

Editorial	„Den Tagen mehr Leben geben“	136
Berufspolitik	Perspektive Hausarzt – Interview mit einer angehenden Allgemeinmedizinerin	137
	Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 – 2019	138
	Anzahl der Ärzte in Sachsen steigt	140
	6. Frühjahrsempfang der Heilberufekammern	141
Gesundheitspolitik	Sigmadivertikulitis 2014	142
Mitteilungen der Geschäftsstelle	STEX in der Tasche – wie weiter?	144
	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	146
	Mitgliederversammlung der KÄK Görlitz	155
	Früherkennungsuntersuchungen	155
	Umfrage „Diversität in Krankenhäusern“	155
	Konzerte und Ausstellungen	155
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	145
Originalien	Neue Praxis-Leitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom	147
	Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“	150
Tagungsberichte	Innensichten. Über Krankheiten der Seele	156
	25. Jahrestagung des Suchtausschusses	159
Buchbesprechungen	Die Normalität...des Absurden Friedrich der Große – Sein Zeitalter auf Briefmarken	160
Personalia	Berufungen	161
	Jubilare im Mai 2014	162
	Abgeschlossene Habilitationen	164
Medizingeschichte	Wer war Dr. med. Wilhelm Heinrich Schüßler? Vom Adelsitz zum Krankenhaus – Teil 2	165
Feuilleton	Ostern 2014	170
	2. Dresdener Ball der Heilberufe	171
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2014	



Frühjahrsempfang der sächsischen
Heilberufekammern
Seite 141



Veranstaltungsreihe Innensichten
Seite 156



Ostern 2014
Seite 170

Sigmadivertikulitis 2014
© Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Charité –
Campus Benjamin Franklin, Berlin

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

„Den Tagen mehr Leben geben“

(C. Saunders)



© SLÄK

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund“ (Präambel der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung 2004).

Mit diesen „Situationen“ wird jeder Arzt im Berufsalltag konfrontiert. Um den betroffenen Patienten soviel Lebensqualität wie möglich, so lange wie möglich zu erhalten, sind Maßnahmen einer wissenschaftlich fundierten Palliativmedizin angezeigt. So wurde auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 in Köln beschlossen, die Palliativmedizin in die (Muster-) Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Gleichzeitig wurde unter anderem der Auf- und Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen gefordert.

Dazu bedarf es selbstverständlich auch gesetzlicher Grundlagen. Im Rahmen einer Gesundheitsreform der Bundesregierung wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Leistungsanspruch innerhalb des GKV-Systems in das SGB V aufgenommen. Zum Leistungsumfang gehören ärztliche und pflegerische Maßnahmen, die angeboten bzw. verordnet werden können, wenn die entsprechenden qualitativen Voraussetzungen erfüllt werden.

Nun ergibt sich zwangsläufig die Frage, wie es nach Schaffung dieser Rahmenbedingung mit der praktischen Umsetzung von SAPV aussieht. Palliativmedizinische Versorgung ambulant umzusetzen, heißt ärztliche und vielfältige pflegerische Maßnahmen sowie psychosoziale Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse vor Ort zu koordinieren. Dabei ist eine effiziente Teamarbeit unabdingbare Voraussetzung.

In vielen Regionen Deutschlands, so auch in Sachsen, haben zwischenzeitlich SAPV-Teams ihre Arbeit aufgenommen. Auch in diesem Sektor ambulanter medizinischer Versorgung stellen die Gegebenheiten eines ländlichen Gebietes eine spezifische Herausforderung dar. Einerseits ist bei ohnehin bereits erhöhtem Bedarf an Ärzten und Pflegefachkräften die maximale Ausschöpfung der personellen Ressourcen zügiger als in Ballungsgebieten erreicht. Andererseits sind oft größere Entfernungen zu überbrücken, wodurch sich Einsatzzeiten deutlich erhöhen. Deshalb sind effiziente Kommunikationsstrukturen und Organisationsformen mit hoher Flexibilität zwischen allen Akteuren ein absolutes Muss.

Seit 1. September 2013 stellt sich auch das SAPV-Team Oberlausitz dieser Herausforderung. Nach zunächst

zähen Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern wurden die ersten Patienten in die SAPV aufgenommen. Die Zahl der Anfragen und Patientenaufnahmen wuchs schneller als gedacht. Der Bedarf für ambulante palliativmedizinische Versorgung ist demzufolge vorhanden. Dabei ist jedoch klar hervorzuheben, dass die Palliativmedizin auch ein elementarer Bestandteil der hausärztlichen Patientenversorgung ist und bleiben soll. Gerade in einer solchen Lebenssituation ist das meist über Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis zum Hausarzt für Betroffene und deren Angehörige eine tragende Säule. Ob das Angebot Mitbetreuung durch ein SAPV-Team genutzt werden soll, bleibt eine individuelle Entscheidung von Patient und Hausarzt.

Die Erfahrungen in der Oberlausitz zeigen insgesamt, dass es die Betroffenen und insbesondere auch pflegende Angehörige als sehr hilfreich und stützend empfinden, täglich rund um die Uhr eine Pflegefachkraft vom SAPV-Team erreichen zu können, die kompetent in Krisensituationen eingreift oder einfach nur mal zuhört. Der diensthabende Palliativmediziner ist ebenfalls jederzeit erreichbar und kann therapeutische Entscheidungen zeitnah treffen und entsprechend umsetzen. Individueller Krankheitsverlauf und die Lebenssituation des Patienten sind ihm vertraut. Letzteres ermöglicht die Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse umfassender als bei einer Intervention durch den Bereitschaftsdienst.

Es spricht also einiges dafür, das Angebot einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne der betroffenen Patienten zu nutzen als eine Chance, „den Tagen mehr Leben (zu) geben“.

Ute Taube
Hausärztin in Berthelsdorf
Vorstandsmitglied

Perspektive Hausarzt

Interview mit einer angehenden Allgemeinmedizinerin

Glaut man einer aktuellen Studie des Zentralinstituts (ZI) für die Kassenärztliche Versorgung müssen bis zum Jahr 2025 insgesamt 70 Prozent aller Hausärzte in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt einen Nachfolger finden. Schon jetzt sind es die Allgemeinmediziner, die in der ambulanten Versorgung gerade der ländlichen Regionen am stärksten fehlen.

Wie sieht der ärztliche Nachwuchs die Situation und was bewegt ihn tatsächlich zur Entscheidung für eine hausärztliche Tätigkeit? Das „Ärzteblatt Sachsen“ sprach dazu mit Sandra Lange. Sie ist Medizinstudentin an der TU Dresden im 11. Semester. Als Teilnehmerin der DEGAM-Nachwuchsakademie und am Programm „Studienbeihilfe“ hat sie sich klar für die Allgemeinmedizin entschieden. Einblick in die hausärztliche Tätigkeit gewinnt sie seitdem in ihrer Patientenpraxis bei Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann und Uta Katharina Schmidt-Göhrlich.

ÄBS: Hausärztin – Beruf oder Berufung?

Sandra Lange: Ein bisschen Berufung steckt schon im Beruf Hausärztin. Durch die langjährigen Patientenkontakte ist man sehr mit seinem Beruf und den Patienten verbunden. So bin ich zum Beispiel seit meinem 7. Fachsemester regelmäßig in der „Carus Hausarztpraxis“ und finde, dass ich seit dieser Zeit auch eine gewisse Verbundenheit mit den Patienten habe. Charakterlich sollte man schon so gestrickt sein, dass man gerne kommuniziert.

ÄBS: Was reizt Sie am Beruf der Hausärztin?

Sandra Lange: Mich reizen besonders die sehr persönlichen Kontakte zu den Patienten und die vielfältigen Beratungsanlässe. Manchmal ist es wie Detektivarbeit, die ein breit gefächertes Wissen erfordert.

ÄBS: Was beschäftigt Sie, wenn Sie an Ihre spätere Arbeit denken?

Sandra Lange: Momentan bin ich im Praktischen Jahr und versuche, so viele fachliche Erfahrungen zu sammeln wie möglich. Da ich gerne nach meiner Allgemeinmedizinweiterbildung wieder in die Oberlausitz zurückgehen möchte, überlege ich, wo eine Praxis für meine Familie und mich günstig wäre.

ÄBS: Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – wie ist der Tenor unter den Kommilitonen?

Sandra Lange: Unter den Studierenden wird recht offen über die Facharztweiterbildung gesprochen. In den ersten Fachsemestern ist Allgemeinmedizin noch nicht so vordergründig, aber je höher die Fachsemester werden, umso mehr rückt auch die Allgemeinmedizin mit in den Vordergrund. Etwa 40 Prozent meiner Kommilitonen in meinem Immatrikulationsjahrgang gaben an, Facharzt für Allgemeinmedizin werden zu wollen. Das Feedback zum Berufswunsch ist unterschiedlich, aber meist positiv. Sodass man sagen kann, dass die Entscheidung eines jeden Einzelnen akzeptiert wird.

ÄBS: Im Hinblick auf die neueingeführte Pflichtfamulatur in der Allgemeinmedizin: Wie viel ist die praktische Erfahrung vor Ort beim Hausarztpraxis wert, um die Facharzttrichtung im Studium aufzuwerten?

Sandra Lange: Gut finde ich, dass festgestellt wurde, dass auch der



Sandra Lange (re.) im Gespräch mit einer Patientin
© Carus Hausarztpraxis

ambulante Sektor eine Berechtigung im Medizinstudium hat. Denn die meisten Patienten werden ambulant versorgt. Besser wäre allerdings ein strukturiertes Praktikum, wie es etwa in einem PJ-Quartal Allgemeinmedizin angeboten werden könnte.

Die praktische Erfahrung in einer Hausarztpraxis ist sehr wichtig. So kann die Theorie aus dem Studium im Rahmen eines solchen Praktikums gemeinsam mit einem Hausarzt umgesetzt werden. Die meisten Stimmen sind nach dem Praktikum positiv.

ÄBS: Der Mangel an Hausärzten in vielen ländlichen Regionen ist ja tatsächlich eine Gefahr für die künftige Versorgung dieser Regionen. Es gibt viele Bemühungen, diesem zu begegnen. Wo würden Sie ansetzen?

Sandra Lange: Gute Ansätze sind für mich die Weiterbildungsverbände für

die Allgemeinmedizin sowie die Förderung in der Weiterbildung, die es mir auch ermöglicht, während der bevorstehenden Weiterbildungszeit in einer Praxis tätig zu sein. Inforeveranstaltungen sind schon während des Studiums sinnvoll, um auf solche Initiativen aufmerksam zu machen. Diese werden aber auch in der Weiterbildungszeit gut angenommen.

ÄBS: Warum haben Sie sich für Studium und Arbeit in Sachsen entschieden?

Sandra Lange: Meine Familie war und ist mir sehr wichtig, sodass Dresden von Anfang an mein Wunschort war. Nach meiner einmonatigen Famulatur in der „Carus Hausarztpraxis“ hat mich die Allgemeinmedizin so begeistert, dass ich mir dieses

Fachgebiet auch später vorstellen konnte. Um meinen Berufswunsch zu festigen, habe ich mich parallel bei der DEGAM Nachwuchsakademie beworben. Mit dem Ziel, irgendwann wieder in die Nähe meiner Familie zu ziehen, habe ich mich für die spätere „landärztliche“ Tätigkeit entschieden.

ÄBS: Was würden Sie einem Erstsemestler sagen, der gerade überlegt, ob er sich für die neu eingeführte „Ausbildungsbeihilfe“ für künftige Allgemeinmediziner (und die damit verbundenen Verpflichtungen) entscheiden soll?

Sandra Lange: Eine schwierige Frage. Bis zu meiner Allgemeinmedizinfamulatur war ich fest entschlossen, in die

Richtung Anästhesie/Intensivmedizin zu gehen, obwohl ich während meiner Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin schon einen Blick in die medizinische Fächervielfalt werfen konnte.

Jeder Studierende sollte das Medizinstudium nutzen, um von den meisten Fachgebieten etwas kennenzulernen. Zudem ist die Hürde des Physikums auch noch nicht bewältigt. So eine Entscheidung würde ich nach dem Physikum treffen, wenn ich schon die eine oder andere Famulatur in verschiedenen Fachbereichen gemacht habe. Denn es bringt beiden Seiten nichts, wenn der zukünftige Arzt mit seiner Facharztwahl unzufrieden ist.

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Ärzte wählen Ärzte!

Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 – 2019

Die sechste Wahlperiode der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer geht im Juni 2015 zu Ende; im Frühjahr des nächsten Jahres stehen damit Neuwahlen an. Die ersten Vorbereitungen wurden im Januar mit der Berufung der Mitglieder des Landeswahlausschusses durch den Vorstand wie folgt getroffen:

Landeswahlleiterin:

Ass. jur. Annette Burkhardt

Stellvertreter:

Dr. jur. Alexander Gruner

Ass. jur. Michael Kratz

1. Beisitzerin:

Dr. med. Ute Göbel

Stellvertreter:

Dr. med. Friedrich-Erich de Haas

2. Beisitzerin:

Dr. med. Brigitte Zschaber

Stellvertreter:

Dr. med. Lothar Hilpert

Organisatorische Assistenz:

Daniela Fritzsche

Stellvertreterin:

Irina Weitzmann

Der Landeswahlausschuss hat sich am 12. März 2014 zu seiner ersten



v.l.n.r.: Dr. Göbel, Dr. Hilpert, Dr. Gruner, Fr. Fritzsche, Ass. jur. Burkhardt, Dr. Zschaber, Ass. jur. Kratz, Fr. Weitzmann, es fehlt: Dr. de Haas

Sitzung zusammen gefunden und nach § 4 der Wahlordnung nachfolgenden Zeitplan beschlossen:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten
31. Oktober 2014
- Auflegung der Wählerlisten
17. bis 26. November 2014
(Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für ungültig oder unvollständig hält, kann gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 der Wahlordnung ihre Berichtigung während der Auflegung verlangen)
- Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter bis spätestens
6. Februar 2015

- Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes bis spätestens
1. April 2015

Über die weiteren Vorbereitungen und den Wahlverlauf werden wir ab September 2014 regelmäßig im Ärzteblatt und auf unserer Homepage www.slaek.de informieren.

Bei Fragen zur Kammerwahl können Sie sich gern an die Unterzeichnerin wenden.

Ass. jur. Annette Burkhardt
Landeswahlleiterin
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267 414, Fax 0351 8267 412
E-Mail: kammerwahl2015@slaek.de

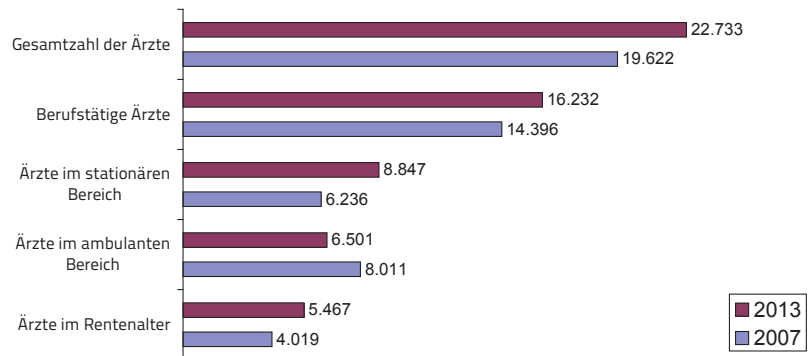
Anzahl der Ärzte in Sachsen steigt

Aktuell leben in Sachsen 22.733 Ärzte (31.12.2013). Dies sind 573 Ärzte mehr als im Jahr zuvor (22.160). Darunter befinden sich 1.992 (+171) ausländische Ärzte aus 87 Nationen. 16.232 Ärzte sind derzeit in Sachsen ärztlich tätig (+ 298), davon 8.847 im stationären (+224) und 6.501 (+13) im ambulanten Bereich.

Im ambulanten Bereich setzt sich trotz der steigenden Zahlen der Bedarf an Ärzten weiter fort. Denn 2007 gab es noch 5.759 Ärzte mit eigener Praxis. Diese Zahl sank bis 2013 um 283 auf 5.476 niedergelassene Ärzte. Dagegen stieg die Zahl der in Niederlassung angestellten Ärzte im Vergleich zu 2011 um 165 und im Vergleich zu 2012 um 73 auf 1.025 Ärzte an.

„Dies zeigt, dass immer weniger Ärzte eine eigene Praxis übernehmen, sondern lieber als Angestellte zum Beispiel in Teilzeit in einer Praxis arbeiten. Bedenklich ist dies vor allem für die ländlichen Bereiche. Daher sollten Anstrengungen, wie das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Netzwerk „Ärzte für Sachsen“, unbedingt intensiviert werden, um den rückläufigen Trend im ambulanten Bereich zu stoppen“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Arztzahlen in Sachsen 2007 und 2012



Grafik: Arztzahlen in Sachsen 2007 und 2013 im Vergleich

Anteil Ärztinnen

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 253 auf 8.518. Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärzten beträgt jetzt 52,5 Prozent. Die Anzahl berufstätiger Mediziner erhöhte sich dagegen nur um 45 auf 7.714 Ärzte (47,5 Prozent).

Vor zehn Jahren waren es noch 51 Prozent Ärzte und 49 Prozent Ärztinnen. Prof. Dr. Schulze „Diesem Trend der Feminisierung wird an vielen sächsischen Krankenhäusern schon durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen wie Teilzeitmodelle und Kinderbetreuungsmöglichkeiten Rechnung getragen.“

Ausländische Ärzte

Die meisten ausländischen Ärzte stammen aus der Tschechischen Republik (316), der Slowakei (243), aus Polen (208), Rumänien (159), der Russischen Föderation (137), Bulga-

rien (109), Ungarn (88) und der Ukraine (78). Aus Österreich kommen 79 Ärzte.

1.521 ausländische Ärzte arbeiten im stationären und 296 im ambulanten Bereich. 175 haben derzeit keine ärztliche Tätigkeit. Der Anteil der ausländischen Ärzte ist in Bezug auf die Gesamtzahl der berufstätigen Mediziner in Sachsen von 10,5 auf 11,2 Prozent gestiegen. Prof. Dr. Schulze betont ausdrücklich, „dass die ausländischen Kollegen vor allem in den ländlichen Regionen maßgeblich dazu beitragen, dass Patienten gut versorgt werden. Einige Kliniken könnten den Betrieb mancher Stationen ohne die internationalen Ärzte nicht aufrechterhalten“. Der Präsident setzt zur besseren Verständigung zwischen Ärzten oder mit den Patienten auf berufsbegleitende weiterführende Sprachkurse. Viele Krankenhäuser in Sachsen würden bereits solche Sprachkurse anbieten.

Tabelle: Anzahl ausländischer Ärzte in Sachsen nach Ländern 2007 – 2013 (Auswahl)

Land	2007	2009	2012	2013
Polen	159	174	199	208
Slowakei	121	141	212	243
Tschechien	83	116	273	316
Russland	98	104	122	137
Österreich	62	81	78	79
Bulgarien	63	72	85	109
Ukraine	63	71	74	78
Rumänien	34	53	149	159
Ungarn	k.A.	k.A.	82	88
.
.
Gesamt	1.061	1.249	1.821	1.992

Ärztebedarf steigt

„Aus dem Anstieg der absoluten Zahlen kann nicht geschlussfolgert werden, dass es keinen Ärztebedarf mehr gibt. Vielmehr bietet der Freistaat weiterhin sehr gute Perspektiven für junge Ärzte, insbesondere für Hausärzte“, so Prof. Dr. Schulze. Der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit auch an Ärzten nimmt durch den demografischen Wandel und die weitere Spezialisierung der Medizin zu. Außerdem arbeitet eine zunehmende Anzahl von Ärzten in Teilzeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

6. Frühjahrsempfang der Heilberufekammern

Die Heilberufe sind gemeinsam für die qualitativ hochwertige und patientenorientierte Gesundheitsversorgung im Freistaat Sachsen verantwortlich. Dies betonte der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in seiner Begrüßung auf dem 6. Frühjahrsempfang der sächsischen Heilberufekammern. Der Einladung waren rund 80 Gäste aus Politik, Gesellschaft und der Heilberufe gefolgt. Darunter befanden sich die Sozialministerin Christine Clauß, der 2. Vizepräsident des Sächsischen Landtages, Harald Wehner, der CDU-Fraktionsvorsitzenden Steffen Flath (MdL), der FDP-Landesvorsitzende Holger Zastrow (MdL), die Abgeordneten Anja Jonas (FDP, MdL), Kerstin Lauterbach (Die Linke, MdL), Dagmar Neukirch (SPD, MdL) sowie die Dekane der Medizinischen Fakultäten von Dresden und Leipzig, Prof. Dr. Reichmann und Prof. Dr. Stummvoll. Im Zusammenspiel der beteiligten Partner in der Gesundheitspolitik zeige sich eine enorme Komplexität, so Prof. Dr. Schulze. Und vor allem Vertrauen sei es, welches komplexitätsreduzierend wirke. „Was die Öffentlichkeit, was die Menschen von den Bemühungen der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten sehen, muss deshalb Vertrauen schaffen.“ Welche weitreichenden Folgen es im medizinischen Bereich haben kann, wenn das Vertrauen bröckelt, zeige die sinkende

Spendenbereitschaft aufgrund der Diskussionen um Manipulationen bei der Organspende. „Hier sind Ärzte auch weiterhin gefordert, durch Transparenz und offensive Aufklärung einen Teil des eingebüßten Vertrauens wiederzugewinnen.“, so der Präsident. „Wir sind maßgeblich an der ärztlichen Qualitätssicherung beteiligt. Wir greifen kritische Diskurse auf und bringen uns in die gesundheitspolitische Diskussion ein.“

Zwei Themen hob Prof. Dr. Schulze gegenüber den anwesenden Bundes- und Landespolitikern besonders hervor. In der Debatte um die Sterbehilfe ist die Position ungebrochen: Ärzte stehen Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde bei. Hilfe zur Selbsttötung leisten sie nicht. Die andere große Herausforderung der Zeit sei für ihn die der Priorisierung. Nach Prof. Dr. med. Carlsson ist Priorisierung: „...ein Mehr des Sinnvollen auf Kosten des weniger Sinnvollen zu erreichen und dies möglichst zur Gewährleistung einer hinreichenden Verteilungsgerechtigkeit für alle Patienten, unabhängig vom Alter, sozialer Schicht und Einkommen.“ Zum Wohl der Patienten gelte es, das Gesundheitssystem finanziell auch langfristig zu stabilisieren und die Mittel darin gerecht zu verteilen. Einen Wehrmutstropfen in der Rede von Prof. Dr. Schulze bildete seine Kritik daran, dass auch nach einhalb Jahren fortwährender Bemühungen der sächsischen Heilberufekammern zur Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung – Begriffe, die doch so gerne von der



(v.l.) Petra Albrecht (Vorstandsmitglied), Karin Stempel (CDU, MdL), Dagmar Neukirch (SPD, MdL), Kerstin Lauterbach (Die Linke, MdL), Dipl. Med. Sabine Ermer (Marburger Bund, Landesverband Sachsen).

Politik in den Mund genommen würden – keinerlei Fortschritte, ja noch nicht einmal die kleinste Bewegung bezüglich des Wegfalls der Genehmigungspflicht der Entlastung der Vorstände und der Wirtschaftspläne zu verzeichnen sei. Prof. Dr. Schulze appellierte an die Abgeordneten des Landtages, endlich den Worten auch Taten folgen zu lassen. Das würde gerade in einem Wahljahr gut bei den Beteiligten ankommen.

Um den gesundheitspolitischen Dialog offen zu führen, bildet der gemeinsame Frühjahrsempfang der Heilberufekammern einen angemessenen Rahmen, so die Einschätzung der Gäste. Anlässlich dieser Veranstaltung hatten die Heilberufekammern auch ihre gesundheitspolitischen Positionen zur Freiberuflichkeit, Nachwuchsgewinnung und Entbürokratisierung schriftlich vorgelegt.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Sigmadivertikulitis 2014

U. Stölzel, J. Uhle, J. Boese-Landgraf

Einleitung

Sigmadivertikel sind Pseudodivertikel, da die Muscularis nicht an der Ausstülpung von Mucosa und Submucosa teilnimmt. Die Divertikel sind erworbene Veränderungen. Im Laufe des Lebens nimmt die Häufigkeit von Sigmadivertikeln zu, sodass ab dem 50. Lebensjahr fast jeder zweite bis dritte Mensch Divertikel hat. Die Divertikel können prinzipiell im gesamten Kolon vorkommen, sind aber im Sigma besonders häufig.

Hypothesen zur Entstehung von Sigmadivertikeln

Für die mit zunehmendem Alter auftretenden Veränderungen des Gefüges der glatten Muskulatur der Darmwand wurde ein Ballaststoffmangel in der Nahrung verantwortlich gemacht [Painter 1971; Burkitt 1972; Aldoori 1994].

Diesen Vorstellungen entgegenstehen kürzlich in der renommierten Zeitschrift „Gastroenterology“ publizierte Daten, die zeigten, dass ein vermehrter Verzehr von Ballaststoffen die Entstehung von Divertikeln begünstigt [Peery 2012]. In dieser Arbeit wurde ferner herausgestellt, dass häufige Stuhlgänge (größer 15 pro Woche) mit dem Vorkommen von Dickdarmdivertikeln korrelieren. In diesem Zusammenhang ist eine neuere Arbeit aus Kiel interessant [Böttner 2013]. Die Autoren konnten zeigen, dass enterale Serotoninrezeptoren im Plexus myentericus und in der zirkulären Muskulatur bei Individuen mit Divertikeln vermindert sind. In diesem Kontext könnte die Entstehung von Divertikeln als enterale Neuropathie aufgefasst werden. Diskutiert werden auch Veränderungen des intestinalen Mikrobioms. Anaerobier nehmen zu und Laktobazillen nehmen im Alter ab.

Während körperliche Aktivität und regelmäßiger Sport das Vorkommen von Divertikeln vermindern sollen [Aldoori 1995], gibt es Hinweise, dass der vermehrte Verzehr von rotem Fleisch und Übergewicht das

Tab. 1: Epidemiologie der Divertikulose

Land	(%)	n	Jahr	Referenz
England	35	109	1967	Manousos
Schottland	23	12335	1973	Eastwood
USA	60	277	1985	Burkitt
Thailand	4	289	1980	Vajrabukka
Japan	8	12505	1983	Kubo
Hong Kong	25	858	1998	Chan
Ghana	4	592	1978	Archampong
Kenya	6	226	1978	Calder
Nigeria	2	603	1989	Ogunbiyi

Manousos O BMJ 1967; Eastwood M Gut 1977; Burkitt DP Lancet 1985; Vajrabukka T Dis Colon Rectum 1980; Kubo A Jpn J Med 1983; Chan CC Clin Radiol 1998; Archampong EQ Ann R Coll Surg Engl 1978; Calder JF East Afr Med J 1978; Ogunbiyi OA Afr J Med Med Sci 1989

Entstehen von Divertikeln begünstigt [Aldoori 1994]. Tabakkonsum und NSAR-Einnahme korrelieren mit dem symptomatischen Verlauf (Divertikelkrankheit).

Interessant sind epidemiologische Daten (Tab. 1), die zeigen, dass in Afrika und Asien die Divertikel im Darm deutlich weniger vorkommen [Hjern 2006]. Es bleibt offen, ob es genetische Faktoren oder Umweltfaktoren sind, die diese Unterschiede hervorrufen.

Verlauf

75 % der Individuen mit Dickdarmdivertikeln bleiben im Laufe des Lebens asymptomatisch, 25 % entwickeln Komplikationen [Almy 1980]. Zu den Komplikationen gehören die Divertikulitis und die Divertikelblutung. Die Divertikulitis kann unkompliziert (lokal begrenzt) oder kompliziert (Phlegmone, Abszess, Fistel, Stenose, Perforation) verlaufen. Eine Divertikelblutung tritt in 5 bis 10 % der Fälle auf.

Klassifikation

Wir orientieren uns an der Klassifikation modifiziert nach Hansen und Stock (Tab. 2) [Germer 2007].

Therapie

Zur Behandlung der Divertikelblutung stehen endoskopische Möglichkeiten in Verbindung mit angiographischer oder auch chirurgischer Therapie zur Verfügung. Glücklicher-

weise sistieren Divertikelblutungen häufig spontan und Rezidive sind eher selten. Bei schweren Blutungen mit fehlender Möglichkeit der Lokalisation (auch intraoperativ) ist es in seltenen Fällen notwendig, mehrere Stomata operativ anzulegen, über die später gegebenenfalls kombiniert endoskopisch/chirurgisch exploriert und therapiert werden kann. An diese Option sollten sich alle klinisch tätigen Kollegen im Notfall erinnern. Glücklicherweise sind schwere Blutungen in dieser Form eher selten.

Die Schnittstelle zwischen konservativer Therapie (kalkulierte Antibiotikatherapie, Nahrungskarenz, parenterale Ernährung) und Chirurgie beginnt bei Stadium 2b. Falls der Abszess nicht interventionell erfolgreich drainiert werden kann oder innerhalb von 48 Stunden unter konservativer Therapie keine Besserung zu erkennen ist, sollte der Patient operiert werden. Bei einer freien Perforation mit Peritonitis (Stadium 2c) sollte immer notfallmäßig operiert werden. Bei einer gedeckten Perforation kann hingegen über 48 Stunden ein konservativer Therapieversuch begonnen werden. Bei fehlender Besserung des Abdominalbefundes muss eine dringliche Notfalloperation erwogen werden. Die Übereinstimmung zwischen CT-Stadium und Histologie ist für das Stadium 2b und 3 exzellent, für 2a gibt es nur eine Übereinstimmung von 33 %, da die CT das Ausmaß der Entzündung eher unterschätzt. Histologisch verifizierte

Tab. 2: Klassifikation der Divertikulose/ Divertikulitis modifiziert nach Hansen und Stock

Stadium	Bezeichnung	Kriterium		
		Klinik	Koloskopie/Kontrasteinlauf (KE)	Abdomen-CT
0	Divertikulose	keine	reizlose Divertikel	Gas- und Kontrastmittel gefüllte Divertikel
I	akute unkomplizierte Divertikulitis	Schmerzen im Unterbauch, ggf. Fieber	endoskopisch: Schleimhautrötungen um Divertikelhäse KE: Spikulae, Darm-Wandverdickung	eventuell Darmwandverdickung
II	akute komplizierte Divertikulitis			
II a	Peridivertikulitis, phlegmonöse Divertikulitis	Druckschmerz oder lokale Abwehrspannung, tastbare Walze im Unterbauch, Fieber	endoskopisch: Schleimhautrötungen um Divertikelhäse KE: Spikulae, Darm-Wandverdickung	Darmwandverdickung und Dichteanhebung im perikolischen Fettgewebe
II b	abszedierende Divertikulitis, gedeckte Perforation, Fistel	lokaler Peritonismus, Fieber, Atonie	endoskopisch: Schleimhautrötungen um Divertikelhäse KE: Spikulae, Darm-Wandverdickung, ggf. Kontrastmittelextraluminat	mesokolischer oder retroperitonealer Abszess (darmwandnahe)
II c	freie Perforation	akutes Abdomen	nicht indiziert	freie Luft, freie Flüssigkeit, ggf. Abszesse
III	chronisch rezidivierende Divertikulitis	anamnestisch rezidivierender Unterbauchschmerz, ggf. Fieber, Obstipation, Subileus, oder Luftabgang im Urin	endoskopisch oder KE; Stenose, Fistel	Darmwandverdickung, ggf. Stenose oder Fistel Sigma elongatum

Abszedierungen wurden in 66 % im CT nicht erkannt. Dies sollte beachtet werden und trotz ubiquitärer Verfügbarkeit eines CT sollten die einfache klinische Untersuchung des Abdomens und die Verlaufskontrollen immer Priorität haben.

Das Stadium 3 (chronisch rezidivierende Divertikulitis) tritt bei 30 bis 40 % auf. Eine positive Familienanamnese, die Länge des befallenen Kolonsegmentes (> 5 cm) und das Vorliegen eines retroperitonealen Abszesses prädisponieren für eine chronisch rezidivierenden Divertikuli-

tis. Aus eigenen Erfahrungen konnten wir feststellen, dass bei Patienten mit Sigma elongatum, ebenfalls häufiger ein Divertikulitisrezidiv auftritt. In Abhängigkeit vom Alter und der Komorbidität kann in dieser Patientengruppe die Indikation zur laparoskopischen Sigmaresektion mit Entfernung des rektosigmoidalen Übergangs (sog. Hochdruckzone) großzügiger gestellt werden. Die frühere Auffassung, dass man dann zur Operation raten sollte, wenn mehr als 2 Schübe pro Jahr auftreten, lässt sich aus der Datenlage nicht ableiten.

Neue therapeutische Aspekte der konservativen Therapie

Die antibiotische Therapie der unkompliziert verlaufenden Divertikulitis ist klinisch seit langer Zeit etabliert. Trotzdem müssen neue prospektive randomisierte, kontrollierte multizentrische Daten zur Kenntnis genommen werden, die zeigen, dass die antibiotische Therapie bei unkomplizierter Divertikulitis nicht besser ist als die symptomatische Therapie [Chabok 2012]. Diese sauber erhobenen Daten müssen durch weitere Studien bestätigt werden, ehe

man bei unkomplizierter Divertikulitis auf Antibiotika verzichtet. In Anbetracht zunehmender Resistenzen und Kosten sollten diese Entwicklungen im Focus unserer Aufmerksamkeit bleiben.

Im Langzeitverlauf zeigt sich, dass nach mehr als 10 Jahren nur ein kleiner Teil von Patienten mit einer konservativ behandelten Divertikulitis Rezidive bekommt.

Man weiß, dass die Rektosigmoidresektion das Vorkommen von Rezidiven effektiv verhindert. Dieses Vorgehen ist durch eine Reihe von Studien gut belegt [Holmer 2011].

Die Indikation für eine Sigmaresektion wird nicht mehr von der Zahl der Rezidive abhängig gemacht, sondern individuell als Nutzen-Risiko-Entscheidung abgewogen.

Abgrenzung zum Reizdarm

Die Abgrenzung zu Symptomen beim Reizdarm ist häufig nicht möglich. Insofern andere Ursachen ausgeschlossen wurden und entzündliche Veränderungen nicht vorliegen, können die Therapieprinzipien des Reizdarms zur Anwendung kommen (Eliminationsdiät, Pfefferminzöl, probiotische Bakterien, glutenfreie Ernährung, Prucaloprid, Linaclotid, Amitriptylin, Osteopathie).

Zusammenfassung

Dickdarmdivertikel sind erworbene Veränderungen, die wahrscheinlich im Rahmen einer enteralen Neuropathie entstehen. Die Beschwerden können nicht von Beschwerden eines Reizdarmes abgegrenzt werden. Insofern sollten bei Patienten mit Divertikeln Behandlungsprinzipien

des Reizdarms zur Anwendung kommen, wenn andere Ursachen und Entzündungen ausgeschlossen wurden.

Bei der komplizierten Divertikulitis werden Antibiotika, ab 2b chirurgische Resektionen eingesetzt. Die Schnittstelle zwischen Endoskopie und Chirurgie ist im Stadium 2a markiert. Der Einsatz von Antibiotika bei der unkomplizierten Divertikulitis ist durch eine kürzlich publizierte Studie erneut auf dem Prüfstein.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel
Klinikum Chemnitz gGmbH,
Medizinische Klinik II
Flemmingstraße 2,
09116 Chemnitz

STEX in der Tasche – wie weiter?

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu zwei

Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte

**am 5. Mai 2014,
voraussichtlich ab 11.00 Uhr,
in das Carl-Ludwig-Institut
der Universität Leipzig,
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig**

sowie

**am 5. Juni 2014, ab 13.00 Uhr,
in das Medizinisch-Theoretische
Zentrum der Technischen
Universität Dresden,
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.**

Im Hörsaal findet ein Einführungsvortrag zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung statt und anschließend eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, von Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aus sächsischen Krankenhäusern und aus der Niederlassung.

Vor, während und nach der Plenarveranstaltung informieren und beraten Sie an ihren Ständen im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Sächsischen Apotheker- und Ärztekammer zur Weiterbildung sowie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Dabei stehen Themen im Mittelpunkt wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Weiterbildung und Karrierechancen im Krankenhaus,

- Weiterbildung im ambulanten Bereich,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Fördermöglichkeiten.

Für das leibliche Wohl während der Veranstaltungen wird gesorgt sein.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei. Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen unter Arzt-in-Sachsen@slaek.de gerne zur Verfügung. Die Einladungsflyer können Sie sich von der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de herunterladen.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen 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.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kvs-sachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar.

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

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/C023	Augenheilkunde	Chemnitzer Land	12.05.2014
14/C024	Neurologie und Psychiatrie	Chemnitzer Land	12.05.2014
14/C025	Augenheilkunde	Chemnitzer Land	12.05.2014
14/C026	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	12.05.2014
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
14/C027	Anästhesiologie	Südsachsen	12.05.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/D008	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	12.05.2014
14/D009	Urologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	25.04.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
14/L010	Allgemeinmedizin*)	Wurzen	12.05.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Auerbach	nach Absprache
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	01.05.2014
Allgemeinmedizin*) (Praxissitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Freiberg	01.10.2014
Allgemeinmedizin*) (Praxissitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Freiberg	01.10.2014
Allgemeinmedizin*)	Plauen	01.07.2014
Allgemeine fachärztliche Versorgung		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mittweida	1. Halbjahr 2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Dresden, Stadt	Praxisabgabe: sofort
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Praxisabgabe: 01.11.2014
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Praxisabgabe: 01.04.2015

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

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 7. Juli 2014, 9.00 – 11.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Säch-

sischen Landesärztekammer. **Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum 31. Mai 2014 zu erfolgen.**

Auszubildende und UmschülerInnen sind aufgefordert, das Ausbildungsnachweisheft am Tag der Zwischenprüfung bei der Aufsichtsführung zur Sichtung durch die Sächsische Landesärztekammer einzureichen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und UmschülerInnen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der

Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/171/173 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Neue Praxis-Leitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS)

U. Rothe, R. Dörr, M. Hanefeld, S. Fischer, G.H. Scholz, J. Schulze für die Fachkommission Diabetes SLÄK

Epidemiologie und Hintergrund

Trotz der großen Häufigkeit des Metabolisch-Vaskulären Syndroms (MVS) in der Bevölkerung, vor allem bei Männern – in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht ca. 25 bis 40 % – und seiner großen Krankheits-Bürde, werden Risikopersonen immer noch zu spät erkannt und unzureichend behandelt. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) liegt nach der IDF-Definition ein MVS sogar in über 80 % vor (Köhler et al. 2007), das bedeutet, die meisten Typ-2-Diabetiker sind per se multimorbid. Infolge von Über- und Fehlernährung und Bewegungsmangel ist es zu einem nahezu epidemieartigen Anstieg der Häufigkeit der (abdominalen) Adipositas gekommen und parallel dazu hat die Prävalenz des MVS deutlich zugenommen. Das Problem liegt nicht allein in der mangelnden Kenntnis und der ungenügenden Aufklärung der Bevölkerung (zum Teil auch bei Ärzten) über dieses gefährliche Syndrom. Das Problem besteht auch in einer geradezu unüberschaubaren Flut praktikabler und weniger praktikabler nebeneinander bestehender Leitlinien für einzelne Krankheitsfacetten. Komplexe Leitlinien für multimorbide Patienten existieren so gut wie nicht. Deshalb hat die Fachkommission Diabetes unter der Schirmherrschaft der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) gemeinsam mit einem unabhängigen wissenschaftlichen Expertengremium verschiedener Fachdisziplinen aus ganz Deutschland die Praxis-Leitlinie MVS, die Hausärzten, Internisten, Diabetologen/Endokrinologen, Kardiologen, Angiologen, Neurologen und Gefäßchirurgen in Niederlassung und Klinik eine Handlungsanleitung bei der täglichen Arbeit am Patienten sein soll, völlig neu überarbeitet und im Dezember 2013 herausgegeben (*Mail an info@*

ag-sachsen.de oder Bestellformular auf *www.ag-sachsen.de*).

Hervorzuheben ist auch die Mitarbeit von praktisch tätigen Hausärzten und Patientenvertretern, was bundesweit einmalig ist. Die Praxis-Leitlinie berücksichtigt – soweit vorhanden – die „evidenzbasierten“ Empfehlungen europäischer und internationaler Fachgesellschaften. Sie ist eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Schwerpunkteinrichtungen, Akut-Krankenhäusern und Rehabilitations-einrichtungen, um die Patienten mit einem MVS frühzeitig zu erkennen und effektiv und kosteneffizient zu behandeln. Damit liegt auch für die ärztlichen Körperschaften und die Kostenträger eine transparente Leistungsbeschreibung auf dem modernen Stand der Medizin vor, die Notwendiges von Verzichtbarem trennt. Eine effektive Behandlung von Patienten mit MVS spart letztlich auch Kosten für unsere Solidargemeinschaft durch Verhinderung einer Eskalation dieses Symptomkomplexes, besonders der kardiovaskulären Komplikationen und vermeidbarer Krankenhausbehandlungen.

Ätiologie und Definition

Beim MVS sind metabolische Störungen und kardiovaskuläre Endorganschäden eng assoziiert – sie erfordern ein breit gespanntes Risikomanagement. Hierbei werden Lebensstilmodifikationen von einer evidenzbasierten medikamentösen Therapie flankiert (Dörr et al. 2014). Bereits die Erstbeschreiber des Metabolischen Syndroms in Deutschland (Haller, Leonhardt, Hanefeld, Schulze, Fritz 1973) gingen vom gleichzeitigen Vorliegen metabolischer und vaskulärer Störungen bei diesem Syndrom aus (Hanefeld et al. 1981). Heute versteht man unter dem Begriff MVS entweder ein Risikofaktoren-Cluster aus Übergewicht, erhöhten/erniedrigten Blutfetten, erhöhtem Blutdruck und Prädiabetes oder – im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung – das gemeinsame Vorkommen der manifesten Krankheiten intraabdominale Adipositas, Dyslipidämie, Hypertonie und DMT2. Aufgrund der engen Vernetzung

metabolischer und vaskulärer Störungen und der hohen Relevanz für kardiovaskuläre Endorganschäden wie Herzinfarkt und Schlaganfall bezeichnen wir das Cluster metabolischer und vaskulärer Risikofaktoren resp. Erkrankungen seit 2007 als „Metabolisch-Vaskuläres Syndrom“ (MVS). Mit dem Begriff des MVS soll der Fokus verstärkt auf das Gefäßsystem gelenkt werden und zwar von Anfang an. Ein später auftretender DMT2 sowie eine Koronare Herzkrankheit (KHK) sind dabei zwei Seiten einer Medaille.

An der Entwicklung des epidemisch auftretenden MVS sind genetische Faktoren und falsche Lebensgewohnheiten in enger Wechselwirkung beteiligt. Am Anfang steht zumeist eine intraabdominale Adipositas, die den anderen Erkrankungen um 5 bis 10 Jahre vorausgeht. Die entscheidenden Prädiktoren für die Entwicklung des MVS sind der Taillenumfang, HDL und Proinsulin (Palaniappan et al 2004).

Entscheidend für die Praxis ist, dass zwar jeder Risikofaktor für sich bereits das kardiovaskuläre Risiko erhöht, aber das gemeinsame Auftreten dieses Risikofaktoren-Clusters MVS bei einem Patienten das Risiko für Gefäßkomplikationen vervielfacht/potenziert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer umfassenden Diagnostik und Therapie aller Facetten dieses Syndroms, wobei pleiotrope und synergistische Effekte berücksichtigt werden sollen, um eine Polypharmazie zu vermeiden.

Folgeerkrankungen und Risikostratifizierung/-management

Das MVS ist ein bedeutsames Risikofaktoren-Cluster für die vital bedrohlichen kardiovaskulären Folgeerkrankungen Herzinfarkt und Schlaganfall. Neben den klassischen Risikofaktoren (Rauchen, Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes) führt das MVS zu einer weiteren Risikosteigerung für eine KHK um 35 bis 60 %. Speziell bei Diabetikern sind kardiovaskuläre Erkrankungen in bis zu 70 % die Haupttodesursache. Die 30-Tage-Mortalität beim Diabetiker im akuten

Myokardinfarkt ist etwa doppelt so hoch wie bei Nicht-Diabetikern. Infolge der Hochrisiko-Konstellation des Diabetikers gilt der DMT2 heute als KHK-Äquivalent. In einzelnen Studien entspricht das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko von Patienten mit DMT2 ohne vorausgegangenen Herzinfarkt dem von Nichtdiabetikern mit Herzinfarkt.

Beim Nachweis einer Einzelkomponente des MVS, zum Beispiel der intraabdominalen Adipositas, sollte gezielt nach den anderen Komponenten des Risikofaktoren-Clusters gesucht werden, da diese oft schon im Latenzstadium nachweisbar sind. Vor einer effizienten, risikoadjustierten Therapieeinleitung ist stets eine Risikostratifizierung erforderlich, zum Beispiel mittels PROCAM-Score, der online ermittelbar ist: www.chd.taskforce.de (Assmann et al. 2002). Das individuelle Risiko eines Patienten wird durch folgende Faktoren determiniert: genetische Faktoren, Geschlecht, Alter, Taillenumfang, Lipidstatus, Blutdruck, Prädiabetes und Diabetes, Rauchen, körperliche Aktivität, Ernährung (beeinflussbare Risikofaktoren), wobei nicht alle Faktoren in die verschiedenen Scores eingehen. Daneben erhöhen auch ein proinflammatorischer Zustand und eine nachweisbare Mikroalbuminurie das Risiko eines Patienten weiter. Nach Verifizierung eines MVS sind gezielt Manifestationen einer Atherosklerose an Koronargefäßen, Becken-Beingefäßen und Hirngefäßen abzuklären.

Das Belastungs-EKG ist nach den neuen Guidelines der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) für die stabile Angina pectoris aus dem Jahre 2013 mit einer Sensitivität von nur 45 bis 50 % für die Erkennung einer stenosierenden KHK nur noch von untergeordneter Bedeutung, da ein normales Belastungs-EKG eine stenosierende KHK niemals sicher ausschließen kann. Hinzu kommt, dass viele übergewichtige Patienten mit MVS wegen Trainingsmangels gar nicht ergometrierbar sind. Zum Ausschluss einer *stenosierenden KHK* bedarf es deshalb bildgebender Be-

lastungstests wie der Stress-Echokardiografie, der SPECT-Myokardszintigrafie oder der Stress-Magnetresonanztomografie.

Bei Patienten mit einer *Herzinsuffizienz* und eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion liegt ursächlich in über 70 % eine stenosierende KHK vor. Diagnostische Standardmethode zur Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion und zur Differenzialdiagnose zwischen einer Herzinsuffizienz mit eingeschränkter oder erhaltener systolischer linksventrikulärer Funktion (diastolische Herzinsuffizienz) ist die transthorakale Echokardiografie.

Besondere Beachtung ist der Diagnostik der *stummen Myokardischämie des Diabetikers* zu widmen (pathologische Q-Zacken im Ruhe-EKG als Hinweis auf einen stumm abgelaufenen Myokardinfarkt, keine typische Angina-pectoris-Symptomatik trotz fortgeschrittener KHK, Belastungsdyspnoe als Angina-pectoris-Äquivalent).

Der *Schlaganfall* (manifeste Apoplex) tritt bei bis zu 11% aller Patienten mit MVS in Abhängigkeit von der Anzahl der Risikofaktoren auf. Andererseits konnte nachgewiesen werden, dass bereits 43 % aller Patienten mit einem Schlaganfall an einem MVS leiden. Ein besonders hohes Schlaganfallrisiko infolge kardial bedingter Embolien haben Patienten mit Vorhofflimmern, insbesondere Patienten mit Vorhofflimmern und reduzierter systolischer linksventrikulärer Funktion. Das individuelle kardioembolische Schlaganfallrisiko kann nach dem CHADS2-Score oder CHA2DS2-VASc-Score prozentual ermittelt werden.

Eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) gilt als gesicherte „Marker-Erkrankung“ für ein erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko. Diagnostische Standardmethode zum Nachweis einer pAVK ist die Bestimmung des Knöchel-Arm-Index („Ankle Brachial Index“ = ABI). Bei ABI-Werten < 0,9 kann von einer manifesten pAVK ausgegangen werden.

Risikoadjustierte Therapieziele

Für jeden Patienten ist es notwendig, risikoadjustierte Therapieziele festzulegen, um eine Fehl-, Unter- oder Überversorgung zu vermeiden. Die strengerer Zielwerte sollten allmählich, schrittweise erreicht werden. Ziel der Behandlung von Patienten mit einem MVS ist es, die einzelnen Risikofacetten optimal einzustellen, um das Fortschreiten der Erkrankungen und besonders das Auftreten von kardiovaskulären Folgeerkrankungen zu minimieren. Die in der Praxis-Leitlinie angegebenen Zielwerte sollen in Abhängigkeit vom Vorliegen der Risikofaktoren bzw. des individuell bestehenden Risikos und der Begleiterkrankungen angestrebt werden. Auch das Vorliegen bereits bestehender Gefäßkomplikationen sollte die Therapieziele bestimmen. Bisher gibt es kaum Studien, die Aussagen zum Vorliegen mehrerer Risikofaktoren bei einem Patienten ermöglichen. Hier ist als einzige Studie die Steno-2-Studie (Gaede et al. 2003) bekannt, die nachweisen konnte, dass die effektive Beeinflussung mehrerer Risikofaktoren das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten deutlich senkt.

Lebensstilintervention

Die Basistherapie des MVS umfasst eine Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie mit dem Ziel von Nikotinabstinenz, dauerhafter Gewichtsreduktion und Besserung der Insulinresistenz.

Die Gewichtsreduktion sollte immer am Anfang der Behandlung stehen. Dabei ist die Motivation der Betroffenen zur Änderung ihres Lebensstils die Grundlage jeder effektiven Therapie. Die Ergebnisse von mehreren großen internationalen Studien belegen mit hoher Evidenz, dass die Prävention der Komponenten des MVS (insbesondere des DMT2) mit einer Lebensstilintervention in bis zu 60 % bei Risikopersonen mit einer eingeschränkten Glukosetoleranz (IGT) möglich und erfolgreich durchführbar ist. Die entscheidende Variable zur Senkung der Diabetesinzidenz war dabei jeweils die erreichte Gewichtsreduktion.

Multimodale Therapie

Selbst bei den besten Anstrengungen im Rahmen der Lebensstilintervention verbleibt ein Bedarf an medikamentöser Intervention, da etwa 50 % der Patienten mit MVS die Therapieziele ohne Medikamente nicht erreichen.

Hyperlipidämie: Die konsequente medikamentöse Korrektur einer Hyperlipidämie bei Patienten mit MVS ist prognostisch von entscheidender Bedeutung. Die Auswahl eines Medikamentes der ersten Wahl hängt aber vom Typ der Dyslipoproteinämie sowie von assoziierten Erkrankungen ab. Bei einer LDL-Hypercholesterinämie sind Statine die effektivsten LDL-Cholesterinsenkenden Medikamente mit der am besten gesicherten Evidenz für die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität. Statine haben gesicherte pleiotrope Effekte, die zu ihrer hohen antiatherosklerotischen Potenz und zur signifikanten Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit MVS und KHK beitragen.

Arterielle Hypertonie: Antihypertensiva haben unterschiedliche Effekte auf die Teilerkrankungen des MVS. Bei Patienten mit MVS ohne KHK bzw. bei jungen adipösen Personen mit Dyslipidämie und/oder Prädiabetes sollten ACE-Hemmer/ AT1-Blocker die Medikamente der ersten Wahl sein, gefolgt von Kalziumkanalblockern. Bei unzureichender Blut-

druckeinstellung ist häufig zusätzlich ein Thiazid- oder Schleifendiuretikum erforderlich. Kalziumkanalblocker und Diuretika sind jedoch beim MVS nicht die blutdrucksenkenden Medikamente der ersten Wahl und auch nicht für eine Monotherapie geeignet. Für Patienten mit MVS, gesicherter KHK und reduzierter systolischer linksventrikulärer Funktion bzw. chronischer Herzinsuffizienz sind kardioselektive Betablocker zur Prävention des plötzlichen Herztodes essenzieller Bestandteil der Therapie. **Diabetes mellitus:** Seit der ACCORD-Studie wird eine risikoadaptierte antidiabetische Therapie mit risikobehängigen Therapiezielen favorisiert: bei jüngeren Patienten ohne KHK bleibt es bei einem HbA1c-Ziel von 6,5 %, bei älteren inadäquat eingestellten Patienten mit KHK ist vor einer zu konsequenten Blutzuckersenkung zu warnen. Metformin ist das Medikament der ersten Wahl bei Personen mit DMT2, die an einem MVS leiden. Die günstigen Effekte von Metformin auf Parameter des MVS bei klinisch manifestem DMT2 wurden in der UKPDS-Studie belegt. Metformin war in der UKPDS-Studie das einzige Medikament, das bei adipösen Patienten kardiovaskuläre Ereignisse signifikant vermindern konnte.

Antithrombotische Therapie und orale Antikoagulation: Acetylsalicylsäure (ASS) wird in der Primär- und Sekundärprävention bei DMT2 und MVS sowie bei DMT2 und

Makroangiopathie eingesetzt. ASS erhöht jedoch das Risiko für gastrointestinale Blutungen. Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder nach koronarer DES-Stentimplantation müssen trotzdem darüber hinaus zumeist über 12 Monate mit einer dualen Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS 100 und zusätzlicher Gabe von Clopidogrel, Prasugrel oder Ticagrelor behandelt werden. Patienten mit MVS, insbesondere mit DMT2 und Vorhofflimmern und einem CHADS₂-Score bzw. einem CHA₂DS₂-VASc-Score > 1 haben ein deutlich erhöhtes kardioembolisches Schlaganfallrisiko und bedürfen einer oralen Antikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten oder einem der neueren oralen Antikoagulanzen (NOAKs) Dabigatran, Rivaroxaban oder Apixaban.

Integrierte

Versorgungsstrukturen

Die Erkennung von Patienten mit MVS obliegt in erster Linie den Hausärzten. Hausärzten kommt bei der Erfassung Gefährdeter wie auch der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, der Schulung zu gesunder Ernährung und gesunder Lebensweise eine besondere Rolle zu. Problempatienten oder therapierefraktäre Fälle sind zur weiteren Diagnostik und Therapie einer Schwerpunktpraxis oder einer spezialisierten Stoffwechselambulanz zuzuweisen. Eine enge und gut funktionierende Kooperation im Sinne einer integrierten Versorgung ist für den Therapieerfolg bei der Behandlung des MVS entscheidend.

Perspektivisch stellen wir uns ein komplexes Chronic Care Management (anstatt DMP) auf der Basis des MVS vor, welches geeignet ist, Diagnose, Therapie und Prognose dieser großen risikoträchtigen, multimorbiden Patientengruppe zu verbessern.

Literatur bei den Verfassern sowie in der Praxis-Leitlinie MVS (unter www.ag-sachsen.de anzufordern)

Anschrift für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ulrike Rothe
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der TU Dresden
IMB, Bereich Epidemiologie und
Versorgungsforschung
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Mitautoren und unabhängiger wissenschaftlicher Beirat:

U. JULIUS, Dresden	S. BERGMANN, Dresden
H.W.M. BREUER, Sulzbach	I. DÄNSCHEL, Hausärzterverband
R.H. STRASSER, Dresden	P. SCHWARZ, Dresden
H.J. VERLOHREN, Leipzig	M. WECK, Freital
A. BERGMANN, Dresden	M. BLÜHER, Leipzig
E. BODENDIECK, Wurzen	S.R. BORNSTEIN, Dresden
R. DÖRR, Dresden	B. DONAUBAUER, Oschatz
G. GERICKE, Chemnitz	TH. HAAK, Bad Mergentheim
S. HAAS, Dresden	S. JACOB, Villingen-Schwenningen
H. U. JANKA, München	C. KÖHLER, Dresden
R. KÖNIG, DDB	J. KRUG, Leipzig
H. KUNATH, Kleina	J. LINDNER, Schneeberg
T. LOHMANN, Dresden	I. MURAD, Aue
A. NÄKE, Dresden	M. NITSCHKE-BERTRAUD, Dresden
B. NOACK, Dresden	D. OTTO, Görlitz
K. RETT, Sachsenhausen	S. M. SCHELLONG, Dresden
H. SCHMECHEL, Erfurt	J. E. SCHOLZE, Berlin
P. SCRIBA, München	D. TSCHÖPE, Bochum
R. WALLIG, DDB	C. WOITEK, Wurzen

Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ erschienen

Ingrid Schubert¹, Joachim Feßler², Hanna Kirchner¹, Christiane Muth³, Sebastian Harder⁴ für die Autoren der Leitlinie**

Der Vorwurf hat gewirkt! Im Jahr 2005 erschien im JAMA ein Artikel von C. Boyd et al., in dem anhand einer 79-jährigen multimorbiden Beispielpatientin, wie sie vielen Hausärzten aus ihrem Praxisalltag vertraut sein dürfte, aufgezeigt wurde, dass die strikte Umsetzung einzelner krankheitsbezogener Leitlinienempfehlungen ohne wechselseitige Berücksichtigung der verschiedenen Therapien eher zu mehr Problemen als zu mehr Gesundheit führen wird. Diese Patientin erhielt entsprechend den Leitlinienempfehlungen für ihre Diagnosen (COPD, Osteoporose, Diabetes, Arthritis) insgesamt zwölf Arzneistoffe zur Dauertherapie, verteilt auf 19 Einzeldosen. Allein fünf klinische relevante Interaktionen – zu meist mit den NSAR – waren nachweisbar. Die Ausführungen von Boyd et al. werden bis heute angeführt, wenn es darum geht, das Dilemma zwischen evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und Praxistauglichkeit dieser Empfehlungen zu diskutieren: Leitlinienautoren beziehen sich auf Ergebnisse qualitativ hochwertiger, möglichst randomisierter kontrollierter Studien, in die jedoch in der Regel keine multimorbiden, älteren Patienten eingeschlossen werden. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse mit hoher interner aber eingeschränkter externer Validi-

tät in den Versorgungsalltag war und ist Gegenstand vieler Diskussionen in Leitliniengruppen, die sich die Aufgabe gestellt haben, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen – auch für Ältere – auszusprechen. Auch die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2008 sowie der Sachverständigenrat in seinem Kapitel 5.1 im Sondergutachten (2009) haben diese Thematik aufgegriffen und die Forderung erhoben, dass Leitlinien die Situation älterer und insbesondere multimorbider Patienten besser berücksichtigen sollten. Einig schien man sich darin, dass solche Leitlinien „Behandlungsprioritäten“ setzen und für die Situation des Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Ressourcen, Lebenserwartung und individuellen Situation angepasste Empfehlungen aussprechen sollten. Multimorbidität ist weitgehend mit Multimedikation verbunden, beides steigt im Alter deutlich an. Betrachtet man allein die verordneten Arzneimittel, so erhalten je nach betrachteter Krankenkasse schätzungsweise zwischen 33 % (BARMERGEK) und 42 % (AOK) der über 65-Jährigen fünf und mehr verschiedene Arzneimittel pro Quartal. Der Anteil ist – in den einzelnen Altersgruppen und zwischen Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt – noch höher, wenn zusätzlich noch nichtverschreibungspflichtige Präparate der Selbstmedikation betrachtet werden. Nach Angaben der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS 1) lag bei 13,6 % der Frauen (18 bis 79 Jahre) in den letzten sieben Tagen eine Polymedikation mit mehr als fünf verschriebenen Präparaten vor (Männer: 9,9 %). Unter Einbeziehung der Selbstmedikation steigt dieser Anteil bei den Frauen auf 22,8%, bei den Männern auf 13,8 %. In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre war fast jeder Zweite davon betroffen. Die epidemiologischen Daten zeigen die Relevanz der Thematik. Für Hausärzte stellt sich hier die besondere Herausforderung, die eigene Verordnungsentscheidung vor dem Hintergrund der Verordnungen anderer Arztgruppen als auch der Selbstmedikation des Patienten

zu treffen – und dies bei unzureichender Informationslage.

Da die Hausärztliche Leitliniengruppe Hessen, die sich 1998 aus Moderatoren von Pharmakotherapie zirkeln gegründet und bis heute 15 hausärztliche Leitlinien erarbeitet hat, traditionell den Fokus ihrer Leitlinie auf die Pharmakotherapie legt, lag es nahe, sich vor dem Hintergrund der von Boyd und anderen geäußerten Kritik mit der Frage zu befassen, wie notwendige Multimedikation sicher durchgeführt und unerwünschte vermieden werden kann. Nicht zuletzt wurde die jetzt vorliegende Leitlinie „Multimedikation“ durch die Studien von Garfinkel et al. zur Reduktion von Arzneimitteln bei Älteren ange-regt. Im Gegensatz zum Vorgehen dieser Autoren sollte der Fokus der Leitlinie jedoch auf den Medikationsprozess insgesamt und nicht nur auf die Reduktion einer bereits etablierten Multimedikation gelegt werden. Für die Leitlinienautoren war es deshalb von Beginn an wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um notwendige Multimedikation aufgrund der Erkrankungen des Patienten oder um unerwünschte Multimedikation handelt. Letzteres hat vielfältige Ursachen wie unkoordinierte Therapien verschiedener Behandler, Selbstmedikation, Weiterführen von Akutbehandlungen, nichterkannte Verordnungs-kaskaden und anderes mehr. Auch ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass vielen Patienten die Risiken einer Multimedikation nicht ausreichend bewusst sind. In einer Befragung älterer Patienten sahen es 32 % als nicht zutreffend an, dass es durch die Einnahme mehrerer Medikamente vermehrt zu Nebenwirkungen kommen kann, 17 % stimmten dem Statement nicht zu, dass unter Multimedikation das Risiko für unerwünschte Ereignisse steigt.

Ziele der Leitlinie

Unter Multimedikation steigen bekanntermaßen die Risiken für Interaktionen, Anwendungsfehler und unerwünschte Ereignisse – aber auch für Unterversorgung und nicht zuletzt auch für eine unzureichende Adhärenz. Somit werden an den

¹ PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln

² Sprecher der hausärztliche Leitlinien-gruppe Hessen

³ Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt

⁴ Institut für Klinische Pharmakologie, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt

**Autoren/Autorinnen der Leitlinie Multi-medikation: F. W. Bergert, M. Braun, K. Ehrenthal, J. Feßler, J. Gross, U. Hüttner, B. Kluthe, A. Liesenfeld, J. Seffrin, G. Vetter, M. Beyer (DEGAM), C. Muth (DEGAM), U. Popert (DEGAM), S. Harder (Klin. Pharmakol., Ffm), H. Kirchner (PMV), I. Schubert (PMV)

Hausarzt als Koordinator der Medikation, aber auch an den Patienten erhöhte Anforderungen gestellt. Mit der Leitlinie Multimedikation sollen dem Hausarzt Hilfestellungen gegeben werden, die Arzneitherapie im Rahmen der Verordnungsentscheidung systematisch zu bewerten. Damit soll die Leitlinie dazu beitragen,

- eine unangemessene Medikation und unbeabsichtigte Verordnungskaskade zu vermeiden,
- Fehldosierungen und Fehlanwendungen zu erkennen,
- unerwünschte arzneimittelbezogene Ereignisse zu vermeiden,
- Unterversorgung auch bei Vorliegen von Multimorbidität zu erkennen,
- geeignete Arzneistoffe bei Vorliegen von Multimorbidität auszuwählen,
- die Anzahl aller Medikamente für den Patienten überschaubar zu halten,
- Hilfestellung für eine notwendige Begrenzung in der Anzahl der Medikamente (Präferenzsetzung) zu geben und
- bei älteren Patienten auf veränderte physiologische Prozesse, unter anderem mit Einfluss auf die Pharmakokinetik zu achten.

Mit anderen Worten: Durch die Umsetzung der Empfehlungen sollen die bei Multimedikation auftretenden Probleme einer Über-, Unter- und Fehlversorgung erkannt, vermieden bzw. korrigiert werden. Die Handlungsempfehlungen sind nicht auf ältere Patienten beschränkt.

Hausärztliche Schlüsselfragen und Studienlage zur Medikationsbewertung

Für die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte im ersten Schritt eine Zusammenstellung hausärztlicher Schlüsselfragen, auf die die Leitlinie Antworten und Hilfestellungen geben soll. Folgende zentrale Fragen werden angesprochen:

- Wie erfasse ich die gesamte Medikation des Patienten?
- Wie erkenne ich Risiken und Gefahren der Multimedikation?
- Wie vermeide ich/reduziere ich unnötige Multimedikation?



Abb. 1: Medikationsprozess

- Wie erkenne ich Unterversorgung bei bestehender Multimedikation?
- Welche Symptome können Hinweise auf arzneimittelbedingte Probleme darstellen?
- Wie komme ich gemeinsam mit dem Patienten zu einer Reduktion der Anzahl verschiedener Arzneistoffe?

Die Empfehlungen der Leitlinie beruhen auf einer Literaturrecherche zum Medikationsreview. Die Studien erwiesen sich als äußerst heterogen und zeigten – bezogen auf einzelne Endpunkte – zum Teil widersprüchliche Ergebnisse. Da keine der Studien in einem der hausärztlichen Versorgung in Deutschland identischen Setting durchgeführt wurde, ist es schwierig, die Ergebnisse auf diesen Versorgungsbereich zu übertragen. Dennoch empfiehlt die Leitliniengruppe ein Medikationsreview, da

hierdurch nachweislich Therapieprobleme aufgedeckt, die Arzneimittelsicherheit und Lebensqualität erhöht werden können. Die Leitliniengruppe schließt sich damit den Empfehlungen aus anderen Ländern an, wie zum Beispiel der Royal Society of Physicians und der Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, der Niederlande oder Neuseeland, in denen Medikations-Reviews bereits Bestandteil nationaler Versorgungsprogramme sind.

Der Medikationsprozess

Das Ausstellen einer Verordnung wird meist als Routine betrachtet und es wird dabei übersehen, dass dieser Schritt in einen Prozess eingebunden ist, dessen Gestaltung Einfluss auf die Qualität der Therapie und Arzneimittelsicherheit nimmt. Idealerweise findet dieser Prozess in

enger Abstimmung mit dem Patienten und gegebenenfalls anderen Behandlern statt. Ausgehend von einem Vorschlag von Bain et al. (2008) wird der Medikationsprozess in die folgenden Schritte eingeteilt: Bestandsaufnahme – Medikationsbewertung – Abstimmung mit dem Patienten – Verordnungsvorschlag – Kommunikation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Monitoring, wobei das Monitoring wieder eine erneute Bestandsaufnahme darstellt und der Prozess somit erneut durchlaufen wird (s. Abb. 1).

Zielgruppen

Je nach Komplexität der Patientensituation wird die Medikationsbewertung mit unterschiedlicher Intensität erfolgen von der Routineüberprüfung bis hin zum intensiven Medikationsreview und ggf. anschließender individueller Festlegung von Präferenz in Bezug auf die verbleibenden Arzneimittel. Zielgruppe für ein ausführliches Review sind Patienten mit besonderen Risiken (zum Beispiel mehrere chronische Erkrankungen, Gebrechlichkeit (frailty), kognitive Einschränkungen), Empfänger von Arzneimitteln mit besonderen Risiken wie eine enge therapeutische Breite des Wirkstoffs, besondere Applikations- oder Einnahmeart sowie Patienten in besonderen Situationen (zum Beispiel häufige Krankenhaus-

aufenthalte, mehrere Mitbehandler, Arztwechsel, Adhärenzprobleme). Bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind versorgende Angehörige zu involvieren.

Bestandsaufnahme: An erster Stelle steht die Anamnese über die Beschwerden und Anliegen des Patienten sowie seine aktuelle Medikation. Unspezifische Beschwerden sind vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen der vorhandenen Medikation zu bewerten. Grundlage der Bewertung ist bei bekannten Patienten neben den Selbstangaben des Patienten zu seiner Medikation, der Medikationsplan. Bei Patienten mit Therapieproblemen und Multimedikation sollte einmal jährlich eine Erfassung der gesamten Medikation inkl. der Selbstmedikation erfolgen (brown bag-Methode). Zur Bestandsaufnahme zählen auch die Ermittlung der Adhärenz des Patienten in Bezug auf die Medikation und die Erhebung von Anwendungsproblemen.

Medikationsbewertung: Zentraler Bestandteil im Prozess der Verordnungsentscheidung ist die kritische Prüfung und Bewertung der vorhandenen Medikation. Hilfreich hierfür sind Leitfragen, die die Verordnungsentscheidung lenken. Die Leitlinienempfehlung der Medication Appropriateness Index (MAI) heranzuziehen – hier auch als

Instrument zur „Medikationserfassung als Voraussetzung zur Bewertung der Angemessenheit für gezielte Intervention“ bezeichnet. Der wesentliche Punkt ist hierbei, dass es keine Verschreibung ohne valide Diagnose geben darf, und dass die gewählte Dosis/Darreichungsform auch mit den Therapiezielen konform geht. Die Überprüfung der Medikation mittels MAI beginnt deshalb mit der Frage nach der Indikation für die verordneten Medikamente. Daran anschließend sollte geprüft werden, ob für die Wirksamkeit der Arzneimittel ausreichende Belege existieren. Hinweise zur Evidenz finden sich u. a. in Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL), den Leitlinien der DEGAM, der Leitlinienempfehlung Hessen oder in den Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Arzneimittelkommission (AkdÄ) und der AWMF. Hilfreich sind hierbei auch Cochrane Reviews, IQWiG-Berichte und Leitlinien aus anderen Ländern (NICE, SIGN). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass fehlende Studien zur Evidenz nicht zwangsläufig bedeutet, dass kein Nutzen vorliegt. Die Leitlinie gibt unter anderem Hinweise zur Prüfung auf Kontraindikationen, Interaktionen und Dosierungsfragen. Hinweise erfolgen auch auf ausgewählte, im hausärztlichen Setting relevante Arzneimittel, die die QT-Zeit verlängern können (s. Tab. 1). Das Risiko für das Auftreten einer QT-Zeit-Verlängerung steigt bei Vorhandensein von Multimedikation, auch neigen Frauen häufiger zu QT-Zeit-Verlängerungen. Die Leitlinienempfehlung, vorhandene Therapien zu überprüfen und bei Patienten mit diesen Wirkstoffen ein EKG zu veranlassen. Patienten mit einer bereits verlängerten QT-Zeit sowie Patienten mit Elektrolytstörungen sollten diese Medikamente nicht erhalten. Der Erstverordner von problematischen Medikamenten sollte ein EKG veranlassen und Nachverordner darauf hinweisen.

Überprüft werden sollen nach MAI auch die Dauer der Verordnung, das Vorliegen von Doppelverordnungen und die Angemessenheit der Therapie wie zum Beispiel entsprechend

Tab. 1: Ausgewählte Pharmaka mit nicht-kardialer Indikation, die eine Verlängerung der QT-Zeit bewirken können

Indikationsgruppe	Wirkstoffe (Beispiele)
ZNS-Pharmaka	Amitriptylin, Chloralhydrat, Citalopram, Escitalopram, Chlorpromazin, Clomipramin, Doxepin, Felbamat, Fluoxetin, Flupentixol, Haloperidol, Imipramin, Levomepromazin, Lithium, Methadon, Methylphenidat, Nortriptylin, Olanzapin, Paroxetin, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Sertralin, Thioridazin, Tizanidin, Trimipramin, Venlafaxin
Magen-Darm-Mittel	Granisetron, Octreotid, Ondansetron
Asthmamedikation	Salbutamol, Salmeterol, Terbutalin
Antibiotika	Azithromycin, Clarithromycin, Erythromycin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Ofloxacin, Trimethoprim-Sulfamethoxazol
Virustatika	Amantadin, Foscarnet
antiparasitäre Mittel	Chinidin, Chloroquin, Mefloquin, Pentamidin
Antimykotika	Fluconazol, Itraconazol, Ketoconazol, Voriconazol
Antihistaminika	Terfenadin
andere Wirkstoffe	Alfuzosin, Phenylephrin, Pseudoephedrin, Tacrolimus, Tamoxifen, Vardenafil

Siehe auch: <http://www.azcert.org>

den Kriterien der PRISCUS-Liste oder der STOPP/START Kriterien, deren Übertragbarkeit jedoch noch zu überprüfen ist. Bei älteren Patienten sollte auch geprüft werden, ob sturzfördernde Arzneimittel abgesetzt, gegebenenfalls ersetzt oder in der Dosis reduziert werden können. Weitere wichtige Fragen zur Medikationsbewertung beziehen sich auf die Prüfung der Nierenfunktion, der Frage, ob gegebenenfalls eine Unterversorgung (trotz Multimedikation) besteht sowie nach Adhärenz und Vorhandensein eines aktuellen Medikationsplans.

Abstimmung mit dem Patienten:

Vor der Entwicklung eines Verordnungsvorschlags sollten die Erwartungen und Vorstellungen (auch Ängste) des Patienten zu seiner Therapie sowie seine Therapieziele eruiert werden. Dieser Schritt erlaubt auch festzustellen, ob der Patient über seine Erkrankung und die möglicherweise vorhandenen verschiedenen Therapieoptionen ausreichend informiert ist. So ist aus der Adhärenzforschung bekannt, dass die Therapietreue in hohem Maße mit Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit assoziiert ist. Auch wenn diese Einstellungen nur schwer beeinflussbar sind, geben sie Hinweise, ob mit Adhärenzproblemen bei der Therapie zu rechnen ist.

Verordnungsvorschlag: Dieser umfasst sowohl die Entscheidung, keine neue Arzneimittelverordnung auszustellen, die vorhandene Therapie fortzuführen als auch das Beenden einer Therapie aufgrund der Medikationsbewertung mittels des MAI. Das Beenden einer Therapie kann darüber hinaus durch die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient erfolgen, indizierte Verordnungen zum Beispiel aus Gründen der Lebensqualität und Problemen in der Therapiehandhabung abzusetzen. Die Leitlinie unterbreitet hierzu Vorschläge für das Gespräch mit dem Patienten. Wichtig ist es für den Arzt zu erfahren, welches Therapieziel für den Patienten selbst im Vordergrund steht und welche Nebenwirkungen er zu tolerieren bereit ist. Auf die Wünsche und Präferenzen des Patienten ist insbesondere in Situationen zu achten, bei denen eine Therapie

eine Erkrankung positiv beeinflusst, sich diese jedoch nachteilig auf den Verlauf einer anderen vorliegenden Krankheit auswirken kann. Darüber hinaus gibt die Leitlinie Hinweise auf die Prüfung möglicher Unterversorgung, die trotz Multimedikation bestehen kann.

Kommunikation: Für den Erfolg der Behandlung und zur Reduktion arzneimittelbezogener Therapieprobleme ist sicherzustellen, dass der Patient gut über die Therapie informiert ist und einen aktuellen Medikationsplan mit Hinweisen zur Einnahme besitzt. Wichtig sind hierzu folgende Punkte:

- Aktualisierung des Medikationsplans im Praxis-PC,
- Ausdruck des aktuellen Medikationsplans für den Patienten, ggf. Mitbehandler
- Erläuterung der aktuellen Therapie und ggf. der vorgenommenen Änderungen,
- Erläuterung möglicher arzneimittelbezogene Probleme, die auftreten können,
- Einnahmehinweise geben,
- Verhaltenshinweise geben für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten oder die Einnahme vergessen wurde,
- Verständnis und Umsetzungsmöglichkeit abfragen,
- Termine für Kontrolluntersuchung vereinbaren.

Die Leitlinie weist auf Mindestanforderungen für den Medikationsplan

hin und empfiehlt den Plan des Aktionsbündnisses Arzneimitteltherapiesicherheit – AMTS (<http://www.akdae.de/AMTSMassnahmen/docs/Medikationsplan.pdf>).

Arzneimittelabgabe: Diese erfolgt in der Regel durch die Apotheke. Patienten mit Multimedikation sollte dazu geraten werden, eine Hausapotheke zu wählen, die Interaktionschecks durchführen und ein elektronisches Medikationsprofil erstellen kann. Hierbei sollte unbedingt auch die Selbstmedikation hinsichtlich möglicher Interaktionen geprüft und in den Medikationsplan eingetragen werden.

Arzneimittelanwendung: Eine sichere Arzneimittelanwendung kann durch verschiedene Berufsgruppen/Einrichtungen (Arzt, Medizinische Fachangestellte, Apotheke, Pflege) sowie schriftliche Informationen unterstützt werden.

Monitoring: Jedes Monitoring (Prüfung der Behandlungsergebnisse, Erfassung unerwünschter Wirkungen – UAW) stellt eine erneute Bestandsaufnahme (siehe oben) dar. Für ausgewählte kritische Arzneimittelgruppen gibt die Leitlinie Empfehlungen zur Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen. Bei dieser Wiedervorstellung sollten Patienten auch gezielt nach unspezifischen Symptomen (s. Tab. 2) gefragt werden, die ihrerseits Hinweise auf ein Vorliegen einer Arzneimittelunverträglichkeit oder Interaktion sein können.

Tab. 2: Unspezifische Symptome, die Hinweise auf arzneimittelbedingte Probleme geben können

- Trockener Mund
- Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Schläfrigkeit oder reduzierte Wachsamkeit
- Schlafstörung
- Schwäche
- Bewegungsstörungen, Tremor, Stürze
- Obstipation, Diarrhoe oder Inkontinenz,
- Appetitlosigkeit, Übelkeit
- Hautausschläge, Juckreiz
- Depression oder mangelndes Interesse an den üblichen Aktivitäten
- Verwirrtheit (zeitweise oder dauerhaft), Halluzinationen
- Angst und Aufregung
- Nachlassen des sexuellen Interesses
- Schwindel
- Ohrgeräusche

Schnittstellen

Veränderungen der Medikation durch einen Krankenhausaufenthalt sind häufig. Dort wird zum Beispiel abgesetzt, umgestellt, neu eingestellt und die Dosis verändert etc. Diese Änderungen sind anhand des Entlassungsbriefes oftmals nicht nachvollziehbar. Somit ist eine Kommunikation mit dem Patienten über die neue Therapie erschwert. Es besteht die Gefahr, dass die Kenntnis von Unverträglichkeiten bzw. Interaktionen verloren geht, dass Therapiekonzepte nicht nachvollziehbar sind, dass befristete Medikationen unbeabsichtigt in eine Dauertherapie überführt werden oder es zu Akzeptanzproblemen mit der Entlassungsmedikation bei Arzt und Patient kommt. Aus Sicht der Leitliniengruppe ist eine frühzeitige Information des Hausarztes vor Entlassung und eine Begründung zur Medikationsumstellung erforderlich. Zur Verbesserung der Kommunikation und Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollten dem Patienten deshalb vor einer Krankenseinweisung bzw. auch zur Vorstellung bei einem Spezialisten wesentliche Vorbefunde, Fragestellung(en) und Einweisungs-/Überweisungsindikation

sowie der aktuelle Medikationsplan mitgegeben werden, mit dem Hinweis, diese Informationen dem behandelnden Arzt persönlich zu übergeben.

Fazit

Was bedeutet nun diese Leitlinie für unseren Alltag? Wenn man „Multimedikation“ als ein eigenständiges Problem erkennt, muss man einen Prozess implementieren, um eine Lösung zu versuchen. Die hier vorgestellte Leitlinie unterstützt mit ihren Handlungsempfehlungen die dafür erforderlichen klinischen Entscheidungsprozesse. Im Kern handelt es sich um eine Leitlinie zur guten Versorgungspraxis. Die Autoren der Leitlinie sind sich jedoch auch der Limitationen bewusst: Die oft unzulängliche Evidenzlage sowie die Tatsache, erstmals eine Leitlinie zu diesem komplexen Thema entwickelt zu haben, lassen Raum für zukünftige Verbesserungen. Zudem wurde während der Entwicklung deutlich, dass es keine einfache Aufgabe ist, eine bestehende Multimedikation zu optimieren und Präferenzen zu setzen (oder unangemessene Multimedikation von vornherein zu vermeiden). Ein umfassendes Medikationsreview

ist ein komplexer Prozess, der mit hohem Aufwand verbunden und unter den Bedingungen des heutigen Praxisalltags sicher nur bei ausgewählten Patienten umsetzbar ist. Neben den erforderlichen Verhaltensänderungen bei Ärzten und Patienten scheint ein Umdenken bei Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens unumgänglich, um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. In diese Richtung gehen erste Initiativen, bei denen die Durchführung eines Medikationsreviews – sowohl in Arztpraxen als auch in Apotheken – durch die Krankenkasse erstattet wird. Statt einzelner Verträge wäre eine flächendeckende Implementierung eines Medikationsreviews in einem vorgegebenen Rahmen, der Zielgruppe, Zeitrahmen, Struktur und Honorierung definiert, wie zum Beispiel bei der Gesundheitsuntersuchung, denkbar. Diese Leistung könnte im Falle der Multimedikation so aussehen, dass alle Kassenpatienten mit mehr als fünf Arzneistoffen in der Dauermedikation einmal pro Jahr alle Medikamente, die sie einnehmen (brown bag), zum Hausarzt mitbringen. Anhand des in der Leitlinie vorgeschlagenen MAI wird die Medikation überprüft und optimiert. Anschließend wird ein neuer Medikationsplan erstellt und dem Patienten ausgehändigt. Die Durchführung des Reviews wird in der Patientenakte sowie zu Abrechnungszwecken dokumentiert.

Allgemeine Hinweise zur Reduktion unerwünschter Multimedikation

- Leitfragen des MAI als Hilfestellung zur Medikationsbewertung heranziehen.
- Keine Therapie ohne Medikamenten-Anamnese durchführen (nach früheren Unverträglichkeiten, Selbstmedikation und Mitbehandler-Medikation fragen, Medikationsplan prüfen).
- Klären, ob eine Pharmakotherapie überhaupt erforderlich und erfolgversprechend ist.
- Nicht primär von einem Verordnungswunsch auf Seiten der Patienten ausgehen, jedoch auch nicht jeden Verordnungswunsch erfüllen.
- Bei der Verordnungsentscheidung den Langzeitnutzen der Therapie berücksichtigen.
- Absetzen der Pharmakotherapie, wenn sie nicht mehr nötig ist, keine gewohnheitsmäßigen Dauertherapien durchführen, Kontrolltermin nach Absetzen vereinbaren.
- Bei neuen Patienten, bei Patienten nach Krankenhausaufenthalt oder bei zusätzlichen Arztkontakten sowie bei Arzneimitteln mit enger therapeutischer Breite, hohem Interaktionspotential oder schwieriger Applikation immer den Medikationsplan neu prüfen und besprechen.
- Auf unerwünschte Wirkungen (UAW) achten (Patienten Verhaltenshinweise für das Auftreten möglicher Nebenwirkungen geben, überprüfen, ob neue oder unspezifische Symptome evtl. UAWs darstellen).

Danksagung: Die Leitliniengruppe dankt dem Verein zur Förderung der Arzneimittelanwendungsforschung e.V. für eine finanzielle Unterstützung der Leitlinienentwicklung sowie dem Verband der Ersatzkassen – vdek für den Zukunftspreis 2012.

Die Leitlinie steht kostenfrei zum download unter: www.pmvforschungsgruppe.de → publikationen → leitlinien (http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_II.pdf)

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:
Dr. Ingrid Schubert
PMV Forschungsgruppe
Universität zu Köln
Herderstraße 52, 50931 Köln

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem „Hessischen Ärzteblatt“

Kreisärztekammer Görlitz

Der Vorstand der Kreisärztekammer Görlitz lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Mittwoch, dem 16. April 2014,
18.00 Uhr,
in das Wichernhaus,
Johannes-Wüsten-Straße 23,
02826 Görlitz,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nachdem sich die Kreisärztekammern

Görlitz, Löbau-Zittau und Niederschlesischer Oberlausitzkreis im Jahr 2009 zur Kreisärztekammer Görlitz zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode bis 2017 gewählt werden. Überdies steht ein Vortrag zum Thema Korruptionsprävention und Berufsrecht auf der Tagesordnung. Es referiert Dr. Alexander Gruner, Leiter der Rechtsabteilung bei der Sächsischen Lan-

desärztekammer. Die Zertifizierung des Vortrags im Rahmen der ärztlichen Fortbildung wurde bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt.

Gern können Sie bei Rückfragen zur Veranstaltung und zur Wahl mit mir unter der Telefon-Nr. 035873 36387 oder per E-Mail: goerlitz@slaek.de Kontakt aufnehmen.

Ute Taube
Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz

Früherkennungs- untersuchungen

Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Thüringen

Das Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz bittet uns, Sie auf das Einladungs- und Meldeverfahren zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Thüringen hinzuweisen.

Grundanliegen ist die Verbesserung des Schutzes der Kinder vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch. Die lückenlose Durchführung der Früherkennungsuntersu-

chungen U 4 bis U 8 wird durch das beim Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz errichtete Vorsorgezentrum für Kinder lückenlos überwacht. Die Ärzte sind dabei verpflichtet, die Vorsorgeuntersuchung zu bestätigen und zu melden.

Wird eine Früherkennungsuntersuchung von einem Arzt außerhalb Thüringens durchgeführt, haben die Personensorgeberechtigten das Formular der ärztlichen Teilnahmebestätigung gemäß Artikel 1 § 5 Abs. 3 des Gesetzes selbst an das Vorsorgezentrum für Kinder zu übermitteln. Der untersuchende Arzt wird gebeten, die bei Thüringer Kindern durch-

geführten Früherkennungsuntersuchungen den Personensorgeberechtigten unbedingt zu bestätigen.

Näheres können Sie unter <http://www.thueringen.de/th7/tlv/gesundheitschutz/kinderschutz/vorsorgezentrum/> nachlesen und bei Bedarf auch erforderliche Dokumente herunterladen. Unter 0361-3774 33 49 können von Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr und freitags von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr beim Vorsorgezentrum für Kinder telefonische Informationen eingeholt werden.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Umfrage „Diversität in Krankenhäusern“

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Service4Health“ untersucht die Universität Bayreuth die Auswirkungen der zunehmenden Internationalisierung der Belegschaft in Krankenhäu-

sern. Ziel ist es, das bestehende Wissen zur Diversität in Krankenhäusern zu vertiefen und neue objektive Erkenntnisse über die aktuelle Situation in deutschen Krankenhäusern zu gewinnen. Krankenhausärzte aller Nationalitäten werden gebeten, an der Befragung teilzunehmen.

Zur Umfrage auf Deutsch:
http://ww3.unipark.de/uc/uni_bayreuth/de/ms/diversitaet2014/
Zur Umfrage auf Englisch:
http://ww3.unipark.de/uc/uni_bayreuth/en/ms/diversitaet2014/

Martin Kandzia M.A.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Konzert

Festsaal

Sonntag, 4. Mai 2014

11.00 Uhr – Junge Matinee

Tastomanie – Nachwuchspianisten des

Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik im Konzert

Sächsisches Landesgymnasium für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Frank Voigt

Collagen + Montagen

bis 18. Mai 2014

Kunsttherapie – ein Bild gebendes
Verfahren.

20 Jahre Aufbaustudiengang – 250
Jahre Hochschule für Bildende Künste
Dresden

22. Mai bis 20. Juli 2014

Vernissage:

Donnerstag, 22. Mai 2014, 19.30 Uhr
Einführung: Matthias Flügge, Rektor der
Hochschule für Bildende Künste Dresden

Innensichten. Über Krankheiten der Seele

Zu Beginn des Jahres 2014 weckte die Veranstaltungsreihe „Innensichten. Über Krankheiten der Seele“ des Deutschen Hygiene-Museums Dresden in Kooperation mit dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden und der Sächsischen Landesärztekammer ein besonders großes Besucherinteresse.

In einer Reihe von sieben Veranstaltungen kamen Betroffene zu Wort, die ihre Erfahrungen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und ihren Weg zur Heilung oder zu einem neuen Leben mit der Erkrankung künstlerisch verarbeitet haben. Ihre Erfahrungen stellten sie in ihren Kunstwerken und im Gespräch mit einem Arzt oder Therapeuten vor. Die Veranstaltungen waren mit insgesamt 1.490 Teilnehmern sehr gut besucht.

In der Eröffnungsveranstaltung am 9. Januar fragten Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen, Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, und Prof. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, unter dem Titel „Werden wir alle verrückt?“ nach der Entwicklung und Wahrnehmung psychischer Erkrankungen.

Prof. Dr. Wittchen, der seit mehr als zehn Jahren anhand großer Bevölkerungsstudien die Verbreitung psychischer Störungen in Europa verfolgt, beschrieb zunächst die definitorischen und diagnostischen Schwierigkeiten bei der Betrachtung solcher Störungen. So kennt man beim Versuch der Einordnung im Gegensatz zur somatischen Medizin meist nicht die Ursache, sondern nur Verlauf und Eigenschaften. Und auch die mit dem einheitlichen Diagnosesystem (aktuell: DSM 5) erreichte bundesweite Einheitlichkeit bei den Störungsbezeichnungen verhindert nicht, dass eine diagnostizierte psychische Krankheit somit eigentlich



Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen
© Oliver Killig

nicht mehr ist als das Erfüllen bestimmter wissenschaftlicher Kriterien, die sich im Laufe der Zeit auch ändern.

Die im Zentrum der ersten Veranstaltung stehende Frage nach der – medial oft attestierten – Zunahme psychischer Störungen beantwortete Prof. Dr. Wittchen anhand der ausgewerteten Studien übrigens eher mit nein. Festzustellen ist aber in jedem Fall eine gestiegene Wahrnehmung dafür, die nicht zuletzt aus einer höheren Bereitschaft resultiert, sich Hilfe zu suchen, und aufgrund der besseren Möglichkeiten eine Behandlung zu finden. Prof. Dr. Bock, der stärker die anthropologische Dimension psychischer Erkrankungen im Fokus hat, stimmte dem grundsätzlich zu. Doch auch wenn die eigentlichen Störungen nicht wirklich zunehmen, gab er kritisch zu bedenken, dass die Behandlungszunahme eventuell auch durch die Ärzte ausgelöst wird, die vielfach der Macht des Marktes unterliegen.

In seiner für die Diskussion sehr anregenden Funktion als Antipode zum empirisch-statistisch argumentierenden Dresdner Wissenschaftler, stellte Prof. Dr. Bock nicht nur die Sinnhaftigkeit eines Diagnosemanuals in Frage, wenn es eine länger als zwei Wochen andauernde Trauer als neue Krankheit definiert. Mit dem Hinweis auf das deutliche Mehrangebot an Psychotherapeuten in reichen Gegenden machte er auch die soziale Komponente beim Umgang



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bock
© Oliver Killig

mit psychischen Störungen deutlich. Sein Plädoyer galt der Sensibilisierung für Abstufungen bei den Störungsbildern und einer vorsichtigeren Zuweisung der Begriffe.

Interessant waren zum Ende auch die Einblicke in die aktuellen Entwicklungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Für Prof. Dr. Wittchen sind es vor allem Angebote der Früh-Intervention, die er für immer wichtiger hält. Prof. Dr. Bock hingegen machte unter dem Stichwort recovery auf einen Trend aufmerksam, der eine Vorstellung von „gesund mit Krankheit“ vertritt und den Patienten hilft, mit einem Tick zu leben, anstatt ihn unter stark medikamentöse Behandlung zu setzen. Auch Angebote wie die „Peer-Beratung“, bei der Betroffene anderen Betroffenen helfen, passen in diese neue Vorstellung einer sinnvollen Behandlung.

Die zweite Veranstaltung hatte am 16. Januar eine Lesung mit Gespräch zum Thema bipolare Störung zum Inhalt. Der Dramaturg und Autor Sebastian Schösser las aus seinem Buch „Lieber Matz, dein Papa hat 'ne Meise!“ und diskutierte mit Dr. med. Thomas Stamm, Leiter des Bereichs Bipolare Störungen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, über seine Erfahrungen mit der Krankheit.

In der Lesung beeindruckte besonders die enorm dynamische Schilderung einer manischen Phase des

Theaterdramaturgen kurz vor der Premiere seines Stücks in Berlin. Im Gegensatz zum eigentlich ernsten Thema der Veranstaltung sorgten die teilweise abstrusen Berichte des selbsterlebten Größenwahns im Publikum durchaus für gute Stimmung. In der Diskussion mit Dr. Stamm kamen dann aber auch die düsteren Aspekte der bipolaren Störung, die ja aus dem Wechsel von manischer Phase und Depression besteht, in den Blick. So weist diese Störung eine der höchsten Mortalitätsraten unter den psychisch Erkrankten auf. Auch die Wahrscheinlichkeit für andere – somatische – Erkrankungen ist sehr hoch.

Die Diagnosestellung geschieht auch bei bipolaren Störungen rein klinisch, wobei die Depression leichter erkennbar ist als die manische Phase. Das kann auch zu Fehldiagnosen führen, da bei der Ausprägung der bipolaren Störung II die manische Phase diskreter verläuft. Die Gefahr ist dann, dass eine als Depression diagnostizierte Krankheit behandelt wird, obwohl eine bipolare Affektstörung vorliegt.

Dr. Stamm machte in diesem Zusammenhang deutlich, dass es für den Behandlungserfolg grundlegend sei, dass Einweisung und Therapie zwangsfrei geschehen. Die medikamentöse Behandlung erster Wahl ist immer noch Lithium. Dieses schlägt bei etwa einem Drittel der Patienten mit bipolarer Störung I so optimal an, dass Sie sich selbst wie früher fühlen und auch auf ihr Umfeld so wirken. Deutlich machte sich der Berliner Arzt für ambulante Formen der Behandlung stark. Die stationäre Behandlung hält er – außer bei Eigen- und Fremdgefährdung – eher für ungünstig was die Arzt-Patient-Beziehung und die angestrebte Wiederteilnahme am Alltag betrifft.

Die gute Botschaft lautete, dass ein störungsfreies Leben für Betroffene möglich sei. Voraussetzung ist dabei allerdings das Vorhandensein stabiler privater Netzwerke. Mit einem Augenzwinkern gab Dr. Stamm am Ende zu verstehen, dass die Krankheit nicht, wie viele glauben, zur Genialität befähige, musste aber auch eingestehen, dass Betroffene ihre krea-



Blick in den gut gefüllten Zuhörerraum. Rund 1.500 Gäste besuchten die Veranstaltungsreihe.

© SLÄK

tiven Potenziale in vielen Fällen besser abrufen können als „Gesunde“. Am dritten Vortragsabend wurde der Film „Zivot heißt Leben“ – Leben mit der Diagnose Schizophrenie gezeigt. Egal wie die Diagnose lautet, Gesundheit ist möglich! Ein Mutmacher-Film! „Zivot heißt Leben“ ist der Abschluss eines sechsjährigen Projektes zwischen dem Leipziger Verein „Irrsinnig Menschlich“ und der Patientenorganisation Integra in Michalovce, einer kleinen Stadt im Osten der Slowakei. Dort haben beide Partner die erste internationale Medienwerkstatt für Menschen mit psychischer Erkrankung aufgebaut. Diese ganz neue Arbeit ermutigte Milan, Martinka, Lubomir, Lenka und Imrich sich zu öffnen und sehr persönliche Einblicke in ihr Leben zu geben. Anstelle finanzieller Mittel ist der innere Reichtum die Ressource der Integration. Weg vom Krankenhaus und Heilanstalten, Integration in den Arbeitsprozess, statt Vorwürfe mehr Akzeptanz und Mitgefühl sowie Annahmen von Hilfen zum selbstständigen Leben war der Tenor des Films. Die Initiatoren dieses filmischen Projekts MUDr. Pétr Nawka, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Filmemacher Norbert Göller, die dieses Projekt begleiteten, standen den Besuchern der Abendveranstaltung nach Filmende zur Diskussion zur Verfügung.

Patient Peter Schneider erzählte über seine Erfahrungen mit der Diagnose Schizophrenie und wie er heute rela-

tiv beschwerdefrei sein Leben mit einer festen Arbeit und selbst Autofahren in den Griff bekommen hat.

Die Krankheit kann in jedem Lebensalter beginnen. Am häufigsten fällt die erste akute Krankheitsepisode aber in die Zeit zwischen 18. und 35. Lebensjahr. Männer erkranken im Durchschnitt etwas früher als Frauen. Die meisten Ersterkrankungen treten bei Männern zwischen 20 und 25 Jahren auf, bei Frauen zwischen 25 und 30 Jahren.

Unter dem Titel „Sonnengrau. Ich habe Depressionen – Na und?“ ging die Veranstaltungsreihe am 30. Januar ihrer Suche nach den Innensichten psychisch Erkrankter wieder über das Medium Literatur nach. In einer Lesung der freien Journalistin und Autorin Tanja Salkowski aus ihrem titelgebenden Buch ging es um die eigene Auseinandersetzung mit der Diagnose Depression und ihren Kampf gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung von depressionserkrankten Menschen. Vertieft und um medizinisches Fachwissen erweitert, wurden diese Erfahrungen dann im Gespräch mit Prof. Dr. Isabella Heuser, Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

War es eben noch der Zugang über das Beschreiben der eigenen Erfahrungen, widmete sich die fünfte Veranstaltung der Reihe „Innensichten“ dem Medium der Bildenden Kunst. Martin Beier stellte am 5. Februar unter dem Titel „Woher regnen die



Diskussionsrunde mit Prof. Dr. rer. medic. Franziska Einsle, Moderator Dr. Frank Hiddemann und Frau Julia Eichler zum Thema „Angststörungen“ (v.l.) © SLÄK

Bilder?“ seine Bilder vor und sprach mit der Kunsttherapeutin Katrin Neumann und Prof. Doris Titze, die den Studiengang Kunsttherapie an der Hochschule für Bildende Künste in Dresden leitet, über sein Leben mit Autismus. In gewohnter Weise wurden die kunsttherapeutischen Gespräche erweitert um den medizinischen Zugang zu dieser Entwicklungsstörung. Hier war es diesmal Dr. Katja Albertowski, die als Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus ihre klinischen Erfahrungen sowie aktuelle Therapie-Entwicklungen schilderte.

„Fressen Lieben Kotzen“ am 11. Februar widmete sich dem Thema Essstörung über ein Theaterstück von Cornelia Gellrich. Das unter der Regie von Clara Helfmann entstandene Stück der Theatergruppe Panoptischau beeindruckte durch eine kraftvolle Umsetzung der zentralen Themen wie Liebesentzug, Sehnsucht nach Anerkennung, krankhafte Körperfixierung, Kindheitstrauma, Ekel und Autoaggression. Im Gespräch mit Silvia Wolff-Stephan, leitende Psychologin der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, und drei betroffenen jungen Frauen ging es danach um die Ausprägungen, Therapieformen und Heilungschancen der Krankheit. So erfuhren die Zuhörer, dass es neben den drei aner-

kannten Hauptstörungsbildern – Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung – verschiedene weitere, weniger erforschte, Formen gibt. Hierzu zählt etwa die Orthorexie, bei der es um ein krankhaftes Gesundes Essen, ein fast religiöses Konzeptessen oder Weglassen des Essens geht. Frau Wolff-Stephan machte deutlich, dass es sich bei Anorexie und Bulimie tatsächlich um schwere chronische Krankheiten handelt, die beide tödlich enden können. Die Langwierigkeit und Schwere der Störungen bedingen, dass es keine einzelne Therapie als Lösung gibt. Die Psychologin bevorzugt eine Kombination aus Körpertherapie, Kunsttherapie und Familientherapie, wobei im Zentrum und am Anfang einer erfolgreichen Therapie ein striktes Essprogramm mit Lockerung bei Zielerreichung steht, welches die Eigenverantwortung für den Umgang mit der Krankheit erhöht. Die Ursachen für eine Essstörung findet man wie bei so vielen anderen psychischen Erkrankungen in einer Mischung aus bio-psycho-sozialen Komponenten. Auslöser ist jedoch oft eine Schwelensituation wie die der Pubertät. Besonders wichtig ist Frau Wolff-Stephan auch eine strukturierte Nachsorge mit regelmäßigen Gesprächen und Kunsttherapieangeboten. Ziel muss es sein, dass die Patientinnen und Patienten – immerhin sind zehn Prozent der Betroffenen männlich – wegkommen von der Fixierung auf Essen und einfach wieder Freude am Leben empfinden können.

Die gesamte Veranstaltungsreihe über waren es besonders die Erfahrungsberichte Betroffener, die den Zuschauer so nah an das Leben mit den verschiedenen Störungsbildern ließen. Auch in diesem Fall beeindruckten die Berichte der jungen Frauen, die sich einig waren, dass sie die Krankheit als solche ab dem Zeitpunkt wahrnahmen, als ihr Tagesablauf durch die Essstörung so eingeschränkt war, dass alles sich unternormet oder der Arzt durch Krankenschreibung eine deutliche Zäsur setzte. Dr. Hiddemann, der die Veranstaltung wieder feinsinnig moderierte, brachte zum Schluss die nicht immer einfache Erkenntnis auf den Punkt, dass man niemandem helfen kann, der es nicht auch selbst will. Das Thema Angststörungen bildete den Abschluss der Reihe zu psychischen Erkrankungen. Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, rund 15 Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen. Wie man sie bewältigen kann, schilderte die Psychologin Prof. Franziska Einsle, die Selbstporträts von Menschen mit Angststörungen vorstellte. Am Beispiel von Filmen Betroffener im Internet wurden Krankheitsbilder und Auswege mit Frau Prof. Franziska Einsle, Gera, diskutiert. Welche Behandlungsmöglichkeiten Selbstzeugnisse und Gespräche mit den Betroffenen eröffnen, legte Prof. Dr. Franziska Einsle dar. Als Studiengangsleiterin Psychische Gesundheit und Psychotherapie SRH an der Fachhochschule für Gesundheit Gera ist die Psychologin mit den Besonderheiten verschiedener Angststörungen vertraut. Eine Patientin im Podium schilderte sehr authentisch den Beginn ihrer Angststörung mit 17 Jahren, die Odyssee durch mehrere Therapien mit dem Ergebnis, heute fast angstfrei zu leben, ihrem Beruf nachzugehen und eine Familie gegründet zu haben. Die rege Diskussion, die sich daraus mit den Zuhörern entwickelte, kennzeichnete die gesamte Veranstaltungsreihe.

25. Jahrestagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz

Am 23. und 24. Januar 2014 fand im Bezirksklinikum Regensburg die 25. Jahrestagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz statt. Sie ist repräsentativ für die stationäre Suchtpsychiatrie des gesamten Landes. Über 100 Kollegen waren der Einladung gefolgt.

Nach den Grußworten und dem Bericht aus der Bundesdirektorenkonferenz und dem Suchtausschuss sprach Herr Dr. Fleischmann (Wörlershof) zum neuen Vergütungssystem PEPP und seinen Auswirkungen auf die Suchtpsychiatrie. Er schlug dabei den Bogen von der Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung bis zu den Dokumentationsdetails der Therapieverläufe, den zur Anwendung kommenden Inhalten und Bausteinen der Behandlungen und den Risiken. Besonders aufgefordert wurde, an die präzise Erfassung der soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente und des dabei eingesetzten Personals zu denken.

Später stand die neue S3 Behandlungsleitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ im Zentrum der Ausführungen. Prof. Dr. Wodarz (Regensburg) schilderte die Entwicklung der Behandlungsleitlinie von ihren Quellen bis zur bewertenden Beschreibung der Inhalte. Wesentlich ist die Fixierung der durchschnittlichen Behandlungszeit für den qualifizierten Entzug in der Behandlungsleitlinie auf 21 Tage. Im nachfolgenden Beitrag ergänzte Frau Dr. Richter (Wiesloch) seine Ausführungen zur Pharmakotherapie des Entzugs in der Praxis. Nach wie vor ist die Anwendung von Clomethiazol und Benzodiazepinen Goldstandard im Entzug. Der Medikationsbeginn wird vom Ausmaß und Auftreten der Entzugserscheinungen moderiert. Die Ergänzung durch Vitamingaben und Mineralien bleibt nach Lage des individu-

ellen Falles dringlich geboten. Weitere Varianten der Behandlung unter verschiedenen Mittelkombinationen wurden vorgestellt und auch diskutiert. Der abschließende Praxisworkshop „Neue Drogen hat das Land“ mit mehreren Beiträgen zu Spice, Badesalzen, Badesalzpsychosen, Crystal und den Nachweismöglichkeiten neuer und alter Drogen brachte viele Anregungen. Zu Beginn gab Prof. Dr. Wodarz einen kurzen Überblick über die Substanzgruppen. Er führte zu „Spice“ an, dass es sich um mehrfach wirksamere synthetische Cannabinoide handele, in sogenanntem „Badesalz“ können je nach aktueller Angebotslage amphetaminähnliche Substanzen unterschiedlicher Zuordnung und erheblicher chemischer Varianz angetroffen werden (Cathinone, Tryptamine und anderes). Verbote müssen nach Betäubungsmittelrecht jeweils für die einzelne nachgewiesene Substanz erfolgen und können nicht stoffgruppenweise stattfinden. Nach einem Verbot erscheint dann bald die nächste, variierte Substanz auf dem Drogenmarkt. Verbindendes Kennzeichen seien die Wirkungssteigerung der Substanzen gegenüber vergleichbaren älteren Drogen und die ausgeprägten Effekte hinsichtlich Erregungsniveau und Ausmaß psychotischer Symptomatik bei den Patienten in ihren psychotischen Dekompensationen. Diese Substanzen werden häufig bei substituierten Patienten angetroffen, aber auch bei Cannabiskonsumenten, die gesteigerte Wirksamkeit suchten, oder bei Konsumenten, die ganz spezielle Drogeneffekte wünschten bzw. jede erreichbare Droge nehmen. Sehr zu beachten sei für die exzessive Symptomatik der unmittelbar nach Konsum eintretende Drang zum „Nachlegen“ bei Badesalzen. Über den Umfang der Konsumentengruppen konnte trotz steigender Fallzahlen zurzeit keine klare Angabe erfolgen. Es wurde darauf hingewiesen, dass die nötigen Urinkontrollen nicht nur bei Substituierten unter Sicht erfolgen müssen und Aufmerksamkeit erfordern, da inzwischen über das Internet sogar künstliche Genitalattrappen, die Urinfüllung aufnehmen können, zu kaufen seien. In der

Szene bestünden auch Angebote für drogenfreien Urin. Prof. Dr. Dr. Dr. Tretter (München) stellte danach seine praktischen Erfahrungen mit Badesalzpsychosen dar. Er bestätigte, dass es sich bei den Substanzen um Amphetaminähnliche oder Cathinone handelt und überwiegend schon länger opiatsubstituierte Patienten darauf zugreifen. Die Behandlung gestaltet sich dann häufig aufgrund der hohen Dynamik sehr schwierig und die Patienten brauchen öfter auch Wochenfristen für eine Besserung. Kommentierend ist hier anzumerken, dass Suchterkrankungen eben bei Fortsetzung des Konsums progredient verlaufen. Eine Tendenz zur Ausweitung der Mittelpalette ist Abhängigkeitserkrankungen ohne Abstinenz ebenfalls immanent. Daraus resultieren dann Erweiterungen des Komorbiditätsspektrums mit zusätzlicher Verschlechterung des Verlaufs und der Prognose. Das deckt sich mit Ergebnissen der PREMOS-Studie, wo unter Opiatsubstitution ebenfalls keine Besserung der psychischen Komorbidität zu verzeichnen war.

Im Schlussbeitrag sprach Herr Weinfurter (Regensburg) sehr klar und nachdrücklich zu den Möglichkeiten und Grenzen des Nachweises neuer und alter Drogen. Er betonte, dass Enzymimmunoassays in der täglichen Diagnostik und abgesehen von besonderen forensischen Fragestellungen heute noch als ausreichend zur Begleitdiagnostik anzusehen sind. Er wies noch daraufhin, dass unter Quetiapingabe falsch positive Ergebnisse auf Methadon zustandekommen können.

Den Ausrichtern und Organisatoren der Tagung ist sehr für ihren Einsatz und das aussagekräftige Programm zu aktuellen Brennpunkten der Suchtpsychiatrie zu danken. Die Veranstaltung fand in einem angenehmen Klima statt. Sie wird im Januar 2015 in Radebeul bei Herrn Chefarzt Dr. Schöne in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Elblandklinikums eine Fortsetzung finden mit der 26. Tagung.

Dr. med. Frank Härtel
Suchtbeauftragter der SLÄK

Die Normalität . . . des Absurden

Heinz Schneider
Spiegelberg Verlag
224 Seiten
ISBN 973-3-939043-36-2

Heinz Schneider, Jahrgang 1934, ist ein Arzt aus Prenzlau, der vielen Kollegen durch seine medizinhistorischen Arbeiten über herausragende, große Ärzte und Diabetologen bekannt ist. Aber nicht nur als Sachwalter der Geschichte der Stoffwechselforschung, sondern auch als Bezirksdiabetologe hat er sich in Neubrandenburg und Mecklenburg-Vorpommern einen Namen gemacht und auch bedeutende epidemiologische Studien durchgeführt.

In dem Buch schildert er seine eigene Lebensgeschichte. Schon der Titel: Die Normalität des Absurden gibt Anlass zum Nachdenken. Was ist normal? Was ist absurd? Sicher ist, dass das, was er im ersten Teil seiner Ausführungen schildert, zum Teil nicht normal, sondern absurd ist, und im zweiten Teil des Buches manches in der DDR als normal und nicht absurd angesehen wurde.

Der Autor, im Sudetenland in einer kommunistischen Arbeiter-Familie geboren und aufgewachsen, erlebt zunächst die Umsiedlung in die sowjetische Besatzungszone nach Mecklenburg. Während in der Jugend in Böhmen nahe Karlsbad noch alles entsprechend den damaligen Verhältnissen normal verlief, begannen nach der Aussiedlung die Schwierigkeiten.

Entsprechend seiner Einstellung zum sozialistischen Staat trat er zunächst in die kasernierte Volkspolizei ein mit dem Ziel, später zu studieren und als Arzt der sozialistischen Gesellschaft zu dienen. Während seines Studiums, zuletzt als Offizier (Leutnant), geriet er in die Mühlen der „Staatsmacht“ bzw. der Staatssicherheit aufgrund eines Missverständnisses, das ihm zum Verhängnis wurde. Es erfolgte seine Exmatrikulation einige Wochen vor dem medizinischen Staatsexamen in Greifswald, die Entlassung aus der Armee und die Auflage einer Bewährung in der sozialistischen Produktion. Danach konnte er sein Studium an der Greifswalder Universität abschließen und schließlich nach Zwischenstadien in Hennigsdorf und am Institut für Diabetes in Karlsburg bei Greifswald eine Stelle als Chefarzt einer Diabetesabteilung in Prenzlau antreten, die er bis zu seiner Pensionierung innehatte.

Seit seiner Exmatrikulation 1958 bis 1989 kämpfte er um Gerechtigkeit,

was ihm, und das ist authentisch belegt, nicht gelingt. Es werden Situationen geschildert, die den Leser betroffen machen, mit welcher Argumentation und Schroffheit sowohl die Staatssicherheit wie auch die Partei der SED, der er gar nicht angehört, gegen ihn vorgehen.

Es scheint, dass diese Organisationen besonders empfindlich reagiert haben, da sie anfänglich in ihm einen jungen Armeeoffizier sahen, der fest hinter der sozialistischen Weltanschauung steht. Obwohl er sich ja dazu bekennt, hat er im Sinne der SED in herausfordernder Haltung offenbar brüskiert. Diese Einstellung und sein Kampf um Rechtfertigung bezüglich seiner Exmatrikulation und Entlassung aus der Armee bestimmen weite Abschnitte seines Lebenslaufes.

Der Wert des Buches liegt darin, dass der Autor, obwohl er seine ganz persönlichen Erfahrungen beschreibt, authentisch durch Belege die Absurdität vor Augen führt. Briefe seiner Familie sowie Vorwort und ein Nachwort von Prof. Bruns unterstreichen, wie schwer für einen aufrichtigen und sicher auch unbequemen Menschen das Leben in der DDR sein konnte und oft auch war.

Da die Ereignisse und Stellungnahmen jeweils im Kontext des Kapitels beschrieben werden, sind Wiederholungen oft nicht vermeidbar. Für den Leser, der diese Zeit des DDR-Regimes nicht mehr erlebt hat und mit den Organen der Staatssicherheit keine Berührung hatte, oder sich noch einmal erinnern will, ist es lohnend, das Buch zur Hand zu nehmen und authentische Zeugnisse dieser Zeit zu sehen, um sich ein Bild zu machen.

Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, Dresden



© Spiegelberg Verlag

Friedrich der Große Sein Zeitalter auf Briefmarken

Dirk Fahlenkamp
Edition Rieger, 16818 Karwe
200 Seiten, mit Schutzumschlag,
durchgehend farbig, illustriert
29,90 EUR
21,4 x 30,2 cm
ISBN: 978-3-941187-48-1

Innerhalb der umfangreichen Literatur über Friedrich II. stellt der vorliegende Titel zweifellos eine Besonderheit dar.

Der Autor Dirk Fahlenkamp, Professor und Chefarzt für Urologie an den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, verknüpft zwei Hobbys, die Beschäftigung mit dem Leben und Wirken des preußischen Königs einerseits und mit der Philatelie andererseits, zu einer gelungenen gemeinsamen Darstellung.

Aufbau und Inhalt der Abhandlung lassen eine profunde Beschäftigung mit der historischen Thematik erkennen. Der umfangreiche Stoff wird in acht Kapitel gegliedert: ‚Vorfahren, Vorbilder und Konkurrenten‘, ‚Geistige Leitbilder‘, ‚Friedrich II privat‘, ‚Aufklärung in Preußen‘, ‚Selbstverwirklichung‘, ‚Berlin – Brandenburg – Preußen‘, ‚Friedrich und die Wissenschaft‘, ‚Epilog – Zeitgenossen und die Nachwelt‘. So werden praktisch

alle Lebensfelder des Königs angesprochen und zudem ein Einblick in die wirtschaftliche, militärische und kulturelle Situation Europas gegeben. Neben einer allgemeinen Charakterisierung der Aufklärung kommen zahlreiche reizvolle Details zur Sprache, so vom Rektorat Kants an der Universität Königsberg oder von der Teilnahme Lessings 1762 an der Belagerung von Breslau mit der Gelegenheit, Besonderheiten der preußischen Armee kennen zu lernen, die er später für sein Lustspiel ‚Minna von Barnhelm‘ verwendete.

Die unmittelbare Einbeziehung von Briefmarken in den Text als Attribut unserer Zeit transponiert historische Abläufe in die Gegenwart und macht sie dadurch anschaulich. Es sind über 300 Marken abgebildet, überwiegend aus Europa, aber auch aus Übersee. So werden Personen und Ereignisse auch dem Nicht-Philatelisten nahegebracht. Der Insider erkennt auf einen Blick, dass es sich bei Fahlenkamp um einen „echten“ Sammler handelt, der sowohl ungestempelte als auch gestempelte Marken aufnimmt und zudem im Vorwort noch einen Kurzkomentar zum Postwesen geschrieben hat. Die Lektüre ist gleichermaßen informativ und kurzweilig. Sie wird ergänzt durch Zeittafel, Personenregister sowie ein ergiebiges Literaturverzeichnis und Quellenangaben. Die Gesamtausstattung des Buches ist vorzüglich.



© Edition Rieger

Neben medizinischen Fachbüchern befindet sich übrigens auf dem Markt ein weiteres erfolgreiches historisches Buch von Dirk Fahlenkamp: Friedrich der Große, der Patient, seine Ärzte und die Medizin seiner Zeit.

Prof. Dr. med. Balthasar Wohlgemuth, Leipzig

Berufungen

Zum 1.1.2014 übernahm **Dr. med. Stefan Eichhorn**, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Leitung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im DRK Krankenhaus Lichtenstein.

Dr. med. Rüdiger Karbaum ist zum Chefarzt der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Strahlentherapie

des Städtischen Klinikums Görlitz ernannt worden.

Dr. med. Ulrich Halm ist zum neuen Ärztlichen Direktor der Somatischen Kliniken des Leipziger Park-Krankenhauses berufen worden.

Priv.-Doz. Dr. med. Gunther Klautke ist neuer Chefarzt der Klinik für Radioonkologie am Klinikum Chemnitz gGmbH.

Herr Göran Michaelsen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin, Suchtmedizinische Grundversorgung, ist ab seit 1.10.2013 Chefarzt Rehabilitation der Soteria Klinik Leipzig, Fachklinik für Suchterkrankungen am Park-Krankenhaus Leipzig.

Dr. med. Thorsten Jacobi wurde zum Ärztlichen Direktor des Diakonissenkrankenhauses Dresden berufen.

Unsere Jubilare im Mai 2014 – wir gratulieren!

	60 Jahre		65 Jahre		
04.05.	Dipl.-Med. Hensel, Ursula 09232 Hartmannsdorf	02.05.	Dr. med. Abshagen, Wolfgang 02977 Hoyerswerda	02.05.	Dr. med. Holm, Werner 09130 Chemnitz
04.05.	Höynck, Volker 02906 Niesky	04.05.	Dr. med. Schilfert, Annelie 08428 Langenbernsdorf	03.05.	Dipl.-Med. Schönstein, Hans-Jochen 08523 Plauen
05.05.	Dipl.-Med. Dressel, Tanja 08262 Muldenhammer	05.05.	Prof. Dr. med. habil. Richter, Thomas 04105 Leipzig	04.05.	Dr. med. Ilius, Dieter 01129 Dresden
06.05.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Reuster, Thomas 01445 Radebeul	06.05.	Dr. med. Ostmann, Siglinde 09573 Augustusburg	05.05.	Bade, Gunter 01814 Bad Schandau
07.05.	Dr. med. Zirm, Helke 04860 Süptitz	14.05.	Boitz, Helga 01612 Nünchritz	05.05.	Dr. med. Große, Heinrich 04668 Grimma
08.05.	Dr. med. Soisson, Petra 08451 Crimmitschau	15.05.	Seeber, Eva 09603 Großschirma	05.05.	Dr. med. Schmidt, Klaus Walter 04651 Bad Lausick
10.05.	Dr. med. Schreiter, Wolfgang 09456 Annaberg-Buchholz	20.05.	Dr. med. Hanke, Wilfried 18181 Graal-Müritz	07.05.	Walther, Rosita 01705 Freital
11.05.	Dipl.-Med. Thieme, Sylke 09387 Jahnsdorf	22.05.	Dr. med. Kerber, Klaus 09127 Chemnitz	08.05.	Seeger, Brigitte 01454 Radeberg
11.05.	Dr. med. Walter, Ilona 02977 Hoyerswerda	25.05.	Dipl.-Med. Menz, Silvely 04347 Leipzig	08.05.	Dr. med. Wolf, Helmut 09114 Chemnitz
15.05.	Dipl.-Med. Hopf, Sabine 09599 Freiberg	30.05.	Schneider, Christine 09127 Chemnitz	09.05.	Dr. med. Gerber, Lutz 09337 Callenberg/Meinsdorf
15.05.	Dr. med. Käßner, Gunter 04229 Leipzig	31.05.	Dipl.-Med. Kirchner, Wolfgang 02906 Niesky	09.05.	Dr. med. Himmel, Dieter 01307 Dresden
15.05.	Dipl.-Med. Stieber, Silvia 01468 Moritzburg		70 Jahre	09.05.	Prof. Dr. med. habil. Stiehl, Peter 04157 Leipzig
15.05.	Dipl.-Med. Suchomel, Andreas 08064 Zwickau	05.05.	Dr. med. Schöler, Gunhild 01109 Dresden	11.05.	Löscher, Barbara 01809 Heidenau
20.05.	Dr. med. Cierpka, Walter 01445 Radebeul	05.05.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wolf, Heiner 01309 Dresden	12.05.	Dr. med. Vetterlein, Klaus 09126 Chemnitz
20.05.	Dr. Czarnecki, Krzysztof 02977 Hoyerswerda	07.05.	Dr. med. Zappek, Karin 08451 Crimmitschau	14.05.	Dr. med. Rühling, Klaus 08393 Meerane
20.05.	Dipl.-Med. Ludwig, Joachim 08056 Zwickau	09.05.	Dr. med. Brecht, Wolfgang 01744 Dippoldiswalde	14.05.	Dr. med. Treuhoff, Ingrid 09130 Chemnitz
22.05.	Dipl.-Med. Gruß, Hanka 02625 Bautzen	09.05.	Dr. med. Heinrich, Wolf-Rüdiger 01169 Dresden	14.05.	Dr. med. Walther, Siegfried 09387 Jahnsdorf
22.05.	Dipl.-Med. Held, Barbara 09419 Thum	09.05.	Dr. med. Mattausch, Rolf 08289 Schneeberg	15.05.	Dr. med. Wolf, Erika 09114 Chemnitz
23.05.	Dipl.-Med. Hofmann, Dagmar 09228 Wittgensdorf	13.05.	Falke-Schäfer, Gisela 01833 Stolpen	16.05.	Hoffmann, Barbara 02827 Görlitz
24.05.	Völker, Robert 92259 Neukirchen	17.05.	Dr. med. Barnert, Gerhard 08064 Zwickau	16.05.	Dr. med. Müller, Uta 01662 Meißen
25.05.	Dr. med. Kraus-Ziener, Juliane 09114 Chemnitz	17.05.	Koch, Helmer 08261 Schöneck	16.05.	Dr. med. Vagt, Gerhard 01279 Dresden
27.05.	Dr. med. Seckinger, Heinrich 01454 Ullersdorf	18.05.	Dr. med. Martin, Heidemarie 01097 Dresden	18.05.	Dr. med. Schulz, Barbara 01309 Dresden
28.05.	Dipl.-Med. Döring-Paesch, Evelin 01309 Dresden	19.05.	Diestel, Ingrid 04416 Markkleeberg	19.05.	Dr. med. Kolbe, Brunhilde 04316 Leipzig
28.05.	Dr. med. Güldner, Karin 04451 Borsdorf	21.05.	Dipl.-Med. Lehmann, Ulrich 08468 Friesen	19.05.	Dr. med. Rosch, Christine 09116 Chemnitz
28.05.	Dr. med. Hahn, Petra 04229 Leipzig	21.05.	Panda, Christine 02826 Görlitz	20.05.	Dr. med. Engel, Elke 04103 Leipzig
28.05.	Dr. med. Keßner, Christian 01847 Lohmen	23.05.	Dr. med. Höfig, Gerd 01589 Riesa	20.05.	Prof. Dr. med. habil. Klein, Anneliese 01309 Dresden
28.05.	Dr. med. Kothe, Birgitt 04277 Leipzig	24.05.	Dr. med. Friedberg, Roland 01445 Radebeul	22.05.	Dr. med. Beckert, Wolfgang 04758 Oschatz
30.05.	Dr. med. Piatkowski, Joachim 01217 Dresden	27.05.	Dr. med. Schönherr, Winne 01445 Radebeul	24.05.	Dr. med. Böhm, Irmgard 08523 Plauen
		31.05.	Dr. med. Schwipps, Regine 01723 Kesselsdorf	24.05.	Jungbluth, Klaus 01844 Neustadt
		01.05.	75 Jahre Dr. med. Schüller, Margrit 08648 Bad Brambach	24.05.	Dr. med. Kauth, Erika 04103 Leipzig

- 25.05. Dr. med. habil.
Müller, Konrad
09123 Chemnitz
- 26.05. Herrmann, Sigrid
01705 Freital
- 31.05. Dr. med. Rothenberg, Gert
04229 Leipzig
- 80 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Ludwig, Martha
04109 Leipzig
- 03.05. Däumer, Doris
01326 Dresden
- 06.05. Dr. med. Passehr, Gisela
02906 Niesky
- 07.05. Dr. med. Goßrau, Gerhard
01239 Dresden
- 07.05. Dr. sc. med.
Kollande, Gerold
04159 Leipzig
- 10.05. Dr. med. Büchner, Helga
04317 Leipzig
- 12.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Matz, Martin
01277 Dresden
- 13.05. Dr. med.
Wolz-Unterdörfer, Ursula
01259 Dresden
- 14.05. Dr. med. Martsch, Maria
09212 Limbach-Oberfrohna
- 17.05. Dr. med. Trülsch, Arnold
01309 Dresden
- 20.05. Dr. med. Rotermundt, Fredo
04107 Leipzig
- 23.05. Henkel, Renate
01217 Dresden
- 24.05. Dr. (YU) Darian, Tomo
04229 Leipzig
- 26.05. Dr. med. Frach, Gudrun
01324 Dresden
- 29.05. Prof. Dr. med. habil.
Krauß, Anneliese
04299 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Oertel, Günter
08527 Plauen
- 81 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud
02827 Görlitz
- 04.05. Prof. Dr. med. habil.
Hörmann, Dieter
04103 Leipzig
- 04.05. Meichsner, Johanna
08060 Zwickau
- 06.05. Dr. med. Lohnke, Udo
02977 Hoyerswerda
- 06.05. Winkelmann, Ilse
08209 Auerbach
- 08.05. Dr. med. Dorok, Hans
08141 Reinsdorf
- 09.05. Dr. med. Schneider, Günter
04289 Leipzig
- 11.05. Günnel, Wolfgang
08428 Langenbernsdorf
- 11.05. Dr. med. Kleine-Natrop, Erika
01326 Dresden
- 16.05. Dr. med. Zschornack, Peter
01920 Crostwitz
- 16.05. Dr. med.
Zwingenberger, Gerta
09496 Marienberg
- 20.05. Dr. med. Mesewinkel, Wiltrud
02827 Görlitz
- 22.05. Dr. med. Holfert, Gisela
01705 Freital
- 24.05. Dr. med. Ziemer, Hanna
04177 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula
04157 Leipzig
- 82 Jahre**
- 06.05. Dr. med.
Hermann, Annemarie
08468 Reichenbach
- 09.05. Dr. med. Bloß, Helmut
01734 Rabenau
- 21.05. Dr. med. habil.
Görisch, Isolde
04103 Leipzig
- 21.05. Dr. med.
Steingrüber, Günter
04103 Leipzig
- 23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte
04416 Markkleeberg
- 27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth
01454 Radeberg
- 30.05. Dr. med.
Strauzenberg, Gisela
01731 Kreischa OT Saida
- 83 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Kluttig, Günther
02779 Hainewalde
- 06.05. Stopat, Wilfried
09573 Leubsdorf
- 09.05. Dr. med. Stein, Ursula
01187 Dresden
- 25.05. Dr. med. Taraben, Abdunur
04317 Leipzig
- 84 Jahre**
- 06.05. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
- 06.05. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
- 08.05. Priv.-Doz. Dr. med. Rehe, Rolf
01445 Radebeul
- 10.05. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
- 12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
- 16.05. Dr. med. Jehring, Renate
01326 Dresden
- 20.05. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
- 24.05. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
- 24.05. Streller, Horst
01109 Dresden
- 29.05. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen
- 85 Jahre**
- 08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 08.05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
- 08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Grimma
- 15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
- 16.05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
- 25.05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig
- 86 Jahre**
- 30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
- 31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden
- 87 Jahre**
- 03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut
01324 Dresden
- 12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
- 12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau
- 19.05. Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital
- 88 Jahre**
- 02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
- 21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig
- 89 Jahre**
- 08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz
- 90 Jahre**
- 19.05. Dr. med.
Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
- 30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz
- 91 Jahre**
- 22.05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz
- 92 Jahre**
- 10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
- 16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred
04420 Markranstädt
- 20.05. Dr. med. Rangs, Erika
08645 Bad Elster
- 95 Jahre**
- 09.05. Dr. med.
Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
- 23.05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09113 Chemnitz

Abgeschlossene Habilitationen

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden – III. Quartal 2013

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil.

Johannes Huber,

Facharzt an der Klinik und Poliklinik für Urologie habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Urologie erteilt.

„Patientenorientierte Entscheidungsfindung beim lokal begrenzten Prostatakarzinom: Ein möglicher Ansatz zur Verringerung der Übertherapie“
Verleihungsbeschluss: 28.08.2013

Priv.-Doz. Dr. med.

Sigrun Hofmann,

Fachärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Pädiatrie erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Untersuchungen der Regulation der Jak – STAT – Signalübertragung & zur Bedeutung der Zytokinregulation in der Pathogenese autoinflammatorischer Erkrankungen“
Verleihungsbeschluss: 28.08.2013

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden – IV. Quartal 2013

Priv.-Doz. Dr. med.

Michael Muders,

Wiss. Mitarbeiter am Institut für Pathologie

Nach erfolgreichem Abschluss der Habilitation wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach „Experimentelle Pathologie“ erteilt.

„Die Funktion von VEGF-C, Neuropilin-2 und des Neuropilin-interagierenden Proteins GIPC1/Synectin bei der Progression und Therapieresistenz maligner Erkrankungen“
Verleihungsbeschluss: 16.10.2013

Priv.-Doz. Dr. med. Kristina Hölig,

Leiterin des Bereiches Transfusionsmedizin an der Medizinischen Klinik und Poliklinik I. Nach erfolgreichem

Abschluss der Habilitation wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach „Transfusionsmedizin“ erteilt.

Thema der Habilitationsschrift: „Mobilisierung peripherer Blutstammzellen bei gesunden allogenen Spendern – Effizienz und Verträglichkeit“
Verleihungsbeschluss: 27.11.2013

Medizinische Fakultät der

Universität Leipzig –

IV. Quartal 2013

Richtigstellung:

Dr. med. Lukas Lehmkuhl, Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Diagnostische Radiologie zuerkannt.

Thema der Habilitationsschrift: Perinterventionelle kardiovaskuläre Computertomographie unter besonderer Berücksichtigung von Dosis und dynamischer Bildgebung
Verleihungsbeschluss: 28.11.2013

Medizinische Fakultät der

Universität Leipzig –

IV. Quartal 2013

Priv.-Doz. Dr. Sebastian Ulbert,

Fraunhofer Institut für Zelltherapie und Immunologie, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Experimentelle Virologie zuerkannt.

Thema: Entwicklung von Methoden zur Bekämpfung und zum Nachweis von Virus-Infektionen am Beispiel des West-Nil Virus

Verleihungsbeschluss: 21.01.2014

Priv.-Doz. Dr. rer. med.

Tobias Luck,

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Epidemiologie und Public Health zuerkannt.

Thema: Mild Cognitive Impairment – Inzidenz, Risikofaktoren und Verlauf leichter kognitiver Beeinträchtigungen in der deutschen Altenbevölkerung

Verleihungsbeschluss: 21.01.2014

Priv.-Doz. Dr. med.

Sascha Stephan Rolf,

Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin/Kardiologie zuerkannt.

Thema: Katheterablation von Vorhofflimmern: Technologische und verfahrenstechnische Entwicklungen zur Steigerung von Effektivität und Sicherheit

Verleihungsbeschluss: 18.02.2014

Priv.-Doz. Dr. med. Charlotte Eitel,

Abteilung für Rhythmologie, Herzzentrum Leipzig GmbH – Universitätsklinik, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin/Kardiologie zuerkannt.

Thema: Innovative Technologien zur Behandlung von Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz

Verleihungsbeschluss: 18.02.2014

Dr. med. Astrid Bertsche,

Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche des Universitätsklinikums Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihr die Lehrbefugnis für das Fach Kinder- und Jugendmedizin zuerkannt.

Thema: Verbesserung des Entwicklungspotentials bei Kindern durch Neuroprotektion am unreifen Gehirn und Prävention von Krampfanfällen
Verleihungsbeschluss: 18.03.2014

Dr. med. Torsten Prietzel,

Orthopädische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Leipzig AöR, habilitierte sich und es wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie zuerkannt.

Thema: Die hüftstabilisierende Wirkung des atmosphärischen Druckes und resultierende Konsequenzen für die Luxationsprophylaxe nach Hüftendoprothetik – Experimentelle und klinische Untersuchungen

Verleihungsbeschluss: 18.03.2014

Wer war Dr. med. Wilhelm Heinrich Schüßler?

Viele Deutsche kennen seinen Namen aus der Fernsehwerbung für „Schüßler-Salze“. Die seinerzeit neue Therapieoption mit diesen Salzen erfreut sich noch heute großer Beliebtheit in der Alternativmedizin. Schüßler war Norddeutscher und blieb seiner Oldenburger Heimat lebenslang treu.

Am 21. August 1821 in dem westlich von Oldenburg gelegenen Städtchen Bad Zwischenahn zur Welt gekommen, verlebte Wilhelm Heinrich Schüßler hier – als Sohn des Amtseinnehmers (Steuersachbearbeiter bis Kämmerer) Heinrich Nicolaus Schüßler und seiner Ehefrau Margareta Catharina, geb. Hedden, mit drei Geschwistern bis etwa zum 12. Lebensjahr eine behütete Kindheit in einem ansehnlichen Haus in der Petersstraße. Der Bruder war Jurastudent, ein Onkel Arzt. Doch dann kam es dick: Wegen gröberer finanzieller Unregelmäßigkeiten in der Arbeit des Vaters wurde dieser mit fünf Jahren Gefängnis bestraft. Mutter Schüßler musste mit ihren Kindern ins Armenviertel nach Oldenburg ziehen und die Familie dort mit häuslichen Gelegenheitsarbeiten ernähren. Für Wilhelm Schüßler war damit das Maturiat (Abitur) gestorben. Er musste die Familie mit ernähren, bis sein Vater wieder nach Hause kam und sich mit privatem Musikunterricht und Nachhilfestunden durchschlug. Dieser Umbruch prägte Schüßler lebenslang als früh verletzten Menschen. Wir finden Wilhelm H. Schüßler dann als Schreiber bei der Oldenburger Stadtverwaltung. Zu Hause büffelte er unermüdlich mehrere Fremdsprachen, er bildete sich weiter, wann er nur konnte. Er soll sechs Fremdsprachen gesprochen und geschrieben haben. Mit 27 Jahren war er als Sprachlehrer tätig. Das angestrebte Medizinstudium begann er ohne Abitur als Ausländer in Paris und führte es weiter in Berlin und Gießen. Seine Doktorprüfung absolvierte er 1855 in Gießen mit dem Versprechen, später

eine Arbeit nachzureichen. Diese existiert aber nicht. Er trickste wieder etwas, indem er sein Gesuch zur ärztlichen Prüfungszulassung mit einer in Aussicht gestellten Stellung als Militärarzt im Krimkrieg begründete. Das 4. Studienjahr holte Schüßler in Prag nach, das Maturitätszeugnis zeigt das Datum vom 4. März 1857, und das Medizinische Staatsexamen wurde ihm am 14. August 1857 mit mittelmäßigen Noten als bestanden bescheinigt. Seine berufliche „Concession“ erhielt Dr. Schüßler als Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer in Oldenburg am 2. Januar 1858 nach hartnäckigem Kampf mit der Zulassungsbehörde Oldenburgs. Man berichtet, dass Schüßler dabei mit einer Unterschriftenaktion der Bürger nachhalf. So war das damals, seine berufliche Vita verlief auch für die damalige Zeit etwas abenteuerlich.

Nun konnte Dr. Schüßler sehr erfolgreich 16 Jahre in Oldenburg, vorwiegend als Homöopath, praktizieren. Er hätte 12.000 Patientenkonsultationen im Jahr gehabt. Ab 1875 lebte und arbeitete der eingefleischte Junggeselle in seinem großzügig angelegten Villengrundstück in der Petersstraße. Der erworbene Wohlstand war nicht zu übersehen. Schüßler war mit der homöopathischen Heilweise wegen der Vielzahl der Mittel und ihrer Regellosigkeit unzufrieden und suchte nach einem ganz eigenen Weg. Bald ergaben sich neue Möglichkeiten für Dr. Schüßler durch die Ergebnisse der Zellulärpathologie Rudolf Virchows (1821 bis 1902), die Untersuchungen des Chemikers Justus Liebig (1803 bis 1873) und die Forschungen von Prof. Jacob Moleschott (1822 bis 1893) bei der stofflichen Untersuchung menschlicher Gewebe. Sie inspirierten Schüßler zu seiner Theorie der Behandlung von Krankheiten mit Mineralsalzen. Er orientierte sich an den neuesten physiologischen Forschungen. Die Ursache von Krankheiten sah er in einem intrazellulären Mangel an Salzen, vergleichbar mit dem Wachstumsdefizit von Pflanzen beim Fehlen anorganischer Salze im Boden. Nach seinen



Schüßler-Denkmal von 1932 in Radebeul (befindet sich heute vor dem Geburtshaus in Bad Zwischenahn) © Ingeborg Wilken

Untersuchungen der Asche von Geweben stellte Dr. Schüßler eine sehr übersichtliche Reihe von zwölf Mineralsalzverbindungen auf, die er bei der Behandlung verschiedener Beschwerden einsetzte. Die Salze wurden als D6 und D12 homöopathisch potenziert, um sie bei der Einnahme im Munde zergehen zu lassen in der Vorstellung, dass die Ionen der Salze direkt durch die Mundschleimhaut gelangen und einen Mineralmangel schnell und unmittelbar ausgleichen. „Ich habe alles durch Theorie und Praxis über die Molekularwirkung der genannten zwölf Salze von mir ermittelte in ein System gebracht, und meiner Heilmethode den Namen Biochemie gegeben“, schreibt Dr. Schüßler in seinem 1878 erschienenen Buch „Eine abgekürzte Therapie“. Es handelt sich nach Schüßler um eine Ergänzungstherapie mit Mineralsalzen. Viel später kamen noch die

Ergänzungssalze 13 bis 24 hinzu. Seine Patienten nahmen die neue Therapie gern an, waren sie doch die Homöopathie gewohnt. Es wird berichtet, dass Dr. Schüßler mit seiner neuen Therapie gute Erfolge hatte, zum Beispiel bei Diphtherie. Für 75 Pfennig gab der Arzt bei der Konsultation das nötige Heilmittel gleich mit. Kamen die Leute nachts, schilderten sie vor dem Fenster ihre Beschwerden, und Dr. Schüssler ließ die Medizin in einem Körbchen von oben herab. Das Geld ging den umgekehrten Weg. Oft verwendete er die „Antlitzdiagnostik“ zur Auswahl der richtigen Salze, der er in seinem Buch ein eigenes Kapitel widmet. Schüßler musste Zeit seines Lebens erhebliche berufliche Widerstände überwinden, sich gegen Angriffe der Kollegen wehren und um Anerkennung kämpfen. Vielleicht wurde er deshalb so außerordentlich verletzlich, streitbar und rechthaberisch, mit zunehmendem Alter auch dickschädelig, knorrig und manchmal verletzend. So geißelte er in einer Schrift die Kneippsche Wasserkur: „Was nützt es, ein wissenschaftlich gebildeter Arzt zu sein, wenn man die Kneippsche Wasserkur betreibt... Für alles Neue

interessieren sich besonders diejenigen Leute, welche, obgleich sie gesund sind, sich für krank halten.“ Vielleicht spielte hier auch Neid eine Rolle, genoss Pfarrer Sebastian Kneipp doch überall die Anerkennung, welche Schüßler von der klinischen Medizin für seine Biochemie versagt wurde. Auch aus der homöopathischen Gesellschaft trat er im Zwist aus. Zurückhaltung wäre für ihn wohl angemessener gewesen, betrieb er doch selbst eine Methode, die nicht so recht in die wissenschaftliche Medizin passte.

Das arbeitsreiche Leben von Heinrich Wilhelm Schüßler ging am 30. März 1898 nach mehreren Schlaganfällen zu Ende. Sein Vermögen von 145.000 Mark und das Wohnhaus gingen an die Stadt und in eine Stiftung zur „Unterstützung würdiger und dürftiger Personen, ohne Unterschiede des Glaubens und der Confession.“ Geblieben ist auch nach über einhundert Jahren die beliebte Anwendung von Schüßler-Salzen.

Bereits 1932 errichtete die Radebeuler Arzneifirma Dr. Madaus auf ihrem Fabrikgrund ein Denkmal für Dr. Schüßler, das im Verlaufe der Kriegswirren im Schlossteich von Radebeul

verschwand. Mit Bagger, Schaufel, eigenen Mitteln und großem Enthusiasmus bargen 2007 die Mitglieder des Biochemischen Gesundheitsvereins Oldenburg die Denkmalsreste und restaurierten die Büste. Sie steht heute vor dem Geburtshaus Dr. Schüßlers in Bad Zwischenahn, wo eine kleine Gedenkstätte vom Biochemischen Gesundheitsverein gepflegt wird. Bei meiner Recherche hatte ich es mit sehr entgegenkommenden und hilfsbereiten Mitgliedern dieses Vereins zu tun, die für ihre Sache brennen. Als einer der größten Vereine Deutschlands bemüht sich der Biochemische Bund Deutschlands e.V. um das Andenken Dr. Schüßlers, um naturgemäße Lebens- und Heilweisen und die Behandlung mit Schüßler-Salzen. Es lohnt sich für den Arzt, über den Tellerrand zu schauen und sich auch mit Themen außerhalb der klinischen Medizin zu beschäftigen. Denn überall findet man, so man will, ein kleines Stückchen Wahrheit.

Dr. med. Jürgen Fegé
09600 Berthelsdorf



Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

Seit 1. April 2014 können sich Ärzte und Apotheker in Sachsen und Thüringen für die „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ (ARMIN) einschreiben. Ziel der Initiative ist, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Therapietreue zu erhöhen. ARMIN wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Apothekerverbänden der beiden Bundesländer sowie von der AOK PLUS getragen.

„Ein großer Vorteil für die Ärzte in der Praxis ist, dass sie eine genaue Übersicht über die Medikamente erhalten,

die sich der Patient entweder selbst kauft oder die er von anderen Kollegen verordnet bekommt und die sie selber in ihrer eigenen Praxis verordnen“, erklärte Dr. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

ARMIN besteht aus drei Modulen: Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement. Ab 1. Juli 2014 kommen die ersten beiden Module zum Einsatz. Die in ARMIN eingeschriebenen Ärzte und Apotheker können dann die Verordnung nach Wirkstoffen und den Medikationskatalog einsetzen. Ärzte sollen zukünftig überwiegend den Wirkstoff anstelle konkreter Präparate verschreiben. Über die Auswahl der Präparate eines bestimmten Herstellers entscheiden die Apotheker. Der von der KBV dazu erstellte Medikationskatalog stellt eine Entscheidungshilfe dar. Ärzte

sollen über ihre Praxisverwaltungssoftware bei der Verordnung Hinweise darüber erhalten, ob es sich bei einem ausgewählten Wirkstoff beispielsweise um einen Standard- oder Reservewirkstoff oder einen nachrangig zu verordnenden Wirkstoff handelt.

Der Katalog umfasst zunächst acht Indikationen: Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronare Herzerkrankung, Vorhofflimmern, Fettstoffwechselstörung, Osteoporose, Depression und Demenz. Das dritte Medikationsmanagement richtet sich an Patienten, die fünf oder mehr Arzneimittel dauerhaft einnehmen. Um die Therapietreue und Sicherheit bei der Einnahme zu erhöhen, betreuen Arzt und Apotheker die Patienten gemeinsam.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Vom Adelssitz zum Krankenhaus

Eine medizinische Schlösserfahrt durch Sachsen (Teil 2)

Nördlich des Leipziger Hauptbahnhofs liegt zwischen den Stadtteilen Schönefeld und Thekla direkt an der Parthe **Abtnaundorf**, das 1930 nach Leipzig eingemeindet wurde. Dort findet sich ein schöner Landschaftspark mit einem Schloss, das auf ein von einem Merseburger Abt verwaltetes Gut aus dem 13. Jahrhundert zurückgeht, daher der Ortsname. Das Schloss in seiner heutigen Form entstand 1892/93 auf den Mauern des ehemaligen Herrenhauses. Die Schatten Abtnaundorfs als Außenlager des KZ Buchenwald und Ort eines Massakers an KZ-Häftlingen am 18. April 1945 reichen bis in unsere Zeit. Das Schloss wurde 1945 enteignet, zur Lehrerausbildung und als Polizeikrankenhaus genutzt. Aufgrund der unbefriedigenden räumlichen Verhältnisse der Kinderabteilung am Stammsitz des Krankenhauses St. Georg in Eutritzsch sprachen die Behörden das Schloss 1966 dem Gesundheitswesen zu, sodass nach Umbauten für 2,4 Millionen Mark der DDR eine Kinderklinik mit 108 Betten entstand. Sie war neben der Universitätskinderklinik die zweite große Einrichtung für Kinder- und Jugendmedizin in Leipzig und wurde von Prof. Dr. Volker Dietel (1922 bis 1994) geleitet. Dieser machte sich um den Auf- und Ausbau der Klinik und die Etablierung der Kinderdiagnostik verdient. Im Zuge der Neugestaltung des Klinikums St. Georg wurde 1996 der Standort Abtnaundorf abgegeben und ein Neubau an der Wiederitzscher Straße bezogen.

Inmitten der Oberlausitzer Heide- und Teichlandschaft befinden sich Dorf und Schloss **Bärwalde**, nur zwei Kilometer vom Kraftwerk Boxberg entfernt. Am Anfang stand auch hier ein Gut, das 1875 von Friedrich Hermann Röttschke gekauft und umgestaltet wurde. Röttschke hatte nicht nur den berühmten Rhododendronpark von Kromlau geschaffen, sondern auch in Bärwalde an der Spree



Schloss Abtnaundorf
© Wikimedia Commons, Martin Geisler

einen Landschaftspark mit Grotten und Teichen. Das Bärwalder Schloss, wie es heute vor uns steht, stammt aus dem Jahre 1923. Es beherbergte von 1950 bis 1991 eine Lungenklinik, steht unter Denkmalschutz und wird unter den blumigsten Versprechungen zum Kauf angeboten. Was als Tuberkulose-Heilstätte von überregionalem Ruf und mit eigener Innerer Abteilung begonnen hatte, endete nach vier Jahrzehnten mit dem Umzug in das Lausitzer Seenland-Klinikum in Hoyerswerda.

In der Westlausitz befindet sich in unmittelbarer Nähe von Kamenz vor der Stadtmauer der Kleinstadt **Elstra** ein Schloss, das ursprünglich eine Wasserburg und dann eine so genannte Hofraite war. Es befand sich im Besitz diverser Adelsgeschlechter und brannte mehrmals ab. Das jetzige Schloss ist ein Bau des Jugendstils (1903) und stammt von dem Dresdner Architekten William Lossow (1852 bis 1914), der auch das Dresdner Schauspielhaus und den Leipziger Hauptbahnhof mit erbaute. Nach 1945 diente das Schloss bis 1990 zunächst als Tuberkulosekurheim und dann als Außenstelle des Krankenhauses Bischofswerda. Danach kam es wieder in private Hände und wurde denkmalgerecht saniert.

Auf einem Felsensporn über dem Flüsschen Pulsnitz thront das Schloss **Königsbrück** an der Via regia. Im



Schloss Bärwalde
© Wikimedia Commons, Gerhard Walter

Mittelalter als Grenzfestung zwischen den Markgrafschaften Meißen und Böhmen errichtet, war ihm ein wechselhaftes Schicksal unter weltlichen und geistlichen Herren beschieden. Der heutige Barockbau entstand im 18. Jahrhundert. Mit der Herrschaft der Grafen von Hohenthal, insbesondere durch die Standesherrin Louise Charlotte von Hohenthal (1818 bis 1845), bekommen Schloss und Stadt einen sozialen Bezug. So stiftete die früh verstorbene Gräfin in Königsbrück eine Schule für arme Kinder und begründete in Dresden das Diakonissenhaus mit. Nach dem Konkurs mehrerer Adelsfamilien ging Schloss Königsbrück in den Besitz des Dresdner Näh- und Schreibmaschinenfabrikanten Bruno Naumann (1844 bis 1903) über, dessen Nachkommen 1945 das Schloss verlassen mussten. Nun begann seine Verwen-



Schloss Königsbrück
© Wikimedia Commons, Paulis



Schloss Pirna-Sonnenstein

© Wikimedia Commons, Norbert Kaiser

derung als russisches Lazarett, Wohnstatt für ausgebombte Dresdner und als Kurheim für leichtkranke Tuberkulosepatienten, von 1950 bis 1966 in der Regie der Sozialversicherungskasse Sachsen (SVK). Im November 1966 wurde das Schloss als Außenstelle des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Arnsdorf mit 180 Betten eröffnet, die später auf 220 aufgestockt wurden. Nach Abriss des Turmes 1948 erfolgten in Abständen Innen- und Außensanierungen; katastrophal war die Wärmeversorgung über Rohrleitungen aus dem Heizhaus der ehemaligen Schlossgärtnerei. 1994 zog sich das Sächsische Landeskrankenhaus Arnsdorf aus dem Schloss zurück und übergab die Stationen als Pflegeheim an den Arbeiter-Samariter-Bund (ASB).

Über kaum ein sächsisches Schloss ist in der Verbindung zur Medizin so viel geschrieben worden wie über **Pirna-Sonnenstein** (unter anderem O. Bach, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2010, S. 288 bis 290). Die Um-

wandlung von einer Festung mit Gefängnis und Wohnungen für Militärveteranen in ein Krankenhaus geschah 1811, als die „Königlich Sächsische Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein“ eröffnet wurde. Sie war nach Bayreuth die zweite Anstalt für Geisteskranke in Deutschland und wurde von dem Reformpsychiater Ernst Gottlob Pienitz (1777 bis 1853) geleitet. Weitere namhafte Nervenärzte wie Friedrich Lessing (1811 bis 1887), Guido Weber (1837 bis 1914) und Georg Ilberg (1862 bis 1942) festigten den guten Ruf dieser Heilanstalt als Hort des humanen Umgangs mit den Nerven- und Geisteskranken, bis die Einrichtung als Experimentierfeld und Tötungsanstalt des Euthanasie-Professors Hermann Paul Nitsche (1876 bis 1948) nicht wieder gut zu machenden Schaden nahm. Die soziale Funktion des Sonnensteins lebte erst 1977 wieder auf, als hier das Kreisrehabilitationszentrum Pirna seine Arbeit aufnahm und eine Werkstatt für Behinderte sowie eine Förderschule für geistig behinderte Kinder und Jugendliche einrichtete. Mit dem Umzug des gesamten Pirnaer Klinikums von der Innenstadt in Neubauten auf dem Sonnenstein, wenn auch nicht ins Areal der ehemaligen Heilanstalt, erreichte der Medizinstandort Sonnenstein seinen vorläufigen Höhepunkt. Im Haus C des alten Anstaltsgeländes, wo von 1940 bis 1941 fast 14.000 kranke und behinderte Menschen ermordet wurden, befindet sich seit 2000 eine Gedenkstätte, in der Führungen und Ausstellungen durchgeführt, wissenschaftliche Publikationen erarbeitet und Vorträge gehalten werden.

Hinter Bäumen und Mauern verbirgt sich in **Uhyst** an der Spree bei Boxberg (nicht zu verwechseln mit Uhyst am Taucher westlich von Bautzen) ein großes Barockschloss. Die von Gersdorffs, von Flemmings und von Rabenaus residierten hier, der Dresdner Baumeister Johann Christoph Knöffel (1686 bis 1752), Schöpfer des Kurländer und des Marcolinischen Palais in der Residenzstadt, hinterließ hier seine Spuren. Zwangsläufig fiel, nachdem noch kurz vor dem Kriegsende die SS darin gewütet hatte, das Schloss in die Hände der Roten Armee. Nach kurzem Intermezzo als Lazarett übergaben die Sowjets das Haus Ende 1945 der deutschen Verwaltung als Tuberkulose-Krankenhaus. Mit dem Rückgang dieser Erkrankung in den 1960er-Jahren übernahm das Kreiskrankenhaus Hoyerswerda die Einrichtung und wandelte sie in eine Spezialabteilung für Leberkranke um. Seit 1991 ist Schloss Uhyst kein Krankenhaus mehr und steht, traurig anzusehen, leer.

Wer bei dem Stichwort „**Schloss Wackerbarth**“, erbaut wiederum von oben genanntem Knöffel, nur an den gräflichen Namengeber aus der Zeit August des Starken, an pompöse Feste und Weinseligkeit in Vergangenheit und Gegenwart denkt, der vergisst, dass in diesem Haus von 1835 bis 1845 Elend und Leid zu Gast waren. Der letzte Spross von Wackerbarth war gezwungen, das Anwesen zu verpachten und schließlich zu verkaufen. Ab 1835 nutzte es der Nervenarzt Friedrich Gustav Bräunlich (1800 bis 1875) als „Privat-Heilanstalt Wackerbarthruhe“,



Schloss Uhyst

© Wikimedia Commons, SeptemberWoman

die er 1845 nach Neucoswig verlegte, wo sich heute das Fachkrankenhaus für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie befindet. Bräunlich hatte 1845 mit der Arbeit „Morbi hypochondriaci cum hysterico comparatio“ in Würzburg promoviert, war dem Fach treu geblieben und zu Christian Fürchtegott Hayner (1775 bis 1837), dem Vorkämpfer für neue psychiatrische Behandlungsmethoden, nach Waldheim gegangen. Er wanderte 1851 aus unbekanntem Gründen nach Amerika aus. Fachleute bezeichneten ihn sogar als Vorläufer von Sigmund Freud. Als Irrenanstalt diente Schloss Wackerbarth noch einmal von 1861 bis 1863 unter dem Nervenarzt Karl Heinrich Matthiae (Lebensdaten unbekannt).



Schloss Wackerbarth

© Wikimedia Commons, Adornix

Zum Schluss **Waldheim**, das gefürchtete Zuchthaus in der Stadt an der Zschopau. Hier war aus einer alten Burg und einem Kloster ein kurfürstliches Jagdschloss geworden, das Kurfürst Friedrich August I. von Sachsen, „der Starke“, 1716 zum „Allgemeinen Zucht-, Armen- und Waisenhaus“ umbauen ließ, „darinnen sowohl Arme, Kranke und unermögende Leute... ihren Aufenthalt und nothdürftige Verpflegung finden, als auch mutwillige Müßiggänger, welche dem Lande zur Last geworden, zur Arbeit angehalten und andere böse Buben, die nur durch Diebstahl, Rauben und Morden ihren Unterhalt zu suchen gewohnt sind, zu gehöriger Strafe gezogen werden möchten.“ Es gab bereits Krankenstationen. Anstaltsärzte waren Johann Ernst Greding (1718 bis 1775), der erwähnte Hayner, der dann nach Colditz ging, und Adolf Emil Knecht (1846 bis 1915), der 1876 in Waldheim die erste deutsche Irrenanstalt für männliche Geisteskranke leitete. Dass aus dem (gesunden) Häftling namens Karl May einmal einer der populärsten Schriftsteller Deutschlands werden würde, ahnte zum Zeitpunkt seines unfreiwilligen Aufenthalts in Waldheim (1870 bis 1874) noch niemand. In der NS-Zeit wurden in Waldheim medizinische Versuche an Häftlingen durchgeführt und Tötungen von



Schloss Waldheim

© Wikimedia Commons, VanGore

Kranken vorgenommen. Verantwortlicher Arzt war Dr. Gerhard Wischer (1903 bis 1950), der im Zuge der sogenannten Waldheimer Prozesse in seiner ehemaligen Arbeitsstätte hingerichtet wurde. Von 1945 bis 1966 unterstand das Psychiatrische Krankenhaus Waldheim als forensische Spezialeinrichtung dem Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, von 1970 bis 1990 betreute die Nervenklinik Hochweitzschen das inzwischen aus der Haftanstalt ausgegliederte Psychiatrische Krankenhaus Waldheim als Außenstelle, die 1992 geschlossen wurde. Drei namhafte

Mediziner wurden in Waldheim geboren: die Chirurgen Arthur Läden (1876 bis 1958), Ordinarius in Marburg und Königsberg, und Johannes Volkmann (1889 bis 1982), Ordinarius in Greifswald, sowie der Anatom Gerald Leutert (1929 bis 1999), Ordinarius in Leipzig und Rektor ad interim der Leipziger Universität.

Literatur beim Verfasser

Im Andenken an Herrn Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug, der überraschend im Januar 2013 verstarb.

Dr. med. habil. Volker Klimpel, Dresden

Ostern 2014

Die Tage werden wieder länger und die Winterzeit scheidet dahin.

Der zurückliegende Winter war in unserer Region recht milde und viele waren froh, nicht unbedingt Schnee schieben zu müssen oder sich auf glatten Straßen zur Arbeit zu quälen. Allerdings war die heimische Tourismusbranche verständlicherweise nicht sonderlich glücklich, die Touristen und Wintersportler mit künstlich angelegten Schneepisten zu begrüßen.

Dennoch der Frühling zeigt sich an und im Jahreslauf stehen nun wieder Fest- und Feiertage bevor. In allen Kulturen und Religionen der Erde bestimmen die Festtage den Rhythmus im Jahreslauf. Seit Menschengedenken geben uns die Feiertage Orientierungshilfe im Leben und sie helfen uns den arbeitsreichen Alltag zu überwinden, sich auf das bevorstehende Fest zu freuen, sich auf das jeweilige Fest vorzubereiten, das Fest in Freude zu feiern, familiäre Gemeinschaft zu genießen, seinen religiösen Glauben zu leben und nicht zuletzt das Fest in Ruhe zu begehen, um Kraft für die weitere Berufstätigkeit zu schöpfen.

Der Kalender 2014 zeigt uns jetzt das Osterfest an. Es feiert in der Tradition die Auferstehung Christi und somit auch die Auferstehung der Natur.

Entgegen der noch immer weitläufig verbreiteten Ansicht, dass das Weihnachtsfest das zentrale Thema des Kirchenjahres sei, bildet das Osterfest den Höhepunkt und den wichtigsten „Termin“ im Jahreslauf, denn Ostern ist das höchste und bedeutendste Fest der Christen. Sie feiern mit der Auferstehung Jesu das Fundament des christlichen Glaubens.

Seit dem Konzil von Nizäa im Jahre 325 n. Chr. wird das Osterfest jeweils am Sonntag nach dem ersten Frühlingsvollmond gefeiert.

Ostern ist also ein bewegliches Fest. Das hat seine Ursache darin, dass sich das Osterfest an dem jüdischen Passahfest und den Mondphasen orientiert. Der Termin des diesjährigen Osterfestes liegt also am 20. April



Österlich geschmückter Brunnen auf dem Fleischmarkt in Bautzen. Die Figur stellt den Kurfürst Johann Georg I. dar.
Foto: Berthold, Dresden

2014 und somit relativ spät im Kalenderlauf. Der früheste Termin kann am 22. März, der späteste Termin am 25. April sein. Zum Osterfest gehören noch der vorlaufende Karfreitag und der folgende Ostermontag.

Das Osterfest ist daher immer willkommen für eine kleine Pause.

Zur Besonderheit des Osterdatums gehört daher auch, dass sich die Termine nachfolgender Festtage richten. So ist Christi Himmelfahrt immer 39 Tage nach Ostern und der Pfingstsonntag 50 Tage nach dem Ostermontag.

Mit dem Osterfest verbinden sich christliche wie auch nichtchristliche Traditionen. So gehören Osterlamm, Osterei und grüner Zweig, auch Palmenzweig schon immer zur Tradition des Osterfestes. Der grüne Zweig steht für das wieder in Gang kommende Leben in der Natur und das Ei

selbstverständlich für die Fruchtbarkeit. Das Lamm steht sinnbildlich für das Opfer und ist aus dem jüdischen Passahfest übernommen und auf den Leidensweg Jesu Christi gerichtet.

Der Osterhase als Eierbringer gehört zu den jüngeren Traditionen und ist im deutschsprachigen Raum etwa seit über 300 Jahren bekannt. So entwickelte sich das Ostereier verstecken und suchen durch die Kinder als ein Brauch, der auch bei nicht religiös Gebundenen nicht mehr wegzudenken ist, schon allein deshalb, weil dabei viel Spaß und Freude und nicht nur für die Kinder im Spiele ist. Der Heidelberger Mediziner Georg Franck konnte bereits nachweislich 1682 über Haseneier im süddeutschen Raum publizieren, nicht ohne auch auf den schädlichen Gebrauch und die Folgen von zu vielen verzehrten Eiern zu verweisen.

Übrigens ist das bunte Bemalen und Verzieren von Eiern zum Osterfest eine uralte Tradition, die nicht unbedingt mit dem religiösen Hintergrund in Verbindung zu bringen ist. Denn schon vor etwa 5.000 Jahren schenkten sich die Menschen in China und in Ägypten zu Frühlingsbeginn bunt bzw. rot gefärbte Eier und diese sollten Glück bringen und ein langes Leben verheißen.

Zu den Osterbräuchen gehören neben dem Eierfärben das Eierrollen, das Eierlaufen, das Osternest, das Osterwasser holen, das Osterreiten und das Osterfeuer, die Osterkerze sowie weitere regional unterschiedliche Gegebenheiten dazu.

Auch in Malerei, Literatur und Kunst hat das Osterfest seinen festen Platz gefunden. In der Musik stammt die mit Abstand bekannteste Vertonung der Passionsgeschichte von Johann Sebastian Bach.

Zu den Kuriositäten gehören des Weiteren die berühmten Ostereier von Carl Faberge, dem Juwelier des russischen Zaren Nicolaus II. Diese sogenannten Faberge-Eier sind wohl die berühmtesten und kostbarsten

Ostereier der Welt. Sie sind aus Emaille, Gold und Edelsteinen gefertigt und sie waren eigens für die Zarenfamilie betimmt.

Das Osterfest spielt natürlich auch eine große Rolle, insbesondere in der Nahrungsmittelindustrie, denn schon lange vor Ostern werden Süßigkeiten und Osterhasen aus Schokolade und andere Artikel zum Osterfest produziert und diese sind bereits zu Jahresbeginn in den Kaufhallen und Einkaufsmärkten zu haben. Nach dem Fest freut man sich dann meist über eine große Handelsbilanz.

Heute haben sich somit die verschiedensten Osterbräuche miteinander oft untrennbar vermischt und nunmehr auch Länder und Kontinente übergreifend gefestigt. Eine Tradition mit politischem Charakter, namentlich der Ostermarsch für den Frieden, ist erst in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden.

So ist mit dem Osterfest vielerlei zu verbinden, auch die Tatsache, dass viele Menschen den christlichen Hintergrund dieses Festes eigentlich gar nicht kennen beziehungsweise verinnerlichen.

Das allerwichtigste an diesem Fest ist nicht nur die christliche Traditionspflege und die Erholung, sondern auch der Wille zu einem friedlichen und respektvollen Umgang der Menschen und der Völker sowie der Religionen untereinander. Papst Franziskus hat in seiner letztjährigen Osterbotschaft zu verstärkten Friedensbemühungen weltweit aufgerufen. In seiner Botschaft äußerte er die Hoffnung auf ein Ende der Konflikte besonders im Nahen Osten und in Afrika.

Dieser Hoffnung gilt es sich auch weiterhin anzuschließen.

Mit dieser Einstimmung auf das Osterfest 2014 wünschen der Autor und das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ allen Kolleginnen und Kollegen sowie der geschätzten Leserschaft unseres Organs frohe, friedliche und gesunde Osterfeiertage.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Köhren-Sahlis

2. Dresdner Ball der Heilberufe

Schon zum zweiten Mal fand der Dresdner Ball der Heilberufe im wunderschönen Lichthof des Albertinums auf der Brühlischen Terrasse in Dresden statt, wo sich am letzten Samstagabend im März 2014 Ballbegeisterte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte einfanden.

Die Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden, Katharina Schmidt-Göhrich, bezauberte die Ballgäste mit ihrer singenden Einleitung und führte gemeinsam mit Dr. Michael Nitschke-Bertaud, der gewohnt wortgewandt die Künstler vorstellte, durch den Abend.

Die Reinhard Stockmann Band unterhielt mit Walzer-Klängen, Evergreens, Latin-Musik und Titeln der aktuellen Charts in bewährter Weise.

Es zeigte sich wieder einmal, dass Ärzte tanzbesessen sind, denn das Tanzparkett war schnell gefüllt.



2. Dresdner Ball der Heilberufe im Albertinum

© SLÄK

Ein Gaumenschmaus war das vorzügliche Buffet der Firma Bellan, deren Eisbombe ein miternächtliches Highlight darstellte.

Die „NotenDealer“, fünf junge Männer aus Freiberg/Sa., überraschten mit A-Cappella-Musik aus kreativen Coverversionen bekannter Songs

sowie sehr vergnüglichen Eigenkompositionen, bei denen kein Auge trocken blieb.

Volker Grass, eine Magier aus Jena, verzauberte im wahrsten Sinne des Wortes die Ballgäste an den Tischen. Der Tenor des Abends – ein gelungener Ball!

Ingrid Hüfner, „Ärzteblatt Sachsen“