

Editorial	Haftpflicht – Haftung – Verhaftung?	472
Berufspolitik	Endspurt bei der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt	473
	3. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	474
	Was hab' ich? – Studenten übersetzen Befunde	475
	Interview Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“	481
	Gesundheitspolitik	Gesundheit – Ist eine neue Definition notwendig?
	Hinsehen – Erkennen – Handeln	482
	Akutbehandlung des Alkoholentzugs	484
	2. Treffen der klinischen Ethikberatung in Sachsen	485
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Hygienekongress 2011 in Dresden	486
	Aut-idem-Regelung	487
	Ausschreibung Ärztlicher Geschäftsführer	488
	Matinee Gesundheit DDR	488
	Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte	489
	5. Deutsch-polnisches Symposium	489
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	490
	Originalien	Paradigmenwechsel in der antiarrhythmischen Medikation
	Orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern im Alter	494
Personalia	Nachruf für Dr. med. Christiane Habeck	499
	Unsere Jubilare im Oktober 2011	500
	Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland an Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz und Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick	505
	Reisebericht	Kinderheilkunde im Mathare Valley in Nairobi
Verschiedenes	Hungersnot in Ostafrika	504
	Dieter Blaßkiewitz erhält päpstlichen St.-Gregorius-Orden	504
	Sind Sie Absolvent der Universität zu Lübeck?	504
Kunst und Kultur	Ausstellung: Ulrich Eisenfeld	505
	Ausstellung: Images of the Mind	506
Hygiene aktuell	Verwirrende KVS-Mitteilung zum Impfen	506
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2011	



Kinderschutz im Gesundheitswesen
Seite 482



Matinee Gesundheit DDR
Seite 488



Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte
Seite 489



Kinderheilkunde in Nairobi
Seite 502

Abbildung auf Titelseite: Evaluation der Weiterbildung
(Foto: Robert Aitkins – fotolia)

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

Haftpflicht – Haftung – Verhaftung?



Eine Prämisse: Ärztliches Tun nützt und dient dem Patienten, wir Ärzte bringen uns mit unserem Fachwissen, unserer Persönlichkeit, unserer Erfahrung ein im Prozess der Findung einer Ursache von Beschwerden, helfen bei ihrer Linderung oder Beseitigung und stehen einem Menschen bei in schweren Zeiten oder in seiner schwersten Zeit.

Was sollen da Vorwürfe, einem Patienten sei ein Schaden entstanden, der Arzt sei der Verursacher?

Einfache Antworten gibt es auf solche Fragen nicht. Aber wir täglich am Patienten tätigen Ärzte sehen uns einer Entwicklung gegenüber, die uns indirekt den schwarzen Peter zuschiebt und implizit suggeriert, wir machten mehr Fehler und ließen die notwendige Sorgfalt vermissen: Ich meine die Kündigungswelle der Arzthaftpflichtversicherer in diesem Jahr, die ja nur zum Zweck hatte, „schlechte Risiken“ auszusondern und die Versicherungsprämien zu erhöhen. Sicher hatte manche Kalkulation des neuen Beitrags die Verhinderung eines Vertragsabschlusses zum Ziel. Die Aufmerksamkeit, die die Kündigungswelle der Verträge im Frühjahr hervorgerufen hat und die diesem Thema weiter von der Ärztes-

chaft gewidmet werden wird, lässt es nach meiner Einschätzung aber nicht zu, dass auf unsere Kosten exorbitante Profite realisiert werden können. Wichtiger als eine Rendite-kennzahl sollte den einschlägigen Versicherungsunternehmen auch sein, den sensiblen Bereich des Patient-Arzt-Verhältnisses mit schützen zu helfen. Wenn allerdings die Arzthaftpflicht in Zukunft nur eine anonyme Kosten-Ertragsrechnung neben den Konzernthemen Hausrat oder Auto wäre, sollte sich die Ärzteschaft fragen, ob sie die bestehenden Risiken nicht auch in eigener Regie versichern kann; eine Bank für Heilberufe jedenfalls hat ein Jahrhundert im Kerngeschäft gut funktioniert.

Schauen wir aber auch auf uns: Wir müssen uns, jeder für sich, sicher sein, dass wir uns fern der Interessen Dritter oder überwiegender Eigeninteressen dem Patienten zuwenden, uns seiner Nöte annehmen und nur ihm verpflichtet sind. Lassen wir dabei das Sozialgesetzbuch außen vor, wodurch der Rahmen unseres Handelns oft bestimmt wird. Ich meine die individuelle Zuwendung zum Patient. Diese Zuwendung zeigt sich letztlich in der ganz verschieden ausgeprägten konkreten Beziehung zwischen Patient und Arzt. Zuwendung zum Patient ist beispielsweise, abstrakter wohl, aber als Basis unverzichtbar, eine solide Fachlichkeit, formal nach außen zum Beispiel durch das redliche Erreichen der notwendigen Zahl an Fortbildungspunkten erkennbar. Wenn nun ein Arzt nach bestem, also Facharztstandard behandelt, so kann er trotzdem nicht vor Komplikationen gefeit sein, auch nicht davor, einen Fehler zu machen. Dies liegt in der Natur der Sache, in der Subjektivität der Betrachtung einer konkreten Situation und ihrer Komplexität. Die Ärzteschaft hat aber auf ganz unterschiedlichen Ebenen gerade in den letzten beiden Dekaden eine Kultur der Fehlersuche und -analyse etabliert, die vorbildhaft ist. Inwieweit sie den letzten Kollegen erreicht, kann nicht sicher beurteilt werden. Hier beginnt die persönliche Verantwortlichkeit jedes einzelnen von uns.

Machen wir also in der Gesamtheit der Kollegen mehr Fehler oder warum steigen die Versicherungsprämien?

Wenden wir den Blick nach außen: Eine der Folgen der Kommerzialisierung des „Medizinbetriebs“ ist die oft und zunehmend wahrnehmbar größere Distanz zwischen Patient und, das Wort fällt schwer, aber hier bewusst, „Leistungserbringer“. Die Erwartung, dass Krankheit wie ein Makel am Autolack schmerzfrei, schnell, ohne eigenes Zutun und ohne Probleme zu beseitigen sein sollte, ist immer öfter bestimmend für das Verhältnis des Patienten zum Therapeuten. Geschieht nun etwas, was diesen erwarteten Ablauf stört, fällt es auch mangels einer tatsächlichen Bindung zum Therapeuten leicht, ihn damit in Zusammenhang zu bringen.

Anwaltliche Unterstützung lässt sich auch für Anliegen finden, die aus unserer fachlichen Sicht wenig Erfolg versprechen, wo ärztliches Handeln im Sinne des Patienten lege artis stattfand und doch nicht zum gewünschten Ergebnis führte. Dies werden wir nicht verhindern können. Ich rufe aber von dieser Stelle auf, sich nicht einschüchtern zu lassen und weiter im Sinne der Patienten tätig zu sein, schließen wir auch in Zukunft täglich das vertrauensvolle therapeutische Bündnis. Wehren wir uns gegen das neue Geschäftsmodell „Bezahlung für Nicht-Erreichen eines Behandlungserfolgs, unabhängig von der Ursache“. Wehren wir uns gegen amerikanische Verhältnisse, wo Anwälte von meist unberechtigten Klagen gegen Ärzte oft besser leben als unsere dortigen Kollegen.

Stellen wir an uns die Anforderung, dem Patienten das Maß an Diagnostik zuzumuten, was aus medizinischer Sicht indiziert ist und nicht nur einer Absicherung und Abwehr dient. Dazu müssen wir dem Patienten zuhören, ihm vertrauen, ihn ernst nehmen und mit ihm einen Pakt zur Behandlung schließen, der auch ein Pakt gegen die Abwehr fremder Interessen wäre, wenn wir ihn denn leben.

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

Endspurt bei der Online-Befragung zur ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt

Der Befragungszeitraum für Weiterzubildende endet am 30. September 2011!

Seit dem 1. Juni 2011 führt die Sächsische Landesärztekammer gemeinsam mit der Bundesärztekammer eine Online-Befragung von Weiterbildungsbeauftragten (WBB) und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (WBA) zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung zum Facharzt durch. Für die Weiterbildungsbeauftragten (WBB) endete die Evaluation der Weiterbildung bereits am 31. August 2011.

Die berufene Steuerungsgruppe der Bundesärztekammer für die Online-Befragung hat aufgrund der bundesweit niedrigen Rücklaufquoten beschlossen, den Befragungszeitraum um einen Monat zu verlängern.

Daher können Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung noch bis zum 30. September 2011 an der Befragung im Webportal www.evaluation-weiterbildung.de teilnehmen.

Befragung der Weiterbildungsbeauftragten (Stand: 22. August 2011)

993 Weiterbildungsbeauftragte melden, dass sie derzeit keine Ärzte weiterbilden. 560 WBB haben bisher den Fragebogen online ausgefüllt. Die Rücklaufquote der WBB in Sachsen beträgt 57,4 Prozent (560 von 976 WBB). Die Beteiligung der WBB an der Evaluation in ganz Deutschland beträgt 42,2 Prozent.

Befragung der Weiterzubildenden (Stand: 22. August 2011)

Durch die Weiterbildungsbeauftragten und die Sächsische Landesärztekammer wurden bisher 2.319 weiterzubildende Ärzte (WBA) registriert und haben ihre Zugangsdaten zur Online-Befragung durch die Sächsische Landesärztekammer erhalten. Die momentane Rücklaufquote der WBA in Sachsen beträgt 28 Prozent, das heißt, es haben 649 von 2.319 registrierten WBA ihren Fragebogen abgesendet. Allen bisher beteiligten Weiterbildungsbeauftragten und Weiterzubildenden herzlichen Dank.

Anmeldung zur Befragung der weiterzubildenden Ärzte

Die Anmeldung zur Online-Befragung erfolgt jetzt mit einem Fax-Antwortformular, welches auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de) bereitgestellt wird.

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



Teilnahme für weiterzubildende Ärzte nur noch bis 30. September 2011 möglich!

Alle Weiterzubildenden werden um die Teilnahme an der Online-Befragung gebeten.

Online-Fragebogen

Der Online-Fragebogen erstreckt sich auf acht Fragenkomplexe: Globalbeurteilung, Vermittlung von Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Kultur zur Fehlervermeidung, Entscheidungskultur, Betriebskultur sowie wissenschaftlich begründete Medizin. Die Bewertung erfolgt überwiegend im Schulnotensystem auf einer Skalierung von 1 bis 6.

Auswertung und Ergebnisse

Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ), die seit über 14 Jahren die entsprechende Umfrage der Schweizer Ärztekammer begleitet. Die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung sind voraussichtlich ab Ende 2011 in drei Ebenen über das Webportal abrufbar. Es werden Vergleichswerte auf Bundes- und Länderebene fachbezogen veröffentlicht. Über das Webportal können die Weiterbildungsbeauftragten dann mit ihren persönlichen Zugangsdaten die Auswertungen der Befragung zum gegebenen Zeitpunkt abrufen. Über die Verfügbarkeit der Ergebnisse werden alle Weiterbildungsbeauftragten schriftlich informiert. Vorgesehen ist auch die Veröffentlichung der weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinnen (Mittelwerte der acht Fragenkomplexe pro Weiterbildungsstätte, Abbildung: siehe Beispiel), wenn der Befugte nicht innerhalb einer Frist von vier Wochen der Veröffentlichung seiner individuellen Ergebnisspinne widerspricht.

Mit dieser Ergebnistransparenz wird den Ärztinnen und Ärzten eine weitere Orientierung für die Planung ihrer Weiterbildung und die Wahl der passenden Weiterbildungsstätte ermöglicht.

Die Erfassung der tatsächlichen Weiterbildungssituation deutscher Ärzte ist dringend erforderlich, um auch in



Zeitplan (Stand 21. Juli 2011), Quelle BÄK

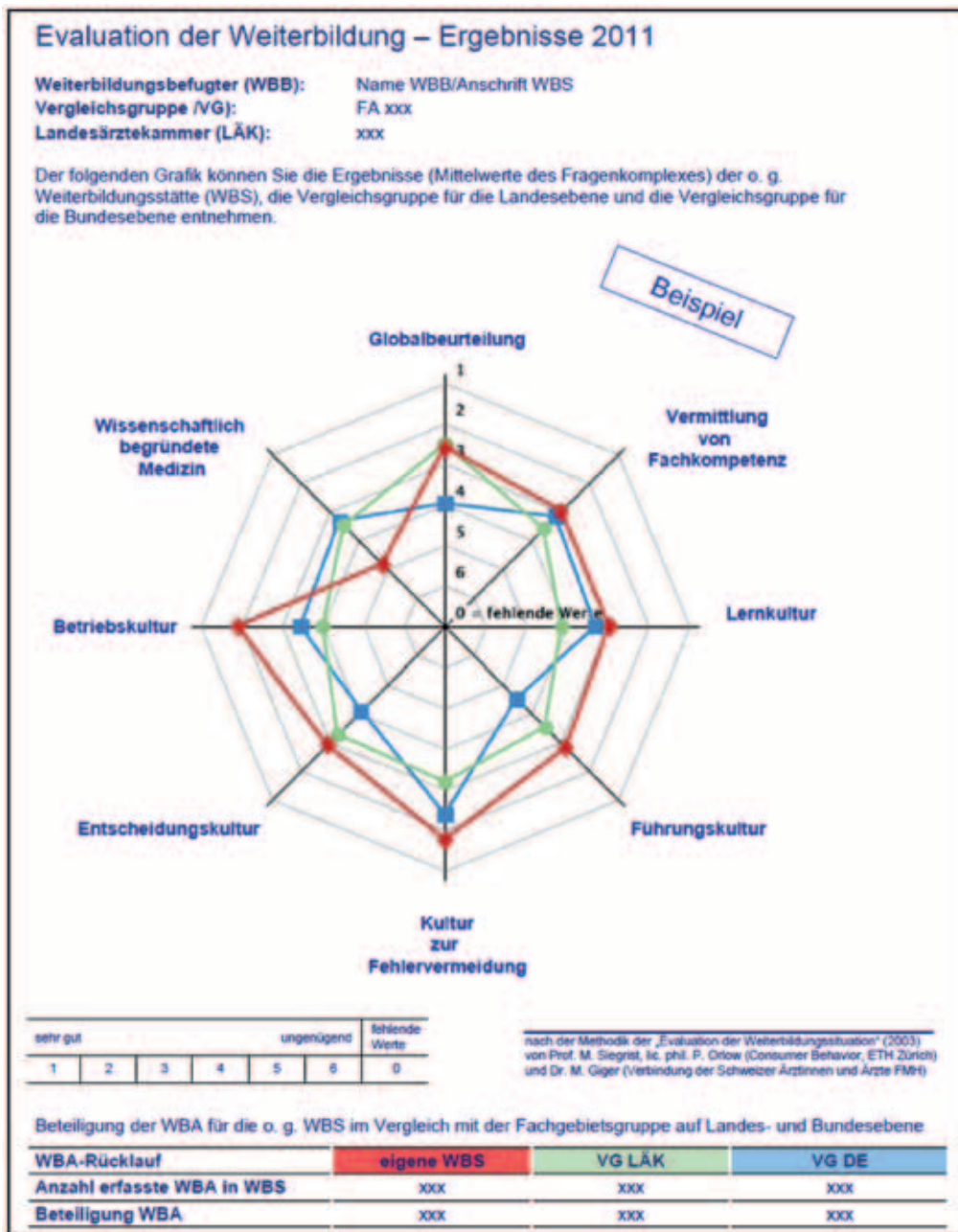


Abbildung: Beispiel der weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinne, Quelle: BÄK

Zukunft hochwertige medizinische Behandlungen bei gleichzeitiger hoher Patientensicherheit zu gewährleisten.

Für junge Ärztinnen und Ärzte soll die ärztliche Weiterbildung zum Facharzt verbessert und stärker an den Erwartungen ausgerichtet werden. Aussagekräftige Ergebnisse über Stärken, Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten der ärztlichen Weiterbildung können nur so getroffen werden.

Die Umfrage ist anonym.

Alle im Zusammenhang mit dem Projekt erhobenen und verwendeten Daten werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen über den jeweils aktuellen Stand des Datenschutzes in Deutschland und in der Schweiz behandelt.

In den Fällen, in denen die Anonymität aufgrund geringer Teilnehmerzahl nicht gewährleistet werden kann, dürfen die Daten nur mit ausdrücklicher Einwilligung dieser Ärztinnen und Ärzte verwendet werden.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:
Hotline: 0351 8267 335
 (Frau Peggy Thomas),
 E-Mail: 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



3. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Am 12. September 2011 kommen in der Sächsischen Landesärztekammer die 135 Partner des Netzwerks „Ärzte für Sachsen“ zu ihrem jährlichen Treffen zusammen. Sie werden sich auch in diesem Jahr zu den aktuellen Netzwerkaktivitäten austauschen. Zudem erhalten sie einen

Wegweiser für die Arbeitsaufnahme ausländischer Ärzte in Sachsen. Vorgestellt wird außerdem das Krankenhausregister Sachsen, die erste Adresse für Ärzte bei der Suche nach offenen Stellen in Krankenhäusern. Auch die verschiedenen Aspekte des neuen Versorgungsstrukturgesetzes werden bezüglich der Maßnahmen gegen den Ärztemangel diskutiert.

Knut Köhler M.A.

Konzerte und Ausstellung

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal

Sonntag, 9. Oktober 2011

11.00 Uhr – Junge Matinee

Eine musikalische Weltreise

Junge Solisten der Musikschule des

Landkreises Meißen im Konzert

Ausstellung – Foyer und 4. Etage

Ulrich Eisenfeld

Stationen – Arbeiten aus vier

Jahrzehnten

14. September bis 13. November 2011

Was hab' ich? – Studenten übersetzen Befunde

So mancher Patient verlässt seinen Arzt mit einem Befund in der Hand, ohne genau zu wissen, was darin steht. Das liegt oft daran, dass der Arzt zu wenig Zeit hatte für eine Erläuterung oder der Patient zu aufgeregt war, um das Gesagte zu verstehen. Und wenn er dann zu Hause sitzt und den Befund in Ruhe liest, dann versteht er gar nichts, denn der Befund ist nicht für ihn bestimmt sondern für den weiterbehandelnden Facharzt und deshalb in Fachsprache abgefasst. Viele führt nun der Weg ins Internet. Unzählige Websites bieten dort Informationen zu Gesundheitsthemen an. Aber sie sind von sehr unterschiedlicher Qualität. Wer sich im Internet über eine Krankheit informieren will oder Fragen zu Diagnosen und Therapien hat, steht vor einem Problem: Wie soll er entscheiden, ob eine Information gut oder schlecht ist? Wie soll er erkennen, ob eine Website vertrauenswürdig ist oder unseriös? Und schon gar nicht findet er seinen persönlichen Befund.

Dieser Umstand gab den Dresdner Medizinstudenten Johannes Bittner und Anja Kersten im Januar 2011 den Anstoß für den ganz besonderen Service „Was hab' ich?“. Ganz zeitgemäß entwickelten sie eine Plattform im Internet, auf der sich Patienten ihre medizinischen Befunde in eine verständliche Sprache übersetzen lassen können. Die Befunde können hochgeladen oder auch via Fax übermittelt werden. Und innerhalb kürzester Zeit werden diese dann anonymisiert von den Medizinstudenten gelesen und in eine Sprache übersetzt, die frei von kryptischen Fachbegriffen ist. Dieser Dienst ist kostenfrei und die Studenten arbeiten ehrenamtlich. „Was hab' ich“ ist kein Ersatz für den Arztbesuch oder Gespräche mit dem Arzt, bietet aber eine sinnvolle Ergänzung für den Patienten. Es werden keine Diagnosen erstellt, Empfehlungen gegeben oder der Befund oder Teile

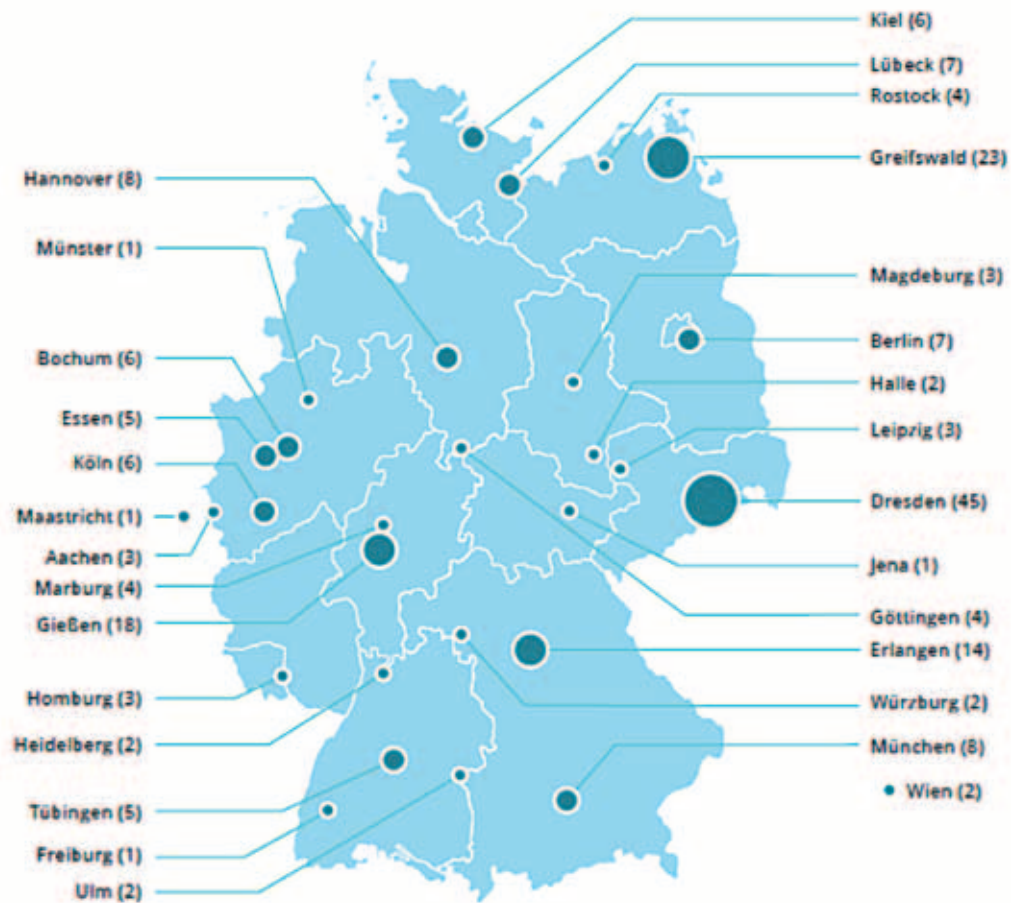


Abbildung 1: Herkunft der Studenten und Ärzte bei „Was hab' ich?“
Quelle: Johannes Bittner, „Was hab' ich?“

davon in Zweifel gezogen, auch wenn in seltenen Fällen Zweifel angebracht sind. Dann wird lediglich darauf verwiesen, den behandelnden Arzt zu konsultieren.



Abbildung 2: Badges

In das Netzwerk kann sich jeder direkt einbringen, egal ob Arzt oder Student. In dem Team arbeiten inzwischen 196 engagierte Medizinstudenten, 22 Ärzte und 2 Psycholo-

gen aus ganz Deutschland mit (Abbildung 1). Dieses ehrenamtliche Engagement, so die Mitwirkenden

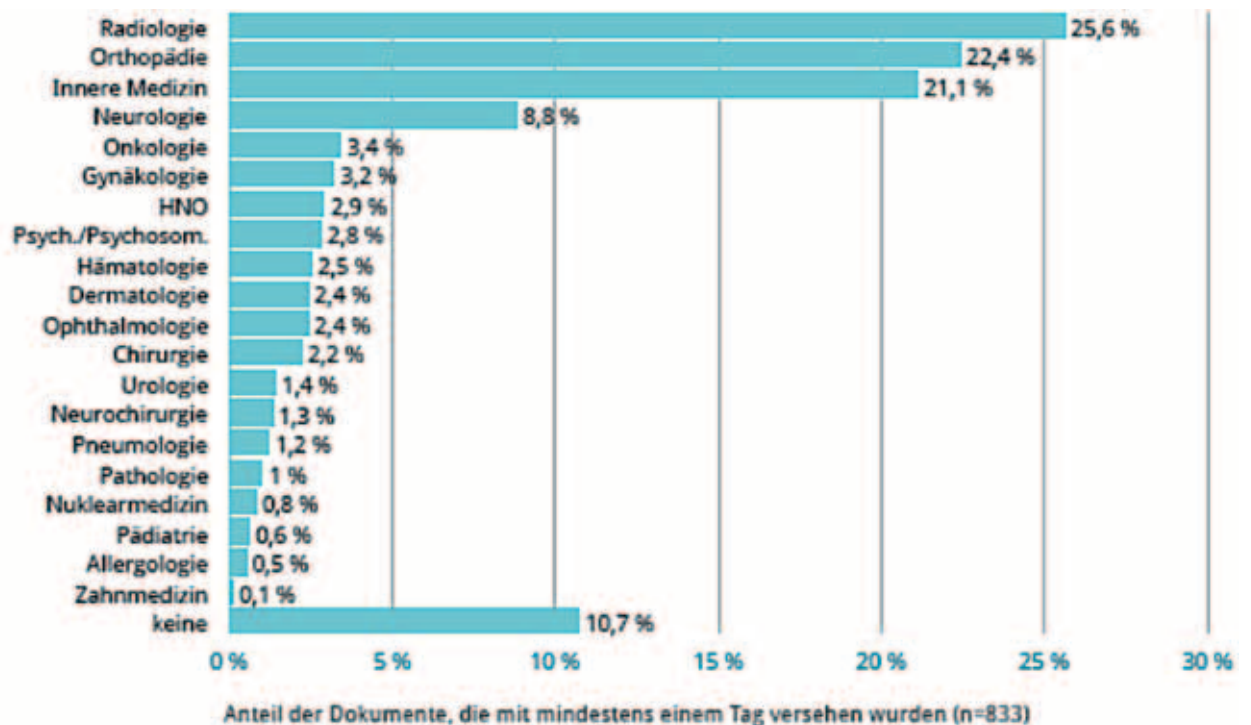


Abbildung 3: Aus welchen Fachrichtungen die Befunde kommen
Quelle: Johannes Bittner, „Was hab' ich?“

selbst, ist gerade für Medizinstudenten eine wichtige Bereicherung und Fortbildung: denn neben der Anwendung und Aneignung von fachlichem Wissen bereitet die Befund-Erklärung sehr gut auf das spätere Berufsleben, auf die Arzt-Patient-Kommunikation, vor. Denn spätestens dort muss der Arzt in der Lage sein, komplizierte Sachverhalte seinem Patienten in einfachen Worten mitzuteilen.

Wer kann mitmachen?

Nicht jeder Medizinstudent kann ohne weiteres mitmachen. Zu den selbst auferlegten Voraussetzungen gehören:

- das Studium der Humanmedizin mindestens im 8. Fachsemester,

- Teamfähigkeit,
- eine altruistische Ader,
- Durchhaltevermögen und die Motivation, auch knifflige Befunde zu entschlüsseln.

Neue Mitwirkende werden in einem intensiven Schulungsverfahren via Internet und Telefon auf die neue Aufgabe von einem Supervisor vorbereitet. Die ersten zehn Befunde werden zudem kontrolliert. Später gibt es Stichproben. Der Supervisor führt auch in die technischen Grundlagen des Systems ein, steht dem Übersetzer als Mentor fachlich zur Seite und hilft dabei, sich verständlich auszudrücken.

Social Network als Vorbild

Die für „Was hab' ich?“ tätigen Medizinstudenten und Ärzte sind in einem internen Online-Netzwerk organisiert. Sie präsentieren sich mit Bild, Fachsemester oder Fachrichtung im Netz. Dort stehen zudem umfangreiche Features zur Befund-Übersetzung, Weiterbildung und Diskussion zur Verfügung. In ganz kniffligen Fragen kann sogar ein Konsilium online einberufen werden. Zugleich beraten Psychologen bei ganz schwierigen Befunden die

Übersetzer bei der Wortwahl. Auch die Möglichkeit, eine Übersetzung abzulehnen, besteht.

Übersetzungsverfahren

- Befund-Pool
Patienten senden per E-Mail Ihre Befunde zu. Einzelne Befunde können dann vom Übersetzer ausgewählt werden. Er kann nach Fachgebieten suchen, die ihn interessieren, oder zu denen er etwas Neues lernen will.
- Transparenz und Teamwork
Im Mediziner-Netzwerk können Mitglieder die Übersetzungen anderer Mitarbeiter lesen, um sich selbst fortzubilden und Anregungen für eigene Erklärungen zu sammeln.
- Verantwortungsvolle Aufgabe – aber mit Platz für Spaß
Die verantwortungsbewusste und fachlich korrekte Übersetzung medizinischer Befunde steht an erster Stelle. Trotzdem soll das ehrenamtliche Engagement bei „Was hab' ich?“ auch Spaß machen. Für die Arbeit im Netzwerk kann man deshalb virtuelle Auszeichnungen (Abbildung 2: Badges) erhalten.
- Feedback
Damit man sieht, dass das Engagement sich auch lohnt, gibt es Feed-

back direkt vom Patienten, dessen Befund man übersetzt hat. Das zeigt dann, dass die Arbeit Anerkennung findet und einem Menschen wirklich weiterhelfen konnte.

■ Kontrolle

Das Online-Netzwerk lässt es zu, Übersetzer und Befunde dahingehend zu prüfen, wer wie viele Übersetzungen vorgenommen hat, wie lange er dafür gebraucht hat und in welchem Umfang die Übersetzungen ausfallen. Auch säumige Übersetzer werden ausfindig gemacht, damit der Patient nicht zu lange auf eine Antwort warten muss. Nach Medienberichten, wie die Sendung Quarks und Co. vernetzen sich die Medizinstudenten auch schon mal über Nacht, um dem Ansturm an Befunden gewachsen zu sein. Ein virtuelles Wartezimmer dient dabei als Puffer.

Diagnostischer Irrtum – Fehldiagnose

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer lädt für

**Sonnabend,
dem 15. Oktober 2011,
9.00 bis 13.00 Uhr,**

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, zu einer Veranstaltung zum Thema

Nutzen für Medizinstudenten

Die Initiatoren des Portals „Was hab' ich?“ sehen mehrere Vorteile für Medizinstudenten, die sich ehrenamtlich als Übersetzer von Befunden betätigen:

- Jede Übersetzung ist eine Fortbildung.
- Die Übersetzungen bieten Vorteile für den medizinischen Berufsalltag.
- Es verbessert die Fähigkeit zum Verständnis von Arztbriefen und Befunden.
- Es verschafft Kompetenz, medizinisch komplexe Sachverhalte patientengerecht aufzuarbeiten und wiederzugeben.
- Soft Skills wie Teamfähigkeit, Zweitmeinung und Problemlösungsstrategien werden frühzeitig für die spätere ärztliche Tätigkeit geschult.

„Diagnostischer Irrtum – Fehldiagnose“ ein.

Interessante Fälle aus unserem Begutachtungsgut werden vorgestellt.

An geeigneten Fällen aus verschiedenen Fachgebieten soll die Problematik des diagnostischen Irrtums, der ja keine haftungsrechtlichen Konsequenzen nach sich zieht, der Problematik der Fehldiagnose gegenübergestellt werden, die Haftungsansprüche begründet.

Unter den Medizinstudenten, die sich als Übersetzer betätigen, befinden sich erstaunlich viele zukünftige Hausärzte, wie die interne Analyse ergeben hat. Und unter den Ärzten sind auch Mediziner aus Universitätskliniken.

Dass dieser Service bei den Patienten sehr gut ankommt, zeigen die ständig steigenden Zahlen an Befunden, derzeit sind es rund 200, und das positive Feedback. Nicht überraschend ist, dass die meisten Befunde aus den bildgebenden Fachgebieten kommen (Abbildung 3).

Das Portal im Internet: <https://washabich.de/>

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Fälle werden von Vertretern des jeweiligen Fachgebietes vorgestellt und im Plenum diskutiert.

Der genaue Programmablauf wird im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 10/2011, veröffentlicht.

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen

Gesundheit – Ist eine neue Definition notwendig?

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit“ (Verfassung der WHO, 1946) – so definiert die Weltgesundheitsorganisation als Sonderorganisation der UNO in ihrer Verfassung den Begriff „Gesundheit“.

In der Bundesrepublik Deutschland als Mitgliedsstaat der UNO verstehen wir folgerichtig den Begriff „Gesundheit“ in der oben beschriebenen Weise. Zumindest existiert seitens des Bundesministeriums für Gesundheit, der entsprechenden Landesministerien oder auch der Bundesärztekammer keine anderslautende Definition.

Die WHO-Definition

Dabei stellt die WHO-Definition einen absoluten Anspruch auf, der einer Utopie gleichkommt: Nicht nur erweitert sie den Begriff Gesundheit neben der körperlichen um die psychischen und soziale Dimension, sie formuliert auch den Anspruch, dass das Wohlbefinden in allen drei Bereichen „vollständig“ sein muss. Sie beschreibt also einen Idealzustand, dem der Mensch wohl nirgends auf der Welt dauerhaft nahekommt. Gesundheit kann so für die allermeisten Menschen nur phasenweise

erreichbar sein. Bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderung, wird das Erlangen dieses Zustandes von vornherein abgesprochen. Im Umkehrschluss sind die allermeisten Menschen über weite Phasen ihres Lebens oder gar dauerhaft als krank zu bezeichnen. Für den Gebrauch in alltäglichen Fragen des Berufslebens oder der Entwicklung von Politikoptionen kann diese Definition daher nicht geeignet sein. Umso wichtiger ist es, den WHO-Begriff zu konkretisieren und um andere Ansätze zu erweitern.

Betrachten wir zunächst die WHO-Definition in den zeitlichen Rahmenbedingungen ihres Entstehens. Die WHO wurde 1948, kurz nach dem Zweiten Weltkrieg gegründet. Die großen Seuchen des 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts waren medizinisch beherrschbar geworden. Der einzelne Mensch erwartete für sein Leben nicht mehr frühe, unheilbare Krankheit oder Krieg, sondern es entstand der Wunsch nach einem gesunden und freud erfüllten Leben. In dieser Situation ist es ein Verdienst der WHO, den Gesundheitsbegriff nicht mehr als bloßes Fehlen von Krankheit zu verstehen, sondern eine positive Begriffsdefinition zu versuchen. Politisch war das eine wünschenswerte Zielvorgabe und Motivation für die großen Anstrengungen zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen.

Der Arzt dient der Gesundheit

Für die Umsetzung konkreter sozialpolitischer Pläne im Gesundheitswesen jedoch ist diese Definition nicht brauchbar und wurde dafür häufig kritisiert. Betrachten wir zum Beispiel die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Fassung v. 30. Nov. 2007): In § 1 werden die Aufgaben des Arztes beschrieben: Der Arzt „dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“. Außerdem ist es seine Aufgabe „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen“. Zu beiden Aufgaben können wir uns zunächst ohne große Bedenken bekennen. Setzen wir aber für „Gesundheit“ die WHO-Definition ein, so erscheint uns die Aufgabe des Arztes zu weitreichend und letztendlich überhaupt nicht erfüllbar.

Auch das höchste deutsche Gericht spricht den Bürgern ein Recht auf Gesundheit zu. Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Grundsicherung vom 9.2.2010 wird der „unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums“ genauer beschrieben. Dieser Rechtsanspruch umfasst dem Urteil zu Folge insbesondere „die physische Existenz des Menschen, also Nahrung, Kleidung, und Gesundheit“ (BVerfG 2010).

Recht auf Gesundheit

Natürlich kann es sinnvoller Weise ein Recht auf Gesundheit gar nicht geben. Der Staat hat keinen Einfluss auf genetische Belastungen des einzelnen Menschen, auch kann er die erfolgreiche Therapie einer Erkrankung niemals garantieren.

Noch schwieriger wird es, wenn der Mensch durch seinen individuellen Lebensstil seine Gesundheit selbst gefährdet. Hier könnte aus einem Recht auf Gesundheit schnell auch eine Pflicht zur Gesundheit werden. (Vgl. Juli Zeh – Corpus delicti oder George Orwell – 1984). Das im BVerfG-Urteil beschriebene Recht auf Gesundheit ist doch eher so zu verstehen, dass der Staat die materiellen Voraussetzungen sicherstellen muss, die zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendig, wenn auch nicht immer hinreichend sind (Huster S., 2011). Im Falle eines Gesundheitsbegriffes, wie ihn die WHO verwendet, müsste der Staat diese materiellen Voraussetzungen jedoch ins Unendliche steigern. Der Staat ist aber gezwungen, in seinem Versorgungssystem gewisse Grenzen festzulegen. Auch bei weit zurückhaltenderer Auslegung des Gesundheitsbegriffes als in der WHO-Definition, ist der Staat angehalten, eine Priorisierung seiner Leistungen durchzuführen. Die Rolle des Verfassungsrechtes besteht dabei nicht darin, Leistungsbeschränkungen allgemein zu verhindern. Es hat vielmehr dafür zu sorgen, dass die Ausgestaltung des Versorgungssystems diskriminierungsfrei und durch demokratisch legitimierte Organe erfolgt (Huster S. 2011).

Wenn die WHO-Definition für Gesundheit also die Aufgaben des Arztes als unerfüllbar erscheinen lässt oder aber die rechtlich zugesicherten materiellen Voraussetzungen für Gesundheit in absurde Höhen treibt, so stellt sich zwingend die Frage nach einer alternativen, realitätsnäheren Definition. Dazu zunächst einige Definitionsversuche aus der Literatur:

Definitionen

- Sigmund Freud (1856 bis 1939): „Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.“

- Ferdinand Hoff, Deutscher Internist (1896 bis 1988): „Gesundheit ist das harmonische Gleichgewicht zwischen Bau und Funktion des Organismus einerseits und dem Seelischen andererseits.“

- Talcott Parsons, US-amerikanischer Soziologe (1902 bis 1979): „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert worden ist.“

- Klaus Hurrelmann, Deutscher Gesundheitswissenschaftler (geb. 1944), seit 2009 Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin: Gesundheit ist ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und

Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“.

Alle Definitionen scheinen vom Ausgangspunkt des Autors bestimmt zu sein. So blickt der Soziologe ganz anderes auf den Gesundheitsbegriff als etwa der Mediziner.

Auch die deutsche Ärzteschaft wird nicht für alle Lebensbereiche des Menschen eine Begriffsbestimmung anbieten können. Dennoch ist es eine lohnende Aufgabe, zumindest für die eigenen Institutionen Gesundheit näher zu definieren. Immer noch ist im Denken vieler Ärzte die Formel „gesund ist, wer keine Krankheit hat“ verankert, obwohl das offensichtlich zu kurz greift. Die Blickrichtung vieler Ärzte geht also nicht nur bei der Diagnose von Krankheiten hin zur Pathogenese, sondern verharrt dort auch bei der Frage nach dem Wesen von Gesundheit. Gesundheit bleibt eine Ausschlussdiagnose.

Aaron Antonovsky und die Salutogenese

Den entgegengesetzten Ansatz wählt Aaron Antonovsky, ein 1923 in den USA geborener und 1994 in Israel verstorbener Soziologe für sein Konzept der Salutogenese. Antonovsky fragt eben nicht, was den Menschen krank macht, sondern er stellt die Frage in den Vordergrund, was ihn eigentlich gesund hält (Antonovsky A., 1997). Im Folgenden soll dieses Konzept in der gebotenen Kürze skizziert werden.

Zunächst stellt Antonovsky Anfang der 70er-Jahre aufgrund epidemiologischer Daten fest, dass Krankheit nicht etwa die Ausnahme ist, sondern als Abweichung statistisch eher der Norm entspricht. Für ihn sind Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände. In Antonovskys Konzept von Gesundheit positioniert sich der einzelne Mensch mit seiner individuellen gesundheitlichen Verfassung auf einem Kontinuum zwischen den beiden Extremen vollständiger Gesundheit und Krankheit. Diese Positionierung wird primär durch das Vorhandensein oder die Absenz physischer oder psychischer Krankheiten bestimmt. Für diese Krankheiten gibt es wiederum Risiko- und andererseits Schutzfaktoren. Diese können in physische, psychische, soziale und physikalisch materielle Faktoren unterteilt werden.

Das Leben bedeutet hierbei, in einem ständigen Ungleichgewicht auf der Suche nach dem Gleichgewicht zu sein. Leiden und Tod sind ebenso wie Glück und Wohlbefinden selbstverständliche Bestandteile menschlichen Lebens. Die ausschlaggebende Frage Antonovskys ist dabei, wie das System erhalten wird, das den Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse schließlich doch gesund hält bzw. wie er seine individuelle Positionierung zwischen Gesundheit und Krankheit bewältigt. Diese Bewältigung wird zum zentralen Punkt des Konzeptes der Salutogenese. Antonovsky nennt dies Sense of Coherence (SOC). Ein Begriff, den man

mit „Sinn“ oder „Gefühl für Kohärenz“ übersetzen könnte. Ein Gesundheitszustand wird in seinen nachvollziehbaren Zusammenhängen (lat. cohaerere: zusammenhängen) erfasst und bewältigt. Der in den letzten Jahren vermehrt benutzte Begriff des „coping“ kommt dem SOC wahrscheinlich sehr nahe. Antonovsky beschreibt nun wiederum drei Faktoren, die diesen Sinn für Kohärenz unterstützen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Auch wenn bei Antonovsky so nicht beschrieben, so weist meines Erachtens dieses Konzept auch auf den bisher völlig vernachlässigten Aspekt der Spiritualität in der Gesundheit hin. Das Einordnen der eigenen Existenz in größere, transzendente Zusammenhänge macht den vagen Begriff der Sinnhaftigkeit erst greifbar und kann somit zu einer besseren Bewältigung des eigenen Gesundheitszustandes führen.

Auf der Suche nach einer sinnvollen und praktikablen Definition von Gesundheit können aus meiner Sicht, angelehnt an Antonovsky, nun zwei Konzepte verfolgt werden.

Eine Annäherung

Gesundheit könnte sehr einfach als die korrekte Ausführung aller physischen und psychischen Funktionen eines Lebewesens verstanden werden. Sie wird dann tatsächlich mit medizinischen Testverfahren messbar, so wie es fälschlich schon heute versucht wird. Für das, was in Umfragen häufig als das Wichtigste im Leben bezeichnet wird, bräuchten wir dann jedoch einen neuen Begriff. Einen Begriff, der die Fähigkeit beschreibt, wie gut das Individuum seine variable Gesundheitssituation bewältigt. Dieser Begriff könnte wie bei Antonovsky Kohärenz heißen, umfassender und der Vorliebe medizinischer Nomenklatur für das Griechische folgend auch „Euexie“ oder leichter verständlich „Wohlergehen“. Will man den Einfluss des Spirituellen mit in die Begriffsbestimmung einfließen lassen, so bietet sich auch der Begriff des „Heils“ an. Die Rolle des Staates als Garant für die materiellen Bedingungen zum Erreichen von Gesundheit erscheint bei dieser

Definition weit konkreter als nach der WHO-Definition. Für das Heil oder Wohlergehen des Einzelnen ist der Staat dann nicht mehr verantwortlich und kann es auch gar nicht sein.

Alternativ und höher gestellt kann Gesundheit auch die individuelle Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung der von Antonovsky beschriebenen Positionierung zwischen korrekter und gestörter Struktur und Funktion der Psyche und der Physis beschreiben. Die Rolle der Medizin wäre hier durch Verbesserung der physischen und psychischen Funktionen die Positionierung des Einzelnen zu verbessern. Die anspruchsvolle und erfüllende Aufgabe des Arztes, der Gesundheit zu dienen, bestünde, über Diagnostik und Therapie hinausreichend, zusätzlich in der Hilfe zur Kohärenz, zur Gesundheit.

Letztendlich bleibt wohl die Erkenntnis, dass wir in verschiedenen Lebensbereichen Unterschiedliches mit „Gesundheit“ meinen. Wir sollten also auch in verschiedenen Begriffen und Definitionen konkretisieren, was wir genau meinen, wenn wir von Gesundheit als einem Ziel der Sozialpolitik sprechen, wenn wir Gesundheit als Bestandteil des Existenzminimums festschreiben und somit jedem Bürger ein Recht auf Gesundheit garantieren, wenn wir versuchen ein Gesundheitssystem zu finanzieren oder wenn wir als Ärzte in unserer Berufsordnung unsere Aufgabe darin sehen, der Gesundheit des einzelnen Menschen zu dienen. Ein Anfang wäre schon gemacht, wenn die verfasste Ärzteschaft für sich festlegen könnte, welchem Gesundheitsbegriff sie sich verpflichtet fühlt. Vielleicht wird die Politik dann ihrerseits definieren, was sie dem Einzelnen garantieren und finanzieren will, beziehungsweise kann.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Andreas von Aretin
Chefarzt Innere Medizin II
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig
Biedermannstraße 84, 04277 Leipzig
Tel.: 0341 39597350
andreas.aretin@ek-leipzig.de

Interview Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“



Erik Bodendieck, Vizepräsident

Herr Bodendieck, Sie als Hausarzt erbringen tagtäglich eine hohe Qualität in der Patientenversorgung. Welchen Nutzen sehen Sie im Kursangebot „Ärztliches Qualitätsmanagement“? In der Beantwortung der Frage „Was ist Qualitätsmanagement?“ erhalten wir meist zwei konträre Antworten: Es gibt die absoluten Befürworter, welche im Qualitätsmanagement (QM) das alleinige Heil sehen und hier unterschiedliche Arten von QM zugrunde legen. Und die absoluten Gegner, welche meinen „...das haben wir doch schon immer so gemacht! , ...das kostet nur Zeit und Geld!“. Tatsächlich liegt auch hier die Wahrheit scheinbar in der Mitte. QM ist Mittel zum Zweck, in der Industrie um die Produktionszahlen zu steigern und Fehler zu vermeiden und in der Medizin die Patientensicherheit zu gewährleisten. Hierbei sind Fehlermelde- und Vermeidungssysteme nur ein Teil von ärztlichem QM. Es geht um das Grundverständnis und dieses beginnt bei einer sachgerechten und ordnungsgemäßen Anamneseerhebung, der Planung des Behandlungsverlaufes bis zur Heilung des Patienten und der Nachsorgeplanung. Behandlungsübergänge oder die hausärztliche Langzeitbetreuung stellen andere Herausforderungen des heutigen, oft multimorbiden Patienten Klientels dar. Ärztliches QM zu verstehen, anwenden zu lernen und kompetent zu nutzen, ist die Essenz des Kursangebotes.

Der Kurs umfasst 200 Stunden, das ist eine ganze Menge! Die Teilnehmer werden in Referaten und Übungen qualitätsrelevante Themen erfahren sowie eine Projektarbeit selbst erarbeiten. Wem würden Sie die Teilnahme am Kurs empfehlen? Insbesondere ärztlichem Führungspersonal ist der Kurs dringend zu empfehlen, aber auch der ärztliche Nachwuchs sollte das Kursangebot wahrnehmen.

Ein Anreiz könnte ja auch der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ sein; wie schätzen Sie diesen Anreiz ein? Können Patienten das verstehen, wenn die Bezeichnung auf dem Praxisschild steht? Welchen konkreten Nutzen sehen Sie?

Ich meine den Patienten verwirren viele unserer Bezeichnungen aus der Weiterbildungsordnung, da der Patient den Inhalt der sich dahinter verbirgt, meist nicht kennt und in seiner Komplexität nicht erfassen kann. Ich sehe einen Anreiz im Erwerb der Zusatzbezeichnung wegen der gleichen Sprache, welche die Kursteilnehmer erlernen und im Nutzen des QM selbst.

Herr Bodendieck, Sie sind erstmalig an der wissenschaftlichen Leitung beteiligt. Warum haben Sie als Vizepräsident auch noch diese Aufgabe übernommen?

Ärztliches Qualitätsmanagement liegt mir besonders am Herzen. Vor Jahren habe ich oft mit Verwunderung und Unverständnis reagiert.

Heute stelle ich fest, dass Qualitätsmanagement integraler Bestandteil unseres Handels ist. Dies gilt nicht nur für stationär tätige Kollegen, sondern auch für die vielen niedergelassenen Ärzte. Kollegialer Austausch und innerärztliche Kommunikation als wesentlicher Bestandteil der Qualitätsförderung sind, je kleiner die Praxis ist, umso weniger möglich. Systematische Fehler implementieren sich hier möglicherweise schneller als in der Klinik, das heißt, Kontrollmechanismen fallen weg und die tägliche Arbeit in der Praxis frustriert vielleicht mehr, als mit dem Wissen um sein eigenes Tun. Es ist für mich wichtig, die Sichtweise eines niedergelassenen Facharztes für Allgemeinmedizin mit langjähriger Weiterbildungserfahrung in die Kursgestaltung einzubringen. Vielen Dank für das Gespräch.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende Ausschuss Qualitätsmanagement

Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“

Termine:

Block 1 08.11. – 12.11.2011

09.11.2011

Risiko der Kommunikation

Block 2 31.01. – 04.02.2012

Block 3 20.03. – 24.03.2012

Block 4 April 2012 – Projektarbeit

Block 5 08.05. – 11.05.2012

Anmeldung/Information

Referat Fortbildung, Frau Richter

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Tel.: 0351 8267-329

Fax: 0351 8267-322

E-Mail: qmkurs@slaek.de

Hinsehen – Erkennen – Handeln

Kinderschutz im Gesundheitswesen



Dresdner Modellprojekt optimiert die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Medizinsystem

Die kleine Lena-Sophie (5 Monate) kommt mit ihrer Mutter wegen akuten Durchfalls zum Kinderarzt. Die Schwestern messen und wiegen das Kind routinemäßig und stellen dabei zwei Hämatome an den Oberarmnenseiten des Kindes fest. Da das Kind keine akuten Austrocknungszeichen zeigt, beruhigt der Kinderarzt die Mutter bezüglich des Durchfalls. Allerdings bereiten die Hämatome ihm Kopfzerbrechen.

Darauf angesprochen, ob Lena-Sophie der Mutter Sorgen mache, beispielsweise viel schreie oder unruhig sei, bricht die Mutter in Tränen aus. Sie sei seit der Geburt von Lena-Sophie quasi auf sich gestellt. Der Vater sei ständig auf Montage, sie selbst komme mit der Versorgung des Kindes manchmal an ihre Grenzen. Die Frage, ob sie gegen Lena-Sophie körperliche Gewalt ausgeübt habe, verneint die Mutter vehement.

Der Arzt weist die Mutter im Gespräch darauf hin, dass viele Eltern zeitweise bei der Betreuung ihrer Kinder an ihre Grenzen kämen und in diesem Fall unterschiedliche Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung ständen. Er macht ihr den Vorschlag, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen, um die bestmögliche Unterstützung für die junge Familie zu erreichen. Es gäbe viele unterschiedliche Hilfsangebote von einfacher Beratung bis zu sozialpädagogischer Familienhilfe. Durch die verständnisvolle Haltung des Arztes bei gleichzeitiger Vermittlung der Schädlichkeit von Gewalt kann die Frau zugeben, ihr Kind sehr fest gepackt und angeschrien zu haben, damit es endlich Ruhe gebe.

Nach einem weiteren Gespräch entscheidet sich die Mutter zum zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes Kontakt aufzunehmen. In einem gemeinsamen Helfergespräch zwischen Mutter und Jugendamt wird die Installation einer Familienhilfe zur Unterstützung der Mutter vereinbart. Neben einer konkreten Hilfestellung bei der Erziehung werden ihr zusätzliche Angebote zur Entlastung und zum Austausch mit anderen aufgezeigt.

Der zuständige Kinderarzt bestellt die Familie zu halbjährlichen Kontrollen ein, bei denen er insbesondere die Mutter-Kind-Interaktion und die psychosoziale Entwicklung Lena-Sophies im Auge behält. Sollte ihm etwas auffallen, würde er sofort mit der zuständigen Sozialarbeiterin beim ASD Kontakt aufnehmen. Zum Glück ist dies nicht nötig. Lena-Sophie entwickelt sich normal.

Ausgangslage

Kinderschutz ist ein multiprofessioneller Auftrag. (Kinder-)Ärzte spielen hierbei eine Hauptrolle. Sie sehen durch ihre medizinische Tätigkeit ins-

besondere Entwicklungsverzögerungen, Zeichen von Vernachlässigung und mitunter auch direkte körperliche Folgen von Gewalteinwirkungen. Nicht in jedem Fall ist wie im oberen Beispiel offensichtlich, was zu tun ist. Das von Kinderärzten oft beschriebene „komische Bauchgefühl“ ohne eindeutige Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung, verbunden mit vollen Sprechstunden und der Angst, Eltern falsch zu verdächtigen (mit möglichen rechtlichen Konsequenzen) führen häufig zu massiven Unsicherheiten.

Hinzu kommen hin und wieder tief sitzende Überzeugungen das

„das Jugendamt“ eigentlich funktioniert, was passiert, wenn ein Verdachtsfall gemeldet wird und welche Unterstützungsmöglichkeiten für Familien vorgehalten werden. Hinzu kommt eine immer wieder beklagte Intransparenz: Die Mediziner würden gern wissen, was mit den gemeldeten Verdachtsfällen geschehen ist, ob sie mit ihrem Verdacht richtig lagen und wie die betroffene Familie unterstützt wird.

Modellprojekt

Genau an diesem Punkt setzt das Dresdner Modellprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen“ an. Das vom Dresdner Jugendamt und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz finanzierte und vom Dresdner Universitätsklinikum initiierte Projekt will die Zusammenarbeit zwischen medizinischem und Jugendhilfesystem optimieren. Als Mittel dazu werden Fortbildungen für Mediziner angeboten, die die Möglichkeiten des Jugendamts und des Gesundheitsamts verdeutlichen. Außerdem wurden für Dresden modellhaft Materialien entwickelt, die die Zusammenarbeit erleichtern:

- So ist ein Faxmeldebogen entstanden (abrufbar unter www.kindesmisshandlung.de) sowie ein
- Dokumentationsbogen für die Akutvorstellung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, der für den Ernstfall auch gerichtsverwertbar ist (abrufbar unter www.hinsehen-erkennen-handeln.de).
- Zusätzlich wurden Rückmelde-möglichkeiten für den Fortgang der Fälle erdacht und rechtlich geprüft.

Entsprechend der multiprofessionellen Aufgabe sind etliche Projektpartner an der Durchführung beteiligt:

- Jugendamt der Stadt Dresden,
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Dresden,
- Universitätsklinikum Dresden mit den Kliniken: Psychosomatische Klinik, Kinderklinik, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie, Institut für Radiologische Diagnostik,

Jugendhilfesystem betreffend. Diese reichen von „Die machen doch sowieso nichts.“ bis zu „Die nehmen gleich die Kinder weg.“. Erstaunlich selten ist Medizinern bekannt, wie

Kindeswohlgefährdung: Daten und Fakten

Juristen sprechen von Kindeswohlgefährdung, wenn das Verhalten von Eltern (und aller Personen, die die Fürsorge für ein Kind übernehmen), „in einem solchen Ausmaß in Widerspruch zu körperlichen, geistigen, seelischen und erzieherischen Bedürfnissen eines Kindes oder Jugendlichen steht, dass mit ziemlicher Sicherheit eine erhebliche Beeinträchtigung in der Entwicklung des Kindes droht“. Verschiedene Formen werden unterschieden.

Misshandlung (körperlich und seelisch)

Überwiegend findet Gewalt gegen Kinder in der Familie statt. Bundesdeutsche Dunkelfeldstudien aus den 1990er-Jahren gehen von einer hohen Prävalenz (Pfeiffer et al., 1999) von 70 bis 80 % körperlicher Gewaltausübung bei Kindern und Jugendlichen durch Eltern oder Erziehungsberechtigte aus. 10 bis 15 % davon waren schwere Formen wie Würgen, Tritte, Verprügeln oder körperliche Züchtigung mit Gegenständen. Ein Rückgang leichter bis schwerer körperlicher Gewalt als Erziehungsmittel nach dem gesetzlichen Verbot von Gewalt in der Erziehung ist feststellbar (Bussmann, 2008). Dies gilt allerdings nicht für Kindesmisshandlung als Form schwerster elterlicher Gewalt. Verlässliche Zahlen für seelische Misshandlung sind leider nicht vorhanden.

Vernachlässigung

Kinder können sowohl körperlich als auch emotional vernachlässigt werden. Deegener (2006) schätzt, dass etwa 5 bis 10 % der Kinder betroffen sind.

Miterleben der elterlichen Partnerschaftsgewalt (häusliche Gewalt)

In Deutschland ist jede vierte Frau von körperlicher oder sexueller Gewalt durch ihren Partner betroffen. Mehr als die Hälfte dieser Frauen lebt zurzeit der Gewaltausübung mit Kindern zusammen (Schröttle, Müller, Glanmeyer, 2004). Nach Angaben der betroffenen Mütter, sehen (57 %) oder hören (50 %) die Kinder in vielen Fällen die Gewaltausübungen oder werden mit hineingezogen (21 %) und erfahren selbst Gewalt (10 %).

Unglücklicherweise erhöhen Kinder das Risiko ihrer Mütter, Opfer von Partnerschaftsgewalt zu werden. So erfahren viele Frauen zum ersten Mal häusliche Gewalt, wenn sie schwanger sind (Schröttle, Müller, Glanmeyer, 2004). Außerdem bindet ein Kind die Eltern stärker aneinander, wodurch eine Trennung erschwert wird. Mit zunehmender Dauer der Beziehung nimmt die Gewalt zu, sodass Kinder häufig mit besonders ausgeprägter Gewalt konfrontiert sind.

Sexueller Missbrauch

Dunkelfeldstudien gehen von einer Betroffenheit von 10 bis 18 % bei Mädchen und 5 bis 7 % bei Jungen aus (Deegener, 2006).

- Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt mit der Kinderklinik,
- Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden und
- Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Sachsen.

Das aktuelle Modellprojekt begann am 1. Januar 2011 und hat zwölf Monate Zeit, die genannten Ziele zu erreichen. Eine Übertragung der Projektergebnisse auf ganz Sachsen ist dabei fest im Blick der Projektbeteiligten.

Strategisch baut das Modellprojekt auf seinem bis zum Ende 2010 gelaufenen Vorgängerprojekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen“ (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2010, Seite 102) auf. Dieses Projekt hatte die Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitssystem für den Problembereich Partnerschaftsgewalt zum Ziel.

Innerhalb dieses Vorgängerprojekts wurde eine Befragung aller niedergelassenen Ärzte in Dresden und Chemnitz und aller medizinisch Tätigen im Universitätsklinikum Dresden durchgeführt. Ein Ergebnis war trotz der guten Vorbildung ein erheblicher Fortbildungswunsch der pädiatrisch

arbeitenden Fachkräfte. Außerdem wurden in den Schulungen zur Partnerschaftsgewalt von den Schulungsteilnehmern auch immer wieder Fragen zum Kinderschutz aufgeworfen. Folgerichtig wurde das aktuelle Projekt konzipiert.

Wenn Kinder zu Opfern werden, macht das betroffen. Gemeinsam verbessern wir in dem Modellprojekt die Versorgung der Opfer und entlasten die Mediziner durch mehr Handlungssicherheit.

Veranstaltungshinweis

Im September und Oktober 2011 findet in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dres-

den, dem Freistaat Sachsen, dem Lenkungsausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt, dem Traumanetz Seelische Gesundheit und dem Weißen Ring eine Veranstaltungsreihe mit dem Titel „Gewalt. Ohnmacht und Verantwortung“ statt. Am 7., 14., 21., 28. September sowie am 6. Oktober 2011 werden im Hygiene-Museum Dresden hochkarätige Experten zu verschiedenen Aspekten von Gewalt sprechen. Die Veranstaltungen beginnen jeweils 18.00 Uhr im Hygiene-Museum (siehe Extraankündigung).

Informationen zum Modellprojekt unter: www.hinsehen-erkennen-handeln.de

Medizinische Informationen zur Thematik unter: www.kindesmisshandlung.de

Kontakt:

Projektleitung: Dr. med. univ. Julia Schellong:
julia.schellong@uniklinikum-dresden.de;
0351/458 7092

Projektkoordination:
Dipl.-Psych. Elena Steinhauer:
elena.steinhauer@uniklinikum-dresden.de und
Dipl.-Psych. Franziska Epple:
franziska.epple@uniklinikum-dresden.de;
0351/458 15925
Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzführender Autor:

Dr. med. univ. Julia Schellong
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon: 0351 458 7092, Fax: 0351 458 6332
E-Mail: Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de

Akutbehandlung des Alkoholentzugs

Bemerkungen zur medikamentösen Akutbehandlung des Alkoholentzugs

Die Mehrzahl der psychiatrischen Suchtabteilungen und Suchtstationen sächsischer Psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen arbeiten im „Fachausschuss für Stationäre Einrichtungen“ der „Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren“ (SLS) seit nahezu zwei Jahrzehnten zusammen. Inhalte sind Fragen der Qualität der psychiatrischen Arbeit in Diagnostik und Therapie Suchtkranker, der Organisation der Aufgaben und die dazugehörige Strukturbildung. Die suchttherapeutischen psychiatrischen Konzepte wurden in dieser Zeit immer wieder anforderungsgerecht adaptiert. Das gilt auch für die evidenzbasierte stationäre Behandlung der verschiedenen Schweregrade des Alkoholentzugs bis zum Delir oder der Wernicke-Enzephalopathie. Diese psychiatrische Normenbildung war umso wichtiger, da einerseits in den Einrichtungen eine Zunahme Schwerkranker über die Jahre zu verzeichnen war, die ebenfalls in wachsendem Maße Komorbiditäten aufwiesen, denen aber andererseits mit evidenzbasierter medikamentöser Therapie die komplikationsarme

Überwindung des Entzugszeitraumes ermöglicht werden sollte. Dabei hatte sich in allen Einrichtungen seit Jahren der großzügige Einsatz von Vitaminen und Mineralien wie Kalium, Magnesium und Spurenelementen als Basistherapie für einen blanderer Verlauf auch schwerer Entzüge bewährt.

Nun wird nach Mitteilung der Fachausschussleitung Dr. Neuberg (Arnsdorf), Dr. Weiß (Chemnitz) in den sächsischen suchtpsychiatrischen Abteilungen seit ca. einem Jahr eine landesweite Zunahme von Patienten registriert, die mit amnestischem Psychosyndrom oder Morbus Wernicke sowohl verlegt von somatischen Kliniken als auch direkt aus dem ambulanten Bereich eingewiesen zur Aufnahme kommen. Regelmäßig war dann festzustellen, dass vor psychiatrischem Behandlungsbeginn weder Vitamin- noch Mineraldefizite behandelt wurden. Weiter zeigte sich eine stärkere Bevorzugung von Clonidin in somatischen Kliniken als Entzugsmedikation. Diese ist jedoch für die psychopathologische Seite der Entzugsbehandlung einer Behandlung mit Clomethiazol oder Benzodiazepinen/Haloperidol bzw. Antiepileptika unterlegen.

Wenn auch der fehlende Einsatz von B-Vitaminen und Mineralpräparaten für das Zustandekommen der Häufung amnestischer Psychosyndrome

und des Mb. Wernicke nicht monokausal verantwortlich gemacht werden kann, widerspricht ein solches Vorgehen klar den gültigen AWMF-Leitlinien der neurologischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Diese empfehlen eindeutig den Einsatz von Vitamin B1 und B6 sowie von Kalium-Magnesium-Präparaten und Spurenelementen als Basis in der Entzugstherapie. Dies wird zum Anlass genommen, nochmals auf einige Aspekte des Alkoholentzugs und nötige therapeutische Maßnahmen einzugehen. Jeder Alkoholentzug stellt durch die damit verbundenen exzessiven zentralnervösen Transmitterungleichgewichte in Form von noradrenerger und glutamatergen Überaktivität bei gleichzeitig erniedrigter gabaerger Aktivität eine erhebliche Belastung dar, die über Kindlingphänomene auch ausgeprägte Zelluntergänge intendieren können. Pathophysiologisch betrachtet besteht also im Kern eine exzessive sympathikotone Auslenkung. Die pathobiochemischen und pathophysiologischen Auffälligkeiten entwickeln und vertiefen sich langfristig und abhängig von der Zahl der Entzüge und der konsumierten Alkoholmenge. Durch die mit der Abhängigkeitsentwicklung verbundene Fehlernährung kommt es regelmäßig zu Vitamin- und Mineralmangelzuständen, die die Entzugsprozesse forcieren

und die Quoten an kindlingbedingten Zelluntergängen erhöhen. Die Bedeutung eines Vit.-B1-Defizites für die Entwicklung eines Mb. Wernicke mit seinen komplexen neurologischen, vegetativen und psychiatrischen Symptomen ist seit langem bekannt, die dafür erforderliche therapeutische Maßnahme der Substitution von Vit. B1 intravenöse ebenfalls. Zwar ist nicht bei jedem Alkoholkranken nach stationärer Aufnahme die Entwicklung eines Delirs oder schwerer Alkoholentzugssyndrome zu erwarten, grundsätzlich auszuschließen ist jedoch ein schwerwiegender Verlauf auch nicht. Hinweis auf hohe Verlaufsrisiken geben aber Kennzeichen wie:

1. Langer und/oder intensiver Konsum besonders hochkonzentrierter Alkohols sowie alimentäre Defizite.
2. Häufige ambulante und stationäre Vorbehandlungen wegen der Alkoholabhängigkeit bei Bestehen diverser Komorbiditäten im psychiatrischen, internistischen oder chirurgischen Fachgebiet.

3. Eingetretene alkoholbezogene hepatische und gastrointestinale Folgeerkrankungen.
4. Deutliche vegetative Entzugszeichen bei vorhandener Alkoholisierung (je höher dabei die vorhandene Alkoholisierung, umso gravierendere Bedeutung hat der Befund und umso höher ist das Risiko für Komplikationen).
5. Körperliche Zeichen der chronischen Alkoholabhängigkeit wie zum Beispiel reduzierter Allgemeinzustand und Körperzustand, typische konjunktivale Veränderungen, Gesichtsoedem, Gefäßspinnen, Palmarerythem, Gangstörung, Muskelatrophien der Extremitäten und vieles anderes mehr.

Dann ist großzügig die Indikation zur Substitution mit B-Vitaminen, insbesondere Vit.-B1 und B6, mit Kalium-Magnesium-Präparaten, besser noch zusätzlich mit Spurenelementen zusammen, zu stellen. Diese medikamentöse Basistherapie hat baldmöglichst nach stationärer Aufnahme, noch vor den pflegerischen Maßnahmen (Bad) und einer evtl. nötigen Glukoseinfusion zu erfolgen.

Nach Blutentnahme fürs Labor sollte dann initial die Applikation von 100 mg Vit.-B1 erfolgen, ergänzt durch Vit.-B6-Gabe oder den Einsatz eines B-Multivitaminpräparates. Nach Vorliegen der Laborwerte für die Mineralien ist dann über die Form der gemeinsam erfolgenden bilanzierten Kalium- und Magnesiumsubstitution zu entscheiden. Erst durch die Magnesiumgabe wird die intrazelluläre Wirkung von Kalium gesichert und nicht nur Kaliumspiegelkosmetik im Extrazellulärraum betrieben. Eine Hyponatriämie darf wegen des Risikos zentraler pontiner Myelolyse nur sehr langsam ausgeglichen werden. Die Therapie mit B-Vitaminen (bis zu 300 mg/täglich bei schweren Verläufen) und Kalium-Magnesiumpräparaten ist mehrtägig nötig, empfohlen werden acht bis zehn Tage. Es resultieren nach den in der sächsischen Suchtpsychiatrie gewonnenen Erfahrungen kürzere und mildere Verläufe bei den Patienten im Alkoholentzug.

Literatur beim Verfasser
Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender der Kommission Sucht und
Drogen der Sächsischen Landesärztekammer

2. Treffen der klinischen Ethikberatung in Sachsen

In jüngster Zeit hat der Bedarf an Ethikberatung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten gerade für moralische Alltagsprobleme im Klinikbereich zugenommen. Mit Blick auf die gesundheitspolitischen sowie demografischen Entwicklungen ist mit einer Häufung von problematischen Grenzfällen in der medizinischen Versorgung zu rechnen. Deshalb veranstaltet der Gesprächskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer am

22. September 2011, um 16.00 Uhr, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer,

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, ein Fachsymposium zur klinischen Ethikberatung in Sachsen.

An Hand von drei Falldarstellungen, wie zum Beispiel einer Tracheotomie bei hohem Eingriffsrisiko und schlechter Gesamtprognose oder der Widerstand von Angehörigen gegen die Umsetzung einer Patientenverfügung, werden ärztlich-ethische sowie rechtliche Fragen diskutiert. Das Treffen der klinischen Ethikberatung in Sachsen will bewusst eine Brücke zwischen den stationären Einrichtungen schlagen, um den fachlichen Austausch an Hand von Falldarstellungen zu befördern.

Sie könnte auch die Entscheidungskultur auf unterschiedlichen Ebenen verbinden. Eine Ethikberatung kann

zudem einen wichtigen Beitrag zur moralischen Weiterentwicklung leisten und die Integrität der Ärzte bei schwierigen Entscheidungen stärken.

Ärzte und Vertreter der klinischen Ethikberatung aller Berufsgruppen sind herzlich zu diesem Fachsymposium eingeladen. Die Teilnahme ist kostenlos.

Das Programm und das Anmeldeformular finden Sie im Internet unter www.slaek.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hygienekongress 2011 in Dresden

Die Ärztekammern der Länder Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg veranstalten unter Federführung der Sächsischen Landesärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Sachsen am 2. und 3. Dezember 2011 in Dresden einen gemeinsamen Hygienekongress. Veranstaltungsort ist das geschichtsträchtige Deutsche Hygiene-Museum, in dem in diesem Jahr das 100-jährige Jubiläum der ersten Hygieneausstellung begangen wurde.

Vor dem Hintergrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung nosokomialer Infektionen, aber auch von in der ambulanten Versorgung und anderen Gesundheitseinrichtungen erworbenen Infektionen kommt den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention dieser Infektionen eine herausragende Bedeutung zu.

Die Bundesregierung plant zwischenzeitlich bundesweit einheitliche Regelungen und eine Novellierung des Infektionsschutzgesetzes. Neben einer größeren Verbindlichkeit der Empfehlungen der beim Robert-Koch-Institut angesiedelten Kommissionen zur Krankenhaushygiene sowie Antiinfektiva, Resistenz und Therapie sollen Einrichtungen ab einer bestimmten Bettenzahl hauptamtliche Krankenhaushygieniker anstellen. Ebenso soll der Antibiotika-Verbrauch dokumentiert und spezielle Empfehlungen für den Umgang mit MRSA-Patienten gegeben werden.

Der Hygiene-Kongress mit namhaften Referenten und Experten wendet sich an alle Ärzte aus dem stationären und niedergelassenen Bereich, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und anderer Aufgabenkreise sowie Hygieneexperten und Hygienefachkräfte. Auch Pflegekräfte, Interessierte aus anderen Heilberufen, wie zum Beispiel Zahnärzte, Apotheker oder Tierärzte sind eingeladen. Ebenfalls herzlich begrüßen wir Vertreter aus Gesundheitsbehörden, Krankenkassen, der Gesundheitspolitik und Patienten.

Im Mittelpunkt des ersten Kongress-tages, dem 2. Dezember 2011 (14.00 bis 18.00 Uhr), steht das berufs- und gesundheitspolitische Forum. Hier soll es um die Frage der praktischen Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und die Frage nach den Zuständigkeiten im Bereich Hygiene gehen. Eingeleitet wird die Veranstaltung mit einem Vortrag zu Karl August Lingner, dem „Odolkönig“, der vor 150 Jahren in Magdeburg geboren wurde und Dresden besonders und bis heute spürbar prägte. Am Abend besteht die Möglichkeit, an einem Get-Together teilzunehmen. Am 3. Dezember 2011 (09.00 bis 13.00 Uhr) finden mehrere Foren und Kolloquien parallel statt. Im „Forum Krankenhaushygiene“ geht es unter anderem um die Epidemiologie der nosokomialen Infektionen sowie deren mikrobiologische Diagnostik und Therapieoptionen bei multiresistenten Keimen. Fragen der Hygiene als Bestandteil des Qualitätsmanagements im niedergelassenen Bereich, die Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Hygieneüberwachung und die MRSA- und Hygienenetze der einzelnen beteiligten Bundesländer sind Gegenstand des „Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst – Überwachung medizinischer Einrichtungen“. Das 27. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Hygiene“ steht unter der Thematik „Aktuelle Aspekte der Kommunalhygiene in Schulen und Kindertagesstätten“. Themen sind unter anderem die Anforderungen an die Lüftung in Kitas und Schulen, der Rahmenhygieneplan für Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen und Hygieneüberwachung von Schulen und Kitas nach § 8 SächsGDG – wie sieht die Praxis aus? Weiterhin findet das „Kolloquium HIV/AIDS – Rückblick und gegenwärtige Situation“ statt. Themen hier sind unter anderem 30 Jahre AIDS-Pandemie, Prävention der HIV-Infektion sowie Kinderwunsch, Schwangerschaft und HIV-Infektion.

Für Patienten ist ein kostenfreies Patientenforum vorgesehen, in dem Themen wie beispielsweise Hygienefragen des Alltags, Auswertung der EHEC-Infektionen in Sachsen und

MRSA/Besiedlung/Krankheit/Ausbruch präsentiert werden.

Das kostenpflichtige Rahmenprogramm am 3. Dezember 2011 umfasst eine Stadtrundfahrt mit einem abschließenden individuellen Spaziergang über den bekannten Striezelmarkt. Der Nachmittag des 3. Dezember 2011 bietet auf einer speziellen „Lingner-Tour“ die Möglichkeit, Wohn- und Wirkungsstätten von Karl August Lingner zu besuchen. Sein Einfluss auf Dresden ist immer noch präsent: er initiierte vor 100 Jahren die „I. Internationale Hygieneausstellung“, aus der das heutige Deutsche Hygiene-Museum hervorging. Beide Touren können bei der Anmeldung zum Kongress mitgebucht werden.

Hygienekongress 2011

Ort: Deutsches Hygiene-Museum
2. Dezember 2011 (14.00 bis 18.00 Uhr) und 3. Dezember 2011 (9.00 bis 13.00 Uhr)

Die Teilnahmegebühren betragen für beide Kongresstage zusammen bei Frühbuchung bis zum 14. Oktober 2011 100,00 Euro und danach 140,00 Euro. Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte zahlen bis zum 14. Oktober 2011 60,00 Euro und danach 80,00 Euro. Studenten zahlen 30,00 Euro.

Karten für das Get-Together am Abend des 2. Dezember (ab 18.30 Uhr) erhalten Sie für 30,00 Euro pro Person. Die Anmeldung zum Kongress und die Buchung von Übernachtungsmöglichkeiten erfolgt ausschließlich online über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer. Dort finden Sie unter dem Punkt „Informationen“ die Ankündigung zum Hygienekongress und die Weiterleitung auf die Seite der Firma Intercom, auf der die entsprechenden Buchungen vorgenommen werden können.

Der Kongress ist mit insgesamt 14 Fortbildungspunkten für Ärzte anerkannt.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen unter der E-Mail: hygienekongress@slaek.de gern zur Verfügung.

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

Aut-idem-Regelung

Am 29. Juni 2011 luden die Sächsische Landesapothekerkammer und die Sächsische Landesärztekammer ihre Mitglieder zu einer gemeinsamen Fortbildung, die unter dem Titel „Aut-idem-Regelung. Substitution im Praxis- und Apothekenalltag – Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker“ stand, ein. Die Veranstaltung ist die Fortsetzung einer Veranstaltungsreihe der beiden Heilberufekammern, die der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern dient. Konzeptionell ist die Veranstaltung so ausgerichtet, dass ein ärztlicher Referent und ein pharmazeutischer Referent zu dem ausgewählten Thema vortragen und der sich anschließenden moderationsgeführten Diskussion viel Zeit eingeräumt wird.

Der diesjährige Schwerpunkt Aut-idem wurde aufgrund steigender Arzneimittelkosten und den damit verbundenen neuen gesetzlichen Regelungen gewählt, um über mögliche Risiken eines unkritischen Wechsels zwischen Originalarzneimitteln und Generika aufzuklären. Fragen von Qualitätsunterschieden oder auch Änderungen, zum Beispiel in der Bioverfügbarkeit bei einem Präparatwechsel standen dabei im Mittelpunkt. Die Veranstaltung wurde von Herrn Dr. Matthias Wegener, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesapothekerkammer und Mitglied des Ausschusses Zusammenarbeit Arzt/Apotheker der Sächsischen Landesapothekerkammer, moderiert. Ein ärztlicher Referent (Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und niedergelassener Arzt, Praxis für Allgemeinmedizin in Wurzen) und ein pharmazeutischer Referent (Herr Dr. Klaus Gerlach, Inhaber der Bergmann-Apotheke in Oelsnitz) beleuchteten das Thema aus ihrer jeweiligen Sicht und erläuterten praktisch relevante Gesichtspunkte für die tägliche Arbeit des Arztes und Apothekers.



Teilnehmer bei der TED-Abstimmung

120 Teilnehmer beteiligten sich an der anfangs durchgeführten TED-Befragung, die als Einstieg in die gesamte Problematik diente. Die Frage, welche Austauschbedingungen nicht für die Aut-idem-Substitution gelten, beantworteten 54 Prozent der Teilnehmer richtig (gleicher Wirkungsmechanismus). Dass der Austausch der Wirkstoffgruppe der Antiepileptika besonders kritisch ist, wussten vor der Veranstaltung bereits 97 Prozent der Zuhörer.

Herr Bodendieck ging in seinem Referat auf grundsätzliche Fragen und Begrifflichkeiten sowie gesetzliche Grundlagen ein. Anhand von Berichten aus der täglichen Praxis ging er dabei sowohl auf die Perspektive der Patienten sowie auf die Problematik der Verschreibung seitens des Arztes ein. Herr Dr. Gerlach erläuterte ausführlich die Fragestellung der Arzneimittelsubstitution unter Rabattverträgen und stellte anhand von Beispielen eindrucksvoll dar, unter welchen Bedingungen der Austausch bedenklich ist. Anhand der Arzneimittel-Richtlinien ging er dabei beispielhaft auf die Problematik austauschbarer Darreichungsformen und die häufig stark abweichende Galenik und Fragen einer geänderten Pharmakokinetik ein. Insbesondere beim Austausch von Generika untereinander sind therapierelevante Schwankungen von

mehr als 50 Prozent beim Wirkungseintritt, der Wirkungsdauer und dem Wirkungsmaß zu beobachten. Ausgewählte Arzneimittel kritischer Wirkstoffgruppen wurden ebenso vorgestellt wie Arzneimittel, deren Substitution eher unproblematisch ist.

Therapierelevante Unterschiede fanden in der sich anschließenden Diskussion Berücksichtigung. Als gemeinsame Forderung wurde unterstrichen, dass Arzneimitteltherapiesicherheit nur dann gewährleistet ist, wenn die Wirkstoffe für Rabattverträge kritisch und sowohl mit pharmazeutischer und ärztlicher Expertise ausgewählt und evidenzbasierte Regeln für die Substitution entwickelt werden.

Die abschließend mit dem TED-System durchgeführte Evaluation der gemeinsamen Fortbildung lieferte ein positives Feedback für die Veranstalter: so bewerteten nahezu 90 Prozent der Teilnehmer die Fortbildung mit sehr gut oder gut; ebenso vielen sagte die Auswahl, Zusammenstellung und Aktualität des Themas zu und 80 Prozent würden die Veranstaltung weiterempfehlen.

Die gemeinsame Fortbildungsreihe wird im nächsten Jahr fortgesetzt.

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

Die Sächsische Landesärztekammer – Körperschaft des öffentlichen Rechts – sucht zum 1.1.2012 oder früher einen

Ärztlichen Geschäftsführer (m/w)

Er/Sie leitet, in Abstimmung mit dem Präsidenten und dem Hauptgeschäftsführer, verantwortlich den ärztlichen Geschäftsbereich, einschließlich aller damit verbundenen geschäftsmäßigen und organisatorisch-verwaltungsmäßigen Aufgaben nach Maßgabe der Beschlüsse und Entscheidungen der Kammerversammlung und des Vorstandes. Die Zusammenarbeit mit haupt- und ehrenamtlichen Kammergremien, mit Behörden, Verbänden und sonstigen Institutionen, die Wahrnehmung der Ombudsfunktion für alle Kammermitglieder und Sonderprojekte gehören ebenso zu den Aufgaben wie die Führung der zugeordneten Mitarbeiter.

Erwartet werden eine abgeschlossene Hochschulausbildung als Mediziner, eine Qualifikation als Facharzt sowie Promotion, Erfahrungen in der freiberuflichen und ärztlichen Selbstverwaltung und im Ablauf von Verwaltungsprozessen, Kenntnisse der Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik. Englischkenntnisse sind erwünscht.

Den/die Bewerber/in zeichnen diplomatisches Geschick, Integrations- und Teamfähigkeit, überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft, persönliche Integrität, Organisationsfähigkeit, die Fähigkeit zum strategisch vorausschauenden Denken und Handeln, analytisches und konzeptionelles Denkvermögen, Führungsstärke und eine sehr gute Allgemeinbildung aus. Die Bereitschaft zu gelegentlichen Dienstreisen wird vorausgesetzt.

Ihre Bewerbung mit den entsprechenden Unterlagen und Angaben zur Gehaltsvorstellung richten Sie bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Herrn Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer, persönlich/vertraulich, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Matinee Gesundheit DDR

Eine Dokumentation über das Gesundheitssystem der DDR von Michael Erler und Anne Mesecke wird am 18. September 2011 im Rahmen einer Matinee in Dresden gezeigt.

Die zweiteilige Dokumentation erzählt die Geschichte des DDR-Gesundheitswesens aus der Sicht der damals beteiligten Mediziner. Dabei kommen Gemeinbeschwestern, Sanitäter und Pfleger, Krankenschwestern und Hausärzte ebenso zu Wort, wie Oberärzte und Klinikchefs. Es geht um das Erleben des DDR Gesundheitswesens, um Zwänge, Entwicklungen, Erfolge und Niederlagen.

Die DDR ist eines der ersten Länder, in denen Ende der 60er-Jahre eine Nierentransplantation gelingt. Andererseits gibt es in Krankenhäusern immer wieder Engpässe bei der Versorgung mit Spritzen und Medika-



Foto: F.v.Olszewski/
Hoferichter & Jacobs GmbH

menten. Das Gesundheitssystem der DDR ist von Anfang an ein Balanceakt zwischen dem großen Anspruch einer kostenlosen Behandlung für Jeden und einer Realität, die von Kostendruck und Mangel an Vielem geprägt ist. Während mit der Herstellung einer künstlichen Niere erste Erfolge erzielt werden, kommen neue Probleme auf das Land zu. Der neue Wohlstand hat zu einer Verbreitung von Diabetes geführt, außerdem klagen viele Betriebe über hohe Ausfallzahlen durch Alkoholismus. Auch die zunehmende Umweltverschmutzung führt zu Gesundheitsschäden.

Matinee „Gesundheit DDR“:
18. September, um 11.00 Uhr,
Deutsches Hygiene-Museum
Dresden, Lingnerplatz 1,
01069 Dresden.

Eine Kooperationsveranstaltung des Deutschen Hygiene-Museums und der Sächsischen Landesärztekammer.

Sendetermine des Zweiteilers
„Gesundheit DDR“ im MDR:
Teil 1: Neue Ärzte braucht das Land
20. September 2011, 22.05 Uhr
Teil 2: Der Preis des Schönen Scheins
27. September 2011, 22.05 Uhr

(„Gesundheit DDR“ ist eine Hoferichter & Jacobs GmbH Produktion in Koproduktion mit MDR und NDR Landesfunkhaus Mecklenburg-Vorpommern, gefördert durch die Filmförderung des NDR und die Wirtschaftliche Filmförderung Mecklenburg-Vorpommern.)

Knut Köhler
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte

191 Auszubildende und Umschülerinnen sowie fünf externe Prüflinge haben in den zurückliegenden Monaten an der sächsischen Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten teilgenommen. Mit dem erfolgreichen Abschluss ihrer dreijährigen Ausbildung haben insgesamt 142 Prüflinge den Grundstein für ein erfolgreiches Berufsleben gelegt. Bei der feierlichen Zeugnisübergabe am 6. Juli 2011 in der Sächsischen Landesärztekammer erhielten die Dresdner Absolventen von Vorstandsmitglied Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud ihre Prüfungszeugnisse. Bereits am 5. Juli 2011 gratulierte Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, den Medizinischen Fachangestellten im Beruflichen Schulzentrum Leipzig zur abgeschlossenen Ausbildung. Im

Beruflichen Schulzentrum Chemnitz übergab Vorstandsmitglied Dr. med. Steffen Liebscher am gleichen Tag die wichtigen Zeugnisse. In Görlitz erhielten die Medizinischen Fachangestellten ihre Zeugnisse am 4. Juli 2011 von Marina Hartmann, Leiterin des Referates Medizinische Fachangestellte.

Die Medizinischen Fachangestellten haben sich für einen zukunftssicheren Beruf entschieden: Fast alle wurden vom ausbildenden Arzt übernommen oder haben bereits eine Anstellung in einer anderen Praxis erhalten. Die Stellenangebote, die der Sächsischen Landesärztekammer von Arztpraxen angezeigt wurden, konnten wie im vergangenen Jahr daher nur zum Teil vermittelt werden. Um ausreichend Medizinische Fachangestellte in der Praxis zu haben, müssten mehr Arztpraxen ausbilden. Nur so könnte der Nachwuchs langfristig gesichert werden. Die Sächsische Landesärztekammer wirbt da-



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud überreicht die Zeugnisse

her seit rund einem Jahr verstärkt um Nachwuchs für diesen Beruf. Informationsmaterialien für interessierte Schüler oder auch Ärzte, die einen Ausbildungsplatz zu Verfügung stellen wollen, gehören ebenso dazu wie eine neugestaltete informative Homepage und ein kurzer Informationsfilm. Der Film kann unter www.slaek.de/MFA oder bei YouTube angesehen werden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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
- Demografische Entwicklung und medizinische Betreuung
- Grenzüberschreitender Rettungsdienst
- Psychohistorische Überlegungen zu den gesellschaftlichen Wandlungen in Deutschland nach 1989
- Polnisch-deutsche medizinische Beziehungen im 19. und 20. Jahrhundert
- Deutsche in Oberschlesien im 19. und 20. Jahrhundert



Schloss Fürstenstein/Waldenburg ist Tagungsort des Symposiums

Termin: 6. bis 8. Oktober 2011
Ort: Schloss Fürstenstein/Waldenburg bei Breslau (Information unter 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, den Festabend sowie das Rahmenprogramm.)

Anmeldungen bis spätestens 12. September 2011 unter 0351 8267-401 oder per E-Mail: symposium2011@slaek.de.

Die Anmeldung ist nur verbindlich in Verbindung mit der Zahlung der Teilnahmegebühren. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 11/C036
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 11/C037
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 11/C038

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/C039
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 11/D044
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 11/D045
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Psychologischer Psychotherapeut (Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 11/D046
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Sächsische Schweiz

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie (Abgabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes)
Reg.-Nr. 11/D047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.09.2011

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 11/D048

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 11/D049

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 11/D050

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2011 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/L040

Facharzt für Augenheilkunde
Reg. Nr. 11/L041

Psychologischer Psychotherapeut
Reg. Nr. 11/L042

Leipziger Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg. Nr. 11/L043

Torgau-Oschatz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg. Nr. 11/L044
verkürzte Bewerbungsfrist bis 30.09.2011

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg. Nr. 11/L045

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg. Nr. 11/L046

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Medingen
Praxisabgabe: 2013

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

Paradigmenwechsel in der antiarrhythmischen Medikation

E. Wunderlich

Einleitung

In den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts war es noch ganz einfach: mit immer mehr Langzeit-EKG-Aufzeichnungen konnten immer mehr Rhythmusstörungen erfasst werden und mit immer mehr antiarrhythmischer Medikation unterdrückt werden.

Der erste Paradigmawechsel erfolgte 1990 mit der Veröffentlichung der CAST-Studie. Hier konnte gezeigt werden, dass Flecainid, ein Klasse I (= Hemmung des Na-Kanals) Antiarrhythmikum (AA), entgegen der Erwartungen bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt die Sterblichkeit und vor allem auch die rhythmusbedingte Sterblichkeit deutlich erhöhte. Dieser Effekt blieb bei gleichzeitiger Gabe von β -Rezeptorenblockern (=AA Klasse II) aus. Kurz danach zeigte auch die SWORD-Studie mit D-Sotalol, einem Klasse III (=Hemmung des K-Kanals) AA eine Übersterblichkeit.

Seitdem wird zu Recht ein äußerst vorsichtiger Umgang mit AA der Klassen I und III angemahnt, insbesondere bei kardialer Vorschädigung. Dies ist auch ein wesentlicher Grund dafür, dass die Verordnungszahlen drastisch zurückgingen und nach und nach Medikamente vom deutschen Markt verschwanden, auch weil weitere Studien zur Nachzulassung technisch und finanziell nicht mehr möglich waren. Das betrafen Tiracisin (Bonnicor®), Disopyramid (zum Beispiel Rhythmodul®) (auf dem europäischen Markt noch vorhanden), das alleinige Chinidin, Mexiletin (Mexitil®) und die beiden oralen Ajmalinpräparate Neo-Gilurymal® und Tachmalcor®. Andere neue und hoffnungsvolle Medikamente, wie die Klasse III-AA Dofetilide und Ibutilide (in Amerika zugelassen), schafften es nicht zur Zulassung.

Diese meist unangekündigten Weglassungen führten zu erheblichen Verunsicherungen von Patienten, aber auch von Ärzten. Die neuen Bundesländer waren hiervon besonders betroffen, hatten sie doch einmal die AA-Euphorie in Ermangelung von Geräten und Medikamenten nicht in gleichem Maße mitmachen können, andererseits hatten sie mit Bonnicor® und Tachmalcor®, letzteres bis Ende 2009, gut wirksame und verträgliche Medikamente in der Hand. Therapeutischer Nihilismus wurde nicht selten.

Zu Recht wird auf zunehmende nichtmedikamentöse Alternativen verwiesen. Der plötzliche Herztod durch Kammerflimmern wird bei hoch gefährdeten Patienten durch einen implantierbaren Defibrillator erheblich seltener, diese Geräte können auch durch eine Überstimulation eine ventrikuläre Tachykardie durchbrechen. AV-Knoten-Tachykardien, typisches Vorhofflattern und WPW-Syndrom werden heute in erster Linie ablativ, also durch einen Kathetereingriff behandelt. Die Ablationsindikation dehnt sich neben ventrikulären Extrasystolieherden und ventrikulären Tachykardien zunehmend auch auf das Vorhofflattern aus, eine flächendeckende Therapie wird bei dieser häufigen und im Alter zunehmenden Störung auf diese Weise sicher nicht erreicht werden können.

Es verbleibt eine große Anzahl von Patienten, bei denen eine rhythmusstabilisierende Medikation indiziert ist. Viele Rhythmusstörungen sind für einen Eingriff nicht geeignet, das sind insbesondere supraventrikuläre Extrasystolen, auch in Salvenform, weniger auch ventrikuläre Extrasystolen. Andere Patienten wünschen keinen Eingriff oder sie haben nach einem nicht erfolgreichen Eingriff genug. Auch können Rhythmusstörungen zwar nicht gefährlich aber doch krankheitsverschlechternd sein, beispielsweise Verschlechterung der Hämodynamik oder Entwicklung von Vorhofflattern aus salvenförmigen supraventrikulären Extrasystolen. Oder sie sind „nur“ lästig und angst-

auslösend, neuere Untersuchungen zeigen dies bei 90 % der Patienten in bedeutendem Maße. Ein nicht steuerbares erneutes Missgefühl in der Brust nach einer auch noch so gründlichen Untersuchung und Aufklärung wird immer wieder als Bedrohung empfunden. Zwar kann ein ausführliches Gespräch über Auslösung und Bedeutung der Missempfindungen eine Besserung bringen, danach aber über die Beschwerden hinwegzugehen ist nicht immer ausreichend. Hier ist insbesondere der Hausarzt der geeignete Partner, er soll mit diesen Zeilen ermutigt werden, sich dieser Patienten anzunehmen.

Erneuter Paradigmawandel

Dieser wurde eingeleitet durch die Neuzulassung des Dronedaron (Multaq®) Anfang 2010. Ihr zugrunde liegt die ATHENA-Studie an über 4.600 Patienten, die erstmals zeigen konnte, dass ein gemeinsamer Endpunkt von kardiovaskulär bedingter Krankenhausaufnahme und Tod günstig beeinflusst werden konnte. Zudem wurde auch die Schlaganfallrate signifikant gesenkt. Es wird weiterhin allmählich gewiss, dass gerade eine frühzeitige Beendigung des Vorhofflatterns auch positive Effekte hat, indem elektrophysiologische und strukturelle Folgen vermieden werden können.

Eben dies ist auch mit der Injektion von Vernakalant (Brinavess®) zu erreichen, das die europäische Zulassungsbehörde im September 2010 für die intravenöse Therapie eines seit höchstens 7 Tagen bestehenden Vorhofflatterns zuließ.

Dieses vorwiegend auf das Vorhoffmyokard einwirkende AA hatte in mehreren Studien in etwa der Hälfte aller Fälle das Vorhofflattern innerhalb von 90 Minuten terminiert, weit günstiger als mit allen anderen Medikamenten erreichbar. Dies muss aber noch durch gut kontrollierte klinische Beobachtungen bestätigt werden. Dekompensierte und schwerkranke Patienten sind für AA nicht geeignet, auf Bradykardien, QRS-Verbreiterungen und QT-Verlängerun-

gen ist zu achten. 4 Stunden vor und nach einer Infusion soll kein Klasse I- oder Klasse III-AA gegeben werden. Die Rhythmisierung während oder nach der Infusion (max. 5 mg/kg Körpergewicht in 24 Stunden) erfolgt teilweise über Vorhofflattern, das darum kein Abbruchgrund ist.

Antiarrhythmische Medikation heute

Immer ist der **elektrokardiografische Nachweis** einer Rhythmusstörung anzustreben. Gelingt dies nicht im Routine-EKG, insbesondere auch während einer Beschwerdephase, so ist ein Langzeit-EKG sinnvoll, gegebenenfalls auch für stark verlängerte Zeiten. Ereignisrecorder können auch vom Patienten im Anfall bedient werden. Die Implantation eines Ereignisrecorders ist dagegen nur bei ungeklärter bedrohlicher Symptomatik gerechtfertigt.

Bei Nachweis von Rhythmusstörungen müssen Überlegungen und Untersuchungen zur Ursache erfolgen, um eine **kausale Therapie** zu ermöglichen. Dazu reichen in der Regel eine gründliche einfühlsame Anamnese und subtile klinische Untersuchung. Weiterführende Untersuchungen haben spezielle Indikationen, wobei auch Kosten und Kapazitäten sowie Belastungen für den Patienten bedacht werden müssen.

Neu aufgetretene Rhythmusstörungen können auch ein Indiz für eine akute Erkrankung wie Hyperthyreose, Karditis und Ischämie sein. Laboruntersuchungen bringen weitere Hinweise, ein normales NT-proBNP schließt eine Herzinsuffizienz praktisch aus, Troponin spricht für Myokardnekrose.

Je nach Basissituation können ACE-Hemmer oder Sartane oder Renin antagonist, β -Blocker oder Verapamil (zum Beispiel Isoptin®) (= Klasse IV-AA, Hemmung des Ca-Kanals), Omega-3-Fettsäuren (zum Beispiel Zodin®) und Statine auch zur Rhythmusstabilisierung sinnvoll sein. Die β -Blocker haben in zahlreichen Studien ihren mortalitätsreduzierenden Effekt unter Beweis gestellt. Heute

sollte deswegen bei Zustand nach Herzinfarkt und bei Herzinsuffizienz immer, wenn irgend möglich, auch ein β -Blocker eingesetzt werden. Er gilt deshalb aber auch als Basis für eine rhythmusstabilisierende Medikation, auch wenn dadurch Rhythmusstörungen häufig nicht ausreichend supprimiert werden. Kombinationen sind also durchaus sinnvoll. Auch ohne Mangelzustände, die Rhythmusstörungen provozieren und unter Diuretika nicht selten sind, können K-Mg-Präparate stabilisieren. Für Torsade-de-pointes-Tachykardien ist Mg (hier natürlich intravenös) die erste Wahl.

Die Anwendung von anderen AA sollte gut begründet sein, wozu jedoch auch stärkere Beschwerden auch ohne größere hämodynamische Bedeutung gehören können. Sieht man von dem heute nicht mehr empfohlenen Lidocain ab, so stehen in der Klasse I, die die stärkste arrhythmogene aber auch negativ inotrope Wirkung hat, nur noch **Cor-dichin®**, eine Kombination aus Chinidin und Verapamil, Flecainid bis 300 mg/d (zum Beispiel Tambocor®) und **Propafenon** bis 900 mg/d (zum Beispiel Rytmonorm®) zur Verfügung, letzteres auch als Retardpräparat Rytmonorm SR (=slow release). Alle 3 werden in erster Linie zur Verhütung von Vorhofflimmern eingesetzt, sie hemmen aber auch die Extrasystoliebildung, mehr supraventrikulär als ventrikulär. Neben einigen extrakardialen Nebenwirkungen sind aber auch arrhythmogene zu bedenken, schließlich gab es mit Flecainid in der CAST-Studie missliche Erfahrungen. Auch im Vorhoffbereich können SA-Blockierungen und Asystolien sowie Vorhofflattern auftreten und eine Ausweitung der Therapie bewirken. Typisches Vorhofflattern kann durch Flecainid auch bewusst provoziert werden, um dann durch eine zusätzliche Isthmus-Ablation (Hybridtherapie) auch Vorhofflimmern seltener werden zu lassen.

Vagal ausgelöste Vorhofflimmeranfalle können auch durch das Langzeitvagolytikum **Ipratropiumbromid** (Itrop®) zum Beispiel mit abendlicher Einnahme mit oder ohne

Antiarrhythmikum günstig beeinflusst werden, hier wirken höhere β -Blockerdosen eher ungünstig. **Disopyramid** mit einer eigenständigen vagolytischen Nebenwirkung kann leider nur noch als Rythmodan® aus dem europäischen Raum bezogen werden. Bei ausgeprägten Vorhoffbradykardien im Sinne eines Bradykardie-Tachykardie-Syndroms ist jedoch die Vorhoffstimulation sinnvoller und auch zur Verhütung von Vorhofflimmerepisoden in gewissen Maße wirksam.

Die Durchbrechung eines Arrhythmieanfalls durch eine einmalige Einnahme von Flecainid (bis max. 250 mg) oder Propafenon (bis max. 600 mg) als **pill in the pocket** hat den Charme, dass der Patient durch Selbstbestimmung freier ist und stationäre Aufnahmen wie auch Dauermedikation vermieden werden. Diese nach Studienlage und Anglizierung des Ausdrucks auch in Deutschland vermehrt angewandte Bedarfsmedikation sollte erstmalig jedoch unter EKG-Kontrolle (zum Beispiel bei intravenöser Applikation) erfolgen. EKG-Kontrollen sind während intravenöser Therapie durch den Notarzt oder stationär ohnehin üblich. Dronedaron bietet sich nach Wirkeintritt und -profil ebenfalls für eine patientengesteuerte Gabe an. Regelmäßige Tachykardien sollten baldmöglichst durch Notfalltherapie durchbrochen werden (vagale Reflexe, Medikation, gegebenenfalls auch Elektrotherapie).

Bei Vorhofflimmern gelingt dies bislang medikamentös selten sofort, sodass hier die anfallverkürzende orale Bedarfsmedikation einen besonderen Stellenwert hat, Vernakalant könnte dies demnächst ändern.

Das wirkungsvollste Antiarrhythmikum ist **Amiodaron** (zum Beispiel Cordarex®), das deshalb zunehmend auch trotz seines breiten Nebenwirkungsprofils in erster Linie eingesetzt wurde, was auch bei deutlicher kardialer Schädigung möglich ist. Es wird der AA-Klasse III zugerechnet, wirkt aber auch auf andere Kanäle. Gleichmaßen mit supraventrikulä-

ren und ventrikulären Effekten kann es aber nicht bei bedrohten Patienten die Häufigkeit des plötzlichen Herztodes reduzieren, erhöht diese aber auch nicht. Die seltenen Proarrhythmien werden durch eine zusätzliche β -Blockade noch weiter reduziert, andererseits durch Katecholamine aber provoziert. Dennoch wirkt es bei Reanimation aus Kammerflimmern günstig auf das Überleben. Es hat eine extrem lange Halbwertszeit, deshalb muss eine Aufsättigung erfolgen, zum Beispiel 1 Woche täglich 600 mg, Erhaltungsdosen durchschnittlich 200 mg/d. Erneutes Vorhofflimmern kann durch eine kurzdauernde Dosiserhöhung häufig rhythmisiert werden. Allerdings ist zu beachten, dass Vorhofflimmeranfalle auch weniger subjektiv bemerkt werden, da durch eine Bremsung der AV-Leitung die Kammerfrequenz niedriger ist. Da ohnehin die subjektive Wahrnehmung – individuell unterschiedlich – höchstens 50 % betrifft, ist immer rechtzeitig an eine Antikoagulation zu denken, auch hier steht mit Zulassungen für Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®) für das Vorhofflimmern ein Paradigmawechsel an. Bei stabilem Rhythmus ist andererseits die Dosis auch langsam reduzierbar, auch 600 mg/Woche können wirkungsvoll und weniger nebenwirkungsträchtig sein. Nachwirkungen von über einem Vierteljahr sind möglich und zu beachten. Eine Dreifachtherapie Amiodaron + β -Blocker + zusätzlich Digitalispräparate sollte wegen möglicher bedrohlicher Bradykardien vermieden werden.

Das große Problem des Amiodaron sind die extrakardialen Nebenwirkungen. Sind Hornhautablagerungen nur ein Zeichen der Therapie-treue und führen selten zu Sehbeschwerden, so ist die Sonnenempfindlichkeit und schließlich schmutzig graublau Hautverfärbung häufig therapiebegrenzend, beide dosisabhängig und voll reversibel. Das gilt leider nicht für Vaskulitiden sowie atypische und interstitielle Pneumo-

nien, die bedrohlich werden können. Neben der seltenen Hypothyreose werden durch den hohen Jodgehalt auch Hyperthyreosen ausgelöst, die durch das ohnehin erhöhte T4 und erniedrigte TSH auch erschwert diagnostiziert werden können. Deshalb sollte vor der ersten Medikation TSH bestimmt werden, besser noch eine Schilddrüsenszintigraphie zum Ausschluss autonomer Adenome erfolgen.

Das nunmehr auf den Markt gekommene **Dronedaron** ist eine Abwandlung des Amiodaron mit Entfernung des Jodes, sodass viele der oben genannten Probleme nicht mehr auftreten. Auch die Wirkdauer ist erheblich kürzer, es soll 2 mal täglich je 400 mg verabreicht werden. Neben nach einigen Tagen vorübergehenden gastrointestinalen Beschwerden tritt auch eine Erhöhung des Creatinin als Sollwertverstellung ohne eine Niereninsuffizienz auf. Das Wirkprofil dürfte dem Amiodaron ähneln, wohl etwas schwächer, zunächst ist es nur für intermittierendes Vorhofflimmern und zur Bremsung der AV-Überleitung zugelassen. Auch bei stabiler nicht hochgradiger Herzinsuffizienz wirkt es günstig, ausgelöste Kammerarrhythmien sind eine Rarität. Nach der Zulassung traten Fälle von Leberversagen auf, weshalb die ALT vor und monatlich für ein halbes Jahr nach der Erstanwendung bestimmt werden soll, danach noch 2 mal vierteljährlich.

Sotalol (zum Beispiel Sotalax®) ist ein Racemat aus β -blockierendem L-Sotalol und dem Klasse III-Antiarhythmikum D-Sotalol. Diese Mischung macht es zwar verträglicher, jedoch treten Torsade-de-pointes-Tachykardien und Kammerflimmern auf, auch bradykardisiert es erheblich, weshalb wohl seine Beliebtheit in den letzten Jahren deutlich gesunken ist. Es kann bei supraventrikulären und auch ventrikulären Arrhythmien bis 2 mal 160 mg angewandt werden, die Wirksamkeit liegt zwischen den β -Blockern und Amiodaron.

Es ist bislang nicht der Beweis erbracht, dass die Erhaltung des Sinusrhythmus zu einer geringeren Mortalität führt gegenüber dem Belassen des Vorhofflimmern mit normaler Kammerfrequenz und Antikoagulation, auch wenn Symptomatik und Belastbarkeit im Sinusrhythmus günstiger sind. Daher muss im Verlauf auch der Zeitpunkt erkannt werden, an dem weitere Versuche unterbleiben sollten, den Sinusrhythmus zu erhalten. Die Medikation muss zu diesem Zeitpunkt dann geändert werden. Im Unterschied zu den oft schlecht tolerierten Tachyarhythmieanfällen wird eine ständige Arrhythmie subjektiv besser vertragen. Zur Bremsung der Überleitung ist in erster Linie ein β -Blocker indiziert, alternativ auch Verapamil oder Digoxin. Auch Amiodaron und Dronedaron hemmen die Überleitung. Nur ganz selten wird eine Ablation der AV-Leitung erforderlich, dann muss in der Regel auch ein ventrikulärer Schrittmacher implantiert werden.

Seit alters her wird dem Besenginteralkaloid **Sparteine** (zum Beispiel Spartiol®) eine rhythmusstabilisierende Wirkung zugeschrieben. Wirkung und Nebenwirkungen sind nicht gut belegt, bei Patienten mit Vorliebe zu Phytotherapeutika mag es dennoch eine Alternative und eine Ergänzung zur psychischen Führung sein, der evidenzbewusste Arzt wird jedoch zurückhaltend sein.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass gerade auch für den Hausarzt entsprechend seines Kenntnis- und Erfahrungsstandes Indikationen und Möglichkeiten für medikamentöse Therapie und Prophylaxe von Rhythmusstörungen bestehen. Da er den Patienten auch meist besser und länger kennt, kann er diese auch besonders gezielt und ohne ihn zu gefährden einsetzen.

Dr. med. habil. Eckart Wunderlich, Dresden
(Der Autor verstarb Ende August 2011)

Orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern im Alter

F. Mickley, J. Hofmann, M. Hobohm

Zusammenfassung

Auch im Alter ist bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) die orale Antikoagulation die effektivste Thromboembolieprophylaxe und bei einer individuellen sowie risikoadaptierten Therapieentscheidung eine sichere Behandlungsform. Da mit zunehmendem Lebensalter neben dem steigenden Schlaganfallrisiko auch das Blutungsrisiko unter Antikoagulation zunimmt, ist bei jedem Patienten eine individuelle Therapieentscheidung von großer Bedeutung. Hierbei können Scores zur Einschätzung sowohl des Thromboembolierisikos als auch des Blutungsrisikos hilfreich sein (individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung). Das höhere Lebensalter stellt per se keine Kontraindikation gegen die Einleitung einer Antikoagulation dar. Das Sturzrisiko wird als Kontraindikation für die orale Antikoagulation häufig überschätzt. Im Hinblick auf die Wirksamkeit stellen ASS und Clopidogrel weder als Monotherapie noch in Kombination eine effektive Alternative zur oralen Antikoagulation dar. Möglicherweise werden in der näheren Zukunft neue antikoagulatorisch wirksame Substanzen die differenzialtherapeutische Entscheidung erleichtern.

Das nichtvalvuläre Vorhofflimmern (VHF) stellt die häufigste anhaltende Rhythmusstörung dar. Die Prävalenz liegt bei etwa 1 % in der Gesamtbevölkerung und nimmt mit steigendem Alter zu. So ist diese Arrhythmie in ca. 10 % bei den über 80-Jährigen zu finden.

Im Vergleich zu Patienten mit Sinusrhythmus haben Patienten mit VHF ein etwa 5-fach erhöhtes Risiko für ein thromboembolisches Ereignis, insbesondere für Schlaganfälle. Bei etwa einem Drittel aller über 80-Jährigen ist der erlittene Schlaganfall auf VHF zurückzuführen (Wolf, P.; Abbot, R.; Kannel, W.; 1991).

Durch die demografische Entwicklung nimmt die Anzahl von Patienten mit erhöhtem Thromboembolierisiko und daraus abgeleiteter Indikation zur antithrombotischen Therapie zu. Das Dilemma in der klinischen Praxis besteht darin, dass mit zunehmendem Alter neben dem ansteigenden thromboembolischen Risiko gleichzeitig die Blutungskomplikationen unter antithrombotischer Behandlung ebenfalls häufiger auftreten. Deshalb ist bei jedem Patienten unter Abwägung von Thromboembolierisiko ohne Antikoagulation auf der einen Waagschale und Blutungsrisiko unter Antikoagulation auf der anderen Waagschale die differenzierte Indikationsstellung zur Thromboembolieprophylaxe insbesondere bei VHF immer als individuelle und risikoadaptierte Entscheidungsfindung zu sehen. Leider haben allein aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters ihrer Patienten viele Ärzte schon vor ausreichender Würdigung des thromboembolischen Risikos so große Befürchtungen vor potenziellen Blutungsrisiken unter oraler Antikoagulation, dass sie bereits per se ihren Patienten im hohen Lebensalter die entsprechende Therapie und die damit verbundene effektive Schlaganfallprävention vorenthalten. Von den Patienten mit VHF und nicht bekannten Kontraindikationen erhält lediglich die Hälfte eine orale Antikoagulation (Garwood, C.; Corbett, T.; 2008). Handlungsanweisungen für die Thromboembolieprophylaxe speziell für ältere und alte Patienten existieren nicht, zumal die aktuellen Leitlinien für Patienten mit VHF zwar das Embolierisiko, jedoch weniger das Blutungsrisiko berücksichtigen. Hilfreich für die Entscheidungsfindung können Scores zur Risikoeinschätzung sowohl für die Schlaganfallgefährdung ohne orale Antikoagulation als auch für die zu erwartenden Blutungskomplikationen unter antikoagulatorischer Therapie sein.

Antithrombotische Therapie des VHF

Zur Prävention thromboembolischer Komplikationen wird in den im August 2010 von der European Soci-

ety of Cardiology (ESC) publizierten Leitlinien zum Management von Patienten mit VHF der Einsatz einer antithrombotischen Behandlung bei allen Patienten mit VHF, ausgenommen Patienten mit niedrigem Risiko (Alter < 65 Jahre mit lone atrial fibrillation) oder mit Kontraindikationen, empfohlen (Klasse IA-Empfehlung). Die Auswahl der antithrombotischen Substanz richtet sich dabei nach dem Schlaganfallrisiko und dem Blutungsrisiko (ebenfalls Klasse IA-Empfehlung) (Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010).

Prinzipiell stehen zur Thromboembolieprophylaxe zurzeit oral applizierbare Vitamin-K-Antagonisten (empfohlener INR-Bereich 2,0 bis 3,0), Thrombozytenaggregationshemmer sowie für bestimmte klinische Situationen Heparine (niedermolekulare Heparine ohne Zulassung für diese Indikation) zur Verfügung. Neuere Antithrombotika sind kürzlich auch in Deutschland zur Embolieprophylaxe bei VHF zugelassen worden (Dabigatran) bzw. wurden aktuelle Studiendaten publiziert (Rivaroxaban) (siehe Ausblick).

Im Hinblick auf die Effektivität der einzelnen antithrombotischen Substanzen ist die Datenlage eindeutig. Verschiedene Studien einschließlich deren metaanalytische Auswertung ergaben einen klaren Vorteil bezüglich der Wirksamkeit der Cumarinderivate im Vergleich zur Thrombozytenaggregationshemmung (van Walraven, C.; Hart, R.; Singer, D.; et al., 2002). Für Vitamin-K-Antagonisten konnte eine relative Risikoreduktion für das Auftreten eines Schlaganfalls von 62 % gegenüber Placebo gezeigt werden. Diese Risikoreduktion war sowohl in der Primär- und Sekundärprävention als auch für behindernde und nicht behindernde Schlaganfälle gleich. Die NNT (number needed to treat) für die Primärprävention betrug lediglich 37 und für die Sekundärprävention sogar nur 12, das heißt um einen Schlaganfall zu verhindern, mussten 37 bzw. 12 Patienten ein Jahr lang oral antikoaguliert werden (Hart, R.; Benavente, O.; McBride, R.; et al., 1999). Die Wirkung von ASS bezüglich der Prävention ischämischer Hirninfarkte

bei VHF ist wesentlich moderater ausgeprägt. Metaanalysen randomisierter Studien ergaben eine relative Risikoreduktion von 22 % gegenüber Plazebo (Hart, R.; Benavente, O.; McBride, R.; et al., 1999). Im Fall des Einsatzes von ASS bei Patienten mit niedrigem Schlaganfallrisiko empfiehlt die europäische Leitlinie eine tägliche Dosis von 75 bis 325 mg. Dieser Dosisbereich resultiert aus den in den einzelnen Studien verwendeten Dosen, wobei die Mehrzahl der Studienpatienten mit 325 mg täglich behandelt wurde. ASS ist in der Verhinderung nichtkardioembolisch bedingter Schlaganfälle effektiver als in der Prävention kardioembolisch bedingter Insulte (Miller, V.; Rothrock, J.; Pearce, L.; et al., 1993).

Auch andere Thrombozytenaggregationshemmer wurden im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zur Verhinderung thromboembolischer Ereignisse untersucht (zum Beispiel Clopidogrel). In der ACTIVE-A-Studie erhielten VHF-Patienten (75 Jahre und älter), die nach Meinung des Behandlers nicht für eine Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten geeignet waren, zusätzlich zu ASS (75 bis 100mg) randomisiert entweder Plazebo oder Clopidogrel (75 mg). Schlaganfälle traten in der Clopidogrel-Gruppe mit 2,4 % pro Jahr signifikant ($p < 0,001$) seltener auf als mit 3,3 % jährlich in der Plazebo-Gruppe. Bei gleicher Gesamtsterblichkeit in beiden Therapiearmen traten unter Clopidogrel allerdings mehr größere Blutungen als unter Plazebo auf (2,0% vs. 1,3%; $p < 0,001$) (The ACTIVE Investigators; 2009).

Eine andere Studie aus dem ACTIVE-Programm (ACTIVE-W) mit Clopidogrel plus ASS versus Warfarin wurde auf Empfehlung des Sicherheitskomitees vorzeitig abgebrochen, da die duale Thrombozytenaggregationshemmung im Vergleich zur oralen Antikoagulation mit einer 44%igen relativen Risikoerhöhung für das Auftreten des primären Endpunktes (Schlaganfall, systemische Embolie, Myokardinfarkt oder vaskulärer Tod) verbunden war (The ACTIVE Writing Group; 2006).

Für Patienten, die eine orale Antikoagulation strikt ablehnen oder diese absolut kontraindiziert ist, stellt die Kombinationstherapie aus ASS und Clopidogrel dennoch nach den ESC-Leitlinien 2010 eine mögliche alternative Behandlungsform dar (Klasse IIa B-Empfehlung) (Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010).

Die Überlegenheit der oralen Antikoagulation gegenüber der doppelten Thrombozytenfunktionshemmung ist jedoch an die Güte der INR-Einstellung gebunden. Die INR muss in mindestens 58 % der Behandlungszeit im therapeutischen Bereich liegen, um eine überlegene Effektivität der oralen Antikoagulation gegenüber der Kombination aus Clopidogrel und ASS zu erzielen (Connolly, S.; Pogue, J.; Eikelboom, J.; et al., 2008). Die Empfehlung zur antithrombotischen Therapie gilt im Übrigen auch für Patienten mit Vorhofflattern (Klasse IC-Empfehlung) (Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010).

Risikoadaptierte antithrombotische Therapie des VHF

Risikostratifizierung:

Schlaganfallrisiko

Aufgrund des Alters und vorliegender Begleitiden ist das Schlaganfallrisiko bei jedem Patienten individuell unterschiedlich und lässt sich anhand des CHADS₂-Scores (Gage B.; Waterman A.; Shannon W.; et al., 2001) sowie noch detaillierter mittels des CHA₂DS₂VASc-Scores (Lip G.; Nieuwlaet R.; Pisters R.; et al., 2010) gut beschreiben. Die einzelnen Buchstaben repräsentieren relevante Risikokriterien: Herzinsuffizienz („congestive heart failure“), Hypertonie, Alter ≥ 75 Jahre, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder TIA („stroke“) in der Anamnese, Gefäßleiden („vascular disease“: Myokardinfarkt, pAVK, komplexe Aortenplaques), Alter zwischen 65 und 74 Jahre, weibliches Geschlecht („sex category“). Jeder zugrundeliegende Risikoparameter wird mit einem bzw. zwei Punkten („major risk factors“: Alter ≥ 75 Jahre, Schlaganfall oder TIA) bewertet (Tabellen 1 und 2). Der summierte Punktwert (CHADS₂: maximal 6 Punkte; CHA₂DS₂VASc: maximal 9 Punkte) erlaubt dann eine Abschät-

zung des individuellen jährlichen Schlaganfallrisikos (Tabellen 3 und 4). Die antithrombotische Therapie kann damit und in Verbindung mit der Abschätzung des Blutungsrisikos (siehe dort) im Sinne einer differenzialtherapeutischen Behandlung gestaltet werden.

Die ESC-Leitlinien 2010 empfehlen ausdrücklich die Anwendung eines solchen Scores zur Risikoeinschätzung (Klasse I A-Empfehlung) und geben anhand des Vorliegens der einzelnen Faktoren detaillierte Empfehlungen für eine individuelle und risikoadaptierte antithrombotische Therapie:

- Bei Vorliegen von zwei oder mehr CHA₂DS₂VASc-Score-Punkten wird beim Fehlen von Kontraindikationen die eindeutige Empfehlung zur chronischen oralen Antikoagulation mit einer INR zwischen 2,0 und 3,0 ausgesprochen.
- Patienten mit einem Punktwert von 1 erhalten entweder eine orale Antikoagulation mit einer INR zwischen 2,0 und 3,0 oder ASS 75 – 325 mg täglich (orale Antikoagulation bevorzugt).
- Patienten ohne Risikofaktoren (Punktwert 0) werden entweder mit ASS 75 – 325 mg täglich behandelt oder erhalten (bevor-

Tabelle 1: CHADS₂-Score
(nach Gage B.; Waterman A.; Shannon W.; et al.; 2001)

Kürzel	Risikokriterien	Punktwert
C	Herzinsuffizienz („congestive heart failure“)	1
H	Hypertonie („hypertension“)	1
A	Alter > 75 Jahre („age“)	1
D	Diabetes mellitus („diabetes“)	1
S ₂	Früherer Schlaganfall oder TIA („stroke“)	2

Tabelle 2: CHA₂DS₂VASc-Score
(nach Lip G.; Nieuwlaet R.; Pisters R.; et al.; 2010)

Kürzel	Risikokriterien	Punktwert
C	Herzinsuffizienz („congestive heart failure“) / LV-Dysfunktion: LVEF $\leq 40\%$	1
H	Hypertonie („hypertension“)	1
A ₂	Alter ≥ 75 Jahre („age“)	2
D	Diabetes mellitus („diabetes“)	1
S ₂	Früherer Schlaganfall oder TIA („stroke“)	2
V	Gefäßleiden („vascular disease“)	1
A	Alter 65 bis 74 Jahre („age“)	1
Sc	Weibliches Geschlecht („sex category female“)	1

Tabelle 3: CHADS₂-Score und Schlaganfallrisiko (nach Gage B.; Waterman A.; Shannon W.; et al.; 2001)

CHADS ₂ – Score (Punkte)	Jährliche Schlaganfallrate in Prozent
0	1,9
1	2,8
2	4,0
3	5,9
4	8,5
5	12,5
6	18,2

Tabelle 4: CHA₂DS₂VASc-Score und Schlaganfallrisiko (nach Lip G., Nieuwlaet R., Pisters R.; et al.; 2010)

CHA ₂ DS ₂ VASc – Score (Punkte)	Jährliche Schlaganfallrate in Prozent
0	0
1	1,3
2	2,2
3	3,2
4	4,0
5	6,7
6	9,8
7	9,6
8	6,7
9	15,2

zugt) keine antithrombotische Behandlung (Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010).

In Ergänzung zum CHADS₂ – und CHA₂DS₂VASc-Score können weitere, echokardiografisch detektierbare thrombogene Risikomarker (zum Beispiel Spontanechokontrast, verminderte Flussgeschwindigkeit im linken Vorhof) individuell zur weiteren Risikostratifizierung beitragen (Lutomsky, B., Willems, S., Meinertz, T.; 2008). Zu beachten ist auch, dass im höheren Alter die hämostaseologische Balance in Richtung Gerinnung und verminderte Fibrinolyse verschoben ist (Capodanno, D.; Angiolillo, D.; 2010).

Risikostratifizierung: Blutungsrisiko

Blutungskomplikationen stellen naturgemäß die häufigsten unerwünschten Wirkungen der oralen Antikoagulation dar. In der Indikationsstellung für eine antithrombotische Therapie spielt neben der Beurteilung des möglichen Benefits einer Schlaganfallprävention natürlich auch die Beachtung potenzieller Komplikationen (Blutungsgefahr) eine mit-

bestimmende Rolle (individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung). Die genaue Quantifizierung des Blutungsrisikos unter oraler Antikoagulation ist deshalb so wichtig, weil allein die Angst vor Blutungskomplikationen den Hauptgrund darstellt, weswegen die antithrombotische Therapie bei Patienten mit VHF nicht im erforderlichen Maße durchgeführt wird und dies gerade bei den hochbetagten Patienten mit besonders hohem Thromboembolierisiko.

Eine Metaanalyse von Studien mit über 4.000 Patienten ergab unter oraler Antikoagulation eine Rate an großen Blutungen von 2,2 versus 1,3 pro 100 Patientenjahre unter Aspirin (p=0,02) (van Walraven, C.; Hart, R.; Singer, D.; et al.; 2002). Neben den Scores zur Beurteilung des Thromboembolierisikos werden auch Punktescores für die Abschätzung des Blutungsrisikos beschrieben. Die europäische Leitlinie 2010 zum VHF bietet einen Risikoscore („HAS-BLED“) zur Quantifizierung des Blutungsrisikos an, in den allerdings unter anderem auch labile Gerinnungswerte unter Antikoagulation als Risikofaktor eingehen und dieser Score damit in der Indikationsstellung zur oralen Antikoagulation nur bedingt geeignet erscheint. Der HEMORR₂HAGES-Bleeding Risk Score (Gage, B.; Yan, Y.; Milligan, P.; et al., 2006) bei Patienten mit VHF erlaubt durch Würdigung verschiedener blutungsassoziierter Risikoparameter eine prognostische Einschätzung des zu erwartenden individuellen Blutungsrisikos unter oraler Antikoagulation. (Tabellen 5 und 6).

Die EAFT-Studie konnte allerdings keinen Kausalitätsnachweis zwischen erhöhten systolischen Blutdruckwerten oder einer anamnestisch bekannten Hypertonie und der Häufigkeit von Blutungskomplikationen führen. Die Blutungsrate ist von der Höhe des INR-Wertes abhängig. So wurden in der EAFT-Studie bei einem INR-Wert < 2,0 keine, im Bereich von 2,0 bis 2,9 eine große Blutung pro 100 Patientenjahre, im INR-Bereich zwischen 3,0 und 3,9 drei große Blutungen pro 100 Patientenjahre und

bei einer INR zwischen 4,0 und 4,9 vier große Blutungen pro 100 Patientenjahre beschrieben. Bei einem INR-Wert von 5,0 und darüber stieg das Blutungsrisiko überproportional an (50 große Blutungen pro 100 Patientenjahre) (The European Atrial Fibrillation Trial Study Group; 1995).

Mit zunehmendem Patientenalter steigen die unerwünschten Blutungsereignisse unter oraler Antikoagulation an. Eine plausible Erklärungsmöglichkeit hierfür liegt in der zunehmenden Komorbidität im höheren Lebensalter, was sich auch in der Tatsache widerspiegelt, dass die Höhe des Punktwertes aus dem CHADS₂-Score ebenfalls mit dem Blutungsrisiko korreliert (Poli, D.; Antonucci, E.; Marcucci, R.; et al., 2007).

Bei einem Punktwert von 4 bis 6 als Indiz für eine ausgeprägte Multimorbidität zeigten Patienten mit einer Rate von 3,4 pro 100 Patientenjahre deutlich mehr Blutungskomplikationen als bei einem Punktwert darunter mit 1,5 Blutungen pro 100 Patientenjahre.

In einer Studie an knapp 800 Patienten mit einem mittleren Alter von 75 Jahren untersuchten Poli und Mitarbeiter die Blutungsraten unter Antikoagulation in Relation zum Patientenalter in den zwei Altersgruppen < 80 und ≥ 80 Jahre (Poli, D.; Antonucci, E.; Grifoni, E.; et al., 2009). Dabei wurde ein Alter ≥ 80 Jahre als ein eigenständiger Risikofaktor für Blutungen identifiziert (Odds Ratio 2,0). Ein weiteres interessantes Ergebnis war, dass intrazerebrale Blutungen in der höheren Altersgruppe lediglich tendenziell, aber nicht signifikant häufiger auftraten (p = 0,1). Bei einer Blutungsrate von 3,7 pro 100 Patientenjahre sowie einer Sterblichkeitsrate von 0,35 pro 100 Patientenjahre kommen die Autoren zu dem Schluss, dass unter Beachtung eines sorgfältigen Managements der Antikoagulation auch bei sehr alten Patienten die Rate an schweren Blutungen niedrig gehalten werden kann.

Ein erhöhtes Sturzrisiko mit der daraus resultierenden Furcht vor Hirnblutungen ist in der Praxis bei älteren

Patienten der am häufigsten angeführte Grund, eine orale Antikoagulation nicht einzuleiten (Koennecke, H.; 2006). Demgegenüber konnten drei Risiko-Benefit-Studien zeigen, dass trotz Sturzrisikos der Nutzen einer Antikoagulation das Risiko bei diesen Patienten überwiegt (Garwood, C.; Corbett, T.; 2008). Ein auf den Daten aus 49 Studien beruhendes analytisches Modell zur Entscheidungsfindung kam zur gleichen Aussage. So muss ein über 65-jähriger Patient mit Vorhofflimmern und einem jährlichen Schlaganfallrisiko von 5 % pro Jahr 295 Mal stürzen, bevor das Auftreten eines subduralen Hämatoms den Nutzen der oralen Antikoagulation aufhebt. Dies traf auch auf die über 75-Jährigen zu, da mit zunehmendem Alter neben dem Sturzrisiko auch die Schlaganfallgefährdung ansteigt (Man-Son-Hing, M.; Nichol, G.; Lau, A.; et al., 1999).

Fragen der Compliance beeinflussen ebenfalls die Indikationsstellung. So müssen regelmäßige INR-Kontrollen und die geordnete Medikamenteneinnahme sichergestellt sein. Bei dementen Patienten kann dies zum Beispiel durch die betreuende Familie sowie durch das Personal des ambulanten Pflegedienstes bzw. des Senioren- oder Pflegeheimes gewährleistet werden. Optimal ist natürlich die INR-Selbstkontrolle durch den Patienten selbst, die auch bei vielen älteren Menschen möglich ist.

Weiterhin sind bei der Betrachtung der Sicherheit einer oralen Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten insbesondere bei älteren Patienten mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten im Sinne einer Polypharmakotherapie zu berücksichtigen. Das Blutungsrisiko erhöht sich bei gleichzeitig applizierten nichtsteroidalen Antiphlogistika und Thrombozytenaggregationshemmern. Auch andere häufig verwendete Medikamente, wie zum Beispiel antimikrobielle Substanzen, Analgetika oder Laxantien bergen das potenzielle Risiko einer Überantikoagulation in sich (Visser, L.; Penning-van Beest, F.; Wilson, J.; et al, 2003). Durch engmaschige Gerinnungskontrollen bei der Umstellung der

Begleitmedikation können blutungsbedingte Komplikationen minimiert werden.

Außerdem müssen veränderte pharmakokinetische Gegebenheiten (Resorption, Distribution, Metabolisierung sowie Exkretion) im alternden Organismus beachtet werden. So zeigt zum Beispiel auch die klinische Erfahrung, dass bei Patienten mit einer Lebervenenstauung im Rahmen einer kardialen Dekompensation die Metabolisierung von Phenprocoumon verzögert sein kann (anhaltend hohe INR-Werte).

Klinischer Nettonutzen

Der behandelnde Arzt ist gefordert, bei jedem Patienten individuell die Therapieentscheidung pro oder contra Antikoagulation zu treffen. Neben der Einschätzung des jährlichen Schlaganfallrisikos anhand des CHADS₂- oder CHA₂DS₂-VASC-Scores erlaubt auf der anderen Seite zum Beispiel der HEMORR₂HAGES-Score eine Evaluierung des Blutungsrisikos. Durch Vergleich der Risiken mittels beider Scoresysteme steht ein Hilfsmittel zur differenzierten Indikationsstellung zur Verfügung.

In der ATRIA-Studie war der Nettonutzen bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall in der Anamnese und bei den sehr alten Patienten (> 85 Jahre) sowie bei den Patienten mit CHADS₂-Punktwerten zwischen 4 und 6 am größten (Singer, D.; Yuchiao, C.; Fang, M.; et al., 2009). Vergleichbare Ergebnisse lieferte auch die randomisierte und kontrollierte BAFTA-Studie (Mant, J.; Hobbs, F.; Fletcher, K.; et al., 2007). Diese ist insbesondere aus geriatrischer Sicht interessant, da hier das mittlere Patientenalter 81,5 Jahre betrug und sich die Studienpopulation aus Patienten von 260 niedergelassenen Hausärzten rekrutierte. Ziel der Studie war der Vergleich zwischen ASS und Warfarin im Hinblick auf die Reduktion großer Schlaganfälle, systemischer Embolien oder intrakranieller Blutungen (primärer Endpunkt) bei älteren Patienten mit VHF. Auch hier war im klinischen Nettonutzen Warfarin dem ASS deutlich überlegen: der primäre kombinierte Endpunkt trat unter Warfarin in 1,8 %

Tabelle 5: HEMORR₂HAGES-Bleeding Risk Score (nach Gage, B.; Yan, Y.; Milligan, P.; et al.; 2006)

Kürzel	Risikokriterien	Punktwert
H	Leber- oder Nierenerkrankung („hepatic or renal Disease“)	1
E	Alkoholabusus („ethanol abuse“)	1
M	Malignom („malignancy“)	1
O	Alter > 75 Jahre („older“)	1
R	Reduzierte Thrombozytenzahl oder –funktion („reduced platelet count or –function“)	1
R ₂	Frühere große Blutung („recurrent major bleeding“)	2
H	Unkontrollierte Hypertonie („hypertension“)	1
A	Anämie („anemia“)	1
G	Genetische Faktoren („genetic factors“)	1
E	Exzessives Sturzrisiko („excessive fall risk“)	1
S	Früherer Schlaganfall („history of stroke“)	1

Tabelle 6: HEMORR₂HAGES -Score und Blutungsrisiko (nach Gage, B.; Yan, Y.; Milligan, P.; et al.; 2006)

HEMORR ₂ HAGES – Score (Punkte)	Rate an großen Blutungen pro 100 Patientenjahre
0	1,9
1	2,5
2	5,3
3	8,4
4	10,4
≥5	12,3

und unter ASS in 3,8 % auf (entsprechend einer relativen Risikoreduktion von 52 %).

Der in den Leitlinien empfohlene therapeutische Bereich mit INR-Werten zwischen 2,0 und 3,0 wird auch bei älteren Patienten als effektiv und sicher angesehen (Palareti, G.; Hirsh, J.; Legnani, C.; 2000).

Dauer der Antikoagulation

Grundsätzlich besteht bei VHF eine dauerhafte Indikation zur oralen Antikoagulation. Auch nach einer erfolgreichen Kardioversion ist trotz des erreichten Sinusrhythmus aufgrund des atrialen stunnings eine thrombogene Situation weiterhin gegeben, sodass die aktuellen Leitlinien für die Zeitspanne von vier Wochen nach erfolgreicher elektrischer oder pharmakologischer Kardioversion eine Antikoagulation in einem INR-Bereich zwischen 2,0 und 3,0 empfehlen (Klasse IB– Empfehlung). Bei paroxysmalem VHF ist diese Indikation ebenfalls gegeben

(Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010)., da in der PAFAC-Studie lediglich 30 % der Patienten mit einem Flimmerrezidiv symptomatisch waren und deshalb bei subjektiver Symptombefreiheit nicht von einem stabilen Sinusrhythmus ausgegangen werden kann (Fetsch, T.; Bauer, P.; Engberding, R.; et al., 2004).

Im Falle einer geplanten elektiven Intervention bzw. eines elektiven operativen Eingriffs mit Blutungsrisiko bei VHF-Patienten ohne künstliche Herzklappe und Patienten ohne hohes Thromboembolierisiko kann nach den ESC-Leitlinien 2010 die orale Antikoagulation bis zu 48 Stunden unter subtherapeutischer Antikoagulation ohne Substitution durch Heparine unterbrochen werden. Bei Hochrisikopatienten und Patienten mit einer künstlichen Herzklappe wird für eine erforderliche Unterbrechung der oralen Antikoagulation ein „Bridging“ mit unfraktioniertem Heparin oder mit niedermolekularen Heparinen in therapeutischer Dosierung vorgeschlagen; allerdings nur mit einer Klasse IIaC-Empfehlung (Camm, A.; Kirchof, P.; Lip, G.; et al., 2010).

Bei geriatrischen Patienten sollten bei einer längerfristigen Antikoagulation auch im weiteren Verlauf in regelmäßigen Abständen das Pro und Contra gegeneinander abgewogen werden, um eine kontinuierliche risikoangepasste Behandlung zu gewährleisten. Dies bedeutet, dass eine neue klinische Situation oder eine Verschlechterung des chronischen Gesamtzustandes Anlass zum erneuten Überdenken der Indikation sein sollten.

Ausblick

Der Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten wird durch mehrere Limitationen erschwert. Der therapeutische INR-Bereich zwischen 2,0 und 3,0 ist sehr schmal (unter 2,0: höhere Thromboemboliegefahr; über 3,0: zunehmende Blutungsgefahr), weshalb ein engmaschiges Gerinnungsmonitoring mit oft erforderlicher Dosisanpassung notwendig ist.

Durch die lange Halbwertszeit von Phenprocoumon kommt es zu einem langsamen Wirkungsbeginn und -ende. Zahlreiche mögliche Interaktionen mit anderen Arzneimitteln und auch Nahrungsmitteln müssen beachtet werden und können sich im Rahmen der oft angewandten Polypharmakotherapie beim multimorbiden geriatrischen Patienten zu einem ernststen Problem entwickeln.

Aus diesen Gründen richtet sich die Hoffnung auf neue gerinnungshemmende Substanzen, die diese substanzbedingten Nachteile nicht aufweisen, wie oral applizierbare Faktor Xa-Antagonisten (zum Beispiel Rivaroxaban) oder direkte Thrombininhibitoren (zum Beispiel Dabigatran). In der 2009 publizierte RE-LY-Studie (Connolly, S.; Ezekowitz, M.; Yusuf, S.; et al., 2009) wurde bei Patienten mit VHF der direkte und reversible Thrombininhibitor Dabigatran gegen Warfarin verglichen. In einer Dosierung von zweimal täglich 110 mg war Dabigatran im Hinblick auf die Prävention von Schlaganfällen durch Warfarin ebenso effektiv bei weniger Blutungskomplikationen. In der höheren Dosierung mit zweimal täglich 150 mg war Dabigatran bei vergleichbarer Rate an schweren Blutungen in der Wirksamkeit dem Warfarin überlegen. Somit wäre beim individuellen Patienten eine Differenzialtherapie durch eine unterschiedliche Dosierung je nach Patientenalter, Nierenfunktion sowie Thromboembolie- und Blutungsrisiko denkbar. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Mitte August 2011 publizierte Rocket-AF-Studie mit Rivaroxaban, einem oralen, einmal täglich zu applizierenden, direkten Faktor Xa-Inhibitor (Patel, M.; Mahaffey, K.; Garg, J.; et al., 2011). Dabigatran wurde Anfang August 2011 auch zur Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem VHF zugelassen.

Weitere Neuentwicklungen auf diesem Sektor befinden sich in klinischer Prüfung.

Es gibt auch Entwicklungen nichtmedikamentöser Möglichkeiten der Thromboembolieprophylaxe. So kann bei Patienten mit Kontraindikationen für antikoagulatorische Substanzen ein perkutaner interventioneller Verschluss des linken Vorhofes als hauptsächliche Quelle arterieller Embolien ebenso effektiv sein wie eine orale Antikoagulation (Cruz-Gonzalez, I.; Yan, B.; Lam, Y.; 2010).

Fazit für die Praxis

Auch im höheren Lebensalter ist bei Patienten mit Vorhofflimmern die orale Antikoagulation derzeit die effektivste Thromboembolieprophylaxe und bei einer individuellen und risikoadaptierten Therapieentscheidung auch eine sichere Behandlungsform. Das höhere Lebensalter per se stellt keine Kontraindikation gegen die Einleitung einer Antikoagulation dar. Das Sturzrisiko wird als Kontraindikation für die orale Antikoagulation häufig überschätzt. Es sollten jedoch insbesondere bei jedem älteren Patienten die Indikationsstellung individuell und das Gerinnungsmonitoring sehr sorgfältig erfolgen. Im Zweifelsfall sollte man sich auch vor Augen halten, dass ein Schlaganfall mit entsprechender Behinderung für den Patienten und auch für seine Angehörigen oft ein schwerwiegenderes Ereignis darstellt als eine nicht fatale und behandelbare Blutungskomplikation. Im Hinblick auf die Wirksamkeit stellen weder ASS noch die neueren Thrombozytenaggregationshemmer eine wirkungsvolle Alternative zur oralen Antikoagulation dar. Allerdings werden in der näheren Zukunft neue antithrombotisch wirksame Substanzen die differenzialtherapeutische Entscheidung erleichtern.

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Frank Mickley
Klinikum St. Georg gGmbH
Klinik für Akutgeriatrie
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig
Tel.: 0341 909 4597, Fax: 0341 909 2638
E-Mail: frank.mickley@sanktgeorg.de

Nachruf für Dr. med. Christiane Habeck



Am 01. Juli 2011 verstarb plötzlich und unerwartet Frau Dr. med. Christiane Habeck, ehemalige Leiterin und Oberärztin der Intensivstation I des Klinikum Chemnitz.

Christiane Habeck wurde am 23. Juni 1953 in Rostock geboren, sie studierte nach erfolgreichem Abschluss der Erweiterten Oberschule von 1972 bis 1978 an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald und promovierte 1979 zum Doktor der Medizin.

Nach der Facharztausbildung an der Klinik für Anästhesiologie von 1978

bis 1983 am Bezirkskrankenhaus Karl-Marx-Stadt erhielt sie am 28. Februar 1983 die staatliche Anerkennung als Facharzt.

Ab Juni 1995 übernahm sie als Oberärztin die ärztliche Leitung der Intensivstation I am Standort Flemmingstraße der Klinikum Chemnitz gGmbH. Im gleichen Jahr erwarb sie die Anerkennung der fakultativen Weiterbildung für die „Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin“. Die Problematik der Organspende von der Spenderkonditionierung, dem einfühlsamen Betreuen und Begleiten der Angehörigen bis hin zu umfangreicher Vortragstätigkeit lag ihr sehr am Herzen. Im Mai 2000 wurde sie zur Transplantationsbeauftragten unseres Klinikums und kurze Zeit später in die Arbeitsgruppe „Hirntoddiagnostik“ der Sächsischen Landesärztekammer berufen.

In Sachsen hat sie das noch relativ junge Fachgebiet der Intensivmedizin durch ihr Wirken und ihr Engagement entscheidend geprägt. Unter anderem entwickelte sie eine eigene Methode der Minitracheotomie für Intensivpatienten, die bis heute fester Bestandteil unseres Therapieregimes ist.

Frau Dr. Habeck machte sich besonders um die Aus- und Weiterbildung der Schwestern und Pfleger sowie von Studenten und Hospitanten verdient. Neben der regelmäßigen Lehr-

tätigkeit in der Schwestern- und Fachschwesternschule verdanken ihr eine Vielzahl ärztlicher Kollegen sowohl aus unserem Haus als auch aus zahlreichen Krankenhäusern der Umgebung eine exzellente intensivmedizinische Ausbildung.

Durch ihr herausragendes intensivmedizinisches Wissen und ihre umfangreichen Kenntnisse aus den angrenzenden Disziplinen erwarb sich Frau Dr. Habeck großen Respekt und wurde von den Kollegen/-innen der verschiedenen Fächer außerordentlich geschätzt. Hervorzuheben sind ihr außergewöhnliches manuelles Geschick, ihre Sicherheit bei invasiven Eingriffen, ihre Beobachtungsgabe, ihre sehr guten differenzialdiagnostischen Fähigkeiten und ihr überlegtes, planvolles, weitsichtiges, sicheres und dennoch kritisch-abwägendes Vorgehen.

Über allem aber stand ihre Güte, Hilfsbereitschaft und Warmherzigkeit. Trotz höchster beruflicher Belastung blieb sie stets Mensch, immer auch im Interesse ihrer Patienten. Wir verlieren mit ihr eine ausgezeichnete Ärztin, Kollegin und gute Freundin, die eine nicht zu schließende Lücke hinterlässt.

Dr. med. Markus Ullmann
Dr. med. Thomas Baitz
Priv.-Doz. Dr. med. Otto Eichelbröner
(im Namen der Mitarbeiter/-innen der
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
sowie der Rettungsstelle)
Klinikum Chemnitz

Unsere Jubilare im Oktober 2011 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schnabl, Michael
04207 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Hempel, Heidrun
02708 Löbau
- 04.10. Klein, Karin
04275 Leipzig
- 05.10. Dr. med.
Wittekind, Reingard
04229 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Baaske, Dieter
09439 Amtsberg
- 07.10. Dipl.-Med. Vier, Hannelore
04177 Leipzig
- 09.10. Dr. med. Jank, Christian
04207 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Braun, Steffen
01445 Radebeul
- 12.10. Dr. med. Förster, Albrecht
04849 Bad Dübren
- 13.10. Dr. med.
Hönigschmid, Helmut
04860 Torgau
- 14.10. Dr. med. Sütterlin, Steffi
01877 Bischofswerda
- 15.10. Dipl.-Med.
Wiesenhaken, Birgit
04416 Markkleeberg
- 17.10. Prof. Dr. med. habil.
Siegert, Gabriele
01259 Dresden
- 18.10. Dipl.-Med. Gabriel, Martina
01705 Freital
- 20.10. Dipl.-Med.
Wehnert, Sonnhild
02906 Niesky
- 21.10. Dr. med.
Schumann, Hans-Detlef
09306 Rochlitz
- 23.10. Dipl.-Med. Dost, Karin
09376 Oelsnitz
- 23.10. Dr. med. Schauder, Angelika
04860 Torgau
- 25.10. Dr. med. Kindel, Gesine
09127 Chemnitz
- 25.10. Dipl.-Med. Lorenz, Edith
08344 Grünhain-Beierfeld
- 26.10. Dr. med.
Gruber, Karl-Heinz
08237 Wernesgrün
- 28.10. Dr. med. Schille, Regine
04317 Leipzig
- 30.10. Dr. med. Kupfer, Marion
09116 Chemnitz

- 30.10. Dr. med. Törpe, Alexander
09387 Jahnsdorf

65 Jahre

- 01.10. Jesche, Hans-Jürgen
02977 Hoyerswerda
- 04.10. Roth, Detlef
08340 Erla
- 05.10. Dr. med. Müller, Christian
01309 Dresden
- 05.10. Ulrich, Christina
04277 Leipzig
- 09.10. Dipl.-Med. Große, Rosemarie
09405 Zschopau
- 21.10. Dr. med. Iwe, Balnur
01328 Dresden
- 21.10. Dr. med. Kern, Michael
01662 Meißen
- 21.10. Dr. med. Pilz, Ulla
01129 Dresden
- 28.10. Dr. med. Dietrich, Johannes
09241 Mühlau

70 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schmidt, Gunhild
01731 Kreischa
- 02.10. Dipl.-Med. Hänisch, Erdmute
02708 Löbau
- 02.10. Heise, Hella
08060 Zwickau
- 03.10. Dr. med.
Fellmann, Gerlinde
04319 Leipzig
- 03.10. Prof. Dr. med. habil.
Häntzschel, Holm
04451 Panitzsch
- 03.10. Dr. med. Metzger, Bernd
04159 Leipzig
- 03.10. Teucher, Hans-Jürgen
08261 Schöneck
- 05.10. Dr. med. Driesnack, Ute
01936 Schwepnitz
- 05.10. Dr. med.
Hillscher, Dorothea
01259 Dresden
- 05.10. Dr. med. Mehlhorn, Uta
09350 Lichtenstein
- 05.10. Dr. med.
Stumpf-Friedrich, Irene
04552 Borna
- 05.10. Dr. med. Wolff, Christine
04107 Leipzig
- 06.10. Fröhlich, Waltraud
08393 Meerane
- 07.10. Dr. med. Strobel, Reiner
08237 Steinberg
- 07.10. Dipl.-Med.
Waldinger, Peter
09350 Heinrichsort

- 08.10. Dr. med.
Hausmann, Hermann
02977 Hoyerswerda
- 08.10. Losse, Inge
08058 Zwickau
- 08.10. Dr. med. Pökert, Brigitte
01587 Riesa
- 09.10. Dr. med. Geipel, Gerd
08248 Klingenthal
- 10.10. Hütter, Monika
08468 Heinersdorfergrund
- 10.10. Dr. med. Weiß, Eberhard
08280 Aue
- 11.10. Dr. med. Baumgärtel, Bernd
01445 Radebeul
- 11.10. Dedek, Christa
04509 Neukyhna
- 11.10. Hochmann, Gerlinde
01259 Dresden
- 11.10. Dr. med. Münch, Elke
01737 Tharandt
- 11.10. Dr. med. Wendler, Rainer
01309 Dresden
- 12.10. Dr. med.
Menz, Heide-Maria
09661 Pappendorf/Striegistal
- 13.10. Dr. med. Eger, Jochen
01809 Meusegast
- 15.10. Dr. med. Hütter, Eckehard
01069 Dresden
- 17.10. Dr. med. Kästner, Peter
01259 Dresden
- 17.10. Dr. med.
Schönfelder, Gerlinde
04319 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Feist, Wolfgang
09419 Thum
- 19.10. Dr. med. Knabe, Ulrich
08280 Aue
- 20.10. Neubert, Brigitte
09127 Chemnitz
- 20.10. Dr. Rattey, Uwe
04105 Leipzig
- 21.10. Schaller, Edda
04668 Großbothen
- 22.10. Dr. med.
Pölzing, Hans-Jürgen
09123 Chemnitz
- 22.10. Dr. med. Teich, Christiane
09306 Rochlitz
- 25.10. Dr. med. Duck, Hannelore
04827 Machern
- 25.10. Dr. med.
Hildesheim, Margot
02708 Löbau
- 25.10. Dr. med. Mayland, Jürgen
04229 Leipzig
- 25.10. Dr. med. Schmerler, Roland
01309 Dresden

- 25.10. Dr. med.
von Kirchbach, Almut
08228 Rodewisch
- 25.10. Wihnaleck, Ingrid
01796 Pirna
- 26.10. Vörkel, Natalja
04107 Leipzig
- 26.10. Dipl.-Med. Weinert, Bernd
04317 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Groß, Sonja
09429 Wolkenstein
- 27.10. Dr. med. Müller, Anna
01587 Riesa
- 28.10. Dr. med.
Glasser, Uwe-Thorsten
01587 Riesa
- 29.10. Dr. med. Beyer, Heidrun
04105 Leipzig
- 29.10. Dr. med. Polster, Gisela
04654 Frohburg
- 29.10. Dr. med. Schmidt, Annelie
01796 Pirna
- 29.10. Stichel, Martin
02826 Görlitz
- 30.10. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Renate
04299 Leipzig
- 31.10. Dr. med.
Schöne, Christl Barbara
01309 Dresden
- 75 Jahre**
- 01.10. Dr. med. Kecke, Günther
08451 Crimmitschau
- 06.10. Dr. med. Wolf, Peter
04552 Borna
- 07.10. Dr. med. habil. Dr. rer. nat.
Gabler, Wolfgang
09117 Chemnitz
- 08.10. Dr. med.
Rautenbach, Evamaria
02826 Görlitz
- 08.10. Dr. med. Rinke, Brigitte
02999 Lohsa
- 10.10. Dr. med. Hofmann, Volker
09123 Chemnitz
- 13.10. Prof. Dr. sc. med. Dr. phil.
Schneck, Peter
01139 Dresden
- 13.10. Dr. med. Stelzner, Arndt
01217 Dresden
- 17.10. Misch, Brigitte
08233 Treuen
- 19.10. Dr. med. Nitz, Peter
09111 Chemnitz

- 22.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Riedel, Ingeburg
04109 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Firnhaber, Dina
04275 Leipzig
- 80 Jahre**
- 07.10. Dr. med. Riemer, Gert
04158 Leipzig
- 09.10. Dr. med.
Schöneich, Annemarie
01326 Dresden
- 14.10. Dr. med. Uhlmann, Christa
01309 Dresden
- 23.10. Dr. med. Kirmse, Hans
08349 Erlabrunn
- 23.10. Dr. med.
Wendler, Gottfried
08485 Lengenfeld
- 31.10. Dr. med. Hiltner, Regina
04416 Markkleeberg
- 81 Jahre**
- 13.10. Dr. med. Frach, Klaus
01324 Dresden
- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter
01219 Dresden
- 82 Jahre**
- 24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig
- 83 Jahre**
- 09.10. Bartsch, Elfriede
04862 Mockrehna
- 19.10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
- 84 Jahre**
- 01.10. Wiehe, Barbara
09435 Scharfenstein
- 03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
- 04.10. Dr. med. Haumann, Johann
01705 Freital
- 11.10. Dr. med. Baudrexler, Alfred
01445 Radebeul
- 18.10. Dr. med. Böhme, Horst
04425 Taucha

- 26.10. Donev, Dimitär
02943 Weißwasser
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg
- 85 Jahre**
- 08.10. Dr. med. Walther, Gerhard
08209 Auerbach
- 18.10. Dr. med.
Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
- 21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04316 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig
- 22.10. Dr. med.
Schumann, Alexander
08396 Oberwiera
- 24.10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04178 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf
- 29.10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Auerbach
- 87 Jahre**
- 07.10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig
- 88 Jahre**
- 04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Schieck, Ilse
04277 Leipzig
- 89 Jahre**
- 22.10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig
- 90 Jahre**
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch
- 91 Jahre**
- 09.10. Dr. med.
Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
- 23.10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau

Kinderheilkunde im Mathare Valley in Nairobi

Seit 1997 arbeiten deutsche „Ärzte für die Dritte Welt“ im Baraka Medical Centre im zweitgrößten Slum von Nairobi und behandeln täglich um die 300 Patienten kostenlos. Mehr als ein Drittel dieser Patienten sind Kinder. Baraka heißt auf Swaheli „Segen“. Für die Ärmsten der Armen, denen für den täglichen Lebensunterhalt kaum ein Euro zur Verfügung steht, ist diese medizinische Versorgung wahrlich ein Segen. Man weiß nicht genau, wieviele Menschen im Slum wohnen. Die Behörden meinen, es sind weniger als 100.000, um damit nötige Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur zu unterlassen. Realistische Schätzungen verweisen auf eine Zahl von über 200.000 Einwohnern. Mehr als 80 Prozent haben keine Arbeit oder sind auf Gelegenheitsjobs angewiesen. Mehr als 20 Prozent sind mit dem HIV-Virus infiziert.

In sechswöchigen Einsätzen arbeiten sechs Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen. Ein Kollege ist meist für längere Zeit vor Ort. In Kenntnis der lokalen Gegebenheiten koordiniert er die Zusammenarbeit mit Einheimischen, die als Krankenschwestern, Übersetzerinnen, im Labor, in der Apotheke und als Hilfskräfte im Medical Centre angestellt sind. So haben einige Wenige einen Arbeitsplatz und ein wenn auch niedriges regelmäßiges Einkommen. In Anbetracht der zu behandelnden Erkrankungen ist die Verfügbarkeit von Internisten, Gynäkologen, Allgemeinmedizinern und Kinderärzten sicher am wichtigsten, aber nicht immer garantiert, weil die Freiwilligkeit dort zu arbeiten, ein gewisses Maß an Zufälligkeit der verfügbaren fachlichen Kompetenzen bedingt. Jede nötige Überweisung zur Erbringung spezialisierter diagnostischer und stationärer therapeutischer Leistungen in einem staatlichen Krankenhaus von Nairobi ist kostenpflichtig. Nur in seltenen Fällen sind die Patienten in der Lage, die Kosten zu



Wartebereich im Baraka Medical Centre

tragen. Sie werden deshalb nach sorgfältiger Abwägung vom Medical Centre übernommen. Die in der Sprechstunde verordneten Medikamente werden kostenlos abgegeben. Ein beschränktes Sortiment der notwendigsten Medikamente steht zur Verfügung.

Neben der ärztlichen Grundversorgung gibt es spezielle Strukturen zur Erfassung, Behandlung und Überwachung der in den Sprechstunden diagnostizierten HIV- und Tuberkulose-Infizierten.

Während meines ersten Einsatzes im November/Dezember 2010 hatte ich mich überwiegend kindlichen Patienten zu widmen. Seltener wurden mir auch Erwachsene zugewiesen und dann fühlte ich mich besonders bei den häufig auftretenden gynäkologischen Problemen hilflos und überfordert. Ich war froh, als meine Nichte, Fachärztin für Gynäkologie, endlich anreiste. Das soziale und gesundheitliche Elend, das mir in der Sprechstunde begegnete, war im Kontakt mit den erwachsenen Patienten deprimierend und wäre mit einer langen Liste detaillierter Schilderungen belegbar.

Der Umgang mit den Kindern hatte aber auch optimistische und freudige Aspekte, auch wenn die allgegenwärtige Not immer spürbar war. So

wie die im Müll spielenden Kinder lachend und freundlich dem „Mzungu“ – dem Weisen mit einem „How are You“ die Hände entgegenstreckten und mich auch gelegentlich zwickten, um zu erkunden, wie es mit der weißen Haut so bestellt ist. Den pädiatrischen Erfordernissen wurde ich nach kurzer Eingewöhnung bald gerecht, auch wenn andere Probleme als in Deutschland im Vordergrund standen. Am häufigsten war der banale Infekt zu behandeln. Mit den Symptomen Husten, Fieber, Durchfall und Erbrechen stellt die Diagnose „common cold“ den Hauptanteil. Unterernährung schwersten Ausmaßes bedurfte keines diagnostischen Geschicks. Mit der Etablierung eines Feeding Centers (Ernährungs-Zentrum), wo Mütter beraten und Kinder Zusatznahrung erhalten, versucht man, dieses so dringliche Problem zu lindern. Besonders traurig ist es, wenn Mütter ihre Kinder nicht mehr stillen können, weil sie selbst nicht genug zu essen haben oder schon das nächste Kind geboren ist und gestillt werden muss, obwohl das nun Zweitjüngste noch der Muttermilch bedürfte. An HIV erkrankte Mütter müssen gleichfalls auf das Stillen verzichten, womit das Risiko für Mangel- und Fehlernährung steigt. Wichtig ist, an die kindliche Tuberkulose zu denken, wenn ein scheinbar banaler Husten persistiert. Was ich in 40-jäh-

riger Dienstzeit über Tuberkulose zu lernen versäumt hatte, musste ich in sechs Wochen nachholen. Unsere Aufgabe war es, die Tuberkulose zu diagnostizieren. Die Betreuung und Behandlung erfolgt unter Kontrolle eines „Clinical Officers“ in Übereinstimmung mit den für Kenya geltenden Richtlinien und zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität, die bei ständig wechselnden Ärzten nicht gegeben wäre. Clinical Officers machen eine dreijährige, dem Medizinstudium ähnliche Ausbildung, sind aber keine Ärzte. Ich habe sie durchaus als kompetente Mitarbeiter erlebt.

Aus einem nicht erklärbaren Grund werden besonders kleine Kinder unangebracht warm angezogen und bei warmen Temperaturen mit Mütze und in dicke Decken gehüllt fiebernd in die Sprechstunde gebracht. Oft findet man bei diesen schweißnassen Säuglingen und Kleinkindern ausgeprägte Staphylo-dermien oder Mykosen. Die Beurteilung von Dermatosen, Effloreszenzen und Exanthenen ist mir anfangs schwergefallen. Meine Übersetzerin Joyce amüsierte sich, wenn ich das Scharlachexantheum auf schwarzer Haut nicht erkannte, war mir aber mit ihrer Erfahrung in dieser Hinsicht und vor allem mit ihrer einfühlsamen Art, die in Swaheli erhobene Anamnese in ein für mich verständliches Englisch zu bringen, eine große Hilfe. Dramatisch und traumatisch waren meine ersten Begegnungen mit Malaria. Ohne helfen zu können, sind Säuglinge innerhalb nur einer Stunde an toxischer Malaria in der Sprechstunde verstorben. Nairobi gilt wegen seiner Höhenlage nicht als Ort einer möglichen Infektion, aber jeder Aufenthalt „up country“, das heißt vor allem im Westen, Nordwesten oder auch an der Küste des Indischen Ozeans, ist mit der Gefahr einer Malariainfektion verbunden. Eine für den deutschen Kinderarzt seltene Anämieform – die Sichelzellanämie – gehört zur Routine in der täglichen Sprechstunde und wird

mittels Hämoglobinelektrophorese diagnostisch bewiesen. Vor der Behandlung mit Folsäure muss bei der geschilderten Ernährungssituation aber der häufig auftretende zusätzliche Eisenmangel ausgeschlossen werden. Ein weiteres Problem stellt die Vitamin D-Versorgung dar. Die Rachitis ist häufig zu vermuten, wird diagnostisch selten bewiesen und schon die statomotorische Retardierung ist bei unterernährten Säuglingen und Kleinkindern Anlass, eine Therapie einzuleiten. Röntgen-Untersuchungen und Bestimmung der alkalischen Phosphatase werden nur selten veranlasst. Eine generelle Vitamin-D-Prophylaxe ist aus Kostengründen nicht möglich und die Sonne kann oft nicht prophylaktisch wirken, weil wie schon erwähnt die Kinder oft so bekleidet sind, dass die Sonne nicht auf die Haut trifft. Dafür ist aber eine regelmäßige Vitamin-A-Prophylaxe vorgeschrieben, die aus organisatorischen Gründen – bei den von uns behandelten Kindern – nicht umgesetzt wurde. Symptome einer A-Avitaminose habe ich nur selten gesehen. Eine unzureichende Ernährung mit Brustmilch und die zu früh beginnende Verabreichung fettfreier Breie aus Mais- oder Reismehl führen zum Mangel an fettlöslichen Vitaminen. Neu war für mich die regelmäßige Verordnung von Zink-Lotion bei jeder Art von Durchfall. Sie soll die Dauer und die Häufigkeit erneuter Durchfallerkrankungen positiv beeinflussen. Das war zwar für mich nicht belegbar, aber natürlich schließt man sich solchen Gepflogenheiten ohne lange Diskussionen an.

Sinnvoll ist die Empfehlung der regelmäßigen medikamentösen Entwurmung. Große Bäuche, Bauchschmerzen und Erbrechen von Ascariden waren oft Anlass, die Kinder in der Sprechstunde vorzustellen.

Bei den erheblichen Defiziten der staatlichen Gesundheitsvorsorge war ich erstaunt, dass fast alle Kinder gegen die auch bei uns üblichen Kinderkrankheiten geimpft waren. Aller-



Weißer Lippen bei ausgeprägter Anämie

dings wird das Impfprogramm mit Geldern der Entwicklungshilfe finanziert.

Nach sechs Wochen intensiver Arbeit würde ich das Engagement der deutschen Ärzte im Slum von Nairobi als dringend nötig und hilfreich einschätzen. Man kann akute Not und Leiden lindern und in Abhängigkeit von der Diagnose auch heilen. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bleiben begrenzt. Zum Beispiel können Malignome bei Kindern aus Kostengründen nicht behandelt werden. Für die meisten Bewohner der Slums gibt es zu unserem Angebot aber keine Alternative. Unverständlicherweise wird unsere Arbeit von lokalen Behörden mehr geduldet als unterstützt und auch die Kommunikation mit den medizinischen Einrichtungen in Nairobi ist unbefriedigend. Entlassungsberichte werden den Patienten nicht ausgehändigt. So erhält man keine Bestätigung der Einweisungsdiagnose und keine Informationen zum Behandlungsverlauf.

Die von Korruption geprägten politischen Verhältnisse haben in den letzten Jahren zu einer stetigen Verschlechterung der Lebensverhältnisse und damit auch der medizinischen Versorgung geführt. Deshalb ist das Engagement der „German Docs“ in Nairobi unverzichtbar.

Dr. med. Albrecht Klinghammer, Chemnitz
E-Mail: albrecht.klinghammer@googlemail.de

Hungersnot in Ostafrika

Von der schlimmsten Dürre seit 60 Jahren sind am Horn von Afrika zwölf Millionen Menschen betroffen. Die Hungerkatastrophe treibt immer mehr Menschen in die Flucht. Die provisorischen Flüchtlingslager sind völlig überlaufen. Tausende müssen im Freien übernachten. Für viele geht es nur um das nackte Überleben. Viele der Flüchtlinge sind krank, haben Angehörige verloren und wurden auf ihrer Flucht von Banditen



Foto: Katja Ment/MISEREOR

ausgeraubt – sie stehen vor dem Nichts. Ein „Bündnis Entwicklung Hilft“ der Zusammenschluss der fünf

deutschen Hilfswerke Brot für die Welt, medico international, Misereor, terre des hommes und Welthungerhilfe, leistet akute Nothilfe.

Bündnis Entwicklung Hilft

Konto 51 51
Bank für Sozialwirtschaft
Bankleitzahl 370 205 00

Informationen zum Bündnis und zur Situation in Ostafrika im Internet: www.entwicklung-hilft.de.

Dieter Blaßkiewitz mit dem päpstlichen St.-Gregorius-Orden geehrt

Im Rahmen der traditionellen Caritas-Wallfahrt erhielt Herr Dieter Blaßkiewitz, langjähriger Geschäftsführer am St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig, am 22. Juni 2011 die hohe päpstliche Auszeichnung „Ritter des St.-Gregorius-Ordens“. „In meiner Amtszeit – und das sind immerhin schon 23 Jahre – konnte ich diesen Orden bisher noch niemandem überreichen“, hob Bischof Joachim Reinelt in der Klosterkirche Wechselburg die Bedeutung der Auszeichnung hervor. Der Orden, der nach Papst Gregor dem Großen benannt ist, werde Blaßkiewitz wegen seiner langen Tätigkeit am Krankenhaus in hoher Verantwortung verliehen. „Das St. Elisabeth-Krankenhaus, das schon zu DDR-Zeiten sehr beliebt war, ist nach den umfangreichen Investitionen und Baumaßnahmen der letzten Jahre kaum wiederzuerkennen“, sagte der Bischof und



Foto: St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

lobte die positive Entwicklung des Hauses in katholischer Trägerschaft. Ein bisschen Glanz des Ordens müsse der Geschäftsführer allerdings an die Mitarbeiter des Krankenhauses abgeben, die ebenso an der guten Entwicklung mitwirkten. Dieter Blaßkiewitz, 1944 in Dresden geboren, studierte Elektrotechnik und Ökonomie. 1981 übernahm er die Leitung des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig und war in dieser Funktion bis zu seiner Pensionierung

im Januar 2011 tätig. In dieser Zeit hat sich das Krankenhaus in seinen medizinischen Fachabteilungen stark erweitert und spezialisiert. Das katholische Haus, das besonders für die Geburtshilfe bekannt ist, besitzt inzwischen zehn Fachabteilungen mit drei medizinischen Zentren. Auch an den Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen nach 1989 wirkte Herr Blaßkiewitz aktiv mit. Seit 1990 ist er Vorsitzender der Sächsischen Krankenhausgesellschaft und Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft. 2003 wurde er zum Präsidenten des Deutschen Krankenhausinstitutes gewählt. Herr Blaßkiewitz engagierte sich mit hohem Einsatz im Hospiz Villa Auguste und bei der Gründung und Entwicklung des ambulanten Hospizdienstes in Leipzig. Er ist zudem Mitglied des Stiftungsrates der 2010 gegründeten Caritas-Stiftung. Auch von staatlicher Seite wurde er 2005 mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

Stephanie von Aretin
Pressereferentin St. Elisabeth-Krankenhaus
Leipzig

Sind Sie Absolvent der Universität zu Lübeck?

Die Universität zu Lübeck führt eine Absolventenbefragung im Fach Humanmedizin ein und hat alle Landesärztekammern gebeten, ihre Mit-

glieder, die sich der Universität verbunden fühlen, darüber zu informieren.

Eine erste Befragungsrunde richtet sich an drei Doppeljahrgänge, die die Universität zu Lübeck 1991/92, 2004/05 oder 2009/10 verlassen haben. Wenn Sie zu einem dieser Jahrgänge gehören und Interesse

haben als „ehemaliger Lübecker“ mit Ihrer Universität in Kontakt zu bleiben, melden Sie sich bitte bis zum 30. November 2011.

Kontakt:
Linda Brüheim
Tel.: 0451/500-4749
E-Mail: linda.brueheim@medizin.uni-luebeck.de
Weitere Informationen unter: <http://www.uni-luebeck.de/index.php?id=2932>

Ministerpräsident Tillich überreicht Verdienstorden

Ministerpräsident Stanislaw Tillich überreichte am 23. August 2011 **den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland an Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz, Leipzig, und Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick, Leipzig.**

Mit hohem persönlichen Einsatz widmeten sich Prof. Dr. Tauchnitz und Prof. Dr. Handrick gemeinsam dem wichtigen interdisziplinären Gebiet der Infektionsmedizin mit dem Schwerpunkt des rationellen Einsatzes von Antibiotika. Ihr Wissen über steigenden Bedarf, veränderte Wirkung und Kosten in einer globalisierten Welt ließen sie neue Wege zur

Bekämpfung von Infektionskrankheiten gehen. Unter Vermeidung der Resistenzentwicklung von Bakterien erforschten sie praxisrelevante und bedarfsgerechte Zusammenhänge, die nach entsprechender Erprobung in neuen Vorschriften und Therapieempfehlungen veröffentlicht und entsprechend angewandt wurden. Beide Medizinprofessoren aus Leipzig zählen auf dem genannten medizinischen Gebiet zu herausragenden Fachleuten in Europa. Dank ihres engagierten Einsatzes hatte der frühere Bezirk Leipzig den niedrigsten Verbrauch von Antibiotika, bei gleichzeitig nachgewiesenen guten Therapieeffekten. Auch heute noch wirken in Sachsen die damaligen Richtlinien mit ca. einem Drittel weniger Bedarf gegenüber dem deutschlandweiten Durchschnitt nach. Es wird geschätzt, dass



Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick und Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz (v.l.)

dadurch im Gesundheitswesen der ostdeutschen Bundesländer in den letzten zwei Jahrzehnten rund zwei Milliarden Euro eingespart worden sind.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug, Grünberg

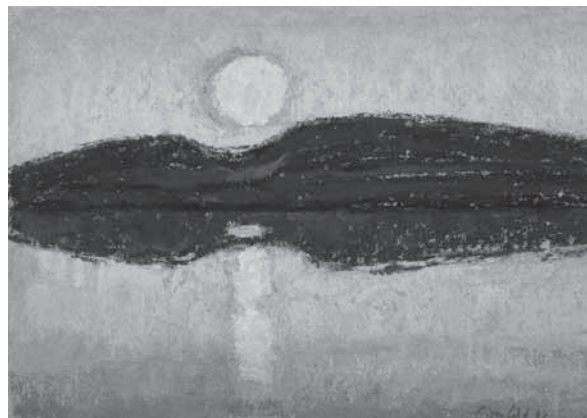
Ausstellung Ulrich Eisenfeld

Stationen – Arbeiten aus vier Jahrzehnten

Der Name des Künstlers verbindet sich für Kunstfreunde zunächst mit zwei Aspekten: der meisterhaften Beherrschung der Pastelltechnik, was in der heutigen Zeit, zumal in der anzutreffenden malerischen Ausprägung, sehr besonders ist, sowie der Konzentration auf die Landschaft als Sujet. Bekannt wurde Ulrich Eisenfeld (Jahrgang 1939) mit Bildern der Gegend um den Wilisch. Hier hatte er seit den 1960er-Jahren – 1971 richtete er sich in Kreischa bei Dresden ein Atelier ein – einen Ort gefunden, der ihm „Erdung“, auch angesichts der gesellschaftlichen Verhältnisse, gewährleistete, und wohin er 1990 wieder zurückkehrte. Nach seiner Ausreise aus der DDR 1981 hatte er ähnliches zunächst an den (West-)Berliner Seen und im Westharz, vor allem aber zwischen 1985 und 2001 während langer Aufenthalte in seinem Atelier in Schwe-

den gefunden. Seitdem entstanden parallel zu Pastellen auch große Gemälde, die unter anderem die nördliche Landschaft einfangen. In jüngerer Zeit finden sich zudem vermehrt Farbfeld-Pastelle, die ebenfalls aus der Natur abgeleitet sind. Darüber hinaus kennt man von Ulrich Eisenfeld figürliche sowie sich mit dem Schöpfungsthema auseinandersetzen Werke. Erwähnenswert ist im Zusammenhang mit letzterem das auch seinen Landschaften eigene spirituelle Moment.

Der Künstler, dessen Hang zur Natur möglicherweise seiner Herkunft aus dem Vogtland und einer kurzen Periode als Bergmann zu verdanken ist, studierte zwischen 1960 und 1965 an der Dresdner Hochschule für Bildende Künste. Anders als gewünscht, ließ er sich schon damals von der klassischen Moderne inspirieren. Darauf weisen reduzierte, an Kubismus und Konstruktivismus orientierte Arbeiten aus jener Zeit. Aber auch Freilichtmaler wie Walter Leistikow stehen ihm nahe. Gerade die Aufenthalte im Norden haben dem Licht in seinem Schaffen eine neue



Lapplandsone, Pastell, 2002

Bedeutung verliehen, was sich auch in den heutigen Landschaftsbildern vom Wilisch, deren oft hohen Himmeln, niedrigen Horizonten, eingefangenen Abend- oder Frührot sowie Gewitterstimmungen, niederschlägt.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. September bis 13. November 2011, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 15. September, 19.30 Uhr.

Hygiene aktuell: Verwirrende KVS-Mitteilung zum Impfen

In den KVS-Mitteilungen 7-8/2011 fanden die Mitglieder der Sächsischen Impfkommission (SIKO) auf den Seiten VVI unter der Überschrift „Präventionsinitiative 2011 – Schwerpunktthema Impfen“ einen Hinweis auf den dieser Ausgabe beiliegenden Flyer für Patientinnen und Patienten zum Thema Impfen.

So positiv und wichtig Prävention und in diesem Zusammenhang das Ansprechen von Schutzimpfungen als einfachsten und wirkungsvollsten Maßnahmen der Medizin zum Schutz vor Infektionskrankheiten sind, so unverständlich ist es, dass dem Flyer nicht der sächsische Impfkalender, sondern der Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut zugrunde gelegt wurde. Verwirrung und Verunsicherung sowohl bei Patienten als auch bei Kollegen sind die

Folge. Lediglich der formale Hinweis auf die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (Rückseite des Flyers) kann das nicht verhindern. Viele unnötige Anfragen von Kollegen und interessierten Laien an die sächsischen Impfberatungsstellen (Mitglieder der SIKO) sind die Konsequenz.

Es muss deshalb hiermit mit aller Deutlichkeit eine Richtigstellung erfolgen:

Geltendes Recht im Freistaat Sachsen ist bekanntermaßen die „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VwV Schutzimpfungen)“, derzeit die Ausgabe vom 8. Februar 2010 (Sächsisches Amtsblatt Nr. 9/2010 vom 4. März 2010, S. 331).

Nach dieser Verwaltungsvorschrift werden für den Bereich des Freistaates Sachsen aktive Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifi-

schen Prophylaxe im Rahmen der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) oder der sächsischen Herdbekämpfungsprogramme (Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten) öffentlich empfohlen.

Die SIKO trifft ihre Empfehlungen auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut entsprechend § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung der epidemiologischen und historischen Besonderheiten im Freistaat Sachsen (siehe Impfempfehlung E 1 der SIKO, Stand 01.01.2011, www.kvs-sachsen.de → Mitglieder → Impfen und Prävention → Impfen).

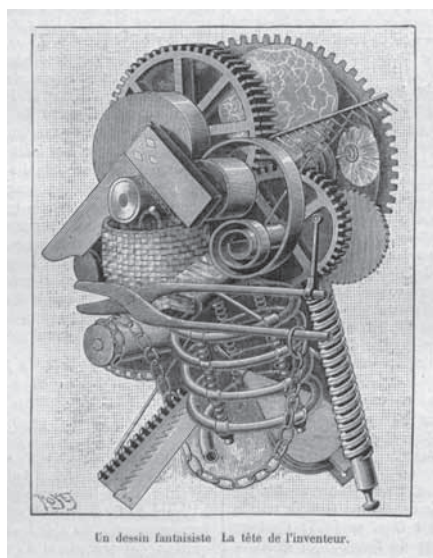
Für Konsultationen stehen die Mitglieder der SIKO jederzeit zur Verfügung.

Dr. med. Dietmar Beier
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommission
im Namen der Mitglieder
Zschopauer Straße 87
09111 Chemnitz
Dietmar.Beier@lua.sms.sachsen.de

Geistesblitze

Veranstaltungszyklus zur Sonderausstellung „Images of the Mind“

Vom 23. Juli bis zum 31. Oktober 2011 betrachtet das Deutsche Hygi-



Der Kopf des Erfinders, Poyet, La Nature, 1890.

ene-Museum in seiner Sonderausstellung „Images of the Mind“ in Zusammenarbeit mit der Mährischen Galerie in Brünn den menschlichen Geist als visuelles Phänomen. An den Grenzen von Kunst und Wissenschaft werden Bildwelten des Gehirns präsentiert – von antiken Schemen bis hin zur neuronalen Bildgebung.

„Geistesblitze“ bietet als Begleitprogramm zur Ausstellung die Möglichkeit, in spannenden Vorträgen und Lesungen den geistigen Fähigkeiten des Menschen wie Bewusstsein, Erinnern und Fühlen in ihrer immer noch rätselhaften Funktion nachzusinnen. Einen Teil dieses Programms bildet die Literaturreihe „Diagnosen – Literatur & Medizin“, die in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer realisiert wird.

Am 13. September 2011 startet die Reihe mit der Buchvorstellung „Gehirn und Gedicht. Wie wir unsere

Wirklichkeiten konstruieren.“ Die Autoren – der Schriftsteller Raoul Schrott und der Berliner Hirnforscher Prof. Dr. Arthur M. Jacobs – sprechen mit dem Literaturwissenschaftler Dr. Michael Neumann über die Leistungen von Literatur für unsere kognitiven Prozesse und die Entstehung von Dichtung. Nächster Termin der Reihe ist der 5. Oktober 2011. Unter dem Titel „Wahrnehmung und Bewusstsein. Was unsere Persönlichkeit ausmacht“ liest die Schriftstellerin Kathrin Schmidt aus ihrem Roman „Du stirbst nicht“ und spricht mit Prof. Dr. med. habil. Frank Oehmichen, Facharzt für Innere Medizin an der Klinik Bavaria in Kreischa.

Wann: 13. September 2011 und 5. Oktober 2011, 20.00 Uhr

Wo: Deutsches Hygiene-Museum

Martin Kandzia B.A.
Öffentlichkeitsarbeit