Klinikum St.GEORG

NEWSLETTER

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte | Ausgabe 56 | Mai 2025

Grundsteinlegung für den Zentralbau II

Prof. Dr. med. Michael Geißler |
Medizinischer Geschäftsführer

**Liebe niedergelassene Ärztinnen,
liebe niedergelassene Ärzte,**

mit der feierlichen Grundsteinlegung für den neuen Zentralbau II am 24.03.2025 begann der nächste Meilenstein für das größte Bauvorhaben seit Bestehen des Klinikums am Standort Eutritzsch. Der moderne Klinikneubau wird mit einer hochmodernen Ausstattung und einer nachhaltigen Bauweise Maßstäbe setzen.
Mit einer geplanten Fertigstellung im Jahr 2029 soll das neue Gebäude eine verbesserte Patientenversorgung, innovative Behandlungsmöglichkeiten und ein angenehmes Arbeitsumfeld für das medizinische Personal bieten. Der Neubau bildet das Kernstück der umfangreichen baulichen Veränderung mit einer neuen zentralen Mitte auf dem Klinik-Campus und markiert den für das Klinikum wichtigen und notwendigen Schritt zur effizienten und hochmodernen Gebäudeinfrastruktur.

Nach einer über einjährigen Vorbereitungszeit mit Abbruch alter Gebäude, dem Aushub der Baugrube und detaillierten Abstimmungen mit Denkmal-, Umwelt- und Naturschutz, startete mit der Grundsteinlegung nun die nächste Bauphase. In den kommenden Monaten beginnt der Rohbau, danach wird der Innenausbau umgesetzt, bevor der Zentralbau II in 2029 in Betrieb gehen soll. Das Bauvorhaben zählt zu den größten Klinikneubauten Sachsens und wird durch das Land mit über 100 Millionen Euro gefördert.

Der sechsstöckige Neubau mit einer Gesamtfläche von 39.000 Quadratmetern schafft neue Möglichkeiten für eine interdisziplinäre medizinische Versorgung. Im Erdgeschoss entsteht Sachsens modernste und größte Notaufnahme, ergänzt durch eine spezialisierte Kindernotaufnahme sowie hochmoderne Labore für Herzeingriffe und Schlaganfallversorgung. In den oberen Etagen werden über 90 interdisziplinäre Intensiv- und Überwachungsbetten, einschließlich einer Brustschmerz- und Schlaganfalleinheit, sowie Allgemeinpflegebetten für verschiedene Fachbereiche entstehen. Interdisziplinarität bei der Nutzung steht dabei im Vordergrund.

Ihr

Prof. Dr. med. Michael Geißler

Der geplante Zentralbau II

Impressum | Klinikum St. Georg gGmbH | Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig | Delitzscher Straße 141 | 04129 Leipzig | Deutschland
Geschäftsführung: Claudia Pfefferle | Prof. Dr. med. Michael Geißler | Redaktion: Annett Prager | Abt. Unternehmenskommunikation | Abb.: ©Klinikum St. Georg | **stoneart**©

| Wenn aus Gründen der besseren Lesbarkeit in den Texten die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter. |

Stationäres Angebot in Eutritzsch
Tagesklinisches und ambulantes Angebot in Grünau

Im Zuge der Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes sowie der strategischen Weiterentwicklung der Standorte Eutritzsch und Grünau richtet das Klinikum das medizinische Versorgungsangebot neu aus.

Stationäre Versorgung wird in Eutritzsch konzentriert
Das stationäre Angebot in den Bereichen Geriatrie, Schlafmedizin und Kindermedizin vom Standort Grünau wird am Hauptstandort in Eutritzsch konzentriert. Die stationäre Schmerztherapie wird eingestellt, und die Bettenzahl in der Schlafmedizin wird reduziert. Diese Maßnahmen dienen der Optimierung der stationären Versorgung in einem zentralisierten Umfeld und der effizienteren Nutzung der verfügbaren Ressourcen.

Stärkung der ambulanten und tagesklinischen Versorgung in Grünau
Trotz der Verlagerung des stationären Angebots bleibt der Standort Grünau ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Zukünftig liegt der Schwerpunkt auf der ambulanten und tagesklinischen Versorgung. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze soll von derzeit 30 auf 70 erhöht werden, mit Erweiterungen in den Bereichen Geriatrie, Schmerztherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Adipositas.

Darüber hinaus sind im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Ausbauten in den Fachbereichen Hausärztliche Versorgung, Gynäkologie, Kinderheilkunde, Rückenschmerztherapie und Onkologie geplant.

Klinik für Akutgeriatrie ist umgezogen

Seit dem 05.03.2025 erfolgt die akutstationäre Behandlung geriatrischer Patienten wieder am Standort Eutritzsch in der Delitzscher Straße 141. Im Haus 10 auf Station 10 I werden die Patienten in modernen behindertengerecht gestalteten Zweibettzimmern behandelt. In gewohnter Weise stehen Ihnen die Ärzte der Klinik für Akutgeriatrie für akute und elektive Zuweisungen, Falldiskussionen und Rückfragen zur Verfügung.

Das Team der Akutgeriatrie

Kontakt Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik | Chefärztin Dr. med. Claudia Schinköthe
☎ 0341 909-4597 ✉ claudia.schinkoethe@sanktgeorg.de
Zuweisertelefon ☎ 0341 909-4597 | **Geriatrische Tagesklinik Grünau** ☎ 0341 423-1605 und -1608

KURZNEWS

BMG beruft Prof. Lübbert in Kommission für Infektionsprävention (KRINKO)

Prof. Dr. Christoph Lübbert wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in die neu konstituierte Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) berufen. Der erfahrene Infektiologe, Professor für Klinische Infektiologie und Tropenmedizin sowie Chefarzt und Leiter der Infektiologien am Klinikum St. Georg und am Universitätsklinikum Leipzig, wird mit weiteren Experten für die kommenden drei Jahre Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen erarbeiten, die vom Robert Koch-Institut (RKI) herausgegeben und beispielsweise im Epidemiologischen Bulletin des RKI oder im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden.

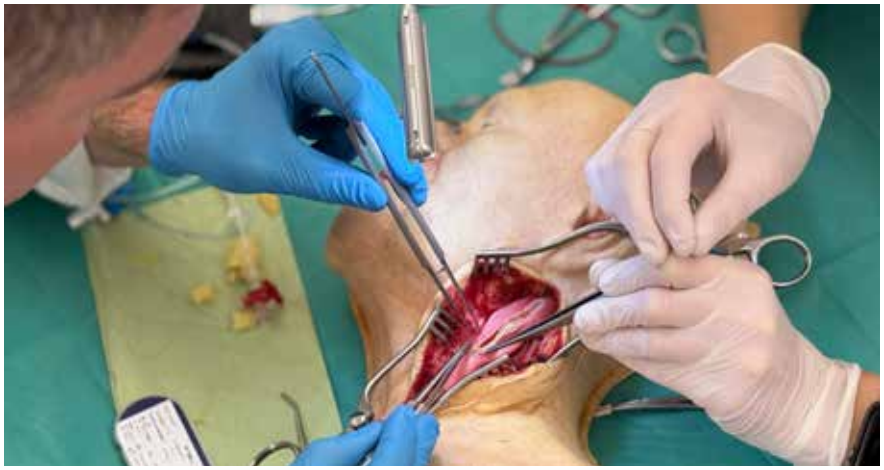
Prof. Dr. med. Christoph Lübbert

Kontakt Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin | Chefarzt Prof. Dr. med. Christoph Lübbert
☏ 0341 909-2601 ✉ christoph.luebbert@sanktgeorg.de

Abteilung für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie

Nachklapp Hands-on-Gefäßworkshop

Am 27.03.2025 fand der erste Hands-on-Gefäßworkshop am Klinikum St. Georg der Abteilung für Gefäßchirurgie statt. Unter der Leitung von Chefarzt Dr. medic. Nicula und seinem Team konnten Interessierte ihre Fertigkeiten an perfundierten Modellen austesten. Nach den Vorträgen zu Theorie und Praxis gab es einen regen interdisziplinären Austausch unter den jungen Kollegen. Letztlich wurden an den Modellen unter Assistenz und Anleitung die gefäßchirurgischen Nahttechniken mit Tipps und Tricks vermittelt. Am Kopf-Modell konnte eine Thrombendarteriektomie der Carotisbifurkation mit boviner Patchplastik oder Eversion mit Gabelplastik durchgeführt werden. Für die Techniken der Bypasschirurgie standen Bein-Modelle mit Arterie und oberflächlicher Vene zur Schaffung eines in-situ-Venenbypasses mit Durchführung einer Valvulotomie bereit. Insgesamt konnten nicht nur Ärzte anderer chirurgischer Disziplinen Einblick in die Versorgung von Gefäßen erlangen, sondern auch Gefäßassistenten die Nahttechniken üben.



Kontakt Abteilung für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie | Chefarzt Dr. medic. Adrian Nicula
☏ 0341 909-4923 ✉ adrian.nicula@sanktgeorg.de

Klinik für Urologie und Andrologie

Erweiterung des Lasertherapiespektrums

Die Klinik für Urologie und Andrologie mit ihrer Expertise in moderner Steintherapie unter Verwendung des gesamten Spektrums der endoskopischen Lasertherapie sowie der seit 2015 bestehenden Greenlight-Laservaporisation der Prostata erweitert ihr Portfolio um einen neuen Laser.

Der neue HolmiumYAG-Laser (Cyber Ho 150 Watt Magneto) ermöglicht nicht nur eine schonendere und zielsichere Steintherapie (Abb. 1 und 2), sondern auch den Aufbau eines neuen modernen Behandlungsspektrums der BPH-Therapie. Im Vergleich zu dem bisher verwendeten Holmium-Laser ermöglicht das neue Modell über die Kombination aus kurzer Pulsrate mit hoher Leistung und gleichzeitiger Stabilisierung des Steins eine deutlich präzisere Therapie. Hinzu kommt der Einsatz zur Laserenukleation der Prostata und damit die Erweiterung des chirurgisch-endoskopischen Angebots der Klinik in der Behandlung des benignen Prostata-Syndroms. Eine vergrößerte Innendrüse der Prostata sorgt für obstruktive Beschwerden beim Wasserlassen, von abgeschwächtem Harnstrahl und Verzögerung über Restharnbildung bis hin zu Überlaufblase und Harnverhalt.

Abb. 1

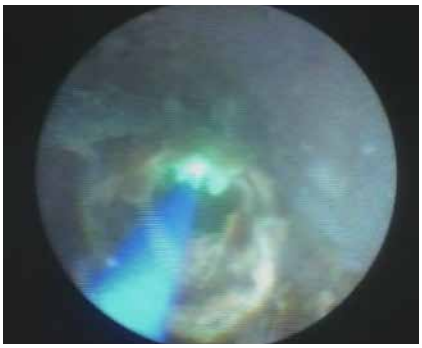


Abb. 2

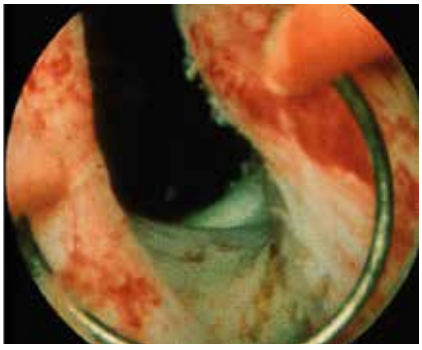


Abb. 3

Zuvor standen in der operativen Therapie der gutartigen Prostatavergrößerung die TURP (Resektion der Prostata mittels einer elektrischen Schlinge Abb. 3), die TULP (die Laservaporisation der Prostata mittels Laser im Grünspektrum (Abb. 4 und 5) sowie die offene Adenomenukleation zur Verfügung. Den Patienten kann nun neben der offenen Enukleation der Prostata auch ein transurethrales Therapieregime zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie (BPH) angeboten werden.

Mit Hilfe der HoLEP (Holmium (HO:YAG)-Laser-Enukleation der Prostata) kann die Innendrüse in einem minimalinvasiven, transurethralen Operationsverfahren entfernt werden. Dabei zeichnet sich der Holmium-Laser durch eine gute Eindringtiefe und eine adäquate, selektive Blutstillung der die Innendrüse versorgenden einsprießenden Gefäße ohne große Tiefenschädigungen des Gewebes aus. Allerdings ist hier eine verlängerte Operationszeit zu beachten.

Abb. 4

Nach dem Eingriff erhält der Patient kurzzeitig einen transurethralen Katheter, durch den der Harnweg geschient und gespült wird. Nach Entfernung des Katheters ist die Wundheilung noch nicht abgeschlossen. Bis zur vollständigen Epithelialisierung der Prostataloge kann es noch 3 bis 6 Wochen dauern. In dieser Zeit kann es zu Reizsymptomen wie häufigen Harndrang und plötzlich einsetzenden Harndrang kommen. Die initialen obstruktiven Symptome sind aber meist bereits nach Entfernung des Dauerkatheters verschwunden.

Mit Hilfe dieser neuen sowie der bisher vorliegenden Lasertherapieverfahren wird ein neues urologisches Laserzentrum in Leipzig angeregt, auch mit der Zielstellung einer Zertifizierung im Rahmen der BPH-Therapie.

Abb. 5

Klinik für Urologie und Andrologie

Über zehn Jahre Erfahrungen bei geschlechtsangleichenden Operationen

Professionelle Unterstützung bei Geschlechtsinkongruenz

Im April 2014 führte Prof. Dr. med. Amir Hamza mit seinem qualifizierten Team die erste geschlechtsangleichende Operation im Klinikum St. Georg durch. Seit diesem Zeitpunkt begleitete und unterstützte die Klinik 34 weitere Transfrauen, d.h. Menschen, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, sich jedoch als Frau identifizieren. Den Wunsch zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen trafen die Patienten zu einem sehr heterogenen Alterszeitpunkt. So betreut die Klinik für Urologie und Andrologie Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

Aufgrund des stetigen Wandels der Begrifflichkeiten und auch teilweise Überlappungen im Rahmen der Geschlechtsinkongruenz und der Genderdysphorie ist es schwierig, genaue Zahlen an betroffenen Personen laut der S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ zu eruieren. Schätzungen gehen aber von Zahlen zwischen 6.000 bis 12.000 Betroffenen aus. Dabei ist die Transfrau häufiger vertreten als der Transmann.

Zwischen der Entscheidungsphase für einen geschlechtsangleichenden Eingriff und der eigentlichen Operation vergehen häufig mehrere Jahre. In dieser Zeit haben die Patienten häufig einen langen Konflikt bezüglich der Akzeptanz ihrer Sexualität im eigenen Umfeld sowie bei Behörden bzw. Krankenkassen. Seit November 2024 gilt das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG), welches das „Transsexuellengesetz“ (§8 TSG) zur Namensänderung ablöst, eine deutliche Vereinfachung des bisherigen Prozesses. Entscheidet sich die Patientin für einen Eingriff, sollte eine 18-monatige psychotherapeutische Begleittherapie erfolgen, in der die Diagnose nach ICD-10: F64.0 Transsexualität mit der Empfehlung der geschlechtsangleichenden Operation (zukünftig nach ICD-11: HA60 Geschlechtsinkongruenz) gestellt und mit einem zweiten Gutachten bekräftigt wird. Die Hormonersatztherapie sollte der Patient mindestens sechs Monate vor der Operation begonnen haben inklusive eines Verlaufsberichts. Die Wahl über die behandelnden Chirurgen kann frei getroffen werden, allerdings muss bereits zur Antragsstellung ein erstes Vorgespräch mit entsprechender Aufklärung durchgeführt werden.

Auf die Operation folgt zumeist eine 12-monatige Nachbetreuungszeit.

Für die Experten des Klinikums steht bei diesem für die Patienten sensiblen Thema eine umfangreiche Betreuung und Beratung im Mittelpunkt, die sowohl die medizinischen Aspekte, als auch die Unterstützung bei Behördenwegen und den Finanzierungsmöglichkeiten seitens der Krankenkasse umfasst. Den Kontaktpunkt hierzu schafft ein dafür spezialisiertes Team innerhalb einer Sprechstunde der Klinik für Urologie und Andrologie.

Im gesamten Prozess spielt auch die engmaschige Zusammenarbeit mit den ambulant tätigen Stellen eine wichtige Rolle, denn die Patienten sind vor allem in dieser Zeit einem starken psychischen Stress ausgesetzt und fühlen sich oftmals allein. Wenn in dieser Situation kein ausreichend sozialer Rückhalt vorliegt, ist eine psychologische bzw. psychiatrische Mitbetreuung umso wichtiger.

Der professionelle und einfühlsame Umgang mit den betroffenen Patienten macht die Klinik für Urologie und Andrologie des Klinikums St. Georg zu einer gefragten Anlaufstelle. Das Expertenteam berücksichtigt in der Vorgehensweise die Wünsche und Vorstellungen der Patienten, die auch überregional versorgt werden.

Auch wenn die Geschlechtsinkongruenz eine recht seltene Diagnose darstellt, schafft sie im Leben der Betroffenen häufig einen über viele Jahre bestehenden massiven Leidensdruck – mit zum Teil fatalen Konsequenzen. Die operative Geschlechtsangleichung ist meist der letzte Schritt in einem langen Prozess und bei richtiger Indikation sind die Langzeitergebnisse nach erfolgreicher OP sowohl in kosmetischer als auch psychischer Hinsicht gut.

Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza

Kontakt
Klinik für Urologie und Andrologie
Chefarzt
Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza
☏ 0341 909-2751
✉ amir.hamza@sanktgeorg.de

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Hereditäres Angioödem (HAE)

Das ImmunDefektCentrumLeipzig (IDCL) behandelt seltene Erkrankungen

Das Hereditäre Angioödem (HAE) ist eine seltene, autosomal-dominant vererbte Erkrankung mit Varianten im SERPING1-Gen, die durch einen Mangel oder eine eingeschränkte Funktion des C1-Esterase-Inhibitors (C1-INH) verursacht wird. Dies führt zu einer überschießenden Freisetzung von Bradykinin, das die Gefäßdurchlässigkeit erhöht und zu Angioödemen an Haut oder Schleimhäuten führt. Erste Symptome treten bereits im Kindes- oder Jugendalter auf, durchschnittlich im Alter von etwa 11 Jahren.

HAE äußert sich durch unregelmäßig wiederkehrende Angioödeme mit lokal begrenzten Schwellungen der Haut und Schleimhäute. Die HAE-Schwellungen entwickeln sich meist schleichend über einige Stunden und dauern meist einige Tage an. Sie können Prodromi wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Reizbarkeit oder Stimmungsschwankungen folgen.

Auslöser können Infektionen, Bagatelltraumen (auch zahnärztliche Behandlung!), psychischer Stress – sogar Eustress, aber auch Medikamente (wie ACE-Hemmer oder Östrogene) sein.

Die Hautschwellungen bei HAE sind blass, teigig-fest und schmerzhaft, jedoch ohne Juckreiz oder Urtikaria. Besonders häufig betroffen sind die Extremitäten, das Gesicht, aber auch die Genitalregion. Ein Drittel der Betroffenen zeigt ein Erythema marginatum, eine nicht-juckende, scharf begrenzte Hautrötung, die ebenfalls als Prodromalzeichen einer HAE-Attacke gilt. Dies tritt bei Kindern etwas häufiger auf als bei Erwachsenen und sollte nicht mit einer Urtikaria verwechselt werden. Schwellungen treten auch im Bereich der Schleimhäute auf. Besonders gefährlich sind sie im Larynxbereich, da sie zu einer lebensbedrohlichen Atemwegsobstruktion führen können. Ein weiteres typisches Symptom bei HAE sind wiederkehrende Bauchschmerzen, begleitet von Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, die durch Angioödeme der Darmschleimhaut verursacht werden. Diese Abdominalkoliken können bei Verdacht auf Appendizitis oder mechanischen Ileus bei Unkenntnis der Grunderkrankung unnötigerweise sogar zu chirurgischen Interventionen führen.

Bauchschmerzattacken und wiederkehrende periphere Schwellungen, die nicht auf Antihistaminika oder Kortikosteroide ansprechen, sowie eine positive Familienanamnese weisen auf HAE hin. Die Diagnosestellung von HAE erfordert neben einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung auch die Durchführung spezifischer Laboruntersuchungen. Dabei werden Komplementfaktor C4 und die C1-INH-Aktivität und -Konzentration gemessen. Bei HAE Typ I sind alle drei Parameter reduziert, während

<table>
<tr><td>Klinische Symptome/Anamnese</td><td>| Wiederkehrende periphere Schwellungen der Haut ohne Urtikaria/Juckreiz und ohne Ansprechen auf Kortikosteroide bzw. Antihistaminika
| Bauchschmerzattacken
| Möglicherweise Kehlkopfschwellung</td></tr>
<tr><td>Familienanamnese</td><td>| Möglicherweise positive Familienanamnese für HAE</td></tr>
<tr><td>Laborbefunde</td><td>C4-Erniedrigung und verminderte C1-INH-Aktivität mit oder ohne verminderte C1-INH-Konzentration im Plasma
<table>
<tr><td></td><td>C1-INH-Aktivität</td><td>C1-INH-Konzentration</td><td>C4-Konzentration</td></tr>
<tr><td>HAE Typ I</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td></tr>
<tr><td>HAE Typ II</td><td>↓</td><td>N/↓</td><td>↓</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

bei HAE Typ II nur die C1-INH-Aktivität vermindert ist, die Konzentration jedoch normal oder erhöht sein kann (s. Tabelle). Eine genetische Diagnostik wird nur in Zweifelsfällen, bei atypischen Präsentationen oder Verdacht auf ein HAE mit normalem C1-INH empfohlen.

Angioödeme bei HAE mit verminderter C1-INH-Aktivität und -Konzentration sprechen nicht auf Antihistaminika, Steroide oder Adrenalin an! Ohne sofortige Behandlung, beispielsweise mit C1-INH-Konzentrat, kann eine Larynxschwellung tödlich verlaufen. Daher ist eine frühzeitige und gezielte Therapie bei den ersten Anzeichen einer Kehlkopfbeteiligung essenziell.

Zusammenfassend ist HAE eine seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Erkrankung und eine wichtige Differenzialdiagnose bei der Abklärung von Angioödemen.

Eine langjährige Betreuung von einem auf HAE spezialisierten Behandlungsteam wird im Klinikum St. Georg am IDCL angeboten. Vorteil der Betreuung am IDCL ist, dass die ganze Familie - Kinder, Jugendliche und Erwachsene - an einem Termin vorstellig und behandelt werden kann. Eine Abklärung zur Diagnostik bei bestehendem Verdacht auf HAE und eine langjährige Betreuung sind möglich mit einer Überweisung (gemäß §116b, SGB V) in der Immunologischen Institutsambulanz.

Dr. med. Marlen Zurek

Dr. med. Maria Faßhauer

Kontakt

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefärztin Dr. med. Marlen Zurek
☎ 0341 909-3601
✉ marlen.zurek@sanktgeorg.de

Immundefektambulanz für Kinder und Jugendliche (gemäß §116 b, SGB V)
ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL)
Oberärztin Dr. med. Maria Faßhauer
☎ 0341 909-3066
✉ maria.fasshauer@sanktgeorg.de

Patientenstory

Die lange Leidensgeschichte der inzwischen 41jährigen, kinderlosen Patientin beginnt im Alter von 8 bis 9 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt erlebte sie erste periphere Schwellungen initial an den Füßen, nach langem Stehen auf einer Leiter.
Es folgten weitere periphere Schwellungen an Händen und Füßen. Im Alter von ca. 11 Jahren trat die Menarche ein, damals kam es erstmals zu kolikartigen Bauchschmerzen mit Assoziation zur Menstruation bzw. zu Stresssituationen.

Mehrere ärztliche Konsultationen folgten ohne wegweisenden Befund. Mit zunehmendem Alter nahmen die abdominellen Beschwerden zu und umfangreiche Diagnostik (mehrfach ÖGD bzw. Koloskopie) erfolgte. Ebenso erbrachten gynäkologische Abklärungen unauffällige Befunde. Die Patientin wurde mit V. a. psychische Belastungssituation zum Psychologen weitergeleitet und die Diagnose Depression gestellt.

Seit 2021 bestanden rezidivierend Schwellungen auch im Bereich der Lippen bzw. des Larynx/Hypopharynx mit HNO-ärztlichen oder Notfall-Vorstellungen und mehrmals wurde Prednisolon verabreicht ohne Besserung der Symptomatik, Schwellungen klangen meist erst nach 2 bis 3 Tagen ab. Umfangreiche Allergiediagnostik verblieb unauffällig.
Erstmals 2023 wurde der V. a. hereditäres Angioödem bei erniedrigter C1-INH-Konzentration und -Aktivität gestellt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte noch keine medikamentöse Therapie. Nach erneuter akuter Notfall-Vorstellung Anfang 2024 mit Schwellung des Mundbodens und Schluckbeschwerden wurde erstmals s.c. Icatibant, ein Bradykininrezeptorantagonist, verabreicht und die Patientin wurde zeitnah unserem Zentrum zugeführt.

Die Diagnose hereditäres Angioödem konnte bestätigt werden und aufgrund der rezidivierenden Larynx-Schwellungen wurde die Patientin auf eine Langzeitprophylaxe mit s.c. Lanadelumab (Plasmakallikrein-Inhibitor) eingestellt und ist darunter seit über einem Jahr attackenfrei.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Abhängigkeitserkrankungen akademisch

Suchterkrankungen sind auch unter Akademikern und Ärzten weit verbreitet, aber das Thema wird nach wie vor tabuisiert. In diesem Artikel wird angesprochen, warum gerade Akademiker und Mediziner anfällig sind und welche Wege aus der Sucht führen.

Die Frage, wer im Übermaß oder mehr noch süchtig nach Alkohol, Sedativa, Opiaten oder anderen berauschenden Mitteln konsumiert, betrifft auch Akademiker und uns Ärzte selbst. Jedoch handelt es sich bis heute um ein Tabuthema.

Gemäß der Einteilung des ICD-11 wird von einer Abhängigkeit gesprochen, wenn das Verlangen nach einer Substanz als stark oder exzessiv beschrieben wird, die Beendigung dieser Gewohnheit durch ein starkes Verlangen scheitert oder erschwert wird, die Kontrolle vollständig verloren geht, immer höhere Mengen an Alkohol oder andere berauschende Substanzen toleriert werden, bei der Abstinenz von Alkohol oder berauschenden Substanzen Entzugssymptome (körperlich und psychisch) auftreten, Verpflichtungen sowie Vergnügen vernachlässigt werden und der Konsum trotz schädlicher Folgen fortgesetzt wird. Die Lebenszeitprävalenz von Ärzten liegt bei acht Prozent[1]. Dieser Wert liegt signifikant über der Lebenszeitprävalenz in der allgemeinen Bevölkerung[2]. Das bevorzugte Suchtmittel ist der Alkohol (70 Prozent), im Rahmen des einfachen Zugriffs werden jedoch auch Opiate, Benzodiazepine, Propofol und Kokain konsumiert. Darüber hinaus ist eine beachtliche Anzahl von Akademikern und Ärzten zu verzeichnen, die von Tabakkonsum abhängig sind.

Der Alkoholkonsum von Studenten liegt jedoch schon über den der Gleichaltrigen. In einer Studie an der FU in Berlin zeigten diese einen deutlich höhere Konsummengen und eine höhere Frequenz beim Alkoholkonsum als eine gleichaltrige Vergleichsgruppe. Gerade bei den Sozialwissenschaftlern fand man 45,5 Prozent, bei den Ingenieurwissenschaften 43,7 Prozent, den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften 43,9 Prozent, in Medizin/Gesundheitswissenschaften 21,2 Prozent und Mathematik/Naturwissenschaften 25,5 Prozent ein problematisches Alkoholkonsummuster[3].

Der Beruf des Arztes ist jedoch in besonderer Form gefahrenbewehrt, sei es durch Fehleinschätzungen, Behandlungsfehlern und einer konkreten Gefährdung der anvertrauten Patienten. Im Dienst gilt für den Arzt eine Null-Promille-Regel.

Wie bei anderen Personengruppen auch, so kann auch bei Akademikern und Ärzten eine Prädisposition bestehen. Daneben spielen Faktoren

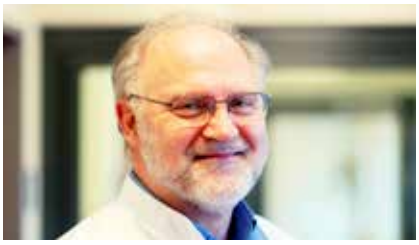
Abb.: KI Foto erstellt mit „Canva (2025)"

wie eine hohe Arbeitsbelastung mit hoher Verantwortung, ein hohes Fehlerrisiko, Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste, also ein insgesamt hoher Stresslevel, eine Rolle. Des Weiteren können Positionen in der Führungsebene subjektiv oder objektiv zu Vereinsamung, einem Verlust an Achtsamkeit und sozialer Einbindung führen. Zudem ist die Motivation für den Arztberuf, zu helfen und zu heilen, zu berücksichtigen. Hierbei ist zu beachten, dass der Wirklichkeit der Konfrontation mit menschlichen Leiden und Sterben nicht ausgewichen werden darf. Zudem ist festzustellen, dass Ärzte depressive Symptome, Ängste oder andere psychische Ursachen häufig ignorieren. Schließlich ist festzustellen, dass es Medizinern leichtfällt, verschreibungspflichtige Substanzen zu erhalten. Akademiker und insbesondere Ärzte benötigen vielfach eine signifikant längere Zeitspanne, um sich professionelle Unterstützung zu suchen. So wurde bei Ärzten eine durchschnittliche Latenz von vier bis sechs Jahren festgestellt.

Die therapeutischen Maßnahmen, die in diesem Kontext implementiert werden, zeigen hohe Ähnlichkeiten zu denjenigen, die für andere Patientengruppen mit ähnlichen Diagnosen angeboten werden. Der Behandlungsprozess initiiert mit einer Entzugstherapie, gefolgt von einer qualifizierten Entzugsbehandlung. Darauf aufbauend wird eine Entwöhnungsmaßnahme implementiert. Die Behandlung erfolgt durch die Kombination biologischer (medikamentöse), psychischer (Psychotherapie) und sozialer Maßnahmen. Komorbiditäten sowie Rückfälle werden als integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses adressiert. Das übergeordnete Ziel besteht in der Prävention von Rückfällen, die als integraler Bestandteil des Stabilisierungsprozesses betrachtet werden können. Die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe stellt einen integralen Bestandteil der Behandlungsstrategie dar. Es ist jedoch nachvollziehbar, dass viele Akademiker und insbesondere Freiberufler und Ärzte die Behandlung nicht gerne mit ihren Mandanten oder Patienten teilen wollen, was die Erbringung der Hilfe erschwerte.

Für Mitglieder der ärztlichen Profession besteht innerhalb der Struktur der Landesärztekammer die Möglichkeit, sich an Suchtbeauftragte sowie eine entsprechende Expertengruppe zu wenden. Allerdings erfolgt die Kontaktaufnahme mit der Expertengruppe häufig erst im Kontext rechtlicher Problematiken, da viele Ärzte die Befürchtung hegen, im Rahmen ihrer Approbation in Schwierigkeiten zu geraten. Diese plädiert in der Regel für eine therapeutische Intervention vor ärztlichen Maßnahmen und kann unter bestimmten Voraussetzungen genötigt sein, Informationen an die Approbationsbehörde weiterzuleiten. Vor diesem Hintergrund sind auch für Akademiker und Ärzte im Raum Leipzig das Zentrum für Sucht- und Drogenbehandlung oder das Fachkrankenhaus Hubertusburg zu nennen. Unter der Maßgabe der Schweigepflicht bieten oder vermitteln diese Einrichtungen Hilfe an. In diesem Kontext werden insbesondere Unsicherheiten und Schwächen in die Behandlung eingebunden. Die Festlegung individueller Behandlungswege erfolgt in Absprache mit dem Patienten, wobei die ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt Gültigkeit hat. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, spezielle Kliniken oder eine Praxisvertretung zu vermitteln. Im Falle einer vorausgehenden stationären Behandlung werden auch in der Nachsorge regelmäßige Kontakte angeboten. Bei Bedarf wird auch der Aufbau von Selbsthilfegruppen unterstützt. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist jedoch die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und sich der Thematik gegenüber offen zu zeigen.

Für uns gilt: Es ist keine Schande, abhängig zu sein. Es ist aber schon eine Schande, sich keine Hilfe zu suchen.



Dr. med. Peter Grampp

Kontakt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachkrankenhaus
Hubertusburg Wermsdorf
Chefarzt
Dr. med. Peter Grampp
☏ 034364 6-2261
✉ peter.grampp@kh-hubertusburg.de

[1] Endres, Alexandra (2000)Alkoholkranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel Dtsch Arztebl 2000; 97(1-2): A-28 / B-24 / C-26

[2] DHS (2024) Jahrbuch Sucht

[3] Faktenblatt zur Befragung „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“, https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/psychologie/arbeitsbereiche/ppg/forschung/BwB/bwb-2017/_inhaltselemente/faktenblaetter/gesundheitsverhalten/Faktenblatt_Alkohol.pdf (Zugriff am 08.02.2015)

Zentrum für Notfallmedizin
Dr. Robert Stöhr übernimmt Leitung

Seit Beginn des Jahres 2025 hat das Zentrum für Notfallmedizin am Klinikum St. Georg mit Dr. med. Robert Stöhr einen neuen Leiter, der die strategische Ausrichtung und die Qualität der Notfallversorgung weiter ausbauen wird. Dr. Stöhr, auch Chefarzt der Interdisziplinären Notaufnahme des Klinikums, wird die Rolle des Zentrums als zentrale Anlaufstelle für notfallmedizinische Themen stärken. Zu seinen neuen Aufgaben gehören die Organisation der Abläufe, die Koordination der ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen sowie die enge Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern, wie Rettungsdiensten, Leitstellen und Fachkliniken.

Drei Bereiche umfasst das Zentrum. Zum einen die präklinische Notfallmedizin, bei der die Besetzung von Notarzteinsatzfahrzeugen und Rettungshubschraubern durch erfahrene Ärzte des Zentrums im Fokus stehen. Zum Zweiten die Klinische Notfallmedizin. Als größte integrierte Notaufnahme der Region bietet das Klinikum modernste Versorgung mit einer angeschlossenen Aufnahme- und Beobachtungsstation. Der dritte Bereich umfasst die Themen Aus- und Weiterbildung, in direkter Zusammenarbeit mit der Gesundheitsakademie des Klinikums sowie der Branddirektion Leipzig zur Ausbildung von Notfallsanitätern, Rettungssanitätern und Fachpersonal. Gemeinsam mit seinem Team wird Dr. Stöhr diese Bereiche weiterentwickeln und dafür sorgen, dass modernste Standards in der Notfallmedizin umgesetzt und durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen kontinuierlich verbessert werden.

Pläne für 2025 - Qualität und Ausbau der Strukturen sowie Stärkung fachlicher Kompetenz

Eine wichtige Grundlage für die genannte Entwicklung bildet dabei ein Umbau, bei dem die Zentrale Notaufnahme im ersten Quartal umfassend modernisiert wird. Die Aufnahme- und Beobachtungsstation wird vollständig in die bestehenden Räumlichkeiten integriert. Zudem entsteht ein neuer operativer Überwachungsbereich, der unmittelbar an den konservativen Bereich angrenzt und modernste Technik für die Patientenversorgung bietet. Zusätzlich wird sich ein neues Team aus Fachärzten und Notärzten rund um die Uhr um die Versorgung operativer und konservativer Patienten kümmern. Tagsüber werden zwei Fachärzte und ein Oberarzt vor Ort verfügbar sein, um die Qualität der Versorgung zu steigern.

Die Pflege ist sehr gut fachlich und organisatorisch aufgestellt. Das interdisziplinäre Team aus Pflegenden, Notfallsanitätern und Fachpersonal wird in den Bereichen Triage, Teamkoordination und Ressourcenmanagement sowie Notfallpflege geschult, um die Patientensicherheit und die organisatorischen Abläufe zu optimieren. Gleichzeitig werden Kollegen im Bereich Notfallpflege weitergebildet.

Chefarzt Dr. Stöhr und die Pflegerische Leitung der ZNA Susanne Gusovius-Scheunpflug

Kontakt
Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme
Chefarzt Dr. med. Robert Stöhr
☏ 0341 909-4754
✉ robert.stoehr@sanktgeorg.de

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Etablierung des Reflux-Zentrums

Die Refluxerkrankung – hier die Gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD) – ist sehr häufig in den Industrienationen – in Deutschland leidet nahezu jeder fünfte Erwachsene daran. Das hat volkswirtschaftlich eine sehr hohe Bedeutung. Zuletzt wurden über 3,8 Milliarden Tagesdosen Protonenpumpenhemmer (PPI) verordnet und die Verkaufszahlen der rezeptfreien PPIs stiegen jährlich um 10 bis 15 Prozent.

Dabei ist vereinzeltes Sodbrennen und saures Aufstoßen „normal" in unserer Gesellschaft und betrifft die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland. Ursächlich sind unsere Lebensgewohnheiten einer Industrienation – Übergewicht, Bewegungsarmut, Ernährungsgewohnheiten, Stress", Rauchen etc.
Die Behandlung erfolgt im gastroenterologischen und hausärztlichen Setting. Hinweisend auf eine GERD sind neben den klassischen Symptomen Sodbrennen und saures Aufstoßen auch extraintestinale Symptome wie Husten, belegte Stimme, Heiserkeit und Druckgefühl in der Brust. Eine dauerhafte unbehandelte Refluxerkrankung kann dann zu einer Barrett-Metaplasie und zum Ösopahuskarzinom führen.

Indikationen für eine OP

- Große Hiatushernie mit partiellem/totalem Thoraxmagen
- Megenreflux mit Rücklauf von Speisebrei z. B. beim Nach-Vorne Beugen
- Unverträglichkeit der Medikamente
- Ablehnung einer lebenslangen PPI-Therapie

In diesen Fällen kann eine Operation sinnvoll sein – in der Regel erfolgt eine laparoskopische Hemi-Fundoplikatio nach Toupet – verbunden mit einer Hiatoplastik. Dadurch kann eine zuverlässige Barriere gegen einen Reflux gebildet werden und das bei einem sehr geringen Risiko. Natürlich ist eine Operation ein Schritt, der gut überlegt sein will und bei Operationen am Ösophagus im Brustkorb ist eine besondere Expertise in der MIC-Chirurgie erforderlich. In Einzelfällen wird die Magnetsphinkter-Implantation angeboten oder auch eine endoskopische Refluxbarriere.
Vor einer Operation kann zum Ausschluss von Ösophagus-Motilitätsstörungen eine High-Resolution-Impedanz-Mannometrie und gegebenenfalls eine 24h-pH-Metrie durchgeführt werden.
Sollte eine spastische Erkrankung oder eine Achalasie festgestellt werden, so bieten die Ärzte des Reflux-Zentrums endoskopisch oder laparoskopisch entsprechend auch eine kausale Therapie an (POEM, Dilatation, Heller-Myotomie und Fundoplikatio nach Dor).

Abb.: S.1: ©Peakstock • shutterstock.com

Sprechstunde

Für Patienten mit behandelter Reflux-Erkrankung gibt es eine Sprechstunde. Dabei müssen die Patienten schon eine Gastroskopie erhalten haben und auch schon ein Therapieversuch mit PPI durchgeführt worden sein. Ausnahme sind sehr große Hiatushernien/Thoraxmagen-Patienten, dort besteht direkt eine Indikation zur Operation.

Weitere Informationen im beiliegenden Flyer, den Sie gern auch Ihren Patienten geben können.

Sehen Sie hier eine **Patientenstory**.

PD Dr. med. Boris Jansen-Winkeln

Kontakt

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Chefarzt
PD Dr. med. Boris Jansen-Winkeln
☎ 0341 909-2210
✉ boris.jansen-winkeln@sanktgeorg.de

Sprechstunde Reflux
PD Dr. med. Boris Jansen-Winkeln
montags 12 bis 16 Uhr
Ambulanzzentrum Haus 61
Termine über
☎ 0341 909-2200 oder
✉ avtg@sanktgeorg.de oder doctolib

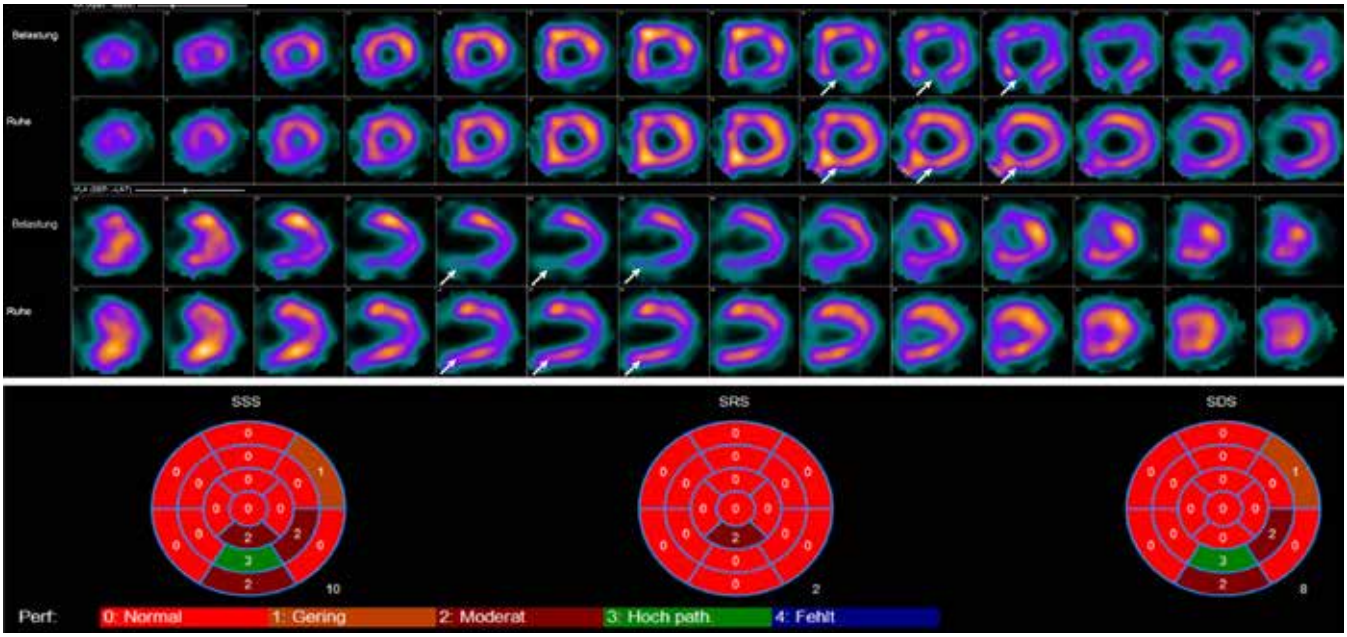
Abteilung Nuklearmedizin

Herzszintigraphien noch schneller, noch geringere Strahlenexposition durch neuen Kollimator

Die Myokardszintigraphie ist als funktionell bildgebendes Verfahren zum nicht-invasiven Nachweis einer koronaren Herzkrankheit und deren Schweregrad-Beurteilung für Patienten mit einer Vortestwahrscheinlichkeit von 15 – 85% empfohlen. Die 2023 neu eröffnete Abteilung für Nuklearmedizin am Klinikum St. Georg verfügt über eine moderne SPECT/CT-Gammakamera, welche im November 2024 für die Myokardszintigraphien zusätzlich mit innovativen SMART-ZOOM Kollimatoren der Fa. Siemens ausgestattet wurde. Durch eine 4 x höhere Zählrate des Perfusions-Radiotracers erfassen sie die vom Herzen der Patienten ausgehende schwach radioaktive Strahlung wesentlich vollständiger und genauer. Dadurch kann die Kameraliegezeit um die Hälfte auf jetzt ca. 7 Minuten verkürzt sowie die ohnehin geringe Strahlenexposition nochmals weiter reduziert werden. Dies verbessert den Patientenkomfort und ermöglicht überdies eine kurzfristige Terminvergabe.

Kontakt

Abteilung Nuklearmedizin der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
Leiterin Dr. med. univ. Theresa Kluge
☏ 0341 909-2870
✉ nuklearmedizin@sanktgeorg.de



Belastungsinduzierte verminderte Perfusion in der gesamten Hinterwand sowie gering basal anterolateral. Linksventrikuläre Ischämielast von ca. 12% (Summed Difference Score [SDS]: 8).

Team Nuklearmedizin mit Leiterin Dr. Kluge (3.v.l.)