

Editorial	Die Sorgen eines Klinikarztes	92
Berufspolitik	Kandidaten für die Wahl der Kammerversammlung 2011/2015	93
	3. Wiener Symposium	106
	Start der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung	107
	MFA auf KarriereStart 2011	108
	Approbation von Ärzten mit österreichischem Arztdiplom	109
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	105
Mitteilungen	Chefarztberufungen an sächsischen Krankenhäusern	109
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	110
	Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz	110
	Konzerte und Ausstellungen	112
Verschiedenes	Leipziger Lernklinik eröffnet	111
	„Tanz in den Frühling“ der Kreisärztekammer Leipzig (Land)	113
	Film: „Ich klage an“	113
	Impfgipfel Rotaviren	113
	Goldenes Doktordiplom	129
Buchbesprechung	Doping	112
Mitteilungen der SÄV	3. Info-Veranstaltung für Mitglieder der SÄV	113
Originalien	Leitsymptom Gelenkschwellung	114
	Das Inzidentalom der Nebenniere	118
Gesundheitspolitik	Position der Bundesärztekammer zur PID	123
Personalia	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Dr. h.c. Walter Siegenthaler	124
	Nachruf für Jürgen Dreher	124
	Unsere Jubilare im April 2011	128
Tagungsbericht	Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte	125
Leserbriefe	Dr. med. Gerhard Barthe/ Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren	127
Medizingeschichte	Julius Mosen	130
Kunst und Kultur	Ausstellung: Claus Weidensdorfer	133
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2011	



Kandidaten für die Wahl der
Kammerversammlung 2011/2015
Seite 93



Online-Befragung zur ärztlichen
Weiterbildung
Seite 107



Das Inzidentalom der Nebenniere
Seite 118



Ausstellung: Claus Weidensdorfer
Seite 133

Die Sorgen eines Klinikarztes

Das Krankenhaus im ländlichen Bereich im Spannungsfeld von Versorgungsauftrag, Weiterbildungsverpflichtung und Ökonomie



Seit jeher ist es die originäre Aufgabe des Krankenhauses, den hilfsbedürftigen Patienten, den Kranken zu diagnostizieren und zu therapieren. In zunehmendem Maß erscheint es insbesondere für die peripheren Häuser im Osten Deutschlands schwieriger, diese Aufgabe zu erfüllen. Dafür sind aus meiner Sicht zwei Hauptfaktoren maßgeblich verantwortlich: zum einen der Ärztemangel und zum anderen die zunehmende Kostenexplosion für die Krankenhäuser.

Der Ärztemangel ist uns allen hinlänglich bekannt. Die ärztlichen Kollegen der Geburtsjahrgänge 1938 bis 1950 scheiden Schritt für Schritt aus dem Berufsleben aus. Ärztlicher Nachwuchs wird zwar ausgebildet, gelangt aber nur etwa zu 40 Prozent in die Versorgungsmedizin. Dies hat sehr vielschichtige Gründe. Die Attraktivität des Arztberufes mit 24-Stunden-Diensten, Bereitschaften an Sonn- und Feiertagen, einem (zwangsläufigerweise?) hierarchisch gegliedertem System nimmt ab. Deutlich überbordende Bürokratie

tut ihr Übriges. Es sollten sämtliche Dokumentationsvorgaben des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Aspekt Bürokratievermeidung überprüft werden. Das von uns allen gewollte (und dringend notwendige) Arbeitszeitgesetz verschärft den Ärztemangel. Viele Krankenhausärzte nehmen am Notarzdienst teil. Dies tun sie in aller Regel „in ihrer Freizeit“.

Für den jungen Arzt ist es viel attraktiver, in urbanen Zentren tätig zu sein, dort wo der Ärztemangel bei weitem noch nicht so ausgeprägt ist und die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung besser sind als auf dem Land. Eine deutsche Großstadt wird auch zukünftig keine Probleme haben, den ärztlichen Dienst auf dem Rettungshubschrauber zu besetzen. Zehn bis 15 Notarzteinsätze im Großstadtbereich sind natürlich auch finanziell deutlich attraktiver als drei bis vier Einsätze auf dem Land.

All dies führt zu einer zunehmenden Frustration. Der Ärztemangel in den peripheren Häusern Ostdeutschlands wird zu einer zunehmenden Bedrohung für eine umfassende und patientenorientierte Versorgung.

Den kleineren Krankenhäusern, die nicht zu den akademischen Lehrkrankenhäusern zählen, wird es verwehrt, PJ-Studenten auszubilden, obwohl sie den jungen Arzt dann teilweise bis zum Facharzt führen dürfen. Daraus resultiert, dass der PJler, hat er erst einmal die Arbeit an einem akademischen Lehrkrankenhaus begonnen, dann auch an diesem Krankenhaus verbleibt. Hat das kleine Haus dann endlich einen Weiterbildungsassistenten eingestellt, muss der zur Komplettierung seiner Facharztweiterbildung eventuell noch für ein Jahr an eine Maximalversorgungsklinik. Dieser Weg ist sehr häufig eine Einbahnstraße. Die jungen Kollegen werden von den großen Krankenhäusern abgeworben und es werden ihnen lukrative Stellen an solchen Einrichtungen geboten.

Wäre es hier nicht viel sinnvoller, ein Rotationssystem zwischen kleiner und großer Klinik einzuführen, so dass auch dem ärztlichen Kollegen, der an einem Maximalversorgungshaus tätig ist, die Möglichkeit gegeben wird, das typische Patientengut des kleinen Hauses intensiver kennenzulernen? Maximalversorgungshäuser und Universitätsklinika therapieren doch häufig hochspezialisiert, sodass die Breite der Weiterbildung teilweise durchaus leidet.

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, detailliert auf die zunehmenden Finanzsorgen der Krankenhäuser einzugehen.

Zur Aufrechterhaltung einer modernen und leistungsfähigen Krankenhausversorgung ist eine deutliche Verbesserung der investiven Sicherung notwendig. Sowohl der noch bestehende Einzelinvestitionsbedarf hinsichtlich konkreter Vorhaben in sächsischen Krankenhäusern, als auch der sachgerechte investive Substanzerhalt muss berücksichtigt werden. Die Pauschalförderung bedarf einer Stärkung. Die sächsischen Krankenhäuser erhalten zurzeit deutschlandweit die geringsten Fördermittel.

Ab 1. Januar dieses Jahres ist ein neuerlich steigender Kostendruck für die Krankenhäuser zu registrieren. Die Budgets dürfen nur minimal steigen. Vereinbarte Mehrleistungen werden mit hohen Abschlägen von bis zu 30 Prozent bestraft. Gleichzeitig steigen die Tarife erneut. Die Schere zwischen Einnahme- und Ausgabesituation klafft weiter auseinander.

Dies alles, der Ärztemangel auf der einen Seite und der steigende Kostendruck auf der anderen Seite, führt zu zunehmender Besorgnis nicht nur bei den Ärzten und Schwestern, sondern auch bei den Patienten.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorstandsmitglied

Ärzte wählen Ärzte – Wahlauf Ruf 2011!

Für eine aktive Gesundheits- und Berufspolitik sowie die fundierte Gestaltung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung in Sachsen bedarf es engagierter Ärzte, die sich konstruktiv für die sächsische Ärzteschaft einsetzen. Es gilt, die Selbstverwaltung des ärztlichen Berufsstandes als großes Privileg im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu wahren.

Auf meinen Wahlauf Ruf im September 2010 hin haben sich 133 Kollegen für eine Kandidatur entschieden. Diese Ärzte werden Ihnen auf den nachfolgenden Seiten vorgestellt. Unter den Kandidaten befinden sich berufspolitisch erfahrene Kollegen, aber erfreulicherweise auch viele junge Nachwuchskandidaten.

Ich möchte Sie heute noch einmal ausdrücklich bitten, aktiv von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen und

Ihre Kandidaten für die Kammerversammlung, dem Parlament der sächsischen Ärzte, zu wählen. Eine möglichst hohe Wahlbeteiligung legitimiert und motiviert die Gewählten im Besonderen, sich engagiert für den ärztlichen Berufsstand in Sachsen einzusetzen. Sie entscheiden mit Ihrer Stimme auch, ob sich in der Kammerversammlung alle drei Säulen unseres Gesundheitswesens, das heißt angestellte und niedergelassene Ärzte sowie die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, gleichermaßen wiederfinden und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nachwuchs und erfahrenen Kollegen sowie zwischen Ärztinnen und Ärzten gegeben ist.

Machen Sie sich ein Bild und nutzen Sie Ihr Wahlrecht bis zum 12. April 2011! Die Briefwahlunterlagen erhalten Sie Ende März 2011.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Kandidaten für die Wahl der Kammerversammlung 2011/2015

Alle bis zum 15. Februar 2011 eingegangenen Wahlvorschläge wurden von den Kreiswahlleitern des jeweiligen Wahlkreises geprüft; die Kreiswahlausschüsse haben über die Zulassung der Wahlvorschläge entschieden. Die Ergebnisse wurden an den Landeswahlausschuss übermittelt und von diesem in der Sitzung am 22. Februar 2011 bestätigt. 133 Ärzte sind damit für die Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer zugelassen. Nachfolgend finden Sie eine alphabetische Übersicht der Kandidaten, geordnet nach Direktionsbezirken und Wahlkreisen.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Wahlkreise im Direktionsbezirk Chemnitz Chemnitz (Stadt)

7 Sitze

11 Kandidaten



Dr. med. Andreas Bartusch
Facharzt für Kinderchirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Britta Fordran
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Niedergelassene Ärztin, Chemnitz



Dipl.-Med. Manuela Graetz
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Niedergelassene Ärztin, Chemnitz



Dr. med. Klaus Kleinertz
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt,
MVZ am Küchwald, Chemnitz



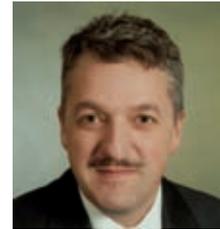
Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel
Facharzt für Radiologie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Claudia Kühnert
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Chemnitz



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Ludwig Schütz
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Christine Seyfert
Fachärztin für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Fachärztin für
Orthopädie, Angestellte Ärztin,
Zeisigwaldkliniken Bethanien,
Chemnitz



Dr. med. Jens-Uwe Straßburger
Facharzt für Kinderchirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Chemnitz gGmbH



Dr. med. Rüdiger Telle
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Chemnitz

Erzgebirgskreis

6 Sitze

10 Kandidaten



Dr. med. Hubert Eßbach
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH



Jan Gebhardt
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Facharzt für
Chirurgie, Angestellter Arzt,
Kliniken Erlabrunn gGmbH,
Breitenbrunn



Dr. med. Andreas Fiedler
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt,
Burkhardtsdorf



Dr. med. Sven Kühler
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt, Klinikum Mittleres
Erzgebirge gGmbH, Olbernhau



Dr. med. Manfred Mory
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Klinikum Mittleres Erzgebirge
gGmbH, Zschopau



Dr. med. Steffen Liebscher
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Aue



Dr. med. Lars Schirmer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Aue



Dr. med. Christoph Stelzl
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Facharzt für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie
Angestellter Arzt,
HELIOS Klinikum Aue



Dr. med. Andreas Schuster
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt,
Annaberg-Buchholz



Dr. med. Franziska Barbara Werner
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Angestellte Ärztin,
Kliniken Erlabrunn gGmbH,
Breitenbrunn

Mittelsachsen

5 Sitze

6 Kandidaten



Dr. med. Brigitte Knüpfer
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin,
Frankenberg



Dr. med. Einar Köhler
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt,
Klinikum Döbeln



Stefan Link
Facharzt für Urologie
Angestellter Arzt,
KKH Freiberg gGmbH



Dr. med. Andreas Prokop
Facharzt für Öffentliches
Gesundheitswesen, Facharzt für
Rechtsmedizin, Angestellter Arzt,
Gesundheitsamt, Döbeln



Dr. med. Siegfried Schnee
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
LK Mittweida Krankenhaus gGmbH,
Rochlitz



Dr. med. Hella Wunderlich
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin,
Großhartmannsdorf

Vogtlandkreis

5 Sitze

6 Kandidaten



Dr. med. Dietrich Heckel
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum Obergöltzsch Rodewisch



Dr. med. Johann Neuser
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
HELIOS Vogtland-Klinikum, Plauen



Dr. med. Dorothee Riescher
Fachärztin für Orthopädie
Angestellte Ärztin,
Klinikum Obergöltzsch Rodewisch



Dr. med. Ralf-Achim Scheffel
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Bad Elster



Dipl.-Med. Axel Scurt
Facharzt für Radiologische
Diagnostik, Niedergelassener Arzt,
MVZ Reichenbach I



Dr. med. Dietrich Steiniger
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Facharzt für
Chirurgie, Angestellter Arzt,
Klinikum Obergöltzsch Rodewisch

Zwickau

7 Sitze

8 Kandidaten



Dr. med. Bernhard Ackermann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie
Arzt im Ruhestand, Zwickau



Dr. med. Martin Braun
Facharzt für Augenheilkunde
Niedergelassener Arzt, Zwickau



Dipl.-Med. Thomas Dürr
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Zwickau



Thomas Günnel
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-
Klinikum Zwickau gGmbH



Dr. med. Rainer Kobes
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Pleißental-Klinik GmbH, Werdau



Jörg-Quintus Matz
Facharzt für Allgemeinmedizin
Angestellter Arzt bei Niederlassung,
Werdau



Dr. med. Roy Melzer
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-
Klinikum Zwickau gGmbH



Dr. med. Torben Ostendorf
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-
Klinikum Zwickau gGmbH

Wahlkreise im Direktionsbezirk Dresden Dresden (Stadt)

19 Sitze
30 Kandidaten



Dr. med. Dr. med. univ.
Mathias Antonioli
Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin, Niedergelassener Arzt,
Langebrück



Dr. med. Axel Arnhold
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Rainer Arnhold
Arzt in Weiterbildung
Angestellter Arzt bei Niederlassung,
Dresden



Markus Beer
Facharzt für Anästhesiologie
Dresden



Prof. Dr. med. habil.
Antje Bergmann
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Gudrun Böhm
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Prof. Dr. med. habil. Alfred Bunk
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Thomas Demant
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Sebastian Denzin
Arzt in Weiterbildung
Angestellter Arzt, Krankenhaus
St. Joseph-Stift Dresden



Dr. med. Rolf Dörr
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-
Gonska, Fachärztin für Pathologie
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Rainar Götz
Facharzt für Anästhesiologie
Niedergelassener Arzt, Dresden



Prof. Dr. med. habil.
Gunter Haroske
Facharzt für Pathologie
Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Dr. med. Bettina Hauswald
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde, Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil.
Thomas Herrmann
Facharzt für Radiologie
Angestellter Arzt bei Niederlassung,
Dresden



Prof. Dr. med. habil. Burkhard Jabs
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Thomas Kittner
Facharzt für Diagnostische Radiologie
Angestellter Arzt,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Dr. med. Klaus Lampert
Facharzt für Allgemeinmedizin
Angestellter Arzt, MVZ am
Universitätsklinikum Dresden



Susanne Liebe
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Angestellte Ärztin,
Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Eckhard Meisel
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Prof. Dr. sc. med. Wolfgang
Saueremann, Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie, Arzt im Ruhestand,
Dresden



Frank Schmidt
Arzt in Weiterbildung
Angestellter Arzt bei Niederlassung,
Dresden



Dr. med. Stephan Schmidt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Dresden



Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Steffen Schön
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Herzzentrum Dresden GmbH



PD Dr. med. Ulrich Schuler
 Facharzt für Innere Medizin
 Angestellter Arzt,
 Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
 Facharzt für Innere Medizin
 Arzt im Ruhestand, Dresden



Dr. med. Matthias Weise
 Facharzt für Innere Medizin
 Angestellter Arzt,
 Universitätsklinikum Dresden



Dr. med. Kristina Weiss
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Niedergelassene Ärztin, Dresden

Bautzen

6 Sitze

7 Kandidaten



Dr. med. Olaf Altmann
 Facharzt für Innere Medizin
 Angestellter Arzt, Lausitzer Seenland
 Klinikum GmbH, Hoyerswerda



Dr. med. Matthias Czech
 Facharzt für Innere Medizin
 Angestellter Arzt,
 Asklepios-ASB Klinik Radeberg



Dr. med. Sören Funck
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe, Angestellter Arzt,
 MVZ für Operative Gynäkologie,
 Hoyerswerda



Dr. med. Norbert Krujatz
 Facharzt für Innere Medizin
 Niedergelassener Arzt, Bautzen



Dipl.-Med. Ingolf Schmidt
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Niedergelassener Arzt, Oßling



Dr. med. Angela Schramm
 Fachärztin für Innere Medizin
 Niedergelassene Ärztin,
 Hoyerswerda



Steffen Seiler
 Facharzt für Anästhesiologie
 Angestellter Arzt, Oberlausitz-
 Kliniken gGmbH, Bautzen

Görlitz

6 Sitze
6 Kandidaten



Hagen Gano
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Niesky



Dr. med. Eberhard Huschke
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Arzt im Ruhestand, Löbau



Dr. med. Mato Nagel
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Weißwasser



Dipl.-Med. Uwe Schmidt
Facharzt für Urologie
Niedergelassener Arzt, Görlitz



Ute Taube
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf



Dr. med. Stefan Zeller
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH

Meißen

5 Sitze
5 Kandidaten



Dipl.-Med. Petra Albrecht
Fachärztin für Öffentliches
Gesundheitswesen, Fachärztin für
Hygiene und Umweltmedizin
Angestellte Ärztin,
Gesundheitsamt, Meißen



Dipl.-Med. Kerstin Friedrich
Fachärztin für Radiologische
Diagnostik, Niedergelassene Ärztin,
Radebeul



Alexandra Misselwitz
Ärztin in Weiterbildung
Angestellte Ärztin,
Elblandklinikum Meißen



Dr. med. Lutz Schauerhammer
Facharzt für Diagnostische
Radiologie, Niedergelassener Arzt,
Radebeul



Dipl.-Med. Michaela Stöckel
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärztin,
Elblandklinikum Riesa

**Sächsische Schweiz –
Osterzgebirge**6 Sitze
6 KandidatenDipl.-Med. Christine Kosch
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, PirnaDr. med. Rudolf Nowak
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinik Bavaria, KreischaDr. med. Hartmut Paetzold
Facharzt für Chirurgie
Angestellter Arzt,
Weißeritztal-Kliniken GmbH, FreitalDr. med. Katrin Pollack
Ärztin in Weiterbildung
Angestellte Ärztin,
Klinikum Pirna GmbHDr. med. Jörg Wienold
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Angestellter Arzt,
Weißeritztal-Kliniken GmbH, FreitalDr. med. Beate Zahnert
Fachärztin für Augenheilkunde
Niedergelassene Ärztin, Freital**Wahlkreise im
Direktionsbezirk Leipzig
Leipzig (Stadt)**20 Sitze
26 KandidatenProf. Dr. med. habil. Otto Bach
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie
Arzt im Ruhestand, LeipzigDr. med. Ulrike Bennemann
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie
Niedergelassene Ärztin, LeipzigDr. med. Michael Burgkhardt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Urologie
Niedergelassener Arzt, LeipzigDr. med. Mathias Cebulla
Facharzt für Innere Medizin
Arzt im Ruhestand, LeipzigDipl.-Med. Angelika Gabriel-Müller
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Dr. med. Ivonne Hammer
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Angestellte Ärztin,
AMD TÜV, Leipzig



Dr. med. Jörg Hammer
Facharzt für Chirurgie
Niedergelassener Arzt,
Thonbergklinik MVZ
– Notfallzentrum –, Leipzig



Prof. Dr. med. habil.
Andreas Hartmann
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Prof. Dr. med. habil.
Christoph Josten, Facharzt für
Orthopädie und Unfallchirurgie
Facharzt für Chirurgie, Angestellter
Arzt, Universitätsklinikum Leipzig



Dipl.-Med. Ulrike Jung
Fachärztin für Orthopädie
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Prof. Dr. med. Udo Kaisers
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Dr. med. Jens Krautheim
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Thomas Lipp
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Jens Lucas
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Ev. Diagonissen-
krankenhaus gGmbH Leipzig



Dr. med. Wolf-Ulrich Mättig
Facharzt für Augenheilkunde
Niedergelassener Arzt, Leipzig



PD Dr. med. habil. Eberhard Meister
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde, Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Dr. med. Bernd Pittner
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Jörg Raumanns
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, St. Elisabeth-
Krankenhaus gGmbH, Leipzig



Dr. med. Susanne Schenk
Fachärztin für Nuklearmedizin
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Prof. Dr. med. habil.
Dietmar Schneider
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie, Facharzt für Innere
Medizin, Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Thilo Schwalenberg
Facharzt für Urologie
Angestellter Arzt,
Universitätsklinikum Leipzig



PD Dr. med. habil. Jens Thiele
Facharzt für Radiologische
Diagnostik, Angestellter Arzt,
Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig



Dr. med. Claus Vogel
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Stefan Windau
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Torsten Wolf
Facharzt für Anästhesiologie
Niedergelassener Arzt, Leipzig

Leipzig (Land)

5 Sitze
7 Kandidaten



Simone Bettin
Fachärztin für Nuklearmedizin
Niedergelassene Ärztin, Grimma



Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Wurzen



Dr. med. Stephan Schickel
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
Muldentalkliniken GmbH, Wurzen



Dr. med. Constanze Schmidt
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Anästhesiologie
Niedergelassene Ärztin, Borna



Toralf Schwarz
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Zwenkau



Dr. med. Jens Taggeselle
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt,
Markkleeberg



Dipl.-Med. Christiane Wolf
Fachärztin für Innere Medizin
Niedergelassene Ärztin, Borna

Nordsachsen

4 Sitze

5 Kandidaten



Dipl.-Med. Sabine Ermer
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärztin, Kreiskranken-
haus Delitzsch GmbH – Klinik
Eilenburg



Dipl.-Med. Andreas Koch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Delitzsch



Dr. med. Thomas Fischer
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Niedergelassener Arzt, Oschatz



Dr. med. Klaus Landschreiber
Facharzt für Allgemeinmedizin
Arzt im Ruhestand, Beilrode



Dr. med. Joachim Zerbst
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt,
HELIOS Klinik Schkeuditz

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 Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 11/C011

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C012

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2011

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie

Reg.-Nr. 11/C013

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2011

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie

Reg.-Nr. 11/C014

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2011

Zwickau-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/C015

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/D016

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.03.2011

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/D017

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D018

Facharzt für Innere Medizin/
Kardiologie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L012

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L013

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L014

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 11/L015

Facharzt für Nervenheilkunde

Reg.-Nr. 11/L016

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.03.2011

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L017

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/L018

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.04.2011 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 Chemnitz Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie

geplante Praxisabgabe Anfang 2012

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Weißwasser

Praxisabgabe ab sofort

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

3. Wiener Symposium

Am 28. und 29. Januar 2011 fand in der Österreichischen Ärztekammer nunmehr zum 3. Mal ein Symposium zwischen der Österreichischen Ärztekammer und Vertretern deutscher Ärztekammern statt. Grundlage dieser Symposien sind die Freundschaftsverträge der Österreichischen Ärztekammer mit deutschen Bundesländern, vertreten durch ihre Sozialministerien.

Im Zentrum der Diskussionen stand die Zukunft dieser Freundschaftsverträge. Abgeschlossen wurden diese Verträge primär unter dem Eindruck



Teilnehmer des Symposiums; Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer (rechts)

Welche Tragweite die Problematik hat, zeigt sich an der großen Resonanz dieses Themas. Anwesend waren neben dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dr. med. Klaus Heckemann, dem Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Dr. oec. Stephan Helm und Frau Ministerialdirigentin Wilma Jessen aus dem Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz, weitere Präsidenten bundesdeutscher Ärztekammern, Vertreter aus Geschäftsführungen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, von Landeskrankenhausgesellschaften und Vertretern der Sozialministerien. Ebenso war die Österreichische Ärztekammer durch ihren Präsidenten, MR Dr. Walter Dorner, und dem Vizepräsidenten sowie Beamten des österreichischen Sozialministeriums vertreten.

Die verschiedensten Vorträge beschäftigten sich nur kurz mit der Historie. Der Hauptfokus lag im Wesentlichen auf der Darstellung der aktuellen Versorgungssituationen in verschiedenen Regionen Deutschlands und Österreichs sowie der eingeleiteten Maßnahmen gegen bereits bestehende oder zu erwartende Unterversorgung.

Mithin muss auch die österreichische Seite mittlerweile erhebliche Nachbesetzungsprobleme vor allem im hausärztlich-ländlichen Bereich konstatieren.

Insofern wurde festgestellt, dass eine langfristige Kooperation nunmehr auf andere Ziele ausgerichtet werden muss.

Es zeichnete sich in den letzten Jahren ohnedies ab, dass die Mehrzahl der nach Sachsen gekommenen jungen Ärzte nach ihrer Weiterbildung zum Facharzt wieder in die österreichische Heimat zurückgehen wollen. Von österreichischer Seite wurde allerdings immer wieder auch auf ein zu veränderndes ärztliches Arbeitsumfeld verwiesen, um nicht dieselben Erfahrungen wie in Deutschland zu machen.

In Zukunft sollen die Freundschaftsverträge nunmehr in einen anderen Fokus gerückt werden.

Hierbei soll der Austausch von ärztlicher Arbeitskraft, grenzüberschreitender Weiter- und Fortbildung und auch Ausbildung sowie die projektgebundene Zusammenarbeit inhaltlich bildend sein. Die österreichische Ärztekammer ist an deutschen Erfahrungen, wie zum Beispiel der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses oder der Gestaltung des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes interessiert. Als eine deutliche Erleichterung des Austausches junger Mediziner wurde die seit Jahren überfällige Einführung einer europaweit gültigen Berufserlaubnis für österreichische Absolventen der Medizinischen Universitäten, dem „ius migrandi“, gewürdigt.

Fazit ist: Europa wächst weiter zusammen, der Austausch ärztlicher Arbeitskraft und damit ärztlichen Wissens stellt die Zukunft der freundschaftlichen Beziehungen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer dar.



Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v.l.)

eines „Überangebotes“ an jungen Mediziner in Österreich und Nachbesetzungsproblemen bei ärztlichen Stellen, insbesondere in den Kliniken, aber auch der Niederlassung in Deutschland. Sachsen war dabei das erste Bundesland, welches einen solchen Freundschaftsvertrag im Oktober 2007 abschloss.

Start der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung

Wie bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft Januar 2011, angekündigt, beginnt Mitte April 2011 bundesweit durch alle Landesärztekammern die „**Evaluation der Weiterbildung**“ mit einer Online-Befragung. Anhand standardisierter Fragebögen werden Daten für eine systematische Befragung über die Zufriedenheit mit der Weiterbildungssituation von weiterzubildenden Ärzten (WBA) und Weiterbildungsbefugten (WBB) in Deutschland erhoben.

Gründe für die Evaluation

- die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit darstellen,
- Stärken und Schwächen der Weiterbildung aufzeigen,
- Verbesserungspotenziale entwickeln,
- Sicherung der Qualität,
- dem Ärztemangel entgegenwirken,
- die Weiterbildungsstätten auf Bundes- und Landesebene vergleichen.

Ablauf

Alle WBB (gemäß Fachgebieten in der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

2006) werden von der Sächsischen Landesärztekammer angeschrieben und gebeten, an der Befragung teilzunehmen und unter anderem die Anzahl und die Namen der in der Weiterbildungsstätte zum aktuellen Zeitpunkt tätigen WBA ins Webportal www.evaluation-weiterbildung.de einzutragen. Im Anschluss erhalten die WBA von der Sächsischen Landesärztekammer ein Schreiben mit Zugangscode, um sich an der Online-Befragung zu beteiligen.

Zeitplan

- **April 2011:**
Schreiben an WBB durch die SLÄK, Start der Online-Befragung der WBB;
- **Mai/Juni 2011:**
Schreiben an WBA, Start der Online-Befragung der WBA;
- **Juli 2011:**
Ende der Befragung der WBB und WBA, Schließung Webportal;
- **August/September 2011:**
Auswertung und Ergebnisse, Befugtenberichte.

Auswertung und Ergebnisse

Veröffentlicht werden die anonymisierten Vergleichswerte auf Bundes- und Länderebene. Innerhalb der Abteilungen sollen die Ergebnisse – insbesondere des individuellen Befugtenberichts – mit den Ärzten in Weiterbildung besprochen werden. Eine interaktive Grafik, die „Dynamische Spinne“, ermöglicht die Erstellung fachrichtungsbezogener Vergleichswerte.



Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

sche Spinne“, ermöglicht die Erstellung fachrichtungsbezogener Vergleichswerte.

Alle Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden sind aufgerufen, an der Befragung teilzunehmen.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Hotline: 0351 8267-335

(Frau Peggy Thomas),

E-Mail: evaluation@slaek.de

Weitere Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de> → Rubrik Weiterbildung/Evaluation.

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

Alumniball der TU

Am 21. Mai 2011 lädt die Technische Universität Dresden zu ihrem 1. Alumniball in das Internationale Congress Center ein.

Für Informationen und Kartenbestellungen können Sie die Homepage <http://tu-dresden.de/alumniball> nutzen.

Kontakt: Antje Herrmann,
Telefon: 0351 49701333,
E-Mail: Antje.Herrmann@par-x.de

MFA auf KarriereStart 2011

Die Sächsische Landesärztekammer und das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ waren vom 21. bis 23. Januar 2011 auf der Messe KarriereStart 2011 in Dresden vertreten. Informiert wurde über den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie die Fortbildung zum Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung. Für die Sächsische Landesärztekammer standen den rund 250 Schülern und möglichen Umschülern in Gesprächen Marina Hartmann und Helga Jähne vom Referat Medizinische Fachangestellte Rede und Antwort. Unterstützt wurden sie dabei von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses Daniela Bog, Sabine Ridder, Ulrike Leonhardt sowie durch Ute Taube, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Zielstellung der Präsenz des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“ auf der KarriereStart 2011 war es, Sachsens Schülern Perspektiven einer Tätigkeit als Arzt in Sachsen aufzuzeigen. Der Andrang war entsprechend groß: Circa 100 interessierte Schüler ließen sich allein zu diesem Thema beraten. Im Vordergrund stand dabei häufig die Frage, wie auch ohne einen Abiturschnitt von 1,0 eine Zulassung zum Medizinstudium an den Universitäten in Dresden und Leipzig möglich ist und welche Fördermöglichkei-



Martin Kandzia und Daniela Bog informieren über Ausbildung und Medizinstudium

ten den jungen Studenten nach der Zulassung offen stehen. Auch Ärzte in Weiterbildung und im Berufsleben erhielten Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in Sachsen, wie Zuschüsse zu Fort- und Weiterbildungskursen oder finanzielle Förderungen einer Niederlassung.

Den Nachwuchs im Blick – neue Website für MFA

Die Sächsische Landesärztekammer hat die demografische Entwicklung und den zunehmenden Fachkräftemangel zum Anlass genommen, um vermehrt für den Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte (MFA)“ zu werben. Neben der Aktivität auf der Messe KarriereStart 2011 wurden Informationsflyer für Schüler angefertigt und im Januar 2011 an

alle sächsischen Mittelschulen und Gymnasien versandt. Ein weiterer Flyer als Beilage in den KVS-Mitteilungen informiert niedergelassene Ärzte über die Rahmenbedingungen der Ausbildung und soll damit für ein stärkeres Engagement in der Ausbildung anregen. Zudem wurden die bisherigen Internetseiten unter dem Navigationspunkt „Medizinische Fachangestellte“ komplett überarbeitet und neu strukturiert. Die Seite richtet sich jetzt an den Bedürfnissen und Fragen der zwei Hauptzielgruppen aus: den Schülern und Auszubildenden und den ausbildenden Arztpraxen. Interessierte Schüler und Auszubildende erhalten Informationen über den Ausbildungsablauf, die Vergütung und die Prüfungen. In einem FAQ-Bereich werden zudem häufige Fragen rund um die Ausbildungsplatzsuche und die Ausbildung beantwortet. Die ausbildenden Ärzte erhalten Informationen über den Arbeitsvertrag und rechtliche Fragen während der Ausbildung. Ergänzt wird das Angebot um Hinweise auf Fortbildungsangebote, Rechtsgrundlagen, hilfreiche Links und Ansprechpartner. Das gesamte Informationsangebot finden Sie unter www.slaek.de → Med. Fachangestellte.



Helga Jähne (r.) berät interessierte Schüler zur Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten

Approbation von Ärzten mit österreichischem Arztdiplom

Österreich hat die Bezeichnung des Ausbildungsnachweises über die ärztliche Grundausbildung in Anhang V Nr. 5.1.1 der Richtlinie 2005/36/EG geändert. Für den Abschluss der ärztlichen Grundausbildung entfällt der Nachweis eines Diploms über die spezifische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharztdiplom. Hierfür genügt künftig die Vorlage der Urkunde über die Verleihung des akademischen Grades Doktor der gesamten Heilkunde (bzw. Doktor medicinae, Dr. med. univ.). Absolventinnen und Absolventen eines Medizinstudiums in Österreich schließen mit dem Studium auch die ärztliche Grundausbildung i. S. d. Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG ab. In der Praxis bedeutet dies, dass EU-Staatsangehörige (einschließlich Staatsangehörige aus Island, Liech-

tenstein, Norwegen und der Schweiz), die den österreichischen Doktor der gesamten Heilkunde nachweisen, bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen die Approbation als Arzt erhalten. Für die Erteilung einer Berufserlaubnis auf der Grundlage von Art. 10 Abs. 5 BÄO ist kein Raum. Ärztinnen und Ärzte mit dem österreichischen Studienabschluss eines Doktors der Heilkunde, die bereits eine Berufserlaubnis erhalten haben, sind grundsätzlich ebenfalls approbationsberechtigt.

Diese neue Rechtslage gilt seit 05.01.2011.

Haben Sie weitere Fragen zu dieser Thematik, wie auch zum weiteren Verfahren, wenden Sie sich bitte an die Approbationsbehörden im Freistaat Sachsen, die Landesdirektionen:

Landesdirektion Leipzig
Abteilung Inneres, Soziales und Gesundheit
Referat 22

Braustraße 2, 04107 Leipzig
Tel.-Nr.: 0341 977-0
E-Mail: poststelle@ldl.sachsen.de
(www.ldl.sachsen.de)

Landesdirektion Dresden
Abteilung Inneres, Soziales und Gesundheit
Referat 22
Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden
Tel.-Nr.: 0351 825-0
E-Mail: post@ldd.sachsen.de
(www.ldd.sachsen.de)

Landesdirektion Chemnitz
Abteilung Inneres, Soziales und Gesundheit
Referat 22
Altchemnitzer Straße 41,
09120 Chemnitz
Tel.-Nr.: 0371 532-0
E-Mail: post@ldc.sachsen.de
(www ldc.sachsen.de)

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Chefarztberufungen an sächsischen Krankenhäusern

Dr. med. Steffen Häfner (47) hat seit 1. Januar 2011 die Stelle als Chefarzt der Abteilung für Verhaltensmedizin und Psychosomatik an der Deutschen Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren GmbH in Bad Elster übernommen.

Zum 1. Januar 2011 wurde **Dr. med. Ulrich Lindenberg** zum Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des DRK-Krankenhauses Lichtenstein berufen.

Zum 1. Januar 2011 ist **Dr. med. Simone Pötzsch** zur Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen berufen worden.

Berufung

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr, Ärztlicher Direktor und Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Herzzentrum Leipzig, ist anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie am 14. Februar 2011 zum Präsidenten der Gesellschaft berufen worden.

Abschlussprüfung

Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Montag, dem 2. Mai 2011, 8.00 bis 14.00 Uhr** durch.

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

- Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen, An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz
- Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit „Anne Frank“, Reißiger Straße 46, 08525 Plauen
- Sächsische Landesärztekammer Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
- BSZ Christoph Lüders Görlitz, Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16, 02826 Görlitz
- Ruth-Pfau-Schule, Berufliches Schulzentrum der Stadt Leipzig, Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von ca. Mitte Mai 2011 bis Mitte Juni 2011.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 2. Mai 2011 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2011 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

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

tungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

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

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

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

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Ausbildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2011,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterla-

gen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **spätestens bis zum 11. März 2011** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz

Achtung: Veränderte Öffnungszeiten

Die Bezirksstelle Chemnitz hat ab 1. März 2011 wie folgt geöffnet:
Montag: 12.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Dienstag: 7.30 Uhr bis 13.30 Uhr
Mittwoch: **NEU! 12.00 Uhr bis 18.00 Uhr**

Donnerstag: 7.30 Uhr bis 13.30 Uhr
Freitag: 7.30 Uhr bis 13.30 Uhr

Beatrix Thierfelder
Leitende Sachbearbeiterin
Bezirksstelle Chemnitz

Leipziger Lernklinik eröffnet

Den Leipziger Medizinstudenten steht seit Januar 2011 eine Lernklinik zur Verfügung. Auf 350 qm Fläche hat die Medizinische Fakultät insgesamt 14 Übungsstationen eingerichtet. Die angehenden Ärzte können jetzt alle wichtigen praktischen ärztlichen Fähigkeiten in Ruhe trainieren und damit Sicherheit für den Ernstfall gewinnen. Von Hygiene und Gipsen über gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen bis hin zum chirurgischen Nähen – die Bandbreite umfasst alle grundlegenden Fähigkeiten.



Reanimationsübungen
(Bildquelle: MF Leipzig/Ines Christ)



Blutabnahme am Kunstarm
(Bildquelle: MF Leipzig/Ines Christ)

Die Übungen werden unter Anleitung von Hochschullehrern und studentischen Tutoren durchgeführt. Zahlreiche menschliche Simulatoren schaffen Praxisnähe. So kann an einem naturgetreuen Kunstarm die Blutabnahme geübt werden. Technisch ausgefeilte Rumpfteile ermöglichen das Abhören von echt wirkenden Herz- und Lungengeräuschen ebenso wie Ultraschalluntersuchungen. Mit Ganzkörperpuppen werden komplexe Behandlungssituation in der Notfallambulanz nach einem



Versorgung von Neugeborenen
(Bildquelle: MF Leipzig/Ines Christ)



Waschstraße (Bildquelle: Medizinische Fakultät Leipzig)

Autounfall oder bei einem Herzinfarkt nachgestellt. Auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist wichtiger Bestandteil der praktischen Ausbildung. Dafür stehen zwei komplett ausgestattete Patientenzimmer zur Verfügung, die durch eine verblendete Glasscheibe eingesehen und über Kamera gefilmt werden können. Patientengespräche können dadurch unter realistischen Bedingungen geübt und anschließend ausgewertet werden. Fast zwei Drittel aller deutschen Medizinfakultäten, darunter auch die der Technischen Universität Dresden, haben mittlerweile ähnliche Lernkliniken eingerichtet.

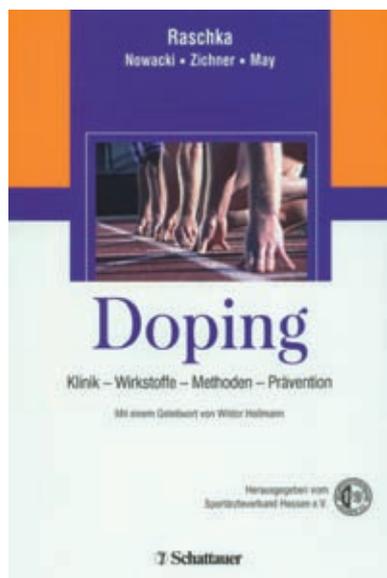
Patricia Grünberg M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Raschka, Christoph / Nowacki, Paul E. / Zichner, Ludwig / May, R. / Sportärzterverband Hessen e. V. (Hrsg.)

Doping

Klinik – Wirkstoffe – Methoden – Prävention

Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
ISBN 978-3-7945-2659-8



In diesem Sammelband, der eine große Anzahl von Autoren vereinigt, wird das Thema unter den im Buchtitel genannten Hauptaspekten abgehandelt. 26 Autoren (unter anderem Sportwissenschaftler, Sportmediziner, Rechtsmediziner, Orthopäden) befassen sich in 23 Kapiteln und Unterkapiteln mit dem Thema Doping. Beginnend mit der Geschichte des Dopings (unter anderem Beispiele aus dem Spitzensport, zum Beispiel

der Fall der Florence Griffith-Jones, die mit 38 Jahren starb), des Blutdopings (beispielhaft für das ganze Buch die historischen, biochemischen, sportphysiologischen Aspekte und Beispiele betroffener Spitzensportler, zum Beispiel der bekannte Fuentes-Skandal) werden des Weiteren die möglichen Wirkstoffgruppen (unter anderem Anabolika, Hormone, Stimulanzien, Canabinoide, Betarezeptorenblocker), das zu erwartende Gendoping (Definition: „die Nichttherapeutische Verwendung von Zellen, Genen, genetischen Elementen oder der Modulation der Genexpression, die sportliche Leistung verbessern kann“), klinische und epidemiologische Aspekte des Dopings (dabei speziell dermatologische, internistische, hepatologische und onkologische Probleme) sowie neurologische und psychiatrische Störungen infolge von Medikamentenmissbrauch dargestellt.

In einem weiteren Kapitel werden speziell gynäkologische und andrologische Folgen von Doping mit Anabolika und Steroidhormonen (Gynäkomastie oder bei Frauen tiefe Stimmlagen, männliche Behaarung – oft kaum zurückbildbare Folgeschäden) behandelt.

Ein lesenswertes Kapitel über psychologische Aspekte hebt unter anderem hervor, dass die zunehmende Medikalisierung des Lebens (erinnert sei an die jüngste Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2010, S. 510, zum Neuro-

enhancement) den Einstieg in Dopingpraktiken erleichtere und damit auf ein gesamtgesellschaftliches Phänomen hinweise.

Der Rezensent möchte abschließend auf zwei Kapitel hinweisen, die gewissermaßen übergeordneten Charakters sind: zunächst ein Kapitel über ethische Aspekte des Dopings, in dem Begründungsmodelle für ein Dopingverbot entwickelt werden (Argumente der Natürlichkeit von Lebensvollzügen, der Gesundheit, der Chancengleichheit). Der Autor meint, vor einer individuelle ethischen Betrachtung der Regelbefolgung müsste eine soziale ethische stehen, die die kollektive Selbstbindung an ein gegebenes Regelwerk bevorzugt. Die damit in Zusammenhang stehenden rechtlichen Gegebenheiten haben eine strafrechtliche Dimension, sind auch ärztlich berufsrechtlich und von der Arzneimittelgesetzgebung her betrachtbar.

Insgesamt liegt eine sehr lesenswerte, die Materie von vielen Seiten beleuchtende Arbeit vor, die durch viele Tabellen, umfangreiche Literaturquellen, instruktive Fallbeispiele noch mehr an Aussagekraft gewinnt. Natürlich wird der Sportmediziner und Sportwissenschaftler besonderen Gewinn aus den Studien ziehen; aber auch für Ärzte aus vielen Fachgebieten bietet das Werk Erkenntnisse, die für sie von Interesse sein dürften.

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

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzerte

Festsaal

Sonntag, 3. April 2011

11.00 Uhr – Junge Matinee

Frühlingsklänge

Streicher- und Bläserkammermusik

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

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Bernd Hahn

Konstellationen

bis 13. März 2011

Claus Weidendorfer – O. T.

16. März bis 15. Mai 2011

Vernissage: Donnerstag,

17. März 2011, 19.30 Uhr

Einführung: Gunter Ziller, Galerist,
Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Katharina Günther „Werkschau“

Malerei / Fotografie

bis 30. März 2011

Info-Veranstaltung für Mitglieder der SÄV

Am **13.04.2011** findet ab **18.00 Uhr** im **Günnewig Hotel Chemnitzer Hof**, Theaterplatz 4 in 09111 Chemnitz, die 3. Info-Veranstaltung für Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung statt. Jährlich und an wechselnden Orten durchgeführt bietet die Veranstal-

tungsreihe allen sächsischen Ärzten und Tierärzten Gelegenheit, sich umfassend über das System der berufsständischen Versorgung und über ihr Versorgungswerk zu informieren.

Im Zentrum der Vorträge stehen Fragen zu den Aufgaben und der Struktur, zu den rechtlichen und versicherungsmathematischen Grundlagen, zum Finanzierungsverfahren und zur Vermögensanlage sowie zum Beitrags- und Leistungssystem der säch-

sischen Versorgungseinrichtung. Im Anschluss haben die Teilnehmer die Möglichkeit, bei einem kleinen Imbiss mit den Referenten, aber auch mit Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch zu kommen und zukünftige Entwicklungen, Herausforderungen und Bedürfnisse zu diskutieren.

Alle notwendigen Informationen zur Veranstaltung sowie Details zum Ablauf werden regelmäßig unter **www.saev.de** aktualisiert.

Einladung „Tanz in den Frühling“

Die **Kreisärztekammer Leipzig (Land)** möchte Sie ganz herzlich zur Tanzveranstaltung einladen:

Samstag, 9. April 2011
Einlass: 18.00 Uhr
Beginn: 19.00 Uhr

Veranstaltungsort:
Hotel Kloster Nimbschen
„Kulturscheune“

Nimbschener Landstraße 1
 04668 Grimma, Tel. 03437 9950
 Der Unkostenbeitrag beträgt
 65,00 € pro Person
 ohne Getränke.

Anmeldung bis zum **18.3.2011**
per Bankeinzahlung auf folgendes Konto der Volks- und Raiffeisenbank MTL:

Konto: 5 000 135 528
 BLZ: 860 954 84
 unter der Angabe Ihres vollständigen Namens.

Bei Fragen stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:
 Telefon: 03437 919370 oder
 E-Mail: leipzig-land@slaek.de

Falls Sie eine Übernachtung benötigen, wenden Sie sich bitte zeitnah direkt an die Rezeption des Hotels Kloster Nimbschen (Telefon: 03437 9950).

Ihr Vorstand der Kreisärztekammer
 Leipzig (Land)

„Ich klage an“

Euthanasie im nationalsozialistischen Film

Filmvorführung und Diskussion für Mitglieder der Kreisärztekammer Leipzig (Land)

Mittwoch, 16. März 2011, 19.30 Uhr, Hotel Kloster Nimbschen

Anmeldungen bis 10. März 2011

Telefon: 03437 919370

Eintritt frei!

Impfgipfel Rotaviren

Erfahrungen aus Sachsen

30. März 2011, 10.00 Uhr

Ende: gegen 16.00 Uhr

Ort: Radisson Blu Hotel Leipzig

Augustusplatz 5 – 6, 04109 Leipzig

Anmeldung unter

E-Mail: schmidt@emc-event.com,

Telefon: 089 54909644,

Telefax: 089 54909645

Leitsymptom Gelenkschwellung

Aspekte der Schmerztherapie

J. Fantana und M. Aringer



Abbildung 1: Pierre-Auguste Renoir, Selbstbildnis. 1910.

Als Pierre-Auguste Renoir 1910 im Alter von 69 Jahren sein berühmtes Selbstportrait malte, hatte ihn die chronische Polyarthrit oder rheumatoide Arthritis (RA) bereits an den Rollstuhl gefesselt. Dieses Bild der unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung, die innerhalb weniger Jahre die Funktionsfähigkeit der Hände und Füße deutlich beeinträchtigt, steckt noch immer in den Köpfen. Die Realität heute ist eine völlig andere. Noch reden wir zwar nicht von Heilung, aber Remission ist ein in der Routine erreichbares Ziel. Spätschäden lassen sich durch den rechtzeitigen und gezielten Einsatz moderner Basistherapeutika und Biologika in aller Regel verhindern. Umso wichtiger ist die rechtzeitige Diagnose und frühzeitige Basistherapieeinleitung. Das bedingt eine sehr umsichtige Abklärung jeder neu aufgetretenen Gelenkerkrankung und im Falle einer Arthritis eine rasche Therapieeinleitung.

Arthritis und Arthrose

Die Hauptschwierigkeit ist dabei die Abgrenzung gerade der oft schleichend beginnenden RA, an der immerhin 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung erkranken, von der Poly-

arthrose, die in höherem Alter fast jeden betrifft. In beiden Fällen tritt nicht nur Schmerz, sondern auch eine Gelenkschwellung auf. Die Polyarthrose zeigt eine seitlich betonte, eher höckrige und knochenharte Schwellung, die durch die Bildung von Osteophyten bedingt ist. Letztlich entsprechen diese Bouchard- und Heberdenknoten dem Versuch, durch Knorpelschaden instabile Gelenke zu stabilisieren. Im Gegensatz dazu findet sich bei der Arthritis eine eher dorsal betonte, spindelförmige, gallertartig weiche Schwellung. Diese entsteht durch die Synovi(al)itis, die Entzündung der Synovia(lis), die die Reserveräume des Gelenks ausfüllt, und beweist eine Arthritis. Tritt eine Arthritis auf, handelt es sich niemals um ein rein lokales Problem. Vielmehr betrifft jede Erkrankung mit Arthritis immer den gesamten Körper. Damit ist in aller Regel auch nur der systemische Einsatz von Arzneimitteln aussichtsreich.

Gerade in kleinen Gelenken ist die synovitische Schwellung auch mit viel Erfahrung nicht immer mit Sicherheit festzustellen. Helfen können bildgebende Verfahren, wie Sonographie, MRT oder Szintigraphie, vor allem aber Anamnese und Befallsmuster. Für die Arthrose sind Anlaufschmerzen am Beginn der Bewegung, Belastungsschmerzen und eine Besserung in Ruhe charakteristisch. Die Arthritis zeichnet sich durch schlafstörende, frühmorgendliche Schmerzen und die typische Morgensteifigkeit aus, eine oft Stunden (mindestens 30 Minuten) andauernde, nicht überwindbare Unfähigkeit, die Faust zu schließen. Die Polyarthrose betrifft bevorzugt distale (Heberden) und proximale Interphalangealgelenke (Bouchard) und die Daumensattelgelenke (Rizarthrose). Die Handgelenke und die Metakarpophalangealgelenke sind meist weniger betroffen. Die symmetrische Polyarthrit schließt hingegen die distalen Interphalangealgelenke aus und betrifft besonders die Handgelenke, die Metakarpophalangealgelenke und proximalen Interphalangealgelenke und die Metatarsophalangealgelenke. Daraus ergeben sich zwei

indirekte Hinweise. Aufgrund des Befalls der Metakarpophalangealgelenke wird der Händedruck oft ausgeprägt schmerzhaft. Diese Tatsache nützt das Gaenslen-Zeichen, bei dem durch seitlichen Druck auf die Metakarpophalangealgelenke Schmerz ausgelöst wird. Das Fuß-Gaenslen-Zeichen bedeutet die analoge Untersuchung der Metatarsophalangealgelenke. Im Bereich des Handgelenks, das normalerweise schmerzfrei 90° gebeugt werden kann, ist eine schmerzhafte Einschränkung der Beugung ein Hinweis auf eine Arthritis.



Abbildung 2: Gaenslen-Zeichen: Schmerz bei Kompression der MCP- bzw. MTP-Gelenke.

Symmetrische Polyarthrit

Auch bei nicht eindeutiger Synovitis sollten Patienten mit solchen Hinweisen und neu aufgetretener, mehr als einen Monat persistierender Beschwerden umgehend dem Rheumatologen vorgestellt werden, vorzugsweise in Früharthritissprechstunden mit nur extrem kurzen Wartezeiten. Patienten mit dieser Symptomatik sollten hoch dosiert mit NSAR oder Coxiben behandelt werden. Der Einsatz von Glukokortikoiden sollte möglichst dem Arzt vorbehalten bleiben, der die Entscheidung über die Basistherapieeinstellung treffen muss. Glukokortikoide können das Krankheitsbild weitgehend verschleiern und führen dadurch mitunter zu einer Verzögerung der notwendigen Therapie.

Serologisch sprechen leicht bis mäßig erhöhte Entzündungszeichen (CRP,

BSG) für eine Arthritis, sie sind aber naturgemäß unspezifisch und nicht immer nachweisbar. Auch wenn die symmetrische Polyarthritis gesichert ist, spielen serologische Untersuchungen eine wesentliche Rolle. Neben der RA kommen auch Kollagenosen und, weit gutartiger, Virusinfekte in Betracht. Daher werden die für die RA relativ spezifischen Rheumafaktoren und Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide (CCP) bestimmt. Dazu kommen anti-nukleäre Antikörper (ANA), die auch bei der RA auftreten können, aber bei negativem Ergebnis eine Kollagenose sehr unwahrscheinlich machen, und die Parvovirus- und eventuell Rötelnvirus-Serologie. Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass Autoantikörper nur bei gut der Hälfte aller Patienten mit früher RA nachweisbar sind, sodass bei fast der Hälfte der Patienten die Serologie nicht weiterhilft, und dass Autoantikörper ohne nachweisbare klinische Symptomatik meist keinen Krankheitswert haben. Radiografisch können eindeutige Usuren eine RA beweisen. Bei rechtzeitiger Diagnose sind Usuren aber meist noch nicht zu finden. Durchgeführt werden, weil Veränderungen oft eher an den Füßen zu sehen sind, immer Röntgenaufnahmen beider Hände und beider Füße („4-Pfoten-Röntgen“), jeweils in zwei Ebenen. Dem entsprechen die neuen, aber weiter nicht als Diagnosekriterien gedachten, ACR-EULAR-Klassifikationskriterien der RA. Jede Usur reicht für die Klassifikation, eine bessere andere Erklärung (zum Beispiel Parvovirusarthritis, SLE) schließt sie aus. Notwendig für die Diagnose ist die eindeutige synovitische Schwellung zumindest eines Gelenks. Für die Klassifikation entscheidend sind Gelenkmuster, Rheumafaktor und Anti-CCP-Antikörper, Entzündungszeichen und Persistenz über zumindest sechs Wochen.

Ist die Diagnose RA gestellt, besteht Einigkeit, dass sofort mit einer Basistherapie zu beginnen ist. Studien haben gezeigt, dass ein rascher Einsatz der Basistherapie (innerhalb von drei Monaten nach Beschwerdebeginn) zu einer besseren Kontrolle der Gelenkentzündung und deutlichen

Verringerung radiografischer Veränderungen führt. Das Therapieziel ist die klinische und radiografische Remission. In der Therapiekontrolle werden Scores (DAS-28, CDAI) eingesetzt, um die Erreichung des Therapieziels zu objektivieren. In der Regel sollte bis zum Wirkeintritt der Basistherapie parallel eine Glukokortikoidgabe erfolgen. Primär wird heute meist Methotrexat in einer einmal wöchentlichen Dosierung von etwa 20 mg eingesetzt, bei Kinderwunsch alternativ Sulfasalazin (2 bis 3 g tgl). Leflunomid ist derzeit das am häufigsten eingesetzte second line-Präparat. Wird durch die konventionelle Basistherapie die Erkrankung nicht ausreichend kontrolliert, werden Biologika eingesetzt. Neben den seit zehn Jahren üblichen TNF-Blockern, von denen es mittlerweile fünf gibt (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab-Pegol, Golimumab) stehen heute der Interleukin-6-Rezeptor-Blocker Tocilizumab, der B-Zell-depletierende Anti-CD20-Antikörper Rituximab und der Kostimulationsblocker Abatacept zur Verfügung. Damit ist für praktisch jeden RA-Patienten eine adäquate Therapie möglich. Insgesamt zeigt sich, dass durch zeitigen Therapiebeginn und konsequente Therapieanpassung bei nicht ausreichend kontrollierter Entzündung schwerwiegende arthritische Veränderungen verhindert werden können.

Psoriasisarthritis

Jeder fünfte Patient mit Psoriasis entwickelt eine Psoriasisarthritis (PsA).

Tabelle 1: Neue ACR-EULAR-Kriterien der RA

ACR-EULAR-Klassifikationskriterien der RA (Aletaha et al., Arthritis Rheum 2010; 62: 2569ff)

- 1) Grundvoraussetzung: ein klinisch eindeutig synovitisch geschwollenes Gelenk
- 2) Radiographisch gesicherte Usur: gesicherte RA
- 3) Andere, besser erklärende Diagnose: Ausschluss
- 4) Score (gesicherte RA ab 6 Punkten)

Synovitisch geschwollene Gelenke:

- 1 mittleres bis großes Gelenk 0 Punkte
- 2 bis 10 mittlere bis große Gelenke 1 Punkt
- 1 bis 3 kleine Gelenke 2 Punkte
- 4 bis 10 kleine Gelenke 3 Punkte
- mehr als 10 kleine Gelenke 5 Punkte

Symptomdauer

- unter 6 Wochen 0 Punkte
- über 6 Wochen 1 Punkt

Antikörper

- RF und anti-CCP negativ 0 Punkte
- RF oder anti-CCP niedrig positiv 2 Punkte
- RF oder CCP hochtitrig positiv 3 Punkte

Akutphase

- CRP und BSG unauffällig 0 Punkte
- CRP oder BSG pathologisch 1 Punkt

Dieses Krankheitsbild unterscheidet sich in einigen Details doch relevant von der RA. Zum einen ist die Gelenkverteilung unterschiedlich. Im Gegensatz zur RA, die die distalen Interphalangealgelenke ausklammert, sind diese bei der PsA häufig beteiligt. Klassisch ist ein entweder reihenweiser (zum Beispiel alle distalen Interphalangealgelenke) oder strahlförmiger (alle Gelenke eines Fingers) Befall. Das gesamte Befallsmuster ist asymmetrisch, oft sind auch nur einzelne Gelenke betroffen (Oligoarthritis). Radiografisch findet sich typischerweise neben der Destruktion auch eine überschießende Knochenneubildung.

Die Erkrankung geht im Sinne der Enthesiopathie eher von der Gelenkumgebung aus. Damit sind bei betroffenen Fingern häufig auch die an der Entese fixierten Fingernägel verändert. Bei ausgeprägtem Befall kommt es zum Bild der Daktylitis (Wurstfinger oder Wurstzehe). Wie bei anderen Spondylarthritiden können Sakroiliakalgelenke, meist einseitig, betroffen sein. Dann berichten Patienten über den charakteristischen, chronischen entzündlichen Rückenschmerz mit frühmorgendlichem Maximum und Besserung bei Bewegung.

Oligoarthritis großer Gelenke

Kommen junge Menschen mit ausgeprägt synovitisches geschwollenen Kniegelenken und Sprunggelenken zum Arzt, steht meist eine reaktive Arthritis dahinter. Dabei kann es auch zur Sakroiliitis, zur Uveitis und selten zu Hauterscheinungen kommen. Auslöser ist eine Urethritis mit

Chlamydien, Mykoplasmen oder Ureaplasmen, eine bakterielle Durchfallerkrankung (Yersinien, Salmonellen) oder ein Streptokokkeninfekt. Daher ist die Anamnese entscheidend. Sind weder Angina noch Diarrhoen in den Wochen vor Auftreten der Arthritis erhebbare, ist die Abklärungsmethode der Wahl ein Urethraabstrich. Die Serologie ist bei dieser Art der Infektion leider nicht ausreichend, vor allem weil bei nachgewiesener Infektion eine Antibiotikagabe ohne Partnertherapie sinnlos ist.

Gerade bei beidseitiger Sprunggelenksarthritiden muss zudem mittels Thoraxröntgen und ACE-Bestimmung im Serum nach einer Sarkoidose gesucht werden.

Besonders wenn ein Kniegelenk betroffen ist, stellt die Borreliose eine relevante Differenzialdiagnose dar. In diesem Fall sollte Gelenkpunktat mittels PCR auf Borrelien untersucht (etwa 70 Prozent Sensitivität) und eine Borrelien-Serologie veranlasst werden. Entscheidend für den Infektionsbeweis sind IgG-Antikörper gegen Borrelien im Immunoblot. Isolierte IgM-Antikörper sprechen klar gegen die Diagnose und sind unspezifisch oder Zeichen der erfolgreich bekämpften Infektion. Auf weitere denkbare Manifestationen kardial (AV-Blockierungen), im Nervensystem oder der Haut sollte geachtet werden. In Europa ist eine Polyarthritiden durch Borrelien eine Rarität, eine Achsenskelettbeteiligung kommt nicht vor.

Auch die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa können mit einer Arthritis meist großer Gelenke

und/oder der Sakroiliakalgelenke assoziiert sein. Seltener stehen die periphere Manifestation des Morbus Bechterew und manchmal auch eine Vaskulitis (Morbus Wegener) hinter einer Oligoarthritis großer Gelenke.

Akute Monarthritis

Wesentlich anders präsentieren sich die Krankheitsbilder, bei denen es zu einer akuten granulozytären Entzündung meist eines einzelnen Gelenks kommt. Dabei sind die betroffenen Gelenke extrem schmerzempfindlich, überwärmt und häufig gerötet, subfebrile Temperaturen sind die Regel. Ein echter Notfall ist die septische Arthritis als eitrige Gelenkinfektion. Meist handelt es sich um eine iatrogene Infektion nach Gelenkpunktion, seltener um eine hämatogene Streuung. Am häufigsten werden grampositive Kokken gefunden, aber auch typische (gramnegative) Problemkeime kommen in Frage. Risikopatienten sind ältere Patienten mit vorbestehender chronischer Arthritis, Immunsuppression, Diabetes mellitus oder Gelenkersatz. Die Patienten präsentieren sich in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, meist Fieber, und in der Regel einem sehr schmerzhaften, überwärmt, teigig geschwollenen, aber nicht unbedingt geröteten Gelenk. In diesem Fall ist die notfallmäßige Einweisung in ein Krankenhaus mit orthopädischer Abteilung unbedingt erforderlich. Das Gelenk sollte sofort punktiert werden, wobei Gramfärbung und Kultur verpflichtend sind. Unmittelbar anschließend muss die parenterale Antibiotikatherapie begonnen und das Gelenk zumindest gespült (bei kleinen Gelenken regelmäßig entlastet) oder besser synovektomiert werden.

Kristallarthritis erscheinen mitunter noch akuter, fast immer ist das Gelenk auch gerötet, aber der Allgemeinzustand des Patienten ist viel weniger beeinträchtigt. Sie sind im Verlauf auch relativ gutartig, im Zweifelsfall muss aber durch Punktion die septische Arthritis ausgeschlossen werden. Dabei ist die Untersuchung auf Keime entscheidend, weil Kristalle in septischen Gelenken ausfallen können. Die häu-

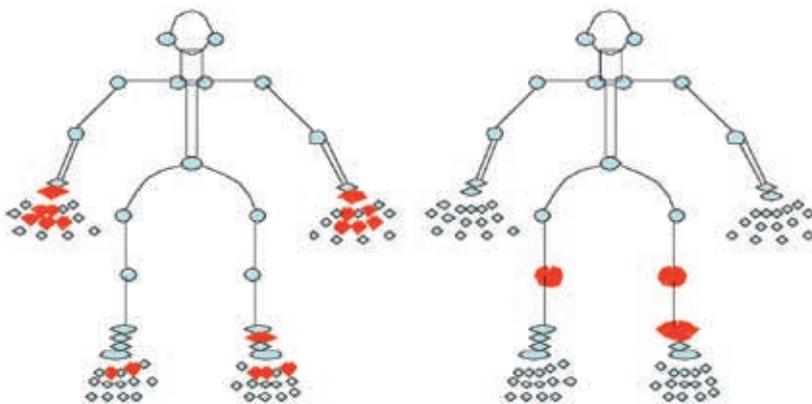


Abb. 3: Symmetrische Polyarthritiden versus Oligoarthritis

figste Kristallarthritis, und die häufigste Arthritis des Mannes, ist die Arthritis urica. Meist aufgrund einer genetisch bedingten Störung der renalen Harnsäureelimination bauen sich bei entsprechend purinreicher Ernährung große Harnsäuredepots auf. Wenn die Sättigungsgrenze erreicht ist, reichen kurzfristige Anstiege, zum Beispiel nach Grillfest und Bier, oder Umstände, die die Kristallkeim-Bildung begünstigen, aus, um den Anfall zu provozieren. In aller Regel sind zunächst Gelenke des Fußes (Podagra) betroffen, meist das Großzehengrundgelenk. Entzündungsparameter sind deutlich erhöht, während die Serum-Harnsäure während der Attacke nicht erhöht sein muss.

Der Anfall klingt innerhalb etwa einer Woche spontan ab, die Anfallsbehandlung erfolgt heute in der Regel durch NSAR oder, bei Kontraindikationen gegen NSAR, durch Glukokortikoide. Colchicin ist wirksam, hat aber eine geringe therapeutische Breite. Im Anfall sollten die Harnsäurespiegel nicht verändert werden. Bei einem ersten Anfall sollte durch einmalige Messung der 24-Stunden-Urin-Harnsäure eine Überproduktion ausgeschlossen werden. Wird viel Harnsäure im Urin ausgeschieden, muss nach Erkrankungen mit erhöhtem Zellumsatz, vor allem nach Leukämien und Lymphomen gesucht werden. Nach Abklingen der Gichtattacke sollte dauerhaft eine medikamentöse Senkung der Harnsäurespiegel auf unter 360 $\mu\text{mol/l}$ angestrebt werden. Meist wird dafür Allopurinol verwendet. Neu steht vor allem bei Unverträglichkeit oder eingeschränkter Nierenfunktion Febuxostat zur Verfügung. Wird auf die dauerhafte Senkung verzichtet, resultiert die tophöse Gicht, eine chronische polyartikuläre, destruierende und letztlich lebensbedrohliche Erkrankung. Dagegen ist die Harnsäuresenkung nur aufgrund erhöhter Serumspiegel ohne Gicht und ohne Nierensteine in der Regel nicht indiziert.

Neben Harnsäurekristallen können auch Calcium-Pyrophosphat-Dihydrat (CPPD)-Kristalle eine Kristallarthritis auslösen. Die „Pseudogicht“ betrifft

typischerweise Hand, Knie- und Schultergelenke. Neben dem direkten Kristallnachweis im Punktat hilft der Nachweis der Chondrokalzinose, der Verkalkung des Discus triangularis des Handgelenks, der Kniegelenksmenisci, des Gelenkknorpels oder der Symphyse, die Diagnose zu stellen. In der Regel wird keine Ursache gefunden. Hyperparathyreoidismus (Kalzium), Hypothyreose (TSH), Hämochromatose (Ferritin), Hypomagnesiämie und Hypophosphatasie (Alkalische Phosphatase) sollten aber einmalig ausgeschlossen werden. Liegt keine dieser Störungen zu Grunde, ist die Behandlung der Pseudogicht rein symptomatisch.

NSAR und Coxibe

Auch wenn NSAR keine Basistherapie ersetzen, ist die adäquate Schmerztherapie wesentlich. Bei Arthritiden sind andere Analgetika, auch Opiate, aufgrund ihrer deutlich schlechteren Wirksamkeit schlecht geeignet. Unglücklich geführte Diskussionen der letzten Jahre haben zum Teil dazu geführt, dass Patienten die erforderliche Schmerztherapie verweigert wird, was allen Grundsätzen ärztlichen Handelns widerspricht. De facto hat sich herausgestellt, dass alle NSAR und Coxibe bei Patienten ohne Schmerzen das kardiovaskuläre Risiko auf lange Zeit etwa verdoppeln. Diese Ergebnisse beruhen auf Studien zur Verhinderung von Colonadenomen oder Alzheimerstudien. Neue Ergebnisse sprechen aber dafür, dass das für Patienten mit Arthritis nicht gilt. Was weiterhin ernst genommen werden muss, sind gastrointestinale Effekte der NSAR. Insbesondere bei Patienten ab dem 65. Lebensjahr oder mit anderen Risikofaktoren, wie Bettlägrigkeit, Ulkus-Vorgeschichte oder gleichzeitiger Gabe von NSAR mit Glukokortikoiden oder Gerinnungshemmern, ist das Risiko schwerer gastrointestinaler Komplikationen erheblich. Dann muss entweder das NSAR mit einem Protonenpumpenhemmer oder Misoprostol kombiniert oder alternativ ein Coxib verwendet werden. In der Regel nicht wirtschaftlich sind Coxibe, wenn Aspirin indiziert ist oder aus anderer Indika-

tion (Refluxösophagitis) schon Protonenpumpenhemmer benötigt werden.

NSAR und Coxibe zeigen Wirksamkeitsunterschiede bei individuellen Patienten, sodass bei fehlendem Effekt der Tageshöchstdosis das Präparat gewechselt werden muss. Eine klare Rangordnung ist evidenzbasiert nicht zu erstellen. Meist wird es ausreichen, einige wenige Substanzen aus verschiedenen Substanzgruppen der NSAR und Coxibe mit ihren individuellen pharmakologischen Daten und Dosierungen zu beherrschen.

Zusammenfassung

Aufgrund der dramatischen Verbesserung therapeutischer Möglichkeiten und neuer Daten, die die Notwendigkeit einer Basistherapie nach spätestens zwölf Wochen belegen, ist die Früherkennung der rheumatoiden Arthritis von größter Bedeutung. Die rechtzeitige Diagnose stellt gerade bei schleichendem Beginn eine Herausforderung dar. Frühmorgendliches Schmerzmaximum, Morgensteifigkeit und schmerzhafter Händedruck sind wichtige Warnsymptome, während Serologie und Bildgebung bei fast der Hälfte der Patienten noch unauffällig sind. Spätestens sechs Wochen nach Beginn der Beschwerden sollte die Vorstellung beim Rheumatologen veranlasst werden, dafür existieren spezielle Früharthritis-Sprechstunden mit extrem kurzen Wartezeiten. NSAR sollten unter Beachtung der Kontraindikationen rasch und ausreichend dosiert verabreicht werden. Um die Diagnose nicht zu verschleppen, ist es hilfreich, wenn die Glukokortikoidgabe dem Arzt vorbehalten bleibt, der auch die Basistherapieentscheidung trifft. Bei Oligoarthritis ist in der Regel der Ausschluss von auslösenden Infektionen und der Sarkoidose sinnvoll. Während die Kristallarthritis im Anfall nur der symptomatischen Therapie bedarf, ist eine septische Arthritis ein Gelenk und Leben bedrohender Notfall.

Anschrift der Autoren:
Prof. Dr. med. univ. Martin Aringer
Dr. med. Julia Fantana
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Das Inzidentalom der Nebenniere

P. Lamesch

Einleitung

Die Entwicklung und Anwendung moderner, hochauflösender bildgebender Verfahren hat zu einer deutlichen Zunahme von Zufallsbefunden vor allem an parenchymatösen Organen geführt. Die korrekte Interpretation solcher Zufallsbefunde, die Abklärung und eine gegebenenfalls indizierte Therapie muss vor dem Hintergrund potenzieller Risiken von Folgeerkrankungen bzw. Komplikationen erfolgen¹⁻⁵.

Zufallsbefunde der Nebenniere stellen mittlerweile die häufigsten bildmorphologisch diagnostizierten pathologischen Veränderungen an der Nebenniere dar. Aufgrund der Häufigkeit, mit der bei Autopsie Untersuchungen Nebennierentumore nachgewiesen werden, zählen Nebennierentumore zu den häufigsten Tumoren beim Menschen^{6,7}. Bislang fehlen aussagekräftige Daten zu Inzidenz, Prävalenz und natürlichem Verlauf von Inzidentalomen.

Die folgende Übersicht soll auf Besonderheiten und aktuelle Aspekte in der Diagnostik, auf Risiken und auf die Indikation therapeutischer Maßnahmen bei Zufallsbefunden der Nebenniere aufmerksam machen.

Definition

Ein Inzidentalom der Nebenniere ist ein asymptomatischer, im Rahmen einer nicht-invasiven bildgebenden Untersuchung als Zufallsbefund entdeckter Tumor der Nebenniere. Metastasen, die als Erstbefund ohne Primärtumor nachgewiesen werden, werden dazugerechnet.

Wenngleich die meisten Inzidentalome hormoninaktive Tumore sind, demaskiert die endokrine Diagnostik solche asymptomatischen Befunde zunehmend häufiger als hormonaktive Tumore⁸. Tabelle 1 fasst die wesentlichen Merkmale von Inzidentalomen zusammen.

Tabelle 1: Inzidentalome der Nebenniere

- steigende Inzidenz mit zunehmendem Alter
- ♀ >> ♂ (*)
- > 70 % sind benigne und hormoninaktiv⁽⁶⁾
- engmaschige Kontrollen anfangs notwendig
- durch laparoskopische Operationen dürfen die Indikationen zur Adrenalektomie gegenüber dem konventionellen Vorgehen nicht verändert werden

(* am ehesten Folge häufigerer bildmorphologischer Untersuchungen bei Frauen)

Folgende Fragen drängen sich bei einem nachgewiesenen Inzidentalom oder besser wie von Linos empfohlen „Adrenalom“ auf^{9,10}:

1. Handelt es sich um einen hormonaktiven Tumor?
2. Besteht der Verdacht auf einen malignen Tumor?
3. Gibt es Hinweise, dass es sich um Metastasen eines noch nicht erkannten Primärtumors handelt?
4. Bei hormoninaktiven, nicht malignen bzw. metastatischen Läsionen, kann der Tumor beobachtet werden bzw. wann ist eine operative Behandlung indiziert?

Häufigkeit

Die Häufigkeit von zufällig, bei Sektionen gefundenen Nebennierentumoren wird in der Literatur mit 1,4 bis 8,7 % angegeben^{5,11,12}. Unter Berücksichtigung der Literaturangaben der letzten 20 Jahre liegt die Prävalenz bei CT Untersuchungen bei 0,5 bis 4,4 %. In einer kürzlich erschienenen Stellungnahme der NIH Consensus Development Conference wird in Autopsie Serien von einer Häufigkeit von 2,1 % ausgegangen⁶. Die Inzidenz sonographisch nachweisbarer Nebennierentumore liegt in der Gesamtbevölkerung bei 0,1 %, ohne endokrine Symptome liegt sie bei 0,42 %. Es besteht eine eindeutige Altersabhängigkeit der Prävalenz: in Autopsie-Untersuchungen bei unter 30-Jährigen liegt die Rate zufällig entdeckter Nebennierentumore bei 1 %, bei über 70-Jährigen

bei 7 %^{7,13}. In der Literatur wird immer die Prädominanz des weiblichen Geschlechts angegeben; dieses ist jedoch eher Folge von häufiger bei Frauen durchgeführten bildmorphologischen Untersuchungen. Diese Vermutung wird indirekt gestützt durch die Ergebnisse von Autopsie- und allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, in denen keine geschlechtsabhängigen Unterschiede beschrieben wurden⁷. In über 80 % der Fälle sind diese Inzidentalome kleiner als 2 cm, in 0,025 % größer als 6 cm⁸.

In einer schwedischen Untersuchung an 381 Patienten mit einem Inzidentalom der Nebenniere wurden 5 % hormonaktive benigne Tumore und 4 % maligne Tumore beschrieben⁴.

Die Prävalenz symptomatischer hormonaktiver Tumore liegt bei 1/100000. Nebennierenkarzinome sind mit ca. einer Neuerkrankung pro 1,7 Millionen Einwohner und Jahr äußerst selten; bei Diagnosestellung haben Nebennierenkarzinome ein mittleres Gewicht von 800 g, Karzinome mit einem Durchmesser unter 5 cm stellen eine Rarität dar.

Differenzialdiagnose

Eine Reihe Differenzialdiagnosen kommen bei einem nachgewiesenen Inzidentalom der Nebenniere in Betracht (Tabelle 2). Die meisten (36 bis 95 %) Inzidentalome sind erwartungsgemäß hormoninaktive Tumore¹⁴. Hormonaktive Tumore sind überwiegend cortisol-produzierende Adenome, Phäochromocytome und seltener aldosteron-produzierende Tumore. Adrenocorticale Karzinome unterscheiden sich von den anderen Tumoren durch die deutlich größeren Tumordurchmesser, in der Literatur werden Häufigkeiten von 0 bis 25 % angegeben¹⁴. Metastasen sind ohne einen bekannten Primärtumor selten, sie werden jedoch zunehmend häufiger bei bekanntem Primärtumor beschrieben, sind dann im Sinne der Definition nicht als Inzidentalom zu werten. Daneben gibt es eine Reihe weiterer meist benignen Tumore, die als Inzidentalom diagnostiziert werden können, unter anderem gehören Zysten und Myelolipome dazu¹⁴.

Tab. 2: Differenzialdiagnosen

Adreno-corticale Tumore
• Adenom
• Noduläre Hyperplasie
• Karzinom
Adreno-medulläre Tumore
• Phäochromocytom
• Ganglioneurom/Neuroblastom
Andere adrenale Tumore
• Myelolipom
• Metastasen
• Hamartom
Infektionen, Granulome
• Abszess
• Amyloidose
• Histoplasmose, Coccidiomykose, Tuberkulose
• Sarkoidose
• CMV Infektion
Zysten, Pseudozysten
Kongenitale adrenale Hyperplasie
Hämatome

Klinik

Die Mehrzahl aller Inzidentalome der Nebenniere sind benigne, hormonaktive Tumore mit einem Durchmesser kleiner 5 cm und sind damit nicht therapiebedürftig⁴. Entsprechend der Definition erwartet man bei diesen Patienten keine richtungweisenden Symptome. Zunehmend häufiger werden oligo- oder asymptomatische, hormonaktive Inzidentalome beschrieben. Die häufigsten hormonaktiven Inzidentalome sind cortisol-produzierende Nebennierenrindenadenome (5 bis 20 %), oligo- bzw. asymptomatische Phäochromocytome (1,5 bis 13 %) und selten auch normokaliämische CONN-Syndrome (0 bis 7 %)³.

Diese hormonaktiven subklinischen Befunde mit den damit verbundenen potenziellen Risiken von Folgeerkrankungen sollten einer definitiven chirurgischen Therapie zugeführt werden, wenngleich hormonassoziierte Langzeitfolgen bislang unvollständig geklärt sind.

Diagnostik

Jeder zufällig entdeckte Nebennierentumor sollte einer konsequenten Hormondiagnostik unterzogen werden. Diese laborchemischen Untersuchungen beinhalten das Cortisol, das Kalium, die Bestimmung des Aldosteron-Renin Quotienten, die Metanephrine im Plasma (Abnahme in speziellen Lithium-Heparin Monovetten) sowie die Katecholamine im 24-Stunden-Urin. Bei negativen Befunden liegt das Risiko eines nicht erkannten, dennoch hormonaktiven Tumors unter 1 %.

Es besteht eine Abhängigkeit zwischen Tumorgröße und Häufigkeit einer nachweisbaren Hormonproduktion. Unter 1 cm Durchmesser handelt es sich selten um hormonproduzierende Tumore, bei über 6 cm großen Tumoren wird in über 50 % der Fälle eine Hormonproduktion nachgewiesen^{1,4,14-16}.

Inzidentalome werden ursächlich auch mit dem metabolischen Syndrom in Verbindung gebracht. In einer Untersuchung von Terzolo an 41 Patienten mit gesichertem Inzidentalom wurden Daten einer vergleichbaren Gruppe gemessen am BMI (Body Mass Index), Geschlecht und Alter von 41 Patienten mit einer multinodösen Struma gegenübergestellt. Nach den Werten des Glukosetoleranz-Tests und den endokrinen Parametern lag bei 36 % der Patienten (n=15) eine Glukoseintoleranz vor, weitere 5 % erfüllten die WHO-Kriterien für Diabetes (n=5). 29 der 41 Patienten (71 %) hatten einen hormoninaktiven Tumor, 12 Patienten (29,2%) ein subklinisches Cushing-Syndrom. Die Fettwerte waren in beiden Gruppen vergleichbar; hingegen wurden signifikant häufiger erhöhte diastolische und/oder systolische Blutdruckwerte bei den Patienten mit einem Inzidentalom ermittelt. In einer multivariaten Analyse fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem 2 Stunden Glukosewert, dem BMI und dem Mitternachts-Cortisol-Spiegel. Die Autoren schlussfolgerten, dass bei Patienten mit einem Inzidentalom die Glukoseintoleranz durch eine erhöhte

Insulin-Resistenz bedingt ist, die bei Vorliegen eines subklinischen Cushing-Syndroms durch das erhöhte Cortisol unterhalten wird¹⁷.

Das prä- oder subklinische Cushing-Syndrom ist die häufigste Variante eines hormonaktiven Inzidentaloms und ist ca. 5 mal häufiger im Vergleich zum klinisch manifesten Cushing-Syndrom. Reincke gibt eine Häufigkeit von subklinischen Cushing-Syndromen bei gesichertem Inzidentalom von 5 bis 20 % an, bei Herrera wurden 1,1 % (2 von 172 Patienten) beobachtet^{16,18}; Emral fand in 5,7 % (4 von 70 Patienten) subklinische Cushing-Syndrome¹⁹, bei Mantero wurde in einer multizentrischen Umfrage bei 9,2 % (101 von 1096 Patienten) ein subklinisches Cushing-Syndrom diagnostiziert^{20,21}.

Für die Diagnose eines präklinischen Cushing-Syndroms eignet sich ein Dexamethason Kurztest, in unsicheren Fällen kann eine bessere Demaskierung mit Hilfe eines Hochdosis-Tests gelingen. Die Dosierung des Dexamethason Kurztestes wird kontrovers diskutiert, sie wird mit 1 bis 3 mg angegeben. Die Quantifizierung des Cortisol-Exzesses kann mit Hilfe der Cortisol-Konzentration im 24-Stunden-Urin und einem CRH-Test erfolgen; die Ergebnisse erlauben die Notwendigkeit einer postoperativen Substitution abzuschätzen^{1,19,22-24}. McLeod et al. haben auf die Gefahr einer postoperativen Nebenniereninsuffizienz bei subklinischem Cushing-Syndrom hingewiesen²⁵.

Mit der Bestimmung der Metanephrine und gegebenenfalls der Katecholamine im 24-Stunden-Urin kann ein asymptomatisches Phäochromocytom erkannt werden. Allerdings muss bei Patienten mit einem Inzidentalom definitionsgemäß ohne manifeste Hypertension mit falsch negativen Befunden gerechnet werden. In zweifelhaften Fällen kann durch eine Wiederholung der Katecholamin-Bestimmung im 24-Stunden-Urin die Sensitivität und die Spezifität verbessert werden. Die Bestimmung der

Plasma Konzentrationen von Metanephrinen und die der fraktionierten Metanephrine im 24-Stunden Urin ermöglichen fast immer die Diagnosesicherung. Während die Sensitivität der Bestimmungen im Plasma und im Urin vergleichbar sind, hat die Bestimmung der freien Metanephrine im Plasma eine bessere Spezifität^{26,27}. Die Interpretation der Testergebnisse der fraktionierten Metanephrine sollte stets vor dem klinischen Hintergrund erfolgen. Positive Befunde bei einer Hochrisikokonstellation (genetischer Hintergrund, bildmorphologisch eindeutiger Tumorbefund) und negative Befunde bei einer Niedrigrisikokonstellation haben einen hohen prädiktiven Wert; demgegenüber müssen negative Ergebnisse bei einer Hochrisikokonstellation und positive bei Niedrigrisikokonstellation kritisch gewertet werden²⁷.

Eine arterielle Hypertonie und eine nicht-diuretikainduzierte Hypokaliämie müssen als dringend verdächtig für das Vorliegen eines CONN-Syndroms gewertet werden. Es hat sich gezeigt, dass nicht selten eine langjährige Hypertonie und eine Normokaliämie auch mit dem Vorliegen eines CONN-Syndroms vergesellschaftet sein kann. Neuere Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass die Prävalenz eines Hyperaldosteronismus (CONN-Syndrom) bei Patienten mit einem Hypertonus nicht wie bisher angenommen bei 1 %, sondern eher bei 5 bis 10 % liegt²⁸. Es wurde empfohlen, bei Patienten unter 70 Jahren mit mehr als 2 antihypertensiven Medikamenten und normalen Kaliumwerten ein entsprechendes Screening vorzunehmen.

Computertomographie

Inzidentalome werden in 0,6 bis 4 % aller CT-Untersuchungen gefunden^{18,29}. Dies entspricht weitgehend der Frequenz von 1 bis 2 %, mit der bei Autopsie-Untersuchungen Tumore der Nebenniere diagnostiziert wurden^{5,11}.

Die Beurteilung der Tumorgroße durch das CT ist für die Entscheidung des weiteren Vorgehens von wesentlicher Bedeutung. Einige Autoren

haben auf die begrenzte Zuverlässigkeit einer Größenbestimmung mittels CT hingewiesen, vor allem in dem kritischen Bereich von 3 bis 6 cm im Durchmesser. Nur ein konsequentes Feinschnitt-CT über die gesamte Tumorausdehnung erlaubt eine therapierelevante Beurteilung³⁰. Eine wesentliche Frage an die bildmorphologischen Befunde ist die Dignität eines Nebennierentumors²⁹. Malignomverdächtig sind inhomogene, unregelmäßig abgegrenzte Tumore. Zysten und Myelolipome imponieren durch typische bildmorphologische Befunde und können meist zuverlässig von anderen Tumoren abgegrenzt werden. Sie bedürfen einer operativen Therapie nur bei größeren, dann meist symptomatischen Befunden; beim Myelolipom ist die Operationsindikation auch durch ein tumortypisches erhöhtes spontanes Blutungsrisiko begründet. Ein homogener Tumor mit < 10HU ist eher als benigner Tumor zu werten⁷.

Punktion

Die Punktion eines Inzidentaloms der Nebenniere ist nur in Ausnahmesituationen indiziert. Einerseits ist eine eindeutige Abgrenzung zwischen Karzinom und Adenom an einem Punktat nicht möglich, andererseits muss vor jeder Punktion zur Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen ein Phäochromocytom ausgeschlossen werden.

Saeger et al. haben sich kürzlich der Bedeutung und des prognostischen

Aussagewertes einer Nebennierenpunktion im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Studie an 220 Biopsien gewidmet. An exstirpierten Tumoren wurde eine Biopsie entnommen und einer histologischen und immunhistochemischen Aufarbeitung unterzogen. In Unkenntnis der klinischen Daten wurden die Biopsien von einem Pathologen befundet. Phäochromocytome und Adenome wurden in über 90 % der Fälle korrekt befundet. Von 39 malignen Tumoren wurden 4 falsch klassifiziert, 2 als benigne und 2 als möglich maligne. Die Sensitivität und die Spezifität lagen bei 94,6 % und 95,3 %. Die Autoren kommen aufgrund dieser Daten zu dem Schluss, dass eine Biopsie durchaus eine zuverlässige Diagnose erlaubt, allerdings bleibt die Frage offen, ob die möglichen Vorteile einer Biopsie im Hinblick auf therapeutische Konsequenzen die Nachteile möglicher Komplikationen rechtfertigen³¹.

Therapie

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen gestellt.

Entsprechend den Vorgaben der „NIH state-of-the-science statement“ wurde die Grenze der Tumorgroße, ab welcher eine Exstirpation erfolgen soll, bei 4 bis 6 cm festgelegt. Unter 4 cm ist eine beobachtende Haltung gerechtfertigt. Wenn nach einer Beobachtungszeit von 4 Jahren keine Größenzunahme festgestellt wurde, sind keine weiteren Nachuntersu-

Tabelle 3 a: Präoperative Vorbehandlung beim Phäochromocytom

Phenoxybenzamin	5 – 20 mg/d Steigerung bis 150 – 200 mg/d innerhalb 1 – 2 Wochen Volumensubstitution Bei schwerer Orthostase ggfs. ZVD Kontrolle
------------------------	---

Tabelle 3 b: Substitutionsbehandlung nach Resektion eines cortisol-produzierenden Tumors (eigenes Protokoll)

Hydrocortison	Tag	Dosis
	OP	100 mg iv Bolus intra OP 200 mg iv bis 24 h post OP
	1. – 2.	300 mg iv/ 24 h iv
	3.	200 mg iv/ 24 h iv
	4.	100 mg po
	5.	50 mg po

chungen erforderlich. Zwischen 4 und 6 cm müssen individuelle Entscheidungen getroffen werden. Bei größeren Tumoren (> 6 cm) ist die Operation in jedem Fall indiziert. Dieses unterstreicht die Notwendigkeit einer interdisziplinären Entscheidungsfindung mit der Teilnahme von Endokrinologen, Radiologen und Chirurgen¹.

Die Planung der perioperativen Therapie muss sich analog zu den symptomatischen, hormonaktiven Tumoren an der präoperativen Hormondiagnostik orientieren.

Bei hormoninaktiven Tumoren muss perioperativ weder eine Vor- noch eine Nachbehandlung durchgeführt werden. Auf die mögliche Gefahr einer postoperativen Nebenniereninsuffizienz im Falle eines nicht erkannten subklinischen Cushing-Syndroms sei an dieser Stelle nochmals hingewiesen²³. Im Falle hormonaktiver Tumore muss bei Vorliegen eines Phäochromozytoms eine alpha-Blockade vor der Operation erfolgen, bei cortisol-produzierenden Tumoren muss postoperativ eine Substitutionsbehandlung entsprechend des Schemas in Tabelle 3 eingeleitet werden. Beim Phäochromozytom kann nach ausreichender präoperativer alpha-Blockade unmittelbar postoperativ der Einsatz von Katecholaminen temporär notwendig werden, nach einer adäquat bilanzierten Volumensubstitution selten länger als 12 Stunden.

Ziel einer ausreichenden präoperativen Vorbehandlung mit alpha-Blockern beim Phäochromozytom ist die Vermeidung von manipulationsbedingten, schwer kontrollierbaren Blutdruckspitzen. Die Untersuchungen von Grosse et al. haben gezeigt, dass mit einer ausreichenden alpha-Blockade (Phenoxybenzamin 140 mg/d vs 270 mg/d) die intraoperativen hämodynamischen Parameter stabiler bleiben³². Diese Ergebnisse konnten am eigenen Patientengut bestätigt werden. Häufig wird eine Vorbehandlung mit dem Argument einer symptomatischen Orthostase abgebrochen. Dieses ist in der Regel durch einen relativen Volumenmangel bedingt; daher sollte eine adäquate Vorbehandlung, gegebe-

Tabelle 4: Literaturübersicht: Publikationen zum Inzidentalom mit mindestens 50 Fällen

Autor	Jahr	Anzahl	Alter	Größe (cm)	PKS	Phäo	Conn	Ca	Met	HIA
Herrera ¹⁸	1991	342	62	2.5	2	5	0	4	1	330
McLeod ²⁵	1993	122		2-7	6	1.1			22	38
Linos ⁹	1996	57	48.5	5.8		4		2	2	23
Bastounis ⁵⁵	1997	86	61	4.1	3	2	0	1	2	53
Barzon ⁵¹	1999	202	55	3.6	20	9	6	23	7	137
Luton ⁵⁴	2000	88	53	< 6 69% > 6 15%	3	11	1	11	3	40.5
Mantero ^{*20}	2000	1004	56	3.0	92	42	10	32	12	853
Bulow ⁴	2003	85	64	3.0	-	15	-	10	-	-
Kasperlik-Zalouska ⁵⁶	2010	1790 351 bilat.	11 – 87	1 – 23	14	58	18	150	50	26

PKS: präklinisches Cushing Syndrom; Phäo: Phäochromocytom; Ca: Primäres Malignom; Met: Metastasen, HIA: hormoninaktiv

nenfalls auch mit Kontrolle des zentralvenösen Druckes und einer angepassten Volumensubstitution erfolgen. Eine ambulante Vorbehandlung erscheint aus diesen Gründen in einzelnen Fällen nicht sinnvoll.

Die Wahl des operativen Vorgehens bleibt Gegenstand kontroverser Diskussionen. Seit der ersten laparoskopischen Adrenalektomie 1992 durch Gagner hat sich dieses Vorgehen an den meisten Zentren durchgesetzt^{33,34}. Trupka et al. haben in einer prospektiven Untersuchung das offene dorsale Vorgehen mit der laparoskopischen Technik verglichen. Dabei wurde ein eindeutiger Vorteil der laparoskopischen Technik durch einen geringeren Blutverlust, einen geringeren Schmerzmittelbedarf und einer schnelleren Rekonvaleszenz nachgewiesen³⁵.

Die laparoskopische Adrenalektomie kann über verschiedene Zugangswege erfolgen. Die meisten Gruppen favorisieren einen transperitonealen Zugang in Seitenlage³⁴. Wenige Zentren bevorzugen einen dorsalen oder lumbalen retroperitoneoskopischen Zugang^{36,37}. Dieser Zugang benötigt im Vergleich zum transperitonealen laparoskopischen Verfahren besondere Erfahrung. Walz gibt für den dorsalen retroperitoneoskopischen Zugang eine intra- und postoperative

Komplikationsrate von 5 % bzw. 13 % an³⁶. Bonjer et al. verglichen in einer „case control study“ die offene konventionelle Adrenalektomie mit der laparoskopischen transperitonealen bzw. retroperitoneoskopischen Technik. Es zeigte sich ein klarer Vorteil der retroperitoneoskopischen Technik gemessen am Schmerzmittelbedarf und der Dauer des stationären Aufenthaltes³⁸.

Brunt et al. analysierten die englischsprachigen Literaturdaten zum Thema offene versus laparoskopische Adrenalektomie aus dem Zeitraum 1980 bis 2000; sämtliche Arbeiten mit mindestens 10 Fällen wurden berücksichtigt. Gegenstand der Analyse waren 50 Arbeiten mit 1.522 laparoskopisch operierten Patienten und 48 Arbeiten mit 2.273 konventionell operierten Patienten. Die Gesamtkomplikationsrate nach laparoskopischer Adrenalektomie war mit 25,2 % signifikant höher im Vergleich zu 10,9 % nach offener Adrenalektomie. Bemerkenswert war eine signifikant höhere Blutungsrate nach laparoskopischer Adrenalektomie (4,7 % vs. 3,7 %). Bei der offenen Adrenalektomie wurden signifikant häufiger Verletzungen von Nachbarorganen vor allem der Milz beschrieben (2,4 % vs. 0,7 %). Infektiöse, kardiale und pulmonale Kom-

plikationen traten signifikant häufiger nach offener Adrenalectomie auf. Die Letalitätsraten waren bei beiden Verfahren vergleichbar (0,3 % vs. 0,9 %) ³⁹.

Tumore mit einem Durchmesser bis 5 cm können in den meisten Fällen minimal-invasiv extirpiert werden. Bei Befunden zwischen 5 und 10 cm gibt es in der Literatur unterschiedliche Ansichten. Die meisten Arbeiten kommen zu der Schlussfolgerung, dass bis zu einer Größe von 5 cm ein laparoskopisches Vorgehen sinnvoll ist, bei größeren Tumoren aufgrund der erhöhten Inzidenz von Malignomen wird meist ein offenes Vorgehen favorisiert ⁴⁰⁻⁴⁹.

Desai et al. haben über ihre ersten Erfahrungen zur Roboter assistierten Adrenalectomie berichtet; hier wird man die Entwicklung und allgemeine Anwendung der Roboter-Technik in der Chirurgie abwarten müssen ⁴⁹.

Nach den Kriterien von „Evidence Based Medicine“ (EBM) kann die laparoskopische Adrenalectomie als etabliertes chirurgisches Vorgehen betrachtet werden (EBM Level III) ⁵⁴. Es sollte jedoch nicht zu einer Ausweitung der Indikation aufgrund von guten Erfahrungen mit der laparoskopischen Technik kommen ¹⁸.

In der eigenen Klinik wurde vor wenigen Monaten die erste transabdominelle „Single Port“ Adrenalectomie durchgeführt (Abb.1). Das Verfahren wird in einzelnen Zentren seit zwei Jahren überwiegend retroperitoneoskopisch angewandt, zum transabdominellen Vorgehen existieren bislang wenige Kasuistiken; die Vor- und Nachteile der einzelnen Vorgehensweisen werden in Zukunft zu prüfen sein.

Prognose

Wenige Arbeiten haben sich mit dem Spontanverlauf und der Prognose von Inzidentalomen beschäftigt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind auf der Basis unterschiedlicher Verlaufsbeurteilungen und Therapie-strategien mit einer daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft entstanden.

Barzon et al. haben im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung den Verlauf von 246 konsekutiven Patienten mit einem Inzidentalom der Nebenniere über einen Zeitraum von 15 Jahren untersucht. 91 Patienten wurden primär operiert (60 unilateral and 15 bilateral; medianer Durchmesser 2,5 cm; range 1,0 – 5,6), eine Gruppe von 75 Patienten wurden über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren endokrinologisch und bildmorphologisch (median 4 Jahre; range, 2-10) nachuntersucht. Das kumulative Risiko einer Größenzunahme des Inzidentaloms und einer endokrinen Aktivität lag bei 8 % und 4 % nach 1 Jahr, bei 18 % und 9,5 % nach 5 Jahren, und 22,8 % und 9,5 % nach 10 Jahren. Neun Risikofaktoren wurden empirisch gewählt und ausgewertet: Geschlecht, Alter, Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes, pathologische Hormonwerte, Tumorgröße, Tumorlokalisation und szintigraphische Befunde. Drei dieser Faktoren erreichten statistische Signifikanz: eine Tumorgröße von 3 cm oder mehr zum Zeitpunkt der Diagnose und ein positiver szintigraphischer Befund hatten einen prognostischen Wert hinsichtlich Auftreten einer Hormonproduktion, pathologische Hormonwerte zum Zeitpunkt der Diagnose hatten einen prädiktiven Wert für eine Größenzunahme ⁵¹.

Proye et al. untersuchten 579 Patienten, die zwischen 1970 und 1996 mit einem Nebennierentumor oder Hyperplasie vorgestellt wurden. 110 wurden ohne Operation beobachtet, 469 wurden operiert. Histologisch wurden bei den operierten Patienten 145 Phäochromocytome, 72 Cushing-Syndrome, 98 Aldosteronome, 21 virilisierende Tumore, 3 feminisierende Tumore, 98 hormoninaktive Tumore, 17 Metastasen, 7 Zysten und 15 Andere gefunden. Von den 98 hormoninaktiven Tumoren waren 79 Inzidentalome. Histologisch fanden sich bei den 103 operierten Inzidentalomen 55 Adenome, 12 benigne Phäochromocytome, 3 maligne oder suspekta Phäochromocytome, 8 zystische Lymphangiome, 4 Metastasen, 4 Angiome, 3 Ganglioneurome, 4 Myelolipome, 1 Hyperplasie, 2 Hämatomme, 2 Zysten und 5 adrenocorticale Karzinome. Kein Patient ist an den Folgen eines nicht erkannten Karzinoms verstorben. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass bei nachgewiesenem Inzidentalom primär ein Phäochromocytom ausgeschlossen werden muss, ein adrenocorticales Karzinom ist äußerst selten und wurde in 2 % der Fälle beobachtet. In der Schlussfolgerung wird eine eher zurückhaltende Indikationsstellung zur Operation empfohlen ⁵³.

Siren und Mitarbeiter haben den Verlauf von 30 Inzidentalomen bei 27 Patienten über einen medianen Nachbeobachtungszeitraum von sieben Jahren untersucht. In der Arbeit kommen die Autoren zu dem Schluss, dass bei kleinen hormoninaktiven Tumoren ein konservatives Vorgehen gerechtfertigt ist, es kommt nur zu einer sehr langsamen Größenzunahme, in keinem Fall wurde ein Malignom nachgewiesen ⁵².

Verlaufsuntersuchungen bei Patienten mit einem hormoninaktiven Inzidentalom haben gezeigt, dass 5 bis 25 % der Tumore im Verlauf eine Größenzunahme von mindestens 1 cm aufweisen werden. Der Grenzwert einer klinisch relevanten Größenzunahme ist nicht bekannt. Das Risiko einer malignen Entartung liegt bei 1 pro 1000. Man geht davon aus, dass ca. 20 % der hormoninaktiven

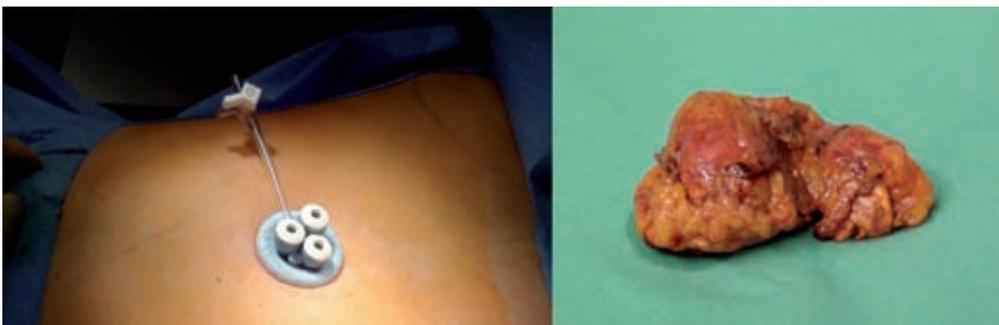


Abbildung 1: Transabdominelle „single Port“ Adrenalectomie bei einem hormoninaktiven Inzidentalom der linken Nebenniere

Tumore im weiteren Verlauf eine Hormonproduktion entwickeln werden, das Risiko ist größer bei Tumoren über 3 cm⁷.

Luton et al. haben in einer multiplen logistischen Regression aus den Daten von 88 Patienten das Alter, eine Tumorgöße über 6 cm und ein bilateraler Befund als Risikofaktoren für einen malignen Tumor ermittelt⁵⁴.

Zusammenfassung

Durch die breite Anwendung kontinuierlich verbesserter hoch auflösender bildgebender Verfahren werden zunehmend häufiger asymptomatische Raumforderungen unter anderem in der Nebenniere diagnostiziert. Diese Befunde stellen den behandelnden Arzt und den betroffenen Patienten vor unerwartete Befunde, die eine Abwägung zwischen einem beobachtenden und einem operativen Vorgehen erfordert. Die Schwierigkeiten liegen in den begrenzten Erfahrungswerten hinsichtlich Inzidenz, Prävalenz und natürlichem Verlauf.

Jedes Inzidentalom der Nebenniere sollte einer Hormondiagnostik unterzogen werden. Bei eindeutig hormonaktiven Tumoren ist prinzipiell eine

Operationsindikation zu stellen. Die Datenlage bezogen auf den Langzeitverlauf bei subklinischen adrenocorticalen Adenomen ist bislang unklar.

Entscheidend für die Frage ob eine operative Intervention indiziert ist, ist die Tumorgöße. Tumore unter 4 cm Durchmesser können beobachtet werden, hingegen sollten alle Tumore über 6 cm exstirpiert werden. Bei Tumoren zwischen 4 und 6 cm Durchmesser kann eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung der anderen klinischen und/oder laborchemischen Befunde getroffen werden.

Es muss festgehalten werden, dass aufgrund der Komplexität der Fragestellungen die Entscheidungsfindung nur interdisziplinär zwischen Endokrinologen, Radiologen und Chirurgen erfolgen sollte.

Die Frage des operativen Vorgehens sollte zugunsten eines laparoskopischen Verfahrens bei Tumoren bis 6 cm entschieden werden, bei Tumoren über 6 cm besteht weitgehend Konsens, diese durch eine Laparotomie zu entfernen. Hier wird die

Erfahrung zeigen, in welchem Ausmaß die Indikation zur Operation ausgeweitet werden kann oder sollte. Allerdings sollte allein die Möglichkeit eines potenziell unkomplizierten laparoskopischen Vorgehens bei Tumoren kleiner 4 cm nicht als Argument für die Indikationsstellung gelten.

Es ist davon auszugehen, dass die weitere Entwicklung und Anwendung hochauflösender bildgebender Verfahren zu einer Zunahme der Inzidenz von Inzidentalomen der Nebenniere führen wird. Die Fragen zu natürlichem Verlauf und Indikationsstellung müssen weiter kritisch beleuchtet werden⁷. In Zukunft müssen kontrollierte Untersuchungen den natürlichen Verlauf von Inzidentalomen klären, insbesondere bei subklinischen Befunden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Peter Lamesch
Klinikum St. Georg gGmbH
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Abteilung Endokrine Chirurgie
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig
E-Mail: Peter.Lamesch@sanktgeorg.de

Position der Bundesärztekammer zur PID

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes im vergangenen Jahr, wonach die Präimplantationsdiagnostik (PID) mittels Gewinnung und Untersuchung nicht mehr totipotenter Zellen rechtlich zulässig sei, liege es nun am Gesetzgeber, für die PID einen neuen rechtlichen Rahmen zu setzen. Die Bundesärztekammer hat sich intensiv mit der bevorstehenden Gesetzesentscheidung befasst, sagte Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Er verwies auf ein Memorandum, in dem eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer Vorschläge

zur Ausgestaltung einer möglichen gesetzlichen Regelung erarbeitet hat. „Das Papier wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Februar-Sitzung verabschiedet“, erklärte Schulze. Im Kern zeige das Memorandum medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der PID auf. „Demnach sollte es Ziel des Indikationsmodells sein, Paaren mit hohem genetischem Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der PID in bestimmten Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen“, so Prof. Dr. Schulze.

Die Bundesärztekammer wolle mit diesem Papier der gesetzlichen Regelung weder vorgreifen, noch diese beeinflussen. „Die Ärzteschaft will

aber Verantwortung übernehmen. Bei den Landesärztekammern angesiedelte PID-Kommissionen könnten vorab prüfen, ob die jeweils geplante PID den rechtlichen und standesrechtlichen Vorgaben entspricht“, sagte Prof. Dr. Schulze.

Die vollständige Fassung des Memorandums finden Sie im Internet unter www.baek.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Walter Siegenthaler

* 1923 † 2010



Am 24. Oktober 2010 verstarb nach langer schwerer Krankheit Prof. Dr. med. habil. Dr. h.c. Walter Siegenthaler. Prof. Dr. Siegenthaler war ein Vertreter der Inneren Medizin, der weit über den deutschsprachigen Raum das Fach der Inneren Medizin wesentlich mitgestaltete und prägte. Mit seinen Klassikern „Differenzialdiagnose der Inneren Medizin“ und „Klinische Pathophysiologie“ hat er bis zur Gegenwart mehrere Ärztegenerationen im In- und Ausland, nicht nur Internisten, gebildet und in der täglichen Arbeit begleitet. Als Hochschullehrer, Wissenschaftler, Arzt und Förderer des medizinischen Nachwuchses genoss er internationalen Ruf. Vielfältige Ehrungen und Auszeichnungen sind ihm zuteilge-

worden. Sein Lebenswerk als Direktor der Universitäts-Polikliniken Bonn und Zürich, Organisator von Kongressen, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen, Mitglied von Schriftleitungen, Fachgesellschaften, Stiftungen und Einrichtungen zur Forschungsförderung wurde in vielen Zeitschriften und Büchern bereits ausführlich gewürdigt. Aus der Vielzahl seien hier nur genannt: die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Gesellschaft für Fortschritte der Inneren Medizin.

Mit stets wachem Auge bewegte er sich im Spannungsfeld zwischen der Inneren Medizin als Gesamtheit und der Notwendigkeit und den Vorzügen einer Spezialisierung. Beides war ihm angesichts der Gefahr einer Verengung des klinischen Blickes durch eine zunehmende Spezialisierung unverzichtbar. So wurden in seiner Züricher Klinik die erste endoskopische Abtragung eines Kolonpolypen und durch den Sachsen A. Grüntzig die erste Koronardilatation durchgeführt. Bis in seine letzten Lebenstage verfolgte er höchst interessiert die neuesten Entwicklungen der Medizin.

Mit dem mitteldeutschen Raum war Prof. Dr. Siegenthaler auf vielfältige Weise verbunden. Er war „Dr. h.c.“ der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und Ehrenmitglied der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin. Die Tagungen dieser Gesellschaft hat er von Anbeginn mit Vorträgen

und als Sitzungsleiter mitgestaltet. Seine einwöchigen Besuche der Medizinischen Klinik in Chemnitz und später auch in Hoyerswerda werden allen, die dabei das Privileg hatten, ihn aus nächster Nähe zu erleben, in guter Erinnerung bleiben. Seine engagierte Teilnahme an Visiten, Patientenvorstellungen und regionalen Fortbildungsveranstaltungen offenbarten seine intellektuelle Neugier auch auf regionaler Ebene. Selbst private Kümernisse einzelner Kollegen waren ihm wichtig. Akademische Arroganz war ihm fremd, vielmehr zeichnete er sich durch Bescheidenheit und Genügsamkeit aus.

Immer war er an der medizinischen Entwicklung und am Menschen interessiert. Förderung und Motivation junger Kollegen waren ihm Herzenssache. Mit unerschöpflichem Fleiß, strenger Disziplin, absoluter Pünktlichkeit, Korrektheit, Verlässlichkeit und Fürsorge für den anderen war er allen Vorbild.

Es entsprach der Ernsthaftigkeit seiner Lebensführung, dass er seinem nahen Tod gefasst entgegen sah und alles damit Zusammenhängende und darüber Hinausgehende im Voraus sorgfältig regelte. Ein herausragender Vertreter der Inneren Medizin, ein bedeutender Wissenschaftler, begnadeter Hochschullehrer, Arzt, Förderer des medizinischen Nachwuchses und liebenswerter Mensch ist von uns gegangen.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch,
Chemnitz

Nachruf für Jürgen Dreher

Am 27. Dezember 2010 verstarb im Alter von 76 Jahren Herr Jürgen Dreher, langjähriger Chefredakteur des „Ärztblatt Baden-Württemberg“ und Leiter der Ärztlichen Pressestelle der Landesärztekammer sowie Leiter der ehemaligen Pressestelle der Heilberufe Baden-Württemberg.

Herr Jürgen Dreher wurde am 20. Oktober 1934 in Ostpreußen (Memel) geboren. Aufgewachsen ist er in einem schwäbisch-evangelischen



Pfarrhaus, was auf sein Leben und Wesen nicht ohne Einfluss geblieben ist. Der Beruf des Journalisten hat ihn früh interessiert. Zur Vorbereitung darauf hat er nach dem Abitur an den Universitäten Freiburg und Tübingen Naturwissenschaft, Geschichte und Philosophie studiert. Danach hat er für die Westdeutsche Allgemeine Zeitung, für die Neue Ruhr-Zeitung und unter Prof. Dr. h.c. Josef Eberle in der Wissenschaftsredaktion der Stuttgarter Zeitung gearbeitet. Seit 1978 war Jürgen Dreher fester Mitarbeiter beim „Ärztblatt Baden-

Württemberg“ und zugleich hauptamtlicher Journalist in der Pressestelle der Heilberufe Baden-Württemberg, ab 1982 Leiter der Pressestelle, von 1986 bis 2007 Chefredakteur des „Ärztblatt Baden-Württemberg“ und 1990 übernahm er die Leitung der Ärztlichen Pressestelle bis zum Beginn seines Ruhestands Ende 1999.

Nach der Wiedervereinigung half er mit beim Aufbau des „Ärztblatt

Sachsen“ und war seit dessen Gründung – auch emotional – diesem sehr verbunden.

Er betrachtete die erfolgreiche Gründung des „Ärztblatt Sachsen“ stets als einen Höhepunkt seiner beruflichen Laufbahn. Jürgen Dreher übernahm nach dem Ausscheiden der bisherigen Redakteurin, Frau Burgi Trommer, die Chefredaktion von 1991 bis 1993 und hatte für 25 Ausgaben des „Ärztblatt Sachsen“ die

redaktionelle Verantwortung. Gern erinnern wir uns an die monatlichen Redaktionssitzungen, zu denen Herr Dreher aus Stuttgart regelmäßig anreiste und dem Redaktionskollegium mit seinem profunden journalistischen Wissen mit Rat und Tat zur Seite stand.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
im Namen des Redaktionskollegiums
„Ärztblatt Sachsen“

Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte

Fünfte gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe Perinatologie/Neonatalogie und der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V.

Nur durch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die bestmögliche Betreuung von Mutter und Kind vor, unter und nach der Geburt gelingen.

Unter dieser Prämisse stand auch die diesjährige Veranstaltung am 26. Januar 2011, zu der klinisch und außerklinisch tätige Hebammen, Geburtshelfer, Neonatologen und Gäste im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer zusammentrafen.

Nach der Begrüßung der Teilnehmer durch die Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, und die Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes, Frau Grit Kretschmar-Zimmer, begann das wissenschaftliche Programm.

Im ersten Vortrag referierte Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz) über Wiederaufnahme ehemaliger Neugeborener nach Frühentlassung. In den letzten zehn Jahren wurde die postpartale Verweildauer der Mütter von fünf auf knapp vier Tage verkürzt. Die Aufnahmen aus dem häuslichen Milieu nahmen entsprechend von 205 Kindern im Jahr 2000 auf 366 im Jahr 2008 zu und waren erstmalig mit 289 Kindern im Jahr 2009 rückläufig. Bei mehr als der Hälfte der Kinder erfolgte die Klinikeinwei-

sung nach dem vierten Lebenstag und bei 60,9 Prozent der Fälle wurden die Diagnosen „Hyperbilirubinämie“ oder „Ernährungsprobleme“ dokumentiert. Notwendige Verbesserungen in der Nachbetreuung durch Hebammen und Kinderärzte werden damit sichtbar. Aus diesem Grund wurde dann die im Netzwerk Junge Familie aktuell erarbeiteten einheitlichen Empfehlungen zum Stillen, Einsatz von Fertignahrungen, Breifütterung und die Notwendigkeit von Vitamin K, Vitamin D und Fluorid bei der Säuglingsernährung vorgebracht (Deutsches Ärztblatt vom 10. Januar 2011).

Anschließend berichtete in einem Übersichtsreferat Rico Hölzel (Chemnitz) über den aktuellen Wissensstand der neonatalen Hyperbilirubinämie. Ziel aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist die Vermeidung eines Kernikterus beziehungsweise einer Bilirubinenzephalopathie, die zu bleibenden Hirnschäden oder gar zum Tode führen können. Zur Diagnostik hat sich die unblutige transkutane Bilirubinbestimmung als punktuelle Verlaufskontrolle bewährt. Jeder sichtbare Ikterus bedarf der Kontrolle, wobei ab Werten von 250 µmol/l (15 mg/dl) in jedem Fall blutige Messungen erforderlich sind. In der aktuellen Leitlinie der Fachgesellschaften vom März 2010 ist die notwendige Therapie vorgegeben. So ist bei reifen Neugeborenen (=> 38 Schwangerschaftswochen) ohne Risiken im Alter von 72 Stunden bei Bilirubinwerten ab 340 µmol/l (20 mg/dl) die Phototherapie (Blaulichtbestrahlung) erforderlich, bei zusätzlichen Belastungen

unter anderem bei verkürztem Gestationsalter, positiven Coombstest oder Auftreten des Ikterus vor der 72. Lebensstunde bereits schon bei niedrigeren Bilirubinwerten. Bei Klinikentlassung ist der aktuelle Bilirubinwert im Vorsorgeheft zu dokumentieren und falls erforderlich, sind weitere ambulante Kontrollen mit den Kindeseltern zu besprechen.

Danach sprach Andrea Hilpmann, freiberuflich tätige Hebamme im Vogtland und Beauftragte für Familienhebammen des sächsischen Hebammenverbandes, über die Ausbildung zur Familienhebamme. Diese betreuen Schwangere, Mütter und ihre Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, die besonderen medizinischen, sozialen und psychosomatischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Ausbildung zur Familienhebamme erfordert vor allem zusätzliches psychosoziales Fachwissen. Das hierzu benötigte Zertifikat kann auch in Sachsen erworben werden. Problematisch ist nach wie vor die Finanzierung der Familienhebammen, da in Sachsen zurzeit noch keine Vorgaben für eine kommunale Vergütung existieren.

Ziel der gegenwärtig tätigen Familienhebammen ist der Aufbau eines regionalen und überregionalen Netzwerkes, in dem die Jugend- und Sozialämter sowie andere Hilfsorganisationen und soziale Einrichtungen einbezogen sind.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden geburtshilfliche Themen referiert.

Dr. med. Alexander Jank (Leipzig) sprach über die Probleme der Mehrlingsschwangerschaft.

Der sächsischen Perinatalerhebung ist zu entnehmen, dass besonders die Zwillingsschwangerschaften in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. So ist 2009 gegenüber 2008 eine Zunahme der Geminischwangerschaften in Sachsen um 20 Prozent (545 gegenüber 452) zu verzeichnen. Dies ist epidemiologisch und medizinisch bedeutungsvoll, da diese eine deutlich höhere prä-, peri- und neonatale Mortalität und Morbidität im Vergleich mit Einlingschwangerschaften aufweisen. Die wesentlichen Risiken sind die Frühgeburtlichkeit, Wachstumsdiskordanz, Fehlbildungen/chromosomale Aberrationen, Nabelschnurkomplikationen, feto-fetales Transfusionsyndrom (FFTS) und die intrapartale Morbidität des zweiten Zwilling. Besonders gefährdet sind monochoriale Zwillinge. Aber auch mütterliche Komplikationen, wie Präeklampsie, Gestationsdiabetes und Blutungen treten bei Zwillingsschwangerschaften häufiger auf. Für das rechtzeitige Erkennen und für die Betreuung einer Zwillingsschwangerschaft hat die qualifizierte Ultraschalldiagnostik im ersten und zweiten Trimenon den höchsten Stellenwert. Nur durch eine exakte Ultraschallerstuntersuchung im ersten Trimenon ist die Definition der Chorionizität möglich. Die weiteren Untersuchungen ermöglichen das frühzeitige Erkennen des FFTS, den Ausschluss von Fehlbildungen, der fetalen Wachstumsretardierung und über die Messung der Zervixlänge eine Beurteilung des Frühgeburtsrisikos. Die Betreuung von Mehrlingschwangerschaften erfordert eine enge Zusammenarbeit von Pränatalmedizinerinnen, Geburtshelfern und Neonatologen. Dr. med. Gabriele Kamin (Dresden) erläuterte dann ausführlich



Dr. med. habil. Reinhold Tiller,
Vorsitzender der AG Peri-/Neonatalogie

und praxisbezogen den selten auftretenden geburtshilflichen Notfall einer Schulterdystokie. Es handelt sich dabei um ein für den Feten vital bedrohlichen Geburtsstillstand nach der Geburt des Kopfes.

Besonders bei makrosomen Feten mit einem Gewicht > 4000 g, häufiger bei Frauen mit einem Diabetes mellitus (auch Gestationsdiabetes) und mütterlicher Adipositas (Körpergewicht > 125 kg) auftretend ist das Risiko für eine solche Komplikation erhöht. Trotz alledem tritt sie in der Hälfte der Fälle auch bei Kindern < 4000 g Geburtsgewicht auf. Intrapartale Risikofaktoren sind eine verlängerte Austreibungsperiode, frühzeitiges Kristellern und vaginal-operative Entbindung von Beckenmitte. Die betroffenen Feten sind vital gefährdet durch die entstehende Asphyxie, durch Knochenfrakturen und neurologische Komplikationen auf Grund der erforderlichen manuellen Manöver (obere und untere Plexuslähmung bis zu Wurzelaabrissen) mit bleibender Lähmung. Bei den Müttern sind mit starkem Blutverlust einhergehende Weichteilverletzungen und die traumatische Uterusruptur gefürchtet. Bei Verdacht auf Makrosomie sollte die vorzeitige Geburtseinleitung in der 38. Schwangerschaftswoche erwogen werden, gute Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus und großzügige Sektioempfehlung bei Zustand nach Schulterdystokie sind weitere präventive Maßnahmen. Das Beherrschen der geburtshilflichen Maßnahmen und der Handgriffe zur Lösung einer Schulterdystokie ist nur durch regelmäßiges Training möglich. Jede Klinik sollte einen Managementplan für Akutsituationen haben und mit allen Beteiligten kommunizieren. Neben



Andrea Hilpmann, freiberufliche
Hebamme

einer Reihe anderer Maßnahmen zur Lösung der Schulter wird das McRoberts-Manöver in Kombination mit suprasymphysärem Druck als Methode der ersten Wahl besonders betont.

Dr. med. Sven Hildebrandt (Dresden) befasste sich dann aus Sicht von Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis mit dem geburtshilflichen Notfall unter außerklinischen Bedingungen.

Um das Notfallrisiko zu minimieren, steht an erster Stelle eine verantwortungsbewusste Risikoselektion der Schwangeren, die eine außerklinische Geburt wünschen. Am Beispiel einer Plazentalösungsstörung mit nachlassendem Uterus-Tonus und zunehmender Blutung wurden die Rettungskette und die dabei auftretenden Probleme besprochen. Einrichtungsbezogene Notfall-Leitlinien, verbunden mit einem regelmäßigen Notfalltraining sind unabdingbar. Gemeinsame Notfallübungen mit Notärzten, Rettungssanitätern, dem kinderärztlichen Notdienst und den Verlegungskliniken sichern im Notfall das schnelle situationsgerechte Handeln und dienen dem Schutz der werdenden Mütter und deren Neugeborenen bei der außerklinischen Geburt.

Abschließend dankten Frau Grit Kretschmar-Zimmer und der Moderator, Dr. Reinhold Tiller, den Referenten für deren interessante Vorträge und dem Team der Projektgeschäftsstelle unter Leitung von Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser für die gute Vorbereitung und Organisation der diesjährigen Veranstaltung.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie

Ärzteblatt Sachsen 3/2011



Glitzzone

„Ärzteblatt Sachsen“,
Heft 11/2010, Seite 598

Sehr geehrter Kollege Dr. Verlohren, vielen Dank für Ihre Mitteilung, dass wir das (völlig zu Recht) aus dem Verkehr gezogene Avandia durch Pioglitazon ersetzen können. Da wären wir nie drauf gekommen. Aber: Noch besser wäre es gewesen, wenn Sie die Kollegen auf das letzte Heft von „KVH aktuell“ (August 2010) mit dem sehr guten, evidenzbasierten und selten klar formulierten Artikel: „Was hilft Ihren Diabetikern wirklich“ verwiesen hätten. Ein Wegweiser zur guten, wirtschaftlichen und nebenwirkungsarmen Diabetes-Therapie!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Gerhard Barthe,
Naustadt

Sehr geehrter Herr Kollege Barthe, ich bedanke mich für Ihren Brief, den Sie auf unseren im „Ärzteblatt Sachsen“ publizierten Artikel zur Glitzzoneproblematik geschickt haben und der mir zugestellt worden ist. Hiermit darf ich Ihnen eine kurze Replik zukommen lassen! Wir befinden uns in einer schwierigen Situation, weil allein in diesem Jahr durch mehrere gesundheitspolitisch relevante Beschlüsse eine allgemeine Verunsicherung dahingehend eingetreten ist, was vom Markt genommen wurde (Rosiglitazon; durch die EMA beschlossen), aus der Erstattung der gesetzlichen Krankenkassen herausgenommen worden ist unter Beibehalt des Präparates auf dem Markt (Pioglitazon), was dem Bundesgesundheitsministerium durch den GBA zur Herausnahme aus der Erstattung anempfohlen worden ist (Glinide), die Erstattung aber durch Einspruch des Gesundheitsministeriums vorerst unter Beachtung der Zulassungsbedingungen ausdrücklich weiter ermöglicht wird, u.a.m. Als Mitglied der Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) und als Vorsitzen-

der der Diabeteskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) weiß ich um die großen Verunsicherungen, die diese und andere Entscheidungen verschiedener Gremien verursacht haben. Sicherlich beschäftigt sich nicht jeder Kollege so intensiv – wie Sie es tun – mit diesen gesundheitspolitischen Fragen. Deshalb erschien es uns aus Gründen der Kollegialität und der Verpflichtung unseren Patienten gegenüber erforderlich, hier ein Statement abzugeben.

In Ihrem kurzen Schreiben wiesen Sie auf die Notwendigkeit der Evidenzbasierung unserer Aktivitäten/Empfehlungen hin.

Wie Sie mit dem Heft 11/2008 des „Ärzteblattes Sachsen“ erfahren konnten, beschäftigt sich die Fachkommission Diabetes der SLÄK sehr intensiv mit dieser Thematik. Nach einem grundsätzlichen und zur Thematik einleitenden Beitrag (1) haben wir uns am Beispiel der Diabetesbehandlung in diesem Heft sehr ausführlich mit dieser Thematik auseinandergesetzt (2).

Der von Ihnen zitierte Artikel (KVH aktuell 15. Jahrgang, H. 3. August 2010, als Beilage in den KVS-Mitteilungen verbreitet) ist nun leider kein Paradestück, um als Beispiel für die korrekte Anwendung des Prinzips der evidenzbasierten Medizin auf diabetologischem Gebiet herangezogen zu werden. Dazu haben wir uns aus vergleichbarem Anlass bereits geäußert (3).

Wie problematisch der Umgang mit der Thematik der Evidenzbasierung gehandhabt wird, können Sie außerdem aus den Ihnen vorliegenden oder zugegangenen Beiträgen ableiten, die ich in einem kurzen Literaturverzeichnis diesem Schreiben anfüge (4, 5, 6, 7).

Sicherlich haben Sie auch die 11. Auflage der Praxisleitlinie „Diabetes mellitus Typ 2“ (8) in die Hände bekommen, die von der Fachkommission Diabetes der SLÄK im Februar dieses Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt worden ist. Alle Argumente, die unter anderem in dem von Ihnen zitierten Artikel angeführt worden sind, fanden in diesem Leitlinienheft und in der dem heutigen

Schreiben angefügten Literatur Berücksichtigung sowie eine kritische Wertung.

Ich erspare mir deshalb eine Wiederholung der bereits gedruckt vorliegenden Argumente und Gegenargumente.

Es ist sicherlich nicht hilfreich, uns gegenseitig mit polemischen Formulierungen zu konfrontieren. Die Manigfaltigkeit der ungeklärten Probleme infolge methodischer Schwächen von Studien, die nicht unserem Erfahrungsbereich entstammen, sowie die nahezu ausufernden neuen therapeutischen Möglichkeiten gemahnen uns zur Kollegialität in der Argumentation. Dazu gehört auch die Anerkennung, dass ein korrekter Umgang mit Studienaussagen etwas komplizierter ist, als mancherorts angenommen.

Sehr geehrter Herr Kollege! Ich versichere Ihnen, dass wir stets für konstruktive Hinweise dankbar waren und auch in Zukunft sein werden.

Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren,
Leipzig

Literatur:

- 1.) Kunath, H.: Wie evident ist die evidenzbasierte Medizin? Ärzteblatt Sachsen 11/2008, 556-558
- 2.) Rothe, U., Verlohren, H.-J., Pawlick, I., Schulze, J.: Wie evident ist die evidenzbasierte Medizin am Beispiel der Diabetologie? Ärzteblatt Sachsen 11/2008, 559-566
- 3.) Verlohren, H.-J., Scholz, G. H., Verlohren, M., Schulze J., Rothe, U.: Therapie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Von der ärztlichen Verpflichtung einer normnahen Stoffwechseleinstellung Diabetes aktuell 2010, Heft 2, 72-76
- 4.) Verlohren, H.-J., Verlohren, M., Schulze, J., Scholz, G. H., Schönauer M., Rothe U.: Normnahe Stoffwechselführung mit adäquaten Methoden bereits ab Diabetesmanifestation – eine Hauptforderung nach ACCORD und ADVANCE KVS-Mitteilungen Heft 7-8, 2008, 7-9
- 5.) Verlohren, H.-J., Verlohren, M., Schulze, J., Scholz, G.H., Schönauer, M., Rothe U.: Vom Umgang mit wissenschaftlichen Daten in der praktischen ärztlichen Tätigkeit – der aktuelle Wissensstand über notwendige Qualität in der Betreuung unserer Diabetiker KVS-Mitteilungen, 10/2008, 7-9
- 6.) Krug, J., Steindorf, J., Rothe, U., Lohmann, T.: Empfehlungen zur Weiterverordnung von Pioglitazon als Einzelfallentscheidung und Umstellungsempfehlungen. Ärzteblatt 2010 (Im Druck)
- 7.) Rothe, U., Verlohren, H.-J., Scholz, G.H., Schulze, J.: Neue Praxis-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2 in Sachsen – Therapieempfehlungen für Ärzte. Diabetes aktuell 2010,8(7): 231-217
- 8.) Schulze, J. u. a.: Praxis-Leitlinie der Fachkommission Diabetes SLÄK, Diabetes mellitus Typ 2, 11. Auflage 2010 Praxisleitlinie Diabetes mellitus Typ 2, 11. Auflage, 2009/2010

Unsere Jubilare im April 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.04. Dr. med. Neubert, Hasso
08371 Glauchau
- 02.04. Dipl.-Med. Böhringer, Jens
09131 Chemnitz
- 02.04. Dipl.-Med. Einert, Michael
04720 Döbeln
- 02.04. Dipl.-Med. Flämig, Thomas
02906 Niesky
- 03.04. Dr. med. Schubert, Hajo
09350 Lichtenstein
- 03.04. Dr. med. Wilhelm, Sigrun
01259 Dresden
- 04.04. Dr. med. Dude, Gudrun
01778 Geising
- 08.04. Dr. med. Riemer, Nori
01328 Dresden
- 10.04. Dr. med. Parthum, Birgit
08412 Werdau
- 12.04. Grütze, Larissa
09599 Freiberg
- 12.04. Platner, Maria
09217 Burgstädt
- 13.04. Dr. med.
Hofmann, Wolf-Hago
09120 Chemnitz
- 15.04. Dipl.-Med. Gerlach, Eva
09423 Gelenau
- 17.04. Dr. med. Kirchner, Barbara
04109 Leipzig
- 19.04. Dipl.-Med. Elsner, Anette
08107 Kirchberg
- 19.04. Dr. med.
Hwaidi, Mohammed
04249 Leipzig
- 20.04. Dipl.-Med. Kanzler, Martina
09456 Annaberg-Buchholz
- 23.04. Dr. med. Böhme, Heidrun
04668 Großbothen
- 23.04. Dipl.-Med. Rentsch, Ulrike
02827 Görlitz
- 24.04. Dr. med. Lüdecke, Gerd
08239 Bergen
- 28.04. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Ebert, Dietrich
09131 Chemnitz
- 28.04. Dr. med. Kamin, Gabriele
01279 Dresden
- 29.04. Dipl.-Med. Hösel, Gisela
08297 Zwönitz
- 29.04. Dr. med. Kraus, Marian
59557 Lippstadt
- 30.04. Dr. med. Wolz, Gabriele
02977 Hoyerswerda

65 Jahre

- 03.04. Dr. med. Meichsner, Andreas
09573 Dittmannsdorf
- 03.04. Dipl.-Med. Wächter, Eva
01219 Dresden
- 10.04. Dr. med. Meier, Christel
01219 Dresden
- 10.04. Dipl.-Med. Stibenz, Angela
09232 Hartmannsdorf
- 12.04. Dr. med. Wegener, Steffen
09249 Taura
- 23.04. Dr. med.
Demmler, Wolfgang
04435 Schkeuditz
- 23.04. Dr. med. Müller, Wolfgang
01877 Bischofswerda
- 24.04. Dipl.-Med. Hanisch, Regina
08141 Reinsdorf
- 25.04. Dr. med. Schade, Jochen
04105 Leipzig
- 25.04. Dr. med. Schubert, Thomas
09353 Oberlungwitz
- 26.04. Schindler, Christine
01326 Dresden

70 Jahre

- 01.04. Dr. med. Rost, Erika
01326 Dresden
- 01.04. Dr. med. Schmitzer, Rüdiger
08209 Auerbach
- 02.04. Dr. med. Busch, Renate
04808 Hohburg
- 02.04. Dr. med. Hecht, Astrid
09127 Chemnitz
- 02.04. Dr. med. Schippel, Bernhard
09477 Steinbach
- 02.04. Dr. med.
Schwenke, Annerose
04821 Brandis-Waldsteinberg
- 02.04. Dr. med. Steinke, Gisela
08451 Crimmitschau
- 03.04. Dr. med. Kratzsch, Elke
04229 Leipzig
- 04.04. Dr. med. Voigt, Renate
09113 Chemnitz
- 07.04. Scheibe, Peter
04316 Leipzig
- 08.04. Dr. med. Rockel, Ingrid
09127 Chemnitz
- 09.04. Bicker, Waldemar
04229 Leipzig
- 09.04. Dittmann, Irene
01844 Neustadt
- 10.04. Dr. med. Clemen, Gisela
04277 Leipzig
- 10.04. Dr. med. Joswig, Hartmut
01796 Pirna
- 11.04. Dr. med. Kappel, Manfred
04277 Leipzig

- 11.04. Dr. med. Neumerkel, Monika
09429 Wolkenstein
- 12.04. Dr. med. Naumann, Christa
08459 Neukirchen
- 12.04. Reichelt, Joachim
04769 Mügeln
- 13.04. Dr. med. Henjes, Frank
04860 Torgau
- 13.04. Dr. med. Kranz, Renate
01796 Pirna
- 13.04. Dr. med. Radke, Karl-Heinz
08321 Zschorlau
- 13.04. Dr. med. Reuter, Wolfgang
04643 Geithain
- 14.04. Dr. med. Beer, Uta
08523 Plauen
- 14.04. Dr. med. Goy, Helmut
09131 Chemnitz
- 14.04. Dr. med. Schneider, Gertrud
02625 Bautzen
- 16.04. Dr. med. Radestock, Armin
04651 Bad Lausick
- 17.04. Dr. med. Beuthin, Arnulf
01277 Dresden
- 17.04. Dr. med. Conradt, Armin
04416 Markkleeberg
- 17.04. Dr. med. Feyer, Bernd
04758 Oschatz
- 17.04. Dr. med.
Hoffmann, Burkhard
08060 Zwickau
- 17.04. Dr. med. Müssig, Ilona
01259 Dresden
- 18.04. Dr. med. Bennek, Hella
04316 Leipzig
- 21.04. Dr. med. Döge, Brigitte
09131 Chemnitz
- 21.04. Thierfelder, Bernd
09366 Stollberg
- 22.04. Dr. med.
Böhme, Marie-Luise
01219 Dresden
- 22.04. Nali, Liese-Wera
08064 Zwickau
- 22.04. Dr. med. Schumann, Ulrich
01796 Pirna
- 23.04. Dr. med.
Sellentin, Wolfgang
01558 Großenhain
- 25.04. Dr. med. Freund, Hannelore
01326 Dresden
- 25.04. Gulyas, Helga
08066 Zwickau
- 25.04. Simon, Irmgard
08280 Aue
- 27.04. Dr. med. Adolph, Jutta
01324 Dresden
- 27.04. Dr. med. Ahnert, Gertraud
04155 Leipzig

- 29.04. Dr. med. Bergstädt, Falk
04207 Leipzig
- 29.04. Dr. med. Petzold, Barbara
04159 Leipzig
- 30.04. Dr. med. Hofmann, Ute
08645 Bad Elster
- 30.04. Dr. med. Kramer, Johanna
04159 Leipzig
(Lützschena-Stahmeln)

75 Jahre

- 01.04. Prof. Dr. med. habil.
Dietrich, Jürgen
04105 Leipzig
- 05.04. Dr. med. Fache, Irmgard
01471 Radeburg
- 05.04. Dr. med. Nehler, Christel
09130 Chemnitz
- 06.04. Al-Biladi, Sadik
09007 Chemnitz
- 07.04. Dr. med. Müller, Inge
08060 Zwickau
- 08.04. Dr. med. Grau, Brigitte
04155 Leipzig
- 08.04. Dr. med. Wenske, Jürgen
02826 Görlitz
- 12.04. Dr. med. Zöbisch, Friedrich
04420 Markranstädt
- 14.04. Prof. Dr. med. habil.
Franke, Wolf-Gunter
01187 Dresden
- 15.04. Schumann, Günter
01705 Freital
- 20.04. Dr. med. Leipart, Brigitte
09127 Chemnitz
- 20.04. Dr. med. Reinhardt, Marga
04157 Leipzig
- 22.04. Dr. med. Otto, Manfred
01462 Gohlis
- 23.04. Dr. med. Bischoff, Dieter
02797 Kurort Oybin
- 24.04. Dr. med. Bock, Manfred
09127 Chemnitz
- 24.04. Gergardt, Elena
04318 Leipzig
- 24.04. Dr. med. Jährig, Volker
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.04. Dr. med. Horn, Günther
02708 Löbau
- 26.04. Dr. med. Leipner, Volkmar
01558 Großenhain
- 28.04. Dr. med. Seeling, Regina
08538 Weischlitz

80 Jahre

- 02.04. Dr. med.
Waurick, Astrid-Alexandra
04668 Großbothen

- 04.04. Mikrenska, Stefana
04103 Leipzig
- 11.04. Dr. med. Neumann, Günther
01309 Dresden
- 14.04. Dr. med. Mydlak, Joachim
04107 Leipzig
- 21.04. Dr. med. Bartsch, Sonja
01217 Dresden

81 Jahre

- 01.04. Dr. med. Vetter, Gerhard
08468 Reichenbach
- 03.04. Dr. med. Christoph, Irene
02625 Bautzen
- 08.04. Schleier, Christa-Maria
08112 Wilkau-Haßlau
- 17.04. Decker, Marga
08056 Zwickau
- 17.04. Dr. med.
Frank, Marta-Dorit
01662 Meißen
- 17.04. Dr. med.
Lehmann, Dorothea
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 26.04. Prof. Dr. med. habil.
Scheuch, Dieter
01326 Dresden

82 Jahre

- 01.04. Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
- 19.04. Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden

83 Jahre

- 01.04. Dr. med. Standar, Horst
04277 Leipzig
- 16.04. Dr. med. Böttcher, Lotte
09127 Chemnitz
- 23.04. Dr. med. Langer, Christoph
08107 Kirchberg
- 26.04. Dr. med. Dix, Christa
09232 Hartmannsdorf
- 26.04. Dr. med. Trautwein, Hans
01920 Haselbachtal

84 Jahre

- 03.04. Dr. med. Zerres, Maria
04299 Leipzig
- 22.04. Dr. med. habil.
Voigt, Günther
09113 Chemnitz

85 Jahre

- 03.04. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Detlef
01324 Dresden
- 29.04. Dr. med. Glöckner, Hellmut
09618 Brand-Erbisdorf

86 Jahre

- 12.04. Dr. med. Pilz, Elisabeth
02827 Görlitz
- 23.04. Dr. med. Ziesche, Helmut
02625 Bautzen

87 Jahre

- 02.04. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla

89 Jahre

- 18.04. Koitschew, Koitscho
01309 Dresden

91 Jahre

- 15.04. Dr. med. Fischer, Wolfgang
04425 Taucha
- 28.04. Dr. med. Kolbe, Christel
01099 Dresden
- 29.04. Dr. med.
Schubardt, Ingeborg
08645 Bad Elster

92 Jahre

- 05.04. Dr. med.
Altekrüger, Hildegard
09648 Mittweida

93 Jahre

- 23.04. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau

94 Jahre

- 18.04. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch in diesem Jahr soll es wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Promotionsbüro
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Julius Mosen



Julius Mosen (Das Vogtland und seine Nachbargebiete, Plauen, 1913) nach einem Ölgemälde von J. K. Bähr, Dresden, 1837. Das Original ist im Besitz des Vogtlandmuseums Plauen.

Der vogtländische Dichter, Hofrat Dr. phil. h.c. Julius Mosen und sein 20-jähriges Siechtum

Unvergessen

An Julius Mosen erinnern in Marieney die „Julius-Mosen-Gesellschaft e.V.“ und die Mosenbüste auf dem Friedhof, in Oelsnitz/V. das „Julius-Mosen-Gymnasium“, in Plauen die Mosen-Sammlung im Vogtlandmuseum, eine Büste im Stadtzentrum und die Mosenstraße, auf dem Eisenberg bei Jocketa der Mosenturm, in Dresden eine Mosenstraße und in Oldenburg ein „Julius-Mosen-Platz“ mit Mosendenkmal und das erhaltene Grab auf dem Gertrudenfriedhof.

Neuere Mosen-Biografien erschienen 1995 (F.F.Stapf) und 2003 (D. Seidel).

Dichter, Rechtsanwalt und Dramaturg

Als Sohn des Johann Gottlob Moses, Schulmeister und Kantor in Marieney, kam Julius August Moses am 8. Juli 1803 vor seinen fünf Geschwistern zur Welt. Schon als Schüler in Oelsnitz und am Gymnasium in Plauen offenbarte er sein Talent zum Dichten. 1822 begann er ein Jurastudium in Jena, welches er 1828 mit der Zulassung als Rechtsanwalt und Notar durch die Juristische Fakultät der Universität Leipzig (GSA = Goethe-Schiller-Archiv Weimar; 67/118)

abschluss. Der Wechsel von Jena nach Leipzig erfolgte nach einer längeren Italienreise.

Von Natur- und Heimatliebe, Patriotismus und Romantik durchdrungen schuf er Gedichte, Lieder, Epen und Tragödien sowie seinen einzigen Roman „Der Congreß von Verona“. Bühnenstücke, wie „Der Sohn des Fürsten“, „Herzog Bernhard von Weimar“ oder „Otto III.“ sind heute vergessen, nicht aber seine Polenlieder oder auch das „Andreas-Hofer-Lied“. Nach einem Kanzlei praktikum in Markneukirchen verließ er im Herbst 1830 das Vogtland, ging nach Kohren und war von 1835 bis 1844 in Dresden als Rechtsanwalt in eigener Kanzlei tätig. 1841 hatte er die Pflegetochter des ehemaligen königlichen Leibarztes Dr. Kreysig, Wilhelmine Jungwirth, geheiratet, die ihm 1841 Sohn Erich und 1843 Sohn Reinhard zur Welt brachte. Allerdings war er schon Vater geworden, denn aus der Liebe zu Christiane Wilhelmine Schatz wurde im Januar 1831 in Markneukirchen Mathilde Carolina geboren. Es ist nicht bekannt, ob sie jemals ihrem Vater ins Gesicht sehen konnte, denn dieser mied bis an sein Lebensende einen Besuch in Markneukirchen oder Marieney.

Mit Mosen als Künstlernamen nannte sich der Dichter seit seiner Studenzeit in Leipzig (GSA 67/115), benutzte diesen auch als Rechtsanwalt in amtlichen Papieren 1841. Zu nennen dafür sind sein Testamentsentwurf vom Januar 1841 (ohne darin seine damals 10-jährige Tochter aufzuführen, laut GSA 67/122) und Gerichtsakten vom Juni 1841 im Prozess gegen Gräfin Auguste Charlotte von Kielmannsegge. Der von ihm beantragten Namensänderung, mit der er jeglichen Verdacht auf jüdische Abstammung abwenden wollte, war erst 1844 (Kirchenbucheintrag: gemäß „Hoher Kreis – Direktionsverordnung – Zwickau“) stattgegeben worden.

Für sein dichterisches Schaffen und sein Bemühen um die Reformierung des deutschen Theaters hatte ihm die Philosophische Fakultät der Universität Jena 1840 die Ehrendoktorwürde „Dr. phil. h.c.“ verliehen (GSA 67/109).

In Dresden hatte Mosen einen großen Freundeskreis, dem Männer wie Richard Wagner, Gottfried Semper, Ludwig Uhland und Robert Schumann angehörten. Trotzdem wollte er weg von Dresden, denn Kanzleiarbeit, dichterisches Schaffen und die junge Familie überforderten ihn. Die Gelegenheit zum Ortswechsel bot ihm der Großherzog von Oldenburg, der ihm den Titel „Hofrat“ verlieh und ihn als Dramaturg an sein Hoftheater in Oldenburg berief. Im Mai 1844 zog die Familie Mosen nach Oldenburg. Das Ziel von Dr. Julius Mosen war es, in Oldenburg eine deutsche Musterbühne zu schaffen. Seine Tätigkeit war sehr erfolgreich, aber kurz.

Mit „Don Johann von Österreich“ kam sein letztes Drama auf die Oldenburger Bühne, dann folgte sein eigenes Drama, ein 20-jähriges Siechtum.

Leidensweg

Es gibt keine von medizinischer Hand geschriebene Krankengeschichte, aber aus der reichhaltigen Literatur über Julius Mosen lassen sich Angaben als anamnestiche Notizen zu einem Gesamtbild vereinen.

Dezember 1837

In Dresden war der Lithograph und Kunstschriftsteller Friedrich Pecht zu Gast und traf Julius Mosen, „dessen tragisches Schicksal in seinem mulatentartigen Gesicht, mit den großen schwermütigen Augen, vorausverkündigt war“ (D.Seidel: Julius Mosen..., 2003, S.252).

März 1839

Der ehemalige königliche Leibarzt, Hofrat Prof. Dr. Friedrich Ludwig Kreysig (1770 bis 1839), hatte vor seinem Tod (3. Juni 1839) seiner Pflegetochter Wilhelmine Jungwirth von einer Ehe mit Julius Mosen heftig abgeraten, da dieser Mann eine Familie nicht ernähren könne. Diese Begründung war sicher fadenscheinig, denn Dr. Kreysig wusste, dass Mosen nicht nur als Dichter und Schriftsteller, sondern auch als Rechtsanwalt in Dresden tätig war. Außerdem war Wilhelmine die Universalerbin des kinderlosen Ehepaars Kreysig! Was mag wohl den

erfahrenen Mediziner bewogen haben, seiner Pflégetochter diesen Rat zu geben? Möglich ist, dass er mit seiner Blickdiagnose etwas gesehen hat, ähnlich Friedrich Pecht, worüber er aber nicht offen sprechen wollte.

8. Mai 1842

In einem Brief (Vogtlandmuseum Plauen, Inv.-Nr. Julius Mosen III A 13; Transkription Frau D. Naumann, Stadtarchiv Plauen) schrieb Wilhelmine Mosen an ihren Schwager Eduard unter anderm: „vor und nach Ostern war er (Julius) nicht unbedeutend krank, es war entsetzlich für uns und hat mich recht mitgenommen, wie ich denn überhaupt gar sehr viel leide und mit erst recht trübem Ernst in die Zukunft blicke. Gott wird ja helfen. Er weiß, wie glücklich ich bei meinem Julius bin, der die Liebe, Sorgfalt und Geduld selbst ist, mein wahrer Engel!“

Sommer 1842

Julius Mosen klagte über Schwere in Armen und Beinen sowie über starke Kopf- und Leberschmerzen.

April 1843

Der Arzt und Dichter Alfred Meißner (1822 bis 1885) beschrieb in einem Brief den Besuch bei Mosen und nannte ihn einen „Kleinen, stämmigen Äthiopier“.

August 1844

Von Helgoland schrieb Mosen an Adolph Stahr, dass das Seebad alle Krankheitsstoffe in seinem Körper aufwühle. Er sei nervenkrank und leide unter qualvollen Schmerzen. Über seinen Gesundheitszustand verfasste er das Gedicht „Der Badegast auf Helgoland“, in dem er seine Vorahnung mit den Worten verband „Wer kann sein Leiden teilen? Gesehen wird er nie“. Immer wieder plagten ihn Kopfschmerzen.

1845

Mosens Hausarzt war in Oldenburg Hofrat Dr. med. Cornelius Rudolph Hugo Kindt (1801 bis 1873). Neben homöopathischen Mitteln wurden verschiedene Badeskuren in die Behandlung einbezogen. Als Diagnose

wurden Rheumatismus und Nervenleiden genannt. Dr. Kindt schickte seinen Patienten im Sommer 1845 nochmals nach Helgoland. Mosen kehrte kränker zurück. Im Herbst besuchte ihn der dänische Dichter Hans Christian Andersen, dem das „halbfrikanische Gesicht“ seines Freundes auffiel.

1846

Eine Kurbehandlung im Schwarzwald (Bad Wildbad) brachte keine Besserung, aber Minna schrieb ihrem Schwager Eduard, dass es ihrem Mann innerlich wohler gehe als in Dresden, wo er sehr viel an Leber- und Kopfschmerzen gelitten habe. Nun aber seien der linke Fuß und Arm matt und lahm und das Bein werde geschleppt. Erhalten sei die geistige Frische des Dichters.

1847

Dr. Kindt schickte seinen Patienten nach Mecklenburg in die Kaltwasserheilanstalt Lehsen. Hier kam es zu mehreren „Breckrisen“, die mit einem starken Hautausschlag auf der gesamten linken Körperseite einhergingen. Nach kurzer Besserung kam es zu einem schweren Rückfall, verbunden mit Rückenschmerzen. Mosen musste wochenlang das Bett hüten und der Kuraufenthalt verlängerte sich auf ein Jahr.

1848

Mosen teilte dem Großherzog von Oldenburg im Mai seine Heimreise von Lehsen mit, berichtete von seinem lähmenden Nervenleiden und seiner Absicht, auf der Rückfahrt den berühmten Medizinalrat Krukenberg konsultieren zu wollen (Fundus NLA – Staatsarchiv Oldenburg).

Im Juni schrieb Mosen nach längerer Zeit seinem Bruder Eduard wieder einen eigenhändigen Brief und teilte diesem mit, dass sein Leberleiden und das Kopfweh verschwunden sind. Die Kurmaßnahmen hatten aber seine Finanzen mehr als erschöpft, doch würde er, könne er nur leidlich gesund werden, gern sein letztes Hemd dafür hingeben.

Im Juli ging ein Bericht an den Großherzog mit dem Hinweis, dass ihm das alte Übel erneut den Krieg erklärt



Prof. Dr. med. F. L. Kreysig, Hofrat und königlicher Leibarzt in Dresden und Pflegevater von Wilhelmine Jungwirth, der späteren „Minna Mosen“. Zeichnung von Frau M. Seybold (Plauen) nach einer Vorlage in: Das heilkundige Dresden, 1964

haben. Die Konsultation berühmter Ärzte habe ergeben, dass zum Beispiel der Geheime Rat Dr. Krukenberg in Halle (Dr. Peter Krukenberg 1787 bis 1865) ihm Kissingen empfohlen habe, während der Berliner Nervenarzt Dr. Romberg eine Behandlung in Wiesbaden gegen den Rheumatismus vorgeschlagen hätte. Anmerkung des Verfassers: Prof. Dr. Moritz Heinrich Romberg (1795 bis 1873) war zu dieser Zeit bereits durch seine Forschungserfahrungen auf dem Gebiet der Rückenmarkschwind sucht ein bekannter Spezialist und es verwundert sehr, dass er das „lähmende Nervenleiden“ bei Julius Mosen für Rheumatismus gehalten haben soll!

Am Ende seines Briefes (Fundus: NLA-Staatsarchiv Oldenburg, Transkription Dr. W. Henninger) schätzte Mosen ein, dass er, wenn auch nicht an geistigen Arbeiten behindert zu sein, er doch auf längere Zeit an Haus und Stube gebunden sein wird.

Im August 1848 hielt sich Mosen in der Leipziger Orthopädischen Heilanstalt des Dr. Daniel Gottlieb Moritz Schreiber (1808 bis 1861) auf, der sich mit seinen Therapiemethoden



Hofrat Dr. med. C. R. H. Kindt, Leibarzt Seiner Königlichen Hoheit des Großherzogs von Oldenburg und Hausarzt Mosens. Zeichnung von Frau M. Seybold (Plauen) nach einer Fotografie (Fundus: NLA-Staatsarchiv Oldenburg).

einen Namen gemacht hatte. Wasserbehandlung und Diät und die Wiederholung der Therapie 1849 brachten keinen Erfolg.

1850

Die Lähmungserscheinungen nahmen zu und verursachten erneut



Dr. med. D.G.M. Schreber, Leiter der Leipziger orthopädischen Heilanstalt. Zeichnung von Frau M. Seybold (Plauen) nach einer Computervorlage.

große Schmerzen. In den pflegerischen Aufwand teilten sich Minna und ihre unverheiratete Schwester Louise. Minna übernahm den gesamten Schriftverkehr ihres Mannes, dessen Geist immer noch aktiv, die Hand aber lahm war.

1851

Dr. Kindt unternahm einen weiteren Therapieversuch mit der Verordnung einer Warmwasserkur in Bad Gastein. Sie brachte etwas Linderung für den bereits völlig gelähmten Dichter. Mosen musste rund um die Uhr wie ein Kleinkind betreut und versorgt werden. Im Juli ließ er den Großherzog darüber berichten, dass Luft und Wasser mächtig auf sein Nervensystem einwirken würden und dass er bereits viele Leidensgefährten getroffen hat, zum Beispiel den Fürsten Windischgrätz und den sächsischen Minister v. Beust (NLA-Staatsarchiv Oldenburg, Transkription Dr. W. Henninger).

1852

Auf Anraten des Hausarztes unternahm das Ehepaar Mosen zusammen mit einem Diener nochmals die weite Reise nach Bad Gastein. Ein Erfolg blieb wiederum aus. Damit endeten die Therapieversuche mittels Kurmaßnahmen.

Das Drama um Julius Mosen nahm nun seinen schrecklichen Verlauf. Der letzte Gehversuch endete 1858 mit einem Sturz. Bis zu seinem Ableben harrete der Gequälte auf einem grünen Damaststuhl mit Fußstütze, seinem Dichterthron, immer gut gepflegt und sauber gekleidet, aus. Auch nach dem Verlust des Sprechens erfreuten ihn zahlreiche Besuche seiner treuen Freunde. Die Erlösung kam am 10. Oktober 1867. Seine Ruhe fand Julius Mosen weit entfernt von seiner Heimat auf dem Gertrudenfriedhof in Oldenburg.

Leidensgenosse

Als der Jurist und Dichter Dr. Heinrich Heine (1797 bis 1856) von Adolph Stahr aus Oldenburg 1850 in Paris besucht wurde, erinnerte sich Stahr sofort schmerzlich an seinen Freund Julius Mosen, da er Heine in seiner

„Matratzengruft“ liegen sah. Heine war 1848 auf offener Straße zusammengebrochen, nachdem er jahrelang unter wahnsinnigen Kopfschmerzen gelitten und auch Gelbsucht gehabt hatte. Mehrere Bäduren konnten ein zunehmendes Lähmungsleiden mit Seh- und Essstörungen nicht aufhalten. Heine war acht Jahre ein totaler Pflegefall und seine Schmerzen konnten nur durch Opium gemindert werden. Für seine Krankheit finden sich in der Literatur Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose und Syphilis.

Der Mosenbiograph F. F. Stapf hatte 2003 vor der Museumsgesellschaft Plauen einen Vortrag mit dem Titel „Julius Mosen und die Frauen“ gehalten (Vogtländischer Anzeiger, 14. April 2003). Darin verglich er Mosen mit Goethe und bezeichnete beide Dichter als „Frauenmänner“, die durch ihren Geist und Körper Frauen magisch anziehen würden. Heine besaß offenbar auch so eine Anziehungskraft.

Diagnose zu Mosens Krankheit

Als Student hatte der schwarzlockige Jüngling aus dem Vogtland während seiner Italienreise amoröse Erlebnisse dichterisch verarbeitet, wovon „heiße Küsse“ in einem Gedicht (Verona 1825) und auch ein glühend heißer römischer Kuss zeugen. Und, dass Julius Mosen ein feuriger Tänzer war, dies hat die Schauspielerin Caroline Bauer in ihrer Dresdener Zeit („Aus meinem Bühnenleben“; Berlin 1871) selbst erlebt.

Was Friedrich Pecht 1837 als mulattenartiges Gesicht bei Julius Mosen bezeichnete, erkannte vermutlich der erfahrene Arzt Dr. Kreysig 1839 als Icterus syphiliticus. Die von Mosen in seiner Dresdener Zeit geklagten Leber- und Kopfschmerzen signalisierten ein syphilitisches Geschehen (S.Handloser: Innere Wehrmedizin; Dresden und Leipzig, 1944). 1842 ging es dem Patienten so schlecht, dass seine Frau Minna „mit drüben Ernst in die Zukunft“ blickte.

Sie hatte Recht! Ihr Mann selbst bezeichnete sich 1844 als Badegast auf Helgoland als nervenkrank und auch er ahnte, dass es keine Genesung geben würde. Für die Infekti-

onskrankheit, die seit 1530 nach dem italienischen Arzt Fracastoro Syphilis genannt wird, gab es bis zur Entwicklung des Salvarsans 1910 durch Paul Ehrlich (1854 bis 1915) kein spezifisches Heilmittel. Die Ärzte, so auch Dr. Kindt in Oldenburg, versuchten Linderung durch homöopathische Behandlung und Bädokuren zu schaffen.

Als Folge der Syphilis, deren Ursache bei Mosen die heißen italienischen Küsse gewesen sein können (K. H. Walter: Lehrbuch der Hygiene, Berlin, 1954) entwickelte sich eine Neurosyphilis (Rückenmark und Gehirn). Die Symptomatologie der Neurosyphilis bis hin zur Tabes dorsalis und zur progressiven Paralyse ist so vielfältig und unterschiedlich, dass eine genaue Platzierung der Mosenschen Krankheit spekulativ wäre. Wichtig aber ist, die Diagnose ätiologisch von einer luischen Infektion abzuleiten. Bezeichnend für eine Verschleierungstaktik ist die Verwendung der Krankheitsbezeichnung „Lähmungs-

leiden“. Offenbar sollte das Image des populären Dichters nicht befleckt werden.

Minnas Pflegevater in Dresden, den als Arzt bekannten Dr. Kreysig, durfte es deshalb nicht geben. Nur so ist es zu verstehen, dass der vogtländische Heimatforscher Prof. Max Zschommler (1855 bis 1915) in seinem Werk „Interessante und berühmte Vogtländer“ (1913) den leiblichen Vater von Minna Mosen, den Wittenberger Juristen G.F. Chr. Jungwirth als Mosens Schwiegervater bezeichnete, obwohl Jungwirth schon 1825 gestorben war und Mosen Minna Jungwirth zu ihres Vaters Lebzeiten noch nie gesehen hatte. Auch das biografische Handbuch zur Geschichte des Landes Oldenburg ordnete Minna Mosens Herkunft einer Dresdener Juristenfamilie zu.

Sowohl Zschommler (Julius Mosen. Ausgewählte Werke. Leipzig, 1899) als auch Reinhard Mosen (Julius Mosen. Eine biografische Skizze. Oldenburg, 1877) verlegten den

hofsszenen aus den 1980er-Jahren, die ausgereisten Freunden wie der Ausreiseproblematik überhaupt galten. Auf anderes, neue „Hackordnungen“, weist eine Serie von Eishockeyspielern aus den 1990ern. Bei allem bleibt Weidensdorfer aber ein stets wacher Meister des eher Uneindeutigen, das Phantasie und Wissen des Betrachters fordert.

Studiert hatte der Künstler zwischen 1951 und 1956 an der Hochschule für Bildende Künste Dresden bei den Altmeistern Erich Fraaß, Hans-Theo Richter und Max Schwimmer. Am gleichen Ort erhielt Weidensdorfer 1989 einen Lehrauftrag, 1992 wurde er Professor (1997 emeritiert). Mit seiner „Schwarzen Kunst und mancherlei Farbe“ – so hieß 2003 eine Ausstellung – hat er ein unverwechselbares Werk geschaffen, das 1989 mit dem Käthe-Kollwitz-Preis (Akademie der Künste Berlin) und dem Kunstpreis der Stadt Dresden gewürdigt wurde (2005).

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Erkrankungsbeginn des Dichters in dessen Oldenburger Zeit. Das für die Diagnose wichtige Vorstadium in Dresden erwähnten sie nicht! Es sind gerade die Beschwerden in dieser Zeit mit Kopf- und Leberschmerzen, die nicht zur Diagnose Multiple Sklerose passen.

Das qualvolle Siechtum war erst mit der völligen Paralyse lebenswichtiger Körperregionen zu Ende. Dem entspricht auch die Bezeichnung der Todesursache Julius Mosens im Sterberegister der Stadt Oldenburg: „Verlähmung“ (Briefliche Mitteilung Dr. W. Henninger, 19.8.2009).

Dr. med. Heinz Zehmisch
08523 Plauen

Die Verwendung von Archivunterlagen aus dem Staatsarchiv Oldenburg erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Familie der Herzöge von Oldenburg. Für spezifische Unterstützung dankt der Verfasser dem Goethe-Schiller-Archiv Weimar und Herrn Dipl.-Historiker W. Schrader vom Vogtlandmuseum Plauen.

Claus Weidensdorfer – Ohne Titel

„o.T.“ – Ohne Titel – eine Ausstellungsüberschrift, die auf ihre Art zum Werk des Grafikers und Zeichners Claus Weidensdorfer (Jahrgang 1931) passt. Mit Nachdenklichkeit, Humor, Skurrilität und Poesie widmet er sich der „menschlichen Komödie“, zeigt sich mitunter auch hintergründig und sarkastisch. Weidensdorfer erweist sich dabei als Meister der Variation, der mit wenigen Modifikationen neue Konstellationen und Stimmungen erzeugt, sichtbar in zahlreichen Serien. Ihre besondere Aura beziehen die Arbeiten aus wirklich-unwirklichen, nahezu surrealen Sujets, in denen sich Alltägliches mit Zirkus-, Variété-, Jazzmusik- und Sportmotiven oder einem eher unromantischen Blick auf Barock-Dresden verbindet. Ebenso widmet er sich allerlei Konstellationen zwischen Mann und Frau – lustvoll oder auch ein wenig melancholisch.

Verschiedentlich findet man Zeiter-scheinungen reflektiert, etwa in Bahn-



„Hörprobe“, 2002, Gouache, 85 x 59 cm

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer 16. März bis 15. Mai 2011, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 17. März, 19.30 Uhr.