

Med.-Rat. Dr. med. E. Kretschmer
Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
Haasenweg 03
09618 Brand-Erbisdorf

Brand-Erbisdorf, dem 18. April 1998

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Leserantwort zu:

E. Füssel, B. Pfeil: Empfehlungen zum Vorgehen nach Inokulation von HIV-kontaminiertem Material (Postexpositionsprophylaxe)

Sehr geehrte Damen und Herren,
in der Nürnberger Erklärung der deutschen Ärzteschaft (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 47, vom 22.11.1996) wird unter Punkt 2 ausgeführt: „Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist für uns ... ein unbedingt zu schützendes Gut. ... Wir unterstützen den Patienten in seiner eigenverantwortlichen Sorge für sein gesundheitliches Wohlergehen.“ Und mir ist nicht bekannt, daß auch nur ein einziger deutscher Arzt gegen diese Erklärung Einspruch erhoben hätte - auch nicht die oben bezeichneten Autoren. Es ist deshalb verwunderlich, daß die Veröffentlichung zur HIV-Prophylaxe grundlegende Wahrheiten unterschlägt. Also Entscheidungshilfen (Pflichten) zum Wohl des Patienten (nach Punkt 2 der Nürnberger Erklärung).

Bis heute sind nach Gerberding - veröffentlicht in Ann Intern Med 118, Seite 979 - 980 (1993) etwa 50.000 Ereignisse bekanntgeworden, bei denen sich Mitarbei-

ter medizinischer Einrichtungen invasiv Blut AIDS-Kranker Patienten ausgesetzt haben. Die bekanntgegebenen Serokonversionsraten für HIV liegen oberhalb von 1:250 - also weniger als vier von 1000 betroffener Personen, und bisher ist aus diesen Serokonversionen keine Erkrankung hervorgegangen. Und die in den Erfassungslisten des AIDS-Zentrums am Robert-Koch-Institut aufgeführten „beruflichen Expositionen“ begründen sich „vor allem durch Prostitution“, bzw. das für 13 Patienten bei der AIDS-Fallmeldung angenommene Berufsrisiko konnte in keinem Falle zweifelsfrei gesichert werden (siehe 9. Quartalsbericht IV/97 des AIDS-Zentrums am Robert-Koch-Institut, Anmerkungen zu Punkt 7 und Punkt 13)!

Die Effekte des zur Prophylaxe empfohlenen Mittels AZT (Azidothymidin) sind seit Mitte der 60er Jahre bekannt. Damals war dieses Mittel als teuerstes Medikament der Welt gegen Krebs entwickelt und wegen seiner extremen Nebenwirkungen nicht zugelassen worden. Es lagerte in den Labors und suchte seine Krankheit. Seine Wirkungen sind bei Richmann D. D. in N. Engl. J. Med. 317, Seite 192 - 197 (1987) als „The toxicity of AZT“ und bei Tokars J. I. in Ann Intern Med. 118, Seite 913 - 919 (1993) als „... Gebrauch von Zidovudin ... nach beruflichem Kontakt“ nachzulesen. Vor seiner unbegründeten Anwendung ist also in jedem Falle wegen des damit verbundenen millionenfachen Untergangs gesunder Zellen zu warnen. Aus ärztlicher Sicht ist nicht nachzuvollziehen, warum in einem Blatt für Ärzte so unvollständig zu einer derartig problematischen Angelegenheit publiziert und

Beratung angeboten wird. Ich möchte deshalb auf Hippokrates verweisen: „... Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken nach bestem Vermögen und Urteil (nach bestem Wissen - d. A.) und ihnen Schädigung und Unrecht fernhalten. ...“ und empfehlen, sich vor einer Anwendung von AZT allein aus Prophylaxegründen sachkundig zu machen. Für entsprechende Hinweise oder Informationen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. med. E. Kretschmer

Kommentar zum Leserbrief von Dr. med. E. Kretschmer zum Artikel „Empfehlungen zum Vorgehen nach Inokulation von HIV-kontaminiertem Material (Postexpositionsprophylaxe)“

Die Behandelbarkeit der HIV-Infektion hat dazu geführt, daß die medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) zu einem wichtigen Thema geworden ist.

Grundsätzlich basieren alle Empfehlungen dazu auf aktuellen antiretroviralen Therapiestudien. Bezüglich ihrer prophylaktischen Wirksamkeit ist sie zwar begründet, bisher jedoch nicht ausreichend klinisch geprüft. Jede so durchgeführte medizinische PEP hat deshalb immer den Charakter einer individuellen Therapiestudie.

In einer retrospektiven Fallkontrollstudie zur Prophylaxe gegenüber der Nichtbehandlung konnte erstmalig 1997 der Vorteil einer PEP mit Zidovudin (AZT) statistisch gesichert gezeigt werden - Schutzeffekt in der Größenordnung von ca. 80 %.

In den letzten Jahren wurde in vielen Studien bewiesen, daß sich mit einer Kombinationstherapie aus zwei bis vier Präparaten ungleich bessere antiretrovirale Effekte erzielen lassen, als mit einer AZT-Monotherapie. Deshalb war es nur folgerichtig, die PEP mit einem modernen Kombinationsschema durchzuführen (s. a. *Neueste deutsch-österreichische Empfehlungen*, in: *DMW* 25/26 1998).

Serokonversionsraten nach beruflicher HIV-Exposition sind verständlicherweise nur schwer zu bestimmen. Verlässliche Daten wurden dazu bisher nur von der CDC* veröffentlicht. Darin wurde die Wahrscheinlichkeit, daß nach einer perkutanen Exposition HIV-positiven Materials eine Serokonversion auftrat, mit 0,31 % beziffert. Das deckt sich mit den Angaben im Leserbrief von Herrn Dr. Kretschmer. Die Gefahr der Ansteckung ist umso höher anzusetzen, je höher die übertragene Erregeranzahl ist. Dies ist insbesondere von folgenden Faktoren, wie Art des übertragenen Materials und der Exposition, Viruskonzentration, HIV-Status der Indexperson und Dauer der Exposition abhängig.

Nicht der Wahrheit entspricht hingegen die Behauptung von Herrn Dr. Kretschmer, daß aus diesen HIV-Serokonversionen bislang keine Erkrankungen hervorgegangen wären. Einerseits ist selbstverständlich eine serologisch nachgewiesene HIV-Infektion immer auch eine schwere Erkrankung, andererseits kam es immerhin bei 25 von 54 dokumentierten HIV-Infektionen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen der USA mit eindeutiger beruflicher Exposition zum Ausbruch von AIDS-Erkrankungen. Auch in Deutschland gibt es bereits lt. Information des Robert-Koch-Institutes erste AIDS-Erkrankungen, die eindeutig auf eine berufliche Exposition zurückzuführen sind (in: *Umwelt und berufsdermatologisches Bulletin* 70 (1997)).

Daß bei der Einnahme von AZT auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, ist seit langem bekannt und u. a. von Tokars auch im Zusammenhang mit der Postexpositionsprophylaxe untersucht worden. Er weist in der zitierten Arbeit darauf hin, daß bei AZT, falls es angewandt wird, ein vorsichtiges Abwägen der Risiken und Vorteile erfolgen sollte. Dieser

Forderung wurde in unserer Arbeit auch Rechnung getragen, indem wir zum Ausdruck brachten, daß zum Abwägen von Nutzen und Risiken einer medikamentösen Postexpositionsprophylaxe bei der Beurteilung eines Unfallereignisses sowie bei der anschließenden Kontrolle, wenn möglich, ein in der HIV-Behandlung erfahrener Arzt herangezogen oder konsultiert werden sollte.

Herr Dr. Kretschmer ist der Auffassung, daß „... vor seiner unbegründeten Anwendung (Anm. AZT) in jedem Fall wegen des damit verbundenen millionenfachen Unterganges gesunder Zellen zu warnen...“ ist und stellt damit die Anwendung von AZT bei der PEP völlig in Frage. In vielfältigen Berichten zur Anwendung von AZT wurde der Nutzeffekt sowie die komplikationslose Durchführbarkeit der PEP unter Berücksichtigung einer strengen Indikation und der Einhaltung der erforderlichen Zeitintervalle bestätigt. Dies deckt sich auch mit unseren eigenen Erfahrungen bei der Durchführung der PEP.

In diesem Zusammenhang muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß es sich bei der Postexpositionsprophylaxe nicht allein um eine Behandlung mit AZT handelt, sondern daß diese aus zwei Nukleosidanaloga, so z. B. AZT und Lamivudin, und einem Proteaseinhibitor, wie z. B. Indinavir, bestehen sollte.

Mögliche Nachteile einer HIV-PEP betreffen hauptsächlich die Verträglichkeit der Medikamente. Im Vordergrund stehen zunächst akute Nebenwirkungen während der ersten zwei Wochen der Einnahme, die in der Regel dann jedoch abklingen oder nach Beendigung der Therapie reversibel sind. Über potentielle Spätfolgen der antiretroviralen Medikamente bei nicht HIV-Infizierten ist wenig bekannt. Angesichts der bisher gesammelten Erfahrungen und der kurzen Behandlungszeit treten diese Aspekte jedoch eher in den Hintergrund. Dies gilt jedoch nicht für HIV-exponierte Schwangere, hier sind Risiken und Nutzen besonders sorgfältig abzuwägen.

Die von uns veröffentlichten Empfehlungen stehen in keinem Widerspruch zu der von Dr. Kretschmer erwähnten Nürnberger Erklärung der Deutschen Ärzteschaft. Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist gerade in diesem Fall auch für uns ein unbedingt zu schützendes Gut.

Es ist in der ärztlichen Praxis keine Seltenheit, daß zwischen Risiko und Nutzen einer medizinischen Maßnahme nach reiflichem Abwägen entschieden werden muß. Hier ist zwischen geringem HIV-Risiko mit relativ niedriger Serokonversionsrate und einer schweren tödlich verlaufenden Erkrankung abzuwägen, wobei immer auch die individuellen Belange des HIV-Exponierten berücksichtigt werden müssen. Man sollte sich in seiner Entscheidung nicht durch die zum Teil sehr polemisch gehaltenen und nicht praxisnahen Ausführungen des Herrn Dr. Kretschmer verunsichern lassen.

Dr. med. B. Pfeil
Universitäts-Hautklinik Leipzig
HIV-Ambulanz

* CDC: Centers for Disease Control (Zentren für Gesundheitsüberwachung); Atlanta/Georgia, in denen Daten über Krankenhäuser aus allen amerikanischen Bundesstaaten zusammenlaufen und untersucht werden. Die CDC geben wöchentlich den Morbidity Mortality Weekly Report heraus (Bericht zur aktuellen epidemiologischen Situation in den USA und Empfehlungen zur spez. Diagnose, Therapie, Prophylaxe usw.)
(Die Redaktion)

An Frau Leipzig, den 21. Juni 1998
Dr. med. Ute Schwarz
Institut für Klinische Pharmakologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden

Nachrichtlich:
Ärzteblatt Sachsen

Sehr geehrte Frau Kollegin, mit Interesse habe ich im *ÄBS* 6/98 Ihren Artikel „Bioäquivalenz. Was sollte ein Arzt bei der Umstellung vom Original-Präparat auf ein Generikum beachten?“ gelesen.

Gestatten Sie mir dazu bitte zwei Anmerkungen:

- In der Tabelle 1 hätte ich gerne das in den neuen Bundesländern sicher am meisten (weil aus der DDR bekannten) verordnete Glibenclamid „Maninil“ gesehen und Informationen zur Bioäquivalenz bekommen. Die genannten Prüfpräparate werden in Sachsen sicher eher selten verordnet.

- Ich würde Sie oder die Redaktion bitten, diesen Artikel an Sachsens Sozialminister,

Herrn Dr. Geisler, zu schicken, weil er behauptet, daß es einem niedergelassenen Arzt in der täglichen Praxis durchaus zuzumuten ist, unter verschiedenen Präparaten mit gleichem Wirkstoff das preiswerteste herauszusuchen und dem Patienten zu verordnen. Die Tragweite des in Ihrem Artikel angeschnittenen Problems spricht, glaube ich, für sich.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Med. Bernd Harzer
Facharzt für Innere Medizin
Thomasiusstraße 9
04109 Leipzig

Ärzteblatt Sachsen 23. 7. 1998
Redaktion
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren, wie telefonisch vereinbart, schicke ich Ihnen die Antwort zum Leserbrief von Dipl.-Med. Bernd Harzer zu unserem Beitrag im Sächsischen Ärzteblatt 6/1998 „Bioäquivalenz. Was sollte ein Arzt bei der Umstellung vom Originalpräparat auf ein Generikum beachten?“, Krappweis, J.; Schwarz, U.; Kirch, W.

Angaben zur Bioäquivalenz der Präparate Maninil® 1/1.75/3.5/5 (BERLIN-CHEMIE AG) sind in der *ZL-Bioäquivalenz Datenbank* bislang nicht enthalten. Für Maninil® in den Dosierungen 1,75 mg und 3,5 mg wurde Bioäquivalenz gegenüber dem Referenzpräparat nachgewiesen. Ausführliche Angaben zu wichtigen pharmakokinetischen Parametern sind in der jeweiligen Fachinformation aufgeführt. Für Maninil® in den Dosierungen 1 mg und 5 mg kann aufgrund fehlender Vergleichspräparate (Referenz) kein Bioäquivalenznachweis geführt werden. Hier kann nur eine Aussage zur absoluten Bioverfügbarkeit getroffen werden.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Ute Schwarz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Institut für Klinische Pharmakologie
Fiedlerstraße 27
01307 Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion des Sächsischen Ärzteblattes
Herrn Redakteur Prof. Dr. Rose
PF 10 05 10
01075 Dresden 12. August 1998

Sehr geehrter Herr Professor Rose, im letzten Ärzteblatt haben Sie mich mit einer Äußerung zitiert, die die Frage aufwirft, wer eigentlich die Patienten versorgt.

So habe ich das nicht gesagt, sondern ich beklagte unsere gesundheitspolitische Situation, die sich z. B. in dem unglaublich voluminösen Umfang unserer Weiterbildungsordnung ausdrückt, welche eine Unzahl von Bezeichnungen und Teilgebietsbezeichnungen (früher Facharzt) enthält und welche in meinen Augen den Eindruck erweckt, daß Claims abgesteckt werden, bei denen es in der Hauptsache um Abrechnungsprobleme geht.

In diesem Zusammenhang hatte ich auch gesagt, daß Fortbildungsveranstaltungen weniger das Problem der Patientenversorgung als Inhalt haben, als vielmehr auch diese Fragen der Abrechnung.

In meinen Augen ist dies sogar verständlich, denn die Situation der Ärzteschaft ist ja ausgesprochen prekär.

In diesem Zusammenhang hatte ich gesagt, daß die Versorgung der Patienten immer mehr aus dem Blickpunkt aller gesundheitlichen Diskussionen rücke. Daß die Patienten versorgt werden, ist mir völlig klar.

Bitte setzen Sie doch diese Erklärung in die nächste Ausgabe der Ärztezeitschrift.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Clemens Weiss
Chefarzt
Krankenhaus Muldentalkreis
Kutosowstraße 70
04808 Wurzen

An das
Redaktionskollegium des
Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden Freital, den 13. August 1998

Sehr geehrte Damen und Herren, Bezug nehmend auf ein Telefonat mit Herrn Prof. Rose vom 11. August 1998 möchte ich Ihnen folgendes mitteilen:

Im Heft 8/98 des Sächsischen Ärzteblattes wird über den 8. Sächsischen Ärztetag berichtet. Auf Seite 314 wird mein Diskussionsbeitrag, den ich zur vorgenannten Veranstaltung im Rahmen der berufspolitischen Diskussion abgegeben habe, zitiert. Leider kann ich mich mit dem Wortlaut des Zitates so nicht einverstanden erklären, da dieser zu erheblichen Mißverständnissen führt und ich meinen Diskussionsbeitrag auch nicht so verstanden haben möchte. Der letzte Satz: „Das Labor, das Röntgen sind privatisiert, alles ist schlechter geworden“ führt zu dem Schluß, die Arbeit des Krankenhauses und insbesondere der genannten Abteilungen sei schlecht. Dies ist jedoch keineswegs der Fall und so eine Behauptung habe ich auch nicht aufgestellt. Weder die Arbeit der Mitarbeiter des Kreiskrankenhauses Freital, noch des Labors oder der Röntgenpraxis sind schlecht. Die Patientenversorgung ist trotz der problematischen Trägersituation gut, ebenso bestehen auf Grund des modernen Krankenhauses ausgezeichnete Arbeitsbedingungen.

Das Anliegen meines Diskussionsbeitrages, die grundlegende Skepsis gegenüber der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen, kommt im offiziellen Protokoll des 8. Sächsischen Ärztetages meiner Meinung nach richtig zum Ausdruck (eine Ablichtung der Seite 6 dieses Protokolls liegt bei).

Ich bitte Sie dringend um Richtigstellung dieser Angelegenheit. Es liegt mir fern, die gute Arbeit der Mitarbeiter des Krankenhauses Freital, des Labors und der Röntgenpraxis in Mißkredit zu bringen.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Med. K.-U. Däßler
Facharzt für Innere Medizin
Oberarzt
Kreisärztekammer Weißeritzkreis
Vorsitzender
Bürgerstraße 7
01705 Freital

Der Bitte, den Inhalt der beiden Zuschriften an das „Ärzteblatt Sachsen“ mitzuteilen, kommen wir gern nach. Die Aussagen (ÄBS 8/98, Seite 314) haben wir so wiedergegeben, wie wir sie verstanden haben.

Prof. Rose
Vorsitzender des Redaktionskollegiums

Redaktion Sächsisches Ärzteblatt
Frau Hüfner
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Possendorf, den 1. September 1998

Sehr geehrte Frau Hüfner,
ich erlaube mir, Ihnen einen von mir an
Herrn Dr. Hommel gerichteten Brief zuzu-
senden, mit der Frage, ob er als Leserbrief
in Ihrer Zeitschrift zur Diskussion gestellt
werden kann.

Herr Dr. Hommel kennt diesen Brief und
hat mich an Sie verwiesen.

In der Hoffnung auf eine positive Antwort
verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Matthias Becker
Windmühlenhöhe 6
01728 Possendorf

Über den Tag hinaus

*„Es wird alles immer gleich ein wenig anders,
wenn man es ausspricht.“*

Hermann Hesse,
deutscher Autor (1877 - 1962)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Herrn Dr. med. habil. H.-J. Hommel
Postfach 10 09 50
01076 Dresden

Sehr geehrter Herr Hommel,
ich erhielt, wie viele Ärzte, in den letzten
Tagen meine Honorarabrechnung für das
I. Quartal 1998. Dabei muß ich sagen, daß
ich im Notarzdienst tätig bin.

Es ist erschreckend, mit welcher Unver-
schämtheit der Punktwert in dieser Gruppe
sinkt. Mittlerweile sind wir bei 3,98 bzw.
4,88 Pfennig angelangt.

Wenn man sich überlegt, unter welchen
physischen und psychischen Belastungen
ein Notarzt arbeitet, ist dieser Punktwert
eine Verhöhnung dieses Berufszweiges.
Für uns gibt es oftmals kaum einen Nacht-
schlaf, wir müssen unter extremen äußeren
Bedingungen zu jeder Tages- und
Nachtzeit arbeiten und voll konzentriert
sein. Wenn andere, höher vergütete Arzt-
gruppen, nicht mehr weiter wissen, müs-
sen wir handeln, um Patienten in die Kli-
niken zu bringen, wo ihnen entsprechende
Hilfe zuteil wird. Sicher gibt es da auch im

Notarzdienst unterschiedliche Qualitäten.
Und das alles für den niedrigsten Punkt-
wert.

Vielleicht wäre es richtig, wenn die Not-
ärzte einfach streiken würden, keiner fährt
mehr zu einem Einsatz bei dieser gottes-
bärmlichen Vergütung!? Dann würden
viele Patienten gar keine Klinik mehr er-
reichen. Sollte das die Denkweise der
Krankenkassen sein? Was wäre aber, wenn
ein hoher Vertreter einer Krankenkasse in
die Situation käme, dann einen Notarzt zu
benötigen?

Sehr geehrter Herr Hommel, ich weiß
natürlich, in welcher Situation Sie sind,
wieviele Briefe von „unterbezahlten“ Ärz-
ten Sie bekommen und wie Sie sich be-
mühen, die Probleme mit den Kassen zu
klären. Als chirurgischer Oberarzt im Not-
arzdienst fühle ich mich jedoch zuneh-
mend von den Kassen betrogen und würde
Sie bitten, diesen Brief im „Sächsischen
Ärzteblatt“ zur Diskussion zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Matthias Becker
Windmühlenhöhe 6
01728 Possendorf