindern. Sie könnten schon im Elternhaus keine sicheren Erfahrungen machen. Ein Viertel bis die Hälfte dieser traumatisierten Kinder stolperten dann ihr Leben lang von einer komplizierten Beziehung in die nächste, da sie das ungünstige Bindungsmuster immer wieder reinszenierten. Sie plädierte für die dauerhafte Trennung von misshandelten Kindern und deren Misshandlern (sofern diese sich nicht therapeutische Hilfe holen), auch wenn die Kinder gern zu den Tätern zurück wollen. Stattdessen sollten den Kindern durch absolut verlässliche Bezugspersonen neue und gute Bindungserfahrungen ermöglicht werden. Huber ging auf die Schwierigkeiten in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Klientinnen und Klienten ein und gab allen Professionellen auf den Weg, mehr Coach als Mutter zu sein und die Selbstfürsorge nicht zu vergessen.

Abschließend berichtete Dr. Schellong von der Initiative „Traumanetz Sachsen“. Ziel der Initiative ist es,

Betroffenen traumaspezifische Beratungs- und Therapiemöglichkeiten rasch zugänglich zu machen und beratenden Einrichtungen und Therapeuten die Kooperation und die Koordination der Hilfe zu erleichtern. Ein Mittel hierzu ist die Entwicklung der Homepage www.traumanetz-sachsen.de auf der sich Hilfsangebote in Sachsen befinden.

Als weiteres Kind des Traumanetz Sachsen stellte sie das Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ vor, in dem mit Unterstützung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz medizinische Fachkräfte für den Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in Dresden geschult werden.

Erfreulich ist nicht nur die hohe Zahl von Besuchern, sondern auch die interdisziplinäre Zusammensetzung des Publikums. Es ist gelungen, die verschiedensten in diesem Bereich arbeitenden Berufsgruppen – Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter in Beratungsstellen und im Jugendamt, Erzieher, Lehrer und Horterzieher, Rechts- und Staatsanwälte sowie Polizisten zu erreichen. Aber auch Betroffene und Interessierte folgten der Einladung.

Zu verdanken ist dies nicht zuletzt der sehr guten Kooperation bei der Vorbereitung dieser Veranstaltungsreihe mit dem Deutschen Hygiene-Museum, dem Traumanetz Sachsen, dem Dresdner Universitätsklinikum, der Sächsischen Landesärztekammer und dem Lenkungsausschuss zur Bekämpfung Häuslicher Gewalt des Freistaats Sachsen.

Zu hoffen bleibt, dass diese und weitere Veranstaltungen dieser Art das gesellschaftliche Klima verändern können. Jeder sollte sich bewusst sein, welche Auswirkungen Partnerschaftsgewalt und Gewalt gegen Kinder haben kann und, dass Hilfsmöglichkeiten bestehen.

Dr. med. univ. Julia Schellong und
Dipl.-Psych. Franziska Epple
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de
www.traumanetz-sachsen.de

Unsere Jubilare im Oktober 2010 – wir gratulieren!

- 60 Jahre**
- 01.10. Dipl.-Med.
Cieslak, Gerhard
04207 Leipzig
- 01.10. Dr. med. Vogel, Karlheinz
09366 Stollberg
- 02.10. Dr. med. Schöbel, Klaus
08645 Bad Elster
- 03.10. Dr. med. Garten, Christine
01187 Dresden
- 03.10. Dr. med. Scherpe, Ursula
08062 Zwickau
- 05.10. Dr. med.
Neubauer, Michael
09599 Freiberg
- 05.10. Dipl.-Med.
Schneider, Reinhard
08228 Rützengrün
- 07.10. Dr. med. Schalk, Gerd
01309 Dresden
- 07.10. Dr. med. Walter, Gunter
08058 Zwickau
- 09.10. Dr. med. Wernicke, Sylvia
04509 Delitzsch
- 12.10. Dipl.-Med. Ebert, Sibylle
08523 Plauen
- 12.10. Dr. med. Neubert, Gabriele
08371 Glauchau
- 13.10. Uebel, Annelene
09212 Limbach-Oberfrohna
- 14.10. Dipl.-Med. Fritsche, Thomas
02796 Kurort Jonsdorf
- 16.10. Dr. med. Schüwer, Ursula
01896 Pulsnitz
- 17.10. Dr. med.
Ullmann, Hans-Michael
09419 Thum
- 18.10. Neykov, Lyubomir
02827 Görlitz
- 18.10. Nowotny, Michael
02763 Zittau
- 19.10. Dr. med. Meyer, Gisbert
09456 Mildenau
- 20.10. Dr. med. Hein, Klaus
04416 Markkleeberg
- 20.10. Dipl.-Med. Schraft, Frank
01796 Pirna
- 20.10. Sturm, Gabriele
01279 Dresden
- 22.10. Neumann, Anneliese
02779 Großschönau
- 24.10. Dr. med. Spank, Renate
02977 Hoyerswerda
- 24.10. Dr. med. Stark, Margita
04357 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Stein, Helga
01326 Dresden
- 26.10. Dipl.-Med.
Groba, Christina
02977 Hoyerswerda
- 26.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Prager, Jürgen
09456 Annaberg-Buchholz
- 27.10. Dr. med. Gierth, Marga
04416 Markkleeberg
- 27.10. Dipl.-Med.
Rottenbach, Sylvana
09390 Gornsdorf
- 28.10. Behrmann, Frank
01099 Dresden
- 28.10. Dipl.-Med. Wiesbaum, Silvia
09387 Jahnsdorf
- 29.10. Prof. Dr. med.
Boese-Landgraf, Joachim
09112 Chemnitz
- 29.10. Hennig, Marina
01309 Dresden
- 29.10. Dr. med.
Lehmann, Martina
01219 Dresden
- 31.10. Haaker, Karin
08371 Glauchau
- 31.10. Prof. Dr. med. habil.
Haroske, Gunter
01217 Dresden
- 65 Jahre**
- 03.10. Dipl.-Med.
Coßmann, Wilhelm
01917 Kamenz
- 05.10. Raußendorf, Winfriede
01809 Dohna
- 07.10. Dr. med.
Heinemann, Klaus-Peter
08412 Königswalde
- 10.10. Dr. med. Funke, Heidelind
02763 Eckartsberg
- 11.10. Doz. Dr. med. habil.
Gstöttner, Hans
06108 Halle
- 15.10. Dr. med. Hentschel, Rudolf
01705 Freital
- 18.10. Asperger, Christine
04229 Leipzig
- 18.10. Dr. med. univ. Prinz zur
Lippe-Weissenfeld, Christian
01187 Dresden
- 18.10. Dr. med. Vogel, Claus
04155 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Wronna, Rosemarie
09419 Thum
- 23.10. Dr. med. Lindner, Rosemarie
09114 Chemnitz
- 23.10. Dr. med.
Pawlowitsch, Taissija
04107 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Junge, Brigitte
08209 Auerbach
- 30.10. Dr. med. Haaser, Brigitte
04758 Oschatz
- 30.10. Dr. med. Kobler, Arno
09627 Oberbobritzsch
- 01.10. Achenbach, Sigrid
04416 Markkleeberg
- 01.10. Kühne, Uta
01737 Tharandt
- 02.10. Bohls, Hans-Georg
01773 Altenberg
- 03.10. Dr. med.
Oberbach, Wilfriede
01458 Ottendorf-Okrilla
- 04.10. Dr. med. habil.
Sickor, Hans-Jürgen
02827 Görlitz
- 05.10. Bollinger, Brigitte
02977 Hoyerswerda/
Schwarzkolm
- 05.10. Dr. med. Thümmel, Ingrid
01445 Radebeul
- 05.10. Dr. med.
Vogtmann, Brigitte
04425 Taucha
- 06.10. Beckert, Hellfried
01819 Kurort Berggießhübel
- 06.10. Dr. med. Nake, Bernd
01139 Dresden
- 06.10. Dr. med.
Schittkowski, Hans-Peter
09618 Brand-Erbisdorf
- 07.10. Dr. med. Möller, Brigitte
04347 Leipzig
- 08.10. Ebschbach, Hannelore
04564 Böhlen
- 08.10. Dr. med. Merkel, Petra
01156 Dresden
- 10.10. Dr. med. Diettrich, Gerda
04509 Radefeld
- 10.10. Dr. med. Schlegel, Günter
02827 Görlitz
- 11.10. Dr. med. Henschel, Udo
04205 Miltitz
- 11.10. Dr. med. Weinert, Barbara
01109 Dresden
- 12.10. Orphal, Peter
01900 Großbröhrsdorf
- 12.10. Pleschke, Monika
08606 Oelsnitz
- 13.10. Dr. med. Winklmann, Bernd
01239 Dresden
- 14.10. Dr. med. Herzig, Werner
01731 Kautzsch
- 15.10. Dr. med. Hennig, Helga
04668 Grimma
- 16.10. Ebert, Klaus
01587 Riesa
- 16.10. Dr. med. Fege, Jürgen
09600 Berthelsdorf
- 18.10. Prof. Dr. med. Beier, Lothar
09116 Chemnitz
- 19.10. Dr. med. Eckleben, Renate
09212 Limbach-Oberfrohna
- 20.10. Dipl.-Med. Seidel, Christa
08209 Auerbach
- 21.10. Dr. med. Köbernick, Hubert
01109 Dresden
- 21.10. Dr. med. Schott, Maria
08056 Zwickau
- 22.10. Prof. Dr. med. habil.
Duck, Hans-Joachim
04827 Machern

- 22.10. Dipl.-Med.
Moritz, Valentina
04157 Leipzig
- 23.10. Dr. med.
Czekalla, Wolfgang
04105 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Jacob, Dieter
02708 Obercunnersdorf
- 23.10. Dr. med. Kunz, Wieland
04824 Beucha
- 23.10. Dr. med. Thielemann, Helga
01129 Dresden
- 24.10. Dr. med. Thoß, Peter
08523 Plauen
- 25.10. Dr. med. Gatzweiler, Gisela
01219 Dresden
- 25.10. Dr. med. Ramsch, Manfred
04838 Eilenburg
- 26.10. Dr. med.
Dietrich, Hans-Jürgen
01662 Meißen
- 26.10. Morgenstern, Helgard
09337 Hohenstein-Erstthal
- 27.10. Peltner, Roswitha
09517 Zöblitz
- 28.10. Dr. med. Theml, Doris
04288 Leipzig
- 29.10. Gruner, Senta
09350 Lichtenstein
- 29.10. Dr. med. Schwabe, Werner
01468 Reichenberg
- 30.10. Dr. med. Günther, Jürgen
09244 Lichtenau
- 30.10. Halank, Ursula
02625 Bautzen
- 30.10. Dr. med. Nolopp, Thomas
04347 Leipzig
- 30.10. Dr. med. Petsch, Helga
02991 Lauta
- 30.10. Dr. med. habil.
Reske, Wolfgang
01217 Dresden
- 31.10. Dr. med. Jelen, Marlis
01307 Dresden
- 75 Jahre**
- 01.10. Prof. Dr. med. habil.
Göpfert, Edith
04178 Leipzig
- 01.10. Prof. Dr. sc. med.
Schentke, Klaus-Ulrich
01326 Dresden
- 02.10. Dr. med.
Wendel, Hanns-Georg
09496 Marienberg
- 07.10. Prof. Dr. med. habil.
Goldhahn, Gisela
04109 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Luther, Theo
04159 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Schulze, Ingrid
01847 Rathewalde
- 08.10. Dr. med. Möller, Christine
08060 Zwickau
- 10.10. Dr. med. Geisler, Ullrich
02829 Markersdorf
- 10.10. Dr. med. Pause, Hans-Udo
09496 Marienberg
- 10.10. Prof. Dr. med. habil.
Seebacher, Claus
01309 Dresden
- 17.10. Dr. med. Sandow, Anne
01662 Meißen
- 20.10. Dr. med. Schilke, Gertrud
09603 Bräunsdorf
- 21.10. Beyer, Marianne
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.10. Dr. med. Polster, Ingrid
04159 Leipzig
- 25.10. Doz. Dr. med. habil.
Siegismund, Kurt
01309 Dresden
- 28.10. Werner, Karla
01816 Bad Gottleuba
- 31.10. Dr. med. Basche, Friedrich
02739 Eibau
- 31.10. Prof. Dr. sc. med.
Buhl, Hermann
01309 Dresden
- 80 Jahre**
- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter
01219 Dresden
- 81 Jahre**
- 24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig
- 82 Jahre**
- 09.10. Bartsch, Elfriede
04862 Mockrehna
- 19.10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
- 83 Jahre**
- 01.10. Wiehe, Barbara
09435 Scharfenstein
- 03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
- 04.10. Dr. med. Haumann, Johann
01705 Freital
- 11.10. Dr. med. Baudrexl, Alfred
01445 Radebeul
- 18.10. Dr. med. Böhme, Horst
04425 Taucha
- 26.10. Donev, Dimităr
02943 Weißwasser
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg
- 84 Jahre**
- 08.10. Dr. med. Walther, Gerhard
08209 Auerbach
- 18.10. Dr. med.
Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
- 21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig
- 22.10. Dr. med.
Schumann, Alexander
08396 Oberwiera
- 24.10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04178 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf
- 29.10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Auerbach
- 86 Jahre**
- 07.10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig
- 28.10. Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz
- 87 Jahre**
- 04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Schieck, Ilse
04277 Leipzig
- 88 Jahre**
- 22.10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig
- 89 Jahre**
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch
- 90 Jahre**
- 09.10. Dr. med.
Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
- 23.10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
- 25.10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach
- 93 Jahre**
- 05.10. Dr. med.
Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach
- 95 Jahre**
- 17.10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
- 98 Jahre**
- 23.10. Haupt, Edith
01445 Radebeul

J. A. W. Hedenus und G. H. Ohle zum 250. Geburtstag

In vielem ähneln sich die Karrieren dieser beiden fast gleichaltrigen sächsischen Ärzte: Sie lebten in der gleichen Stadt, waren beide aus dem Wundärztstand hervorgegangen, dienten in der gleichen Armee, lehrten am gleichen Institut und vertraten das gleiche Fach. Der wesentliche Unterschied bestand darin, dass der um einen Monat jüngere Hedenus im Gegensatz zu seinem Nachfolger Ohle keine Universität besucht hatte und dennoch mehr Spuren in der Geschichte hinterlassen hat. Bei den gemeinsam ist wiederum, dass sie den Beginn der wissenschaftlichen Chirurgie in Dresden verkörpern.

Johann August Wilhelm Hedenus wurde am 11. 8. 1760 in Langensalza (seit 1956 Bad Langensalza) als Sohn eines Apothekers geboren. Die Stadt gehörte damals zum albertinischen Herzogtum Sachsen und fiel 1815 an Preußen, als Hedenus schon längst in Dresden zu Amt und Ehren gekommen war. Er hatte die Lateinschule in Langensalza besucht und die Apothekerlehre bei seinem Vater absolviert, bevor er sich einem Regimentschirurgen namens Wendt anvertraute und Wundarzt wurde. Von 1787 bis 1797 besuchte Hedenus, unterbrochen von Kriegsdiensten, das Dresdner Collegium medicochirurgicum (CM) und hatte dort als Kompaniechirurg die bevorzugten Stellungen eines sogenannten Pensionärschirurgen und eines Prosektors inne. Schon 1798 wurde er zum Generalstabschirurgen befördert und zum Dozenten der Chirurgie an das CM berufen, eine Funktion, die er bis 1807 ausübte. Seine „vortrefflichen Eigenschaften“ führten dazu, dass Hedenus 1808 Leibchirurg des Königs Friedrich August I. von Sachsen (1750 bis 1827) und 1828 – wie Carl Gustav Carus (1798 bis 1869) – Leibarzt König Antons (1755 bis 1836) wurde. Diesen Aufstieg verdankte der als Autodidakt groß gewordene Chirurg nicht zuletzt seinen

für einen Militärchirurgen seiner Zeit ungewöhnlichen wissenschaftlichen Aktivitäten. So publizierte er unter anderem in Hufelands „Journal der Heilkunde“ und in Graefes „Journal der Chirurgie“. Mit seiner bahnbrechenden Arbeit über die „Ausrottung der Schilddrüse“ (1821) – lange vor Basedows Beschreibung der Hyperthyreose – betrat er Neuland und wurde bald einem großen Kreis von Fachkollegen in Deutschland bekannt. Neben Veröffentlichungen zur Herniotomie, zur Hornhautchirurgie des Auges, zur Wiederbelebung scheinototer Neugeborener und anderen Themen ist Hedenus auch als medizinischer Gutachter im Rahmen der mit dem CM verbundenen Dresdner Charité und des Sanitätskollegiums hervorgetreten. Für das „Lehrbuch der Chirurgie“, das sein Schüler Johann August Tittmann (1774 bis 1840), späterer Lehrer der pharmazeutischen Botanik und Materia medica am CM, auf seine Anregung hin geschrieben hatte, verfasste Hedenus ein Vorwort, in dem er auf die Bedeutung der so genannten Vorbereitungswissenschaften wie Physik, Chemie, Mathematik, Geschichte und Sprachen und das Studium der ausländischen Autoren in der chirurgischen Ausbildung hinwies. Außerdem nannte Hedenus die Eigenschaften, die ein Chirurg besitzen sollte und die wohl zeitlos sind: Opferbereitschaft, Geschicklichkeit, Sorgfalt, Aufmerksamkeit, Sauberkeit, Urteilkraft, Entschlossenheit und Uneigennützigkeit.

Seit 1812 Hof- und Medizinalrat, wurde ihm am 16. 11. 1824 die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig verliehen, ein außergewöhnliches Ereignis für den vom Feldscher zum obersten Militärchirurgen Sachsens aufgestiegenen Mann. Von Hedenus Popularität kündeten zahlreiche Stammbücher, Albulblätter und Widmungen seiner Freunde und Schüler, von denen der nachmalige erste Ordinarius für Chirurgie und Ophthalmologie an der Berliner Universität, Carl Ferdinand von Graefe (1787 bis 1840), der bedeutendste war. Einzig mit seinem Schüler Karl August



Abbildung 1: Vorder- und Rückseite einer Gedenkmünze zum 50-jährigen Dienstjubiläum von J. A. W. Hedenus am 16. 7. 1833 (Sammlung G. Dinger, Neu-Ulm)

Weinhold, späterer Ordinarius für Chirurgie in Dorpat (Tartu) und Halle, hatte er sich, ausgehend von der Frage um die richtige Behandlung von Erkrankungen der Highmores-Höhle (Sinus maxillaris), überworfen. Zum 50-jährigen Amtsjubiläum 1833 ließ die Dresdner „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde“, der Hedenus angehörte, unter Federführung von Carl Gustav Carus eine Gedenkmünze prägen. Die lateinische Inschrift der Vorderseite lautet in deutscher Übersetzung „Durch 10 Jahrfünfte als Militär- und Zivilarzt im Amt“, die der Rückseite „Mit dem Munde die Heilkunst lehrend, bringt seine Rechte geschickt Genesung. Die Kollegen und Freunde in Zuneigung“. Während der Befreiungskriege hatte Hedenus keinen Hehl gemacht aus seiner Abneigung gegen die französische Herrschaft und gegen die französische Kriegschirurgie mit dem Chefchirurgen der Grande Armee, Jean Dominique Larrey (1766 bis 1842), an der Spitze, den er in den Dresdner Lazaretten kennen gelernt hatte und trotz aller seiner Orden als

einen „sehr mittelmäßigen Chirurgen“ ansah. Mit den Bezeichnungen „Windbeutel“ und „Bramarbas“ ging Hedenus in seinem patriotischen Eifer aber wohl etwas zu weit. Unterdessen befand sich der sächsische Monarch, König Friedrich August I., in preußischer Gefangenschaft in Schloss Friedrichsfelde bei Berlin, konnte aber an Hedenus noch die Order geben, den nach Prag geflüchteten und dort schwer erkrankten Kabinettsminister Graf Camillo Marcolini (1739 bis 1814) zu behandeln. Hedenus reiste nach Prag, wo er sich vergeblich bemühte, dem fortgeschrittenen Blasen- und Prostataleiden des Patienten noch eine Wendung zu geben. Auch ein zweimaliger Versuch der Katheterisierung blieb ohne Erfolg, sodass dem König nur mitgeteilt werden konnte, dass Marcolini am 10. 7. 1814 in Hedenus Gegenwart verstorben war. Hedenus selbst hatte 1807 am CM demissioniert, um sich seinen Aufgaben bei Hofe, den wissenschaftlichen Arbeiten und der freien ärztlichen Praxis widmen zu können. Er starb am 29. 12. 1836 in Dresden im Alter von 76 Jahren. Sein Sohn August Wilhelm Hedenus „der Jüngere“ (1797 bis 1862) studierte nach Kursen an der Medizinisch-chirurgischen Akademie in Dresden Medizin an den Universitäten Leipzig, Göttingen und Berlin und machte sich als Balneologe und Philhellene einen Namen. Gottlob Heinrich Ohle kam am 6. 7. 1760 in Guben zur Welt. Nach kurzen, nicht näher bekannten Unterweisungen trat er bereits im Alter von 12 Jahren (!) als Zögling in das Dresdner CM ein, wurde Militärwundarzt in diversen Feldlazaretten und schließlich Regimentsarzt der kurfürstlich-sächsischen Infanterie. Über eine Tätigkeit als städtischer Hebammenmeister (Accoucheur) in Weißenfels kehrte Ohle 1787 als Oberchirurg der Garnison und des Kadettenkorps nach Dresden zurück, wurde 1789 Prosektor am CM und

1793 als Regimentsarzt nach Bautzen versetzt. Ab 1803 studierte er mit Unterbrechungen an der Universität Wittenberg, wo er 1805 mit der Schrift „Observationum anatomico-pathologicarum“ zum Dr. med. promovierte. Die Dissertation, 1806 in Dresden gedruckt, enthielt Beschreibungen eines großen Skrotalbruchs mit Magen-, Darm-, Netz- und Blaseninhalt, eines ausgedehnten Netzsteatoms und eines tödlich verlaufenen Kaiserschnitts mit Sektionsprotokoll. Es folgten weitere „chirurgische Beobachtungen“ in Handbüchern und Sammelbänden, in denen sich Ohle von der rein handwerklichen Chirurgie emanzipierte. 1807 wurde er in der Nachfolge Hedenus zum Generalstabschirurgen der sächsischen Armee und zum Chirurgiedozenten am CM berufen, seit 1815 dann zum Professor der Chirurgie an der Medizinisch-chirurgischen Akademie. An den Plänen zur Wiedererichtung einer ärztlichen Lehranstalt nach den Befreiungskriegen war Ohle zusammen mit dem Generalstabsmedikus und Professor für medizinische Enzyklopädie Christoph Eusebius Raschig (1766 bis 1827) sowie dem aus Wittenberg berufenen Professor der Anatomie Burkhard Wilhelm Seiler (1779 bis 1843) maßgeblich beteiligt. Mit Carus, dessen Stern in Dresden hell zu strahlen begann, und anderen Professoren, die alle mit Ausnahme der Veterinäre im Kurländer Palais arbeiteten, gab Ohle 1820 die „Zeitschrift für Natur- und Heilkunde“ heraus, in deren erstem Band er einen Originalbeitrag über die „Ausrottung der Ohrspeicheldrüse und der Schilddrüse“ veröffentlichte. Wie sein Lehrer Hedenus und möglicherweise von diesem angeregt, hatte auch er sich mit der Strumaproblematik befasst. Zu Prioritätsstreitigkeiten konnte es schon deshalb nicht kommen, weil Hedenus bereits 1800 eine solche Operation durchgeführt hatte, aber erst später, fast zeitgleich mit Ohle, pub-

lizierte. Ohle hatte dann die Chirurgie durch eine besonders schwere Zeit, den Krieg zunächst mit, dann gegen Napoleon, zu führen. Im Verein mit Hedenus und dem Generalstabsmedikus, Lehrer der Pathologie und Therapie am CM, Christoph Eusebius Raschig (siehe oben), setzte er sich mit der berühmt-berüchtigten rasanten Amputationsweise von Larrey, der in der Schlacht von Borodino (1812) in 24 Stunden 200 Amputationen durchgeführt haben soll, auseinander und strebte bei der Behandlung der Amputationsstümpfe und Schusswunden die Primärnaht an, was der damaligen deutschen und englischen Schule entsprach. 1826 zog sich Ohle auf die Domäne Moholz bei Niesky, die er 1813 gekauft hatte, zurück. Obwohl im Ruhestand, hat er dort noch vielen Kranken unentgeltlich ärztlich geholfen. Ohle war dreimal verheiratet und hatte zwei Söhne. Am 17. 4. 1834 starb er in Moholz „an Entkräftung“, wie es in den Akten heißt (einige Quellen nennen fälschlicherweise Rothenburg an der Neisse als Sterbeort). Kaum bekannt ist, dass Ohle mit dem berühmten Schriftsteller, Verleger, Mäzen und Goethe-Freund Friedrich Justin Bertuch (1747 bis 1822) in Weimar korrespondiert und diesem seinen in Göttingen Kameralwissenschaften studierenden Sohn Carl Gustav bei einem Weimar-Aufenthalt anvertraut hat. Während von Hedenus neben der abgebildeten Jubiläumsmünze noch das von dem Leipziger Kupferstecher Johann Friedrich Rosmäsler (1775 bis 1858) stammende Porträt verbreitet ist, konnte von Ohle weder in Guben, Rothenburg, Niesky oder Dresden bislang ein Bild gefunden werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. habil. Volker Klimpel
Grazer Straße 3
01279 Dresden

Reisebericht Liberia

Am 5. März 2010 reiste eine Gruppe von sechs Mitarbeitern des Bethanien-Klinikums Chemnitz nach Ganta in Liberia/Westafrika.

Der Auftrag war einerseits vor Ort medizinische Hilfe zu leisten, andererseits einem ins Stocken geratenen Krankenhausneubau neues Leben einzuhauchen.

Das Bauprojekt wurde von den drei Mitgliedern der Planungsgruppe in Angriff genommen und am Ende ihres Aufenthaltes auf einem Forum in Monrovia vorgestellt und auch angenommen.

Die anderen drei Mitarbeiter bildeten die Gruppe zur medizinischen Hilfe. Eine Schwester für Anästhesie und Intensivmedizin, ein Traumatologe und eine Visceralchirurgin.

Ausser relativ spärlichen Informationen aus dem Internet hatten wir von dem Land keine Ahnung und nur schemenhafte Vorstellungen was uns erwarten würde.

Was uns dann empfing, war in jeder Hinsicht überraschend.

Das Land ist nach zwei Bürgerkriegen, die bis 2005 dauerten, in einem desolaten Zustand.

Es gibt weder in der Hauptstadt Monrovia noch auf dem Land ein Stromnetz. Elektrizität wird nur privat mit Generatoren erzeugt.



Hauptstraße in Ganta

Ebenso katastrophal ist die Wasserversorgung. Wasserleitungen sind nicht vorhanden oder zerstört und selbst im Krankenhaus gibt es kein fließendes Wasser.

Die Straßen sind in einem ebenso bedauernswerten Zustand. Für eine Strecke von etwa 200 km haben wir mit dem PKW gut sechs Stunden gebraucht.

Die einzige Eisenbahnstrecke ist im Bürgerkrieg zerstört worden und befindet sich noch im Wiederaufbau, wobei ein schwedischer Stahlkonzern, der Interesse an einer Erzmine im Norden des Landes hat, tatkräftige Unterstützung leistet.

Nach diesen allgemein eher negativen Eindrücken war der überaus herzliche Empfang durch die Mitar-

beiter des United Ganta Hospitals umso überraschender. Wir wurden voll akzeptiert und sofort in den täglichen Klinikablauf integriert.

Insbesondere konnten wir traumatisch mit Rat und Tat unter den gegebenen Bedingungen helfen, wobei wir unsere Ansprüche an ein Hygieneregime und spezielle traumatische Ausstattung sehr relativieren mussten.

Auch visceralchirurgisch und intensivmedizinisch konnten wir helfend zur Seite stehen; zum Beispiel waren zentrale Venenkatheter in Ganta ein Novum. Die vielen Nabel- und Leistenhernien, die wir in den zwei Wochen versorgten, stellten nur von der Anzahl her ein Problem dar.

Die Palette der gynäkologischen Operationen, die täglich dort abläuft, war wiederum für uns ungewöhnlich. Beeindruckt waren wir von der operativen Versorgung vesico-vaginaler Fisteln. Dieses Krankheitsbild, welches bei uns weitestgehend unbekannt ist, tritt bei langen Geburtszeiten und dem dadurch langanhaltenden Druck des kindlichen Kopfes auf Urethra und Vagina auf. Durch eine Minderdurchblutung entsteht eine Nekrosezone mit Fistelbildung. Die Folge ist eine komplette Urininkontinenz der Frauen. Dr. Willicor, der leitende Arzt in Ganta, operierte diese Fisteln in excellenter und für die Frauen segensreicher Weise.

Fasziniert waren wir von der diagnostischen Einfachheit, mit der die beiden Ärzte des Krankenhauses gezwungen sind, zu arbeiten.



12-jähriges Mädchen mit hämatogener Osteomyelitis

Die Laborpalette umfasst Leukozytenzahl, Blutzucker und Hämoglobin sowie je einen Test für Tuberkulose, Malaria und HIV.

Ein für unsere Verhältnisse altertümliches Röntgengerät wird eher zurückhaltend eingesetzt, jeder Patient muss für jede Aufnahme bezahlen.

Ansonsten ist die gründliche ärztliche Untersuchung und die Erfahrung die Grundlage der Diagnose, über die Richtigkeit entscheidet nur der Erfolg. Der Status des Arztes ist unumstritten. Er ist im wahrsten Sinne des Wortes ein „general medical doctor“.

Es gibt nicht die für uns üblichen Spezialisierungen und Subspezialisierungen. Der Doktor kann alles und muss alles können. Er ist Internist, Pädiater, Chirurg und Gynäkologe in einer Person.

Nach zwei Wochen war unser Einsatz beendet und wir fuhren mit gemischten Gefühlen ab, wohlwissend über die vor Ort weiter bestehenden Probleme und dass unser Einsatz nur der Beginn einer Partnerschaft sein kann. Ein kleiner Anstoß zu neuen Wegen, die hoffentlich weiter begangen werden.

Anschrift der Autoren:

Dr. med. Henriette Klinghammer,
Dr. med. Bernd Rascher, Heike Schneider
Zeisigwaldkliniken Chemnitz gGmbH
Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz
E-Mail: henrietteklinghammer@gmx.de



Erstversorgung einer Oberschenkelfraktur mit einem Pappkarton



Erstversorgung einer offenen Unterschenkel und Oberschenkelfraktur

Forschungspreis ausgeschrieben

Ärzte haben in der Zeit des Nationalsozialismus aktiv an der systematischen Ermordung von Kranken mitgewirkt. Außerdem haben sich führende Vertreter der Ärzteschaft an der Vertreibung ihrer jüdischen Kolleginnen und Kollegen beteiligt. Auch wenn die Mitschuld der Ärzte an den Verbrechen der NS-Gewaltherrschaft im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wissenschaftlich untersucht wurde, ist die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus bei weitem nicht ausreichend aufgearbeitet worden. Deshalb haben das

Bundesgesundheitsministerium (BMG), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nunmehr zum dritten Mal einen Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten zur Geschichte der Ärzte während der NS-Diktatur ausgeschrieben. Der Preis ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert.

An der Ausschreibung teilnehmen dürfen Ärzte und Psychotherapeuten als Einzelpersonen, Kooperationen und Gemeinschaften aus Ärzten und Psychotherapeuten, Studenten der Humanmedizin sowie an humanmedizinischen und medizinhistorischen Instituten tätige Wissenschaftler. Alle Arbeiten müssen in deutscher Spra-

che verfasst sein und können sowohl in Papier- als auch elektronischer Form eingereicht werden. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die ab dem 1. Januar 2005 erstellt oder veröffentlicht wurden. Bereits bei vorangegangenen Ausschreibungen dieses Preises eingereichte Arbeiten können nicht erneut berücksichtigt werden. Bewerbungsschluss ist der 30. November 2010.

Bewerber senden ihre Arbeiten an:
Bundesärztekammer,
Hauptgeschäftsführung,
Dr. Esther Freese,
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin,
E-Mail: esther.freese@baek.de

Psychogramme in Farbe

Malerei in der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

Der Vorsitzende der KÄK Leipzig, Dr. med. Matthias Cebulla, eröffnete im Februar 2010 die jährliche Vernissage. Die anwesenden Leipziger Künstler, Frau Dr. med. Elisabeth Otto und der Maler und Grafiker Heinz Kolberg präsentierten dabei einem zahlreich erschienenen und diskussionsfreudigen Publikum ihre „Psychogramme“ von ganz unterschiedlicher Art.

Frau Dr. med. Elisabeth Otto, Tochter einer schlesischen Bauernfamilie, wirkt dabei mit ihrer gegenständlichen und figürlichen Malerei weltfreudig in Geist und Gemüt. Für sie steht nicht so sehr das wirkliche Detail einer winterlichen oder sommerlichen Natur im Vordergrund, sondern bedeutsam wird jetzt der atmosphärische Ausdruck, der Widerstreit zwischen Licht und subjektiver Stimmung. Und gleich „unsichtbarer Fühlfäden“ wird alles voller Poesie zwischen Vergangenen und Gegenwärtigem festgehalten.

Denn zu den Wurzeln eigener künstlerischer Befindlichkeiten zurückzukehren, bedeutet heute für Frau Dr. Otto auch der malerische Rollen-

tausch von der Landschaft zu grotesken Leipzig-Bildern, auf denen ruinierte Bauwerke und Fabriken den Horizont versperren oder man sich im palmenbegrüntem Schlaraffenland gleich einer zirkusartigen Welt wiederfinden kann... Doch war das nicht schon das Modell des Leipziger Psychiaters Paul Emil Flechsig (1896), „eine Art Kampfplatz von Gehirn und Seele“ auf dem „die niederen Triebe mit den höheren ringen“, um die Verluste verlorener Lebensqualität harmonisierend in der Substanz unseres Kopfes auszugleichen?

Nicht zuletzt waren es die wohltuenden Wirkungen der über dreißig Malereien, fern von Eitelkeiten und Aufgeregtheiten großer Kunstwelten, mit denen sich die Liebhaber ihrer Arbeiten hier den Staub des Alltags von der Seele wischen können ...

Ganz anders dagegen die ästhetischen Weltansichten von Heinz Kolberg, dessen Sehnsucht nach Farbe sich auf der Leinwand eigene Wege zu suchen scheint. Denn, dass Malerei nur über eine ausgebildete Empfänglichkeit für Figuration und sofort erkennbare Inhalte vermittelt werden kann, dürfte bei seinen Arbeiten nicht funktionieren. Er selbst favorisiert das Unbewusste am Beginn einer Gestaltung, aus dem sich dann intuitiv Farbverläufe, Bögen und Flächenhaftigkeit entwickeln. Und anders als bei Elisabeth Otto, tritt vorerst Gedankliches in den Hintergrund. So bewirken senkrecht herablaufende Farbbahnen oder großflächige Farbfelder tragische oder verträumte Stimmungen, obwohl fast immer das Gefährdete durchschimmert. Es verwundert deshalb nicht, dass der Betrachter seiner Arbeiten vom Geheimnisvollen durchpulst wird, welches sich dann durch bedeutungsstarke Werktitel zum bildhaften Erleben verdichtet.

Zu den ausdrucksstärksten Exponaten dieser Ausstellung dürfte „Die Verwundbarkeit des Künstlers“ gehören: Aus großen und in sich zurückgezogenen Augen schaut uns ein depressiv-alterndes Gesicht an. Dazu ein erschlaffend leicht geöffneter Mund mit einer nicht mehr dringlichen Mitteilung. Ist es nur die Tragik eines Menschen, gewissermaßen die

Zerstörung seines Abbildes mit künstlerischen Mitteln, oder ist es die sarkastische Attacke auf chaotische Verhältnisse? Zumindest fand Kolberg mit dieser Art von Malerei etwas, um für sich die Grenzen zwischen Realität und Abstraktion neu zu bestimmen. Doch die Art, wie er dabei Farbe, zu der alles Lebendige hinstrebt, als unmittelbaren Ausgangspunkt bestimmt, ändert sich ständig. Sonst käme er nicht regelmäßig zu neuen Bildräumen, die in ihrer Tiefenstufung immer wieder auch optische Illusionen hervorbringen, obwohl zeichnerisch oder malerisch keinerlei Perspektive angelegt ist.

„Baracken im Zwielflicht“, ein mit kleinem Schwamm pastos aufgestrichenes Acryl-Rot ist solch ein Beispiel: Eigentlich müsste es als vorherrschender Ton bei uns Beunruhigung, wenn nicht gar Leidenschaft hervorbringen. Doch plötzlich kommt mit dem Farbbedürfnis unseres Auges etwas ins Spiel, das nach Totalität ruft und nach mehr verlangt. Kolberg scheint ähnliches gefühlt zu haben, denn neben harmonischem Grün wurde auch negatives Blau-Violett aufgetragen, welches Leere und Kälte vor einem wie brennend wirkenden Hintergrund ins Spiel bringt. Zum Schluss ritzt er mit dem Pinselstil noch die Konturen von Baracken und Bäumen in die feuchte Masse: Linien, die jetzt dem Bild zwar keine klassische Perspektive, wohl aber seine Sinnhaftigkeit geben.

Egal, wie wir es untersuchen, Kolbergs Farben rufen etwas in uns hervor, sprechen unser Gemütsleben an und beginnen den Verstand zu lenken. Und wir spüren es: Alles hat mit dem Menschsein und der Verwundbarkeit von Seelen zu tun, gegen das nur schwer anzukämpfen ist. Damit beschreitet er Wege, die den Bezug zur eigenen Befindlichkeit nicht verlieren und immer die gleiche Frage stellen: Was sollte von den Dingen bleiben, die sonst verschwinden?

Jürgen Tiede, Dipl.-Kunstwissenschaftler,
Leipzig

**Ausstellung in der Bezirksstelle
Leipzig, Braunstraße 16, 04347
Leipzig, zu den Bürozeiten bis
Dezember 2010.**



Heinz Kolberg, Leipzig: Baracken im Zwielflicht, Acryl, 2008



Dr. med. Elisabeth Otto, Leipzig: Heimwärts, Acryl, 2006

Matthias Kistmacher Standby

Stille Stadtlandschaften, Nächtliche Szenerien, etwa aus Tiefgaragen und Werkhallen, sowie Bilder von Booten und Werften – alle menschenleer – prägen wichtige Werkgruppen des Malers Matthias Kistmacher (geboren 1963 in Guben). Auffallend ist das besondere Erscheinungsbild seiner Malerei. Man glaubt, die Motive wie hinter einer Scheibe oder einem „Schleier“ zu sehen. Das baut Distanz auf, lässt die Malerei seltsam kühl wirken. Ursache dafür sind minimale Verwischungen in der Bildoberfläche. Methodischer Hintergrund ist, dass auch Matthias Kistmachers Schaffen von der Auseinandersetzung mit Bildmedien wie Film, Fernsehen und Fotografie geprägt ist. In dieser Beziehung hat er ähnliche Wege beschritten wie seine Kollegen Tho-

ralf Knobloch, Eberhard Havekost und Thomas Scheibitz, die zur gleichen Zeit wie er (1987 bis 1992, Meisterschüler 1992 bis 1994) an der Hochschule für Bildende Künste Dresden studierten.

Kistmacher geht mit der Kamera auf die Suche nach Motiven, die oft so alltäglich sind, dass man sie übersehen könnte. Er aber findet darin das Besondere. Dieses wird dann nicht zuletzt durch die Bearbeitung der digitalen Fotovorlagen weiter herausgehoben, bevor die Motive auf der Leinwand malerisch umgesetzt werden. So erscheinen die Dinge schließlich in einem sprichwörtlich neuen Licht.

Matthias Kistmacher kann mittlerweile auf zahlreiche Ausstellungen und Ankäufe durch öffentliche und private Sammlungen zurückblicken.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch



Bootshaus Storkow, 2008

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. September bis 14. November 2010, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 16. September 2010, 19.30 Uhr.