

<b>Themenheft Demenz</b>	Demenzielle Erkrankungen	<b>424</b>
	Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen	<b>426</b>
	Verlauf und medikamentöse Therapie der Alzheimer-Krankheit	<b>432</b>
	Diagnostische Möglichkeiten demenzieller Prozesse	<b>436</b>
	Soziotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Demenzen	<b>439</b>
	Sächsische Versorgungsstrukturen bei demenziellen Erkrankungen	<b>442</b>
<b>Mitteilungen der SÄV</b>	24. Erweiterte Kammerversammlung – Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses	<b>446</b>
<b>Verschiedenes</b>	Gewalt, Ohnmacht und Verantwortung	<b>447</b>
	Treffen der Studienjahresabgänger 1967	<b>452</b>
	Ausstellung in der SLÄK	<b>452</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Fortbildungssemester Herbst 2011	<b>448</b>
	2. Refresherkurs Notfallmedizin 2011	<b>448</b>
	Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz	<b>448</b>
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>448</b>
	Renovierung der Bezirksstelle Leipzig	<b>448</b>
	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	<b>449</b>
	Veranstaltungen für Medizinstudenten	<b>450</b>
	5. Deutsch-polnisches Symposium	<b>451</b>
18. Dresdner Ärzteball	<b>451</b>	
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>452</b>
	Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte in Leipzig	<b>453</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger zum 65. Geburtstag	<b>454</b>
	Unsere Jubilare im September 2011	<b>454</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Zum 100. Todestag von Daniel Paul Schreber	<b>457</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2011	



Demenzielle Erkrankungen  
Seite 424



Seite 449



Veranstaltung für Medizinstudenten  
Seite 450



Daniel Paul Schreber  
Seite 457

Abbildung auf Titelseite: Strukturelle (MRT, obere Reihe) und funktionelle (FDG-PET, mittlere Reihe) Bildgebung des Gehirns bei einem Patienten mit Demenz vom Alzheimerstyp und die Überlagerung beider Modalitäten (untere Reihe)  
Abt. für Neuroradiologie und Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, PET-Zentrum Dresden-Rossendorf, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
Redaktion: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de),  
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Demenzielle Erkrankungen

### Einführung in das Themenheft „Demenzielle Erkrankungen“ und einige Bemerkungen zu gerontologischen Aspekten psychischer Störungen

Wir leben in einer „alternden“ Gesellschaft; die epidemiologischen Daten und Voraussagen zur demografischen Entwicklung in Deutschland weisen das nach. Der Umgang mit der Materie trägt in der Öffentlichkeit nicht selten das Zeichen der alternsbedingten Katastrophe, der Unlösbarkeit der damit verbundenen Unfinanzierbarkeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Überforderung der jüngeren berufstätigen Bevölkerung.

Die Presse fördert nicht selten das Szenarium unheimlicher Entwicklung. (Einige Stimmen aus den letzten Monaten: „Deutschland wird zum Seniorenheim – Älteste Bevölkerung Europas“ LVZ, 02.04.2011; „Ostdeutschland besonders betroffen“, Deutsches Ärzteblatt 04.03.2011, „Beskes beklemmende Prognose“, Deutsches Ärzteblatt 25.03.2011). Wendet man sich dem Problemfeld nüchtern und im Sinne einer lösungsorientierten Einstellung zu, die fragt, welche Notwendigkeiten sich aus den zu erwartenden demografischen und damit morbiditätsstatistischen Zahlen ergeben, ist zunächst festzustellen, dass die Alterung der Gesellschaft ein Erfolg der modernen medizinischen Betreuung und eines vergleichsweise hohen Lebensstandards ist; das „Problem“ ist eigentlich Folge gelöster Probleme.

Auf den zweiten Blick geht es um die Fragen altersbedingter Erkrankungen, ihrer Ursachen, deren Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten und gegebenenfalls präventiver Strategien, um Entwicklungen etwa hin zu Demenzen zu verhindern oder zumindest aufzuhalten.

Bei der Planung dieses Themenheftes wurden Kolleginnen und Kollegen aus den beiden sächsischen Uni-

versitätskliniken gebeten, zu nachfolgenden Themenbereichen Stellung zu nehmen:

- Welche Aussagen konnte die Leipziger Langzeitstudie zur Altersbevölkerung hinsichtlich epidemiologischer Aussagen zu kognitiven Störungen und ihren Konsequenzen für die Prädiktion treffen (Prof. Dr. med. habil. Steffi G. Riedel-Heller und Team, Leipzig)?
- Welche Ergebnisse liegen hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbilds, biologischer Forschung und möglicher pharmakologischer Interventionen bei Alzheimerdemenz vor (Prof. Dr. med. Hermann-Josef Gertz, Leipzig)?
- Welche soziotherapeutischen Maßnahmen in der Behandlung sind sinnvoll (Prof. Dr. med. habil. Vjera Alexandra Holthoff und Team, Dresden)?

Des Weiteren soll den sächsischen Ärzten vermittelt werden, wie die diagnostische Wegstrecke vom Hausarzt über den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den Nervenarzt hin zu hochspezialisierter Diagnostik zu charakterisieren sei (Prof. Holthoff und Team). Schließlich wird in einem Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Matthias Schützwohl (Dresden), der an der Ausarbeitung des 2. Landesplanes für Psychiatrie des Freistaates Sachsen maßgeblich beteiligt ist, eine Übersicht über Versorgungsstrukturen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen, speziell demenzieller Prozesse gegeben.

Der Leser merkt an dieser Übersicht, dass nur eine komplexe Sicht der Dinge von der Epidemiologie über die grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse, die klinischen Aspekte in pharmakologischer und sozialtherapeutischer Hinsicht bis zu gegebenen und zu entwickelnden Versorgungsstrukturen, in die diagnostischen Pfade einzubeziehen sind, der Materie gerecht wird; und damit verlieren – aus Sicht des Autors dieses Beitrages – wirtschaftlich dominierte Schreckensszenarien ihre Berechtigung.

Im Artikel von Prof. Dr. Riedel-Heller und Team wird von einem Bündel von Prädiktoren für eventuell im Alter auftretende demenzielle Erkrankungen gesprochen. Diese Aussage veranlasst zu einigen Bemerkungen zu gerontopsychiatrischen Aspekten, zumal das Fachgebiet der Psychiatrie in besonderer Weise involviert ist.

Wie die Artikelfolge aufweist, kann man sich alterspsychiatrischen Erkrankungen (dabei geht es nicht nur um Demenzen, sondern auch andere Syndrome: Depressionen, neurotische Persönlichkeitszustände, Suchten) auf unterschiedlichen Ebenen nähern: einer syndromatologischen (das klinische Bild), einer somatischen (die körperlich fassbaren Ursachen: Gefäßprozesse, genetische Faktoren), einer psychodynamischen (Umgang mit Konflikten, mit der Erkrankung, mit den Behandlungsangeboten) und einer sozialen Dimension – letztere ist im Alter besonders bedeutsam. Man könnte fast behaupten, Alterspsychiatrie sei gelebte Soziologie, weil der ältere Mensch zunehmend Einbußen erleidet, die den sozialen Raum, die sozialen Funktionen und den körperlichen Habitus betreffen. Im sozialen Raum verliert er Wirkungsfelder in der Arbeitswelt, in der Familie, als Erzieher seiner Kinder, als ein in einer bestimmten Rangordnung bzw. Hierarchie Stehender; dies kann zu Rollenunsicherheiten und Statusverlust führen. Die Einschränkungen körperlicher Leistungsfähigkeiten (sexuelle Erlebnisfähigkeit, Mobilität, krankheitsbedingte Einschränkungen) verstärken die Verunsicherung. Der natürliche Stillbruch der Lebensgestaltung kann zu sozialer Isolierung und damit zu Krankheiten führen. Eine weitsichtige Prävention kann diesen Phänomenen vorbeugen und definitive psychiatrische Alterskrankheiten (zum Beispiel Alzheimersche Demenz) mildern oder dieselbe verhindern!

Das soziale Netzwerk spielt anscheinend für die Entwicklung alterspsychiatrischer Erkrankungen eine besondere Rolle. Die moderne Entwick-

lungspsychologie hat viel dazu getan, den Gedanken, Alter sei ein Defizit, zu überwinden. War die Gerontologie früher überwiegend biologisch bestimmt und betonte den Abbau von Struktur, den Zerfall von Substanz, so werden heute die Erlebensmöglichkeiten des Einzelnen unter dem Aspekt der gesamten Lebensspanne des erlebten und verarbeiteten Lebens gesehen. Faktoren, wie die gesamte Lebensgeschichte, Befriedigung in der Ausgestaltung der wesentlichen Lebensbereiche, verschont bleiben von schweren Erkrankungen oder andere Einbußen von Selbst und Welt, etwa durch Krieg, Gefangenschaft, soziale Not in bestimmten Lebensepochen, bestimmen den Verlauf des Alters und auch den möglichen Ausbruch einer Alterserkrankung psychiatrischer Art unter Umständen mehr als die biologischen Veränderungen, die der physiologische Alterungsprozess in den Organsystemen mit sich bringt (Bach 1999).

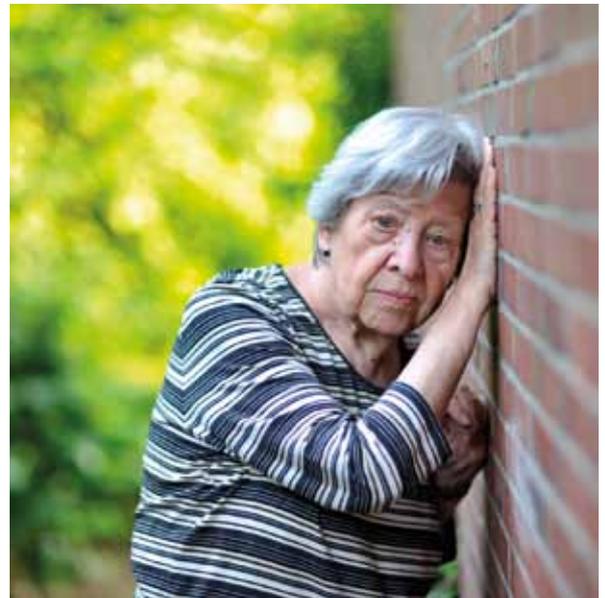
Eine hochinteressante Studie sei in diesem Zusammenhang erwähnt, die den multifaktoriellen Zugang zur Entstehung von Alzheimererkrankungen unterstreicht und zugleich zeigt, dass neben den bedeutsamen biologischen und molekular-medizinischen Forschungen klinisch-epidemiologische Beobachtungen immer wieder auch zu wissenschaftlichen Spitzenaussagen führen. Gemeint ist die sogenannte „Nonnenstudie – Forschungen über die Mysterien des Alters“ (Snowdon 2001).

Der Autor hat alte Nonnen eines Ordens, der „Schulschwwestern von Notre Dame“, die alle in Schulen und Ausbildungseinrichtungen tätig waren und in der Regel über Bachelor- oder Masterabschlüsse verfügten, in ihrem Alter über 15 Jahre begleitet und sie testpsychologisch untersucht und nach dem Tod (die Einverständniserklärung lag vor) die Ge-

hirne pathologisch-anatomisch untersuchen lassen. Der Vorteil der Population (678 Frauen hatten sich selbstlos zur Verfügung gestellt) war die Gleichheit von Lebensstil, Lebenssinn, Ausbildungsniveau und medizinischer Betreuung.

Ein Teil der Schwestern hatte bei Eintritt in den Orden mit 18 bis 20 Jahren eigene Biographien geschrieben. So lagen dem Autor diese Biographien, testpsychologische Untersuchungen 60 Jahre später und die hirnpathologischen Befunde nach dem Tode der Probandinnen vor. Die Ergebnisse der Korrelationen können hier nicht alle referiert werden; das verblüffendste Ergebnis war aber, dass die Personen, die in ihren Biographien durch reichhaltigen Wortschatz, komplexere Sätze und größere Gedankenfülle (von Sprachanalytikern bewertet) 60 Jahre später weniger kognitive Ausfälle und hirnpathologisch kaum oder keine Hinweise auf Alzheimerbefunde aufwiesen. Es ergab sich, dass aus den Biographien der „Wort- und Gedankenreichen“ oder der eher einfachen „Faktenaufzählerinnen“ mit 90%iger Sicherheit ausgesagt werden konnte, ob es zu einer Alzheimererkrankung gekommen war. Man interpretierte die Ergebnisse so, dass eine bessere Vernetzung funktionaler Hirnstrukturen ein wichtiger Schutzfaktor sein könne. 2001 hatten von den noch am Leben gebliebenen Schwestern 18 Personen das 100. Lebensjahr erreicht, die sich durch eine tiefe Spiritualität und besondere Einbindung in die Glaubensgemeinschaft auszeichneten. Lassen sich eventuell auch Beziehungen zu den natürlichen Antikörpern gegen A-beta herstellen, über die im Artikel von Prof. Dr. Gertz in diesem Heft berichtet wird?

Der Leser mag aus diesem Beispiel ersehen, dass Forschungsbedarf auf allen Ebenen des oben skizzierten



Quelle: fotolia

Zugangs zum Problem gegeben ist und originelle Ansätze zu ungewöhnlichen Aussagen führen können.

Die Forschungen zu Alterserkrankungen im Allgemeinen und gerontopsychiatrischen Themen im Besonderen liegen auch im Kegel der Aufmerksamkeit der Forschungsprojekte der Bundesärztekammer, wie der jüngste „Report Versorgungsforschung“ der entsprechenden Förderinitiative der Bundesärztekammer ausweist (C. Fuchs et al., 2011).

Unter dem Einfluss des demographischen Wandels werden gerontologische Forschungen im Biologischen, Medizinisch-klinischen, Molekulargenetischen und im Sozialen weiter zu favorisieren sein (Feeser-Lichterfeld 2010).

Unser Bemühen, davon ein praktisches Abbild für unsere Leser zu bieten, sollen die folgenden Artikel unterstreichen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Leipzig

# Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen

## Eine Bevölkerungsperspektive – Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+)

T. Luck<sup>1,2</sup>, M. Lupp<sup>1</sup>, M. C. Angermeyer<sup>3,4</sup>, S. G. Riedel-Heller<sup>1</sup>

### 1. Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland, charakterisiert durch eine steigende durchschnittliche Lebenserwartung, eine konstant niedrige Geburtenrate und einen steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft, ist zwar hinreichend bekannt, wird aber gerade in Bezug auf die zu erwartenden medizinischen und sozialen Konsequenzen nur ungenügend reflektiert. Allein für Demenzen – die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter – wird aufgrund der demografischen Entwicklung ein Anstieg von ca. einer Million Erkrankter im Jahr 2000 auf 2,3 Millionen Erkrankte bis zum Jahr 2050 erwartet

(Wancata, J., et al., 2003). Gleichzeitig ist europaweit von einer dramatischen Verschlechterung des Verhältnisses der arbeitsfähigen Personen, also der Personen die Demenzkranke pflegen oder für ihre Pflege aufkommen, zu den an Demenz erkrankten Menschen auszugehen (2000: 70:1; 2050: 21:1). Demenzen sind bereits heute mit erheblichen Kosten verbunden. So belaufen sich die direkten Kosten bei leichten Demenzen jährlich auf 4.500 – 9.800 US\$ und bei schweren Demenzen auf 7.300 – 21.800 US\$ (Quentin, W., et al., 2010). Demenzen sind dementsprechend nicht nur für die Betroffenen folgenschwer, sondern stellen auch eine erhebliche Herausforderung für die Solidargemeinschaft dar. Für die Abschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Demenzen sowie die Identifikation von Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Demenz (und somit mögliche Anknüpfungspunkte für Präventions- und Interventionsansätze) bedarf es zuverlässiger epidemiologischer Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Längsschnittstudien. Mit der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+) wurde erstmalig in Deutschland eine solche umfassende epidemiologische Erhebung durchgeführt. Neben Demenzen standen hierbei auch leichte kognitive Beeinträchtigungen im Fokus, die in vielen Fällen die Vorstufe von Demenzen darstellen und demzufolge einen Ansatz für mögliche Frühinterventionen bieten. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über ausgewählte Ergebnisse der LEILA75+.

### 2. Methoden

#### Stichprobe

Die Studie LEILA75+ beruht auf einer Zufallsstichprobe von 1.692 über 75-jährigen Leipziger Bürgern. Zur Rekrutierung der Studienteilnehmer wurden aus dem Einwohnermelderegister der Stadt Leipzig 1.500 in Privathaushalten lebende Personen des Stadtgebiets Leipzig-Süd per Zufallsstichprobe ermittelt. Diese wurden zusammen mit 192 anteilig ausgewählten Alten- und Pflegeheimbewohnern kontaktiert. Insgesamt umfasst die LEILA75+ bisher sechs Erhebungszeitpunkte: eine Baseline-Erhebung (01/1997 – 06/1998) sowie fünf Folgeerhebungen im Abstand von ca. 1,5 Jahren (07/1998 – 04/2005). Aktuell wird zusätzlich eine 6. Folgeerhebung (Langzeit-Follow-up) durchgeführt. Durch eine konsequente Stichprobenpflege konnte in der LEILA75+ eine sehr gute Response-Rate erzielt werden, die für die Baseline-Erhebung 81,4 Prozent betrug. Einen ausführlichen Überblick über Studiendesign und Rekrutierungsablauf von LEILA75+ geben Riedel-Heller, S.G., et al. (2000).

#### Datenerhebung

Die Datenerhebung in der LEILA75+ erfolgt mittels strukturierter klinischer Interviews durch geschulte Psychologinnen oder Ärztinnen in der häuslichen Umgebung der Probanden. Zusätzlich werden strukturierte Interviews mit Bezugspersonen der Probanden durchgeführt. Angaben über den Tod von Probanden werden entweder ebenfalls über Bezugspersonen oder das Einwohnermeldeamt ermittelt.

Hauptinstrument zur Erfassung und Einschätzung der kognitiven Leistung der Probanden ist das strukturierte Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-Demenz und von Demenzen anderer Ätiologie (SIDAM Zaudig, M., et al., 1996). Im SIDAM enthalten sind ein kognitiver Leistungsteil, bestehend aus 55 Fragen einschließlich der 30 Items der Mini-Mental-Status-Examination (Folstein, M.F, et al., 1975), eine klinische Beurteilung sowie eine Einschätzung

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

<sup>2</sup> LIFE – Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen, Universität Leipzig

<sup>3</sup> Center for Public Mental Health, Gössing a. W., Österreich

<sup>4</sup> Department of Public Health, Universität Cagliari, Italien

Tabelle 1: Diagnosekriterien und Subtypen von Mild Cognitive Impairment (Winblad, B., et al., 2004)

MCI-Diagnosekriterien	MCI-Subtypen in Abhängigkeit von den beeinträchtigten kognitiven Bereichen
(1) Ausschluss einer Demenz (nach ICD-10 oder DSM-IV) (2) kognitive Verschlechterung nachgewiesen durch: (2a) subjektive Angaben über kognitive Beeinträchtigungen (selbst oder von zuverlässigen Informanten) in Verbindung mit durch objektive Tests ermittelten kognitiven Beeinträchtigungen und/oder (2b) Verschlechterung der kognitiven Leistung in objektiven Tests im Zeitverlauf (3) keine Beeinträchtigungen von Aktivitäten des täglichen Lebens oder nur minimale Beeinträchtigungen in komplexen instrumentellen Funktionen	Amnestic MCI – Single Domain: Beeinträchtigungen nur im Gedächtnisbereich Amnestic MCI – Multi Domains: Beeinträchtigungen im Gedächtnisbereich sowie in mindestens einem anderen kognitiven Bereich Non-Amnestic MCI – Single Domain: Beeinträchtigungen in einem kognitiven Bereich außer dem Gedächtnis Non-Amnestic MCI – Multi Domains: Beeinträchtigungen in mindestens zwei kognitiven Bereichen außer dem Gedächtnis

Dritter zum Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen im Alltag.

Neben der Durchführung des SIDAM werden zu jedem Erhebungszeitpunkt Daten zu Soziodemographie, zur medizinischen Vorgeschichte, zu subjektiven Gedächtnisbeeinträchtigungen sowie zu möglichen Risikofaktoren von demenziellen Erkrankungen und leichten kognitiven Beeinträchtigungen erhoben.

### Diagnosestellung von Demenz und leichten kognitiven Beeinträchtigungen

Die diagnostische Beurteilung der Probanden in der LEILA75+ erfolgt anhand des SIDAM-Algorithmus in Konsensuskonferenzen von Psychiatern und Psychologen. Für bisherige Auswertungen wurden der Diagnose einer Demenz die Kriterien des DSM-III-R und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987; 2000) sowie des ICD-10 (Dilling, H., et al., 2009) zugrunde gelegt. Die Diagnose von leichten kognitiven Beeinträchtigungen erfolgt anhand der internationalen Konsensuskriterien für Mild Cognitive Impairment (MCI; Winblad, B., et al., 2004). Wie aus Tab. 1 ersichtlich, werden neben den allgemeinen Diagnosekriterien in Abhängigkeit von den beeinträchtigten kognitiven Bereichen vier Subtypen von leichten kognitiven Beeinträchtigungen unterschieden. Die amnestischen Subtypen werden hierbei insbesondere als mögliche Vorstufen der Alzheimer-Demenz, die nicht-amnestischen Subtypen stärker als Vorstufe anderer Demenzformen (zum Beispiel Frontotemporale Demenz, Lewy-Körper-Demenz) diskutiert (Petersen, R.C., 2004).

### 3. Ergebnisse

#### Häufigkeiten von Demenzen und leichten kognitiven Beeinträchtigungen in der Altenbevölkerung

Die im Rahmen der Baseline-Erhebung der LEILA75+ ermittelte Prävalenz von Demenz in der Altenbevölkerung 75+ betrug je nach den zugrundeliegenden Diagnosekriterien 12,4 Prozent (ICD-10) bis 17,4 Prozent (DSM-III-R; Riedel-Heller, S.G., et al., 2001a). Die im Studienverlauf ermittelte jährliche Inzidenz von Demenz im Alter betrug 45,8 (ICD-

10) bzw. 47,4 (DSM-III-R) pro 1.000 Personen-Jahre (Riedel-Heller, S.G., et al., 2001b). Sowohl bezogen auf die Prävalenz als auch auf die Inzidenz zeigten sich signifikant höhere Erkrankungsraten im höheren Alter (Abb. 1). Neben den Altersunterschieden zeigten sich auch deutliche Unterschiede zwischen Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen und Personen aus Privathaushalten. So waren die ermittelten Prävalenz- und Inzidenzraten von Demenz erwartungsgemäß bei Heimbewoh-

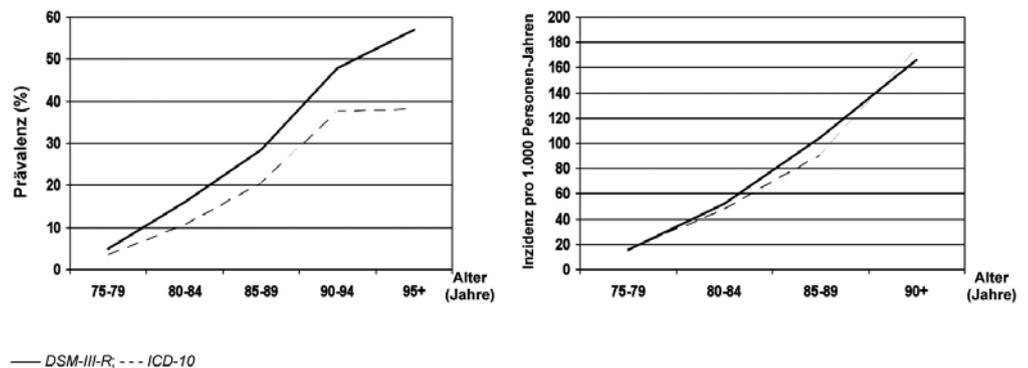
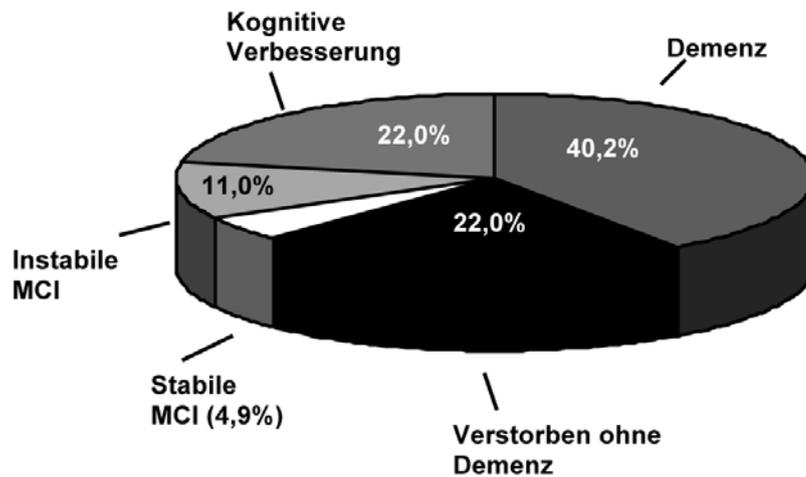


Abbildung 1: Altersspezifische Prävalenz- und Inzidenzraten von Demenz in der LEILA75+



*Stabile MCI:* MCI-Diagnose zu jedem Follow-up  
*Instabile MCI:* kognitive Verbesserung und zu einem späteren Follow-up erneute MCI-Diagnose

Abbildung 2: Kognitive Entwicklung von Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI) in der LEILA75+

nern in etwa viermal höher als bei Personen aus Privathaushalten (Jakob, A., et al., 2002).

Zusätzlich zu dem substanziellen Anteil an Personen, die bereits von einer klinisch manifesten Demenz betroffen sind, konnte mit der LEILA75+ auch ein hoher Anteil an Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen in der Altenbevölkerung identifiziert werden. So wurde bei etwa jeder fünften Person (19,3 Prozent) ab 75 Jahren ohne Demenz eine leichte kognitive Beein-

trächtigung nach den MCI-Kriterien diagnostiziert (Busse, A., et al., 2006). Amnestische und nicht-amnestische Subtypen waren mit 10,0 Prozent und 9,3 Prozent hierbei ungefähr gleich häufig verteilt. Die im Studienverlauf ermittelte jährliche Inzidenz von MCI im Alter betrug 76,5 pro 1.000 Personen-Jahren, wobei sich auch hier signifikant höhere Inzidenzraten in den höheren Altersgruppen zeigten (Luck, T., et al., 2010). Als bedeutsam ist zu erachten, dass nahezu zwei Drittel (63,5 Prozent) der inzidenten MCI-Fälle nicht-

amnestisch waren; das heißt, es lagen keine Beeinträchtigungen im Gedächtnis, jedoch in anderen kognitiven Bereichen (Orientierung, Sprache etc.) vor.

### Leichte kognitive Beeinträchtigungen als Vorstufe von Demenzen?

Von den Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI) zu Baseline der LEILA75+ entwickelten 40,2 Prozent eine klinisch manifeste Demenz innerhalb des Studienverlaufs (mittlere Beobachtungslänge = 4,3 Jahre). Die Konversionsrate war damit deutlich höher als bei den kognitiv unbeeinträchtigten Teilnehmern (15,0 Prozent; Luck, T., et al., 2008). Hohe Konversionsraten zeigten sich insbesondere bei Personen mit amnestischen MCI-Subtypen: Hier entwickelte jeder Zweite (48,8 Prozent) im Studienverlauf eine Demenz, verglichen mit 30,8 Prozent bei Personen mit nicht-amnestischen MCI-Subtypen. Die anfängliche Vermutung, dass die vier klinischen Subtypen mit einem spezifischen Risiko für bestimmte demenzielle Erkrankungen verbunden sind, wurde nur teilweise bestätigt. Entgegen der Erwartung war (mit einer Ausnahme) in allen Subtypen die Alzheimer-Demenz der häufigste Demenztyp. Nur beim nicht-amnestischen Typ mit Defiziten in mehreren kognitiven Bereichen (Non-Amnesic MCI – Multi Domains) waren Demenzen anderer Ätiologie (insbesondere vaskuläre Demenzen) die häufigste Ursache.

Bei den 40,2 Prozent der Personen mit MCI zu Baseline, die im Studienverlauf eine Demenz entwickelten, können leichte kognitive Beeinträchtigungen zu Recht als präklinische Vorstufe einer Demenzerkrankung angesehen werden. Einschränkend muss gesagt werden, dass bei ermittelten Sensitivitäts- und Spezifitätswerten von 50,3 Prozent und 84,8 Prozent eine MCI-Diagnose allein für eine zuverlässige (klinisch relevante) Vorhersage der Entwicklung einer Demenz nicht ausreichend war. Auch verführt der enge Zusammenhang zwischen leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz dazu,



Quelle: fotolia

andere Verlaufstypen des MCI-Syndroms aus dem Auge zu verlieren. So besteht beispielsweise eine nennenswerte Chance, dass sich die kognitiven Beschwerden wieder zurückbilden. In der LEILA75+ konnte dies allein für 22 Prozent der Personen mit initialer MCI-Diagnose nachgewiesen werden (Abb. 2. Busse, A, et al., 2006).

### **Einfluss leichter kognitiver Beeinträchtigungen und Demenzen auf Heimübergänge und Mortalität**

Sowohl demenzielle Erkrankungen als auch leichte kognitive Beeinträchtigungen konnten in der LEILA75+ als bedeutsame Risikofaktoren für den Übergang in eine Alten- oder Altenpflegeheim einrichtung nachgewiesen werden (Luck, T., et al., 2008; Luppä, M., et al., 2010). So siedelten von den Studienteilnehmern mit inzidenter Demenz allein 47,7 Prozent im Studienverlauf in eine Heimeinrichtung über, während das bei den Studienteilnehmern ohne Demenzentwicklung lediglich bei 7,8 Prozent der Fall war. Ob und wie schnell Personen mit Demenz in eine Heimeinrichtung übersiedelten, war vor allem vom Familienstand abhängig: So betrug die durchschnittliche Zeit von der Diagnose einer Demenz (inzidente Fälle) bis zu einem Heimübergang der geschiedenen oder verwitweten Studienteilnehmer lediglich 2,6 Jahre, verglichen mit 4,2 Jahren bei verheirateten Studienteilnehmern (Hazard-Ratio = 4,5).

Bei den Studienteilnehmern ohne Demenz waren ebenfalls schlechtere kognitive Leistungen signifikant mit einem höheren Risiko für einen Heimübergang verbunden. Als weitere Risikofaktoren für einen Heimübergang von Personen ohne Demenz konnten identifiziert werden: höheres Alter, im Haushalt allein zu leben, Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten, Majore Depression, Schlaganfall, Myokardinfarkt, eine hohe Anzahl an Facharztbesuchen sowie eine bereits vorhandene bezahlte Unterstützung im Haushalt. Neben dem erhöhten Risiko für einen Heimübergang konnten Demenzen und leichte kognitive Beeinträchtigungen auch als bedeutsame

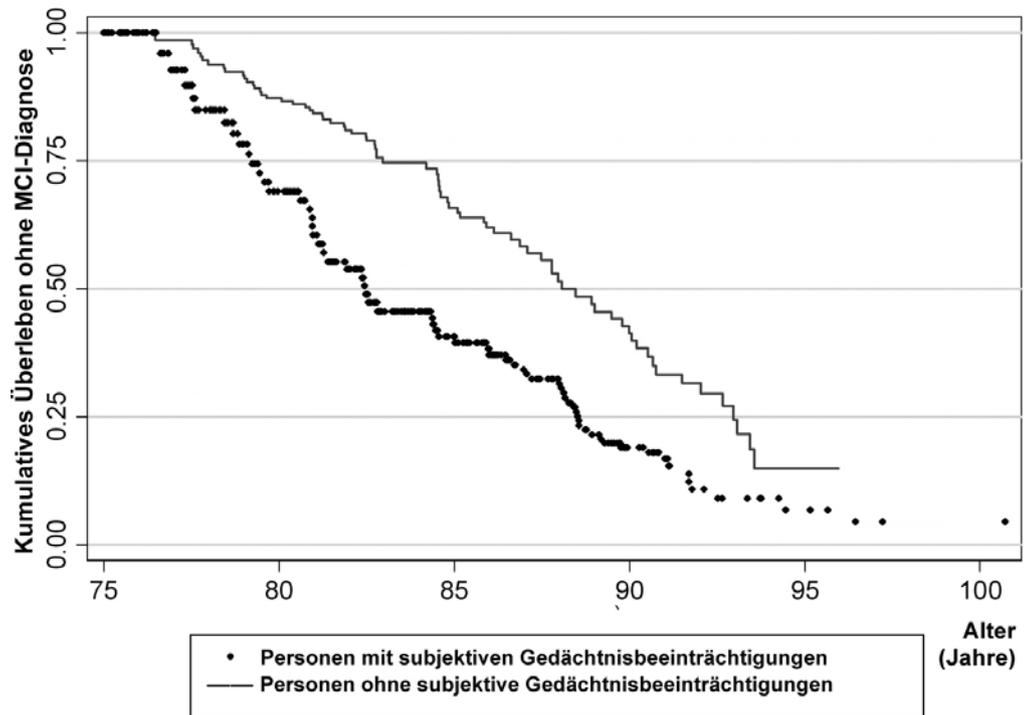


Abbildung 3: Kaplan-Meier Überlebenskurve der Zeit bis zu einer Diagnose leichter kognitiver Beeinträchtigungen (MCI) in der LEILA75+

Einflussfaktoren auf die Mortalität im Alter identifiziert werden. So waren bis zum dritten Follow-up der LEILA75+ von den Studienteilnehmern mit inzidenter Demenz 51,3 Prozent, von den Studienteilnehmern ohne Demenz jedoch nur 19,3 Prozent verstorben (Gühne, U., et al., 2006). Das höhere Mortalitätsrisiko der Personen mit Demenz im Vergleich zu den Personen ohne Demenz blieb hierbei auch unter Kontrolle weiterer potenzieller Einflussfaktoren auf die Mortalität (Alter, Geschlecht, Bildung, Komorbidität und Institutionalisierung) statis-

tisch signifikant bestehen (Relatives Risiko = 2,4). Leichte kognitive Beeinträchtigungen waren vor allem dann mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert, wenn die kognitiven Leistungen bereits um mehr als 1,5 Standardabweichungen unterhalb alters- und bildungsspezifischer Normwerte lagen und subjektive Angaben über nachlassende kognitive Fähigkeiten kein obligatorisches Kriterium für die Diagnose der leichten kognitiven Störungen darstellten (Guehne, U., et al., 2007). Unter diesen Bedingungen zeigte sich bei Personen mit leichten kognitiven Beein-

trüchtigungen eine um 50 Prozent höhere Mortalitätsrate im Vergleich zu kognitiv unbeeinträchtigten Personen.

### **Risikofaktoren für die Entwicklung von Demenzen und leichten kognitiven Beeinträchtigungen**

Ob und wann Menschen eine demenzielle Erkrankung entwickeln, wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Nicht-modifizierbare Risikofaktoren wie höheres Alter oder eine gewisse genetische Prädisposition (ApoE4-Allel-Träger) stehen hierbei modifizierbaren Faktoren wie Rauchen, Übergewicht oder kardiovaskulären Erkrankungen gegenüber, die entsprechend bei primärpräventiven Ansätzen berücksichtigt werden sollten (Kidd, P.M., 2008). Sekundärprävention – im Sinne einer zuverlässigen Früherkennung der Entwicklung einer Demenz spielt die Identifikation leichter kognitiver Beeinträchtigungen als präklinische Vorstufe einer Demenz eine bedeutende Rolle. Eine Diagnose nach den aktuellen MCI-Kriterien ist für eine zuverlässige Vorhersage der Demenzentwicklung allein jedoch nicht ausreichend. Hier bedarf es weiterer Indikatoren. Im Rahmen der LEILA75+ konnten insbesondere Beeinträchtigungen in komplexen (instrumentellen) Alltagsaktivitäten (IADL; zum Beispiel selbstständiges Regeln der finanziellen Angelegenheiten oder der Medika-

menteneinnahme) als ein zusätzlicher Indikator für eine Demenzentwicklung identifiziert werden (Luck, T., et al., 2011). Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und IADL-Beeinträchtigungen zeigten hier sowohl höhere Konversionsraten für die (47,4 Prozent) und kürzere Zeiten bis zu der klinischen Manifestation einer Demenz (4,6 Jahre) als auch eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine kognitive Verbesserung (14,4 Prozent) im Vergleich zu Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen aber ohne IADL-Beeinträchtigungen (31,4 Prozent; 5,6 Jahre; 29,4 Prozent). Als vielversprechend für eine möglichst frühzeitige Vorhersage einer Demenzentwicklung könnte sich auch die gezielte Identifikation der Risikofaktoren erweisen, die sich bereits auf die Entstehung der präklinischen Vorstufe der leichten kognitiven Beeinträchtigungen auswirken. So wurden neben höherem Alter, IADL-Beeinträchtigungen und geringerem kognitivem Ausgangsniveau auch subjektive Angaben der Studienteilnehmer über nachlassende Gedächtnisleistungen als solche Risikofaktoren identifiziert (Luck, T., et al., 2010). Hierbei konnte nicht nur gezeigt werden, dass Personen mit subjektiven Gedächtnisbeeinträchtigungen im Durchschnitt 1,2 Jahre früher leichte kognitive Beeinträchtigungen entwickeln als Probanden

ohne subjektive Beeinträchtigungen (5,0 Jahre vs. 6,2 Jahre; s. Abb. 3); aktuelle Studienergebnisse verdeutlichen zudem, dass gerade diese genaue zeitliche Abfolge – subjektive Gedächtnisbeeinträchtigungen, gefolgt von der Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung – eine Hochrisikokonstellation für die Entwicklung einer Demenz darstellt (Jessen, F., et al., 2010).

### **4. Implikationen für Praxis und Forschung**

Demenzen und leichte kognitive Beeinträchtigungen im Alter sind weit verbreitet und folgenschwer und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hochrelevant in Bezug auf die Konzipierung der zukünftigen medizinisch-pflegerischen Versorgung. Der hohe Anteil an Betroffenen speziell unter Heimbewohnern unterstreicht die Notwendigkeit, die ambulante Versorgung mehr auf die Bedürfnisse Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen auszurichten und zudem die Pflegekonzepte in Heimeinrichtungen stärker an den Versorgungsbedarf dieser Bewohnergruppe anzupassen (Luppa, M., et al., 2008; Luppa, M., et al., 2010). Die Versorgung Demenzkranker wird das ärztliche Handeln zukünftig zunehmend prägen und damit auch zu einem zentralen Feld für die Versorgungsforschung werden.

Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen konnten als Hochrisikopopulation für die Entwicklung einer Demenz identifiziert werden. Leichte kognitive Beeinträchtigungen im Gedächtnisbereich sind typischerweise mit dem höchsten Risiko für eine zukünftige Demenz verbunden. Es zeigt sich allerdings auch ein substanzieller Anteil von Personen, bei denen sich leichte kognitive Beeinträchtigungen erstmalig in anderen Domänen (Orientierung, Sprache etc.) manifestieren. Eine regelmäßige Überprüfung des kognitiven Status im Alter im Sinne einer möglichen Früherkennung einer Demenz sollte sich dementsprechend nicht nur auf die Gedächtnisleistung, sondern auch auf andere kognitive Bereiche beziehen. Auch ist eine Diagnose leichter kognitiver Beeinträchtigungen nach den aktuellen MCI-Kriterien allein für eine zuverlässige (klinisch relevante) Vorhersage der Entwicklung einer Demenz nicht ausreichend. Hierfür müssen zusätzliche Risikofaktoren vorliegen. Im Rahmen der LEILA75+ wurden hier insbesondere Beeinträchtigungen in komplexen Alltagsaktivitäten sowie bereits vor der Entwicklung der leichten kognitiven Beeinträchtigungen vorliegende subjektive Angaben über nachlassende Gedächtnisleistungen identifiziert. Einer breiten Umsetzung konkreter frühdiagnostischer Maßnahmen muss eine ethische Diskussion vorausgehen, da aktuell zum Beispiel für die häufigsten Demenzen, die Alzheimer-Demenzen, keine kurative Therapie zur Verfügung steht.

Insgesamt ist auch weiterhin ein enormer Forschungsbedarf zur kognitiven Entwicklung im Alter zu konstatieren. Im laufenden Langzeit-Follow-Up der LEILA75+, mit dem die Überlebenden dieser Kohorte erreicht werden, soll hierbei besonders auf Ressourcen und die Frage nach den Determinanten kognitiv gesunden Alterns fokussiert werden. Mit der seit 2003 laufenden German Study on Aging, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) wird zusätzlich eine multizentrische (Leipzig, Bonn, München, Hamburg, Mannheim und Düsseldorf), allgemeinärztlich-basierte Kohortenstudie (n = 3.327, Alter 75+) durchgeführt, deren Konzeption auf der LEILA75+ basiert. Zudem könnte sich auch die gerade gestartete Leipziger Gesundheitsstudie LIFE ([www.uni-leipzig-life.de](http://www.uni-leipzig-life.de)), bei der 2.000 über 65-jährige Leipziger Senioren untersucht werden, als vielversprechend erweisen; eine umfassende Geno- und Phänotypisierung unter Einsatz bildgebender Verfahren wird hier insbesondere Einblicke in die Gen-Umwelt-Interaktionen bei der Entstehung leichter kognitiver Beeinträchtigungen und Demenzen ermöglichen.

### Zusammenfassung

Mit der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (75+ Jahre; LEILA75+) wurde die erste umfassende bevölkerungsrepräsentative Studie zur Epidemiologie leichter kognitiver Beeinträchtigungen und Demenzen in Deutschland durchgeführt. Sowohl demenzielle Erkran-

kungen als auch leichte kognitive Beeinträchtigungen sind in der Altenbevölkerung häufig und zudem mit erhöhten Mortalitäts- und Institutionalisierungsraten verbunden. Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen konnten als Hochrisikopopulation für die Entwicklung einer Demenz identifiziert werden. Für die zuverlässige Vorhersage einer Demenz zeigte sich die Diagnose leichter kognitiver Beeinträchtigungen allein jedoch nicht ausreichend. Als zusätzliche Prädiktoren wurden hier insbesondere Beeinträchtigungen in komplexen Alltagsaktivitäten sowie bereits vor der Entwicklung leichter kognitiver Beeinträchtigungen vorliegende subjektive Angaben über nachlassende Gedächtnisleistungen identifiziert.

### Förderung

Die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+) wurde durch das Interdisziplinäre Zentrum für Klinische Forschung (IZKF) an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gefördert (Projekt C07).

Anschrift für die Verfasser:

Dr. rer. med. Tobias Luck  
 Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und  
 Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public  
 Health: Epidemiologie und  
 Versorgungsforschung, Universität Leipzig,  
 Medizinische Fakultät,  
 Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig  
<http://www.uni-leipzig.de/~sams/>  
 Tel.: ++49-341-9724568,  
 Fax: ++49-341-9724569  
 E-Mail: [tobias.luck@medizin.uni-leipzig.de](mailto:tobias.luck@medizin.uni-leipzig.de)

## Verlauf und medikamentöse Therapie der Alzheimer-Krankheit

Gertz, H.-J.

Nach aktuellem Verständnis ist die Alzheimer-Krankheit (AK) ein histopathologisch definierter neurodegenerativer Prozess, der progredient verlaufende Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit sowie Veränderungen des Verhaltens aller Schweregrade hervorrufen kann. Die definierenden feingeweblichen Befunde der AK sind amyloide Plaques und Alzheimer-Fibrillenveränderungen. In welchem Zusammenhang sie mit den pathogenetisch relevanten, topographisch sehr unterschiedlich ausgeprägten Synapsen- und Nervenzellverlusten stehen, ist nicht sicher geklärt. Nach neueren Klassifikationen ist die Diagnose der Alzheimer-Krankheit nicht mehr an die Manifestation klinischer Symptome gebunden.

Die Alzheimer-Krankheit wird in drei Stadien eingeteilt:

1. das vorklinische, asymptotische Stadium der Alzheimer-Krankheit,
2. das Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung bei Alzheimer-Krankheit,
3. das Stadium der Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

### Gegenwärtige Möglichkeiten der Diagnostik

#### Asymptomatisches Stadium

In diesem Stadium spielt die Diagnostik zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Praxis kaum eine Rolle. Dieses Stadium ist jedoch für das Verständnis der Krankheit und für zukünftige Therapieentwicklungen von großer Bedeutung. Die asymptotische Phase der AK geht der Manifestation erster klinischer Symptome um Jahre, möglicherweise um Jahrzehnte voraus. In den seltenen familiären Fällen kann in diesem Stadium der Nachweis einer krankheitsauslösenden Mutation erfolgen. Diagnostische Verfahren für das asymptotische

Stadium sporadischer Fälle der AK befinden sich in Entwicklung. Es deutet sich an, dass an beta-Amyloid bindende PET-Tracer die Amyloidablagerung als eines der definierten Hauptmerkmale des pathologischen Prozesses bereits in diesem Stadium darstellen können. Auch deuten Studien darauf hin, dass erniedrigte beta-Amyloid-Werte im Liquor bereits in diesem Stadium zu beobachten sind und diagnostisch genutzt werden können. Ein breiter Einsatz dieser Verfahren in der Erkennung des asymptotischen Stadiums der AK sind in nächster Zukunft nicht zu erwarten und auch nicht wünschenswert. Das asymptotische Stadium der AK spielt zurzeit für therapeutische Optionen noch keine Rolle und wird daher im Weiteren nur am Rande berücksichtigt.

#### Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung

In diesem Verlaufsabschnitt der AK lässt sich die Diagnose durch den Nachweis von progredienten Störungen des episodischen Gedächtnisses in Verbindung mit einem Indikator für den neurodegenerativen Prozess stellen. Darüber hinaus ist intraindividuelle Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit besonders bei Patienten mit hohem intellektuellem Ausgangsniveau in die diagnostische Bewertung mit einzubeziehen. Verhaltensstörungen wie Apathie, Inaktivität, Desinteresse sind häufig auch bereits in diesen frühen Stadien auffällig.

Indikatoren des neurodegenerativen Prozesses AK sind eine Hirnatrophie oder auch charakteristische Veränderungen der Liquorproteine (erhöhte gesamt-tau- bzw. phospho-tau-Konzentration und eine erniedrigte A-beta Konzentration).

#### Stadium der Demenz

Die Diagnostik der Demenz bei AK ist seit vielen Jahren etabliert und die Grundlage zahlreicher Studien insbesondere zur Therapieentwicklung. Die ICD-10 (WHO) setzt für die Diagnose des Demenzsyndroms Störungen des Gedächtnisses sowie mindestens einer weiteren kognitiven Domäne voraus wie Agnosie, Apha-

sie oder Apraxie. Diese Störungen müssen so ausgeprägt sein, dass sie die Alltagsfunktionen der Betroffenen beeinträchtigen. Zur Quantifizierung der kognitiven Defizite eignen sich eine Reihe von gut validierten neuropsychologischen Tests bzw. strukturierten Interviews. Indikatoren für den neurodegenerativen Prozess sind dieselben wie bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung bei AK.

### Aktuelle therapeutische Möglichkeiten mit Medikamenten

#### Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung

Kognitive Störungen, die nicht den Schweregrad einer Demenz erreichen, bilden keine Indikation für Acetylcholinesterase-Hemmer oder Memantine, also für Substanzen die bei Demenz bei AK zugelassen sind, auch dann nicht, wenn als Ursache der leichten kognitiven Beeinträchtigung eine AK gesichert ist.

Obwohl Therapieansätze wie die Transmitteranreicherung durch die Acetylcholinesterase-Hemmer aufgrund grundsätzlicher Überlegungen stadienunabhängig einsetzbar sein sollten, schlugen Studien an Fällen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung allein für alle zugelassenen Acetylcholinesterase-Hemmer fehl. Dafür könnte eine unpräzise Fallselektion ebenso mitverantwortlich sein wie mögliche hirneigene Kompensationsmechanismen, etwa eine Hochregulierung der cholinergen Aktivität im Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung bei AK. Bezüglich der medikamentösen Therapie entsteht bei Diagnosestellung zum Beispiel bei einer frühen leichten kognitiven Beeinträchtigung daher eine Lücke von mehreren Jahren, in welcher wirksame Medikamente nicht zur Verfügung stehen, obwohl die zugrundeliegende Krankheit, nämlich die AK, bereits diagnostiziert worden sein kann. Die Diagnose leichten kognitiven Beeinträchtigung bei AK hat damit derzeit keine therapeutischen Konsequenzen bezüglich einer medikamentösen Intervention (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft).

### Stadium der Demenz

Die Behandlung mit Antidementiva ist nach den gültigen Zulassungsgegebenheiten bei der AK an das Vorliegen eines Demenzsyndroms gebunden. Indikation für den Einsatz von Antidementiva ist daher ausschließlich die Demenz bei AK. Zielsymptome der Therapie der Demenz bei AK mit Antidementiva sind kognitive Störungen, Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten und gegebenenfalls auch einzelne Verhaltensstörungen. In Deutschland zugelassen sind die Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil, Galantamin, Rivastigmin bei leichter und mittelschwerer Demenz und der nicht-kompetitive NMDA-Antagonist Memantin bei mittelschwerer und schwerer Demenz. In den letzten Jahren wurde in vielen Ländern eine zum Teil kontroverse Diskussion um den klinischen Nutzen dieser Medikamente geführt. In Deutschland ist für die Nutzenbewertung das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zuständig, in England das National Institute for Health and Clinical Excellence. Darüber hinaus existieren kritische Metaanalysen zur pharmakologischen Behandlung der Demenz bei AK von Scottish Intercollegiate Guidelines Network und der Cochrane Collaboration. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie haben eine S3-Leitlinie erarbeitet. Eine weitere Therapieempfehlung liegt von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vor. In wesentlichen Punkten stimmen die Bewertungen aller dieser Initiativen überein.

### Acetylcholinesterase-Hemmer

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sieht den patientenbezogenen Nutzen bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz in den Bereichen Alltagsfunktionen und kognitive Leistungsfähigkeit als belegt an. Für England beschränkt das National Institute for Health and Clinical Excellence die Verordnungsfähigkeit von Acetylcholinesterase-Hemmer auf einen Mini-Mental-Status-Test Be-

reich von 10 – 20. Da die Wirkung der Acetylcholinesterase-Hemmer dosisabhängig ist, sollte die höchstmögliche Dosis angestrebt werden. Es gibt keinen Hinweis für die Überlegenheit eines Acetylcholinesterase-Hemmers gegenüber einem anderen. Es gibt keine Möglichkeit, Subgruppen von Patienten zu identifizieren, die von der Behandlung mit Acetylcholinesterase-Hemmer besonders viel oder besonders wenig profitieren. Nebenwirkungen sind das Auftreten von Erbrechen, Übelkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit, Diarrhoe und Kopfschmerzen. Diese Nebenwirkungen sind oft vorübergehend und können durch eine langsamere Aufdosierung oder Einnahme der Medikation zum Essen teilweise vermieden werden. Auch Bradykardie und Synkopen sind mögliche Nebenwirkungen von Acetylcholinesterase-Hemmern.

Acetylcholinesterase-Hemmer sind bei schwerer Demenz bei AK in Deutschland nicht zugelassen. Die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz mit Acetylcholinesterase-Hemmern ist eine Off-label Behandlung. Dennoch legen einige Studien nahe, dass Acetylcholinesterase-Hemmer, insbesondere Donepezil auch bei schwerer Demenz wirksam sein könnten. Die Scottish Intercollegiate Guidelines Network-Leitlinie empfiehlt die Gabe von Donepezil auch bei schwerer Demenz bei AK. In den USA und einigen anderen Ländern ist Donepezil zur Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Für die Bewertung des Thera-

pieerfolgs im Einzelfall stehen keine zuverlässigen Methoden zur Verfügung. Als pragmatisches Vorgehen zur Therapiekontrolle kann ein Absetzversuch angesehen werden, dessen Brauchbarkeit aber nie empirisch überprüft wurde.

### Donepezil

Behandlungsbeginn erfolgt mit 5 mg Donepezil abends. Nach mindestens einmonatiger Behandlung kann auf 10 mg/Tag Donepezil erhöht werden. Insbesondere unter Donepezil berichten die Patienten gelegentlich über Alpträume während der Nacht. In diesen Fällen wird die Umstellung auf eine morgendliche Tabletteneinnahme angeraten.

### Galantamin

Galantamin retard sollte morgens mit dem Essen eingenommen werden. Die initiale Dosierung der retardierten Form beträgt 8 mg. Frühestens nach vier Wochen sollte die Steigerung auf 16 mg ret. erfolgen. Nach weiteren vier Wochen kann eine Steigerung auf 24 mg ret. vorgenommen werden.

### Rivastigmin

Rivastigmin in Kapselform wird initial mit 1,5 mg 2-mal täglich zu den Mahlzeiten verabreicht. Die Aufdosierung sollte langsam in einem Zeitraum von 2 bis 4 Wochen erfolgen, je nach angestrebter Zieldosis. Die wirksame Dosis liegt zwischen 6 und 12 mg/täglich.

Rivastigmin steht auch in Pflasterform zur Verfügung. Es wird mit

Tab.1: Übersicht über Darreichungsform und Zieldosis der Antidementiva

Präparat	Darreichungsform	Einnahmeintervall	tägliche Startdosis	anzustrebende tägliche Dosis
<b>Acetylcholinesterase-Hemmer</b>				
Donepezil	Tabletten (5 mg, 10 mg)	1 x täglich	5 mg abends	10 mg
	Schmelztabletten (5 mg, 10 mg)			
Galantamin	retardierte Hartkapseln (8 mg, 16 mg, 24 mg)	1 x täglich	8 mg retard morgens	24 mg
	Lösung (1ml entspricht 4 mg)	2 x täglich	4 mg morgens und abends	
Rivastigmin	Hartkapseln (1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg und 6 mg)	2 x täglich	1,5 mg morgens und abends	12 mg
	Lösung (1ml entspricht 2 mg)	2 x täglich	morgens und abends	
	transdermales Pflaster (4,6 mg, 9,5 mg)	1 x täglich	4,6 mg	9,5 mg
		1x täglich		
<b>NMDA-Antagonist</b>				
Memantin	Tabletten (10 mg, 20 mg)	1 x oder 2 x täglich	5 mg	20 mg
	für die Aufdosierung: 5 mg und 15 mg Tropfen (1 ml oder 20 Tropfen entspricht 10 mg)	2 x täglich		

einer Dosierung von 4,6 mg/24 Stunden begonnen. Nach mindestens 4-wöchiger Behandlung kann auf die empfohlene wirksame Dosis von 9,5 mg/d erhöht werden. Die Pflasterapplikation zeigt im Vergleich zur oralen Applikation von Rivastigmin eine geringere Häufigkeit von gastro-intestinalen Nebenwirkungen. Auf lokale Hautirritationen ist zu achten, die gegebenenfalls auch zum Abbruch dieser Applikationsform zwingen.

### Memantine

Der nicht kompetitive NMDA-Antagonist Memantin ist in Deutschland zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Demenz bei AK zugelassen. Die Wirksamkeit und der klinische Nutzen sind aber als weniger gesichert anzusehen als die der Acetylcholinesterase-Hemmer. Das National Institute for Health and Clinical Excellence in England zum Beispiel spricht keine Behandlungsempfehlung aus.

In einer Meta-Analyse der Cochrane Collaboration zeigt Memantin bei der mittelschweren bis schweren

Demenz bei AK einen signifikanten Effekt auf kognitive Leistungen, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie auf psychische und Verhaltenssymptome.

Nebenwirkungen sind Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, Obstipation, erhöhter Blutdruck und Schläfrigkeit, die vorübergehend sein können. Das Nebenwirkungsprofil von Memantin ist als günstig anzusehen. Die Behandlung wird mit einer Tagesdosis von 5 mg begonnen. Im Verlauf von etwa vier Wochen sollte die angestrebte Zieldosis von 20mg/d erreicht werden. Die Tabletten können mit oder ohne Nahrung eingenommen werden.

### Kombinationsbehandlung von Donepezil und Memantin

Zwei multizentrische Studien zur Behandlung mit Memantin bei vorbestehender Behandlung mit Acetylcholinesterase-Hemmern liegen vor. Da die Studien zu gegensätzlichen Ergebnissen kommen, kann für diesen Bereich keine eindeutige Aussage getroffen werden.

Zu einer Wirksamkeit der Add-on-Behandlung bei der schweren Demenz nimmt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen-Bericht keine Stellung, da es sich um eine Behandlung außerhalb der Zulassung der Acetylcholinesterase-Hemmer handelt. Das National Institute for Health and Clinical Excellence und das Scottish Intercollegiate Guidelines Network geben zur Kombination von Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin bei fortgeschrittener Demenz ebenfalls keine Empfehlung ab.

### Zusammenfassung der Empfehlungen der S3-Leitlinie Demenz zur Gabe von Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin:

„Acetylcholinesterase-Hemmer sind wirksam bei der leichten bis mittelschweren Demenz bei AK. Eine Behandlung sollte erfolgen. Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden. Die Auswahl eines Acetylcholinesterase-Hemmers sollte sich am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren, da keine ausreichenden Hinweise für klinisch relevante Unterschiede in der Wirksamkeit der verfügbaren Substanzen vorliegen. Memantin ist wirksam bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Eine Behandlung wird empfohlen“.

### Zukünftige Therapiestrategien: Impfung gegen Alzheimer

Die aktuell verfügbaren Medikamente zur Behandlung der AK wie Acetylcholinesterase-Hemmer funktionieren auf der Transmitterebene. Auf dieser Ebene werden die meisten in Neurologie und Psychiatrie wirksamen Medikamente aktiv. Wichtige Beispiele sind die Dopaminsubstitution bei der Parkinsonkrankheit oder die Dopaminrezeptorblockade bei den Neuroleptika zur Behandlung der Schizophrenie. In Entwicklung befindliche Behandlungsstrategien bauen auf Ätiologienähe und beanspruchen, die Entwicklung des degenerativen Hirnprozesses zu stoppen oder zumindest deutlich zu verlangsamen. Eine Strategie setzt auf die

Verhinderung oder die Reduktion der Akkumulation von beta-Amyloidbelastung im Gehirn. Es wird davon ausgegangen, dass die Akkumulation von beta-Amyloidablagerungen in Plaques wie bei anderen Amyloidosen die Zerstörung von Gewebe bedingt. Im Laufe der Entwicklung der AK schreitet die Plaquebildung in einer relativ systematischen Art und Weise fort. Inzwischen sind detaillierte Vorstellungen zur zeitlichen Abfolge der pathologischen Schritte entwickelt worden.

Die Amyloidakkumulation ist dabei ein früher Schritt (asymptomatische Phase der AK) und bei Beginn der klinischen Symptome bereits relativ weit fortgeschritten. Daher ist es naheliegend, dieser pathologischen Konglomeratbildung möglichst früh entgegenzuwirken. Dies wiederum ist nur möglich, wenn die AK möglichst früh erkennbar ist, jedenfalls bevor massive Schäden irreversibel eingetreten sind. Für die Verhinderung der amyloiden Plaques wäre der ideale Interventionszeitpunkt in der vorklinischen, asymptomatischen Phase der Erkrankung oder spätestens im Stadium der frühen leichten kognitiven Beeinträchtigung.

Eingesetzt wird unter anderem die aktive und passive Immunisierung gegen die pathogenen A-beta Proteine. Derzeit laufen weltweit etwas weniger als 20 Studien, die auf eine aktive oder passive Immunisierung setzen. Dieser Ansatz mag zunächst

sehr gesucht und theoretisch wirken. Das Prinzip der Immuntherapie gegen A-beta hat überraschend im Nachhinein ein starkes Argument gewonnen: Es ließ sich zeigen, dass auch natürliche Antikörper gegen A-beta vom Menschen gebildet werden und zwar besonders von solchen, die lange leben, ohne demenz zu werden. In einer neuropathologischen Arbeit konnte zudem gezeigt werden, dass viele natürliche Antikörper gegen A-beta mit geringen Amyloidablagerungen im Gehirn einhergehen.

Dennoch können kurzfristige Erfolge dieser Ansätze und eine baldige Verfügbarkeit in der therapeutischen Praxis nicht erwartet werden: Bisher ließ sich bei entsprechenden Interventionen zum Beispiel eine Reduktion der Amyloidbelastung des Gehirns autopsisch belegen, ohne dass eine überzeugende klinische Besserung der kognitiven Beeinträchtigung festgestellt worden wäre. Allerdings waren die in diese Studie eingeschlossenen Patienten bereits im Demenzstadium der AK gewesen, sodass eine klinische Besserung möglicherweise auch gar nicht erwartet werden konnte. Immerhin zeigt diese Studie, dass das angewendete Prinzip tatsächlich funktioniert. Neu aufgelegte Studien schließen Patienten ein, die sich in der Frühphase der leichten kognitiven Beeinträchtigung befinden, eine erste Bewertung sollte in zwei bis drei Jahren möglich sein.



Quelle: fotolia

Aussichtsreich werden aber auch in den nächsten Jahren am ehesten Therapieansätze sein, die die Transmitterverfügbarkeit verbessern.

Prof. Dr. med. Hermann-Josef Gertz  
Klinik für Psychiatrie  
Universität Leipzig  
Simmelweisstraße 10  
04103 Leipzig  
Tel.: 0341 97 24 420  
Fax: 0341 97 24 419  
E-Mail: gertzh@medizin.uni-leipzig.de

## Diagnostische Möglichkeiten demenzieller Prozesse

### Basisdiagnostik und spezialisierte Diagnostik

V. A. Holthoff

Für Ärzte, die in Deutschland praktizieren und Demenzerkrankte behandeln, liegen Empfehlungen und Leitlinien vor, von denen eine die Gütekriterien einer S3-Leitlinie erfüllt ([http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf), 2010). Sie ist von einer Vielzahl von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen konsentiert worden, darunter die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Nach dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erreichen die S3-Leitlinien die höchste Qualitätsstufe, da sie insbesondere eine Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und eine regelmäßige Überprüfung gewährleisten. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat eine eigene Empfehlung zu dem Thema herausgegeben ([http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-12\\_Langfassung\\_TJ\\_03\\_korr\\_01.pdf](http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf), 2010). Für den interessierten Leser sei hinzugefügt, dass die aktuellen Kriterien zur Diagnostik für Probanden von wissenschaftlichen Studien durchaus auch praxisnahe Hinweise geben und dem klinisch tätigen Arzt nutzen können (Alberta et al., 2010). Im Folgenden soll eine kurze Zusammenfassung erfolgen, die neben den S3-Leitlinien noch einige Hinweise für die tägliche Praxis von Haus- und Fachärzten liefern könnte.

### Exploration des Patienten und Angehörigen

Schon das anamnestische Gespräch liefert für die Verdachtsdiagnose und Differentialdiagnose einer demen-

ziellen Erkrankung essenzielle Hinweise zur aktuellen Symptomatik, sowohl bei einem Erstgespräch in der Frühdiagnostik als auch für die Verlaufsdagnostik von Demenzerkrankungen. In diesem können die von den Betroffenen selber wahrgenommenen Beschwerden im Bereich der Kognition, des Affekts oder des Verhaltens und der Alltagsfunktionen greifbar werden oder aber die fehlende Eigenwahrnehmung dieser Veränderungen offensichtlich werden. Daher ist die Fremdanamnese, wo auch immer sie verfügbar ist, unabdingbar für die klinische Einschätzung. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Zeitpunkt und den tatsächlich greifbaren Symptomen, die die Umgebung des Patienten unter Umständen schon zwei oder mehr Jahre beobachten konnte (zum Beispiel episodische Gedächtnisleistung, Antrieb, Sozialverhalten) und die zu Beginn der Erkrankung noch keine klinische Relevanz für den Patienten und Angehörigen gehabt haben muss. Ferner ist die Beschreibung des Verlaufs der Einbußen richtungsweisend (zum Beispiel stetig progredient, langsam, schnell) sowie die zeitliche Abfolge weiterer Symptome.

Bei der Demenz vom Alzheimertyp (DAT) sind es typischerweise im frühen Erkrankungsstadium überwiegend die umschriebenen Störungen im Abruf episodischer Gedächtnisinhalte und im Neuerwerb von Informationen, die beklagt werden. Es gibt neben dem amnestischen Typ auch Varianten, bei denen sprachliche Einbußen im Vordergrund stehen oder eine sogenannte posteriore Variante (siehe unten). Bei der vaskulären Demenz (VD) werden neben amnestischen Störungen früh auch Störungen im Planungsablauf und der psychomotorischen Geschwindigkeit beobachtet. Bei Patienten mit frontotemporalen Demenzen (FTD) sind es mehr die Veränderungen des Sozialverhaltens oder der Sprache, die aufgeführt werden und erst in der differenzierten neuropsychologischen Untersuchung können die amnestischen Defizite auffallen. Störungen der Wachheit oder visuelle Halluzinationen (typischerweise in

Form von sich wiederholenden Szenen) können bei früher Demenzsymptomatik auf eine Lewy-Körperchen-Demenz hinweisen. Die Parkinsondemenz zeichnet sich dadurch aus, dass das Parkinsonsyndrom zum Zeitpunkt demenzieller Symptomentwicklung bereits besteht.

Bei selteneren Demenzformen können Besonderheiten im Anfangsstadium der Erkrankung auffallen, wie ausgeprägte Störungen der Sprache bei der primären progressiven Aphasie mit Varianten, die eher der Frontotemporalen Demenz (nonfluente und semantische Demenz) und Formen, die eher der Demenz vom Alzheimertyp (Logopenic Primary Aphasia) zugeordnet werden können (Gorno-Tempini et al., 2011) oder aber eine Störung der räumlich-visuellen Kognition (Posterior Cortical Atrophy), bei der ebenfalls primär eine Alzheimerpathologie angenommen wird (Seguin et al., 2011).

Die gezielte Anamnese zu kognitiven Einbußen ist sofort möglich, wenn der Patient sich mit diesen Beschwerden vorstellt oder vorgestellt wird. Viel schwieriger gestaltet sie sich jedoch, wenn kognitive Defizite nicht explizit beklagt werden, es jedoch in den hausärztlichen Aufgabenbereich fällt, kognitive Einbußen, unabhängig von ihrer Ätiologie (Demenz, Depression, leichte kognitive Einbuße), so früh wie möglich zu erkennen. Bislang liegen validierte Screeningmethoden dazu nicht vor. Eine sächsische Arbeitsgruppe von Demenzexperten hat eine Vorlage für einen Fragebogen (DemRisk) erarbeitet, der von den Patienten selber und den Angehörigen ausgefüllt werden kann und dem Hausarzt signalisieren soll, ob Veränderungen im Alltag vorliegen, die auf kognitive Veränderungen hinweisen könnten. DemRisk wird gegenwärtig evaluiert und die Zwischenergebnisse in der Detektion früher kognitiver Veränderungen sind vielversprechend (Amanatidis et al., 2010). Die in DemRisk aufgeführten Fragen könnten aber bereits jetzt einen praktischen Leitfaden in der Befragung der Betroffenen und Angehörigen darstellen, da sie auf klinischer Erfahrung beruhen (Tab.1, Seite 438).

## Neuropsychologische Leistungsdiagnostik

Bei dem Verdacht auf kognitive Störungen haben sich eine Reihe von neuropsychologischen Testverfahren bewährt, von kurzen Screeningverfahren (zum Beispiel Mini-Mental-Status-Examination, MMSE; Uhrentest; Demtect) bis zu deutschen Versionen ausführlicherer Testbatterien (zum Beispiel Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, CERAD: <http://www.memoryclinic.ch>; Montreal Cognitive Assessment, MoCa: <http://www.mocatest.org>). Sie eignen sich primär zur Erfassung des Defizitprofils, differenzialdiagnostisch erlauben sie jedoch keine ausreichende Abgrenzung zwischen Demenzformen, ohne das eine sorgfältige Anamnese und Zusatzdiagnostik vorliegt. Zur Dokumentation des Schweregrades bei bekannter Demenz können Screeningverfahren helfen, während sie zur Früherkennung als nicht ausreichend aussagefähig einzuschätzen sind. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die weit verbreitete und akzeptierte Stadieneinteilung nach der kognitiven Leistungsfähigkeit, nämlich dem MMSE (MMSE 20-26: leichte Alzheimer-Erkrankung, 10-19: moderate/mittelschwere und weniger als 10 Punkte: schwere Alzheimer-Erkrankung), in der klinischen Beurteilung der Patienten oft als unbrauchbar erweist, da die MMSE-Punktzahl keine Rückschlüsse auf die Alltagsfähigkeiten des Patienten zulässt. Es ist also anzuraten, diese dann deskriptiv zu dokumentieren bis validierte Skalen entwickelt worden sind (Robert et al., 2010). Wenn aus Zeitgründen im klinischen Alltag eine kurze Variante im Rahmen der Exploration gewählt werden muss, so ist es denkbar, beiläufig Fragen zu formulieren, wie Albert et al., 2010 es empfehlen, um den Neuerwerb von Informationen und den Abruf zu überprüfen. Beispielsweise kann der Patient im Gespräch gebeten werden, sich eine Adresse zu merken und diese sofort und nach wenigen Minuten zu wiederholen (im Original: John Brown, 42 Market Street, Chicago; siehe Albert et al., 2010). Alternativ kann

man drei Gegenstände (im Original: Stift, Heftklammer und Geldschein) auswählen, diese an drei unterschiedlichen Stellen des Sprechzimmers platzieren und den Patienten bitten, sofort und nach einigen Minuten die Gegenstände und den jeweiligen Ort zu benennen.

Eine ausführliche Leistungsdiagnostik ist bei bestimmten Konstellationen erforderlich: (1) zur Abgrenzung früher kognitiver Einbußen (MCI, mild cognitive impairment) von Gesunden, (2) wenn die klinischen Angaben eine Demenz vermuten lassen und die Screeningverfahren unauffällig sind, (3) wenn jüngere Patienten, die noch im Berufsleben stehen, sich mit demenzieller Symptomatik vorstellen und das differenzierte kognitive Leistungsprofil zum Nachweis einer Erwerbsminderung herangezogen werden muss. (4) Ferner ist sie obligat, wenn sich Patienten mit positiver Familienanamnese mit leichten Symptomen kognitiver Leistungsminde- rung vorstellen, damit eine sehr frühe Diagnose gestellt werden kann. Die gegenwärtige Pharmakotherapie kann insbesondere bei Gabe im Frühstadium den Verlauf günstig beeinflussen, sodass die Früherkennung trotz bislang weiter fehlender kurativer Therapie primäres ärztliches Ziel sein muss.

## Laborchemische Diagnostik und Bildgebung

Sowohl die laborchemische Diagnostik als auch die strukturelle Bildgebung sind bei der Diagnostik der Demenz zum Nachweis behandelbarer Ursachen und zum Ausschluss sekundärer Demenzen unbedingt notwendig. In der S3-Leitlinie der DGPPN und DGN werden folgende Parameter empfohlen: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, Blutsenkung oder CRP, GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12. Bei klinischer Unklarheit oder bei spezifischen Verdachtsdiagnosen werden beispielsweise folgende Parameter empfohlen: Differenzial-Blutbild, BGA, Phosphat, HBA1c, Homocystein, fT3, fT4, SD-Antikörper, Kortisol, Parathormon, Coeruloplasmin, Vitamin B6, Borrelien-Serologie, Pb, Hg, Cu,

Lues-Serologie, HIV-Serologie, Drogenscreening, Urinteststreifen, Folsäure.

Die bildgebenden Untersuchungen können bei 2 bis 10 Prozent aller Demenzkranken eine potenziell behandelbare bzw. reversible Ursache nicht-degenerativer und nichtschämischer Art aufdecken (zum Beispiel subdurales Hämatom, Tumor, Normaldruckhydrozephalus; Clarfield, 2003). Der klinische Alltag, nicht nur einer Gedächtnisambulanz, bestätigt, dass klinische Kriterien nicht ausreichend sensitiv sein können, um eine sekundäre Demenzursache auszuschließen. Bei klinischem Verdacht auf entzündliche, tumoröse oder metabolische Erkrankungen sollte eine cMRT durchgeführt werden. Bei fehlender Verfügbarkeit der MRT oder bei patientenbezogenen Kontraindikationen (zum Beispiel Herzschrittmacher, ausgeprägte Platzangst) sowie im höheren Patientenalter (zum Beispiel ab 75 Jahren) sollte eine cCT durchgeführt werden.

## Spezialisierte Diagnostik: Liquordiagnostik und Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

Eine Liquordiagnostik zum Ausschluss einer entzündlichen Gehirnerkrankung sollte dann durchgeführt werden, wenn sich dafür Hinweise aus der Anamnese, dem körperlichen Befund oder der Zusatzdiagnostik ergeben. Ferner ergibt sich die Notwendigkeit auch dann, wenn (1) das Erkrankungsalter sehr früh ist, (2) eine schnelle Progredienz vorliegt oder (3) der Verdacht auf seltenere Demenzformen (siehe oben) besteht, damit eine Demenzzuordnung schneller möglich wird und sich nicht klinisch erst am Erkrankungsverlauf ablesen lässt. Neben dem Grundprofil zu Zellzahl, Gesamtprotein, Laktatkonzentration, Glukose, Albuminquotient, intrathekale IgG-Produktion und oligoklonale Banden ist die kombinierte Bestimmung der spezifischeren Neurodegenerationsmarker beta-Amyloid-1-42 und Gesamt-Tau bzw. beta-Amyloid-1-42 und Phospho-Tau einer Bestimmung nur eines einzelnen Parameters überlegen. Ihr kommt eine besondere Bedeutung bei der Diagnose der DAT zu. Es

Tabelle 1: DemRisk: Angehörigenversion mit Fragen zu Hinweisen für eine Störung kognitiver Leistungsfähigkeit (Amanatidis et al., 2010)

1. Ist Ihr A. in den letzten 2 Jahren vergesslicher geworden?
2. Stellt Ihr A. mehrfach dieselbe Frage an einem Tag?
- 3.a. Erinnert sich Ihr A. mehrfach nicht an Besprochenes/Erlebtes?  
b. Ist das auch der Fall, wenn Sie ihm/ihr auf die Sprünge helfen?
4. Merkt sich Ihr A. neue Wege (z.B. in der Kaufhalle oder im Urlaub) schlechter als vor 2 Jahren?
5. Fallen Ihrem A. bekannte und vertraute Begriffe häufiger nicht ein?
6. Zahlt Ihr A. auch mit Kleingeld und behält er den Überblick über das Rückgeld?
7. Geht Ihr A. so gerne unter Menschen, wie vor 2 Jahren?
8. Achtet Ihr A. noch so auf die Ordnung in seinem persönlichen Bereich (z.B. in der Küche oder im Geräteschuppen) wie vor 2 Jahren?
9. Hat Ihr A. liebgewonnene Tätigkeiten (z.B. Handarbeiten, Werkeln) in den letzten 2 Jahren gemieden oder aufgegeben?
10. Ist Ihr A. häufiger schlecht gelaunt/ungeduldig/gereizter als vor 2 Jahren?

zeigt sich, dass dem Auftreten der pathologischen Liquorparameter eine zeitliche Reihenfolge unterliegt, die für die sehr frühe Diagnostik vielversprechend ist (Jack et al, 2010; Abb. 1). Der gegenwärtige Forschungsstand lässt erwarten, dass als frühe Pathologie der Nachweis von Amyloid und erst zeitlich versetzt der Nachweis von erhöhtem Tau im Liquor gelingt. Beides könnte danach vor dem Auftreten der klinischen Symptomatik möglich sein. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass gegenwärtig die differenzialdiagnostische Trennschärfe dieser Marker

innerhalb der neurodegenerativen Erkrankungen und in Abgrenzung zur vaskulären Demenz noch als nicht ausreichend gewertet werden muss.

Der routinemäßige Einsatz von PET in der Demenzdiagnostik wird in der Leitlinie nicht empfohlen. Es zeigt sich im klinischen Alltag jedoch, dass der gezielte Einsatz immer wieder sehr wertvoll ist. FDG-PET zur Messung des regionalen Glukosestoffwechsels kann im frühen Stadium zur weiteren Differenzialdiagnostik von Demenzen (DAT, FTD, VD) beitragen (Herholz et al., 2002; Mosconi et al.,

2008). Bei Patienten mit erhöhtem Risiko an einer Demenz zu erkranken (MCI), ist es beispielsweise dann heranzuziehen, wenn eine Liquorpunktion beim Patienten aus physischen (zum Beispiel Antikoagulation, frustrierte Punktionsversuche) oder psychischen (zum Beispiel Ablehnung) Gründen schwerer oder nicht durchführbar ist. Die neue Generation von PET-Tracern zur Darstellung der regionalen Amyloidablagerungen im Gehirn wird von hohem Interesse für die Frühdiagnostik der DAT (Barthel et al., 2011) und zur Diagnostik einer präklinischen Demenz (Koivunen et al., 2011; Landau et al., 2010; Okello et al., 2009) sein und befindet sich im weit fortgeschrittenen Forschungsstadium.

### Zusammenfassung

Bei der Diagnostik demenzieller Erkrankungen ist es essenziell die ersten Symptome, den Verlauf der Symptomentwicklung sowie die Schwere zu erfassen, die zusammen richtungsweisend für unsere erste Verdachtsdiagnose sein werden. Es ist obligat, behandelbare Demenzen durch laborchemische Untersuchungen und strukturelle Bildgebung auszuschließen und im begründeten Verdachtsfall eine neurochemische Liquordiagnostik durchzuführen. Eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik ist immer dann notwendig, wenn die Patienten ein junges Erkrankungsalter haben, ein frühes Stadium vorliegen könnte und sich der klinische Eindruck in einem Screeningverfahren nicht widerspiegelt.

Der Nachweis von Biomarkern der Demenz im Liquor oder im PET sind im Gesamtkonzept der Diagnostik notwendig, wenn eine frühe Diagnostik damit ergänzt werden muss, um die Diagnose zu sichern oder bei unklaren Verläufen, die eine Diagnosestellung erschweren.

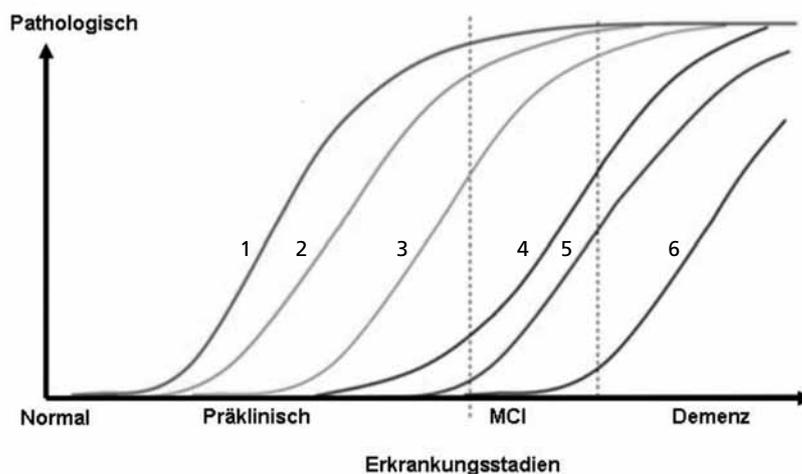


Abb. 1: Modell zur zeitlichen Abfolge pathologischer Biomarker bei der Demenz vom Alzheimerstyp

- 1: Amyloid (Liquor/PET)
- 2: synaptische Dysfunktion (FDG-PET/MRT)
- 3: Taupathologie und neuronale Störung (Liquor)
- 4: Neuronenschädigung (MR-Volumetrie)
- 5: Kognition
- 6: klinische Funktion

Mit freundlicher Genehmigung von Clifford R. Jack.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. habil. Vjera Alexandra Holthoff  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Bereich Gerontopsychiatrie  
und kognitive Neuropsychiatrie  
Universitäts-Gedächtnisambulanz  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der TU Dresden

## Soziotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Demenzen

V. A. Holthoff

Aus dem klinischen Alltag ist uns allen bewusst, welchen hohen Stellenwert soziotherapeutische Konzepte in der Behandlung psychischer Erkrankungen besitzen, so auch bei demenziellen Erkrankungen. Umso erstaunlicher ist es, dass bislang nur wenige randomisierte kontrollierte Studien der Frage nachgegangen sind, ob durch Interventionen im sozialen Umfeld oder durch eine Veränderung der Interaktion der Demenzerkrankten mit ihrem Umfeld ein therapeutischer Einfluss auf die Symptome und den Erkrankungsverlauf genommen werden kann. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass bei der Demenz mit sehr unterschiedlichen Profilen kognitiver und nicht-kognitiver Beeinträchtigung, somatischer Komorbidität (zum Beispiel Schmerzen, Verschlechterung der Sinneswahrnehmungen) sowie mit Besonderheiten des Wohnumfelds (häusliches Setting, Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung) zu rechnen ist, sodass ein hoher Grad an Individualisierung der soziotherapeutischen Intervention notwendig ist. So ist es bereits als erheblicher Fortschritt zu deuten, wenn sich durch die Intervention neue Erlebens- oder auch Leistungswelten erschließen, und es kommt auch bei soziotherapeutischen Interventionen im Alter, wie schon bei der Pharmakotherapie, darauf an, eine klare ärztliche Indikation zu stellen, das Ziel realistisch einzuschätzen und die Dosierung zu bestimmen. Die Auswahl von Zielen, die gemessen an der Erkrankungsschwere, unrealistisch sind, kann daher auch zum Nachteil des Patienten sein.

In einer Consensus-Vereinbarung der American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP, 2003) wurden Ziele für Interventionsstrategien bei

Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Demenzerkrankungen zusammengefasst. Darin heißt es, dass Demenzerkrankten individualisierte und damit für sie bedeutungsvolle Aktivitäten angeboten und sie in der selbständigen Ausführung geübt werden sollen. Im Mittelpunkt stehen ferner die Förderung sozialer Interaktion und die Wahrung der Kontinuität der Autobiographie durch Anknüpfung an in der Vergangenheit geübte und erprobte Rollen (Biografiearbeit), um ihre Lebensqualität zu erhöhen, sie in ihrem Selbstverständnis zu stärken und die Pflegenden zu unterstützen und zu entlasten (Yamaguchi et al., 2010). Die unterschiedlichen Behandlungselemente, die die Soziotherapie bei Demenzerkrankungen umfasst, lassen sich in kognitive Übungsverfahren und aktivitätsorientierte Verfahren, emotionsorientierte Verfahren (Validations- und Reminiszenztherapie) sowie das Angehörigentraining untergliedern (IQWiG, 2009), die in aktuellen Interventionsansätzen auch kombiniert werden. Auch wenn die Mehrzahl der Untersuchungen bei Patienten mit Alzheimererkrankungen durchgeführt worden ist, zielen soziotherapeutische Behandlungskonzepte auf die Symptome der Demenz ab, unabhängig von der Erkrankungsart. Die Aufgabe der Therapeuten bei der Demenzbehandlung liegt darin, respektvoll und empathisch der sozialen Rolle ihrer Patienten nachzuspüren und nach Tätigkeiten zu suchen, die ihren aktuellen Ressourcen entsprechen, und sie durch Lernen unter Fehlervermeidung (errorless learning) gezielt zu trainieren (Yamaguchi et al., 2010). Das Assessment und eine aussagekräftige Dokumentation des Therapieverlaufs, die in verschiedenen Leitlinien gefordert wird, kann wegen des Mangels an geeigneten standardisierten Instrumenten noch nicht befriedigend gelöst werden (BMG, 2006). Der gezielte Einbezug der Pflegenden in den therapeutischen Prozess ist eine substanzielle Säule der Therapie und für die Stabilisierung eines Therapieerfolgs eine kritische Größe. Ihr Training in klientenzentrierten und multimodalen

Strategien (zum Beispiel zur Förderung von Selbständigkeit oder zum Abbau von auffälligem Verhalten) wird zunehmend als therapeutische Intervention eigener Wertigkeit wahrgenommen (Brodaty et al., 2003; Sitzer et al., 2006). Rein psychoedukative Ansätze alleine reichen in der Behandlung jedoch nicht aus (Smits et al., 2007). Es wurde vielmehr überzeugend demonstriert, dass eine Kombination mit verhaltensnahen Interventionen notwendig ist (Selwood et al., 2007). Bei Patienten im höheren Lebensalter darf bei allen Bemühungen nicht aus den Augen verloren werden, dass der therapeutische Erfolg im Einzelfall, abhängig von Alter und Symptomprofil, große Unterschiede aufweisen kann, so dass der Effekt unter Umständen auch nur klein ist. Dem Begriff Training kommt bei der Demenz eine spezifische Bedeutung zu: Auch Demenzerkrankte können mit Aussicht auf Erfolg trainieren, allerdings sollte das Üben im Alltag stattfinden und an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des individuellen Alltags orientiert sein. Während der Effekt von kognitiv stimulierenden Verfahren auf Verhaltensparameter auch noch nach Monaten nachweisbar sein kann (Graff et al., 2007; Graff et al., 2006; Livingston et al., 2005), sollte auf ein kognitives Training im engeren Sinne im Fortschreiten des Demenzprozesses verzichtet werden (Clare et al., 2003).

Therapieansätze, die auf die Modifikation von Verhalten bei Demenzerkrankten abzielen, bestehen häufig aus Elementen mehrerer Therapieverfahren. Eine Wirksamkeit über den engeren Therapiezeitraum hinaus ist in Studien bislang nur unzureichend belegt (Hermans et al., 2007). Die meisten Erfahrungen liegen mit der Technik des operanten Lernens vor. Zu den primären Zielen zählt neben dem Abbau von auffälligem Verhalten (zum Beispiel Aggressionen, Schreien) auch das Erreichen von größerer Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten (zum Beispiel beim Baden oder Anziehen). Nach anfänglicher professioneller Anleitung können diese Interventionen auch von

geschulten Familienangehörigen oder professionellem Pflegepersonal zu Hause umgesetzt werden.

Bei der Realitätsorientierungstherapie (ROT) soll durch stets wiederholte Informationen (zum Beispiel zur eigenen Person, zu Ort und Tageszeit) eine Verbesserung der Orientierungsfähigkeit Demenzerkrankter erzielt werden. Die Therapie findet entweder in schulklassenartigen Lerngruppen oder individualisiert statt. Im Alltag kann eine Vielzahl realitätsorientierender Interventionen durchgeführt werden, die von der individuellen biographischen Orientierung bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen. In einer randomisierten kontrollierten Studie, die Elemente mehrerer Verfahren kombiniert, konnte nachgewiesen werden, dass ein von geschulten Pflegenden ausgeübtes und auf den Patienten individuell abgestimmtes Programm mit Training von Alltagsaktivitäten, Entspannungsverfahren und Aktivierung durch gezielten Freizeitaktivitäten im häuslichen Umfeld über vier Monate zu einer signifikanten Minimierung von auffälligem Verhalten und zu einer signifikanten Entlastung der Pflegenden führte (Gitlin et al., 2008; Gitlin et al., 2009; Gitlin et al., 2010). Überzeugende Ergebnisse lieferte auch die erste randomisierte kontrollierte Studie zum Effekt einer individualisierten und aufsuchenden Ergotherapie über fünf Wochen im häuslichen Bereich (Graff et al., 2007; Graff et al., 2006). Sie konnte nachweisen, dass die Alltagsfähigkeiten der Demenzerkrankten zunahmen, die Belastung der Angehörigen abnahm und die Lebensqualität sowie die Stimmung der Pflegenden eine Verbesserung erfuhr. Zwei weitere multizentrische randomisierte kontrollierte Studien, die im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurden und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit individualisierter Ergotherapiekonzepte bei Demenzerkrankten in der Häuslichkeit untersuchen, wurden abgeschlossen und befinden sich in der Auswertung (Reuster et al., 2008; Voigt-Radloff et al., 2009). Die

Ergebnisse der am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden koordinierten und zusammen mit den Kliniken für Psychiatrie des Parkkrankenhauses Leipzig und der Universität Ulm durchgeführten Studie zur Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Milieu (ERGODEM) sind sehr ermutigend und vielversprechend (Reuster et al., 2008; Holthoff et al., 2011, Marschner et al., 2011). 82 Patienten wurden mit einem pflegenden Angehörigen in zwölf einstündigen Therapieeinheiten komplex-ergotherapeutisch behandelt. Verwendet wurde das Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al., 1999). Patienten erhielten die zu testende ergotherapeutische Intervention über einen Zeitraum von sechs Wochen. Eine häusliche Ergotherapie durch im Umgang mit Demenzerkrankten geschulte Ergotherapeuten konnte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (leitliniengerechte Behandlung in den jeweiligen Ambulanzen) die Alltagsaktivitäten auch sechs Monate nach Beendigung der häuslichen Ergotherapie noch signifikant bessern. Ferner konnten die Verhaltensauffälligkeiten sowie die Belastung der Angehörigen unmittelbar nach der Intervention signifikant minimiert werden (Holthoff et al., 2011, Marschner et al., 2011). Die Erfahrungen aus dieser Studie haben belegt, dass die Expertise der Ergotherapeuten im Umgang mit Demenzerkrankten maßgebliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellt und die individualisierte Therapie auf einer engen Absprache mit den Pflegenden und den behandelnden Ärzten basieren muss.

Bei der Reminiszenztherapie werden Demenzerkrankte, auch unter zur Hilfenahme von Erinnerungshilfen wie Gegenständen, Musikstücken und Fotos aufgefordert, sich an Vergangenes zu erinnern und darüber zu sprechen. Sie kann in Gruppen stattfinden, während dagegen die Reminiszenzarbeit zur eigenen Biographie in Einzelsitzungen stattfindet. Der Erkrankte wird angeregt

und unterstützt, eine Chronologie seiner Erinnerungen herzustellen. In einer Metaanalyse über vier sehr heterogene Studien zeigte sich im Follow-up ein Effekt auf Stimmung und Kognition (Woods et al., 2005). Methodisch befriedigende randomisierte kontrollierte Studien fehlen bislang, allerdings wurde ein erstes Protokoll dazu vorgelegt (Woods et al., 2009).

Bei der Validation handelt es sich um eine Kombination von Umgangsprinzipien unter Einbezug von Elementen der Reminiszenztherapie (Feil, 1999; Feil et al., 2001). Die Validation fußt auf der aus der humanen Psychotherapie vertrauten Empathiefähigkeit und ist der Versuch, die eigenen Äußerungen oder Verhaltensweisen des Patienten zu validieren (das heißt für gültig zu erklären). Durch individuelle Entschlüsselung der Verhaltensauffälligkeiten und Reaktivierung von biographischem Wissen, das zu einer Erklärung des Verhaltens führen kann, entsteht eine Beziehungsatmosphäre des Respekts und des Verständnisses. Demenzpatienten nehmen bis in sehr späte Phasen ihrer Erkrankung wahr, ob sie von ihrem Gegenüber akzeptiert werden oder nicht. Diese Wahrnehmung stützt sich im Krankheitsverlauf zunehmend weniger auf kognitive Elemente, sondern immer mehr auf ein Gefühl der Akzeptanz. Trotz dieser plausiblen Arbeitshypothese und ihres breiten und im täglichen Umgang mit Demenzerkrankten erfolgreichen Einsatzes steht ein wissenschaftlicher Wirknachweis der Validation noch weitgehend aus (Neal u. Briggs, 2003).

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) ist diagnostisch spezifischer als die bisher genannten Verfahren und orientiert sich am Defizitprofil von Patienten mit einer Demenz vom Alzheimerstyp. Sie kann als neuropsychologisches Trainingsverfahren aufgefasst werden mit dem Ziel, die personale Identität zu erhalten (Romero u. Wenz, 2002). Die Therapie konzentriert sich auf die krankheitsbedingten Veränderungen des Selbst und berücksichtigt den prozedienten

Prozesscharakter der Erkrankung. Die SET knüpft explizit an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und soll so Erfolgserlebnisse ermöglichen. Randomisierte kontrollierte Studien zur SET liegen gegenwärtig noch nicht vor.

Bei der Behandlung von Demenzerkrankten kommen mit zunehmendem Schweregrad integrative sozialtherapeutische Konzepte zum Einsatz, die sich milieu- und verhaltenstherapeutischer Ansätze bedienen. Milieuthérapie umfasst die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereichs in Richtung auf eine vermehrte Anregung und Förderung möglicher brachliegender Fähigkeiten. Für die Demenzerkrankten kann durch die gezielte Anpassung der Umgebung an die Störungen von Gedächtnis und Orientierung eine bessere „Ablesbarkeit“ der Umgebung und damit ein höherer Grad von Autonomie erzielt werden. Naheliegend ist auch, dass bauliche Maßnahmen sich nach den Fähigkeiten der Demenzerkrankten richten sollten, um ihnen Orientierung und Mobilität zu ermöglichen (siehe zum Beispiel Marquardt, 2007).

Bei schweren Demenzen wird die multisensorische Stimulation, als Therapieverfahren „Snoezelen“ genannt, eingesetzt, um gezielte Hilfen zur Verarbeitung von Sinneseindrücken (taktile, vestibulär, propriozeptiv, visuell, akustisch, olfaktorisch) in entspannter Atmosphäre zu vermitteln. In vielen Pflegeeinrichtungen sind diese Räume mit großem Einfühlungsvermögen für die Erkrankten eingerichtet worden und werden insbesondere bei schwerer Apathie, aber auch Unruhe erfolgreich therapeutisch eingesetzt. In einer kleinen randomisierten kontrollierten Studie bei Heimbewohnern mit ausgeprägter Demenz konnte ein signifikanter Effekt von Snoezelen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Minimierung von Apathie und Agitation nachgewiesen werden (Baillon et al., 2004; Staal et al., 2007). Für dieses Verfahren sowie für die Aroma-Therapie und die basale Stimulation ist die Evidenzbasis trotz

des erfolgreichen Einsatzes in der Praxis noch gering (Bienstein, 2003; Chung et al., 2002; Thorgrimsen et al., 2003). Allen gemeinsam ist das Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung der sozialen Interaktion.

Zu den Interventionen, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität dementer Patienten beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie (Vink et al., 2004). Für die Musiktherapie, die in ihrer aktiven Variante die Beteiligung der Demenzerkrankten mittels Instrument, eigener Stimme oder als rezeptive Modifikation des Hörens von individuell ausgewählter Musik mit Bedeutungsgehalt vorsieht und an alte Neigungen der Patienten anknüpft, sind in Untersuchungen, auch in ersten randomisierten kontrollierten Studien, Effekte nachgewiesen worden (Holmes et al., 2006; Guetin et al., 2009; Raglio et al., 2010). Dazu zählen neben der Minimierung von Unruhezuständen und aggressivem Verhalten (Sung u. Chang, 2005; Sung et al., 2010) auch die Verbesserung der interpersonellen Wahrnehmung (Holmes et al., 2006). Erfolgreich zeigte sich die Implementierung der persönlichen Musik in ein komplexes Beschäftigungsprogramm des Patienten, in dem die Pflegenden auch mit Elementen des Trainings von Alltagsaktivitäten und sozialen Interaktionen arbeiteten (Ballard et al., 2009). Nicht selten vermindert so Musik den Impuls, auf andere Weise akustisch in Erscheinung zu treten. Bei Patienten mit Sprachstörungen fördert der Gesang die generelle Nutzung der Sprache.

Bei abendlich verstärkter Unruhe und bei Schlafstörungen kann neben einer differenzierten Tagesstrukturierung mit sozialen und motorischen Aktivitäten in der ersten Tageshälfte auch Lichttherapie (3000 – 6000 Lux über 30 Minuten morgens) zur nachhaltigen Restrukturierung des Tagesrhythmus eingesetzt werden (Forbes et al., 2004; Skjerve et al., 2004). Auch tiergestützte Therapieverfahren (zum Beispiel „Streichelzoo“, „Hundesbesuchsprogramm“) sind bei De-

menzerkrankten mit Gewinn einsetzbar (Filan u. Llewellyn-Jones, 2006). Sie können Verhaltensveränderungen wie die Apathie, minimieren und die soziale Interaktion fördern (Perkins et al., 2008).

Bislang ist der Einfluss von regelmäßiger physischer Aktivität bei bereits an Demenz Erkrankten in wenigen Studien untersucht worden (Forbes et al., 2008). Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass motorisches Training die Aktivitäten des täglichen Lebens stabilisiert (Rolland et al., 2007) und die körperliche Fitness, die Alltagsfähigkeiten, die Kognition und das Verhalten positiv beeinflussen kann (Eggermont et al., 2009; Heyn et al., 2004). Bei der Prüfung von drei unterschiedlichen Interventionen (psychomotorisches Training, Gedächtnis- und Kompetenztraining) – einzeln oder in Kombination – zeigte sich der deutlichste Effekt bei einer Kombination aus Gedächtnis- und psychomotorischem Training, während die Übung der entsprechenden Einzelfunktionen allein keine befriedigende Wirkung zeigte (Oswald et al., 2001). Spezifisches körperliches Training bei Demenzerkrankten kann auch die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeitsleistung steigern und damit auch die Sturzgefahr bei Demenz minimieren (Kemoun et al., 2010; Schwenk et al., 2010). Bei psychomotorischer Unruhe, wie dem sogenannten „Wanderverhalten“ bei Demenzerkrankten in der stationären Pflege, weisen Untersuchungen darauf hin, dass Spaziergänge nicht nur die Unruhe, sondern auch die Agitation und die depressive Symptomatik reduzieren können (Cohen-Mansfield, 2001; Snowden et al., 2003). Untersuchungen zur erfolgreichen psychosozialen Beeinflussung des „Wanderverhaltens“ im häuslichen Umfeld fehlen bislang (Hermans et al., 2007). In einer Übersichtsarbeit werden zehn Studien zu verschiedenen Ansätzen der Behandlung des erhöhten Bewegungsdrangs aufgeführt (Robinson et al., 2006), wobei eine methodisch schwach belegte Evidenz für die Wirkung einer gezielten Anwendung

körperlicher Aktivität und für multisensorische Stimulation deutlich wird.

Zusammenfassend zeigt sich, dass allen im klinischen Alltag erfolgreichen und wissenschaftlich bislang belegten soziotherapeutischen Behandlungskonzepten gemeinsam ist, dass sie auf individualisierten Konzepten basieren und einer ausgewiesenen Expertise der Therapeuten, ob Professionelle oder Laien, im beson-

deren Umgang mit Demenzerkrankten bedürfen. Die Soziotherapie bei Demenzerkrankten sollte immer Teil des Gesamtkonzepts der Behandlung sein und bedarf einer engen Absprache der behandelnden ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten.

Es ist sehr zu begrüßen, dass es bereits Therapeuten gibt, die ihre Expertise in der Betreuung von Demenzerkrankten im häuslichen

Bereich anbieten und Familien dafür auch die Mittel der Pflegestufe 0 und 1 einsetzen und somit eine Kontinuität der Behandlung gewährleisten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Vjera Alexandra Holthoff  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Bereich Gerontopsychiatrie  
und kognitive Neuropsychiatrie  
Universitäts-Gedächtnisambulanz  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
der TU Dresden

## Sächsische Versorgungsstrukturen bei demenziellen Erkrankungen

**Die sächsischen Versorgungsstrukturen bei gerontopsychiatrischen, speziell demenziellen Erkrankungen und die entsprechenden Ausführungen im Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplan**

M. Schuster, E. Amanatidis,  
M. Schützwohl<sup>1)</sup>

### Einleitung

Angesichts der in diesem Themenheft bereits von anderen Autoren skizzierten demografischen Entwicklung gewinnen Erkrankungen im höheren Lebensalter und Fragen der Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen zunehmend an Bedeutung. Der Freistaat Sachsen sieht sich hier einer besonderen Herausforderung gegenüber, da der Anteil über 65-Jähriger mit 25 Prozent bereits jetzt relativ hoch ist; im Jahr 2025 wird er voraussichtlich bei ca. 30 Prozent, im Jahr 2050 bei ca. 36 Prozent liegen (Statistisches Bundesamt Deutschland). Die Zahl

<sup>1)</sup> Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgungsforschung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Bauer)

gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen wird demnach deutlich zunehmen, die Zahl professioneller Helfer aber ebenso wie die Zahl von Helfern aus dem familiären Umfeld gleichzeitig abnehmen.

Die Versorgungsstrukturen sind diesem Wandel anzupassen, wobei gleichzeitig die altersspezifischen Besonderheiten zu beachten sind, die sich vor allem daraus ergeben, dass die psychischen Erkrankungen älterer Menschen in einem engen Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen und ihren Folgen sowie altersbedingten Fähigkeitseinbußen stehen.

Im Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplan (LPP; vgl. 1, 2) werden die bestehenden sächsischen Versorgungsstrukturen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen vor dem Hintergrund dieser Überlegungen diskutiert und bewertet. Der Plan würdigt ganz besonders die Betreuungsleistungen der Angehörigen gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten und widmet sich darüber hinaus sowohl Einrichtungen professioneller medizinischer Versorgung als auch Einrichtungen professioneller psychosozialer Betreuung.

### Betreuungsleistungen der Angehörigen

Die Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter und hier speziell demenziell Erkrankter ist extrem zeit- und kostenintensiv (3); sie wird meist von Angehörigen übernommen (4), die dabei nicht nur mit den kognitiven Beeinträchtigungen der Erkrankten

konfrontiert werden, sondern ganz besonders auch mit der eingeschränkten Fähigkeit zur Alltagsbewältigung, Verständigungsproblemen, Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen. Daraus resultieren Einschränkungen in der Lebensqualität und Gesundheit der pflegenden Angehörigen, die zum Teil ein behandlungsbedürftiges Ausmaß annehmen. Vor allem mit Fortschreiten der Erkrankung und Anstieg der Pflegezeiten entsteht ein hoher Bedarf auch an psychischer Unterstützung (5). Vor diesem Hintergrund wird im LPP hervorgehoben, dass die pflegenden Angehörigen einer umfassenden Unterstützung und Entlastung bedürfen und unter Nutzung des „PflegeNetz Sachsen“ ein bedarfsgerechtes Angebot von gerontopsychiatrisch ausgerichteten Beratungsstellen ebenso vorzuhalten ist wie ein umfassendes System an niederschweligen und flexiblen Entlastungsangeboten, wie zum Beispiel Betreuungsgruppen.

Als hilfreich werden auch Schulungsmaßnahmen angesehen, die dazu beitragen können, dass sich die pflegenden Angehörigen im Umgang mit Demenzerkrankten sicher und kompetent fühlen.

### Einrichtungen professioneller medizinischer Versorgung

**Hausärzte:** Jeweils 90 Prozent aller über 70-Jährigen und aller Menschen mit Demenzerkrankungen werden regelmäßig von ihrem Hausarzt betreut (6, 7). Der Umfang der

Betreuung umfasst dabei neben der allgemeinärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden auch die Diagnostik und Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen und erfordert mit Blick auf Medikamentenwirkungen und -interaktionen ein beachtliches Maß an gerontopsychiatrischer Kompetenz. Im LPP liegt daher der Fokus der Zielstellungen auf umfassenden, verbindlichen und flächendeckenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Vor allem in strukturschwachen Regionen mit drohender hausärztlicher Unterversorgung soll geprüft werden, inwiefern Fahrdienste und ein aufsuchender Versorgungsdienst zum Beispiel nach dem „AGnES-Konzept“ (8) zur Entlastung der Patienten und Hausarztpraxen beitragen kann.

#### **Niedergelassene Fachärzte; Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten:**

In Sachsen stehen derzeit ein Facharzt auf 14.000 Einwohner sowie ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut auf 5.500 Einwohner zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund kommt es speziell in ländlichen Gebieten häufig zu erheblichen Wartezeiten bis zur Erstvorstellung, auch wenn die betroffenen älteren Patienten einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung oft ablehnend gegenüberstehen und daher häufig nicht selbst aktiv oder nicht rechtzeitig nach einer solchen Behandlung fragen. Ein auf den spezifischen Bedarf älterer Patienten ausgerichtete psychotherapeutische Angebot steht im Freistaat Sachsen nicht ausreichend zur Verfügung.

Im LPP wird die Bedeutung der fachärztlichen Versorgung und die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Vermeidung regionaler Fehl- oder Unterversorgung herausgestellt. Angesichts spezifischer altersbedingter Beeinträchtigungen wird die Möglichkeit zur Durchführung von Hausbesuchen gefordert, ebenso Aktivitäten zur Steigerung der Wahrnehmung und Akzeptanz psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten. Perspektivisch soll die Implementierung und Evaluierung eines gerontopsychiatrischen

Dienstes zur Versorgung der strukturschwachen Regionen in einer Modellregion geprüft werden.

**Institutsambulanzen (PIA):** PIA halten häufig ein spezielles Angebot mit Leistungen zur Diagnostik progressiver Hirnleistungsstörungen sowie zur Planung und Initiierung medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien vor. Im Freistaat Sachsen sind PIA in allen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen eingerichtet, jedoch nicht in allen Regionen bedarfsorientiert, sodass manchen betroffenen Patienten und Angehörigen ein weiter Anfahrtsweg entsteht. Der LPP empfiehlt, das Angebot bedarfsgerecht auszubauen, und fordert, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten zu optimieren.

**Krankenhäuser:** Die Abkehr von zentralen psychiatrischen Großkliniken hin zu gemeindepsychiatrischen Versorgungsansätzen mit psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und der Auf- und Ausbau ambulanter medizinischer, komplementärer und rehabilitativer Angebotsstrukturen hat zu einem grundlegenden Wandel in der stationären psychiatrischen Versorgung beigetragen, die in Sachsen sektoriert erfolgt. Mit 2.672 Betten liegt die Bettenmessziffer bei 0,65 Betten pro 1.000 Einwohner.

Die Behandlung älterer Patienten erfolgt in gerontopsychiatrischen und allgemeinspsychiatrischen Abteilungen sowie in internistischen oder geriatrischen Stationen an Allgemeinkrankenhäusern. In spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen besteht weit mehr als auf allgemeinspsychiatrischen Abteilungen die Möglichkeit, störungsspezifischer Behandlung, wobei jedoch die Isolierung älterer Menschen nachteilig ist. Auf allgemeinspsychiatrischen Stationen stellt häufig der erhöhte Pflegeaufwand ein erhebliches Problem dar, ebenso die Multimorbidität der Patienten. Für Patienten mit demenziellen Erkrankungen sind hier in der Regel die räumlichen und personellen Bedingungen nicht adäquat. Die Versorgung auf internistischen und

geriatrischen Stationen erfordert einen psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst.

Der LPP fordert, den Bedarf gerontopsychiatrischer Versorgung auch unter Beachtung regionaler und demografischer Entwicklungen zu prüfen und ihm die Versorgungssituation diesem strukturell und personell anzupassen. Das Angebot interdisziplinärer Versorgung soll erweitert werden, zum Beispiel durch Schaffung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Stationen mit entsprechender räumlicher Ausstattung und die Vernetzung somatischer und psychiatrischer Abteilungen.

**Tageskliniken:** Tageskliniken vervollständigen das Angebot an stationärer gerontopsychiatrischer Versorgung. In Sachsen werden 1,79 Plätze pro 10.000 Einwohner vorgehalten, wobei mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung ein Drittel davon nicht am Fachkrankenhaus angeboten wird. Die Erreichbarkeit ist dennoch regional sehr verschieden. Ein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Angebot gibt es in den meisten sächsischen Tageskliniken nicht; ein explizit gerontopsychiatrisches Tagesklinikangebot existiert nur an wenigen Standorten.

Der LPP fordert daher, das Angebot der gerontopsychiatrischen tagesklinischen Versorgung konzeptionell und im Angebotsumfang bedarfsgerecht und regionsspezifisch zu gestalten und Regelungen für einen geeigneten Fahrdienst zu prüfen. Erforderlich ist dabei ebenso die Abgrenzung von Leistungen und Angeboten im Rahmen der Pflegeversicherung wie die Abstimmung mit dem im Sächsischen Geriatrieplan vorgesehenen Aufbau gerontopsychiatrischer Tageskliniken.

#### **Einrichtungen professioneller psychosozialer Betreuung**

**Ambulante Pflegedienste:** Ambulante Pflegedienste übernehmen die Versorgung im häuslichen Bereich einschließlich ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Auch wenn sie primär auf die Betreuung bei körperlichen Erkrankungen ausgerichtet

sind, versorgen sie doch auch die meisten der psychisch erkrankten älteren Menschen – und hier zunehmend Menschen mit demenzieller Symptomatik, für die ein überproportional erhöhter Pflegeaufwand besteht (9). Voraussetzung zur Erbringung der gerontopsychiatrischen Pflegeleistung ist die Beschäftigung von klinischem Fach- und Pflegepersonal mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung bzw. mit mehrjähriger gerontopsychiatrischer Berufserfahrung.

Im Freistaat Sachsen versorgen ca. 200 Sozialstationen und 1.045 Ambulante Pflegedienste 7,8 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner. In der Regel fehlt es an spezialisierten Fachkräften und an therapeutisch orientierten spezialisierten Angeboten, woraus sich die wesentlichen der im LPP definierten Zielstellungen ergeben.

**Gerontopsychiatrische Tagespflegestätten:** Gerontopsychiatrische Tagespflegestätten sind auf die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen und hohem Pflegebedarf ausgerichtet. Pflege- und Betreuungsleistungen werden durch Maßnahmen zur Tagesstrukturierung ergänzt, sodass das Angebot konzeptionell zwischen Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten einzuordnen ist und beträchtlich zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen kann.

Laut LPP sollte dieses Angebot zur Entlastung der Tageskliniken und Altenpflegeheime möglichst in allen sächsischen Versorgungsregionen mit fachkompetenten Personalstrukturen sowie kontinuierlichen Weiterbildungsmaßnahmen etabliert werden.

**Kurzzeitpflege:** Die Kurzzeitpflege ist ein stationäres Pflege- und Betreuungsangebot, das die Möglichkeit bietet, Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, vorübergehend für einen bestimmten Zeitraum in einer stationären Einrichtung zu versorgen. Ziele sind vor allem die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhaus- und Heim-

aufenthalten oder die Aktivierung der Pflegebedürftigen. Das Angebot ist auch geeignet, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld zeitweise nicht gewährleistet werden kann. Plätze für Kurzzeitpflege werden vor allem in bestehenden Alten- und Pflegeheimen vorgehalten, alternativ auch in ausgewiesenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Im LPP wird empfohlen, das Angebot regional und bedarfsgerecht und vorwiegend durch bestehende Strukturen der Altenhilfe (zum Beispiel Alten- und Pflegeheime) vorzuhalten.

**Alten- und Pflegeheime:** Ein ganz wesentlicher Teil der gerontopsychiatrischen Versorgung wird in den Alten- und Pflegeheimen geleistet. Der Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohner mit überwiegend demenziellen Erkrankungen erhöht sich seit Jahren und liegt gegenwärtig in vielen Heimen bei über 50 Prozent (10). Im Idealfall erfolgt die Versorgung diagnosebezogen durch qualifiziertes Pflegepersonal in kleinen Einheiten, die baulichen Voraussetzungen an die Betreuung von demenzkranken Patienten genügen. Die Facharztbetreuung hat regelmäßig und aufsuchend zu erfolgen.

Im Freistaat Sachsen werden 11,0 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner in ca. 800 stationären Pflegeeinrichtungen (inklusive Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege) versorgt. Mit einem weiteren Ausbau ist zu rechnen, sodass der Bedarf an gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflegekräften weiter zunehmen wird. Im LPP wird die Bedeutung von gemeinde- und wohnortnahen Einrichtungen konstatiert und die Notwendigkeit der Vernetzung mit anderen gerontopsychiatrischen Angeboten und der Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten hervorgehoben, ebenso die Forderung nach personell, strukturell und baulich auf den spezifischen Bedarf vor allem demenziell erkrankter Menschen abgestimmter Ausgestaltung. Es wird zudem die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl von Plätzen für eine geschlos-

sene Unterbringung gemäß § 1906 BGB sowie die Verfügbarkeit von Entscheidungshilfen und Richtlinien für den Umgang mit diesem Personenkreis gefordert.

#### **Einrichtungen für Beratung, Begleitung und Tagesstrukturierung (BBT):**

Eine BBT ist ein niederschwelliges Beratungs- und Betreuungsangebot für ältere Menschen mit psychischen Problemen, denen es trotz Erkrankung möglich ist, weitgehend selbständig in der eigenen Wohnung zu leben. Zu den Leistungen gehören regelmäßige Hausbesuche, Beratungsgespräche zu psychischen Problemen im Alter, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und -strukturierung, Entlastungsgespräche mit Betroffenen und Angehörigen, organisatorische Hilfen zur Inanspruchnahme weiterer gerontopsychiatrischer Angebote sowie Unterstützung in ärztlichen und behördlichen Angelegenheiten, außerdem Gedächtnistraining und Begegnungsangebote. In Sachsen ergänzen vereinzelte BBT das allgemeine Beratungsangebot für ältere Menschen.

Der LPP empfiehlt den niederschweligen Zugang zu dieser Angebotsform, wobei das Beratungsangebot und die Vermittlung in angemessene Versorgungsstrukturen im Vordergrund der Leistung stehen sollten.

#### **Vernetzung gerontopsychiatrischer Angebotsformen:**

Ein essentielles Erfordernis einer effizienten und patientenorientierten gerontopsychiatrischen Versorgung ist die Vernetzung sämtlicher versorgungsrelevanter Angebotsformen. Ziel ist es, den Zugang zu Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für Patienten wohnortnah und qualitativ hochwertig zu gestalten. In Sachsen soll dies durch die Etablierung von regionalen Versorgungsnetzwerken erreicht werden, die dem Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen entsprechen und aus geriatrischen Zentren an Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen in Kooperation mit medizinischen und psychosozialen Institutionen bestehen.

## Diskussion

Die Experten sind sich einig, dass die Versorgung von alt gewordenen, psychisch erkrankten Menschen und von Menschen, die im Alter psychisch krank werden, nur dann bedarfsgerecht erfolgen kann, wenn sie integrativ und multidisziplinär angelegt ist, ein umfängliches ambulant aufzusuchendes Angebot umfasst und neben der Versorgung der Patienten auch die Unterstützung der Angehörigen einschließt.

Im Freistaat Sachsen besteht ein umfassendes Versorgungsangebot mit einer Vielzahl verschiedener, auch spezifischer Angebotsformen hauptsächlich für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Das Angebot ist allerdings regional sehr unterschiedlich und in manchen strukturschwachen Gebieten nicht bedarfsgerecht. Die Universitätskliniken in Dresden und Leipzig bieten ein hohes Ausmaß spezialisierter gerontopsychiatrischer Kompetenz, die jedoch unter anderem aufgrund von Wartezeiten und langen Wegstrecken nicht allen Betroffenen zugänglich ist.

Zugleich muss auch in Sachsen ein unbefriedigendes Inanspruchnahmeverhalten resümiert werden, sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Angehörigen. Als Ursachen werden fehlendes Wissen über die vorhandenen Angebotsformen sowie Stigmatisierung und Selbststigmatisierung



Quelle: fotolia

vermutet. Weyerer und Schäufele (7) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „weit verbreiteten therapeutischen Nihilismus“ der älteren Generation. Von großer Bedeutung sind daher Maßnahmen, die zur Früherkennung zum Beispiel demenzieller Erkrankungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung beitragen. Hausärzten obliegt es vor diesem Hintergrund, den Kontakt und das Vertrauensverhältnis zu nutzen, um Patienten und Angehörige für die Inanspruchnahme fachärztlicher, therapeutischer und entlastender Leistungen und Hilfen zu motivieren. Bedingung hierfür sind Leistungsmodelle, die eine entsprechende Fortbil-

dung und angepasste Zeitkontingente ermöglichen. Andererseits muss auf die Notwendigkeit der Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Patienten und der pflegenden Angehörigen verwiesen werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzautor:  
Priv.-Dozz. Dr. Matthias Schützwahl,  
Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der  
Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74  
01309 Dresden  
E-Mail: matthias.schuetzwahl@  
uniklinikum-dresden.de

## 24. Erweiterte Kammerversammlung

**Fortsetzung der Berichterstattung „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2011**

**Bericht des Vorsitzenden des  
Aufsichtsausschusses  
Dr. med. vet. Jens Achterberg**



Dr. med. vet. Jens Achterberg, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

Bekanntlich wurde anlässlich der Erweiterten Kammerversammlung im Jahre 2010 der Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung neu gewählt. Die konstituierende Sitzung und die Übergabe der laufenden Geschäfte erfolgten am 6. September 2010.

Es wäre vielleicht übertrieben, in diesem Zusammenhang von einem Generationswechsel zu sprechen. Durch das altersbedingte Ausscheiden einiger Mitglieder, welche zum Teil seit der Gründung unseres Versorgungswerkes ehrenamtlich tätig waren, und das „Einwechseln“ von fünf neuen Mitspielern, musste sich die Mannschaft unseres Ausschusses jedoch neu aufstellen. Auf die Erfahrungen der „Altgedienten“ müssen wir nun verzichten. Es ist mir ein Bedürfnis, diesen ehemaligen Mitgliedern, allen voran unserem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Professor Keller, an dieser Stelle noch einmal herzlich zu danken. Gleichzeitig kann ich Ihnen, sehr geehrte Mandatsträgerinnen und Mandatsträger,

bestätigen, dass alle von Ihnen gewählten Mitglieder unseres Ausschusses mit großem Engagement dazu beitragen, dass der Aufsichtsausschuss auch in der neuen Zusammensetzung seine Aufgaben erfüllt. Nicht nur für die Einarbeitung der neuen Mitglieder des Aufsichtsausschusses war es außerordentlich hilfreich, dass zu Beginn der neuen Legislaturperiode im Oktober 2010 ein gemeinsames Auftakttreffen von Aufsichts- und Verwaltungsausschuss stattfand. Hier hatten wir die Möglichkeit des persönlichen Kennenlernens, konnten über aktuelle Themen der Sächsischen Ärzteversorgung diskutieren und wurden vom Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) über die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen und die aktuelle Situation der Versorgungswerke in Deutschland informiert.

Zu den Aufgaben des Aufsichtsausschusses gehören nach § 4 Absatz 8 unserer Satzung die Überwachung der Geschäftstätigkeit des Verwaltungsausschusses sowie die Bestellung des Wirtschaftsprüfers.

Die Arbeit des Verwaltungsausschusses verfolgen wir „live“, da zu jeder Sitzung des Verwaltungsausschusses ein Mitglied unseres Aufsichtsausschusses als Gast teilnimmt. Die im Verwaltungsausschuss getroffenen Entscheidungen werden in den Sitzungen des Aufsichtsausschusses kritisch diskutiert. Nach der konstituierenden fanden drei reguläre Sitzungen statt, zu denen satzungsgemäß Vertreter der zuständigen Aufsichtsbehörden geladen waren. Im April tagten wir teilweise gemeinsam mit dem Verwaltungsausschuss. In allen Sitzungen des Aufsichtsausschusses standen die Geschäftsführerin, weitere leitende Mitarbeiter der Verwaltung sowie der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses zur Beantwortung aller Fragen unseres Ausschusses bereit. Wir wurden umfassend über wichtige aktuelle Themen wie Veränderungen in der Verwaltungsstruktur, IT-Umstellung und Neubau des Verwaltungsgebäudes informiert. Eine wichtige Grundlage für die

Bewertung der Arbeitsweise und der finanziellen Situation unseres Versorgungswerks ist der Bericht des Wirtschaftsprüfers. Wie Ihnen bekannt ist, hatte der Aufsichtsausschuss der 4. Legislaturperiode in seiner letzten Sitzung einen Wechsel der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft beschlossen. Nach einem intensiven Auswahlprozess, in dem neben dem Kostenaspekt vor allem die Expertise und die Referenzen der zur Auswahl stehenden Gesellschaften die entscheidenden Zuschlagskriterien bildeten, war die Rölfs WP Partner AG zum Wirtschaftsprüfer für das Geschäftsjahr 2010 bestellt worden.

Der Aufsichtsausschuss der 5. Legislaturperiode suchte von Anfang an die enge Zusammenarbeit mit diesen Wirtschaftsprüfern. So nahm ein Vertreter des Aufsichtsausschusses an der Auftaktbesprechung zur Prüfung des Jahresabschlusses 2010 teil. Anlässlich der Sitzung des Aufsichtsausschusses im Januar 2011 präsentierten Herr Heyer und Herr Neumann von der Rölfs WP Partner AG ihr Unternehmen und informierten die Ausschussmitglieder zu Stand und Ablauf der Prüfung.

Deren Ergebnis wird Ihnen im nächsten Tagesordnungspunkt vorgestellt. Wir haben den Prüfbericht intensiv studiert, diskutiert und für zutreffend eingeschätzt. In unserer Aprilsitzung beschlossen wir, die Rölfs WP Partner AG auch für das Geschäftsjahr 2011 als Wirtschaftsprüfer zu bestellen.

Es ist kein Geheimnis, dass sich die Situation auf dem Kapitalmarkt nach der Finanzkrise im Jahr 2009 bisher keinesfalls so entspannt hat, wie es sich Kapitalanleger wünschen. Herr Dr. Liebscher hat Sie in seinem Bericht diesbezüglich bereits umfassend in Kenntnis gesetzt. Im Rahmen der uns obliegenden Überwachung der Geschäftstätigkeit des Verwaltungsausschusses sind wir zu der Überzeugung gelangt, dass das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung unter diesen schwierigen Bedingungen mit hohem Verantwortungsbewusstsein, der gebotenen Weitsicht und großer fachlicher

Kompetenz verwaltet und vermehrt wird. Dabei wurde die satzungsgemäß vom Aufsichtsausschuss beschlossene Richtlinie für die Kapitalanlage der Sächsischen Ärzteversorgung durch den Verwaltungsausschuss eingehalten.

Es ist erfreulich, dass im Jahr 2010 keine Abschreibungen auf Kapitalanlagen getätigt werden mussten, sich die stillen Reserven um über 22 Mio. EUR erhöht haben und die Erträge aus Kapitalanlagen bei über 90 Mio. EUR lagen. Mit einer Nettoverzinsung von 4,3 Prozent wurde der angesetzte Rechnungszins von 4,0 Prozent überschritten. Das Gesamt-

volumen der Kapitalanlagen ist weiter gewachsen und beträgt nun über 2,2 Mrd. EUR.

Gleichzeitig konnte durch eine weitere Erhöhung der in der letzten Legislaturperiode eingeführten Zinsschwankungsreserve auf 2 Prozent der Deckungsrückstellung die Sicherheit dafür geschaffen werden, dass im Falle zukünftiger Niedrigzinsphasen über zwei Jahre ein Ausgleich von Zinsschwankungen von 1,0 Prozent unterhalb des Rechnungszinses möglich wäre.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist damit in der erfreulichen Lage, wiederum Renten und Anwartschaften

anpassen zu können. Der Ihnen in der Beschlussvorlage vorliegende Vorschlag zur Dynamisierung aller Renten und Anwartschaften um 0,5 Prozent beruht auf dem versicherungsmathematischen Gutachten von Diplommathematiker Dr. Andreas Jurk, welches Ihnen noch vorgestellt wird. Der Aufsichtsausschuss hat sich mit diesem Gutachten befasst und empfiehlt Ihnen, dieser Beschlussvorlage zuzustimmen.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

## Gewalt. Ohnmacht und Verantwortung

### Vortragsreihe im Deutschen Hygiene-Museum Dresden

Gewalt ist präsent: Bilder von brutalen Angriffen auf wehrlose Menschen in der Presse vergisst niemand so schnell und das Gefühl von Bedrohung steigt. Lang zurück gehaltene Berichte von sexuellem Missbrauch in der Kindheit erschüttern die Öffentlichkeit. Da hilft es nicht, dass die Kriminalstatistik belegt, dass Gewalt zurückgeht. Jedes Erleben von Gewalt verletzt Menschen nachhaltig in ihrer Integrität. Und doch ist es unterschiedlich, was Menschen als Gewalt empfinden.

Wo beginnt Gewalt? Diese Frage wird aus Sicht des Opfers anders beantwortet als aus der Täterperspektive und noch anders von Juristen. Warum wird ein Mensch gewalttätig?

Wie können Opfer mit diesen Erfahrungen weiterleben? Wie gehen die Beteiligten mit der Schuld um? Welche Rolle spielt Strafe und Wieder-

gutmachung – für die Opfer, für die Täter, aber auch für die Gesellschaft? Und was macht stark gegen Gewalt? Diese Vortragsreihe im Deutschen Hygiene-Museum versucht, sich dem Thema aus verschiedenen Perspektiven und mit Unterstützung hochkarätiger und engagierter Referenten zu nähern.

An fünf Terminen im September und Oktober 2011, jeweils 18.00 Uhr, können sich die Zuhörer mit verschiedenen Aspekten des Phänomens auseinandersetzen. Jede Veranstaltung ist mit zwei Fortbildungspunkten für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zertifiziert.

Die Vortragsreihe wurde konzipiert mit Unterstützung des Deutschen Hygiene-Museums, dem Lenkungsausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt, dem Traumanetz Seelische Gesundheit und dem Weißen Ring.

Nähere Informationen zu den Vorträgen entnehmen Sie bitte der Homepage [www.traumanetz-sachsen.de](http://www.traumanetz-sachsen.de) unter der Kategorie Veranstaltungen.

**VORTRAGSREIHE IM DEUTSCHEN HYGIENE-MUSEUM**

# GEWALT

## OHNMACHT UND VERANTWORTUNG

Moderation: Martina de Maizière, Supervision, Coaching und Organisationsberatung

<p><b>Mittwoch, 7. September, 18 Uhr</b> GEWALT KONKRET – FAKTEN, MASSNAHMEN, KONSEQUENZEN <b>Markus Ulbig</b>, Sächsischer Staatsminister des Innern <b>Dr. Christine Bergmann</b>, Uwehändlerin Bauftrag zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Bundesministerin a. D. <b>Prof. Dr. med. Feigert</b>, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universität Ulm</p> <p><b>Mittwoch, 14. September, 18 Uhr</b> FAMILIEN IN NOT – BELASTUNGS- UND SCHUTZFAKTOREN NACH GEWALTERLEBEN <b>Dr. Julia Schellong</b>, Psychotraumaklinikerin, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden <b>Katharina Halgaesch</b>, Sachgebietsleiterin des ASD Leuben und Profilar <b>Georg Flockerzi</b>, Richter am Amtsgericht Dresden</p> <p><b>Mittwoch, 21. September, 18 Uhr</b> AGGRESSION UND VERANTWORTUNG – EINE HERAUSFORDERUNG FÜR OPFER UND TÄTER <b>Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse</b>, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Fachklinikum Göttingen <b>Schwester M. Victoria Jazdzewski</b>, Gefängnisärztin und Gesundheitsökonomin Gotha</p>	<p><b>Mittwoch, 28. September, 18 Uhr</b> LEBEN NACH DER STRAFZEIT – ZUR ROLLE VON BEISTAND, WIEDERGUTMACHTUNG UND STRAFE <b>Anja Wille</b>, Optikerin, <b>Geert Mackenroth</b>, MEd., Landesvorsitzender des WEISSEN RINGS Sachsen <b>Rita Steffes-enn</b>, Dipl.-Sozialarbeiterin, stellvertretende Institutsdirektorin beim Institut für Psychologie und Bedrohungsmanagement Darmstadt</p> <p><b>Donnerstag, 6. Oktober, 18 Uhr</b> BEDRÄNGT, BEWEGT, BESTÄRKT – WAS MUSIK BEWIRKEN KANN Vortrag mit Musikbeispielen <b>Prof. Dr. med. Peer Abilgaard</b>, Psychiater, Psychotherapeut und Berufsmusiker, Leiter der psychiatrischen Klinik des Marienhospitals Durburg und des Peter-Ostwald-Instituts für Musikergesundheit an der Hochschule für Musik und Tanz Köln <b>Dmitri Schostakowitsch</b>: Sonate d-moll für Violoncello und Klavier <b>Franz Schubert</b>: Sonate a-moll für Violoncello und Klavier (Araggione-Sonate) <b>Isang Enders</b>, Violoncello, Klavier, Konzertmeister Staatskapelle Dresden <b>Andreas Hering</b>, Klavier, Musikhochschule Weimar</p> <p style="font-size: 0.7em;">Diese Veranstaltung findet im Begleitprogramm der Ausstellung Images of the Mind. Bildwelten des Geistes aus Kunst und Wissenschaft statt und wird gleichzeitig den Auftakt zum Fachtag Ressourcenorientierte Traumatherapie / Resilienz dar, der am Freitag, 7. Oktober 2011 im Deutschen Hygiene-Museum beginnt. <a href="http://www.traumanetz-sachsen.de">www.traumanetz-sachsen.de</a></p>
--	--

Eintritt: 3€, Schüler und Studenten kostenlos  
Jeder Vortrag ist mit zwei Punkten als Fortbildung für Ärzte und Psychotherapeuten zertifiziert.

DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN

Dresden SACHSEN

Lenkungsausschuss der Bekämpfung häuslicher Gewalt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

WEISSER RING

## Fortbildungssemester Herbst 2011

Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung lädt alle sächsischen Ärzte zum Fortbildungssemester im Herbst ein. Die Auftaktveranstaltung findet am 14.09.2011, 19.00 Uhr, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer statt und wird dann jeweils mittwochs bis zum 09.11.2011

fortgesetzt. Folgende Themen werden besondere Beachtung finden: Aktuelle Trends und Quellen zoonotischer Infektionen, Borreliose, FSME, aktuelle Aspekte der Reisemedizin und -impfung, parasitäre Zoonosen, virale Gastroenteriden, Zoonosesituation in Sachsen, EHEC, MRSA und Clostridium difficile, Tollwut, resistente Tuberkulose sowie Komorbiditäten bei HIV. Die einzelnen Termine

sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, Bereich Fortbildung, einsehbar. Die Veranstaltungen sind kostenfrei und werden mit 2 Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie  
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

## Zweiter Refresherkurs Notfallmedizin 2011

Die Sächsische Landesärztekammer veranstaltet am 18. und 19. November 2011 in Dresden zum zweiten Mal einen Refresherkurs Notfallmedizin. Für den Besuch dieses Kurses bedarf es keiner besonderen Zugangsvoraussetzung. Das heißt, dass dieser Kurs nicht nur für Notfallmediziner geeignet ist, sondern auch für jeden anderen Arzt und jede Ärztin, der/die sich über aktuelle Trends informieren will. Der zweitägige Kurs bietet den ca. 75 Teilnehmern auf der

einen Seite Frontalvorlesungen zu verschiedenen Themen mit der Diktion „Was gibt es Neues – was ist aktuell?“ an und macht auf der anderen Seite auch in praktischen Übungen mit dem modernen Equipment des Rettungsdienstes vertraut. Die Referenten stammen aus den Notfallmedizinikursen der Sächsischen Landesärztekammer in Leipzig und Dresden. In gleicher Weise werden auch die erfahrenen Lehrretungsassistenten beider Kursorte eingesetzt.

Der Kurs findet am Freitag, dem 18.11.2011, von 16.15 Uhr bis 20.15 Uhr und am Samstag, dem 19.11.2011, von 9.00 bis 18.30 Uhr

im Plenarsaal und Foyer der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden statt. Dieser Kurs ist mit 14 Punkten für das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer zertifiziert. Die Teilnehmergebühr für den Kurs beträgt 98 EUR.

Die Anmeldung zu diesem Kurs ist ab sofort im Referat Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer telefonisch unter 0351 8267 324 oder per E-Mail: [notfallmedizin@slaek.de](mailto:notfallmedizin@slaek.de) möglich.

Dr. med. Michael Burgkhardt, Kursleiter

## Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz

Die Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub in der Zeit vom 29.08.2011 bis 18.09.2011 nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: 0351 8267411.

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir laden herzlich ein zum Seniorentreffen am

**Dienstag, dem 6. September 2011, 15.00 Uhr**

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

Referent: Prof. Klaus Stiebert. Thema seines Vortrages: „Die Gestalt des Arztes in der Weltliteratur.“

Im Anschluss bietet sich Gelegenheit zum gemeinsamen Kaffee im Foyer. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen!

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud  
Kreisärztekammer Dresden

## Renovierung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aufgrund umfassender Renovierungsarbeiten und Jahresurlaubes in der Zeit **vom 10. August bis 7. September 2011** geschlossen.

Bitte wenden Sie sich in diesem Zeitraum mit Ihrem Anliegen telefonisch an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden unter der Telefon-Nr. 0351 82 67 431.

Ab 8. September 2011 ist die Geschäftsstelle telefonisch und persönlich wieder erreichbar.

Jaqueline Will  
Leitende Sachbearbeiterin, Bezirksstelle Leipzig

# Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

## Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

## Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt

### Befragungszeitraum wurde um einen Monat verlängert

Am 1. Juni 2011 ist das bundesweite Projekt Evaluation der Weiterbildung 2011 der Bundesärztekammer und Landesärztekammern gestartet.

Aufgrund der bundesweit niedrigen Rücklaufquoten hat die bei der Bundesärztekammer für die Online-Befragung berufene Steuerungsgruppe beschlossen, den Befragungszeitraum zu verlängern.

Für die die Weiterbildungsbefugten (WBB) endet somit der Zeitraum am 31. August 2011. Die weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte (WBA) können nunmehr bis 30. September 2011 die Qualität ihrer Weiterbildung und die ihrer Weiterbilder bewerten.

Um aussagekräftige Ergebnisse der Weiterbildungssituation zu gewinnen, ist eine hohe Beteiligung sehr wichtig. Aus diesem Grund hat auch der 21. Sächsische Ärztetag am 17./18. Juni 2011 mit einem Beschlussantrag alle Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aufgefordert, an der Evaluation der Weiterbildung teilzunehmen.

### Befragung der Weiterbildungsbefugten (Stand: 22. Juli 2011)

Es nahmen bereits 419 WBB teil und haben den Fragebogen online ausgefüllt. Damit beträgt die Rücklaufquote der WBB in Sachsen 37,8 Prozent (bundesweiter Durchschnitt 24,9 Prozent). 832 Weiterbildungsbefugte zeigten an, dass sie derzeit keine Ärzte weiterbilden.

### Befragung der Weiterzubildenden (Stand: 22. Juli 2011)

Durch die WBB wurden bisher 1.723 weiterzubildende Ärzte (WBA) gemeldet und haben ihre Zugangsdaten zur Online-Befragung persönlich-vertraulich durch die Sächsische Landesärztekammer erhalten. Die momentane **Rücklaufquote der WBA in Sachsen beträgt 16,7 Prozent**, das heißt es haben 288 von 1.723 WBA ihren Fragebogen abgesendet. Bundesweit haben sich bisher 11,1 Prozent der Weiterzubildenden beteiligt.

### Allen bisher beteiligten Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden herzlichen Dank. Alle Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden, die noch nicht

### Auswertung und Ergebnisse

Die Ergebnisse auf Bundes- und Landesebene werden voraussichtlich ab November 2011 im Webportal veröffentlicht. Die individuellen Befugtenberichte sind nicht öffentlich und können durch die Weiterbildungsbefugten mit ihren persönlichen Zugangsdaten im Webportal abgerufen werden. Sobald die Auswertungen abgeschlossen sind, werden alle Weiterbildungsbefugten schriftlich informiert.

Für die zukünftigen Ärzte in Weiterbildung wird die Auswahl einer Weiterbildungsstätte durch die geplante Veröffentlichung der weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinne erleichtert. Mit mehr beruflicher Zufriedenheit soll einem Wechsel in



Zeitplan (Stand 21. Juli 2011), Quelle BÄK

### den Fragebogen online beantwortet haben, werden gebeten, an der Befragung teilzunehmen.

### Anmeldung zur Befragung der weiterzubildenden Ärzte

Wie bereits im letzten Bericht erläutert, erfolgt die **Anmeldung zur Online-Befragung mit einem Fax-Antwortformular ab 1. September 2011**, welches auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)) bereitgestellt wird.

Nach Eingang der Fax-Antwort werden den WBA die Zugangsdaten zur Befragung nach wenigen Tagen persönlich-vertraulich zugesandt. Mit diesen Zugangsdaten können die WBA nach Anmeldung im Webportal den Fragebogen ausfüllen und damit ihre Weiterbildungssituation beurteilen.

andere Berufsfelder und gleichzeitig dem Ärztemangel entgegengewirkt werden.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:  
Hotline: 0351 8267-335  
(Frau Peggy Thomas),  
E-Mail: [evaluation@slaek.de](mailto:evaluation@slaek.de)

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

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

## Veranstaltungen für Medizinstudenten in Sachsen

### Zukunftschancen junger Mediziner in Sachsen

Nachdem am 2. Mai 2011 eine Studenten-Veranstaltung in Kooperation mit dem Referat Lehre und dem StuRaMed an der Universität Leipzig gemeinsam durch das Sächsische



Dr. med. Claus Vogel, Leipzig, im Gespräch mit Medizinstudenten

Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen mit großem Erfolg angeboten wurde (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2011), fand eine weitere Informationsveranstaltung für Medizinstudenten statt. Hierzu hatten am 22. Juni 2011 die Kreisärztekammer Leipzig und die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen interessierte Medizinstudenten und Jungärzte eingeladen. Herzlich begrüßt wurden die Anwesenden durch den Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig, Dr. med. Mathias Cebulla und dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. med. Stefan Windau. Aktuelle Fragen rund um das Studium beantworteten Prof. Dr. med. habil. Joachim Thiery, Dekan der Medizinischen Fakultät Leipzig und Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Studiendekan für Humanmedizin. Die Mitglieder des Vorstands der Kreisärztekammer Leipzig sowie Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sach-

sen äußerten sich in persönlichen Gesprächen mit den angehenden Ärzten zu Möglichkeiten der eigenen Niederlassung, der ärztlichen Weiterbildung und darüber hinausgehenden Perspektiven einer ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen.

### Vom Studenten zum Facharzt – Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte

Auch in diesem Jahr luden die Sächsische Landesärztekammer und ihre Kooperationspartner sächsische Medizinstudenten und Jungärzte am 27. Juni 2011 zur nunmehr 8. Informationsveranstaltung „Stex in der Tasche – wie weiter im sächsischen Gesundheitswesen“ in das Medizinisch-theoretische Zentrum der TU Dresden ein. Ziel war es, die Medizinstudenten frühzeitig für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen zu begeistern. Die Vortragsveranstaltung war wiederum eingebettet in die Möglichkeit, Informationsstände der Körperschaften und von 21 sächsischen Krankenhäusern zu besuchen.

Der Leiter des Referats „Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Arzneimittel und Apothekenwesen, Tierarzneimittel“ vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dr. Frank Bendas, unterstrich, dass sich der Ärztemangel aufgrund der demografischen Lage und des daraus resultierenden erhöhten Bedarfs an medizinischer Versorgung zukünftig noch verschärfen könnte.

Um dem entgegenzuwirken wurden zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen und finanzielle Unterstützungsprogramme für Medizinstudenten und Weiterbildungsassistenten, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, aufgelegt. Insbesondere über die Möglichkeiten der Weiterbildung zum Facharzt und Hilfestellung bei der Suche nach Weiterbildungsstellen informierte Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. So war auch der Beratungstand der Sächsischen Landesärztekammer stark frequentiert. René Schubert von der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. hob die im Bundes- und internationalen Vergleich hervorragende technische Ausstattung der sächsischen Krankenhäuser hervor. Dieses Jahr hatten die sich präsentierenden Krankenhäuser auch zahlreiche Ärzte in Weiterbildung mitgebracht, die spezielle Fragen gleich vor Ort beantworten konnten. Dipl.-Med. Christine Kosch unterstrich die interessante und vielfältige ärztliche Tätigkeit in der Hausarztpraxis, da dort die meisten Patienten behandelt bzw. abschließend behandelt werden. Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, moderierte die Veranstaltung und bat abschließend die Studenten, bestehende Vorurteile gegen eine Tätigkeit in Sachsen kritisch zu hinterfragen.

Die Informationsveranstaltungen werden auch im nächsten Jahr in Leipzig und Dresden angeboten.



Medizinstudenten informieren sich am MTZ in Dresden

Darüber hinaus ist für den 21. Januar 2012 wiederum eine Informationsveranstaltung für Ärzte in Weiterbildung (Ort: Sächsische Landesärztekammer Dresden) vorgesehen. Chancen und Einsatzmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich, im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Themen wie die individuelle

Gestaltung der Weiterbildung, Karrierechancen im Krankenhaus, Gründung oder Übernahme einer Praxis, Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst und Fördermöglichkeiten stehen dabei im Mittelpunkt. An Informationsständen der Krankenhäuser und der Kooperationspartner finden individuelle Bera-

tungen statt, Workshops zu verschiedenen Fragestellungen runden die Informationsveranstaltung ab.

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

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder, Stellvertretende  
Referatsleiterin Ethik und Medizinische  
Sachfragen

## 5. Deutsch-polnisches Symposium

Die Sächsische Landesärztekammer, die Niederschlesische Ärztekammer und die Schlesische Ärztekammer laden alle interessierten Ärzte zum 5. Deutsch-polnischen Symposium ein. Zu den vorläufigen berufs- und gesundheitspolitischen sowie medizinhistorischen Themen gehören:

- Rolle der Selbstverwaltung im heutigen Rechtsstaat
- Demographische Entwicklung und medizinische Betreuung
- Grenzüberschreitender Rettungsdienst
- Psychohistorische Überlegungen zu den gesellschaftlichen Wandlungen in Deutschland und Polen nach 1989



Schloss Fürstenstein/Waldenburg

- Polnisch-deutsche medizinische Beziehungen im 19. und 20. Jahrhundert
- Deutsche in Oberschlesien im 19. und 20. Jahrhundert

**Termin:** 6. bis 8. Oktober 2011  
**Ort:** Schloss Fürstenstein/  
Waldenburg bei Breslau  
(Information unter [www.ksiaz.de](http://www.ksiaz.de))

**Teilnehmergebühr:** 100 EUR für Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, 150 EUR für Nichtmitglieder (Die Teilnehmergebühr beinhaltet den Bustransfer ab Dresden, zwei Übernachtungen und Vollpension, Festabend sowie das Rahmenprogramm.) Anmeldungen bis spätestens 2. September 2011 unter 0351 8267 401 oder per E-Mail: [symposium2011@slaek.de](mailto:symposium2011@slaek.de). Die Anmeldung ist nur verbindlich in Verbindung mit der Zahlung der Teilnahmegebühren.

**Wichtiger Hinweis:** Die Anzahl der Teilnehmer ist begrenzt.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

# 18. Dresdner Ärzteball & Party

BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM

**Samstag,**  
**3. September 2011**  
Empfang ab 18 Uhr

**Parkhotel & Kakadu-Bar**  
Weißer Hirsch  
Bautzner Landstraße 7  
01324 Dresden

<p><b>Ballkarte im Großen Ballsaal</b> (mit Tischreservierung) <b>65 €</b></p> <p><b>Ballkarte in der Kakadu-Bar</b> (mit Tischreservierung oder freier Platzwahl) <b>45 €</b></p> <p><b>Gästekarte für Nichtmitglieder der Kreisärztekammer Dresden</b> jeweils <b>+ 15 €</b></p>	<p><b>Kreisärztekammer Dresden (Stadt)</b> Sekretariat: Frau Riedel Schützenhöhe 16, 01099 Dresden Tel. 0351 8267-134 · Fax 0351 8267-132 Telefonische Bestellung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr <a href="mailto:info@kreisaeztekammer-dresden.de">info@kreisaeztekammer-dresden.de</a></p> <p><small>Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.</small></p>
--	--

Präsentiert von [www.kreisaeztekammer-dresden.de](http://www.kreisaeztekammer-dresden.de)

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, 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/C034

### Mittlerer Erzgebirgskreis

Praktischer Arzt\*)  
Reg.-Nr. 11/C035

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.09.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 11/D041

### Löbau-Zittau

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 11/D042

### Sächsische Schweiz

Psychologischer Psychotherapeut  
Reg.-Nr. 11/D043  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.09.2011 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/L037

Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
Reg.-Nr. 11/L038

Facharzt für HNO-Heilkunde  
Reg.-Nr. 11/L039

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.09.2011 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 Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin \*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2012

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

## Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Leipziger Universität

50 Jahre nach unserer Immatrikulation möchte ich an unser traditionelles Treffen am 2. Oktober 2011 erinnern. Wir treffen uns 15.00 Uhr vor dem Museum der Bildenden Künste in Leipzig, Katharinenstraße 10. Nach einer ca. einstündigen

Führung besteht noch genügend Zeit für eine individuelle Besichtigung, bevor es anschließend wieder zu einem gemütlichen Beisammensein in den Auerbachs Keller geht.

Teilnahmemeldungen bitte an: Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann (E-Mail: bewiedemann@t-online.de, Tel.: 0341 2311452, Handy: 0160 92353013) oder Dr. Hans-Otto Kluge (Tel.: 0871 23184).

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann

## Ausstellung

### Sächsische Landesärztekammer Ausstellung – Foyer und 4. Etage

Ulrich Eisenfeld  
Stationen – Arbeiten aus vier Jahrzehnten

14. September bis 13. November 2011  
Vernissage: Donnerstag,  
15. September 2011, 19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch  
Kulturjournalistin, Dresden

**Keine Ausstellung vom 18. Juli bis 13. September 2011**

## Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein. Gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben.

Die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und die Filiale Leipzig der Deutschen Apotheker- und Ärztebank laden gemeinsam ein zu einem

### „Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte“

**Datum: Samstag,**

**3. September 2011,**

**9.30 Uhr bis 15.00 Uhr**

**Ort: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig.**

Neben Fachvorträgen, jeweils für Existenzgründer und Praxisabgeber, geben wir Ihnen danach in einem moderierten Diskussionsforum Gelegenheit, Ihre allgemeinen Fragen mit den Referenten, Berufskollegen und Fachleuten zu erörtern. Während des Tages stehen Ihnen die betriebswirtschaftlichen Berater/innen der KVS und die Geschäftskundenbetreuer/innen der apoBank für individuelle Beratungen zur Verfügung. Die Veranstaltung ist zur Bewertung mit Fortbildungspunkten für das sächsische Fortbildungszertifikat angemeldet.

#### Tagesablauf:

**9.30 Uhr**

Begrüßung:

Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt,  
Bezirksgeschäftsstellenleiter KVS  
Leipzig

Helmut Picker, Filialleiter apoBank  
Leipzig

Im Anschluss:

Niederlassung aktuell – erkennbare Tendenzen und Entwicklungen  
Referent: Dieter Gerlich, Geschäftsführer der KVS Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

**10.00 bis 13.15 Uhr**

#### Teil I (Praxisgründer)

„Der Weg in die niedergelassene Praxis“

Zulassung – Kooperation – Investition – Versorgungsgesetz 2012

Juristische Aspekte

- Voraussetzungen der Niederlassung/Anstellung
- Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen – insb. Versorgungsgesetz 2012
- Praxisübernahme und Praxisneugründung
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit. Moderne Zeiten, nichts ist wie es war
- Gemeinschaftspraxis, Teil-GP, MVZ etc.
- Überörtlichkeit
- Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft
- Der angestellte Arzt
- Neue Versorgungsformen – Neue Chancen
- Teilzulassung, Filialbildung, Time-Sharing: Praxis/Krankenhaus

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Vor- und Nachteile einzelner Finanzierungsformen
- INKO-Berechnung zur Existenzsicherung
- Liquiditätssteuerung
- Betriebswirtschaftliche Kennziffern
- Die richtigen Abschreibungs- und Investitionsstrategien
- Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis
- Steuerliche Gestaltungen
- Altersvorsorge: „früh übt sich“

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater

#### Teil II (Praxisabgeber)

„Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft – Vermögen

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Sogenannter halber Steuersatz und Freibetragsregelung

- Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes
- Der materielle und ideelle Praxiswert – Berechnungsbeispiele für die Kaufpreisfindung
- Die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen: Entgeltlich oder unentgeltlich?
- Fußangeln und Fallstricke
- Intelligente Vermögensanlage
- Abgeltungsteuer

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater

Juristische Aspekte

- Die Praxisübergabe im zulassungsbeschränkten Gebiet
- Ablauf einer Praxisübertragung mit Blick auf das Versorgungsgesetz 2012
- Mitwirkungsmöglichkeiten des Arztes
- Übergangsgemeinschaften
- Vertragliche Gestaltung
- Gestaltung: Arbeitsverträge, Mietverträge, Patientenkartei etc.
- Umwandlung von Freiberuflersitzen in Anstellungsverhältnisse
- Teilverkauf der Praxis

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt

**13.15 bis 14.00 Uhr**

#### Gemeinsame Mittagspause

**14.00 bis 15.00 Uhr**

#### Teil III (Existenzgründer und Praxisabgeber)

Gemeinsames Diskussionsforum.

Referenten und Fachleute stehen Rede und Antwort.

Teilnahmemeldungen sind bis zum 26.08.2011 zu richten an:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Filiale Leipzig

Frau Ines Reichmann

Richard-Wagner-Str. 2

04109 Leipzig

Fax: 0341 24520-16

E-Mail: filiale.leipzig@apobank.de

## Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger zum 65. Geburtstag



Am 20. Juli feierte Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, seinen 65. Geburtstag, wozu wir ihm herzlichst gratulieren!

1946 in Berlin geboren, studierte er dort Medizin und begann seine chirurgische Ausbildung. Nach seinem Wechsel 1976 an die Universitätsklinik Mannheim zu Prof. Dr. Tredeschloss er 1977 seine Facharztausbildung ab und wurde 1979 zum Oberarzt ernannt. In den folgenden Jahren erwarb er die Schwerpunktbezeichnungen für Gefäß-, Thorax- und Viszeralchirurgie. 1986 habilitierte er sich für das Fach Chirurgie und wurde Leitender Oberarzt. Dem Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der TU Dresden folgte er im Jahr 1993 als einer der ersten Professoren der neu gegründeten Medizinischen Fakultät und baute die Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie zu einem deutschlandweit anerkannten chirurgischen Zentrum aus.

In seiner beruflichen Entwicklung fand er stets große Unterstützung von seiner Frau und seinen drei Kindern, die alle weiterhin ein großer Rückhalt für ihn sind.

Prof. Dr. Saeger ist ein international renommierter Chirurg und Forscher und hat zahlreiche wissenschaftliche Publikationen verfasst. Sein hohes

Ansehen in unserer Fakultät führte im Jahr 2002 zur Wahl zum Dekan der Medizinischen Fakultät der TU Dresden. Aufgrund seiner Reputation war er 2005 bis 2006 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Neben allen diesen hohen Auszeichnungen ist Prof. Dr. Saeger uns stets ein persönliches Vorbild. Wir bewundern seinen Tatendrang und sein anhaltendes Bemühen, die individuelle Behandlung unserer Patienten auf höchstem Niveau zu gestalten. Er begleitet unsere chirurgische und persönliche Weiterbildung und wissenschaftliche Arbeit intensiv und hat diese mit seiner Persönlichkeit geformt.

Dafür danken wir ihm von ganzen Herzen und wünschen ihm zu seinem Geburtstag alles Gute, vor allem weiterhin beste Gesundheit!

Prof. Dr. med. habil. Robert Grützmann und  
Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kersting  
im Namen aller Kolleginnen und Kollegen  
der Klinik

## Unsere Jubilare im September 2011 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 05.09. Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Dietrich  
04317 Leipzig
- 06.09. Dr. med. Kaiser, Petra  
01159 Dresden
- 07.09. Dr. med. Grummt, Brigitte  
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.09. Dr. med. Zschau, Uwe  
02689 Sohland / Wehrsdorf
- 09.09. Dr. med. Kaltschmidt, Gert  
01468 Moritzburg
- 11.09. Nieschalk, Dietmar  
08060 Zwickau
- 12.09. Dr. med. Stühmeier, Bruno  
04651 Bad Lausik
- 13.09. Bayyoud, Yousef  
01067 Dresden
- 15.09. Dr. med. Gaul, Reinhard  
04356 Leipzig

- 16.09. Dr. med. Sämann, Wolfgang  
09405 Gornau
- 17.09. Dr. med. Richter, Annelies  
04107 Leipzig
- 20.09. Dr. med. Bernstein, Eva  
08412 Werdau
- 20.09. Dr. med. Jäckel, Christine  
09224 Grüna
- 21.09. Dr. med. Wiesenhaken, Ulrich  
04827 Machern
- 22.09. Dipl.-Med. Brückner, Ingolf  
02788 Hirschfelde
- 22.09. Dr. med. Hanrath, Rolf-Dieter  
95032 Hof
- 25.09. Dr. med. habil. Gast, Wolfgang  
04105 Leipzig
- 25.09. Dr. med. Lohse, Gesine  
01731 Kreischa/Gombsen
- 26.09. Dr. med. Bosse-Henck, Andrea  
04289 Leipzig
- 26.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kneissl, Georg  
09113 Chemnitz

- 27.09. Dr. med. Klinghammer, Henriette  
09131 Chemnitz
- 27.09. Dipl.-Med. Steierhoffer, Ursula  
08223 Falkenstein
- 28.09. Dr. med. Lutter, Helmut  
09627 Niederbobritzsch
- 29.09. Dr. med. Seifert, Barbara  
09120 Chemnitz
- 29.09. Dr. med. Weichsel, Diethard  
08107 Kirchberg
- 30.09. Dr. med. Brödel, Christine  
01309 Dresden
- 30.09. Dr. med. Jungnickel, Margarete  
04552 Neukirchen

### 65 Jahre

- 05.09. Dr. med. Lippitz, Gisa  
02977 Hoyerswerda
- 09.09. Dipl.-Med. Perschke, Wolfgang  
08134 Wildenfels
- 09.09. Dr. med. Richter, Wulf  
02692 Singwitz

- |        |  |        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|--------|--|
| 10.09. | Dr. med. Walter, Erika<br>04159 Leipzig                        | 06.09. | Dr. med. Günzel, Rolf<br>01129 Dresden                       | 19.09. | Dr. med. Artym, Christa<br>01307 Dresden                         |
| 11.09. | Becker, Alwina<br>09123 Chemnitz                               | 06.09. | Köhler, Runheid<br>04157 Leipzig                             | 19.09. | Dr. med. Fischer, Gunter<br>01809 Meusegast                      |
| 12.09. | Dr. med. Pätzug, Ulrike<br>01731 Kreischa-Gombsen              | 06.09. | Dr. med. Kresse, Helmut<br>01069 Dresden                     | 19.09. | Dr. med. Flammiger, Bernd<br>04178 Leipzig                       |
| 12.09. | Vogel, Elke<br>09113 Chemnitz                                  | 07.09. | Dr. med. Langer, Heinz<br>08066 Zwickau                      | 19.09. | Dr. med. Kohlstock, Isolde<br>09599 Freiberg                     |
| 13.09. | Dr. med. Billig, Marlis<br>04288 Leipzig                       | 07.09. | Lüdicke, Dorothea<br>09399 Niederwürschnitz                  | 19.09. | Dr. med. Krumpe, Horst<br>02999 Lohsa                            |
| 13.09. | Dr. med. Richter, Jutta<br>01309 Dresden                       | 07.09. | Dr. med. Oelschlegel, Klaus<br>08060 Zwickau                 | 19.09. | Dr. med. Lange, Monika<br>04277 Leipzig                          |
| 15.09. | Dipl.-Med. Arnold, Reinhard<br>08371 Glauchau                  | 07.09. | Dr. med. Willsch, Marlies<br>02827 Görlitz                   | 19.09. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.<br>Lindner, Joachim<br>09114 Chemnitz |
| 17.09. | Dr. med. Damaschke-<br>Steenbergen, Heike<br>02977 Hoyerswerda | 08.09. | Dr. med. Schneider, Gerd<br>02977 Hoyerswerda                | 19.09. | Dr. med. Ullmann, Dieter<br>08468 Reichenbach/<br>OT Rotschau    |
| 17.09. | Dr. med. Schubert, Marion<br>01326 Dresden                     | 09.09. | Elsner, Dorothea<br>01689 Weinböhla                          | 20.09. | Dr. med. Neumann, Irmgard<br>04105 Leipzig                       |
| 18.09. | Dr. med. Reinfried, Renate<br>01328 Dresden                    | 09.09. | Dr. med. Pleß, Doris<br>01591 Riesa                          | 20.09. | Scheppan, Lucie<br>04736 Waldheim                                |
| 19.09. | Dr. med. Fechner, Sieglinde<br>04105 Leipzig                   | 09.09. | Schab, Wolfram<br>09599 Freiberg                             | 21.09. | Erlar, Jutta<br>01187 Dresden                                    |
| 22.09. | Dipl.-Med. Birmele, Katharina<br>04758 Oschatz                 | 11.09. | Dr. med. Kästler, Ursula<br>01662 Meißen                     | 21.09. | Dr. med. Kleinod, Siegrun<br>04435 Schkeuditz                    |
| 24.09. | Dipl.-Med. Gödicke, Ruth<br>04420 Markranstädt                 | 11.09. | Dr. med. Liesem, Jürgen<br>01609 Wülknitz                    | 21.09. | Dr. med. Schirmer, Bärbel<br>09405 Zschopau                      |
| 27.09. | Klemm, Hanns-Peter<br>04129 Leipzig                            | 12.09. | Hengst, Holger<br>08209 Auerbach                             | 21.09. | Dr. med. Schmidt, Horst<br>09235 Burkhardtsdorf                  |
| 27.09. | Dipl.-Med. Mohr, Heidrun<br>04425 Taucha                       | 12.09. | Dr. med. Kießling, Ingrid<br>09114 Chemnitz                  | 21.09. | Struck, Ulrike<br>01662 Meißen                                   |
| 28.09. | Canzler, Gisela<br>09131 Chemnitz                              | 13.09. | Dr. med. Friedrich, Klaus<br>09235 Burkhardtsdorf            | 21.09. | Wunderlich, Gottfried<br>08258 Siebenbrunn                       |
|        | <b>70 Jahre</b>  | 13.09. | Dr. med.<br>Magomedow, Ingeborg<br>04103 Leipzig             | 21.09. | Prof. Dr. med. habil.<br>Dürschmidt, Volker<br>01809 Dohna       |
| 01.09. | Dr. med. Eberth, Ulrich<br>01778 Geising                       | 13.09. | Dr. med. Schittkowski, Dorit<br>09618 Brand-Erbisdorf        | 22.09. | Dr. med. Hempel, Friedbert<br>08134 Wildenfels/<br>OT Wiesenburg |
| 01.09. | Dr. med. Hahn, Bernd<br>08321 Zschorlau                        | 13.09. | Dr. med. Wollen, Gerrit<br>09127 Chemnitz                    | 22.09. | Dipl.-Med. Matz, Christa<br>04720 Ebersbach                      |
| 01.09. | Dr. med. Schmitzer, Karin<br>08209 Auerbach                    | 14.09. | Dr. med. Boxberger, Eva-Maria<br>04288 Leipzig               | 22.09. | Dr. med. Olsen, Gisela<br>01768 Glashütte                        |
| 02.09. | Haack, Inge<br>01920 Elstra                                    | 16.09. | Mahncke, Emma<br>01936 Laußnitz                              | 23.09. | Dr. med. Herzig, Siegfried<br>04741 Roßwein                      |
| 02.09. | Hofmann, Sieglinde<br>04769 Mügeln                             | 16.09. | Prof. Dr. med. habil.<br>Viehweg, Brigitte<br>04107 Leipzig  | 23.09. | Dr. med.<br>Kirschner, Ingeborg<br>01454 Radeberg                |
| 02.09. | Dr. med. Kilian, Rainer<br>08315 Bernsbach                     | 17.09. | Dr. med. Kretschmar, Hella<br>02625 Bautzen                  | 23.09. | Dr. med. Schmidt, Dieter<br>01279 Dresden                        |
| 02.09. | Dr. med. Landschreiber, Klaus<br>04886 Beilrode                | 17.09. | Prof. Dr. med. habil.<br>Sebastian, Günther<br>01328 Dresden | 23.09. | Dr. med. Zacharias, Monika<br>04463 Großpönsa                    |
| 03.09. | Dr. med. Findeisen, Bernd<br>09619 Sayda                       | 18.09. | Dipl.-Med. Klauß, Peter<br>04463 Großpönsa                   | 24.09. | Dr. med. Georgi, Brigitte<br>08294 Löbnitz                       |
| 03.09. | Dr. med. Schmidt, Bernd<br>01326 Dresden                       | 18.09. | Dr. med. Pohl, Manfred<br>09217 Burgstädt                    | 24.09. | Goldberg, Katrin<br>01328 Dresden                                |
| 04.09. | Martin, Hannelore<br>09468 Geyer                               | 18.09. | Dr. med. Spitzhofer, Katharina<br>01257 Dresden              | 24.09. | Dr. med. Jahn, Christof<br>09243 Niederfrohna                    |
| 04.09. | Matting-Köhler, Jutta<br>01159 Dresden                         | 18.09. | Dr. med. Wunderlich, Frank<br>09573 Augustusburg             |        |  |
| 05.09. | Dr. med. Herrmann, Anneliese<br>01109 Dresden                  |        |  |        |  |

- 24.09. Prof. Dr. med. habil. Terhaag, Bernd  
01326 Dresden
- 25.09. Dr. med. Gierth, Herrmann  
01662 Meißen
- 25.09. Dr. med. Mittelstädt, Gisela  
09599 Freiberg
- 26.09. Dr. med. Löffler, Helga  
09405 Zschopau
- 26.09. Schürer, Annemarie  
09661 Hainichen
- 27.09. Dr. med. Heidemüller, Bernd  
09130 Chemnitz
- 27.09. Dr. med. Krötzsch, Bettina  
01328 Dresden
- 27.09. Dr. med. Lommatzsch, Barbara  
09120 Chemnitz
- 27.09. Dr. med. Schneider, Wolfgang  
04683 Naunhof
- 27.09. Dr. med. Scholz, Ellen  
04758 Oschatz
- 27.09. Dr. med. Zacharias, Klaus  
08645 Bad Elster
- 28.09. Dr. med. Otremba, Helga  
08412 Königswalde
- 28.09. Dipl.-Med. Scheffel, Peter  
01109 Dresden
- 29.09. Dr. med. Driesnack, Rainer  
01936 Schwepnitz
- 29.09. Dr. med. Freund, Helga  
08064 Zwickau
- 29.09. Herrmann, Heidemarie  
08112 Wilkau-Haßlau
- 29.09. Möbius, Antje  
09127 Chemnitz
- 30.09. Dr. med. Grimm, Sigrid  
08312 Lauter
- 30.09. Dr. med. Schubert, Monika  
08648 Bad Brambach
- 75 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Kotte, Sigrid  
01277 Dresden
- 03.09. Hander, Eberhard  
08539 Leubnitz
- 03.09. Dr. med. Hanisch, Inge  
02733 Cunewalde
- 07.09. Dr. med. Fuhrmann, Marita  
04105 Leipzig
- 09.09. Dr. med. Langer, Hans  
01587 Riesa
- 10.09. Dr. med. Götz, Annerose  
02828 Görlitz
- 11.09. Dr. med. Knitter, Hannelore  
08056 Zwickau
- 11.09. Weis, Anita  
08527 Plauen
- 13.09. Dr. med. Grethe, Ursula  
09465 Sehma
- 14.09. Dr. med. Hofmann, Regina  
09123 Chemnitz
- 14.09. Dr. med. Pirlich, Ingrid  
04357 Leipzig
- 14.09. Dr. med. Ziehank, Eberhard  
08468 Reichenbach
- 16.09. Dr. med. Roch, Christiane  
01326 Dresden
- 17.09. Dr. med. Vogel, Helga  
01277 Dresden
- 23.09. Dr. med. Harms, Jürgen  
04824 Beucha
- 24.09. Scherbak, Anatol  
01307 Dresden
- 26.09. Dr. med. Matthes, Eva-Maria  
01277 Dresden
- 28.09. Dr. med. Just, Gabriele  
04155 Leipzig
- 80 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Baumann, Irene  
04105 Leipzig
- 03.09. Dr. med. habil. Kluge, Werner  
01259 Dresden
- 06.09. Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda
- 08.09. Dr. med. Steudtner, Ursula  
01217 Dresden
- 09.09. Kuhnert, Friedegard  
01217 Dresden
- 12.09. Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen
- 14.09. Dr. med. Nicolai, Rainer  
01616 Strehla
- 20.09. Dr. med. Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg
- 22.09. Dr. med. Lippoldt, Roland  
08115 Lichtentanne
- 23.09. Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden
- 81 Jahre**
- 12.09. Dr. med. Richter, Herbert  
04107 Leipzig
- 16.09. Prof. Dr. med. habil. Lehmann, Werner  
04299 Leipzig
- 19.09. Dr. med. Vollmer, Christa  
01109 Dresden
- 29.09. Dr. med. Kretschmar, Christian  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 82 Jahre**
- 05.09. Dr. med. Dießner, Magdalena  
01157 Dresden
- 15.09. Dr. med. Holzhausen, Günter  
04821 Waldsteinberg
- 16.09. Dr. med. Flemming, Gotthard  
08280 Aue
- 28.09. Dr. med. Tützer, Anny  
08451 Crimmitschau
- 29.09. Tuchscherer, Isolde  
08280 Aue
- 83 Jahre**
- 06.09. Doz. Dr. med. habil. Schleusing, Gottfried  
04416 Markkleeberg
- 15.09. Dr. med. Roick, Waltraud  
09465 Sehma
- 22.09. Dr. med. habil. Bürkmann, Inge  
04159 Leipzig
- 22.09. Prof. Dr. med. habil. Dr. paed. Israel, Siegfried  
04105 Leipzig
- 84 Jahre**
- 28.09. Dr.-med. Naumann, Ladislaus  
04103 Leipzig
- 85 Jahre**
- 03.09. Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig
- 86 Jahre**
- 23.09. Dr. med. Böttger, Wolfgang  
08062 Zwickau
- 87 Jahre**
- 04.09. Dr. med. Linke, Ursula  
09127 Chemnitz
- 10.09. Grandin, Gisela  
01324 Dresden
- 26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 88 Jahre**
- 16.09. Dr. med. habil. Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz
- 22.09. Dr. med. univ. Schmidt, Gert-Peter  
01109 Dresden
- 28.09. Prof. em. Dr. med. habil. Oeken, Friedrich-Wilhelm  
04229 Leipzig
- 90 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Spielmann, Volker  
04316 Leipzig
- 92 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid  
01187 Dresden
- 19.09. Dr. med. Nicolai, Margarete  
09599 Freiberg
- 23.09. Dr. med. Woratz, Ursula  
09456 Annaberg-Buchholz

## Zum 100. Todestag von Daniel Paul Schreber

Vor einhundert Jahren, am 14. April 1911, starb Daniel Paul Schreber, einer der bis heute bekanntesten Psychatriepatienten, in der Leipziger Heilanstalt Dösen. Im selben Jahr veröffentlichte Sigmund Freud eine Fallanalyse zu Schreber und sprach auf dem Dritten Psychoanalytischen Kongress in Weimar über diesen Fall. Freud versuchte anhand der Krankengeschichte Schrebbers seine Theorie vom Ursprung der Paranoia aus einer uneingestanden Homosexualität herzuleiten. Als hauptsächliche Quelle diente ihm Schrebbers Buch „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“, das 1903 erschienen war. Freuds bedeutende Falldarstellung hat entscheidend dazu beigetragen, dass Daniel Paul Schreber als meistzitiertester und besterforschter Psychatriepatient weltweit gilt, auch wenn die Interpretation des Schreberschen Wahns inzwischen viele neue Facetten bekommen hat.

Daniel Paul Schreber wurde am 25. Juli 1842 in Leipzig geboren. Sein Vater, Moritz Schreber, Namensgeber der nach seinem Tod gegründeten Schreber-Bewegung, betrieb in Leipzig eine orthopädische Kinderklinik. Nach einem Unfall musste er die Leitung der Klinik abgeben und konzentrierte sich auf seine publizistische Arbeit als Verfasser von Pädagogik- und Erziehungsratgebern. Daniel Paul Schreber studierte Jura und ging in den sächsischen Justizdienst. 1878 heiratete er Ottilie Sabine Behr (1857 bis 1912), die Tochter eines Theaterdirektors und Regisseurs. Das Ehepaar blieb kinderlos.

Schreber arbeitete zwischen 1865 und 1893 an Gerichten in Leipzig, Chemnitz und Freiberg. Auf dem Höhepunkt seiner beruflichen Karriere wurde er 1893 zum Senatspräsidenten am Oberlandesgericht Dresden ernannt. Doch schon kurz nach seiner Berufung meldete sich Schreber krank. „Infolge Arbeitsüberlastung“, wie er später schrieb, habe er

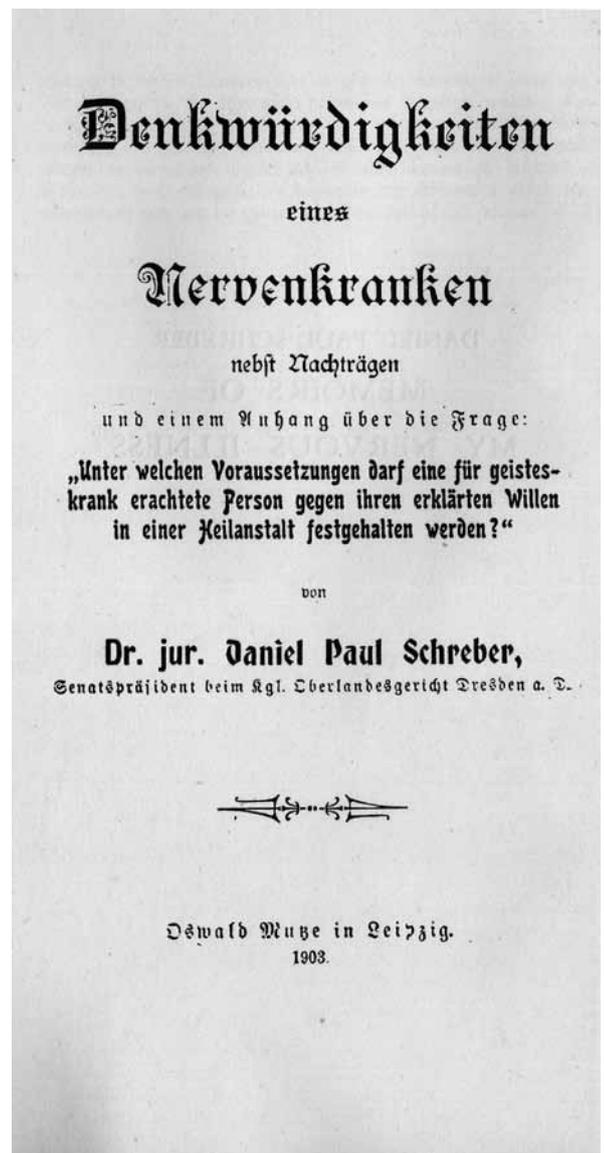


Daniel Paul Schreber  
Fotografie (Repro aus: Heiligenthal/Volk),  
Archiv Sächsisches Psychiatriemuseum

unter Schlaflosigkeit und hypochondrischen Beschwerden gelitten. Mit ähnlichen Symptomen hatte sich Schreber bereits 1884 nach der gescheiterten Kandidatur um ein Direktmandat für den Reichstag in die Obhut von Paul Emil Flechsig (1847 bis 1929), Direktor der Irrenklinik der Universität Leipzig, begeben. Seinerzeit war er nach einem halben Jahr als geheilt entlassen worden. Doch diesmal nahm die Krankheit einen dramatischen Verlauf. In der Krankenakte ist vermerkt, dass sich unter die hypochondrischen Klagen Verfolgungswahn und Halluzinationen mischten. Als Flechsig Schreber daraufhin in die Landesanstalt Pirna Sonnenstein überwies, war das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten zerstört. Schreber muss diese Entscheidung als eine Abschiebung empfunden haben und machte Flechsig für sein weiteres Schicksal verantwortlich. In einem „Offenen Brief“, den Schreber den „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ voranstellte, warf er Flechsig vor, einen „Seelenmord“ an ihm begangen zu haben, der zu seiner Nervenkrankheit geführt habe. Ein Jahr zuvor, 1902, hatte Schreber nach mehr als achtjährigem Aufenthalt auf dem Sonnenstein vor dem Oberlandesgericht Dresden die Aufhebung seiner Entmündigung erreicht und daraufhin auf eigenen Wunsch die Anstalt verlassen. Diese bemerkenswerte juristische Auseinandersetzung um

die Wiederherstellung seiner bürgerlichen Rechte dokumentiert Schreber im Anhang des Buches.

Doch im Zentrum der „Denkwürdigkeiten“ steht Schrebbers Intention, die „scheinbaren Absonderlichkeiten“ seines Verhaltens zu erklären und seine Erkenntnisse von den religiösen Wahrheiten mitzuteilen, denn Schreber war überzeugt, infolge des „Seelenmordes“ in direkter Verbindung mit Gott zu stehen. Sein Arzt Flechsig habe im wissenschaftlichen Interesse auf sein Nervensystem eingewirkt und dabei durch Manipulation eine unrechtmäßige Verbindung seiner Nerven zu Gott hergestellt. Aufgrund dieses „weltordnungswidrigen Zustandes“ fühlte sich Schreber einer Vielzahl „göttlicher Wunder“ ausgesetzt, die darauf abzielten, sei-



nen Körper und Verstand zu zerstören und nach seiner „Entmannung“ „neue Menschen aus Schreberschem Geist“ zu schaffen. Mit der allmählichen Verwandlung zum Weib glaubte er in seiner Person Wollust und Seligkeit in Einklang bringen zu können.

„Ich kann sagen, dass kaum ein einziges Glied oder Organ meines Körpers vorhanden ist, das nicht vorübergehend durch Wunder geschädigt worden wäre, keine einzige Muskel, an der nicht durch Wunder herumgezerrt würde.“

Die Wunder seien zunächst von so bedrohlicher Natur gewesen, dass er fast unaufhörlich für sein Leben, seine Gesundheit oder seinen Verstand fürchten zu müssen glaubte.

Man habe versucht, Nerven aus dem Kopf herauszuziehen, und ihn mit einer „Kopfzusammenschnürungsmaschine“ in Form einer Schraubenschraube traktiert.

Kleine Männer in Gestalt winziger Menschengestalten hätten sein Rückenmark ausgepumpt und das Öffnen und Schließen der Augen bewirkt.

Lange Zeit glaubte Schreber, er sei der einzige Mensch auf der Welt und seine Umgebung bestehe lediglich aus „flüchtig hingemachten Männern“. Erst allmählich nahm er die Realität wieder wahr und begann, mit seiner Familie zu kommunizieren, Zeitung zu lesen und sich mit Schach- und Klavierspiel zu beschäftigen. Trotzdem war Schreber auch weiter davon überzeugt, dass er durch seine Nervenkrankheit in besonderer Beziehung zu Gott stehe.

Seit 1896 machte er sich Notizen und führte Tagebuch über die von ihm als übersinnlich eingeordneten Erscheinungen. Auf dieser Grundlage verfasste er im Jahr 1900 die „Denkwürdigkeiten“.

Schreber geht mit der Akribie des Juristen vor. Dabei stehen sein rhetorisches Geschick und die Schärfe seiner Argumentation im Kontrast zu dem phantastischen Inhalt seiner Darstellung. So ist ein Text entstan-

den, der bis heute eine große suggestive Kraft entfaltet. Mit plastischen Wortschöpfungen und zahlreichen Bezügen zur Geistes- und Kulturgeschichte versucht er das Erlebte zu beschreiben und sich und seinen Lesern zu erklären.

Psychatriegeschichtlich interessant sind seine Schilderungen des Anstaltsalltags und des Verhältnisses zwischen Personal und Patienten. Schreber stand ein überdurchschnittlicher Komfort zur Verfügung. Er bewohnte zwei Zimmer und hatte ein eigenes Piano. Behandelt wurde er hauptsächlich mit Beruhigungs- und Schlafmitteln, der Besuch des Anstaltsgartens gehörte zum Tagesprogramm. Allerdings musste er mehr als zwei Jahre die Nächte in einem Isolierzimmer verbringen, weil sein ständiges Brüllen zu Beschwerden geführt hatte. Als sich sein Zustand gebessert hatte, durfte Schreber die Anstalt verlassen. Er besuchte in Pirna die Kirche und das Theater oder machte Ausflüge in die Umgebung. In den letzten Jahren seines Aufenthalts konnte er standesgemäß die Mahlzeiten an der Tafel des Anstaltsvorstandes einnehmen.

Direktor der Heilanstalt war Dr. Guido Weber (1837 bis 1914). Weber hatte nach dem Medizinstudium zunächst als Hilfsarzt in der Versorgungsanstalt Colditz gearbeitet und war 1861 in die Anstalt Sonnenstein gekommen, deren Direktor er 1883 wurde und wo er bis zu seinem Ruhestand 1910 blieb. Weber war Mitbegründer der Forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden und mit seinen Gutachten an den Entmündigungsverfahren gegen Schreber beteiligt. Darin diagnostizierte er bei seinem Patienten ein paranoisches Krankheitsbild. Charakteristisch für eine Paranoia sei, dass sie sich auf bestimmte Bereiche, bei Schreber das religiöse Gebiet, begrenze. Weber wollte als Gutachter keine rechtliche Bewertung abgeben. Doch er befürchtete, dass Schreber aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht mit der geplanten Veröffentlichung der „Denkwürdigkeiten“

sich selbst und seine Familie kompromittieren würde. Erst in seinem letzten Gutachten, das Weber für die höchstinstanzliche Entscheidung anfertigte, gab er eine gute Prognose für den weiteren Krankheitsverlauf. Zusammen mit den Schriftstücken, die Schreber selbst zu seiner Verteidigung verfasst hatte, war damit der Weg frei für das Urteil des Königlich Sächsischen Oberlandesgerichtes, das am 14. Juli 1902 den Entmündigungsbeschluss aufhob. In der Begründung betonte das Gericht zwar, dass es keinen Zweifel an der Geisteskrankheit Schrebers hege, sein Wahn jedoch eine Sonderexistenz auf religiösem Gebiet führe und daher die Entmündigung nicht rechtfertige.

Nach diesem Urteil konnte Schreber die Anstalt verlassen und zog zu seiner Familie nach Dresden. Er baute ein Haus, in dem er mit seiner Frau und einer Adoptivtochter wohnte. Er half der Tochter bei den Hausaufgaben, unternahm Reisen und kümmerte sich um Familienangelegenheiten. Nachdem seine Frau einen Schlaganfall erlitten hatte, musste er sich 1907 wiederum in psychiatrische Behandlung begeben. Er ließ sich in Begleitung einer Schwester in die Heilanstalt Dösen einweisen, wo er 1911 verstarb.

1903 erschienen die „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ nebst Nachträgen und einem Anhang über die Frage: „Unter welchen Voraussetzungen darf eine für geisteskrank erachtete Person gegen ihren erklärten Willen in einer Heilanstalt festgehalten werden?“.

Auf die Veröffentlichung der „Denkwürdigkeiten“ reagierte die Familie wahrscheinlich mit wenig Verständnis. Zwar hatte Schreber in dem Manuskript die Namen vieler Personen unkenntlich gemacht und ein ganzes Kapitel, das sich mit seiner Familie beschäftigte, gestrichen. Trotzdem soll die Familie einen Großteil der Auflage aufgekauft und vernichtet haben.

Erschienen ist das Buch im Verlag von Oswald Mutze, dem in Leipzig ansässigen bedeutendsten spiritistischen Verlag Deutschlands. Wohl



Porträt der Familie Schreber, Gemälde, signiert „Aug. Richter 1851“, Daniel Paul Schreber 3.v.l., Repro: Sächsisches Psychiatriemuseum

über J.G. Jung, der hier seine Dissertation veröffentlicht hatte, gelangten die „Denkwürdigkeiten“ in die Hände Sigmund Freuds. Freuds Aufsatz „Psychoanalytische Bemerkungen über einen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)“ wurde zu einer der bedeutendsten Fallgeschichten in der Geschichte der Psychoanalyse. Allerdings stand Freuds Theorie der Paranoia schon zuvor fest, was die Interpretation der „Denkwürdigkeiten“ vereinseitigte. In dem Konflikt mit Gott, so Freud, habe Schreber die Liebe zu seinem Vater offenbart.

Das Verhältnis zwischen Vater und Sohn Schreber bestimmte auch die späteren Interpretationsversuche, wobei sich die Auffassung von der Rolle Moritz Schrebbers dramatisch wandelte. Nachdem Franz Baumeyer in den fünfziger Jahren als damaliger Direktor der Landesheilanstalt Arnsdorf die Krankenakte und Briefe der Angehörigen entdeckt und publiziert hatte, war es der Psychoanalytiker William G. Niederland, der das Bild des Vaters vom „vortrefflichen Arzt“ (Freud) in Richtung eines zwanghaft besessenen Orthopäden veränderte. Diese Seite Moritz Schrebbers, die Niederland durch die Untersuchung

von dessen Schriften zu Fragen der Kindererziehung und Pädagogik stützte, wurde von dem amerikanischen Psychiater Morton Schatzmann aufgegriffen und auf die Formel gebracht, der Verfolgungswahn Schrebbers sei eine logische Konsequenz der realen Verfolgung durch den Vater in der Kindheit. Han Israels vielbeachtete Arbeit über „Schreber: Vater und Sohn“ lieferte zahlreiche neue biografische Informationen und kritisierte die psychoanalytische Literatur. Der amerikanische Psychoanalytiker Zvi Lothane ist der Überzeugung, dass Schreber nicht an einer Schizophrenie erkrankt gewesen sei, sondern an einer schweren Depression gelitten habe und durch diese Fehldiagnose ein Opfer der Psychiatrie geworden ist.

Über diesen fachspezifischen Diskurs hinaus haben die „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ eine breite Aufmerksamkeit erfahren. Der Philosoph Walter Benjamin zeigte sich „auf das höchste gefesselt“. Dem Schriftsteller Elias Canetti diente in dem Essay „Masse und Macht“ Schrebbers Buch als reichhaltiges und ergiebiges Dokument für seine Untersuchungen zur Natur der Macht. Der Radiotheoretiker und

Journalist Wolfgang Hagen beschäftigte sich in „Radio Schreber“ mit Schreber im Kontext des modernen Spiritismus und der Medientheorie. Und immer wieder waren es Autoren und Künstler, die sich von Schreber zu Romanen, Stücken und einer Oper inspirieren ließen.

Der Todestag von Daniel Paul Schreber hat sich zum hundertsten Mal gejährt. Es ist zu wünschen, dass seine „Denkwürdigkeiten“ von einem großen Publikum entdeckt und als denkwürdiges Zeugnis einer tragischen Lebensgeschichte und eindrucksvolles literarisches Werk gelesen werden. Empfehlenswert ist dabei die im Psychosozial-Verlag erschienene faksimilierte Neuauflage der Originalausgabe mit einem informativen Nachwort von Gerd Busse und einem umfangreichen Personen- und Sachregister.

Literatur beim Verfasser

Thomas R. Müller  
Sächsisches Psychiatriemuseum  
Mainzer Straße 7  
04109 Leipzig

Thomas R. Müller ist Leiter des Sächsischen Psychiatriemuseums. Zum Thema Schreber ist in der Schriftenreihe der Sammlung Sächsisches Psychiatriemuseum der Ausstellungskatalog „angewundert. Hundert Jahre Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken von Daniel Paul Schreber“ erschienen. Weitere Informationen: Sächsisches Psychiatriemuseum, Mainzer Straße 7, 04109 Leipzig, Telefon: 0341 14061413, museum@durchblick-ev.de, www.psychiatriemuseum.de.



Originalausgabe der „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“, Foto: Archiv Sächsisches Psychiatriemuseum