

Editorial	Service vor Ort	408
Themenheft Psychische Erkrankungen	Ebenen psychiatrischer Diagnostik – die Grenzen von krank und gesund	409
	Die Welt in Grautönen – Depressionen erkennen und behandeln	412
	Ausnahme/Zustand – Psychose und Schizophrenie	415
	ADHS – eine erfundene Krankheit?	419
Berufspolitik	4. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	423
	39. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	428
	1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen „Summer School Allgemeinmedizin“	431 440
Gesundheitspolitik	Notfallsanitäter – ein neuer Gesundheitsberuf	424
Buchbesprechung	Im Strudel der Zeit	427
Mitteilungen der Geschäftsstelle	47. Tagung der Kammerversammlung Kreisärztekammer Dresden lädt ein	434 434
	2. Dresdner Assistentenparty Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	434 435 435
Recht und Medizin	Unwirksame Entgeltklausel in Eintragungsantrag für Branchenverzeichnis	434
Kunst und Kultur	15 Jahre Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	436
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	437
Personalia	Jubilare im November 2012	438
	Berufungen	439
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2012	



Psychische Erkrankungen
Seite 409



4. Netzwerktreffen
Seite 427



„Summer School Allgemeinmedizin“
Seite 440



Sonderausstellung
Seite 436

Titelbild: Quelle 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

Service vor Ort



Ute Taube

© SLÄK

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wann und weshalb hatten Sie zum letzten Mal Kontakt mit Ihrer Kreisärztekammer?

Bekanntermaßen sind Kreisärztekammern unselbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer, die regional hoheitliche Kammeraufgaben wahrnehmen.

Ansprechpartner für beispielsweise berufsrechtliche Angelegenheiten oder andere Themen des ärztlichen

Alltags vor Ort verkürzen Distanzen und kennen „ihr Kreisgebiet“ im Hinblick auf viele gesellschaftliche Bereiche.

Über Fortbildungen, gesellige Veranstaltungen sowie Mitgliederversammlungen, die für alle Mitglieder regelmäßig angeboten werden, entstehen zahlreiche dezentrale Möglichkeiten für den kollegialen Austausch und persönliche Kontakte.

Service für Mitglieder wird in nahezu allen Umfragen als eine wichtige Aufgabe der Ärztekammern definiert. Die Struktur der Kreisärztekammern bietet eine effiziente Möglichkeit dafür.

Zweimal pro Jahr treffen sich die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden der 13 sächsischen Kreisärztekammern in Dresden, um sich über wesentliche aktuelle berufspolitische Themen zu informieren und über ihre Tätigkeit auszutauschen.

Auf der letzten Tagung am 22.09.2012 standen Vorträge zum Thema Datensicherheit und Datenschutz in den Kreisärztekammern und zur aktuellen Situation der Sächsischen Ärzteversorgung auf der Agenda – Know-how für die regionalen Kammervetreter.

Diskussion und Erfahrungsaustausch zeigten eine deutliche Heterogenität

hinsichtlich verschiedener Problemstellungen (zum Beispiel: ärztliche Weiterbildung) zwischen den Kreisärztekammern auf, die aus den verschiedenen strukturellen Gegebenheiten folgen und demnach die Bedeutung regionaler Kammerarbeit unterstreichen.

Sachsenweit einhellig kam dabei allerdings auch zum Ausdruck, dass Veranstaltungen vor Ort oft wenig genutzt werden und die Kreisärztekammerarbeit insbesondere unter den jungen Kollegen offenbar kaum bekannt sei.

Daraus ergeben sich im Wesentlichen zwei Fragen. Wird dem medizinischen Nachwuchs die Ärztekammerarbeit in allen ihren Facetten ausführlich genug vorgestellt? Wohl eher nicht, woraus eine Herausforderung für uns aktive Kreiskammerer erwächst, unser Augenmerk diesbezüglich auch regional stärker auf Jungmediziner zu richten.

Werden wir bei unserer Tätigkeit in der Kreisärztekammer den Bedürfnissen unserer Mitglieder in ausreichender Form gerecht?

Sehr geehrte Kollegen, sollten Sie dazu Anregungen haben, kontaktieren Sie am Besten Ihre Kreisärztekammer.

Ute Taube
Vorstandsmitglied
KÄK-Vorsitzende des Kreises Görlitz

Ebenen psychiatrischer Diagnostik

Die Grenzen von krank und gesund

In den öffentlichen Medien der letzten Monate hat es fortlaufend Informationen gegeben, die zu dem nicht unberechtigten Eindruck führten, dass psychiatrische Befindlichkeitsstörungen bzw. psychiatrische Erkrankungen in Deutschland ein epidemiologisch erhebliches und zunehmendes Problem seien. Es wird zum Burn-out-Syndrom als neuer zivilisatorisch und stressbedingter Störung fortlaufend veröffentlicht, die psychiatrischen Behandlungskapazitäten wurden erweitert, fehlende Psychotherapieangebote werden artikuliert, von einem dramatischen Anstieg der Krankschreibungen wegen psychischer Störungen wird berichtet.

Die Zunahme solcher Störungen hat reale Ursachen; sie liegen unter anderem in einer Beschleunigung der Lebensabläufe vor allem in der Arbeitswelt, in der Alterung der Gesellschaft mit höheren Morbiditätsraten im Alter (zum Beispiel demenzielle Prozesse), in der heute größeren Neigung der Bevölkerung, sich mit psychischen Problemen an einen Arzt zu wenden, im Gegensatz zu früher, wo wir oft das Phänomen einer Abnormenschranke feststellen konnten; das heißt, aus befürchteten Vorurteilen vermieden die Patienten, sich mit psychischen Erkrankungen ihren Ärzten zu offenbaren.

Ärzte erkennen außerdem heute besser die psychosomatischen und psychologischen Teilaspekte von Krankheiten. Über differenzierte Aspekte der Diagnostik soll weiter unten Einiges ausgeführt werden. Auf der anderen Seite sind irrationale und irrealer Faktoren nicht außer Acht zu lassen, die den „Psychoboom“ mitbestimmen. Zu nennen wären hier die unkritische Nutzung medizinisch höchst umstrittener Modebegriffe wie Burn-Out, das Hochstilisieren von normalen und alltäglichen Befindlichkeitsstörungen in den Bereich definitiver Krankheit und nicht



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

© SLÄK

zuletzt die Entwicklung von Behandlungsbedarf durch „paramedizinische Heiler“ und Wellnessangebote wie etwa „Anti-Aging“- und Anti-stresskuren.

In der folgenden Artikelserie dieses Heftes beschreiben die Autoren einige besonders wichtige Themen der Psychiatrie und Psychotherapie, wobei auch die Frage nach der Grenze von krank und gesund aufgegriffen werden wird; es geht dabei um die Aspekte von Depressionen, Schizophrenien und eine spezielle kinderneuropsychiatrische Störung – das ADHS-Syndrom.

Der wissenschaftlichen Literatur sollen einige Zahlen entnommen werden, die die apostrophierte Zunahme psychischer Störungen unterstreichen können. 2010 entfielen 17,1 Prozent aller Behandlungsfälle auf

psychische Erkrankungen, davon 1/3 auf Depressionen (ein Sammelbegriff, der in einem Folgeartikel spezifiziert wird); diese Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Nach Angaben der AOK hat Überlastung im Beruf im Jahre 2011 zu 1,8 Millionen Fehltagen geführt.

Von Demenzen (diese Krankheitsgruppe wird in der Artikelserie nicht mit dargestellt, da sich das „Ärztblatt Sachsen“ diesem Thema mit einem ganzen Heft gewidmet hat.) waren in Deutschland acht Prozent aller 60-Jährigen betroffen. Zu bedenken ist dabei, dass die Demenzen nicht das alleinige gerontopsychiatrische Problem darstellen, sondern, dass ältere Menschen Angstsyndrome, Suchtkrankheiten und eben Depressionen mit deutlich höherer Erkrankungswahrscheinlichkeit aufweisen.

Im Bereich psychischer Störungen bzw. von Befindlichkeitsalternativen des alltäglichen Lebens ist die Grenze von gesund zu krank oft nicht leicht zu ziehen, zumal neben medizinischen Beurteilungskriterien (auch diese können in einem bestimmten Rahmen unterschiedlich sein) subjektive Einschätzungen und individuelle Krankheitstheorien eine Rolle spielen. Insofern ist ein differenzierter Krankheitsbegriff in der Psychiatrie/Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Eine Radiusfraktur unterscheidet sich in diesem Sinne erheblich von einer Krankheit des Typs Neurose oder endogene Depression.

Unterschiedliche Ebenen im diagnostischen Prozess psychischer Störungen

1. das Syndrom (zusammenfassende Beschreibung der vorliegenden Symptome; z. B.: depressive Verstimmung, demenzielles Syndrom*)
2. körperliche (somatische) Diagnose: Befunde körperlicher Art, die die psychischen Erscheinungen erklären können.
Diagnostische Methoden: die ärztliche Untersuchung, bildgebende Diagnostik (z. B. MRT, CT) EEG
3. psychologisch-diagnostische Aspekte: z. B. Konflikte und ihre Verarbeitung, Wesensmerkmale des individuellen Menschen, Strategien der Krankheitsbewältigung
4. soziale Aspekte, die krankheitsbefördernd mitwirken, z. B.: Position im sozialen Raum (soziale Isolierung!!!), soziale Konfliktkonstellationen
5. die Krankheitsbezeichnung: wichtig für die Kommunikation zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen, für statistische und epidemiologische Erhebungen, Klassifikation der Erkrankungen, z. B. Schizophrenie, Alzheimerdemenz ...

*Der Syndrombegriff beschreibt die psychopathologischen Phänomene; nur im Kontext, z. B. mit der somatischen Diagnose käme man zur Krankheitsbezeichnung Alzheimererkrankung.

Abbildung 1

Geht man von eingeführten Gesundheitsdefinitionen, wie sie die WHO und viele andere Autoren getroffen haben, aus, so ist Gesundheit als Zustand zu verstehen, der körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden voraussetzt, wobei – aus soziologischer Sicht – auch die Umweltbedingungen dazu passen müssen.

Dem entspricht eine umfassende Definition des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, der sich methodologisch – wenn es um die Erfassung psychischer Symptome geht – auf einer völlig anderen Ebene abspielt als die Feststellung körperlicher Ausfälle, unter anderem, weil hier die Perspektive des Betroffenen, wenn es um sein Sein, sein Wahrnehmen und Selbstwahrnehmen, seine Emotionen geht, eine entscheidende Rolle spielt. Dies führt auch zu der Schwierigkeit, die Symptomatik in dem Maße zu operationalisieren, wie es die übrige naturwissenschaftlich orientierte Medizin für sich erwarten darf. Der Naturwissenschaftler hat Probleme, in den Kategorien seiner Wissenschaft so etwas wie „Gesellschaftlichkeit“ abzubilden. Der „zu Untersuchende“ bestimmt in gewisser Weise das Ergebnis der Untersuchung mit. Mithin kann auch der Diagnostiker nicht völlig über der Materie, außerhalb des Betrachtungs-

feldes des Patienten, stehen. Man könnte fast sagen, indem der Arzt seinen Patienten diagnostisch einschätzt, definiert er auch sich selbst mit. Letzteres zeigt sich zum Beispiel im Alltag dann, wenn unterschiedliche medizinische Fachgebiete das Beschwerdebild des Patienten völlig unterschiedlich interpretieren.

Je mehr sich die vom Patienten beklagten Beschwerden eindeutig als körperlich verursacht erweisen, desto geringere Interpretationsspielräume sind gegeben. Wenn die Beschwerden sich aber auch – und gar vorwiegend – psychosomatisch, psychodynamisch erklären lassen, werden die professionellen Sichten zunehmend vielgestaltiger. Insoweit sind Diagnosen Interpretationsmodelle einer bestimmten Wirklichkeit, wobei der Arzt in unterschiedlichen Konzepten der Realität wirken muss: hier die körperlichen Korrelate, dort der Mensch in seinen mitmenschlichen Bezügen, seinen Werthaltungen, seinen psychologischen Selbstregulierungsmöglichkeiten und seinen eigenen Theorien über seine Gesundheitsprobleme.

Auf der Basis derartiger hier nur skizzenhaft erwähnter methodologischer Erwägungen, ergeben sich für psychiatrische Erkrankungen mehrere diagnostische Ebenen, um so der

„Wirklichkeit des Gesundheitsproblems des Patienten“ so nahe wie möglich zu kommen.

In Abb. 1 sind die diagnostischen Ebenen, die einzubeziehen sind, abgebildet. Der Leser ersieht daraus, dass einzelne Begriffe wie Depression und Demenz zunächst noch keine ausreichende Aussage zur Art der Erkrankung zulassen, sondern nur einen hohen Allgemeinheitsgrad haben, der allenfalls im Akutstadium notfallmedizinische Maßnahmen intendieren kann.

Die psychiatrische Theorie geht insoweit davon aus, dass psychopathologische Phänomene zunächst völlig unspezifisch sind und deshalb die angeführten Diagnostikebenen weiter spezifiziert werden müssen.

Verwirrung in diese innere begriffliche Logik bringen nicht selten Begriffe, die sich einführen als Syndrom, gar als Krankheitseinheit, obwohl sie nur einen Teilaspekt des Problems beleuchten. Typisch dafür ist der medienwirksame Begriff des Burn-out-Syndroms, der eigentlich nur eine soziale Situation der Überlastung oder Überforderung und des (oft beruflichen) Stresses markiert, also in die 4. Ebene des Schemas in Abb. 1 gehört. Das psychische Phänomen – damit das Syndrom – wäre vernünftigerweise mit entsprechenden Begriffen (zum Beispiel depressive Verstimmung) zu belegen.

Aus dieser Betrachtung, die auch etwas über die unterschiedlichen möglichen Zugänge zu einem menschlichen Problem andeutet, leiten sich therapeutische Konsequenzen ab, die den apostrophierten Zugängen entsprechen – man spricht von einem komplextherapeutischen Ansatz, der somatische Behandlungsverfahren (etwa Psychopharmakotherapie, Lichttherapie, Elektroheilkraft, auch internistische und neurologische Begleitbehandlungen), psychotherapeutische Interventionen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch...) und sozialtherapeutische Arrangements meist in Gruppen (Ergotherapie, Training kommunikativer Fähigkeiten ...) einschließt.

Übersicht über psychische Störungen

Befindlichkeitsstörungen bzw. Krankheiten, in die wir uns einfühlbar machen können, die nahe am Alltagserleben liegen	z. B. - Angstzustände - Missbrauchszustände - Schmerzzustände ohne fassbare Ursache - abnorme Erlebnisreaktionen	oft ist die Grenze von gesund und krank schwer zu ziehen
Krankheiten mit Störungen der Stimmung, des Antriebs und körperlicher Funktionen	- Depressionen hohen Schweregrades (unterschiedlicher Ursache) - manische Zustände	oft schwere Leidenszustände ↘ Suizidgefahr; Krankenhausbehandlung häufig angezeigt
Krankheiten mit uneinfindbaren Erlebnisqualitäten, wie Wahn und Halluzination	- Schizophrenie - umschriebene Wahnkrankheiten	für die Familie und die Umwelt nicht selten verwirrend. Akute Zustände gehören ins Krankenhaus
Krankheiten als Folge eindeutig fassbarer Schädigungen des Gehirns	- Demenzen, z. B. - vom Alzheimerstyp - infolge Durchblutungsstörungen des Gehirns	Alzheimerdemenz in höherem Lebensalter häufig (z. B. 30 % der Menschen älter als 90). Infolge der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung ist ein erhöhter Pflegebedarf zu erwarten

Abbildung 2

Dieses Prinzip des mehrdimensionalen Therapieansatzes geht auf einen weiteren grundlegenden theoretischen Ansatz der Psychopathologie (der Lehre von pathologischen Phänomenen des Seelenlebens) zurück – die These von der multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen. Immer liegt – wie ausgeprägt ein Ursachenbereich auch im Vordergrund stehen mag – ein Ursachenbündel vor, wobei die primären Ursachen und die sekundären Verarbeitungsmechanismen, die Einwirkungen der Umwelt, die emotionalen Beziehungsgeflechte ein in sich verschlungenes Ursache-Wirkungskonvolut ergeben.

In Abb. 2 wird dem Leser noch eine Übersicht angeboten, die grob vereinfachend einen Überblick über psychische Erkrankungen bietet, die von oben nach unten betrachtet, Syndrome mit zunehmender Prägnanz somatischer Verursachung darstellen. Das Schema geht auf den deutschen Psychiater und Philosophen Karl Jaspers zurück, der eine Schichtentheorie entwickelte, aus der sich eine weitere Besonderheit des Zusammenhangs vieler psychischer Störungen ableitet. Es scheint nämlich so zu sein, und der klinische Alltag bestätigt es häufig, dass von oben nach unten (wie der Pfeil darstellen soll) Krankheiten die jeweils höheren Stadien durchlaufen. Beispielsweise beginnt eine Alzheimersche Demenz zunächst mit allgemeinen

neurasthenischen Beschwerden, danach (immerhin bei 30 Prozent) treten depressive Verstimmungen auf – nicht selten folgen Verwirrheitssyndrome im Sinne der 3. Etage, ehe sich dann das Vollbild der Demenz ausprägt. Auch aus dieser Überlegung lässt sich wieder ableiten, dass ein Syndrombild für sich noch nichts Endgültiges über die zugrundeliegende Krankheit aussagt.

Wie stehen – könnte sich der Leser fragen – diese eher trocken-theoretischen Ausführungen in Zusammenhang mit den folgenden Beiträgen? Die Initiator der Serie haben zurückgegriffen auf eine Vortragsreihe, die vom Deutschen Hygiene-Museum in Dresden und der Sächsischen Landesärztekammer organisiert wurde und auf ein überraschend großes und interessiertes Publikum stieß. Die folgende Artikelserie gehorcht dem Schema unserer Abb. 2, indem zunächst über depressive Zustände (2) und die Krankheit Schizophrenie (3) Ausführungen gemacht werden. Über Angstsyndrome (Etage 1) soll in einem späteren Heft berichtet werden.

Da wir über Demenzen im Heft 8/2011 des „Ärztblatt Sachsen“ ausführlich berichtet haben, meinten die Herausgeber, einen Beitrag über ein Krankheitsproblem aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufnehmen zu sollen, welches in den Bereich von Befindlichkeitsstörungen gehört, bei denen nicht selten die

Grenze von gesund zu krank schwer zu ziehen ist.

Für den in der Praxis stehenden Mediziner könnten die Ausführungen insofern von Belang sein, als er erkennen kann, dass hinter einem Erscheinungsbild, das ein Patient bietet, völlig unterschiedliche Krankheiten stecken können, dass in der Psychiatrie die Anamnese, die alle Seinsebenen eines Menschen zu erfassen suchen sollte, eine große Bedeutung besitzt und dass therapeutisch mehrere Wege eingeschlagen werden können. Der Arzt kann eben ein Syndrom generalisierter Angst mit einem Psychopharmakon in den Griff bekommen. Er kann aber auch einen speziellen psychotherapeutischen Ansatz wählen. Der differenzierte und heute zunehmend informierte Patient wird aus seiner Sicht wesentlich an der Entscheidungsfindung mitwirken.

Literatur beim Verfasser

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

Die Welt in Grautönen – Depressionen erkennen und behandeln

Zusammenfassung

Depressionen stellen ein mehrdimensionales Spektrum von psychischen Störungen dar, die entsprechend ihrer Genese und Ausprägung gründlich zu diagnostizieren sind. Bis heute werden sie immer wieder verkannt, verwechselt und umbenannt, ihre richtige Behandlung ist dadurch stets von neuem gefährdet. Leichtere Formen sind wegen komorbider Erkrankungen und wegen somatischer Symptomausprägungen häufig beim Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen und anderen Fachärzten zu finden, weshalb deren Kenntnis von hoher Bedeutung ist. Neben Psychotherapie und den bekannten antidepressiven Psychopharmaka gibt es andere therapeutische Möglichkeiten, deren Vielfalt dargestellt wird.

1. Einleitung

Ein Zeichen der Flexibilität menschlichen Wesens, unserer seelischen und geistigen Existenz, ist, dass auch psychische Störungen Wandlungen unterliegen. Es hat zu allen Zeiten Modeströmungen unter den psychiatrischen Erkrankungen gegeben: die Tanzwut, der sog. Veitstanz, im ausgehenden Mittelalter; die Hysterie zu Ende des 19. Jahrhunderts, mit der sich J.-M. Charcot und S. Freud besonders auseinandersetzten; um 1920 beherrschten die Kriegszitterer die Straßen Berlins und anderer Großstädte Deutschlands; heute haben Essstörungen, Panikattacken, posttraumatische Störungen und neuerdings Burn-out Hochkonjunktur, es sind populäre Begriffe geworden, hinter denen sich vielschichtige Syndrome und Absichten verstecken. Anders sollte es mit dem Bild der Depression sein. Sie ist eine der am längsten bekannten Krankheiten überhaupt, wurde bereits von Hippokrates und Aretäus von Kappadokien in der Antike umfassend beschrieben. Trotzdem wird sie immer wieder



Prof. Dr. med. habil. Werner Felber

© SLÄK

verkannt, verwechselt, umbenannt; zurzeit besteht die Gefahr, dass Depression im Modischen von Burn-out und Traumatisierung umgedeutet und so ihre optimale Behandlung versäumt wird.

2. Erkennung depressiver Störungen

Depressionen gehören zu den quälendsten Krankheiten und sind extrem wandlungsfähig. Die Facetten der Behandlungswege orientieren sich am Schweregrad und den Auslösemechanismen. Der Behandlungserfolg beginnt damit, dass Betroffene das Leiden als therapiefähige Krankheit überhaupt wahrnehmen und akzeptieren.

Depressive Störungen – Wissenswertes

Hauptsymptome sind herabgesetzte Stimmung und verminderter Antrieb. Sie sind häufig in der Praxis vom Allgemeinmediziner, Internist, Nervenarzt, Chirurg, Frauenarzt. Fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung erkranken daran irgendwann. Nur circa 30 Prozent suchen einen Arzt auf. Symptome können körperlich maskiert auftreten, was zu Fehldiagnosen Anlass gibt. Die Interaktion

mit komorbiden körperlichen Krankheiten und mit Angststörungen ist hoch. Es besteht eine erhöhte Rezidivneigung mit der Tendenz der Verkürzung des symptomfreien Intervalls bis ins höhere Alter, bei etwa 15 Prozent kommt es zu Chronifizierung über mindestens zwei Jahre und Therapieresistenz. Trotz Therapie besteht eine hohe Suizidgefahr, circa jeder sechste Patient mit schwerer Depression verstirbt durch Suizid. Es besteht eine erhöhte Mortalität durch Suizid, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und höhere Unfallneigung. Die Diagnosen depressiver Störungen sind im F-Kapitel der ICD-10 (wie auch in der DSM-IV) nicht so leicht auszumachen, wiewohl ihre traditionelle Zuordnung zu verschiedenen diagnostischen Hauptgruppen wiederzufinden ist. Entsprechend ihrer multifaktoriellen Genese liegen depressive Störungen in folgenden Varianten vor (siehe Tabelle 1).

Im Einzelnen sind diese Diagnosen so zu charakterisieren:

Organische depressive Störung (F06.32)

Folge einer Hirnfunktionsstörung durch eine primär zerebrale Erkrankung (z. B. Hirntumor, Enzephalitis, M. Alzheimer, Schlaganfall, Multiple Sklerose) oder eine systemische Erkrankung mit Auswirkungen auf das Gehirn (z. B. Cushing-Syndrom, Diabetes mellitus, Schilddrüsenunterfunktion, unerwünschte Medikamentenwirkung).

Depressive Episode bei affektiver Störung (F32, F33, F31.3 bis F31.5)

Teil einer monophasischen oder biphasischen affektiven Störung (F3) entspricht weitgehend der früher sogenannten endogenen depressiven Episode, an der drei bis fünf Prozent der Bevölkerung leiden.

Depressive Reaktion (F43.20 – F43.22)

Teil beziehungsweise spezifische Form einer Anpassungsstörung (F43.2) infolge aktueller oder chroni-

Tab. 1: Depressive Störungen in den diagnostischen Hauptgruppen der ICD-10

Organische depressive Störung (F06.32)
Depressive Episode bei affektiver Störung (F32, F33, F31.3 bis F31.5)
Depressive Reaktion (F43.20 bis F43.22)
Depressive Langzeit- oder Dauerverfassung: Dysthymia (F 34.1), Zylothymia (F34.0)

scher Konflikte, die im Zusammenhang mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) besprochen werden; hier dürfte ein Teil des sogenannten Burn-out richtig zu klassifizieren sein.

Depressive Langzeit- oder Dauer- verfassung: Dysthymia (F 34.1)

Chronische depressive Verstimmung (mindestens zwei Jahre), die der früher sogenannten depressiven Persönlichkeitsstörung gleichkommt, wegen genetischer Nähe aber heute zum affektiven Spektrum gerechnet wird; die **Zyklothymia (F34.0)** kann als bipolar sich gestaltendes Pendant ebenfalls anhaltende depressive Verstimmungen enthalten; beide zusammen bilden die Gruppe der anhaltenden affektiven Störungen (F34).

Das charakteristischste Bild einer Depression betrifft vorrangig die depressive Episode bei affektiven Störungen, von denen her die Phänomenologie, Genese und Therapie „der Depression“ als Kernsyndrom entwickelt wurde. Die affektiven Störungen wurden in den letzten Jahrzehnten aus Gründen wachsender therapeutischer Möglichkeiten zunehmend differenzierter dargestellt. In der ICD-8 (1968 bis 1978) konnten in dem Kapitel der „Affektiven Psychosen“ vier Positionen verschlüsselt werden; in der ICD-9 (1979 bis 1997) wurden daraus sieben Positionen; die ICD-10 (seit 1998) erlaubt, 29 Kriterien zur konkreten Diagnosestellung in dem jetzt „Affektive Störungen“ genannten Kapitel zu differenzieren.

Eine depressive Episode ist zu definieren als eine klinisch relevante Senkung der Stimmungslage mit oder ohne begleitende Angst in Verbindung mit einer Minderung des allgemeinen körperlichen und psychischen Aktivitätsniveaus von durchgehend mindestens zwei Wochen Dauer.

Die Unspezifität psychopathologischer Symptome bedeutet, dass es keine pathognomonischen Zeichen für eine psychische Krankheit, speziell für eine depressive Störung gibt. Deshalb wurden operationalisierte Kriterien zur Diagnostik entwickelt, die seit der Einführung der ICD-10 als bindend angesehen werden.

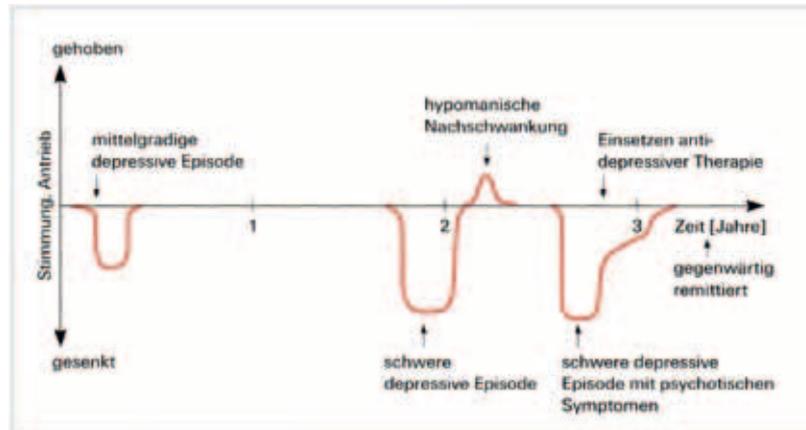


Abb. 1: Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung (Felber, 1996)

Wenigstens vier der insgesamt genannten Symptome müssen mindestens zwei Wochen durchgehend bestehen: gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsminderung, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühl und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzung, Suizidhandlungen, Schlafstörungen, Appetitminderung.

Die stark formalisierte Aufzählung so unspezifischer Zeichen wie Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit – diese, über zwei Wochen bestehend, stützten schon die Feststellung einer depressiven Episode – sind zweifellos zu weich gefasst, weshalb es in den vergangenen Jahren zu einer Inflationierung der Diagnose einer affektiven depressiven Episode gekommen ist. Es deutet sich an, dass in der Erarbeitung der ICD-11, resp. DSM-V, eine genauere Charakteristik entstehen wird.

Ähnlich verhält es sich mit dem somatischen Syndrom der Depression (wenigstens vier der Symptome): Interesse- bzw. Freudlosigkeit gegenüber angenehmer Aktivität, Unfähigkeit zu freudiger emotionaler Reagibilität, frühmorgendliches Erwachen mindestens zwei Stunden vor gewohnter Zeit, stimmungsbezogenes Morgentief, objektivierte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust um mindestens fünf Prozent des Körpergewichts im letz-

ten Monat, deutlicher Libidoverlust.

Ein psychotisches Syndrom bei schwerer depressiver Episode ist gekennzeichnet durch Wahnideen (zum Beispiel Versündigung, Verarmung, Nihilismus, Krankheit), Halluzinationen (zum Beispiel anklagende Stimmen, Geruch der Verwesung) oder einen depressiver Stupor, eine extreme psychomotorische Hemmung. Kommt es zu Rezidiven, könnte ein Krankheitsverlauf aussehen wie in Abbildung 1 dargestellt.

Darin wird auch erkennbar, dass die Entwicklung von einer depressiven Episode zu einer rezidivierenden Depression regelhaft der Sensibilisierung von Krankheit entspricht: Rückfälle im Verlauf werden – vor allem durch Verkürzung des stabilen Intervalls – eher häufiger und nehmen an Intensität zu, Krankheit also als intern regulierte Selbstverstärkung gleich einem Lernprozess. Dabei treten äußere Faktoren (Umwelt, Stressor, life-events) und innere Faktoren (Anlage, Vulnerabilität) in wechselseitige Beeinflussung (siehe Abbildung 2).

Obwohl die darin enthaltene Dynamik noch viele Fragen offen lässt, kristallisiert sich in den letzten Jahren doch eine Annäherung von klinischer Erfahrung, pathophysiologischen Beobachtungen, neurobiochemischen Erkenntnissen und genetischen Mechanismen heraus, die zu einem besseren therapeutischem Verständnis geführt hat.

3. Behandlung depressiver Störungen

Vor der Behandlung depressiver Störungen sollte stets eine umfassende

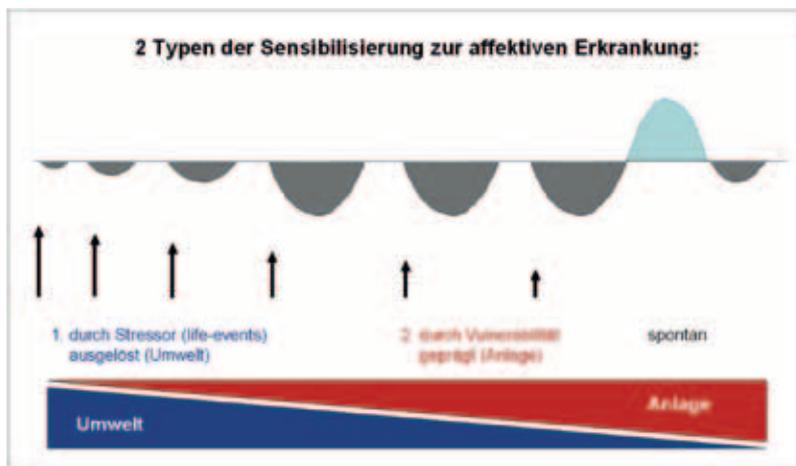


Abb. 2: Stressor, Vulnerabilität und Krankheitsverlauf – Depression als sich selbstlernende Krankheit zur rezidivierenden Depression hin (modifiziert nach Post)

Eingangsdagnostik erfolgen, wozu die klinisch-körperliche Untersuchung sowie hirnorganische, Herz-Kreislauf-, endokrinologische, hämatologische, Nieren- und Leberdiagnostik gehört. Dabei festgestellte Befunde bedürfen ausreichender Aufklärung und gegebenenfalls spezifischer kausaler Therapie. Antidepressive Behandlungsschwerpunkte sind Psychopharmakotherapie und Psychotherapie sowie weitere, den Verlaufsbedingungen angepasste Maßnahmen, die im folgenden näher beschrieben werden.

Psychotherapie

Die Psychotherapie depressiver Störungen stellt eine in den meisten Fällen unverzichtbare Basisbehandlung der Depression dar. Als alleiniges Mittel ist sie nur bei leichten Formen geeignet. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist erforderlich, sollte deshalb nicht während einer akuten schweren depressiven Phase eingesetzt werden. Der Patient wäre überfordert und zu einer nur eingeschränkten Mitarbeit fähig. Geglie-

dert nach Krankheitsbelastung gilt: Psychoedukation: medizinische wissenschaftliche Aufklärung über die Krankheit für Patienten und gegebenenfalls ihre Angehörigen Psychologisch emotionale Stützung des Patienten: gefühlvolle Lenkung und Begleitung in der depressiven Phase Kognitive Verhaltenstherapie: nach Besserung der akuten Symptomatik wird versucht, „erlerntes Fehlverhalten“ durch das Einüben anderer Verhaltensweisen zu überwinden Problemorientierte Gesprächstherapie: belastende Ereignisse verarbeiten, Lösungen für Problemsituationen suchen; der Therapeut hilft bei der Selbsterkenntnis, hält sich ansonsten aber zurück. Andere Formen der Psychotherapie, insbesondere tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, sind eher indiziert, wenn komorbide Persönlichkeitsstörungen bestehen.

Psychopharmakotherapie

Ihre Anwendung unter Einsatz aller Möglichkeiten erfordert heute gute Spezialkenntnisse. Im Einzelnen betrifft es: Antidepressiva (AD) der ersten Generation: Es handelt sich um meist trizyklische AD, die hoch wirksam und deshalb unverzichtbar, jedoch mit einer Reihe von Nebenwirkungen (unerwünschten Arzneimittelwirkungen, UAW) behaftet sind. Ihr Einsatz erfolgt inzwischen eher nachgeordnet. AD der zweiten Generation: Heute in der Regel erstrangig eingesetzte, sogenannten „saubere“ AD, die nur

selektive Transmitter hemmen (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin) und von daher weniger UAW hervorrufen (siehe Tabelle 2). Neuere Entwicklungen (zum Beispiel Melatonin-Agonisten, siehe Agomelatin) betreffen andere Wirkprinzipien, die aber noch ihre klinische Bestätigung suchen. Tranquillizer, zum Beispiel Lorazepam (Tavor®) sind wahrscheinlich die am häufigsten eingesetzten, aber auch umstrittensten Pharmaka im Zusammenhang mit antidepressiver, konfliktverursachender und vor allem ängstlicher Symptomatik. Wegen ihres Gewöhnungs- bis Abhängigkeitspotenzials sollte ihr Einsatz kontrolliert und hinsichtlich der Dauer auf höchstens vier bis sechs Wochen begrenzt sein, weil Benzodiazepine per se ein Suchtpotential aufweisen. Komorbide Angststörungen sind viel besser mit AD (zum Beispiel Citalopram, Escitalopram oder Venlafaxin) zu behandeln. Antipsychotika sind unverzichtbar, wenn Symptome eines psychotischen Syndroms auftreten. Auch hier gilt es zu unterscheiden zwischen Neuroleptika erster und zweiter Generation, wobei wegen geringerer UAW letztere zu bevorzugen sind. Von den etwa zehn möglichen sogenannten atypischen Neuroleptika seien als besonders geeignet hervorgehoben Aripiprazol (Abilify®), Quetiapin (Seroquel®) und Olanzapin (Zyprexa®). Erfahrungsgemäß ist eine niedrige Dosierung ausreichend. Die Behandlung mit einem irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-I) vom Typ Tranylcypromin (Jatrosom®) ist zwar die wirksamste antidepressive Pharmakotherapie, die aber wegen besonderer UAW eine Herausforderung darstellt und Spezialkenntnisse erfordert, die in manchen Ländern nur stationär, teilweise gar auf spezialisierten Stationen durchgeführt wird. Auch die Lithium-Augmentierung erfordert spezielle Kenntnisse, die nicht überall vorausgesetzt werden können. Lithium wird hierbei einer ungenügend wirksamen Antidepressiva-Therapie hinzugegeben, welche dadurch erheblich verbessert wird. Das gilt ebenso für eine Schilddrüsenhormon-Hochdosis-Behandlung,

Tab. 2: Neuere Antidepressiva der 2. Generation

Internationaler Name	Erstfirmenname	Wirkprinzip
Citalopram	Cipramil®	SSRI
Escitalopram	Cipralax®	SSRI
Venlafaxin	Trevilor®	SNRI
Sertralin	Zoloft®	SSRI
Paroxetin	Seroxat®	SSRI
Mirtazapin	Remergil®	NaSSA
Duloxetin	Cymbalta®	SNRI
Bupropion	Elontril®	NDR1
Fluoxetin	Fluctin®	SSRI
Agomelatin	Valdoxan®	MT1- u. MT2-Agonist u.a.

die sowohl therapeutisch als auch rezidivprophylaktisch zur Anwendung kommen und das Spektrum der Pharmakotherapie sinnvoll ergänzen kann.

Zur Rezidivprophylaxe der rezidivierenden depressiven Störung stehen Lithium und Carbamazepin als gesicherte Mittel zur Verfügung; als weitere Medikamente können Valproat, Lamotrigin und andere Antiepileptika genannt werden, deren sicherer Nachweis aber noch aussteht. Indikationsstellung, Voruntersuchungen und Anwendung bleiben psychiatrischen Fachambulanz vorbehalten. Pflanzliche Wirkstoffe, wie Johanniskraut-Präparate, Baldrian, Hopfen, Afa-Alge oder Melisse können erwogen werden, sind aber eher milde verlaufenden depressiven Störungen vorbehalten. Johanniskraut gilt als das am meisten verordnete „Antidepressivum“ in Deutschland, obwohl seine Wirksamkeit nur gering einer Placebowirkung überlegen ist.

Elektrokrampf-Behandlung

In den letzten Jahren gewinnt die Elektrokrampf-Therapie (EKT) wieder eine zunehmende Bedeutung, da sie einerseits als nach wie vor wirk-

samste antidepressive Therapie gilt und andererseits durch anästhesiologische Mitarbeit und technische Verbesserungen nahezu alle Nebenwirkungen verloren hat. EKT kann als aktuelle Therapie schwerer Depressionen unter stationären Bedingungen angewandt werden, wird aber auch als sogenannte Erhaltungs-EKT zur langfristigen Konsolidierung ungünstiger Verläufe unter quasi-ambulantem Bedingungen wirksam eingesetzt.

Ergänzende antidepressive Therapien

Hierzu zählt die Schlafentzugsbehandlung, die auch zu Hause durchgeführt werden kann. In Kliniken wird verbreitet die tägliche Lichttherapie als Begleitbehandlung verordnet. In zunehmendem Maße bewährt sich in Kliniken auch das Ausdauertraining in Form von Jogging oder Walking, zu dem Patienten täglich animiert werden. Eine eigene Bedeutung erlangte die transkranielle Magnetstimulation, deren Erfolg teilweise erwiesen ist, die jedoch bisher keinen wirklichen Durchbruch erlebt hat und sich in weiterer Entwicklung befindet. Die Bedeutung

einer adjuvanten Einnahme von Omega-3-Fettsäuren in Form von Fischöl wird teilweise stark gepriesen, ihr wissenschaftlicher Nachweis steht aber noch aus.

Experimentelle antidepressive Therapien

Es gibt zwei invasive Therapien, welche für schwere und therapieresistente Fälle vielversprechend sind und nur unter mithilfe eines Neurochirurgen durchgeführt werden können: die Vagus-Nerv-Stimulation und die tiefe Hirnstimulation. Es wird jeweils ein elektrischer Schrittmacher subkutan eingesetzt, der den Vagusnerv im Halsbereich beziehungsweise bestimmte Zentren im Hirnstamm stimuliert. Sie befinden sich noch weitgehend im Stadium der Theoriebildung und praktischen Erforschung, zeigen aber auch, wie eng psychische und somatische Ebenen miteinander verflochten sind.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. habil. Werner Felber
Goetheallee 9, 01309 Dresden

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: werner.felber@mailbox.tu-dresden.de

Ausnahme/Zustand – Psychose und Schizophrenie

Die Wörter Psychose und Schizophrenie lösen in der Allgemeinbevölkerung eine Menge Assoziationen aus, die meisten davon negativ belegt. Dabei bleibt die genaue Bedeutung und Abgrenzung dieser beiden Begriffe häufig ungenau und nebulös. Laut Duden leiten sich beide Wörter aus dem Griechischen ab: Psychose von „Psyche“ für Hauch, Atem, Seele und Schizophrenie von „Schizein“ für abspalten und „Phren“ für Zwerchfell, Seele. Als Bedeutungen werden für Psychose eine „schwere geistig-psychische Störung“ und für Schizophrenie eine „mit Denkstörungen, Halluzinationen und Wahn einhergehende schwere Psychose“ angegeben. So stellt sich



Dr. med. Karolina Leopold © SLÄK

die Schizophrenie als eine Form der Psychose dar. Als historischer Begriff betrachtet umfasste die Psychose traditionell neben den schizophrenen Erkrankungen auch die sogenannten

endogenen Depressionen und Bipolaren Störungen in Abgrenzung zu den sogenannten Neurosen. Und obwohl diese Begrifflichkeit inzwischen abgelöst wurde, kommt der Begriff Psychose immer noch bei einer Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen zur Anwendung, da er heutzutage keine eigenständige Erkrankung, sondern einen Symptomkomplex beschreibt. Psychosen können also im Rahmen sehr unterschiedlicher Erkrankungen vorkommen, die sich erheblich in ihrer Pathogenese, Verlauf, Prognose und Therapie unterscheiden. Eine häufige Ursache für psychotische Symptomatik ist die Schizophrenie, aufgrund der Stigmatisierung dieser Erkrankung wird aber zum Teil die Bezeichnung Psychose synonym für Schizophrenie verwendet.

Die Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die in den meisten Fällen

rezidivierend auftretende Symptome beinhaltet oder einen chronischen Verlauf nimmt. Dabei treten Störungen des Denkens, Fühlens, Wollens und Wahrnehmens auf. Nachweisbare körperliche Ursachen fehlen und die Symptomatik muss mindestens vier Wochen bestehen. Die großen Unterschiede in Ausprägung, Verlauf und Ansprechen auf Therapie lassen darauf schließen, dass wir es wahrscheinlich nicht mit einer einheitlichen Erkrankung sondern mit einer Gruppe von Krankheiten zu tun haben. Die für die Diagnosestellung entscheidenden Symptome sind Ich-Störungen, Halluzinationen, Wahn, formale Denkstörungen, Negativsymptome und katatone Symptome. Es können jedoch zusätzlich noch vielfältige Symptome auftreten, die wir auch von anderen psychischen Krankheiten kennen.

Die Ich-Störungen sind Störungen der Ich-Umwelt-Grenze oder des personalen Einheitserlebens. Als Ich-Störungen bezeichnet man Derealisation und Depersonalisation, bei denen der Betroffene die Welt oder sich selbst als fremd, unwirklich oder verändert wahrnimmt. Weitere Formen der Ich-Störungen stellen die Gedankenausbreitung/-lautwerden, der Gedankenentzug und die Gedankeneingebung dar. Hierbei erlebt der Patient, dass die eigenen Gedanken nach außen dringen oder fremde Gedanken in seinen Kopf eindringen. Auch das Fremdbeeinflussungserleben wird als Ich-Störung eingeordnet, hierbei werden Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln als von außen gemacht erlebt. Dies führt zu einem erlebten Verlust von Selbstbestimmung und ist in vielen Fällen mit starken Ängsten verbunden.

Als Halluzinationen werden Sinneswahrnehmungen ohne adäquaten äußeren Sinnesreiz bezeichnet. Bei der Schizophrenie können Halluzinationen jeder Sinnesmodalität auftreten. Am häufigsten sind jedoch akustische Halluzinationen und dabei vor allem das Stimmenhören (Phoneme). Diese Stimmen sind für den Erkrankten nicht von echten Stimmen zu unterscheiden und können je nach

Inhalt als dialogisierend, kommentierend oder direktiv bezeichnet werden. Bei den Körperhalluzinationen stehen die sogenannten Zönästhesien im Vordergrund, hierbei handelt es sich um abnorme Leibgefühle von bizarrem Charakter, wie zum Beispiel das Gefühl des Hin- und Herschwappen des Gehirns im Schädel oder Ähnliches. Das Auftreten von intensiven optischen Halluzinationen ist im Rahmen der Schizophrenien eher selten und sollte daher immer an eine organische oder substanzinduzierte Psychose denken lassen.

Der Wahn, der eine inhaltliche Denkstörung darstellt, ist ein weiteres Hauptsymptom schizophrener Erkrankungen. Dabei handelt es sich um eine krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig ist und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Daher ist ein Wahn per Definition unkorrigierbar, denn dem Betroffenen fehlt die Möglichkeit seine Annahmen in Frage zu stellen. Die Pathologie besteht also nicht, wie häufig vermutet, in der fehlenden Übereinstimmung des Wahninhaltes mit der Realität, sondern in der fehlenden Fähigkeit diesen Inhalt hinterfragen, das Für und Wider abwägen und in Relation zu neu gemachten Erfahrungen stellen zu können. Dabei sind die Wahninhalte sehr vielfältig und abhängig von biographischen und kulturellen Einflüssen. Bei der Schizophrenie treten häufig Verfolgungs-/Beeinträchtigungswahn und Beziehungs-/Bedeutungserleben auf, aber auch sehr bizarre Wahninhalte sind typisch. Beim Beziehungs-/Bedeutungswahn erlebt der Kranke Dinge aus seiner Umwelt als in Beziehung stehend zu sich und damit als bedeutsam für seine Person. Er erlebt zum Beispiel, dass Nachrichten in den Medien spezielle Botschaften an seine Person beinhalten oder, dass das Verhalten fremder Menschen auf der Straße in direktem Zusammenhang mit ihm steht. Eine Theorie zur Entstehung von Wahnerleben dieser Art beinhaltet die Hypothese einer Filterstörung. Dabei gelangen durch diese Filterstörung zu viele Reize in das Bewusstsein und werden daher als bedeutsam ge-

wertet. Der Betroffene erlebt fälschlicherweise irrelevante Dinge als für ihn bedeutsam und mit ihm in Zusammenhang stehend. Der Verstand sucht hierfür Erklärungen und greift dafür auf für ihn naheliegende Modelle zurück. So entstehen je nach individuellem Erfahrungs- und Wissensschatz unterschiedliche Wahnthemen (religiös, esoterisch, politisch, etc.). Häufig entsteht ein in sich stimmiges Modell, welches auch Erklärungen für auftretende Halluzinationen und Ich-Störungen beinhaltet, man spricht dann von systematisiertem Wahn.

Die formalen Denkstörungen sind zum Teil über die gesprochene Sprache für den Untersucher, zum Teil jedoch aber auch nur über das subjektive Erleben des Patienten erfassbar. Bei Psychosen kann jede Art von formalen Denkstörungen auftreten. Der Gedankengang kann beschleunigt, verlangsamt, gehemmt, unständig oder sprunghaft bis hin zur Zerfahrenheit sein. Patienten berichten von Gedankeneinschiebung, -drängen oder -abreißen oder fallen aufgrund von „Danebenreden“ auf. Eine besondere Pathologie stellt der Konkretismus dar, bei welchem der Betroffene nicht in der Lage ist, den Wechsel zwischen abstrakten und konkreten Sprachinhalten zu verstehen. Dadurch kommt es unter anderem zu einem mangelnden Verständnis von Sprichwörtern und Metaphern.

Katatone Symptome wie Raptus, Befehlsautomatismus, Negativismus oder Manieriertheit betreffen die Psychomotorik und traten früher häufiger auf, heutzutage werden sie nur bei sieben Prozent der schizophren Erkrankten berichtet. Es liegt die Vermutung nahe, dass diese somit häufig ein Symptom unbehandelter Schizophrenien darstellen und durch frühzeitige Neuroleptikaeinnahme zumindest bei einem Teil der Patienten verhindert werden kann. Der Extremfall des katatonen Stupors mit wächserner Biegsamkeit und Haltungstereotypien stellt einen lebensbedrohlichen Zustand dar, der eine sofortige Behandlung erfordert. Bei einem Großteil der schizophre-

nen Patienten treten irgendwann im Verlauf der Erkrankung sogenannte Negativsymptome auf. Diese zeichnen sich durch ein herabgesetztes Niveau von psychischen Funktionen und Fähigkeiten aus. Hierzu gehören die „6 großen As“: Alogie (Sprachverarmung), Affektverflachung (eingeschränkte Modulationsfähigkeit), Apathie (Antriebsminderung und Interesselosigkeit), Anhedonie (Verlust der Genussfähigkeit), Aufmerksamkeitsstörungen und Asozialität (sozialer Rückzug). Diese Symptome sind vor allem für Einschränkungen des Funktionsniveaus und Verlust von Lebensqualität verantwortlich. Sie werden häufig übersehen oder nicht als Symptomatik der Erkrankung erkannt, sondern als Intelligenzdefizit, Bequemlichkeit oder mangelndem Anstrengungswillen verkannt. Zur besseren Übersichtlichkeit bei der sehr komplexen und individuell unterschiedlichen Symptomatik der Schizophrenien hat sich die Einteilung in sogenannte Symptomcluster bewährt. Daher werden die im engeren Sinne als psychotische Symptome geltenden psychopathologischen Störungen wie Halluzination, Wahn, Formale Denkstörung und Erregung als Positiv- oder Plussymptome bezeichnet, in der Abgrenzung zu den Negativ- oder Minussymptomen, den Kognitiven Störungen und den allgemeinen Symptomen.

Die Epidemiologie der Schizophrenie zeigt eine Lebenszeitprävalenz von einem Prozent unabhängig von Kultur oder Land. Und man geht von einer gleichbleibenden Erkrankungszahl im Verlauf der Zeit aus. Männer und Frauen erkranken gleich häufig, Männer jedoch zu einem früheren Zeitpunkt (Ersterkrankungsalter im Durchschnitt 21 Jahre) und Frauen haben eine günstigere Prognose. Die Erkrankung entwickelt sich in den meisten Fällen über einen längeren Zeitraum von ca. fünf Jahren mit anfänglich unspezifischen Symptomen und beginnender Negativsymptomatik, der sogenannten Prodromalphase zu den Positivsymptomen (Häfner H 2000). Durch diesen Verlauf kommt es häufig zu einem Leistungsknick und Funktionsverlust

bereits vor der Diagnosestellung und Therapie. Der Verlauf der Erkrankung ist ausgesprochen unterschiedlich und schwer vorherzusehen, obwohl es einige Prognosekriterien gibt. Wichtig ist vor allem die Tatsache, dass bei 22 Prozent aller Patienten, die nach der ICD-10 die Kriterien einer Schizophrenie erfüllen, sich die Symptome vollständig zurückbilden und es zu keiner weiteren Erkrankungsphase kommt. Diese Patienten bedürfen also keiner lebenslangen Behandlung. Bei den restlichen 78 Prozent kommt es allerdings zu rezidivierend auftretenden Krankheitsphasen mit unterschiedlicher Symptomausprägung und Einschränkung zwischen diesen Episoden (Häfner H 2000). Diese bedürfen einer kontinuierlichen und lebenslangen Behandlung. Allerdings führen viele Betroffene trotzdem bei adäquater Behandlung ein völlig normales Leben mit langen symptomfreien oder symptomarmen Zeiten.

Im Laufe der Geschichte hat es viele Vorstellungen über die Ursache von schizophrenen Erkrankungen gegeben. Bis in unsere heutige Zeit werden in manchen Kulturkreisen bei Schizophrenien nicht medizinische, sondern religiöse Ursachen vermutet. Wie bei einem Fall in Rumänien im Jahr 2007, bei dem eine junge Nonne, die an Schizophrenie litt, durch einen Exorzismus ums Leben kam. Psychoanalytische Theorien, die zum Beispiel die Art der Interaktion der Mutter mit dem Kind, vor allem in den ersten Lebensjahren als Ursache einer späteren schizophrenen Erkrankung benennen, haben zu viel Leid in betroffenen Familien geführt

und konnten so nie verifiziert werden. In der biologisch orientierten Forschung gibt es bei Postmortem-Studien und bildgebenden Verfahren durchaus widersprüchliche Ergebnisse, was Veränderungen des Hirngewebes vor oder während der Erkrankung betrifft. So konnte bis heute trotz umfangreicher Forschung kein allgemeingültiges Modell der Entstehung schizophrenen Erkrankungen erstellt werden. Einig ist man sich jedoch darüber, dass es sich um eine multifaktorielle Genese handelt, bei denen biologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. So hat man bisher verschiedene Risikogene, immunologische Prozesse, Störungen der intrauterinen Entwicklung, Geburtskomplikationen, frühe Traumata, Lebensereignisse, fehlende Coping Strategien und eine Vielzahl weiterer Faktoren identifizieren können. Ein anschauliches und weit verbreitetes Modell des Zusammenwirkens dieser Faktoren stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe Abbildung 1) dar. Darüber hinaus wissen wir, dass die Symptomatik durch eine Dysbalance von Neurotransmittern verursacht wird und durch pharmakologische Regulation zu beeinflussen ist. Dabei spielen verschiedene Neurotransmitter wie Dopamin, Serotonin und Glutamat eine Rolle und die verschiedenen neuronalen Bahnen beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Funktion. Die neurologische Grundlage der Erkrankung basiert also auf einem gestörten neuronalen Netzwerk. Einen guten Vergleich liefert hier der Computer: dabei wäre eine neurologische Erkrankung einem Hard-

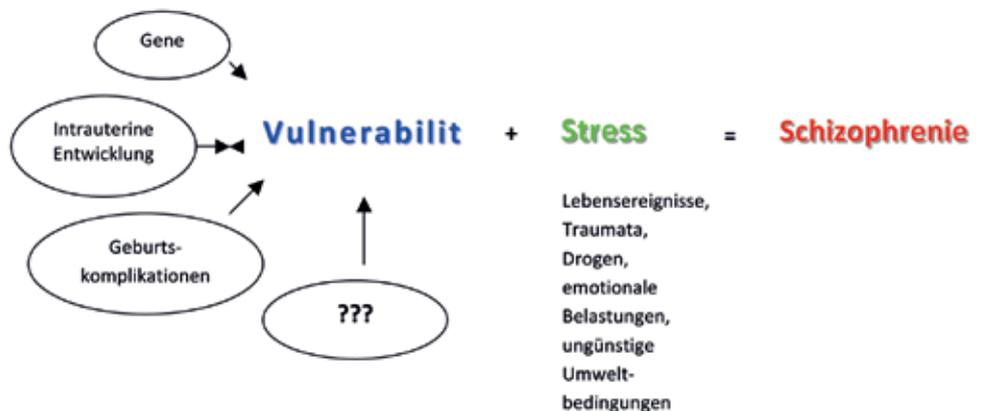


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (modifiziert nach Zubin et al 1977)

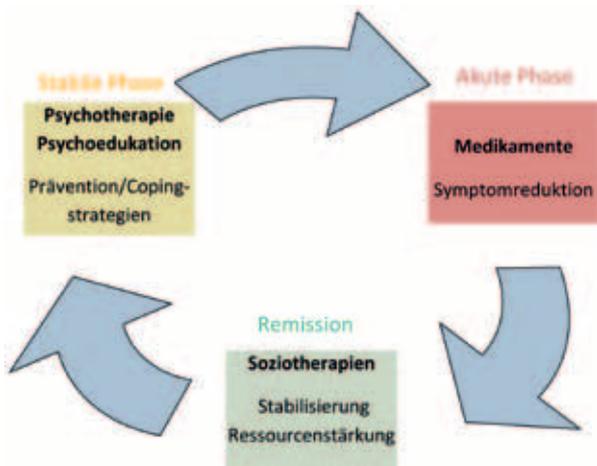


Abbildung 2: Phasenmodell der Schizophreniebehandlung

warefehler zuzuordnen, eine psychiatrische einem Softwareproblem.

Bei der Therapie der Schizophrenie hat es wie bei allen psychiatrischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gegeben. Dabei sind basierend auf einer guten Arzt-Patient-Beziehung die drei Säulen biologische Therapie, Psychotherapie und Soziotherapie gleichermaßen wichtig. Für eine optimale Therapiestrategie sind vor allem das Zusammenwirken und der richtige Zeitpunkt der einzelnen Therapieverfahren entscheidend (siehe Abbildung 2). So kann in einer akuten psychotischen Episode nur eine entsprechende Pharmakotherapie zu einer Symptomreduktion führen, durch die erreichte Stabilisierung profitiert ein Patient von der Soziotherapie, um Ressourcen zu stärken und wiederzuerlangen und damit im Rahmen von psychotherapeutischen Verfahren und Psychoedukation selbstwirksam präventive Verhaltensweisen umsetzen zu können, die das Risiko erneuter Exazerbationen senken.

Bei den biologischen Therapien bedeutete die Entdeckung des ersten Antipsychotikums Chlorpromazin 1952 einen entscheidenden Durchbruch in der Behandlung von Schizophrenien. Die pharmakologische Behandlung ermöglicht zwar keine Heilung, aber immerhin eine wesentliche Symptomreduktion bis hin zur Symptombefreiheit in vielen Fällen. Und im Laufe der Jahre sind neue Wirkstoffe zugelassen worden, um ein besseres Wirksamkeits-Nebenwirkungs-Verhältnis zu erreichen. Entgegen weitverbreiteter Vorurteile

sind Neuroleptika nicht suchterzeugend und bewirken keine Persönlichkeitsveränderung, es sei denn man betrachtet die Erkrankung als Teil der Persönlichkeit.

Bei den psychotherapeutischen Verfahren hat die Psychoedukation einen besonders hohen Stellenwert und ihre Wirksamkeit ist durch Studien gut belegt (Bäumel et al. 2007). Neben der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und Therapie an Betroffene und Angehörige, soll auch die Selbstverantwortung der Patienten gefördert, die Krankheitsbewältigung unterstützt und emotionale Entlastung geschaffen werden. Ziel ist hierbei Patienten und Angehörige zu Partnern in der Behandlung werden zu lassen. Aber auch andere psychotherapeutische Verfahren, wie die humanistischen, psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Therapien, kommen in der Behandlung von schizophrenen Erkrankten zur Anwendung. Vor allem mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Methoden können bestimmte Therapieziele erreicht werden. Die Unterscheidung in Bereiche, in denen Akzeptanz erarbeitet werden sollte, wie die erhöhte Vulnerabilität und Stressempfindlichkeit und Bereiche in denen Änderung möglich ist, wie Selbststeuerung, Stressbewältigung, Kommunikation und Aktivitätssteigerung, ist hierbei sinnvoll (Krämer et al. 1999). Es gibt auch speziell für Psychosepatienten entwickelte Programme wie das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT), die aus mehreren Bausteinen, unter anderem Kognitive Differenzierung und Soziales Kompetenztraining, bestehen (Schaub und Brenner 1996). Die Soziotherapie als dritte „Behandlungssäule“ beeinflusst maßgeblich den Grad der Integration in der Gesellschaft und fördert Stabilität und Schutz vor neuen Krankheitsphasen. Hierbei fasst man sehr unterschiedliche Hilfen zusammen, wie die Milieutherapie, die eine entsprechende Gestaltung des Behandlungsumfeldes und -rahmens beinhaltet, um Patienten zu fördern und zu fordern, aber auch die praktische Hilfestellung durch Sozialarbeiter.

Ergo-, Arbeits-, Musik- und Kunsttherapie sind wichtige Behandlungsformen, um krankheitsbedingte Defizite zu bessern und zu kompensieren, beziehungsweise Kompetenzen wiederzuerlangen und zu stärken. Man kann sie als eine Art von „Physiotherapie für das Gehirn“ betrachten.

Grundsätzlich ist bei jeder Therapieform das triadische Prinzip der Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und Arzt oder Therapeut wichtig, wobei jedoch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut nicht gefährdet werden darf und der Patient stets im Mittelpunkt stehen muss, denn der Therapieerfolg hängt auch von der Akzeptanz und Unterstützung des unmittelbaren sozialen Umfeldes ab. Trotz der Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Erkrankungen bestehen nach wie vor noch erhebliche Probleme. Gründe hierfür liegen in der Tabuisierung und Stigmatisierung dieser Erkrankung, aber auch in der mangelnden Symptomwahrnehmung und Krankheitseinsicht der Betroffenen, die Teil der Krankheit sind. Verbesserungen kann man daher durch umfangreiche Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung über die Erkrankung, alternative Behandlungsangebote (möglichst anonym und unbürokratisch) und eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung erreichen. Dies sind Aufgaben, denen sich weltweit immer mehr sogenannte Früherkennungszentren stellen. Auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden besteht seit 2008 unter dem Namen „DD früh dran“ ein Früherkennungszentrum für psychische Störungen. Dort können Menschen zwischen 12 und 40 Jahren unverbindlich Kontakt aufnehmen, wenn sie befürchten an einer Psychose oder einer anderen psychischen Erkrankung zu leiden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Karolina Leopold

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

ADHS – eine erfundene Krankheit?

ADHS, ADS, HKS...?

Hinter der Abkürzung ADHS verbirgt sich streng genommen eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose aus dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, nämlich die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Auch dort unterscheidet man verschiedene Unterformen, zum Beispiel mit und ohne das Kernsymptom Hyperaktivität, das heißt es wird auch die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS) angeführt, wenn auch nicht explizit als ADS bezeichnet. In Deutschland wird die ADHS derzeit korrekt Hyperkinetische Störung (abgekürzt HKS) genannt und unter der Kategorie F90 mit diversen Unterarten im Klassifikationsschema der WHO für Krankheiten, der ICD-10 aufgeführt. Ähnlich verwirrend wie die Bezeichnungen in verschiedenen Klassifikationssystemen ist der unterschiedliche Gebrauch der Begriffe Störung versus Syndrom, auch wenn die offizielle Sprachregelung eindeutig Störung festlegt. Vor der Einführung des Begriffs ADHS Mitte der 80er-Jahre war am ehesten das Phänomen „minimal brain dysfunction“ die entsprechende Diagnose.

Diagnostik der ADHS

Auch wenn die ADHS heute eine der am besten untersuchten Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist, wird die Diagnose immer noch rein anhand des klinischen Gesamtbildes, der Phänomenologie gestellt. Ziel jeder ADHS-Diagnostik ist es daher, das Vorliegen und Ausmaß der drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität aktuell und im Verlauf einzuschätzen. Entsprechende Abweichungen sollen vor dem sechsten Lebensjahr begonnen und sowie länger als sechs Monate angedauert haben in mindestens zwei Lebensbereichen beobachtbar sein. Auch sollten sie nicht durch andere psychische Störungen erklärbar sein.



Prof. Dr. med. habil. Veit Roessner

© SLÄK

Interessanterweise findet sich für jedes der drei Kernsymptome eine prototypische Beschreibung in Form eines eigenen Kapitels im „Struwelpeter“. In diesem Kinderbuch beschrieb bereits um 1850 der Kinder- und Jugendpsychiater Heinrich Hoffmann typische Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, die bis heute Eltern, Erzieher und Lehrer beunruhigen und beschäftigen.

1. „Hanns-Guck-in-die-Luft“ leidet offensichtlich an einer massiven

Aufmerksamkeitsproblematik, da er gedankenlos und in den Himmel starrend umherläuft, einen Hund über den Haufen rennt und zu guter Letzt mitsamt seiner Schultasche ins Wasser fällt.

2. Der „Zappelphilipp“ ist hyperaktiv. Er Schaukelt trotz ständiger Ermahnungen mit dem Stuhl und fällt mitsamt Tischdecke, Teller, Besteck und Mahlzeit auf den Boden.
3. „Friederich der Wüterich“ ist impulsiv. Er ärgert und quält Gleichaltrige und Tiere.

ADHS wird daher auch immer wieder als das „Zappelphilipp-Syndrom“ bei Kindern an der Grenze zwischen Pädagogik und Medizin bezeichnet.

Die ADHS-Diagnostik soll vor allem durch die klinische Exploration der Eltern, des Kindes / Jugendlichen sowie anhand von Informationen von Erziehern / Lehrern eingeschätzt werden [1]. Neben der Bewertung möglicher ADHS-Symptome dient sie auch der Differenzialdiagnostik und ermöglicht zudem die Erfassung verschiedener koexistierender Störungen.

Tabelle 1: Die wichtigsten komorbiden Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS

Komorbide Störung	Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS	Häufigkeit bei adultem ADHS
Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens	~50%	Siehe antisoziale PS
Depressive Störungen, bipolare Störungen	10–40%	~40%, Unsicherheit bei bipolaren Störungen wegen methodischer Probleme und Überlappung der Diagnose Kriterien
Angststörungen	20–25%	<20%
Tic-Störungen	<30%	
Teilleistungsstörungen	10–25%	
Persönlichkeitsstörungen: Antisoziale PS Emotional instabile PS Selbstunsichere PS Zwanghafte PS		~35% (Einzeldiagnose), Mehrfachdiagnosen sind häufig
Nikotin-, Alkohol- und Drogensucht (SUD)		~30%
„Restless legs“	Höher als bei Kindern ohne ADHS	Schätzung ~5%
Essstörungen (Frauen)		~4%
Verschiedene somatische, internistische Leiden		~50% (Muskulatur/Skelett) ~40% (gastrointestinale Störungen) ~30% (metabolische Störungen, Respiration)

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, PS Persönlichkeitsstörungen. Nach [6]

gen. Denn mindestens eine oder gar mehrere begleitende Diagnosen finden sich bei bis zu 80 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mit gesicherter ADHS. Standardisierte Fragebögen und testpsychologische Untersuchungen können bei der Erfassung der ADHS-Symptomatik, bei der Erfassung koexistierender Störungen und bei der Differenzialdiagnostik hilfreich sein (siehe Tabelle 1). Eine orientierende internistische und neurologische Untersuchung ist indiziert, auch wenn es bis heute keine Untersuchung gibt, die für sich alleine genommen anhand eines objektiven Wertes die Vergabe der Diagnose ADHS bei einem Kind erlaubt: weder einen Blutwert, noch das Ergebnis einer Konzentrations- testung am Computer, noch sonst etwas. Die Entscheidung sollte von einem erfahrenen Diagnostiker, der sich viel mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien beschäftigt, in Würdigung aller Informationen gestellt werden. Nur so können anhand möglichst vieler Informationen das Verhalten und dahinter stehende Probleme im Vergleich zu Gleichaltrigen bewertet und richtig eingeschätzt werden. Denn jede falsch gestellte ADHS-Diagnose ist genauso problematisch wie eine fälschlicherweise nicht erkannte ADHS.

So ist auch klar, dass die Diagnostik und Differenzialdiagnostik der ADHS ein aufwändiger Prozess ist, der in der Regel mehrere Sitzungen umfasst. Es wird empfohlen, eine multiaxiale Diagnostik durchzuführen, die mögliche Probleme auf sechs Achsen abbildet: klinisch-psychiatrisches Syndrom (1. Achse), umschriebene Entwicklungsstörungen (2. Achse), Intelligenzniveau (3. Achse), körperliche Symptomatik (4. Achse), assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (5. Achse) und globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (6. Achse).

In den allermeisten Fällen ist eine ambulante, ausführliche Diagnostik ausreichend. Nur in Fällen mit sehr widersprüchlichen Berichten und Einschätzungen, beispielsweise zwischen Mutter und Lehrer oder unty-

pischer Symptomatik mit der Frage nach Differentialdiagnosen kann eine Diagnostikphase im stationären Setting sinnvoll sein.

Prävalenz

Trotz der Abweichungen der Diagnostikriterien, trotz kultureller Unterschiede, was die regionalen „Normwerte“ für die drei ADHS-Kernsymptome angeht, und trotz verschiedener anderer Unterschiede zwischen den Regionen der Welt [2] zeigen sich nicht nur weltweit Symptome, die eine ADHS-Diagnose rechtfertigen, sondern auch in Deutschland laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts von 2006 (Kiggs-Studie) bei rund 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Etwa 4 bis 10mal mehr Jungen als Mädchen leiden an ADHS, wobei dieser Trend zum männlichen Geschlecht mit zunehmendem Alter etwas abnimmt. Ganz grob kann man festhalten, dass etwa „50 Prozent ADHS“ sich bis zum jungen Erwachsenenalter verwachsen. Allerdings gibt es bis heute keinen Marker, der die individuelle Prognose sicher vorhersagt. Im Durchschnitt sagen eine familiäre Belastung mit ADHS und psychiatrische Komorbidität eine höhere Persistenz der ADHS voraus.

Aus Langzeitstudien wissen wir, dass ADHS mit einem erhöhten Risiko für einen geringeren sozioökonomischen Status, mehr Schwierigkeiten im Arbeitsleben und häufigerem Stellenwechsel assoziiert sind. Gleiches gilt für mehr Probleme mit den Gesetzten, vor allem im Straßenverkehr, häufigeren Schwangerschaften und Scheidungen.

Ursachen

Inzwischen ist vor allem durch Familienstudien gut belegt, dass ADHS zu etwa 70 bis 80 Prozent vererbt wird. Leider sind trotz vieler Anstrengungen noch keine ADHS-typischen Gene ausreichend sicher identifiziert worden. Sicher ist allerdings, dass die Kombination aus vielen, unterschiedlichen Genen das Risiko für ADHS erhöht und es sich nicht um ein oder einige wenige „starke ADHS-Gene“ handelt. Da sich die

Gesamtheit der Gene von einer Generation zur anderen nur minimal ändert, spricht auch die starke genetische Komponente der ADHS gegen Vermutungen, es handle sich um eine erst in den letzten Jahren oder Jahrzehnten erfundene Erkrankung, um eine reine „Modediagnose“. Diese genetische Konstanz ist auch an den erwähnten Schilderungen von Heinrich Hoffmann erkennbar, die auch unsere heutigen Kinder und Jugendlichen treffend beschreiben. Der „nicht-genetische Rest von Ursachen“ wird durch unspezifische Umweltfaktoren mit direkten Auswirkungen auf das Gehirn, wie Rauchen und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, geringes Geburtsgewicht und Deprivation in den ersten Lebensjahren erklärt. Dabei spielen auch Gen-Umweltinteraktionen eine Rolle, das heißt die Frage, wie „der individuelle Bauplan DNA“ unter welchen Umgebungsbedingungen tatsächlich befolgt wird oder es zu Veränderungen durch Umweltfaktoren kommt.

Inwieweit die heutigen Anforderungen an unsere Kinder und Jugendlichen, deren Lebensweise und deren Erziehung zur häufigeren Vergabe von ADHS-Diagnosen führen, ist Anlass zahlreicher Diskussionen. Aus Sicht klinisch erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater wirken in heutiger Zeit weniger Körperlichkeit und Bewegung bei wachsendem Termindruck und einer zunehmend komplexeren und schnelleren Umwelt auch und gerade für ADHS-Risikokinder Risiko verstärkend. So nimmt zum Beispiel durch die Globalisierung die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt zu. Auch werden dabei immer seltener Arbeitskräfte für einfachere Aufgaben in Teams, die stützend und regulierend wirken, gesucht. Diese Veränderungen haben nicht nur Auswirkungen auf die Entwicklung unserer Kinder, sondern scheinen auch zu einer veränderten Wahrnehmung von zappeligen, weniger aufmerksamen und impulsiven Kindern zu führen. So erhalten glücklicherweise viele Kinder und Jugendliche bei einem ADHS-Verdacht früher eine professionelle Abklärung und

wo nötig Hilfe. Allerdings führt in Zeiten von PISA und Globalisierung die gesteigerte Aufmerksamkeit für die optimale Chancenausnutzung des einzelnen Kindes auch zu mehr, zu früherer und dann leider auch öfter zu unnötiger Aufregung.

Daher müssen – wie bei Bluthochdruck oder Zuckerkrankheit auch – Experten bestimmen, bei welcher Ausprägung der Kernsymptome eine Diagnose vergeben wird und/oder zur Behandlung geraten wird, da die drohenden negativen Folgen verglichen mit möglichen Nebenwirkungen einer Behandlung zu gravierend sein können. Während bei Bluthochdruck oder Zuckerkrankheit objektiv messbare Werte herangezogen werden, sind Zappeligkeit oder Unaufmerksamkeit viel schwieriger zu messen, da sie stark von der Situation, Umgebung, Tageszeit und -form und weiteren Faktoren abhängen.

Zusammengefasst versuchen daher die immer mehr Eltern mit immer mehr Anstrengung ihrem Kind einen möglichst optimalen Start in das Berufsleben zu ermöglichen und somit wird bei relativ unverändertem genetischem Risiko häufiger die Diagnose ADHS gestellt.

Generell vermutet man grob vereinfacht, dass eine Unterfunktion des Überträgerstoffes Dopamin im Gehirn der ADHS zugrunde liegt [3] und diese durch entsprechende Medikamente normalisiert werden kann. Allerdings wurden auch Veränderungen in anderen Neurotransmittersystemen beschrieben und eine gute Funktionsfähigkeit des Gehirns setzt ein komplexes Zusammenspiel zwischen den sowie eine gute Funktion des jeweiligen Neurotransmittersystems im lebenden Gehirn voraus. Verschiedene morphologische (abnorme Entwicklung der Basalganglien, des Cerebellums und des hauptsächlich lateralen präfrontalen und parietalen Cortex) und funktionelle Veränderungen des Gehirns sowie verringerte Leistung bei neuropsychologischen Testaufgaben werden eher als mit ADHS assoziierte Veränderungen angesehen.

Therapie

Die bekannte Struwwelpeter-Einschüchterungsstrategie, reichend von „Philipp, das mißfällt mir sehr!“ bis zum Friedrich, der ins Bett muss, weil ihn ein Hund biss, „und der Doktor sitzt dabei und gibt ihm bitt’re Arznei.“ wurde zu einer multimodalen Behandlung der ADHS in der Gegenwart weiterentwickelt.

Am Ausgangspunkt jeder therapeutischen Planung steht die Psychoedukation, das heißt informieren über ein möglicherweise prinzipiell anderes Erleben und Lernen des Betroffenen, über typische Schwierigkeiten und den bestmöglichen Umgang damit. Aber auch Themen wie Schuldgefühle der Eltern, die individuelle Prognose usw. werden behandelt.

Je nach Verfügbarkeit, Schweregrad und Bild der ADHS stehen unterschiedliche Therapieoptionen zur Verfügung. Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie kann in folgenden Fällen indiziert sein:

- bei besonders schwer ausgeprägter ADHS-Symptomatik,
- bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (zum Beispiel Störungen des Sozialverhaltens),
- bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten oder in der Schule oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen,
- nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie.

Zusätzlich zur Psychoedukation wurden in der multimodalen ADHS-Behandlung verschiedene Bausteine etabliert, die als Gruppen- und/oder Einzeltherapie für den Betroffenen, die Eltern oder beide zusammen angeboten werden:

- Elternt raining und Interventionen in der Familie (einschließlich Familientherapie) werden erfolgreich zur Verminderung der Symptomatik in der Familie eingesetzt.
- Direkte Interventionen im Kindergarten/in der Schule (zum Bei-

spiel Platzierungs-Interventionen) haben ebenfalls positive Effekte gezeigt.

- Ab dem Schulalter kann eine Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement) eingesetzt werden.
- Die Pharmakotherapie führt zur schnellsten und deutlichsten Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen.
- Alternativen / Ergänzungen können diätetische Behandlungen (oligoantigene Diät; Omega-3/Omega-6 Supplementierung) sein. Hier sind jedoch weitere Studien notwendig, um die Wirksamkeit und die Indikation dieser Intervention genauer abschätzen zu können.
- In den letzten Jahren hat sich Neurofeedback als weiterer klinisch wirksamer Therapiebaustein zur Behandlung von Kindern mit ADHS etabliert.

Pharmakotherapie

Hartnäckige Vorbehalte gegen häufig eingesetzte ADHS-Medikamente wie das Methylphenidat führten dazu, dass sie über die Jahre zu den bestuntersuchten Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen überhaupt wurden. Vor allem die Tatsache, dass die sogenannten Psychostimulanzien (Wirkstoffe Methylphenidat und Amphetamin) in hoher Dosierung und bei schneller Anflutung im Gehirn (zum Beispiel durch intranasale Gabe) süchtig machen können und daher unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, führt zu einer hohen Emotionalisierung der Debatte. Als Alternative ohne diese Auflagen wurde der Wirkstoff Atomoxetin eingeführt. Während letzteres eher indirekt über Veränderungen im Noradrenalinstoffwechsel auch den Dopaminstoffwechsel beeinflusst, tun dies die Psychostimulanzien direkter.

Tabelle 2

relative Kontraindikationen, vor allem für eine initiale Behandlung mit Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin)
■ Hypertension, Depression
■ Schizophrene Psychosen
■ Tief greifende Entwicklungsstörungen
■ Geistige Behinderung
■ Medikamenten-/Drogenmissbrauch im unmittelbaren Umfeld des Kindes/Jugendlichen oder durch den Jugendlichen selbst
■ Anorexia
■ Herz-Kreislauf-Störungen

In der bei ADHS notwendigen, geringen Dosierung und bei oraler Einnahme = langsame Anflutung im Gehirn, sind die Hauptwirkungen beider Medikamente sehr positiv und damit hoch erwünscht: das Kind kann sich deutlich besser konzentrieren, ruhiger sitzen und ist weniger impulsiv. Allerdings verbessern sich die Symptome nicht bei allen Behandelten (etwa 20 bis 30 Prozent). Vor allem hinsichtlich der Impulsivität stellt sich immer wieder zu wenig Besserung ein, eine Tatsache die Hinweis sein könnte, dass hier dann noch ein anderes, emotionales Problem in das Krankheitsbild hineinspielt [4]. Verglichen mit den möglichen Nebenwirkungen, die vor allem zu Beginn einer Behandlung auftreten, überwiegen im Durchschnitt betrachtet eindeutig die positiven Effekte. An Nebenwirkungen werden beobachtet: Allergien, Kopfschmerzen, erhöhter Blutdruck, verlangsamtes Wachstum und reduzierter Appetit. Fast alle gehen mit dem Absetzen des Medikaments wieder weg oder verschwinden nach der Eindosierungsphase deutlich bis ganz. Den-

noch raten die Hersteller von Methylphenidat im Beipackzettel dazu, regelmäßig Puls, Blutdruck, Körpergröße und Gewicht von Kindern zu kontrollieren, die das Präparat einnehmen. Als erwiesen gilt, dass es eine etwaige spätere Neigung zur Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen nicht unterstützt, sondern alles in allem eher verhindert.

Als relative Kontraindikationen, vor allem für eine initiale Behandlung mit Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin), entnehmen Sie bitte Tabelle 2.

Die Wirkung der Psychostimulanzien setzt relativ schnell ein und hält leider auch kürzer als ein durchschnittlicher Schulbesuch an (etwa 4 Stunden). Daher wurden in den letzten Jahren unterschiedliche Retardpräparate entwickelt und eingeführt, die eine Freisetzung über den Tag realisieren und somit eine Wirkung von bis zu 12 Stunden.

Bisherige Langzeitdaten zu möglichen Risiken einer längeren ADHS-Behandlung mit Methylphenidat haben keine negativen Effekte, son-

dern im Gegenteil bei Mensch und Ratte eine Normalisierung im Zusammenhang mit ADHS veränderter Parameter des Gehirns zeigen können.

Neurofeedback

In den letzten Jahren hat sich neben der Medikation und anderen verhaltenstherapeutischen Ansätzen das sogenannte Neurofeedback als weiterer, klinisch wirksamer Therapiebaustein zur Behandlung von Kindern mit ADHS etabliert [5]. Seine Wirksamkeit auch über die Zeit der Behandlung hinaus wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen. Beim Neurofeedback-Training sitzt das Kind vor einem Computerbildschirm. Seine Gehirnströme werden über am Kopf aufgeklebte Elektroden abgeleitet und steuern ein Computer-Programm. Je nach Konzentrationsgrad kann das Kind zum Beispiel mit seiner Gedankenkraft bei einem virtuellen Fußballspiel einen Elfmeter-Schuss halten oder die Maus über Hindernisse springen lassen. Der Effekt: Kinder können durch die Rückmeldung der Veränderungen ihrer Hirnströme selbst Strategien erarbeiten, um sich besser zu konzentrieren und ihr Verhalten zu steuern. Bisher geht man davon aus, dass diese Art von Training vor allem bei schwerer Betroffenen eine medikamentöse Therapie nur in Einzelfällen ersetzen kann, aber sicher eine gute Ergänzung darstellt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Veit Roessner,
Direktor Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



4. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

© SLÄK

Am 12. September 2012 lud das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ unter dem Motto „Berufsvorstellungen angehender Mediziner und Versorgungsmodelle im ländlichen Raum“ zum 4. Netzwerktreffen in die Sächsische Landesärztekammer ein. Neben der Vorstellung der bisherigen Projekte des Netzwerkes wurde in diesem Jahr der Fokus auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen für Ärzte und innovative medizinische Versorgungsmodelle gelegt. Ausgangspunkt waren Berufsvorstellungen junger Mediziner, die Phillip Munzert von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. präsentierte. Hier wurde deutlich, wie wichtig für die künftigen



© SLÄK

gen Ärzte geregelte Arbeitszeiten, ein angenehmes Betriebsklima und die Entlastung von finanziellen Risiken sind. Eben jene Schlagworte waren dann auch Thema der Vorträge von Experten aus dem sächsischen Gesundheitswesen, die ihre Antworten auf Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorstellten.

Der medizinische Direktor vom Lausitzer Seenland Klinikum, Priv.-Doz. Dr. med. habil. Thomas Sutter, informierte über die Zertifizierung „auditberufundfamilie“. Hier steht neben der strukturierten Weiterbildung vor allem ein familienbewusstes und lebensphasengerechtes Personalmanagement im Zentrum. Ralph Schibbe, Geschäftsführer der Elbland Polikliniken GmbH, stellte Vorteile einer ärztlichen Tätigkeit im MVZ-Verbund vor. Die Mediziner erwartet hier nicht nur eine Kombination aus ambulanter und stationärer Tätigkeit, sondern auch klare und planbare Arbeitszeiten sowie fortlaufende Weiterbildung und die Entlastung von administrativen Tätigkeiten. Für die Seite der Gemeinden und Kommunen war es Manfred Elsner, Bürgermeister der Stadt Neustadt in Sachsen, der seine Bemühungen um ärztlichen Nachwuchs schilderte. Hierzu zählen unter anderem attraktive Angebote für Praxen im städtischen Bereich und der vergünstigte Verkauf kommunaler Gebäude für medizinische Angebote.

In der Podiumsdiskussion gab es schließlich wichtige Anregungen und Lösungsansätze für die wohnortnahe Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels. Der Medizin muss demnach mehr Flexibilisierung und Planbarkeit zugestanden werden. Zugleich wünschte sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, dass das ärztliche Berufsethos und der Patient weiterhin über Wirtschaftlichkeitsfaktoren gestellt werden.

Den Abschluss der Veranstaltung bildete die Premiere eines neuen Films



Ralph Schibbe und Prof. Dr. med. habil. Thomas Sutter (v.l.)

© SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze und Ass. jur. Friedrich R. München

© SLÄK



Fast 70 Teilnehmer interessieren sich für die künftigen Herausforderungen an das sächsische Gesundheitssystem © SLÄK

von „Ärzte für Sachsen“, mit dem über die hausärztliche Tätigkeit in den ländlichen Regionen Sachsens informiert wird. Zu sehen ist der Streifen mit dem Titel „Allgemeinmediziner in Sachsen“ bei Youtube, auf Facebook und auf www.aerzte-fuer-sachsen.de.

Martin Kandzia B.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Notfallsanitäter – ein neuer Gesundheitsberuf

Zusammenfassung

Der im Mai 2012 veröffentlichte Referentenentwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz über den Beruf des Notfallsanitäters hat die ärztlichen Organisationen und Körperschaften überrascht. Die in dem Entwurf beschriebene, künftig vorgesehene, heilkundliche Tätigkeit des Rettungsdienstpersonals wirft zahlreiche Fragen auf und hat zu einem heftigen Protest der Notfallmediziner geführt. Der vorliegende Beitrag stellt den Beschäftigungsbereich des Rettungsassistenten (künftigen Notfallsanitäter) in eine kritische Betrachtung und erläutert Vor- und Nachteile des Gesetzentwurfes. Zusammenfassend muss der Gesetzentwurf abgelehnt werden, da er die bestehenden Probleme in der außerklinischen Notfallbetreuung nicht lösen kann. Die Sächsische Landesärztekammer hat sich als eine der ersten Körperschaften hierzu kritisch auf dem Sächsischen Ärztetag im Juni 2012 geäußert.

Historisches

Historisch gesehen gibt es in der außerklinischen Betreuung von medizinischen Notfällen den Sanitäter länger als den Arzt. So war in der Rettungsgesellschaft zu Leipzig von 1882 als einem der ersten organisierten Krankentransportsysteme in Deutschland an einen außerhalb der Kliniken tätigen Arzt bei medizinischen Notfällen noch nicht zu denken. Im Jahre 1908 forderte auf dem Internationalen Rettungskongress in Frankfurt/Main als wahrscheinlich erster ärztlicher Funktionsträger der Leipziger Dr. med. Paul Streffer, damals Geschäftsführer des Hartmannbundes und praktischer Arzt in Leipzig-Connewitz, dass der Krankentransport unter ärztliche Leitung zu stellen sei. 1938 schließlich postulierte der Chirurg Prof. Dr. med. Martin Kirschner in seinem bedeutsamen Vortrag „Der Verkehrsunfall und seine erste Behandlung“ auf der Tagung der Gesellschaft für Chirurgie



Quelle: DRK

in Berlin, dass nicht mehr der Patient zum Arzt, sondern der Arzt zum Patienten an den Notfallort zu bringen sei. Es dauerte allerdings noch bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, ehe diese weisen Überlegungen in die Praxis umgesetzt werden konnten.

Bis dahin waren für die Versorgung am Notfallort und auf dem Transport „Sanitäter“ zuständig, zumeist schlecht oder gar nicht ausgebildet. Am 20.09.1977 fasste der Bund-Länderausschuss „Rettungswesen“ einen Beschluss über die „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“ (520-Stunden-Programm). Es hatte damals eine bessere Ausbildung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten für die Notfallrettung zum Ziel. Zurzeit dieser Empfehlung war die Qualifikation zum Rettungsassistent ausschließlich auf die Mitarbeit im Rettungsdienst ausgerichtet und die höchste Ausbildungsstufe mit Schwerpunkt Notfallrettung für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal. Diese 520-Stunden-Ausbildung war jedoch in keinem Fall einer soliden Berufsausbildung gleichzusetzen.

Als eine der letzten wesentlichen Gesetzesvorhaben vor der Wiedervereinigung beschloss der Bundestag am 10. Juli 1989 das Rettungsassistentengesetz (RettAssGes), welches bis zum heutigen Tag für die Ausbil-

dung der nichtärztlichen Mitarbeiter zur Anwendung kommt.

In der DDR war man einen anderen Weg gegangen, indem von Notfallmedizinern (H.-J. Heidel und M. Burgkhart 1986) analog zu anderen mittleren medizinischen Berufen ein Modell „SMH-Pfleger/SMH-Schwester“ (SMH = Schnelle Medizinische Hilfe) entwickelt wurde. Dieses Modell kam jedoch nicht zur Anwendung, sondern wurde durch ein sogenanntes Kombimodell abgelöst (Facharbeiter Krankenpflege plus Notfallmedizinische Ausbildung). Beide Modelle fanden im vereinigten Deutschland keine Anerkennung, sodass nach 1989 im Osten auch keine Übergangslösungen gemäß RettAssGes möglich waren. Aus der heutigen Sicht stellt sich das jedoch als ein großer Vorteil dar, weil dadurch alle Rettungsdienstmitarbeiter im Osten tatsächlich eine Ausbildung (wenn auch eine unvollkommene) durchlaufen haben.

Derzeit gibt es nunmehr in der außerklinischen Notfallmedizin neben dem Arzt, der als Notarzt eingesetzt wird, verschiedene nichtärztliche Mitarbeiter: Rettungshelfer, Rettungsassistenten und Rettungsassistenten. Rettungshelfer und Rettungsassistenten verfügen über keinen medizinischen Berufsabschluss, sondern werden über niedrigschwellige Bildungsmaßnahmen für ihre Tätigkeit im Krankentransport und Rettungsdienst qualifiziert.

Ausbildung nach dem Rettungsassistentengesetz (RettAssGes)

Rettungsassistenten (RA) erhalten seit 1989 eine Berufsausbildung, die insgesamt gesehen bisher nicht befriedigen konnte, aber notwendig war, um einen Qualitätssprung in der Notfallversorgung zu erreichen und zugleich eine große Zahl von Mitarbeitern schnell zu qualifizieren.

Die Kritik der Notfallmediziner an dieser Ausbildung und damit auch an diesem Gesetz macht sich an folgenden Punkten fest:

- Die mit der 89er-Gesetzgebung festgelegte zweijährige Ausbildungszeit ist nicht kompatibel mit der Ausbildungszeit der anderen medizinischen Assistenzberufe.
- Die staatliche Prüfung wird bei den RA bereits nach dem ersten Jahr theoretischer Ausbildung abgenommen, sodass nach dem zweiten Jahr der Ausbildung, das an der Lehrrettungswache absolviert wird, kaum noch die Möglichkeit gegeben ist, als Prüfungsvorsitzender tätig zu werden, wenn die Gesamtleistungen des Praktikanten nicht befriedigen konnten.
- Mit der 89er-Regelung wurden auch zahlreiche Rettungsassistenten in den Stand des RA überführt, ohne dass sie sich einer Nachschulung unterziehen mussten. Dies betraf allerdings nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den westlichen Bundesländern, da die Übergangsregelung

im Prinzip im Osten nicht angewendet werden konnte.

- Zudem gibt es bis zum heutigen Tage verkürzte Übergangslehrgänge für Rettungsassistenten und/oder Absolventen anderer Gesundheitsberufe, die vom Umfang und vom Inhalt nicht den Anforderungen aus der Praxis genügen können.
- Die Bezahlung der Praktikanten, die im zweiten Jahr der Ausbildung auf den Lehrrettungswachen und somit auf den Rettungswagen eingesetzt werden, war nicht geregelt.

Aus den genannten Gründen war es bisher den RA nicht möglich, aus ihrem Beruf und Tätigkeitsbereich in einen anderen Gesundheitsberuf „umzusteigen“, weil in aller Regel keine Elemente aus der Ausbildung übernommen werden konnten. Damit waren Menschen, die durch die Arbeit in der außerklinischen Notfallmedizin Sozialkompetenz erworben hatten, für die Arbeit im Gesundheitswesen verloren, sofern sie die Arbeit als RA nicht mehr ausüben konnten oder wollten.

Es war somit gerade für ärztliche Organisationen in den letzten Jahren eine immer wieder an den Gesetzgeber erhobene Forderung, ein neues Rettungsassistentengesetz zu erlassen, das die Defizite nicht mehr aufweist.

Es war auch festzustellen, dass die Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ insgesamt von der Öffentlichkeit nicht angenommen wurde. Mit

dem Begriff „Rettungsassistent“ konnte man etwas anfangen, da der „Sanitäter“ sich selbst erklärte. Der Rettungsassistent ist aber deutlich weniger qualifiziert, da er nur über die Ausbildung im Umfang von 520 Stunden verfügt, sodass er nach drei Monaten diese Tätigkeitsbezeichnung tragen darf. In der Öffentlichkeit verstand man den Rettungsassistenten zuweilen als den „Assistenten vom Sanitäter“ und erkannte nicht seine deutlich bessere Ausbildung. Die Bundesregierung legt jetzt einen Referentenentwurf über den Assistenzberuf in der außerklinischen Notfallversorgung vor. Der Gesetzesentwurf bezeichnet diesen Beruf nunmehr als Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin. Dies erscheint aus den zuvor genannten Gründen logisch, weil der Begriff „Sanitäter“ aufgenommen wird. Allerdings wird auch künftig niemand außerhalb des Systems unterscheiden können, ob nun der Rettungsassistent oder der Notfallsanitäter der besser geeignete ist.

Notfallsanitäter in Österreich

Allerdings ist die Einführung der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ insofern konsequent, als in Österreich schon seit mehreren Jahren diese Berufsbezeichnung üblich ist. Allerdings ergibt sich hierbei ein neues Problem, da der Ausbildungsgang allein vom Umfang her nicht kompatibel ist. Während der „deutsche Notfallsanitäter“ eine dreijährige klassisch duale Ausbildung durchlaufen soll, beträgt die Bil-

dungszeit des „österreichischen Notfallsanitäters“ nur 740 Stunden.

Sie beginnt mit der Ausbildung zum Rettungssanitäter über 260 Stunden. Anschließend folgt eine 480-Stunden umfassende Ausbildung, die sowohl Theorie (160 Stunden), als auch Krankenhauspraktika (40 bis 120 Stunden) und Praktika auf arztbesetzten Rettungsmitteln (280 Stunden) beinhaltet. Auch hier endet die Ausbildung mit einer theoretischen sowie einer praktischen Prüfung.

Österreichische Notfallsanitäter können sogenannte Notfallkompetenzen erwerben, sofern sie dafür spezielle Ausbildungen absolvieren. Anders als in Deutschland sind diese erweiterten Kompetenzen dann aber auf Bundesebene (Sanitätergesetz) rechtlich genau festgelegt. Dies bedeutet, dass es hierfür einen genau festgelegten Rahmen gibt, in dem der Notfallsanitäter die erlernten Notfallkompetenzen anwenden darf und sogar muss. Auch anders als in Deutschland ist die Tatsache, dass es keinen rechtfertigenden Notstand gibt und damit eine Überschreitung der Kompetenzen nicht denkbar ist. Insgesamt liegt also der „österreichische Notfallsanitäter“ mit der durchlaufenen Lehrstundenanzahl weit unter der bisherigen Rettungsassistentenausbildung in Deutschland.

Notfallsanitäter-Gesetzentwurf Deutschland

So sehr es zu begrüßen ist, dass nunmehr ein deutscher Gesetzentwurf vorliegt, so sehr muss auch differenziert dazu Stellung genommen werden. Als positiv kann eingeschätzt werden:

- das deutliche Bekenntnis in der Präambel zu einem arztgestützten Rettungssystem nach bisherigem deutschem Modell,
- die nunmehr erforderliche Eingangsqualifikation eines Hochschulabschlusses,
- Festschreibung einer dreijährigen Ausbildung nach dualem Prinzip im Wechsel zwischen Theorie und Praxis,
- Festschreibung einer Ausbildungsvergütung über die gesamte Zeit,
- Feststellung, dass die anfallenden

Mehrkosten der Ausbildung von den Kostenträgern des Rettungsdienstes zu tragen sind.

Zu kritisieren ist aus ärztlicher Sicht:

- Die Einordnung des Berufs des Notfallsanitäters in den Status eines nichtärztlichen Heilberufes. Hierzu stellt die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 21.06.2012 fest: „...dass (mit dem Referentenentwurf) eine weitgehende und unbestimmte Freigabe für die Durchführung umfassender medizinischer Maßnahmen an allen Patienten in Notfallsituationen erteilt wird, die in keinem Verhältnis zur geplanten Ausbildung stehen.“
- Die im § 4. c. beschriebene Durchführung von invasiven Maßnahmen beim Patienten. Dabei ist völlig unklar, was der Gesetzgeber unter invasiven Maßnahmen verstehen will. Meint er das, was wir Ärzte unter invasiven Maßnahmen verstehen, also die Thoraxdrainage und die Koniotomie, dann muss man erwidern, dass die Thoraxdrainage eine so seltene Maßnahme in der außerklinischen Notfallversorgung ist, dass sie nur derjenige sicher beherrschen kann, der sie (die Maßnahme) in der täglichen klinischen Routine praktiziert. Die Koniotomie wiederum stellt in der außerklinischen Notfallmedizin einen extrem seltenen Eingriff dar, der vom Notfallsanitäter praktisch nicht erlernt werden kann. Diese Maßnahme ist selbst von erfahrenen Notärzten in einer mehr als zwanzigjährigen Tätigkeit niemals ausgeübt worden. Meint aber der Gesetzgeber die in einem bekannten Rechtsgutachten für den Kreisverband des Deutschen Roten Kreuzes Reutlingen e. V. von einem Juristen erhobene Feststellung (Prof. Dr. jur. K. Fehn, Köln 2008), wonach die Herzdruckmassage eine invasive Maßnahme sei, dann sollte er (der Gesetzgeber) dies präzisieren.
- Die Feststellung, dass nicht nur vom Ärztlichen Leiter die Maß-

nahmen des Notfallsanitäters überprüft werden sollen, sondern auch von „entsprechend verantwortlichen Ärzten“. Diese Formulierung ist insbesondere inakzeptabel, weil es Bundesländer gibt, in denen Hilfsorganisationen die Trägerschaft im Rettungsdienst innehaben und Überprüfungen und Überwachungen auf eigene Ärzte übertragen können.

- Die Tatsache, dass künftige Ausbildungsstätten für Notfallsanitäter nicht von einem Arzt geleitet werden sollen. Dies ist im Fall anderer Gesundheitsberufe dagegen stets der Fall.

Zahlreiche ärztliche Gremien, so auch die Sächsische Landesärztekammer, haben sich kritisch zu dem Gesetzentwurf geäußert und lehnen ihn in dieser Form ab.

Der Entwurf erweckt den Eindruck, als ob es nicht genügend Notärzte gäbe, sodass deren Aufgaben von Notfallsanitätern übernommen werden müssen, um die Bevölkerungsversorgung sicherzustellen. Dem ist aber durchaus nicht so, wie die Situation im Freistaat Sachsen belegt: Im Jahre 2011 haben 1.150 Ärzte notärztliche Leistungen gegenüber der Arbeitsgemeinschaft für die notärztliche Versorgung (ARGENÄV) abgerechnet und damit den Notarztendienst weitgehend abgesichert. Demgegenüber besitzen 4.185 Ärzte die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin bzw. den Fachkundenachweis Rettungsdienst (Stand 01.01.2012).

Das Problem in Deutschland ist aber nicht ein Notarztmangel, sondern der lineare Anstieg der Notarzteinsatzzahlen. Diese wiederum sind nicht begründet in einer Zunahme echter Notfälle, sondern in der Tatsache, dass bis zu 40 Prozent der Einsätze nicht dem Notarztindikationskatalog entsprechen. Für diese Einsätze, die im Prinzip höchstens sogenannte Dringlichkeitsfälle sind, bedarf es jedoch nicht eines Notfallsanitäters mit fragwürdiger Berechtigung zu invasiver Behandlungstechnik, sondern einer hausärztlichen Betreuung in einer Praxis oder in einem gut organisierten Hausbe-

Tabelle 1: Gesamtbildungszeit von Arzt und nichtärztlichen Mitarbeitern zum Einsatz im Rettungsdienst (Stand 2012)

	Notarzt	Rettungsassistent	Notfallsanitäter
Schulbildung	12/13 Jahre	8 Jahre	10 Jahre
Ausbildung	6 Jahre	2 Jahre	3 Jahre
Weiterbildung	2,5 Jahre	-	-
Bildungszeit	20,5/21,5 J.	10 Jahre	13 Jahre

suchsdienst, denn diese Patienten wollen nicht transportiert, sondern ärztlich behandelt werden. Sie müssen gründlich ärztlich untersucht werden und erhalten bei Bedarf Medikamente; eine Klinikeinweisung ist in aller Regel nicht erforderlich und vom Patienten auch nicht gewünscht.

Schlussfolgerungen

Das Gesetz für den Notfallsanitäter geht in die richtige Richtung, indem es endlich einen Beruf schafft, der anderen medizinischen Assistenzberufen adäquat ist und ein späteres Umsteigen erlaubt. Der Entwurf überschreitet aber aus der Sicht ärztlicher Organisationen die Grenze, die einem medizinischen Assistenzberuf aufgezeigt sind und ihn vom Arztbe-

ruf trennen. In Tabelle 1 ist der unterschiedliche Bildungsgang der Ärzte und der Rettungsassistenten dargestellt und dem neuen Bildungsmodell des Notfallsanitäters gegenübergestellt. Wenn tatsächlich Notfallsanitäter künftig in eigener Verantwortung invasive Maßnahmen durchführen sollen, dann sei darauf hingewiesen, dass selbst für Intensivkrankenschwestern, die einen längeren Bildungsgang durchlaufen, diese Maßnahmen niemals vorgesehen sind. Ein Verwischen der Grenzen zwischen Arzt und Notfallsanitäter bei der Durchführung spezieller Behandlungstechniken kann aus der Sicht der folgenden ärztlichen Gremien, die zeitnah zur Veröffentlichung des Gesetzentwurfes abgegeben wurden, nicht akzeptiert werden:

- Bundesärztekammer mit der Stellungnahme vom 21.06.2012,
- Bundesvereinigung der Notarzarbeitsgemeinschaften Deutschlands (BAND) e. V. mit der Stellungnahme vom 03.06.2012,
- Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland (ÄLRD) e. V. mit der Stellungnahme vom 16.06.2012,
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e. V. mit der Stellungnahme vom 10.07.2012,
- Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (AGSWN) e. V. mit der Stellungnahme vom 20.06.2012.

Der 22. Sächsische Ärztetag hat sich konsequenterweise am 23.06.2012 in Dresden mit einem einstimmig angenommenen Antrag analog geäußert.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstraße 34, 04299 Leipzig

Im Strudel der Zeit

Christine Lehmann:

„Im Strudel der Zeit – von Wende, Mut und Alzheimer“

Verlag: Frieling, 239 Seiten

1. Auflage 2012

ISBN: 978-3-8280-2985-9

Preis: 12,90 €

Eine Kollegin berichtet in ihrem Buch „Im Strudel der Zeit“ über ihre Erfahrungen aus der Wendezeit. Sie hat zunächst über viele Jahre als Allgemeinmedizinerin in einer Poliklinik in Dresden gearbeitet. Mit der Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse im Osten Deutschlands hat sie – wie auch viele andere – den Sprung in die Niederlassung gewagt und offenbar hat sie sich dabei gut in das unternehmerische Denken und Handeln als Selbständige hineingefunden. Das ist nichts Außergewöhnliches, wäre da nicht das



eigene familiäre Lebensschicksal. Haupthelden in dem Buch sind neben Irene, einer Ärztin, deren Ehemann Paul, ein gestandener Mann mit viel Kraft und Lebenserfahrung, sowie Charlotte, Irenes Mutter. Paul, mit dem Irene viele gute Jahre hatte, erkrankt schleichend und zunächst unbemerkt an der Alzhei-

merschen Krankheit. Das Erkennen dieser unheilvollen Diagnose und die Veränderungen eines lieben Menschen, des Ehemanns der Ärztin, werden auf eindrucksvolle Art beschrieben und in erklärender Weise werden viele ungewöhnliche Veränderungen im Leben eines Ehepaares geschildert.

Insgesamt ist die familiäre Situation folgende: pflegebedürftiger Ehemann, alternde Mutter und immense berufliche Belastungen. Jene Situation ist von der Autorin in autobiografischer Darstellung gut und anschaulich beschrieben worden. Das Buch ist bis zur letzten Seite, wenn gleich mit fatalem Ausgang, spannend und packend geschrieben. Es ist ein Zeitzeugnis.

Daher kann „Im Strudel der Zeit“ einem großen Leserkreis, insbesondere auch den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, empfohlen werden.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

39. Tagung der Kreisärztekammern

Am 22. September 2012 trafen sich unter Leitung des Präsidenten der Vorstand und die Vorsitzenden der Kreisärztekammern zum gemeinsamen Austausch über aktuelle berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Fragen.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

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

Prof. Dr. Schulze stellte neben den aktuellen Debatten zur Änderung der Bedarfsplanung auch die vom SMS geplante Einrichtung des „Gemeinsamen Landesgremiums“ vor. Dieses Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben sowie zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne Stellung nehmen.

Bedarfsplanung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat zwischenzeitlich eine Zulassungssperre für neun Facharztgruppen verhängt, für die es bisher keine Bedarfsplanung gab, wie Neurochirurgen oder Nuklearmediziner. Dies gilt auch für Anstellungen von Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Einzelpraxen. Der Grund ist die überproportionale Zunahme von Zulassungsanträgen dieser Fachgruppen. Gleichzeitig berichtete der Präsident von der Abschaffung des erst vor einem Jahr eingeführten demografischen Faktors ab 31.12.2012 durch den



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dr. med. Rainer Kobes, Dr. med. Steffen Liebscher, Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken (v.l.) © SLÄK

GBA. Grund dafür sei, dass der Demografiefaktor dazu geführt hat, dass Kassenärztliche Vereinigungen zusätzliche Arztsitze ausgewiesen hätten, die Niederlassungen dann aber in Städten und nicht in ländlichen Gegenden mit vielen alten Menschen erfolgte. So soll auch der Druck auf die Beteiligten ausgeübt werden, sich spätestens bis Jahresende auf eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie zu einigen.

Mit Blick auf die laufenden Honorarverhandlungen zwischen KBV – Krankenkassen machte der Präsident deutlich, dass die Sächsische Landesärztekammer mit den niedergelassenen Ärzten solidarisch ist. Eine Honorarsteigerung unterhalb der Inflation sei vollkommen unangemessen. In vielen Bundesländern wird laut KBV jede fünfte ärztliche Leistung gar nicht vergütet. Zudem müsse man in Berlin klarstellen, wer in der Medizin die Verantwortung trägt: Ärzte und nicht Krankenkassen.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Demnächst soll die sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit dem Ziel umgesetzt werden, die Qualität der medizinischen Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu erfassen und zu bewerten. Dadurch sollen sogenannte Längsschnittbetrachtungen möglich werden und Behandlungsverläufe sollen im Ganzen beurteilt und über verschiedene daran beteiligte Leistungserbringer und größere Zeiträume hinweg analysiert werden können.

Ärztebedarf in Sachsen

Der Ärztebedarf in Sachsen ist weiterhin recht hoch, so der Präsident. Laut Praxis- und Stellenbörse der KVS gibt es 122 ausgeschriebene und abzugebende Praxen, darunter 85 im Hausarztbereich und 31 im fachärztlichen Bereich (vor allem HNO, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten). Bei den 46 Stellenangeboten entfallen 20 auf den hausärztlichen Bereich (inkl. Kinderärzte) und 20 auf Fachärzte. Laut Krankenhausgesellschaft Sachsen werden pro Jahr an den sächsischen Kliniken über 300 Ärzte (Fachärzte, Ärzte in Weiterbildung, Hauptgebiete: Chirurgie, Anästhesiologie) gesucht.

Die Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen geht deshalb ungewöhnliche Wege bei der Suche nach Praxisnachfolgern. Zum Einen hat sie über einen Personaldienstleister im EU-Ausland nach Ärzten als Praxisnachfolger suchen lassen. Dieser hat



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken, Vorstandsmitglied (re.): „Vertrauenskultur zwischen den Krankenhausärzten und den Ärzten des MDK entwickeln.“ © SLÄK

sechs Mediziner aus Spanien mit ambulanter Erfahrung für Westsachsen gewinnen können. Sie sollen eine sehr gute Ausbildung und langjährige ambulante Erfahrung haben. Diese neuen Vertragsärzte sind verpflichtet, mindestens vier Jahre am Standort niedergelassen zu sein. Die ersten drei spanischen Ärzte im Vogtlandkreis, Landkreis Zwickau und Mittelsachsen unterschrieben bereits am 29. Juli 2012 ihre Verträge zur Praxisübergabe.

Zudem hat die KVS 20 Stipendien für Ungarn bereitgestellt. Damit können ab 2013 Studenten an der Semmelweis-Universität in Budapest studieren. Im Gegenzug müssen die so geförderten Studenten sich verpflichten, sich nach dem Medizinstudium eine bestimmte Zeit in Sachsen niederzulassen.

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ wirbt mit Blick auf den hohen Arztbedarf im Freistaat weiterhin bundesweit um junge Ärzte. Hauptziel der Netzwerktaetigkeit ist die Vermittlung von sächsischen Förder- und Unterstützungsangeboten an Medizinstudenten und junge Ärzte. Zugleich nutzt es gezielte Kommunikationsmaßnahmen, um Medizinstudenten und Absolventen der Fakultäten in Dresden und Leipzig in Sachsen zu halten. Das Netzwerktreffen am 12. September 2012 hatte den Schwerpunkt „Berufsvorstellungen angehender Mediziner und Versorgungsmodelle im ländlichen Raum“ (siehe Bericht in diesem Heft).

Organspende

Aufgrund der Vorwürfe gegen Transplantationszentren in Regensburg und Göttingen soll kriminelles Verhalten bei Organspenden künftig schärfer geahndet werden (Verteilungskriminalität). Dies hat die Bundesregierung so beschlossen, berichtete der Präsident. Je nach Schwere des Verstoßes sollen künftig nicht nur die Täter strafrechtlich verfolgt, sondern auch die betroffenen Transplantationszentren vorübergehend geschlossen werden. Zudem sind schärfere berufsrechtliche Konsequenzen für die an Vergehen betei-



Frau Dipl.-Med. Brigitte Köhler, KÄK Meißen (li.), mahnt die Qualität der Pflege in den Altersheimen an. © SLÄK

ligten Mediziner vorgesehen, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können. Darüber hinaus soll künftig das sogenannte Sechs-Augen-Prinzip zur Grundlage für einen Organbedarf gemacht werden. Auch Kontrollen sollen deutlich verbessert werden. Künftig soll es regelmäßige Untersuchungen auch ohne Anlass geben. Auch die Bonuszahlungen an Ärzte sollen nicht mehr an die Zahl der durchgeführten Transplantationen geknüpft und der Wettlauf nach immer mehr Organverpflanzungen eingedämmt werden.

Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Ein Entwurf des Bundesjustizministeriums sieht vor, dass Angehörige und andere einem Suizidwilligen nahestehende Bezugspersonen, die sich als nicht gewerbsmäßig handelnde Teilnehmer an der Sterbehilfe beteiligen, straffrei bleiben sollen. Das könnte auch für Ärzte und Pflegekräfte gelten, wenn eine „über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende, länger andauernde persönliche Beziehung entstanden ist, wie dies zum Beispiel beim langjährigen Hausarzt der Fall sein kann. Die Position der Ärztekammern dazu ist weiterhin eindeutig: Ärzte stehen als Sterbehelfer nicht zur Verfügung. Denn Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen durch die Berufsordnung verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten und sie dürfen auch keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Palliativmediziner bleiben weiterhin straffrei, wenn diese „einem unheil-

bar kranken Patienten ein Schmerzmittel zur Bekämpfung sogenannter Vernichtungsschmerzen bereitstellen, obwohl er und der Patient wissen, dass dessen Einnahme unbeabsichtigt, aber notwendig den Todeseintritt beschleunigen wird.“

Klinische Krebsregister

Prof. Dr. Schulze berichtete weiter, dass ein Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister vorsieht, dass künftig die Länder für die Einrichtung und Arbeit der klinischen Krebsregister sowie der notwendigen Bestimmungen einschließlich der notwendigen datenschutzrechtlichen Regelungen zuständig sind. Die Länder sollen flächendeckend klinische Krebsregister mit einem festgelegten Aufgabenprofil einrichten, mit dem Ziel der möglichst vollzähligen Erfassung und Auswertung der Daten von Krebserkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Eingebrachte Änderungswünsche der BÄK wurden leider nicht berücksichtigt.

Datenschutz in den Kreisärztekammern

Ass. jur. Michael Kratz
Datenschutzbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer
Gemäß § 2 Abs. 1 Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wird für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt als rechtlich unselbständige Untergliederung eine Kreisärztekammer gebildet. Aufgrund dieser engen organisatorischen Anbindung sind die Kreisärztekammern in gleicher Weise wie die



Ass. jur. Michael Kratz © SLÄK

Hauptgeschäftsstelle im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Beachtung der Grundsätze des Datenschutzes verpflichtet und denselben datenschutzrechtlichen Vorgaben unterworfen.

Die durch die Sächsische Landesärztekammer gemäß Meldeordnung zulässigerweise über ihre Mitglieder erhobenen personenbezogenen Daten sind unter zwei Aspekten verwendbar.

Zunächst ist eine Nutzung von Daten im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgabenerfüllung der Kreisärztekammern zulässig. Die Kompetenzen der Kreisärztekammern sind in § 2 Abs. 3 Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer abschließend benannt und können mit der Zielsetzung einer individuellen Kommunikation mit den Mitgliedern umschrieben werden. Daneben ist eine Datenverwendung möglich, soweit jeder einzelne Betroffene der konkreten Datenverwendung im Vorhinein zugestimmt hat.

Nur durch diese klare Zielsetzung wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer – über die Verwendung der eigenen personenbezogenen Daten selbst zu entscheiden – gewährleistet.

Soweit eine Datenverwendung gerechtfertigt ist und zur effektiven Datenverarbeitung eine Datenübermittlung an einen Dritten unerlässlich ist (Datenverarbeitung im Auftrag), ist vor der Datenweitergabe stets eine schriftliche Datenschutzrechtliche Vereinbarung mit dem Auftragnehmer abzuschließen. Diese muss insbesondere folgende Regelungsbereiche umfassen:

1. Gegenstand und Dauer des Auftrages,
2. Umfang, Art und Zweck der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten,
3. Art der Daten und Kreis der Betroffenen,
4. zu treffende technische und organisatorische Maßnahmen,
5. Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten,
6. Kontrollrechte des Auftraggebers und entsprechende Duldungs- und Mitwirkungspflichten des Auftragnehmers (auch bezüglich etwaiger Unterauftragsverhältnisse),
7. Umfang der Weisungsbefugnisse, die sich der Auftraggeber gegenüber dem Auftragnehmer vorbehält,
8. Rückgabe überlassener Datenträger bzw. Löschung der beim Auftragnehmer gespeicherten Daten.

Im Rahmen der Datenverarbeitung durch die Kreisärztekammern ist es denkbar, dass Betroffene gegenüber den Kreisärztekammern Rechte (zum Beispiel Auskunft zu und Berichtigung von personenbezogenen Daten) geltend machen. Aufgrund der zentralen Datenverwaltung der Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer sind derartige Anfragen grundsätzlich an diese zur weiteren Bearbeitung weiterzuleiten.

Zu datenschutzrechtlichen Problemstellungen haben die Kreisärztekammern die Möglichkeit, den Datenschutzbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Ass. jur. Michael Kratz, unter 0351 8267-428 anzurufen.

Bericht aus der Sächsischen Ärzteversorgung

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

Dr. med. Steffen Liebscher dankte dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer für die Einladung und die Gelegenheit, den Vorsitzenden der Kreisärztekammern einen Zwischenstand der Entwicklung des Versorgungswerkes im Geschäftsjahr 2012 zu präsentieren.



Dr. med. Steffen Liebscher © SLÄK

Kapitalanlagetätigkeit

Ausgehend von den Geschäftsergebnissen per 31.12.2011 skizzierte Dr. Liebscher die Grundrisse der Kapitalanlagetätigkeit und erläuterte strategische und taktische Maßnahmen in den Anlageklassen Masterfonds, Renditedirektbestand und Immobilien.

Auch in den vergangenen Monaten hat sich die Situation auf den Finanzmärkten kaum entspannt. Die Banken- und Staatsschuldenkrise hält unvermindert an und nicht Wenige erkennen darin den neuen „Normalzustand“. Auch Dr. Liebscher ist geneigt, sich dieser Einschätzung anzuschließen, ohne jedoch das grundsätzliche Weiterbestehen der Euro-Zone in Zweifel zu ziehen.

Die soliden Zuwachsraten für Anwartschaften und Renten, so betonte der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, mussten in den vergangenen Jahrzehnten niemals unter solchen Bedingungen erreicht werden, wie sie seit fünf Jahren herrschen. Die Unsicherheit in fast allen Anlageklassen und das Niedrigzinsumfeld bedingen eine regelrechte Liquiditätsschwemme. Hier gelte es, Nischen zu finden, ohne im Strom mit zu schwimmen, und bei der „Jagd“ nach rentablen Papieren erfolgreich zu sein, ohne sich selbst zum Gejagten zu machen. Denn, so unterstrich Dr. Liebscher, mit einem Kapitalanlagevolumen von mittlerweile mehr als 2 Milliarden Euro brauche die Sächsische Ärzteversorgung als Investor neben einer belastbaren Strategie und einem langen Atem vor allem die nötige Konsequenz.

Exkurs:**Banken-Restrukturierungsgesetz**

Inwieweit der Staat in die Geschicke privater Investoren eingreift, erläuterte Dr. Liebscher anhand des Anfang 2011 in Kraft getretenen Banken-Restrukturierungsgesetzes. Mit der Etablierung dieses Sonderinsolvenzrechts für Kreditinstitute reagierte die Bundesregierung auf die Finanzmarktkrise und entwickelte Instrumente, um die Schieflage einer systemrelevanten Bank ohne Auswirkungen auf die Stabilität des Finanzsystems zu bewältigen. Flankiert wird das Gesetz durch die Auflegung eines Restrukturierungsfonds.

Stellt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) fest, dass eine Bank die Finanzmarktstabilität gefährdet, kann sie die systemrelevanten Teile dieses Instituts ausgliedern, auf einen privaten Erwerber oder eine staatliche „Brückenbank“ übertragen und den Rest abwickeln. Vor Einführung des Gesetzes haften die Anteilseigner und der Staat, das heißt die Steuerzahler, für die Abwicklungsanstalten deutscher Banken, besser bekannt als Bad Banks. Künftig sollen schon bei dro-

hender Insolvenz auch Fremdkapitalgeber, zum Beispiel über die Umwandlung von Forderungen in Eigenkapital (Debt-Equity-Swap) oder durch Stundung und Kürzung, an den Kosten beteiligt werden. Quasi per Gesetz wird so aus einer jahrzehntelang als sicher geltenden Anlageklasse eine risikobehaftete Investition, die kontinuierliche Überwachung erfordert.

Ausblick

Abschließend gab Herr Dr. Liebscher einen Ausblick auf das verbleibende Geschäftsjahr. Er betonte noch einmal, dass sich das Versorgungswerk von den politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen nie gänzlich befreien könne. Deshalb sei es zwingend notwendig, geeignete Prozesse anzustoßen, neue Strukturen zu schaffen und Bestehendes zu optimieren, um sich die Freiheit zu bewahren, souverän handeln und konsistente Entscheidungen treffen zu können.

Notfall-Refresherkurse für Senioren

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied



Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrich,
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud (v.l.)

© SLÄK

Herr Dr. Nitschke-Bertaud unterbreitete im Auftrag des Landessenoren-ausschusses den Kreisärztekammervorsitzenden das Angebot, auf der Grundlage der Leipziger Erfahrungen (Dr. med. Burgkhardt gemeinsam mit Rettungsanästhetikern) Notfall-Refresherkurse für Senioren in den einzelnen Kreisärztekammern durchzuführen.

Prof. Dr. med. Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen

„Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und zukünftige Perspektiven“

Die Sächsische Landesärztekammer lädt alle an der Weiterbildung beteiligten Ärztinnen und Ärzte herzlich ein zur Veranstaltung

„1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen“

**am 6. November 2012,
16.00 bis 20.00 Uhr**

zum Thema: „Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und zukünftige Perspektiven“.

Das Kolloquium widmet sich Themen wie:

- Sinn und Zweck der Evaluation der Weiterbildung,

- Ergebnisse und Auffälligkeiten der Online-Befragung 2011,
- Podiumsdiskussion zum Thema: „Herausforderungen und Perspektiven für die Weiterbildung in Sachsen“.

Zum 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg wurde festgestellt, dass die Situation nicht nur für die Weiterzubildenden, sondern auch für die Weiterbildungsbefugten immer schwieriger wird. Aber durch verbesserte Rahmenbedingungen und gegenseitigen Erfahrungsaustausch sowie engere Zusammenarbeit kann die Weiterbildungsqualität gesteigert werden.

Aus diesem Grund findet als Schwerpunkt des Kolloquiums eine Podiumsdiskussion mit Weiterbildungsbefugten und Ärzten in Weiterbildung aus dem stationären und ambulanten Bereich statt.

Für die Teilnahme gibt es zwei Fortbildungspunkte. Es werden keine Teilnahmegebühren erhoben. Um Anmeldung wird gebeten. Das Anmeldeformular und das detaillierte Programm finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Peggy Thomas - Tel. 0351 8267-335,
Fax -312, E-Mail evaluation@slaek.de

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

Peggy Thomas
Sachbearbeiterin Evaluation

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

47. Tagung der Kammerversammlung

Die 47. Tagung der Kammerversammlung findet am 10. November 2012 im Kammergebäude der

Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal, 9.00 Uhr bis ca. 15.30 Uhr, statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arzt- ausweises als Zuhörer teilnehmen.

1. Eröffnung der 47. Tagung der Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Kreisärztekammer Dresden lädt ein

Die Kreisärztekammer Dresden lädt zur Seniorenveranstaltung am Dienstag, dem 4.12.2012, in den Plenarsaal des Kammergebäudes ein. Den weihnachtlichen Festvortrag wird „Die Gesellschaft zur Förderung einer Gedenkstätte für die Sophienkirche e.V.“ um 15.30 Uhr gestalten. Vorher gibt es noch ein adventliches Stollenschmausen im Foyer. Seien Sie herzlich willkommen!

Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende

2. Dresdner Assistentenparty

Die Kreisärztekammer Dresden lädt alle aktuellen und zukünftigen Assistenzärzte sowie jung(geblieben)e Fachärzte am Freitag, 30.11.2012, ab 20 Uhr, herzlich zur 2. Dresdner Assistentenparty ein. Gefei-ert wird in der berühmten KAKADU-Bar im Parkhotel Weißer Hirsch, Bautzner Landstraße 7, in Dresden. Der Eintritt ist frei!

Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende

2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Ausführlicher Meinungsaustausch

3. GKV-VStG – Stand der Umsetzung 10 Monate nach Inkrafttreten

Referent: Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

4. Novellierung der (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Bundesärztekammer – Sachstand

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

5. Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung

Unwirksame Entgeltklausel in Eintragungsantrag für Branchenverzeichnis

Aktuell sind wieder zahlreiche unseriöse Branchenverzeichnisbetreiber aktiv. Auch Ärztinnen und Ärzte fallen auf die immer wieder gleiche Masche herein. Den „Bewegungsspielraum“ der Betreiber hat der Bundesgerichtshof (BGH) jetzt weiter eingeschränkt.

Der BGH hat mit Urteil vom 26.07.2012 (Az. VII ZR 262/11) entschieden, dass eine Entgeltklausel in einem Antragsformular für ein Branchenverzeichnis im Internet nicht Vertragsbestandteil wird, wenn sie nach dem Erscheinungsbild einen überraschenden Charakter hat.

Die Klägerin betreibt ein Branchenverzeichnis im Internet und hatte in ihrem „Eintragungsantrag Gewerbedatenbank“ den Hinweis „Vertragslaufzeit zwei Jahre, die Kosten betragen 650 Euro netto im Jahr“ in einem mehrzeiligen Fließtext angegeben. Der Geschäftsführer der Beklagten unterschrieb diesen Ein-

der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Dr. med. Thomas Fritz, stellv. Vorsitzender Ausschuss Finanzen

6. Finanzen

Bericht über die Prüfung des Sächsischen Rechnungshofes Verwendung des Jahresüberschusses 2012 Haushaltsplan 2013 Festsetzung der Kammerbeiträge für das Jahr 2013
Bericht: Dr. Thomas Fritz, stellv. Vorsitzender Ausschuss Finanzen

7. Bekanntgabe von Terminen

8. Verschiedenes

Für die Fachvorträge werden zwei Fortbildungspunkte vergeben.

tragungsantrag, weigerte sich aber nach erfolgter Eintragung die Rechnung in Höhe von 773,50 Euro zu zahlen.

Der BGH wies die Klage ab. Die Entgeltklausel sei aufgrund der Gestaltung des Antragsformulars als überraschend zu werten und somit gem. § 305 c Abs. 1 BGB kein Vertragsbestandteil geworden. Aus dem Formular gehe nicht eindeutig hervor, dass es sich um einen kostenpflichtigen Vertrag handle. Auch der Umstand, dass Grundeinträge in Branchenverzeichnisse im Internet oftmals kostenlos seien, verstärke hier den überraschenden Charakter der Klausel.

Der Bundesgerichtshof schiebt den unseriösen Anbietern auf diesem Markt einen weiteren Riegel vor – vergleiche auch das Urteil des BGH vom 30.06.2011, Az. I ZR 157/10.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf

am Montag, dem 7. Januar 2013, 9.00 bis 15.00 Uhr in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt im Zeitraum von Mitte Januar bis Anfang Februar 2013.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 7. Januar 2013 können regulär Umschüler/innen, deren Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2013 endet und Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und

der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

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

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

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

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterla-

gen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) bis spätestens 02.11.2012 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide gehen den auszubildenden Ärzten oder in den Fällen der Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung und der Externen Prüfung (Ziffer II. 2) den Prüflingen rechtzeitig zu.

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

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 4. November 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Claude Debussy – Aufbruch in die Moderne/Teil I
Konzert zum 150. Geburtstag Claude Debussys mit Studierenden der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden
Moderation: Dr. Michael Gribenski

In Kooperation mit dem Institut français Dresden

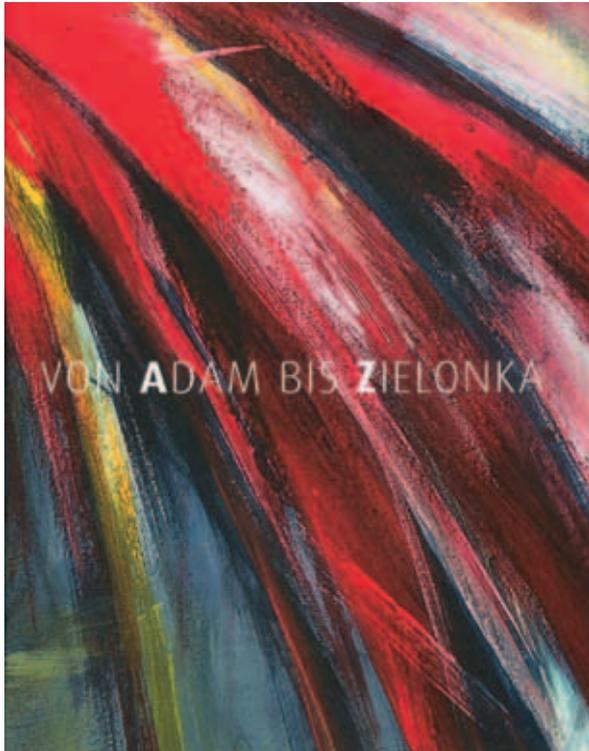
Sonntag, 2. Dezember 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Weltliche und weihnachtliche Musik zum 1. Advent
Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.
Leitung: Claudia Schmidt-Krahmer
Im Anschluss an das Konzert wird ein Lunchbüfett „Adventsstimmung im Haus“ angeboten. Um Reservierung wird unter der Telefonnummer: 0351 8267110, Frau Arnold, gebeten.

Sonderausstellung – Foyer und 4. Etage

Von Adam bis Zielonka
Die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer
15 Jahre Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer
17. Oktober bis 25. November 2012
Vernissage:
Donnerstag,
18. Oktober 2012, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. Gisbert Porstmann,
Direktor der Städtischen Galerie
Dresden

Von Adam bis Zielonka

**Die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer
15 Jahre Ausstellungen in der
Sächsischen Landesärztekammer**



Der Kunstherbst 2012 beginnt im Kammergebäude mit einem Höhepunkt – der Sonderschau „Von Adam bis Zielonka – Die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer – 15 Jahre Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer“. Gezeigt wird eine repräsentative Auswahl von Kunstwerken.

Bereits in der Planungsphase ab 1994 wurde auf Initiative des damaligen Kammerpräsidenten Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, des Vizepräsidenten Dr. med. Peter Schwenke und des Architekten Prof. Dr.-Ing. habil. Manfred Zumpe die Idee entwickelt und umgesetzt, den Kammersitz auch zu einem Ort der Begegnung der Künste zu machen. Nach dem Einzug in das Kammergebäude 1996 wurde die Konzertreihe „Junge Matinee“ ins Leben gerufen, die von Studierenden der Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ sowie von Schülern des Landesgymnasiums für Musik und des

Heinrich-Schütz-Konservatoriums an jedem 1. Sonntag eines Monats gestaltet wird. Zudem finden seit 1997 jährlich sechs Kunstausstellungen in den Foyers des Erdgeschosses und der 4. Etage statt. Mittlerweile sind diese Veranstaltungen eine feste Größe im kulturellen Leben Dresdens sowie der Region. Die Intention für alle diese Aktivitäten, ist die Überzeugung, dass auch für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts eine zumindest moralische Verpflichtung besteht, nicht nur von Kunst und Kultur zu partizipieren, sondern diese auch zu fördern.

Bei den Ausstellungen ging und geht es darum, ein breites Spektrum zeitgenössischer bildender Kunst in Sachsen auf hohem künstlerischem Niveau vorzustellen. Dazu gehörten auch zwei Künstler – Dottore (Wolfgang G. Lehmann) und Herbert Edel –, die zugleich verdienstvolle Mediziner waren. Die Qualität der Sammlung misst sich unter anderem darin, dass Arbeiten der vertretenen Künstler in Museen ganz Deutschlands, aber auch vielfach international präsent sind.

Die jeweiligen Werke der Künstlerinnen und Künstler werden in dem Bestandskatalog „Von Adam bis Zielonka“ vorgestellt. 26 renommierte Museumsdirektoren, Galeristen, Kuratoren, Kunstwissenschaftler und Kunstpublizisten konnten als Autoren gewonnen werden. Das Verzeichnis der bis Ende 2012 durchgeführten 86 Ausstellungen widerspiegelt die Kontinuität der Aktivitäten.

Die Sammlung gibt Einblick in die sächsische Kunstgeschichte der vergangenen 100 Jahre. Werke vom Impressionismus und Expressionismus geprägter Dresdner Klassiker wie Ernst Hassebrauk und Josef Hegenbarth – beide noch im 19. Jahrhundert geboren – findet man ebenso wie von Angehörigen der Aufbaugeneration nach 1945, etwa von Karl-Heinz Adler, einem international führenden konstruktiv-konkreten Künstler, aber auch Wolfgang Mattheuer, einem der Köpfe der bis heute wirkenden Leipziger Schule.

Künstler wie Peter Makolies und Peter Graf – Jahrgang 1936 und ’37 – gingen unter dem Druck stalinistischer Zwänge in der Kulturpolitik der 1950er-Jahre einen zunächst von Picasso befruchteten, eigenen Weg, jenseits einer Akademie. Halt bot ein Freundeskreis um den Maler Stralwalde (Jürgen Böttcher), zu dem auch Ralf Winkler (A.R. Penck) gehörte. Der an der Dresdner Maltradition geschulte Siegfried Klotz – von 1975 bis zu seinem Tod 2004 zum Lehrkörper der Hochschule für Bildende Künste Dresden gehörend – fand in den klassischen Genres Landschaft und Porträt einen Weg, bei der Kunst selbst zu bleiben. Werke von Makolies und Klotz sind ständig im Erdgeschossfoyer des Kammergebäudes platziert.

Zahlreiche Arbeiten sind Künstlern wie Hubertus Giebe, Angela Hampel, Christine Schlegel oder Wolfgang Smy zu verdanken. Diese heute um die 60-jährigen rieben sich zunehmend an der DDR-Realität. Für manche wie Christine Schlegel, aber auch Dottore, Ulrich Eisenfeld, Dieter M. Weidenbach oder das Ehepaar Deparade war die Ausreise die Konsequenz. Ein Anliegen war und ist, Werke von Jüngeren, die über das Wendejahr 1989 oder seit den 1990er Jahren ihr Kunststudium absolvierten und mittlerweile ihren Weg gehen, für die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer zu gewinnen. Dazu gehört beispielsweise Grafisches von Kerstin Franke-Gneuß und Heike Wadewitz, fotorealistische und expressive Malerei von Matthias Kistmacher und Mandy Friedrich.

Die Jubiläumsausstellung wird ein anschauliches Bild der Entwicklung der zeitgenössischen bildenden Kunst in Sachsen vermitteln.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellungsdauer:

17. Oktober bis 25. November 2012,
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag
9.00 bis 18.00 Uhr,
Vernissage: Donnerstag,
18. Oktober 2012, 19.30 Uhr

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben: Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt / Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 12/C053

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

Reg.-Nr. 12/C054

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 12/C055

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 12/C056

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reg.-Nr. 12/C057

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.11.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(häftiger Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D052

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 12/D053

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 12/D054

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Facharzt für Orthopädie

(häftiger Vertragsarztsitz in einem Medizinischen Versorgungszentrum)

Reg.-Nr. 12/D055

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/D056

Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 12/D057

Meißen

Facharzt für Orthopädie

(häftiger Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D058

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Facharzt für Orthopädie

(häftiger Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D059

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.11.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 12/L049

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L050

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 12/L051

Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L052

Torgau-Oschatz

Psychologischer Psychotherapeut

Reg. Nr. 12/L053

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.11.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

geplante Praxisübergabe: Januar 2013 (ggf. auch früher bzw. später möglich)

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2013

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2013-2014

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: 0341/2432154.

Unsere Jubilare im November 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med.
Gottwald, Barbara
04155 Leipzig
- 05.11. Prof. Dr. med. habil.
Dipl.-Chem. Suttrop, Meinolf
01328 Dresden
- 07.11. Dr. med. Hein, Sabine
09306 Erlau
- 11.11. Dr. med. Koch, Christine
08280 Aue
- 11.11. Dr. med. Lunewski, Wladimir
04329 Leipzig
- 15.11. Dr. med. Chen, Wanchao
14109 Berlin
- 16.11. Dr. med. Ludwig, Ingvelde
01219 Dresden
- 16.11. Prof. Dr. med. univ.
Niederwieser, Dietger
04279 Leipzig
- 22.11. Prof. Dr. med. habil. Dr. med.
dent. Hemprich, Alexander
04229 Leipzig
- 26.11. Dr. med. habil. Biskop, Maria
04299 Leipzig
- 27.11. Dr. med. Hupke, Matthias
01187 Dresden
- 27.11. Dipl.-Med. Weichsel, Sabine
08107 Kirchberg
- 28.11. Dr. med. habil. Robel, Ralf
04105 Leipzig

65 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Brosch, Barbara
01129 Dresden
- 01.11. Dipl.-Med. Buder, Gerdi
09125 Chemnitz
- 03.11. Dr. med. Poguntke, Norbert
02827 Görlitz
- 03.11. Dr. med.
Wunderlich, Roswita
01127 Dresden
- 05.11. Dipl.-Med. Mergel, Liane
01187 Dresden
- 06.11. Dr. med. Prater, Christian
01778 Lauenstein
- 11.11. Dr. med. Herrmann, Hellmut
09599 Freiberg
- 11.11. Rohkrämer, Regina
04157 Leipzig
- 14.11. Dipl.-Med. d'Avignon,
Susanne
02730 Ebersbach-Neugersdorf

- 19.11. Dipl.-Med.
Kirchberg, Andreas
04158 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Laube, Wolfgang
04205 Leipzig
- 23.11. Dr. med.
Bierbaum, Christoph
02977 Hoyerswerda
- 25.11. Kleymann, Daniel
01159 Dresden

70 Jahre

- 02.11. Dr. med. Prager, Christoph
08056 Zwickau
- 03.11. Dr. med. Richter, Waltraud
04178 Leipzig
- 04.11. Dr. med. Brandl, Birgit
01156 Dresden
- 04.11. Jacob, Holm
01665 Weistropp
- 04.11. Dr. med. Polster, Helga
08527 Plauen
- 05.11. Hense, Klaus-Dieter
01129 Dresden
- 08.11. Dr. med. Humbusch, Marikke
01558 Großenhain
- 09.11. Pust, Katharina
09116 Chemnitz
- 09.11. Dr. med. Wenzlaff, Gisela
09111 Chemnitz
- 10.11. Dipl.-Med. Göhler, Elke
01689 Weinböhlen
- 10.11. Dr. med. Huhn, Renate
01445 Radebeul
- 11.11. Dr. med. Brandl, Hans-Georg
01156 Dresden
- 12.11. Guthknecht, Gisela
08297 Zwönitz
- 12.11. Olschinski, Lilli
02828 Görlitz
- 12.11. Dr. med. Vogel, Karl-Heinrich
04668 Kössern
- 14.11. Dr. med. Reinsch, Ute
09120 Chemnitz
- 15.11. Dr. med. Schmidt, Helgard
01877 Bischofswerda
- 15.11. Dr. med. Straube, Elke
01169 Dresden
- 15.11. Streu, Heinz Dieter
04552 Borna
- 16.11. Dr. med. Bayer-Voß, Ingrid
01109 Dresden
- 16.11. Dr. med. Enk, Volker
01591 Riesa
- 16.11. Dr. med.
Heduschke, Hans-Georg
01587 Riesa
- 16.11. Dr. med. Zuschlag, Elke
04277 Leipzig

- 17.11. Dr. med. Junghänel, Bernd
08112 Wilkau-Haßlau
- 19.11. Nedo, Georg
01156 Dresden
- 20.11. Dr. med.
Schaarschmidt, Günter
09112 Chemnitz
- 20.11. Prof. Dr. med. habil.
Schulze, Jan
01326 Dresden
- 22.11. Dr. med. Günther, Rolf
08237 Steinberg/
OT Rothenkirchen
- 22.11. Dr. med. Ziegler, Eckart
01309 Dresden
- 23.11. Dr. med. Katscher, Christa
04179 Leipzig
- 23.11. Dr. med. Leicht, Christa
08340 Schwarzenberg
- 24.11. Dr. med. Richter, Ruthard
01587 Riesa
- 25.11. Dr. med.
Bochmann, Barbara
09116 Chemnitz
- 26.11. Dr. med. Jacob, Wolfgang
04838 Eilenburg
- 26.11. Dr. med. Liebscher, Ute
04720 Döbeln
- 27.11. Dr. med. Bischoff, Ute
08451 Crimmitschau
- 29.11. Dr. med. Heckfuß, Hans
01462 Niederwartha
- 29.11. Dr. med. Müller, Anni
08209 Auerbach
- 30.11. Doller, Hildegund
08468 Reichenbach
- 30.11. Rosenkranz, Konrad
04275 Leipzig

75 Jahre

- 02.11. Dr. med. Jung, Albrecht
04155 Leipzig
- 02.11. Dr. med. Roitzsch, Eberhart
01159 Dresden
- 04.11. Dr. med.
Hochmann, Henner
01589 Riesa
- 05.11. Prof. Dr. med. habil.
Gottschalk, Klaus
04159 Leipzig
- 05.11. Naumann, Dieter
04416 Markkleeberg
- 06.11. Dr. med.
Grand, Hans-Dieter
02828 Görlitz
- 06.11. Dr. med. Ranft, Eberhard
01609 Gröditz
- 06.11. Dr. med. Wolf, Stefan
04229 Leipzig

- 07.11. Dr. med. Brummack-Schulz, Elfriede
01067 Dresden
- 15.11. Dr. med. Lippoldt, Rita
01237 Dresden
- 18.11. Dr. med. Kriese, Rolf
04874 Belgern
- 21.11. Dr. med. Körner, Klaus
04552 Borna
- 22.11. Dr. med. Schulz, Gudrun
01309 Dresden
- 24.11. Dr. med. Nicolai, Ralph
09112 Chemnitz
- 25.11. Dr. med. Fischer, Ortrud
01069 Dresden
- 26.11. Schumann, Irmhild
09306 Rochlitz
- 27.11. Dr. med. Harms, Ursula
04824 Beucha
- 28.11. Dr. med. Helling, Ruth
04157 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Wittig, Dagmar
01796 Dohma
- 80 Jahre**
- 04.11. Dr. med.
Straube, Karl-Heinz
08060 Zwickau
- 20.11. Dr. med. Pfeifer, Christine
04316 Leipzig
- 81 Jahre**
- 08.11. Dr. med. Augustin, Brigitte
01326 Dresden
- 09.11. Dr. med. Horn, Ingrid
08289 Schneeberg
- 13.11. Dr. med. Schmidt, Jutta
01307 Dresden
- 16.11. Dr. med. Falk, Hildegard
01189 Dresden
- 20.11. Dr. med. Boudriot, Guido
01069 Dresden
- 29.11. Dr. med. Thalheim, Wolfgang
04720 Döbeln
- 82 Jahre**
- 08.11. Dr. med. Hübler, Christa
01662 Meißen
- 18.11. Dr. med. Gehrke, Günther
04157 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Naumann, Gisela
01069 Dresden
- 30.11. Dr. sc. med. Röthig, Werner
08297 Zwönitz
- 83 Jahre**
- 07.11. Dr. med. Holm, Udo
04229 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Eder, Gerhard
04808 Kühren
- 27.11. Dr. med.
Berdau, Wolfgang
04319 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Dippmann, Ruth
01309 Dresden
- 84 Jahre**
- 09.11. Böhm, Marga
09126 Chemnitz
- 10.11. Dr. med.
Eckelmann, Ursula
04229 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Teller, Edith
04720 Döbeln
- 29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz
- 30.11. Dr. med. Jahn, Heinz
04571 Rötha
- 85 Jahre**
- 01.11. Dr. med.
Siegmond, Rosmarie
01844 Neustadt
- 20.11. Dr. med. habil.
Krabisch, Heinz
09217 Burgstädt
- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent.
Luczak, Johannes
04177 Leipzig
- 86 Jahre**
- 22.11. Dr. med. Weiß, Herbert
01445 Radebeul
- 87 Jahre**
- 02.11. Dr. med.
Rentzsch, Gottfried
01723 Kesselsdorf
- 17.11. Dr. med. Thomä, Brigitte
04105 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz
- 88 Jahre**
- 01.11. Dr. med.
Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
- 25.11. Dr. med. Kleinschmidt,
Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna
- 89 Jahre**
- 03.11. Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim
- 15.11. Dr. med.
Kahleyss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen
- 26.11. Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz
- 90 Jahre**
- 11.11. Doz. Dr. med. habil. Dr.
med. dent. Schmidt, Hans
04683 Naunhof
- 94 Jahre**
- 30.11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau
- 98 Jahre**
- 25.11. Prof. Dr. med. habil.
Strauzenberg, Ernest
01731 Kreischa OT Saida

Berufungen

Prof. Florian Lordick ist zum 1. September 2012 auf die neu geschaffene Professur für Klinische Onkologie des UKL-Zentrums am Universitätsklinikum Leipzig berufen worden.

Frau Dipl.-Med. Michaela Stöckel ist seit 1. September 2012 Chefärztin der Klinik für Geriatrie des Lausitzer Seenland Klinikum.

Prof. Jürgen Weitz ist seit 3. September 2012 neuer Direktor der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden.

Dr. med. Mathias Menel übernahm am 1. September 2012 die Chefarztposition der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Zittau am Klinikum Oberlausitzer Bergland.

Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Alexander Hemprich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Leipzig, ist zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DKMKG) gewählt worden.

„Summer School Allgemeinmedizin“ zum ersten Mal in Dresden

Vom 3. bis zum 7. September 2012 fand unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann die Summer School Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden statt. 25 Medizinstudierende kamen dazu aus ganz Deutschland nach Dresden. In der einwöchigen Fortbildung erfuhren sie mehr darüber, was es bedeutet, als Hausarzt tätig zu sein. Das Erkennen und Behandeln häufiger Krankheiten, Kommunikationstraining, Blickdiagnose und Wundversorgung waren einige der Bereiche, in denen sich die Studierenden des vierten und fünften Studienjahres hier üben konnten.

Für Prof. Dr. Bergmann, Leiterin der Allgemeinmedizin an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, ist die frühzeitige Ausbildung zukünftiger Allgemeinmediziner nicht nur ein wichtiges Anliegen, sondern ein fester Bestandteil ihrer täglichen Arbeit. In ihrer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis werden die Studierenden daher umfassend auf ihren zukünftigen Beruf vorbereitet. Prof. Dr. Bergmann: „Ich halte es für dringend erforderlich, bereits das Studium für zukünftige Allgemeinmediziner attraktiv zu gestalten. Darum freuen wir uns, die Summer School Allgemeinmedizin zum ersten Mal an der Dresdener Uniklinik anbieten zu können. Die Veranstaltung bietet Medizinstudenten die Chance, sich eine Woche intensiv und ohne Prüfungsdruck mit diesem Fach auseinanderzusetzen und sich für den wichtigen und spannenden Beruf des Allgemeinmediziners zu begeistern.“



Reanimation am ALS-Simulator

© SLÄK

Neben Prof. Dr. Bergmann beteiligten sich vor allem Fachärzte der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) sowie angehende Allgemeinmediziner an dem Training.

Zum Übungsprogramm gehörte auch ein Nahtkurs, in dem ein Schweinefuß nach allen Regeln der Kunst mit einer Donati-Naht versorgt wurde. Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen, der Umgang mit Pharma-Referenten sowie die Frage „Wie suche ich das richtige Medikament aus?“ waren weitere Bestandteile des Curriculums. Handlungsabläufe bei akuten Notfällen durften die Studierenden an simulierenden Schauspielern und Advanced-Life-Support-Puppen üben. Malte Haupt, einer der Teilnehmer der Summer School, meinte: „Einen „scharfen“ Defibrillator einmal selbst in der

Hand gehabt und einen reellen Schock abgegeben zu haben, ist eine empfehlenswerte Erfahrung, die trotz des an sich harmlosen Settings einige Überwindung kostet.“ Nachdem der Patient stabilisiert war, bekam jedes „ärztliche Team“ ein Feedback, in dem zeitlicher Ablauf, fachliche Gesichtspunkte sowie die Kommunikation mit dem Patienten ausgewertet wurden.

Neben ihrem zukünftigen Aufgabenfeld lernten die angereisten Medizinstudenten auch Dresden kennen. Dabei begeisterte sich der eine oder andere vielleicht nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern auch für die Region um die sächsische Landeshauptstadt als Arbeitsort.

Maxie Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit