

Editorial	Sind Ärzte korrupt?	516
Berufspolitik	Sozialministerin bestätigt 33. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	516 517
Arbeitsmedizin aktuell	Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin	521
	Impressum	523
Mitteilungen der Geschäftsstelle	41. Kammerversammlung	524
	Änderung in der Hauptgeschäftsführung	524
	Konzerte und Ausstellungen	524
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ und „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“	526
	Fortbildungsangebote für Medizinische Fachangestellte	527
	Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten und Jungärzte	527
	Fortbildung in Sachsen – Interprofessionelle Angebote	527
Mitteilungen der SÄV	Erfolg für Kindererziehende	525
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	528
Buchbesprechung	West-östliche Mailbox	529
Originalie	Update: Akutes Koronarsyndrom PET/CT beim Lungenkarzinom	532 544
Medizingeschichte	Franz Jacob Wigard (1807 bis 1885)	536
Personalia	Prof. Dr. med. Peter Friedrich Matzen zum 100. Geburtstag	538
	Prof. Dr. med. Werner Kothe zum 90. Geburtstag	539
	Prof. Dr. med. habil. Rainer Preiß zum 65. Geburtstag	540
	Jubilare im November 2009	540
	Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Kurt Lorenz	542
Verschiedenes	Neue Ausgabe der „Kinderstube“ erschienen	543
	Hufeland-Preis	543
	Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden	543
	Change/Chance – 20 Jahre friedliche Revolution	543
	Wiedereinstiegskurs nach berufsfreiem Intervall	546
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2009	



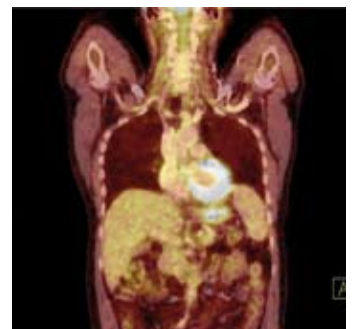
Sitzung der Kreisärztekammern
Seite 517



Ausstellung
Prof. Dr. med. Robert Ganse
Seite 520



Buchbesprechung:
West-östliche Mailbox
Seite 529



PET/CT beim Lungenkarzinom
Seite 544

Sind Ärzte korrupt?



In den letzten Wochen häuften sich die Vorwürfe gegen Ärzte, sie würden rechtswidrig Krankeneinweisungen von Patienten gegen Entgelt vornehmen. Diese Vorwürfe sind schwerwiegend, stellen sie doch eine gesamte Berufsgruppe unter Generalverdacht. Jedoch gibt es bisher nur Verdächtigungen und keine belastbaren Beweise. Und in Sachsen gibt es laut Kassennärztl. Vereinigung aktuell keine konkreten Hinweise darauf, dass Überweisungsprämien für Einweisungen in spezielle Krankenhäuser geboten oder gezahlt wurden.

Wenn nun Ärzte pauschal von der Bundesgesundheitsministerin dennoch als bezahlte Vermittler dargestellt werden, so diene das sicher gut als Wahlkampfthema. Übersehen wird dabei, dass es gesetzliche Bestimmungen sind, nach denen Ärzte und Krankenhäuser aufgefordert werden, den Behandlungsprozess gemeinsam zu organisieren und dazu Vergütungsvereinbarungen zu treffen. Diese Verhandlungsergebnisse jetzt pauschal zu skandalisieren, fällt direkt auf die Urheber dieser Gesetze zurück. Kommerzialisierung und übertriebene Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen sowie die deutliche Unterfinanzierung des niedergelassenen Bereichs sind aus meiner Sicht die eigentlichen Ursachen des Problems. Unsere Beschlüsse beim Sächsischen Ärztetag 2009 sprechen dazu eine deutliche Sprache.

Seit langer Zeit schon engagieren sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Kooperation, um

Schnittstellen zu überwinden, die Versorgung zu verbessern und Einsparungen zu erzielen. Diese so genannte Integrierte Versorgung ist nicht nur politisch gewollt, sondern auch sinnvoll und muss selbstverständlich mit Leistungen für den Patienten hinterlegt sein. Dass dabei der Grundsatz „ambulant vor stationär“ Leistungen zu den niedergelassenen Ärzten verlagert, schlägt sich natürlich auch in der Honorierung nieder. Dies grundsätzlich dann in den Bereich von Bestechlichkeit und Kriminalität zu rücken ist verantwortungslos. Die mit der Integrierten Versorgung mühsam erzielten Fortschritte werden damit in Frage gestellt.

Ich bin der Meinung, dass wir Ärzte nicht korrupt oder bestechlich sind! Aber „Schwarze Schafe“ gibt es immer und überall. Sollte es tatsächlich Fälle von Bestechlichkeit in der sächsischen Ärzteschaft geben, so werden die bestehenden straf- und berufsrechtlichen Möglichkeiten zur Anwendung kommen, um diese Kollegen zur Verantwortung zu ziehen. Geldwerte Vorteilsname für die Zuweisung von Patienten zur stationären Versorgung ohne entsprechende Gegenleistung ist illegal. Im Mittelpunkt der medizinischen Bemühungen muss der Patient stehen und keine Honorarfrage darf dies verzerren. Weiterhin ist es laut § 31 der Berufsordnung Ärzten nicht gestattet, „für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“ Zugleich müssen bei Verträgen wettbewerbsrechtliche Fragestellungen mit berücksichtigt werden. Ist die Kooperation nämlich nur vorgeschoben, greift nicht nur das Berufsrecht, vielmehr sind auch Verträge wegen Verstoßes gegen § 134 BGB (Rechtsgeschäfte) nichtig. Diese eindeutige Vorgabe wird allerdings durch legale „finanzielle Belohnungen“ im Rahmen der Integrierten Versorgungsverträge konterkariert.

Dennoch dürfen wir Ärzte Patienten niemals als „lukrative Policenträger“ ansehen, um mit ihnen Handel zu

treiben. Als Ärzte sind wir keine Manager im System der Gewinnmaximierung. Für uns muss die medizinische Versorgung des Patienten im Vordergrund stehen. Nur so schaffen wir das notwendige Vertrauen zu unseren Patienten. Krankenhäuser, die Zuweisungsvergütungen anbieten oder bezahlen und niedergelassene Ärzte, die solche Vergütungen fordern oder vereinnahmen, handeln in absolut nicht akzeptabler Weise.

Es wird derzeit geprüft, ob paritätisch besetzte Clearingstellen geeignet sind, laufende und künftige Verträge einer rechtlichen Bewertung und gegebenenfalls Sanktionierung zu unterziehen sowie das Berufsrecht zu verschärfen.

Zuvor sollten alle Beteiligten jedoch zu einer sachlichen Diskussion zurückkehren und eine nachhaltige Beschädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Patienten vermeiden. Dies wünsche ich mir insbesondere auch von der neuen Bundesregierung aus CDU und FDP.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Sozialministerin bestätigt



Der sächsische Ministerpräsident Stanislaw Tillich hat am 30. September 2009 ein neues Kabinett ernannt. Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz ist Frau Christine Clauß (CDU). Bereits 2008 wurde sie durch den Ministerpräsidenten zur Staatsministerin für Soziales als Nachfolgerin von Helma Orosz berufen. Frau Clauß war unter anderem zwanzig Jahre als leitende Schwester einer Intensivstation in Leipzig tätig.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

33. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Teilnahme an der Tagung am 19. September 2009 waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes und Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer sowie Gäste gefolgt.

Landtagswahlen in Sachsen

„Sachsen hat gewählt, aber nur 52,2 % der Wahlberechtigten haben von ihrem Stimmrecht gebrauch gemacht. Das ist ein historischer Tiefstwert für unseren Freistaat und zeigt die politische Reserviertheit der Bevölkerung“, so der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in seinem aktuellen berufs- und gesundheitspolitischem Bericht.

Bestmögliche medizinische Versorgung

Die Wahlsieger, CDU und FDP, haben am 16. September 2009 ihre Koalitionsvereinbarung in Dresden präsentiert. Im Kapitel „Familie, Soziales und Verbraucherschutz“ der 58 Seiten umfassenden Vereinbarung werden auch die Eckpunkte einer medizinischen Versorgung für Sachsen vorgestellt. Danach soll die medizinische Versorgung auf hohem Niveau flächendeckend gesichert und weiter entwickelt werden. Eine zunehmende Bedeutung bekäme zudem die gesundheitliche Vorsorge.

Haus- und fachärztliche Versorgung

Die CDU-FDP Koalition will Sachsen als leistungsfähigen und innovativen Gesundheitsstandort weiterentwickeln. Sie bekennt sich zu einer intensiven medizinischen Forschung in Sachsen. Zusammen mit allen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, medizinischen Versorgungszentren und Apotheken wollen sie die Gesundheitsförderung, Prävention und Aufklärung stärken. Beide Parteien bekennen sich im Koalitionspapier ausdrücklich zu einer haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung. Die Grundlage

für eine hochwertige medizinische Versorgung in allen Regionen Sachsens sehen sie in den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Medizinische Versorgungszentren werden als eine sinnvolle Ergänzung betrachtet.

Ärztemangel

Bezüglich der Vorsorge für den künftigen Bedarf von Ärzten und Fachkräften wie auch in anderen Heil- und Heilhilfsberufen will die Koalition:

- die Qualität der universitären Ausbildung mit dem Ziel der Steigerung der Absolventenzahlen verbessern,
- die zentrale Vergabe von Studienplätzen in der Medizin abschaffen und die Universitäten bei der Auswahl der Medizinstudenten unterstützen,
- das Stipendienprogramm für Medizinstudenten für eine Arzt-tätigkeit in unterversorgten Regionen fortsetzen, evaluieren, weiterentwickeln,
- die Allgemeinmedizin stärker in den Fokus der medizinischen Ausbildung rücken,
- Programme zur Neugründung und Übernahme von Arztpraxen in Gebieten mit besonderem Ärztebedarf fortführen und verbessern,
- weiterhin Ärzte aus dem Ausland anwerben,
- die Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen so strukturieren, dass die Durchlässigkeit der einzelnen Bildungsstufen bis zum Hochschulbereich über gestufte Weiterbildungsmodul-gewährleistet ist.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident; Erik Bodendieck, Vizepräsident

Um jungen Mediziner eine Chance für den Berufseinstieg zu geben, will sich die neue CDU-FDP Regierung für den Erhalt und Ausbau von Lehrkrankenhäusern einsetzen und die Ausweitung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachärzte in besonders benötigten Bereichen anstreben. Es soll auch geprüft werden, ob eine stärkere Delegation von geeigneten Aufgaben in medizinischen Berufen mit dem Ziel, Bürokratie zu senken und neue Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen, möglich ist. Um die vielfältigen Maßnahmen und Projekte gegen den Ärztemangel besser zu vernetzen, baut die Sächsische Landesärztekammer gerade eine Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ auf. Ein erstes Treffen mit rund 60 Netzwerkpartnern hat das große Interesse und den enormen Bedarf einer solchen Koordinierung deutlich gemacht. Eingebunden sind neben den Akteuren des Gesundheitssystems auch der Städte- und Gemeindegtag sowie der Landkreistag. Der grundlegende Aufbau der Koordinierungsstelle und die Konstituie-



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

zung eines Netzwerkes mit Lenkungsgruppe sollen bis Ende 2009 abgeschlossen sein.

Gesundheitsziele

Die mit verschiedenen Partnern erarbeiteten Gesundheitsziele in Sachsen sollen auch mit der neuen Koalition weiter kontinuierlich umgesetzt und evaluiert werden. Explizit genannt wird im Vertrag das Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ und das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Gesundheitsziel „Aktives Altern“.

Weitere Eckpunkte der Koalition

Die Krankenhaus- und Notfallversorgung soll entsprechend der demografischen Entwicklung weiterentwickelt werden. Für die Gesundheitsuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen soll der öffentliche Gesundheitsdienst für andere Ärzte weiter geöffnet werden.

Mit Blick auf die demografische Entwicklung wird konstatiert, dass der Anteil pflegebedürftiger Menschen zunimmt. Um pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, soll deshalb zukünftig eine differenzierte und abgestimmte Unterstützung der Familien erfolgen. Die Palliativmedizin und die ambulante Hospizarbeit sollen ausgebaut werden.

Gesundheitsfonds

„Nach einem dreiviertel Jahr Gesundheitsfonds lässt sich nur feststellen, dass die Kosten im System nicht gesenkt wurden und die medizinische Versorgung der Patienten sich

nicht verbessert hat“, so Prof. Dr. Schulze. Es sei eher zu befürchten, dass es zu einer weiteren schleichenen Rationierung von Gesundheitsleistungen komme. „Jetzt wieder die Schuld bei den Ärzten zu suchen, soll nur vom eigentlichen Problem einer falschen Gesundheitspolitik ablenken. Es kommt vielmehr darauf an, sich dem gesamtgesellschaftlichen Thema der Priorisierung zuzuwenden.“

Künftige Struktur der Kreisärztekammern – Umsetzung

PD Dr. jur. Dietmar Boerner

Gemäß dem Beschluss der Kammerversammlung vom 8. November 2008 wird die Gliederung der Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der staatlichen Kreisgebietsreform von 2008 geändert. Demzufolge bleiben die Kreisärztekammern Chemnitz (Stadt), Dresden (Stadt) und Leipzig (Stadt) unberührt. Die übrigen Kreisärztekammern werden aufgelöst und zu größeren Kreisärztekammern zusammengefasst.

Die konstituierenden Mitgliederversammlungen der zehn neuen Kreisärztekammern finden bis zum 25. November 2009 statt. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wird insbesondere die Geschäftsordnung beschlossen und der Vorstand der Kreisärztekammer gewählt. Unmittelbar vor der Neukonstituierung finden die abschließenden Mitgliederversammlungen der jeweiligen Vorgängerkammern statt. Gegenstand dieser Sitzungen ist im Wesentlichen die Entlastung des Vorstandes aufgrund des Geschäfts- und Kassenberichts für das Rumpf-Geschäftsjahr 2009. Die Einladungen zu den konstituierenden Mitgliederversammlungen werden jeweils vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer ausgesprochen. An den Versammlungen nimmt seitens der Landesärztekammer entweder der Präsident, der Vizepräsident oder ein Vorstandsmitglied teil. Zur Beantwortung juristischer Fragen steht die Assistentin der Geschäftsführung, Frau Ass. jur. Annette Burkhardt, oder der Leiter der Rechtsabteilung, Herr Dr. jur.

Alexander Gruner, oder der Rechtsreferent, Herr Ass. jur. Michael Kratz, zur Verfügung.

Die Sächsische Landesärztekammer wird die neuen Kreisärztekammern nach Kräften unterstützen. Die neu gewählten Kammervorsitzenden erhalten eine praktische Handmappe mit Arbeitsmaterialien, die die Arbeit „vor Ort“ erleichtern soll. Dazu zählen Rechtsgrundlagen der Tätigkeit und hilfreiche Adressen ebenso wie elektronische Vorlagen für Logos und Homepages. Im „Ärztblatt Sachsen“ werden im Heft 12/2009 die Vorstände der neu gebildeten Kreisärztekammern vorgestellt.

Bis zum 10. Oktober 2009 fanden bereits konstituierende Mitgliederversammlungen der Kreisärztekammern Vogtlandkreis, Nordsachsen, Meißen, Erzgebirgskreis, Bautzen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge statt.

Studie „Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte“

*Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden*

Mit der Sächsischen Ärztstudie 2008 liegt ein umfangreiches Datenmaterial zur beruflichen Belastung und zur Gesundheit von Ärzten vor („Ärztblatt Sachsen“, Heft 7/2008, 10/2008 und 1/2009).

Anforderungen und Belastungen der Ärzte werden als sehr hoch erlebt. Mittlere wöchentliche Gesamtarbeitszeiten liegen für weibliche und männliche Vollzeitbeschäftigten weit über einer vertraglich festgelegten Arbeitszeit. Die Überschneidungen zwischen Berufs- und Privatleben, beruflicher Tätigkeit und Freizeit sind beträchtlich. Der Arztberuf muss demnach als ein sehr belastender Beruf eingeschätzt werden.

Global wird der eigene Gesundheitszustand überwiegend gut bis sehr gut eingeschätzt mit geringen Unterschieden zwischen den Geschlechtern, Fachgebieten, Klinik und Niederlassung. Die Beschwerdenstruktur der Ärzte ist nicht wesentlich anders als in der üblichen Bevölkerung. Von den Ärzten selbst angegebene

eigene Erkrankungen entsprechen etwa der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung mit überwiegender Erkrankung des Bewegungsapparates, Allergien, Herz-Kreislauf- und psychischen Erkrankungen. Bei allen Erkrankungsgruppen ist der die Arbeitsfähigkeit unmittelbar beeinträchtigende Anteil gering.

Im Gesundheitsverhalten und bei Risikofaktoren schneiden die Ärzte im Durchschnitt günstiger ab als die Allgemeinbevölkerung.

Eine große Rolle in der Diskussion bei sozial tätigen Berufen spielt das Burn-out-Syndrom als Folge psychischer Fehlbeanspruchung. Die unkritische Verwendung des Begriffes Burn-out führt vielfach zu einer Überschätzung der Auftretenshäufigkeit. Der Anteil eines Burn-out ist in dieser Stichprobe mit 4,1 Prozent bei Ärztinnen und 3,5 Prozent bei Ärzten gering. Einige Burn-out-Symptome werden dagegen von über 40 Prozent angegeben, woraus jedoch keine Schlussfolgerungen auf einen pathologischen Zustand möglich sind. Insgesamt ist der Gesundheitszustand nach den Angaben der Ärzte selbst als gut einzuschätzen.

Es scheint ein Widerspruch darin zu bestehen, dass von den Ärzten eine sehr hohe berufliche Belastung erlebt wird und die Gesundheitsindikatoren so günstig sind. In jeder beruflichen Tätigkeit gibt es Risiken und Ressourcen. Arbeitswissenschaftliche und arbeitsmedizinische Konzepte gehen

davon aus, dass eine „gute Arbeit“ – gut auch im Sinne der Gesundheit und der eigenen Leistungsfähigkeit – durch Ganzheitlichkeit und Vielfalt der Anforderungen, Entscheidungsspielraum bei der Arbeit, Autonomie, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Gratifikation, soziale Unterstützung, sinnvolle Tätigkeiten charakterisiert ist.

Demnach sind auch im Arztberuf nicht nur Risiken aufzudecken, sondern nach Ressourcen zu suchen. Aus der Studie geht hervor, dass die Ärzte ihre berufliche Leistungsfähigkeit unabhängig von Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Fachgruppe als sehr hoch einschätzen. Die berufliche Zufriedenheit der Ärzte ist überdurchschnittlich hoch. Die höchste Klassifizierungsstufe 7 wird für die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit vergeben. Auch die Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf ist hoch. Grundsätzliche Zufriedenheit mit dem Beruf an sich ist ein wesentlicher präventiver Faktor.

Die Gesamtergebnisse entsprechen nicht so recht den Schwerpunkten der Diskussion zur Gesundheit und zum Leistungsvermögen von Ärzten im Rahmen der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Aktivitäten, die mehr vom Mediengedahren bestimmt werden. Der Arztberuf steht nach wie vor unangefochten in der sozialen Wertschätzung an erster Stelle. Vertrauen in die Ärzteschaft und das ärztliche Handeln ist eine Grundvoraussetzung für ein effekti-

ves und wirksames Gesundheitssystem – und für die Gesundheit der Beschäftigten in diesem Feld.

Die sächsische Ärzteschaft ist weitgehend gesund, hoch leistungsfähig und motiviert für ihren Beruf bei einer erheblichen beruflichen Belastung. Diese positiven Ergebnisse stehen im Widerspruch zu anderen Studien und der öffentlichen Wahrnehmung. Deshalb gab es eine kritische Diskussion der Ergebnisse und Zweifel an der Selbstauskunft von Ärzten.

Ärztliche Fortbildung in Sachsen Sachstand und Perspektiven

*Professor Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen
Akademie für ärztliche Fort- und
Weiterbildung*

*Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin*

Die Referenten berichteten in einer Übersicht über die zentralen Aufgaben der Fortbildung im Rahmen der Kammerarbeit. Besonders hervorgehoben wurden dabei in Zusammenhang mit der Fortbildungsverpflichtung der Ärzte nach Paragraph 95d SGB V die Leistungen der Mitarbeiter bei der Bearbeitung der Fortbildungszertifikate – bis zum 19. September 2009 wurden in diesem Jahr 4.269 Anträge bearbeitet und die Bewertung („Bepunktung“) von 14.256 Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Die Zahl der von der Ärztekammer selbst organisierten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

nimmt von Jahr zu Jahr zu, woraus sich auch ein erhöhter Raumbedarf ableitet.

Wichtige Veranstaltungen sind (Auswahl):

Weiterbildungskurse:

- Allgemeinmedizin
- Psychosomatische Grundversorgung
- Arbeitsmedizin
- Ärztliches Qualitätsmanagement
- Spezielle Schmerztherapie
- Notfallmedizin
- Palliativmedizin
- Suchtmedizinische Grundversorgung

Fortbildungen/Qualifizierungen:

- Fortbildungssemester 2009: Zoonosen/Hämostaseologie; Pharmakotherapie ausgewählter Erkrankungen
- Curriculum Organspende
- Kurs für Weiterbildungsassistenten
- Refresherkurse
- Reanimationskurse
- EKG-Kurs
- Langzeit-EKG-Kurs

- Leitender Notarzt
- Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
- Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
- Transfusionsbeauftragter, Transfusionsverantwortlicher
- Verkehrsmedizinische Begutachtung

Curriculare Fortbildung:

- Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Aktuelle Fortbildungsveranstaltungen können im Online-Fortbildungskalender auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de) abgerufen werden. Das Spektrum der Angebote wird zukünftig von neuen, vor allem interprofessionell orientierten Fortbildungen (mit Apothekern, Tierärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten) bestimmt werden. Bewährte Veranstaltungen wie das nun schon seit zehn Jahren erfolgreich laufende interdisziplinäre Fortbildungssemester erfahren ihre Fortsetzung im Herbstsemester 2009 „Spezielle Fra-

gen der Pharmakotherapie“ und dem Frühjahrssemester 2010 „Leitsymptome“.

Ausstellungseröffnung

Während der Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern eröffnete der Präsident die Ausstellung „Dresdner Geburtshilfe und Gynäkologie – von den Anfängen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts“ des Instituts für Geschichte der Medizin der TU Dresden. Anhand von Büchern, geburtshilflichen und gynäkologischen Instrumenten sowie Dokumenten und Bildern wird auf mehr als 200 Jahre Geburtshilfe in Dresden zurückgeblückt („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2009). Der 100. Geburtstag von Prof. Dr. med. Robert Ganse (1909 bis 1972) wurde zum Anlass für diese Ausstellung genommen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin

1. Neue Berufskrankheiten

Am 01.07.2009 ist die 2. Berufskrankheiten-Änderungsverordnung in Kraft getreten (BGBl I S. 1273-1276). Neben der neuen Berufskrankheit „Gonarthrose“ (BK-Nr. 2112), die ausführlich im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 2/2009 beschrieben wurde, und der neuen Berufskrankheiten „Benzol“ (BK-Nr. 1318) sowie „Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen“ (BK-Nr. 4114), die ebenso ausführlich im Sächsischen Ärzteblatt 8/2008 dargestellt worden sind, sind zwei weitere Sachverhalte neu in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden: „Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) bei ... Nachweis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren“ (BK-Nr. 4113) und „Lungenfibrose durch ... Einwirkung von Schweißbrau-

chen und Schweißgasen (Siderofibrose)“ (BK-Nr. 4115).

Eine BK 4113 kann insbesondere bei Tätigkeiten in Kokereien und Teerraffinerien, in der Elektrographitindustrie, im Straßenbau sowie bei der Schornsteinreinigung entstehen. Auch bei der Aluminiumherstellung oder in Eisengießereien kann es zu einer hohen Konzentration von PAK kommen. Dabei können Benzo[a]pyren und andere PAK nach metabolischer Aktivierung eine kovalente Bindung mit der DNA eingehen und zu Schwesterchromatid austausch, Chromosomenaberration und Punktmutation im genetischen Material führen. Bei einer kumulatorischen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren $[(\mu\text{g}/\text{m}^3) \times \text{Jahre}]$ zeigte sich im Vergleich mit der nicht exponierten Bevölkerung ein um das Doppelte erhöhtes Lungenkrebsrisiko. Die BK 4115 wird durch die freigesetzten Schweißbrauche und Schweißgase, die auch beim thermischen Schneiden, Trennen und verwandten Verfahren entstehen, induziert. Die Konzentrationen

sind abhängig von den Arbeitsplatzverhältnissen wie Lüftung, Enge der Räume und Expositionsrate. Besonders problematisch sind Keller, Tunnel, Behälter, Waggons, Container oder Schiffsräume. Diese Expositionen können zur interstitiellen Siderofibrose des Lungenparenchyms mit Restriktion, verminderter Diffusionskapazität und reduzierter Dehnbarkeit der Lunge führen. Gasaustauschstörungen zunächst unter Belastung, später auch in Ruhe sind die Folge. Im HRCT zeigen sich fibrotische Veränderungen. Insgesamt bedarf es jedoch einer jahrelangen und täglich mehrstündigen Einwirkung von Schweißrauch und Schweißgasen unter ungünstigen Bedingungen, bis eine interstitielle Siderofibrose der Lunge entsteht.

Für die neuen Berufskrankheiten gelten Stichtagsregelungen (rückwirkende Anerkennung), wie dies üblicherweise der Fall ist. Krankheiten der BK-Nrn. 2112, 4114 und 4115 sind nunmehr auf Antrag anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall, das heißt die ent-

sprechende Krankheit, ab dem 30.09.2002 eingetreten ist. Bei der BK-Nr. 4113 ist dieser Stichtag auf den 30.11.1997 festgelegt. Die BK 1318 stellt faktisch eine Konkretisierung und Klarstellung von Fragestellungen dar, die bisher schon in der BK-Nr. 1303 geregelt waren, nämlich die toxischen und malignen Erkrankungen durch Exposition gegenüber Benzol; deshalb bedurfte es hier keiner Stichtagsregelung, weil Erkrankungen durch Benzol bereits seit 1925 dem Grunde nach anerkennungsfähig sind.

Gleichzeitig wurde die bisherige Stichtagsregelung für die sogenannte „Bergmannsbronchitis“ (BK-Nr. 4111) als Sonderregelung aufgehoben, das heißt deren rückwirkende Anerkennung auch bei Auftreten der Erkrankung vor dem 01.01.1993 bei Vorliegen von 100 Feinstaubjahren für langjährige Tätigkeiten unter Tage im Steinkohlebergbau ist nunmehr möglich. Dies entspricht einer Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts zur Prüfung dieses Sachverhaltes, da die „Bergmannsbronchitis“ vor allem Erkrankungen weit in der Vergangenheit betrifft, und genau dieser Personenkreis soll damit in die Entschädigung einbezogen werden. Es handelt sich um ca. 800 Fälle, die zusätzlich von dieser Regelung profitieren. Die Fälle werden durch den zuständigen Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung wieder aufgegriffen, soweit sie dort bekannt sind.

Die Stichtagsproblematik soll grundsätzlich im Rahmen einer Gesetzesreform des SGB VII in der nächsten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages geregelt werden.

Mit der Aufnahme der genannten Erkrankungen in die Liste der Berufskrankheiten, die nunmehr 73 unterschiedliche Krankheitsursachen umfasst, wird die generelle Geeignetheit festgestellt, dass berufliche Tätigkeiten sie verursachen können. Zur Anerkennung als Berufskrankheit ist jedoch der Zusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und konkreter Tätigkeit im Einzelfall gutachterlich herzustellen. Jeder Arzt, der einen entsprechenden begründeten Verdacht bei einem seiner Patienten hat, hat unverzüglich eine Anzeige auf Verdacht des Entstehens, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens dieser Erkrankung bei einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder bei der zuständigen Arbeitsschutzbehörde zu erstatten (§ 202 SGB VII).

2. Krankheiten auf dem Weg zur Anerkennung als neue Berufskrankheit

Carpaltunnelsyndrom (CTS)

Zu einer neuen Berufskrankheit „CTS“ ist vom ärztlichen Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine wissenschaftliche Begründung vorgelegt worden, mit der diese Entität unter bestimmten Voraussetzungen zukünftig zur Anerkennung als Berufskrankheit empfohlen wird.

Für die meist chronische Kompressionsneuropathie des Nervus medianus ist ein kausaler Zusammenhang zu manuellen Belastungen verschiedenster Berufe pathophysiologisch und epidemiologisch gesichert. Es ist Folge repetitiver manueller Tätigkeiten mit dorsalen und volaren Flexionsbewegungen im Handgelenk oder erhöhtem Kraft-

aufwand der Hände oder Einwirkung von Hand-Arm-Schwingungen, zum Beispiel durch handgehaltene vibrierende Maschinen. Diese führen zu einer entsprechenden Druckerhöhung im Carpalunnel. Beispielhaft seien hier als Tätigkeiten Forstarbeit beim Umgang mit Motorsägen, Kassierer im Supermarkt beim Umsetzen von Lasten oder Masseure genannt. Die Beschwerden beginnen meist lokal im Handgelenk, vor allem bei Dorsalflexion, mit gelegentlicher Ausstrahlung bis in die Schulter. Bei Fortschreiten treten Dysästhesien im Nervus medianus-Gebiet und eine Atrophie der Daumenballenmuskulatur hinzu. Häufig treten die Beschwerden zunächst nachts auf. Als diagnostische Verfahren kommen neben der Verwendung anamnestischer Daten insbesondere neurophysiologische Verfahren zur Anwendung. Differenzialdiagnostisch sind zum Beispiel traumatische Handgelenksschädigungen sowie degenerative Veränderungen und Radikulopathien in die Frage einzubeziehen.

Generell scheinen zum Teil auch kurze Expositionszeiten für das Auftreten eines CTS ausreichend. Es finden sich Häufigkeitsgipfel oberhalb des 50. Lebensjahr und eine höhere Erkrankungsrate bei Frauen, was allerdings auch darauf zurückgeführt werden könnte, dass Frauen häufiger mit einschlägigen Tätigkeiten beschäftigt sind. Ganz überwiegend ist die dominante Hand befallen oder stärker betroffen. Die Abgrenzung zwischen beruflicher und nicht-beruflicher Veranlassung kann wegen der hohen Prävalenz des CTS in der Allgemeinbevölkerung problema-

tisch sein. Deshalb gehören nach derzeitigem Kenntnisstand Arbeiten mit einer Computertastatur auch nicht zu den Tätigkeiten, die ein CTS verursachen.

3. Fragen zur Gefährdungsbeurteilung

Dieselmotoremissionen (DME) in Feuerwehrhäusern und Stützpunkten von Hilfeleistungsorganisationen

Fahrzeuge mit Dieselmotoren setzen beim Betrieb DME frei, die eine kanzerogene Wirkung haben. Bei Fahrzeugen, die mit Dieselpartikelfiltern mit einem Abscheidegrad von mindestens 97 Prozent, insbesondere auch für ultrafeine Partikel, ausgerüstet sind, können diese Gefährdungen vermieden werden. Alternativ können spezielle Abgasabsaugungen verwendet werden. Eine Absaugung ist immer erforderlich, wenn in Fahrzeughallen aus zwingenden Gründen persönliche Schutzausrüstungen untergebracht sind. Fahrzeuge mit einem zulässigen Gesamtgewicht von max. 3,5 t und mit Motoren der Klasse Euro 5 benötigen keine weitere Abgasnachbehandlung. Weiterhin ist eine Gefährdung von Personen dann nicht anzunehmen, wenn die Abstellbereiche der Fahrzeuge räumlich von anderen Bereichen getrennt sind, die Fahrzeuge unmittelbar nach dem Starten losfahren und sich im Abstellbereich keine weiteren Personen aufhalten, Reinigungs- und Instandhaltungsarbeiten innerhalb der Fahrzeuge nur bei abgestelltem Motor und belüfteter Halle durchgeführt werden und die Abstellbereiche ausreichend durch Lüftung oder technische Maßnahmen belüftet sind.

4. Situation der Arbeitsmedizin

Derzeit (Stand 31.12.2008) besitzen bundesweit laut Statistik der Bundesärztekammer knapp 12.300 Ärztinnen und Ärzte eine arbeitsmedizinische Fachkunde, mehr als 90 Prozent davon die Qualifikation als Facharzt für Arbeitsmedizin oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“. Fachärzte mit staatlicher Anerkennung als Betriebsarzt und Fachärzte für Arbeitshygiene, die ihre Qualifikationen in der DDR erworben haben und gemäß Einigungsvertrag diesbezüglich einen Bestandsschutz genießen, sind in den Zahlen nicht aufgeführt, da bei den

einzelnen Landesärztekammern hierzu keine Daten vorliegen.

Besorgniserregend ist die Tatsache, dass zum Stichtag mehr als 4.400 Kollegen bereits über 65 Jahre alt waren und weitere mehr als 1.600 zwischen 60 und 65 Jahre, denn damit befindet sich etwa die Hälfte der Fachkundigen entweder bereits über der allgemeinen Altersgrenze für die Zuruhesetzung oder kurz davor. Andererseits ist die Zahl junger Kollegen, die sich für die Arbeitsmedizin entscheiden, sehr niedrig, nur etwa 1.400 Ärzte sind jünger als 45 Jahre. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Lage in Sachsen (und in den östlichen Bundesländern generell) tendenziell noch präkärer darstellt, weil hier die Altersschichtung ungünstiger ist und zwischenzeitlich bereits ein Mangel an arbeitsmedizinisch qualifizierten Ärzten erkennbar wird. Die Nachfrage der Betriebe nach der rechtlich vorgeschriebenen betriebsärztlichen Betreuung ist aktuell schon nicht mehr durchgängig zu erfüllen.

Um die Situation zu verbessern, werden zum Beispiel durch den Ausschuss Arbeitsmedizin und die Sächsische Landesärztekammer gemeinsame Kolloquien mit anderen Fachgebieten durchgeführt (Ärztliche Untersuchungen zum Jugendarbeitsschutz, Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit). Kenntnisse zu arbeitsmedizinischen Aufgabenstellungen sollen erweitert und möglicherweise Interesse für die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin geweckt werden. Dafür wurde das Netz von Weiterbildungsleitern in Sachsen erweitert. Es wurde nach Möglichkeiten gesucht, im Rahmen der bestehenden Weiterbildungsordnung die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin realisieren zu können. Die Weiterbildungskurse Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin an der Sächsischen Landesärztekammer haben schon dazu beigetragen, Ärzte für diese Fachrichtung nach Sachsen zu holen. Entscheidend ist aber die Qualität der Ausbildung in der Arbeitsmedizin an den beiden Medizinischen Fakultäten. Wenn die Medizinische Fakultät in Leipzig weiterhin das Fachgebiet nicht besetzt, eine inadäquate Lehre realisiert, trägt das nicht zur Lösung dieses gesundheitspolitischen Problems bei.

Ausschuss Arbeitsmedizin – Dr. med. Giso Schmeißer, Prof. Dr. med. Klaus Scheuch

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer, KöR mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Dr. Katrin Bräutigam
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste vom 1.1.2009 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

41. Kammerversammlung

Die 41. Kammerversammlung findet am 14. November 2009 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arztbescheides als Zuhörer teilnehmen.

- 1. Eröffnung der 41. Tagung der Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
- 2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführlicher Meinungsaustausch

3. Priorisierung in der medizinischen Versorgung – was bedeutet das?

Referent: Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

4. Satzungsänderungen

4.1. Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

4.2. Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

4.3. Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

4.4. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

5. Finanzen

Haushaltsplan 2010
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

6. Bekanntgabe von Terminen

- 20. Sächsischer Ärztetag / 42. Tagung der Kammerversammlung
- 43. Tagung der Kammerversammlung

7. Verschiedenes

Für den Fachvortrag zu TOP 3 werden 2 Fortbildungspunkte vergeben. In dringenden Fällen sind Sie am 14. November 2009 über den Fernsprechanschluss Telefon (0351) 82 67-120 zu erreichen.

Änderung in der Hauptgeschäftsführung

Der Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner, ist mit Wirkung vom 1. Oktober 2009 zum Professor für „Öffentliches Recht, vor allem Recht der öffentlichen Unternehmen und Sozialrecht“ an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften – Fachhochschule Hof ernannt worden. Herr Dr. Boerner hat daher sein Arbeitsverhältnis mit der Sächsischen Landesärztekammer zum 30. September 2009 gekündigt.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat in seiner 26. Vorstandssitzung am 2. September

2009 beschlossen, bis zur Nachbesetzung der Hauptgeschäftsführung die bisherigen Aufgaben der Hauptgeschäftsführung der Ärztlichen Geschäftsführerin, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, und der Kaufmännischen Geschäftsführerin, Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, gemeinsam zu übertragen. Die Ärztliche Geschäftsführerin, Frau Dr. Bräutigam, hat die Funktion als Sprecherin der Geschäftsführung übernommen.

Eine aktuelle Liste der Ansprechpartner finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer. Diese kann unter www.slaek.de abgerufen werden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Konzerte und Ausstellungen

Konzert

Sächsische Landesärztekammer
Festsaal, Sonntag, 1. November 2009, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Musik für Violine und Klavier
Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Dresden Carl Maria von Weber

Ausstellung

in der Sächsischen Landesärztekammer Foyer und 4. Etage
Heike Wadewitz
Wegstunden
Kaltnadelradierungen und Zeichnungen
bis 15. November 2009

Sächsische Ärzteversorgung Foyer

Wieder sehen
Susanne Kieseewetter
Malerei und Grafik
28. Oktober 2009 bis 31. März 2010
Vernissage: Mittwoch, dem 28. Oktober 2009, 19.00 Uhr

Erfolg für Kindererziehende

ABV setzt Nachzahlungsmöglichkeit für freiwillige Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung durch

Anfang 2008 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (Az.: B 13 R 64/06 R), dass die gesetzliche Rentenversicherung auch für kindererziehende Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke Kindererziehungszeiten anerkennen muss, wenn diese in den Versorgungswerken nicht systematisch vergleichbar wie in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden. Dies ist regelmäßig nicht der Fall, weil der Bund sich trotz entsprechender Forderungen der Versorgungswerke und ihrer Arbeitsgemeinschaft (ABV) bisher weigert, Beiträge für Zeiten der Kindererziehung an die Versorgungswerke zu zahlen, wie er dies an die gesetzliche Rentenversicherung tut. Die Rentenversicherungsträger haben sich nach dieser Entscheidung des obersten deutschen Sozialgerichtes dafür entschieden, der Entscheidung zu folgen und haben nach der Prüfung aller Satzungen der berufsständischen Versorgungswerke inzwischen damit begonnen, Kindererziehungszeiten für Mitglieder der Versorgungswerke anzurechnen, wenn diese einen entsprechenden Antrag an die gesetzliche Rentenversicherung gestellt haben.

Für viele Mitglieder der Versorgungswerke führte die Anrechnung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung aber nicht zu einem Rentenanspruch, weil sie allein mit den Kindererziehungszeiten die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Wartezeit von 60 Monaten nicht erreichen konnten. Besonders betroffen waren hier diejenigen, meist Mütter, die ihre Kinder vor dem 31.12.1991 geboren haben, weil für Geburten vor diesem Termin in der gesetzlichen Rentenversicherung nur ein Jahr Kindererziehungszeit berücksichtigt wird. Aber auch Mütter, die Kinder nach dem 01.01.1992 geboren haben, konnten

betroffen sein. Zwar wird für Geburten nach dem 01.01.1992 eine Kindererziehungszeit von drei Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt, was bedeutet, dass mindestens zwei Kinder geboren und erzogen worden sein müssen, um die Wartezeit von 60 Monaten zu erreichen. Den Missetand, dass man kindererziehenden Mitgliedern der Versorgungswerke zwar Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anrechnete, sie aber einen Rentenanspruch meist nicht erreichen konnten, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zur Errichtung einer Versorgungsausgleichskasse und anderer Gesetze (BGBl. I, Nr. 42/2009, Seite 1939 ff) kurz vor Ende der Legislaturperiode des Bundestages abgeholfen. Durch Einfügung eines neuen § 208 SGB VI wurde festgelegt, dass Elternteilen, denen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind, die aber die allgemeine Wartezeit der gesetzlichen Rentenversicherung von 60 Kalendermonaten nicht erfüllt haben, zur Erlangung einer Altersrente freiwillige Beiträge nachzahlen können. Die Beiträge können laut Gesetzestext auf Antrag frühestens nach Erreichen der Regelaltersgrenze (derzeit 65., später 67. Lebensjahr) und nur für so viele Monate nachgezahlt werden, wie zur Erfüllung der allgemeinen Wartezeit noch erforderlich sind.

Für Mitglieder von Versorgungswerken, denen Kindererziehungszeiten der gesetzlichen Rentenversicherung

angerechnet worden sind, bedeutet dies, dass sie, wenn sie die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Regelaltersgrenze (derzeit 65., später 67. Lebensjahr) erreichen, freiwillige Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung, nachdem derzeitigen Rechtsstand mindestens Euro 79,60 an die Rentenversicherung nachzahlen können, um dort einen Rentenanspruch aus den Kindererziehungszeiten zu erlangen.

Der ABV-Vorsitzende, RA Dr. Ulrich Kirchhoff, erklärte im Zusammenhang mit dem Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: „Mit dieser von der ABV seit langem geforderten gesetzlichen Neuregelung widerfährt den kindererziehenden Mitgliedern der Versorgungswerke endlich Gerechtigkeit, weil sie nun aus den ihnen angerechneten Kindererziehungszeiten auch einen Rentenanspruch erlangen können.“ Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke, die die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit 65. Lebensjahr) bereits erreicht haben, sollten sich deshalb umgehend mit der für sie örtlich zuständigen Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) in Verbindung setzen, um zu klären, wie viele Beiträge sie gegebenenfalls nachzahlen müssen, um aus den ihnen angerechneten Kindererziehungszeiten einen Rentenanspruch zu erlangen.

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Geschäftsführerin Sächsische Ärzteversorgung

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“ und im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung in den oben genannten Ausbildungsberufen am **Montag, dem 11. Januar 2010, 9.00 – 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im Prüfungsfach Praktische Übungen (Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“) und die Prüfung im praktischen Teil (Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“) erfolgt im Zeitraum von ca. Ende Januar bis Mitte Februar 2010.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“

Prüflinge, deren Berufsausbildung vor dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen vom 27. März 1993 geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 11. Januar 2010 können Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz) zugelassen werden.

II. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Wiederholungsprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen der Sächsischen Landesärztekammer bis spätestens zum 6. November 2009 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Ge-

bührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Prüflinge, deren Berufsausbildung nach dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten vom 23. November 2007 geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 11. Januar 2010 können regulär Umschüler/innen, deren Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2010 endet und Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung). Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

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

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

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

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) bis spätestens zum 6. November 2009 zu erfolgen.

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

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

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Fortbildungsangebote für Medizinische Fachangestellte

Die Sächsische Landesärztekammer hat ihr Fortbildungsangebot erweitert. Seit September 2009 bietet die Sächsische Landesärztekammer Fortbildungen und Qualifizierungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen an.

Zu erwähnen sind Veranstaltungen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen (Gesetzliche Grundlagen, Abrechnung nach EBM, Sonderverträge, Termin: 28. November 2009), Reanimationskurse mit praktischer Übung (5. Dezember 2009) sowie Grundlagen zu Datenschutz und Recht in der Praxis (10. März 2010). Die Qualifizierung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung, eine anerkannte Bildungsmaßnahme nach Berufsbildungsgesetz, beginnt im Januar 2010.

Unter Aufsicht des Arztes sollen die zukünftigen Fachwirtinnen in Delegation anspruchsvolle und spezialisierte Aufgaben unter anderem in den Bereichen Patientenbegleitung, Koordination, Praxismanagement und Teamführung des nichtärztlichen Praxisteams sowie Praxismanagement durchführen.

Die Qualifizierungsmaßnahme erstreckt sich von 2010 bis 2012 über 300 Pflichtstunden in 8 Modulen und 120 Wahlstunden. Nähere Auskünfte werden unter der Telefonnummer 0351 8267-309 (Frau Eva Marx) erteilt, Fragen und Anmeldungen können auch an die E-Mail-Adresse mfafortbildung@slaek.de gesendet werden.

Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten und Jungärzte

Unter dem Titel Arzt in Sachsen – Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen laden die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Sächsische Apotheker- und Ärztebank alle sächsischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu einer Informationsveranstaltung am **23. Januar 2010** von 9.30 bis ca. 15.30 Uhr in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer ein.

Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen, erfahrene Ärzte und Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser informieren und beraten Sie zu Chancen und Einsatzmöglichkeiten im ambulanten Bereich, stationären Bereich und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auf dem Programm stehen Themen wie individuelle Gestaltung der Weiterbildung, Karrierechancen im Krankenhaus, Gründung oder Übernahme einer Praxis, Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Fördermöglichkeiten.

Außerdem werden Praxiskurse und Workshops angeboten zum Beispiel Reanimationskurs, Ärztliche Gesprächsführung, Ärztliche Schweigepflicht, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Finanzierungsmöglichkeiten einer Praxis, Gesprächsführung/Bewerbung. Die Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat erfolgt mit 8 Fortbildungspunkten.

Bitte merken Sie sich diesen Termin vor. Die Einladung und das Programm stehen in Kürze zum Download unter www.slaek.de unter dem Menüpunkt „Weiterbildung“ zur Verfügung. Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen bereits jetzt unter Arzt-in-Sachsen@slaek.de zur Verfügung.

Fortbildung in Sachsen – Interprofessionelle Angebote

Zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten mit Apothekern, Zahnärzten und Tierärzten finden seit dem vergangenen Jahr gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen der Heilberufekammern statt. So wurde in Kooperation mit der Sächsischen Landestierärztekammer das Fortbildungssemester im Frühjahr 2009 zum Themenkomplex Zoonosen gestaltet. Das Semester zählte insgesamt über 500 Teilnehmer. Im Rahmen der jährlichen Veranstaltungsreihe der Sächsischen Landesärztekammer mit der Sächsischen Landesapothekerkammer: „Individualisierung der Pharmakotherapie“ wurden am 24. Juni 2009 Genderspezifische Aspekte der Pharmakotherapie für Ärzte und Apotheker vorgetragen und diskutiert. Die Reihe wird im nächsten Jahr mit Vorträgen zu Besonderheiten der Arzneitherapie in Schwangerschaft und Stillzeit fortgesetzt (geplant: 9. Juni 2010). Auch mit der Landes Zahnärztekammer Sachsen wird die Kooperation auf dem Fortbildungssektor nunmehr verstärkt: Verwiesen sei hier auf die Fortbildung zu Kiefernekrosen unter Bisphosphonattherapie (5. Juni 2009) und die für November 2009 geplante gemeinsame Veranstaltung „Cranio-mandibuläre Dysfunktionen im Kindes- und Jugendalter“. In den Kooperationsveranstaltungen hat es sich für eine umfassende und ausgewogene Darstellung bewährt, das Thema von einem ärztlichen Referenten und einem Referenten aus der jeweilig anderen Profession vortragen zu lassen. Eine hohe Teilnehmerzahl und durchweg positive Resonanz sprechen für eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit anderen Heilberufekammern in der Fortbildung. Angestrebt werden auch gemeinsame Fortbildungen mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 09/C059
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.10.2009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C060

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/C061
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.10.2009

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C062

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/C063
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.10.2009

Zwickauer Land

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 09/C064

Annaberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/C065

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C066

Zwickau-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 09/C067

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.11.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis, Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 09/D054
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.10.2009

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/D055
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.10.2009

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie
Reg.-Nr. 09/D056
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.10.2009

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D057
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.10.2009

Schriftliche Bewerbungen sind an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L051

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L052

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L053

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L054

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/L055

Facharzt für Radiologie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L056

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L057

Torgau-Oschatz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 09/L058

Leipziger Land

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 09/L059

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/L060

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.11.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 24 32-153 oder -154 zu richten.

Buchbesprechung

West-östliche Mailbox

Johanna Amthor und Peter Stosiek
Books on Demand GmbH,
Norderstedt, 2. Auflage 2008
184 Seiten
€ 22,00
ISBN: 978-3-8370-2455-5

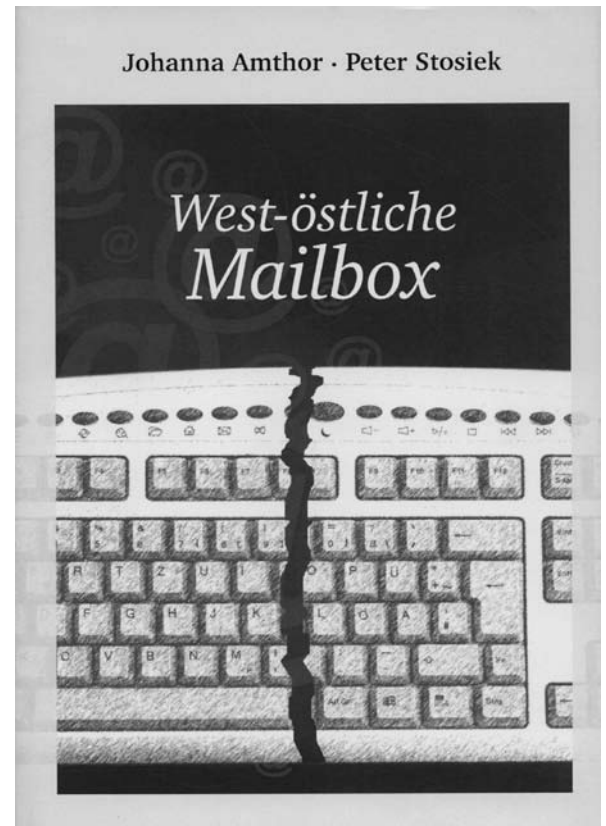
Papst Benedikt XVI. hat das Internet entdeckt. Mit einem eigenen Videokanal auf YouTube hofft er, vor allem junge Katholiken zu erreichen. Der Internetauftritt könne viele Menschen bereichern und ihnen helfen, eine Antwort auf ihre spirituelle Sehnsucht zu finden, sagte das Oberhaupt der katholischen Kirche Gläubigen auf dem Petersplatz. In der spirituellen Internetnutzung sind die westdeutsche Krankhausseelsorgerin Johanna Amthor (geb. 1943) und der ostdeutsche Pathologe Prof. Dr. med. Peter Stosiek (geb. 1937) dem 81-jährigen Heiligen Vater zuvorgekommen. Beide begannen schon vor Jahren einen E-Mail-Wechsel, der als Buch in bereits 2. Auflage vorliegt. Das Doppeladjektiv im Titel sucht die Nähe zu Goethes ebenso bezeichnetem Diwan, was jedoch durch die häufige Verwendung der naiven Diminutive Wessi/Ossi weniger gelingt.

Johanna Amthor, die mehrere beachtenswerte Bücher verfasst hat, und Peter Stosiek, mit dem Leser dieses Ärzteblattes und ich seit vielen Jahren kollegial befreundet sind, wollen mit der Öffnung ihres Mailboxinhaltes nach wie vor vorhandene west-ostdeutsche Missverständnisse aufzeigen und helfen, diese zu überwinden. Solches ist 20 Jahre nach der Maueröffnung auf dreierlei Art möglich: (1) Fehleinschätzungen werden einfach geleugnet, (2) Missverständnisse bagatellisiert man und „geht zur Tagesordnung über“ oder (3) innerdeutsche Verkennungen werden wiederholt (oder gar fortgesetzt) schmerzhaft aufgezeigt. Die Mailbox-Korrespondenz neigt zu Letzterem auf hohem Niveau. Die E-Post-

Mitteilungen sind philosophisch, religiös, politisch, psychologisch, fachlich, geographisch, persönlich und seelisch-intim. Das beachtliche elektronische deutsch-deutsche Hin und Her erreicht naturgemäß nicht die Nachhaltigkeit von Peter Stosieks geschliffen-pointierter Dokumentation „Unbeantwortete Briefe“ (1994). Wie sollte auch die einfühlsame Frau Amthor in einem Wessi/Ossi-Mailverkehr Stosieks jesuitisch genauer „kritischer Auseinandersetzung mit dem SED-Staat, der katholischen Kirche in der DDR und dem neuen größeren Deutschland“ gerecht werden?

Der stets streitbare Katholik hatte sich vergeblich klare Antworten gewünscht von den illustren Adressaten seiner früheren Briefe, zu denen sowohl das ZK der SED (inkl. Erich Honecker) als auch kirchliche Institutionen und (nach der Wende) selbst das Bundesverfassungsgericht gehörten. „Jedes Wachstum verrät sich im Aufsuchen eines gewaltigeren Gegners“, schreibt Friedrich Nietzsche in seinem „Ecce homo“. Der phänomenale Freund Peter Stosiek ist nicht nur Pathologieprofessor sondern auch Fachinternist. Er hat ein theologisches Zusatzstudium absolviert und kann druckreif reden und schreiben. Er spielt vorzüglich Klavier und ist begeisterter Bergkletterer. In seinem Ruhestand hat er armenischen Pathologen vor Ort geholfen, ihren Horizont durch europäische Methoden zu erweitern. Mittels Immunhistologie ließ er erfahrene Diagnostiker Strukturen erkennen, die diese so noch nie wahrgenommen hatten. „So müssen die Augen des Blindgeborenen ausgesehen haben, als Jesus ihn heilte: fassungslos, überwältigt“ (Stosiek, 2003).

Solch eine schillernde Metaphorik enthalten die ökumenischen E-Mails weniger. Zwanglos werden Bücher reflektiert (von Seghers, Fühmann und Heiner Müller über Albert Camus und Houllebecq bis zu Lodemann, Maatz und anderen), ein Film erklärt („Good bye, Lenin“) sowie



Auskunft über letzte Glaubensfragen und den Kommunismus („geht auf die Praxis der Urkirche zurück“) gegeben. Der kritische Arzt Peter Stosiek hat mehr protestiert und riskiert als die meisten anderen von uns. Er hat stets dabei auch gesucht und gelitten. „Und wer leidet, nimmt Anteil.“ Hier hat er in der verständnisvollen protestantischen Seelsorgerin eine kongeniale Mailpartnerin gefunden. Beider Korrespondenz verdient unseren Respekt, die wir weniger gelitten und protestiert haben und Ost-West-Missverständnisse eher bagatellisieren, um uns nicht unnötig zu ärgern. Insofern ist die Lektüre der „West-östlichen Mailbox“ sowohl (immer noch oder schon wieder) Leidenden als auch (fröhlich oder weniger fröhlich) Nichtleidenden zu empfehlen, damit man innerdeutsch aneinander gehörenden Anteil nimmt.

Nachdruck aus dem Ärzteblatt
Mecklenburg Vorpommern, Heft 6/2009

Prof. Dr. med. Horst Nizze, Rostock

Update: Akutes Koronarsyndrom

Aktuelle Leitlinienempfehlungen und neue Entwicklungen zum akuten Koronarsyndrom

G. Simonis, M. Gerlach, R. H. Strasser

Zusammenfassung

In der Behandlung des Akuten Koronarsyndroms (ACS) unterschieden die Leitlinien anhand der EKG-Veränderungen zwischen transmuralen Myokardinfarkt (STEMI) und nichttransmuralem Myokardinfarkt (NSTEMI). Bei einem transmuralen Myokardinfarkt ist die Dauer bis zur Reperfusion des Infarktgefäßes die entscheidende Determinante. Aus diesem Grund ist eine sehr rasche Diagnose mittels notärztlichem 12-Kanal-EKG unerlässlich. Primäre Leitlinienempfehlung zur Therapie ist eine Katheterintervention des STEMI innerhalb von 120 Minuten nach erstem Arztkontakt. Falls dieses nicht möglich ist, ist eine bevorzugt prähospitalen Fibrinolysebehandlung innerhalb von 30 Minuten nach ärztlichen Erstkontakt indiziert. Auch nach erfolgreicher Lysetherapie soll innerhalb von 24 Stunden eine Koronarintervention erfolgen, bei Lyseversagen selbstverständlich sofort. Der nichttransmurale Myokardinfarkt ist ebenfalls eine Domäne der interventionellen Therapie. Diese soll bei persistierenden Beschwerden trotz medikamentöser Basistherapie ebenfalls so rasch wie möglich erfolgen. Für den beschwerdefreien Patienten wird ein Zeitfenster von 72 Stunden angegeben. Neu in der Basistherapie ist die in jedem Fall empfohlene frühzeitige Gabe eines zweiten Thrombozytenaggregationshemmers, zum Beispiel von 300 – 600 mg Clopidogrel, zusätzlich zu ASS. Die Fibrinolysetherapie hingegen hat beim NSTEMI keinen Stellenwert.

Einleitung

Ziel dieses Artikels ist es, einige Schwerpunkte der aktuellen Leitlinienempfehlungen und neue Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie des akuten Koronarsyndroms für die Nutzung im klinischen Alltag im

Überblick darzustellen. Grundlagen sind die 2007 publizierte Aktualisierung der Leitlinie zum Myokardinfarkt der American Heart Association (AHA)¹, die 2007 und 2008 publizierten europäischen (ESC) Leitlinien zum nichttransmuralem (NSTEMI)² und transmuralen (STEMI)³ Myokardinfarkt sowie die neue, universale Definition des Myokardinfarkts⁴, die als Konsensdokument beider Fachgesellschaften zusammen mit der WHO vorgelegt wurde. Alle vier Dokumente sind für den interessierten Leser über das Internet frei zugänglich (siehe Literaturverzeichnis).

Neue Infarktdefinition

Für die Diagnose eines Myokardinfarkts besteht grundsätzlich die Trias aus typischer Klinik, typischen EKG-Veränderungen und dem Anstieg

von Biomarkern, vornehmlich des Troponins, unverändert weiter. Die Publikation einer neuen Infarktdefinition⁴ durch die weltweit führenden Fachgesellschaften erfolgte aus zwei Gründen: Zum einen besteht aus epidemiologischen Gründen eine Notwendigkeit zu einer besseren Klassifizierung von Myokardinfarkten. Dies spielt jedoch für die tägliche Klinik eine untergeordnete Rolle. Von Relevanz für den Kliniker ist jedoch die jetzt anstehende Einführung einer neuen Generation von hochsensitiven Troponin-Tests in den klinischen Alltag. Während bisher Troponin im ng/ml-Bereich gemessen wurde und somit eine jegliche Erhöhung des Troponins als pathologisch zu werten war, messen die neuen Tests im pg/ml-Bereich, so dass zukünftig auch bei vielen klinisch

Tabelle 1: Infarkttypen nach der universalen Infarktdefinition

Typ 1	Spontan auftretender Myokardinfarkt/-ischämie bei koronarem Ereignis (Plaquerosion/-ruptur, Dissektion) = Klassischer Myokardinfarkt
Typ 2	Sekundärer Myokardinfarkt bei erhöhtem Sauerstoffbedarf oder verminderter koronarer Sauerstoffversorgung (vgl. Tabelle 2)
Typ 3	Plötzlicher Herztod mit klinischem oder autoptischem Verdacht auf einen Myokardinfarkt als Todesursache
Typ 4a	Anstieg kardialer Marker im Rahmen einer perkutanen Koronarintervention
Typ 4b	Myokardinfarkt, der mit einer Stentthrombose assoziiert ist
Typ 5	Anstieg kardialer Marker im Rahmen einer aortokoronaren Bypassoperation

Tabelle 2: Ursachen für von einer koronaren Herzerkrankung unabhängige Anstiege kardialer Marker (nach Thygesen et al⁴)

- Herzkontusion oder andere Traumen inkl. Chirurgie, elektrische Stimulation, Defibrillation
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Aortendissektion
- Aortenklappenstenose
- Hypertrophe Kardiomyopathie
- Tachy- oder Bradyarrhythmien
- Takotsubo-Kardiomyopathie („apical ballooning“)
- Rhabdomyolyse mit kardialer Beteiligung
- Lungenembolie, schwere pulmonale Hypertonie
- Nierenversagen
- Akuter Schlaganfall, Subarachnoidealblutung
- Infiltrative Herzerkrankung (Sarkoidose, Amyloidose, Hämochromatose, Sklerodermie)
- Myokarditis, myokardialer Mitbefall bei Peri-/Endokarditis
- Medikamententoxizität
- Kritische Erkrankungen, insbesondere Sepsis, Lungenversagen
- Verbrennungen
- Extreme sportliche Belastungen (zum Beispiel Marathonlauf)

unauffälligen Individuen ein positiver Troponinnachweis zu erwarten ist. Somit kommt der Dynamik der Biomarker (Anstieg/Abfall) eine viel stärkere Rolle zu als bisher. Zum anderen betont die neue Infarktdefinition, dass es neben dem klassischen Myokardinfarkt (Typ 1 der neuen Definition, Tabelle 1) vielfältige Krankheitsbilder gibt, die ebenfalls zu einem Troponinanstieg führen (Typ 2, vgl. auch Tabelle 2) und nicht dem klassischen Infarktverständnis entsprechen, oder dass es methodisch bedingt nach einigen Prozeduren zu einem Anstieg von Biomarkern kommen kann, ohne dass dies per se therapiebedürftig ist (Typ 4a, Typ 5). Hierbei ist evident, dass der „klassische“ Myokardinfarkt, insbesondere der STEMI, sobald wie möglich einer in der Regel invasiven Behandlung zugeführt werden muss, während die Prognose bei Troponinanstiegen im Rahmen anderer Erkrankungen (Typ 2) stark von der Grunderkrankung abhängt und es in der Regel nur bei eindeutigem Vorliegen von ST-Hebungen unmittelbar der invasiven Koronaragnostik und -therapie bedarf. Es kommt somit der Plausibilitätsprüfung durch den behandelnden Arzt, welchen Stellenwert ein erhöhter Biomarker hat und in welchem Kontext dieser Markeranstieg stattfindet, zukünftig eine viel größere Bedeutung zu. Ziel muß es sein, die Patienten, die einer raschen interventionellen Therapie bedürfen, eindeutig zu identifizieren.

Diagnostik bei Erstkontakt mit dem Patienten

Eine optimale Infarktbehandlung besteht gerade beim transmuralen Myokardinfarkt in einer schnellstmöglich durchgeführten Reperfusionstherapie. Dies wiederum setzt eine möglichst rasche Diagnose des Myokardinfarkts voraus. Die neuen Leitlinien betonen daher den Wert eines möglichst frühzeitig, unbedingt prähospital¹ abgeleiteten 12-Kanal-EKGs und vor allem auch die Notwendigkeit definierter Rettungsketten³ bei Verdacht auf einen transmuralen Myokardinfarkt. Nach den Empfehlungen soll bei Infarktver-

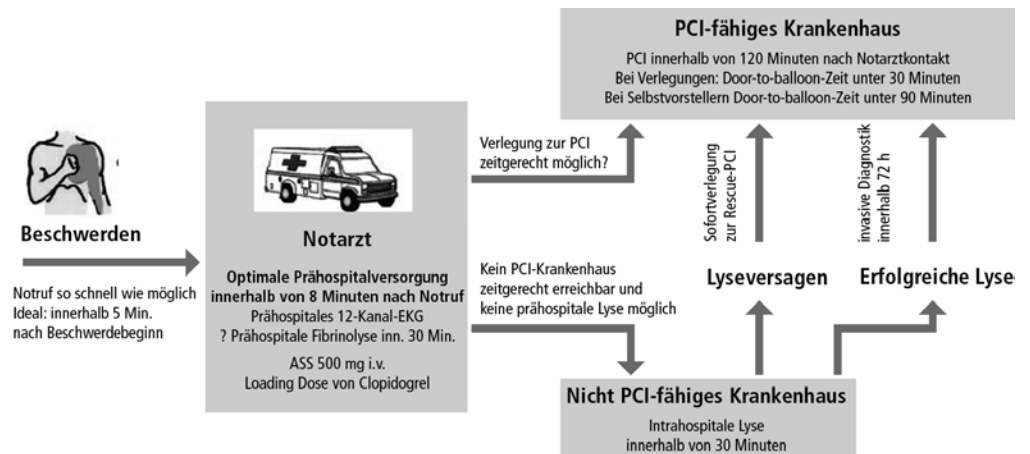


Abbildung 1: Zeitvorgaben für die Behandlung des transmuralen Infarkts. Modifiziert nach ¹

dacht ein EKG spätestens 10 Minuten nach dem ärztlichen Erstkontakt erhoben und qualifiziert befundet werden^{2,3}. Dieses EKG soll dann zur Entscheidung führen, welche Patienten – bei STEMI oder bei NSTEMI mit ausgeprägter Symptomatik – unmittelbar einer Reperfusionstherapie bedürfen und welche Patienten – ohne typische EKG-Veränderungen – zur Abklärung relevanter Differentialdiagnosen einer weiterführenden primär nichtinvasiven Diagnostik (Echokardiographie, Biomarker, ggf. CT zum Ausschluss Lungenembolie, Aortendissektion, etc.) zugeführt werden sollen. Der Triage-Funktion des (notärztlichen) Erst-EKGs kommt somit eine zentrale Rolle zu. Nach Meinung der Autoren können gerade die in den großen sächsischen Städten etablierten Systeme zur telemetrischen Übertragung von Notarzt-EKGs in Zentren mit der Möglichkeit zur Akutintervention entscheidend zur Frühdiagnose und zur Optimierung der raschen Behandlung von Patienten mit Myokardinfarkt beitragen und sollten bei möglichst allen Patienten mit Infarktverdacht genutzt werden. Als Alternative steht auch die Übermittlung des EKGs per Fax zur Verfügung, wenn telemetrische Systeme nicht verfügbar sind. Die Zeitvorgaben der amerikanischen Leitlinien sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Therapie: Koronarintervention versus Fibrinolyse

Bei allen Patienten mit Infarkt besteht die Basistherapie durch den primär versorgenden Arzt aus:

- einer Herzfrequenzoptimierung auf 50 – 60 Schläge/Minute mit Betablockern, sofern hämodynamisch toleriert (natürlich nicht bei hypotensiven Patienten),
- der symptomgesteuerten Therapie mit Nitraten (bei stabilen Blutdruckverhältnissen),
- der Gabe von Sauerstoff,
- gegebenenfalls der Schmerztherapie mit Opiaten,
- der Thrombozytenaggregationshemmung (ASS 500 mg und Clopidogrel in Aufsättigungsdosis 300 – 600 mg) sowie
- der Antikoagulation (Optionen sind unfractioniertes oder niedermolekulares Heparin, Fondaparinux, Bivalirudin; beim transmuralen Infarkt oder wenn ein rasches invasives Vorgehen geplant ist, vorzugsweise niedermolekulares Heparin oder Bivalirudin).

Europäische und amerikanische Leitlinien stimmen darin überein, dass die perkutane Koronarintervention bei einem transmuralen Myokardinfarkt die bevorzugte Therapieoption gegenüber der Fibrinolyse ist. Es ist jedoch zwingend sicherzustellen, dass die Zeit vom ärztlichen, meist prähospitalen Erstkontakt bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Zielgefäßes weniger als zwei Stunden, bei annehmbar großen Infarkten und Vorstellung frühzeitig nach Beschwerdebeginn sogar weniger als 90 Minuten beträgt³. Zum Erreichen dieser Ziele ist die Einhaltung einer definierten Rettungskette und eine qualifizierte Anmeldung im interven-

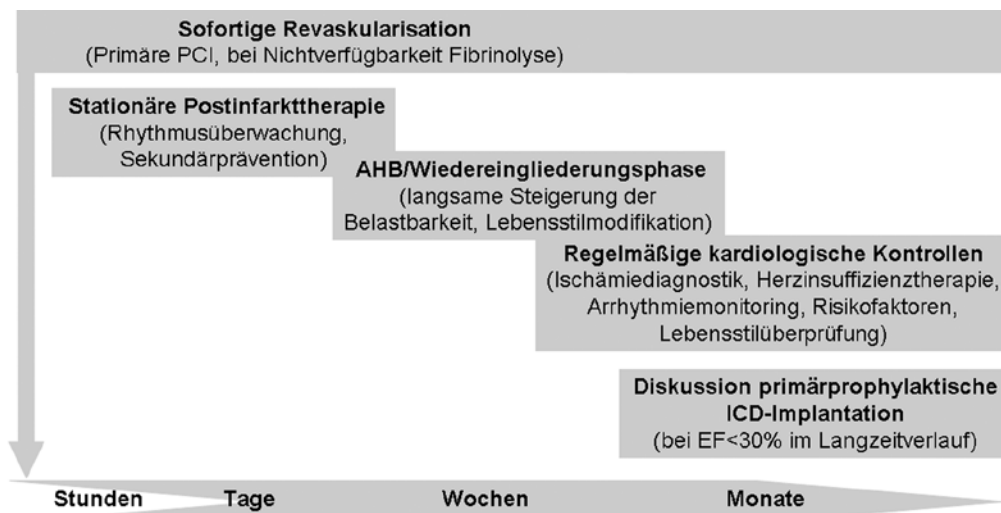


Abbildung 2: Überblick über die längerfristige Therapie nach Infarkt

tionszentren (telemetrische EKG-Übertragung) unabdingbar. Dieses Vorgehen soll bei jedem Patienten erfolgen, der sich weniger als 12 Stunden nach Beschwerdebeginn oder mit länger anhaltenden und aktuell persistierenden Beschwerden vorstellt. Sind diese Zeitvorgaben nicht einzuhalten und stellt sich der Patient frühzeitig, innerhalb von zwei Stunden nach Beschwerdebeginn, vor, ist eine Fibrinolysetherapie nach Ausschluss von Kontraindikationen anzustreben. Diese sollte idealerweise prähospital, weniger als 30 Minuten nach ärztlichem Erstkontakt, erfolgen. Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass die ganz frühzeitig nach Symptombeginn durchgeführte Fibrinolysetherapie sogar bei manchen Patienten zum „aborted myocardial infarction“, also dem später nicht mehr nachweisbaren Infarkt, führen kann. Bei klinisch erfolgreicher Fibrinolysetherapie (Beschwerdefreiheit sowie ST Streckenresolution um mindestens 50% in der Ableitung der zuvor größten Hebung innerhalb von 60 – 90 min nach Lysebeginn) ist eine invasive Koronaragnostik nach Abklingen der fibrinolytischen Aktivität (angegeben werden mehr als drei Stunden, praktikabel ist sicher der nächste Werktag) indiziert. Bei nicht erfolgreicher Lysetherapie besteht unverändert die Indikation zur sofortigen Rescue-PCI. Besonders betont werden muß, dass sich das Konzept der Fibrinolyse mit zwingend unmittelbar im Anschluss durchgeführter Koro-

narintervention (facilitated-PCI) in mehreren Studien als nachteilig erwiesen hat.

Als neue technische Entwicklungen bei der Intervention im akuten Myokardinfarkt ist vor allem die Verwendung von Thrombusaspirationssystemen zu nennen, die im Vergleich zur klassischen PCI zu einer besseren Reperfusion des Infarktareals der Patienten zu führen scheinen⁵. Zum anderen ist die Verwendung von medikamentenbeschichteten Stents auch im akuten Myokardinfarkt bei geeigneten Patienten sinnvoll zu sein^{6,7}. In jedem Fall scheint bei Patienten mit vertretbarem Blutungsrisiko eine Glykoprotein-IIb/IIIa-Blockade indiziert, auch wenn die Datenlage für die Glykoproteinblockade im transmuralen Infarkt nicht sehr umfangreich ist und im Zeitalter der flächendeckenden frühen Gabe der Aufsättigungsdosis von Clopidogrel nicht neu evaluiert wurde. Weiterhin ist anhand der vorliegenden Daten die frühzeitige Gabe von Glykoproteinblockern gleichzeitig mit der Clopidogrelaufsättigung nicht sinnvoll, so dass die Gabe dieser Medikamente im Bedarfsfall bei der Koronarintervention erfolgen kann. Im Gegensatz zum transmuralen Myokardinfarkt ist bei einem nicht-transmuralen Myokardinfarkt entscheidend, die Patienten mit Hochrisikocharakteristika, die unbehandelt eine rasche Erkrankungsprogredienz mit Entwicklung eines STEMI entwickeln werden, von den Patienten

mit einem niedrigeren Risiko abzugrenzen. Als Hochrisikomerkmale gelten persistierende Beschwerden, länger anhaltende (>20 Minuten) ST-Segmentsenkungen in Ruhe, hämodynamische Instabilität sowie das Vorliegen eines ausgeprägten kardiovaskulären Risikoprofils. Falls klinisch unklar, können Scores wie der GRACE-Score oder der TIMI-Score helfen, Risikopatienten zu identifizieren³.

Bei persistierenden Symptomen trotz Basistherapie soll eine unverzügliche Koronarrevaskularisation erfolgen. Bei Beschwerdefreiheit nach der Basistherapie ist ein zügiges Vorgehen (invasive Diagnostik innerhalb von 72 Stunden) ausreichend. Im Rahmen einer Revaskularisation ist bei Hochrisikopatienten mit vertretbarem Blutungsrisiko, sofern die Basisantikoagulation aus Heparin besteht, die zusätzliche Gabe eines Glykoprotein-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten evidenzbasiert und empfohlen.

Langfristige Therapie

Das Ziel der langfristigen Therapie nach einem stattgehabten akuten Koronarsyndrom ist eine Modifikation des kardiovaskulären Risikoprofils der Patienten, bestehend zum einen aus einer Modifikation des Lebensstils (Erreichen eines normalen Körpergewichtes, Nikotinkarenz, regelmäßige körperliche Bewegung), zum anderen durch eine medikamentöse Intervention. Empfohlen wird eine Cholesterinsenkung mit Statinen auf Werte < 4,5 mmol/l bzw. des LDL auf Werte < 2,5 mmol/l (in der Akutphase < 2,0 mmol/l), die Therapie mit ACE-Hemmern (Angiotensinrezeptorenblockern bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit), Betablockern und die kombinierte Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS und Clopidogrel für 9 – 12 Monate, dann die Weiterführung der Thrombozytenaggregationshemmung als Monotherapie mit einer der beiden Substanzen. Bei Patienten mit Herzinsuffizienzzeichen und einer eingeschränkten linksventrikulären Ejektionsfraktion von < 40% ist darüber hinaus nach der EPHEUS-Studie die

Gabe des Aldosteronantagonisten Eplerenone indiziert. Aktuelle Daten belegen, dass die sehr frühzeitige Gabe von ACE-Hemmern, Aldosteronantagonist und Statin – sofern hämodynamisch toleriert – indiziert und sinnvoll ist. Auf die empfohlene optimale Einstellung von Blutdruck und Diabetes soll hier nicht detailliert eingegangen werden.

Zur Frage, wie rasch eine normale Aktivität nach Infarkt wieder aufgenommen werden kann, gibt es keine evidenzbasierten Daten. Die Leitlinien zum NSTEMI empfehlen – allerdings nur im Sinne einer Expertenmeinung, dass 4 bis 7 Wochen nach Infarkt ein Belastungstest durchgeführt werden soll. Wenn sich hier keine Hinweise auf eine belastungsabhängige Koronarischämie ergeben und der Patient zufriedenstellend belastbar ist (angegeben werden mehr als 5 Metabolische Äquivalente, die nach Ainsworth für den Normalpatienten einer ergometrischen Belastung von etwa 100 W entsprechen⁸), können Tätigkeiten mit mittlerer körperlicher Belastung (normale Freizeitaktivitäten, berufliche Arbeiten ohne stärkere körperliche Belastung, sexuelle Aktivität) wieder aufgenommen werden. Bei Patienten mit schwerer körperlicher Arbeit wird jedoch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess empfohlen³. Für den STEMI geben die Leitlinien hier mangels Evidenz keine Empfehlungen. In praxi wird analog zum NSTEMI vorgegangen.

Weiterhin gilt, dass außer dem Beta-blocker, der in allen durchgeführten Studien einen sehr guten Schutz vor dem rhythmogenen Herztod erbracht hat, eine medikamentöse antiarrhythmische Therapie für Patienten nach einem Myokardinfarkt nicht indiziert ist. Die europäischen Leitlinien betonen, dass die primärprophylaktische Implantation eines ICD die einzige Maßnahme ist, die bei Hochrisikopatienten zu einer Reduktion des rhythmogenen Herztodes und der Gesamtmortalität führt. Als

Hochrisikokollektive werden Patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion von <40% und spontan auftretenden ventrikulären Tachykardien oder Patienten mit einer höhergradigen Einschränkung der Ejektionsfraktion (<30 – 35%), die trotz optimaler Herzinsuffizienztherapie noch mehr als 40 Tage nach dem Infarkt persistiert, angegeben. Hier ist vor allem die MADIT-II-Studie anzuführen, die bei Patienten im längeren Intervall nach Infarkt eine signifikante Reduktion der Mortalität durch die primärprophylaktische ICD-Implantation zeigen konnte. Eine ICD-Implantation kurzfristig nach einem akuten Infarkt hingegen ist, insbesondere nach den Daten der DINAMIT-Studie, die inzwischen in anderen Kollektiven bestätigt wurden, nicht indiziert. In diesem Patientenkollektiv scheint die rhythmogene Mortalität nicht das limitierende Ereignis für das Überleben zu sein. Der Umgang mit individuellen Hochrisikopatienten nach Infarkt bleibt nach diesen Daten offen. Möglicherweise stellen tragbare externe Defibrillatorenwesten einen klinisch brauchbaren Weg dar, diesen Patienten eine ausreichende Sicherheit anzubieten. Ein solches Vorgehen kann als Überbrückung bis zur Entscheidung für oder gegen einen Defibrillator – je nach Erholungstendenz des linken Ventrikels – betrachtet werden, muss jedoch noch weiter evaluiert werden. Die längerfristige Therapie nach Infarkt ist in Abbildung 2 zusammengefasst.

Abkürzungen:

AHA
American Heart Association
ESC
European Heart Association
ICD
Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
NSTEMI
Nichttransmuraler Myokardinfarkt
PCI
Perkutane Koronarintervention

STEMI

Transmuraler Myokardinfarkt

WHO

World Health Organization

Literatur:

1. Antman EM, Hand M, Armstrong PW et al: 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation* 2008;117;296-329; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.188209
2. Bassand JP, Hamm CW, Ardissimo D et al: Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment-elevation myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007, 28, 1598-1660 Pubmed: doi:10.1093/eurheartj/ehm161
3. Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2008, 29, 2909-2945. Pubmed: doi:10.1093/eurheartj/ehn416
4. Thygesen C, Alpert JS, White HD et al: Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation* 2007;116;2634-2653. Pubmed: DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187397
5. Slivaas T, Vlaar PJ, van der Horst I et al: Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2008; 358:557-67
6. Carlsson J, James SK, Lindbäck J et al: Outcome of drug-eluting versus bare-metal stenting used according to on- and off-label criteria. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53:1389-98
7. Gerlach M, Genee C, Haacke K, Schröter H, Strasser RH und Simonis G: Langzeitüberleben und Ereignisraten nach Implantation von Drug eluting Stents vs. Metallstents bei 735 Patienten mit transmurem Myokardinfarkt – Analyse des Dresdner Herzinfarktregisters. *Clin Res Cardiol* 98 Suppl.1:24, 2009
8. Ainsworth BE et al, Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000 Sep; 32(9 Suppl): S498-504

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Gregor Simonis
Technische Universität Dresden, Herzzentrum
Dresden Universitätsklinik
Fetscherstr. 76
01307 Dresden
Telefon 0351-4501410
Fax 0351-4501702
gregor.simonis@mailbox.tu-dresden.de

Franz Jacob Wigard (1807 bis 1885)

Stenograph, Arzt und Politiker

Die Wigard-Straße in der Dresdner Neustadt, im Regierungsviertel zwischen Carolaplatz und Glacisstraße, ist allgemein bekannt. Wer aber Wigard war, weiß heute nur selten einer zu sagen.

Wigard stammte aus Mannheim, in einer katholischen Beamtenfamilie wurde er am 31. Mai 1807 geboren. In München studierte er Jura. Bei Gerichtsverhandlungen, aber auch bei Verhandlungen des bayrischen Landtages lernte er Franz Xaver Gabelsberger (1789 bis 1849) kennen, den Erfinder der deutschen Stenographie. Fasziniert von der Möglichkeit, fließende Rede schnell schriftlich zu fixieren, wurde Wigard sein Schüler.

In Sachsen hatte man nach der Verfassung von 1831 einen Landtag. Auch hier sah man die Notwendigkeit, die Verhandlungen zu protokollieren, man fand aber niemanden, der dazu in der Lage war. Die sächsische Regierung wandte sich nun an den berühmten Gabelsberger, der seinen Schüler Wigard dafür empfahl. Seit 1833 arbeitete Wigard als Parlamentsstenograph für die zweite Kammer des Landtages in Dresden. Er protokollierte die Verhandlungen und gab „Landtagsblätter“ als Beilage zu Zeitungen heraus. Bald bildete er Stenographieschüler aus, 1839 wurde ihm dafür das „Königliche stenographische Institut“ eingerichtet. Unter seiner Leitung wurden in den nächsten Jahren über 300 Stenographen ausgebildet. 1843 erhielt er den Professorentitel als Professor der Stenographie.

In dieser Zeit als „Vormärz“ schloss sich Wigard vielfältigen politischen Bestrebungen an: 1847 wurde er als Stadtverordneter gewählt, dann gehörte er dem Vorstand des „Vaterlandsverein“, der ersten politischen Massenorganisation in Sachsen an. Weiter war er im Turnverein, im Verein für Schulreform und in der Bewegung des Deutschkatholizismus führend tätig.

Als „Mann des Vertrauens“ delegiert, reiste er im März 1848 unter dem Jubel der hoffnungsvollen Sachsen zum Vorparlament nach Frankfurt am Main.

Am 18. Mai 1848 wurde die Nationalversammlung feierlich eröffnet, mit den gewählten 24 sächsischen Abgeordneten zog er in die Paulskirche ein. Viele der über 500 Abgeordneten aus allen deutschen Ländern hatten trotz großer Begeisterung für „Einheit und Freiheit“ wenig konkrete Vorstellungen und keine Erfahrungen in parlamentarischer Arbeit. Der Fachmann Wigard wurde gleich zum Leiter des Stenographischen Büros der Nationalversammlung gewählt. Sein von ihm herausgegebener „Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der deutschen konstituierenden Nationalversammlung“, neun Bände, Frankfurt/Main 1848/49 (insgesamt 6.886 Seiten!) ist auch heute noch eine monumentale Geschichtsquelle. Im wichtigsten Ausschuss der Nationalversammlung, dem Verfassungsausschuss, war er ständig tätig. Gemeinsam mit den Abgeordneten der Linken, so dem Leipziger Robert Blum (1807 bis 1848), dem Jenenser Juraprofessor Gottlieb Schüler (1798 bis 1874), dem Breslauer Juristen Heinrich Simon (1805 bis 1860) und anderen trat er konsequent für demokratische Strukturen eines künftigen Deutschlands ein.

Inzwischen hatten sich aber die Machtverhältnisse zugunsten der Reaktion verändert. In Wien wurden die Demokraten militärisch niedergeworfen. Dabei wurde Robert Blum gefangen genommen und, ohne Rücksicht auf seine Abgeordnetenimmunität, am 9. November 1848 standrechtlich erschossen. Auch in Berlin siegte das Militär. Die Frankfurter Reichsverfassung wurde nicht wirksam, da die deutschen Großmächte, vor allem Preußen und Österreich, sich nicht einem demokratischen Zentralparlament unterordnen wollten. In Sachsen forderte der Landtag mehrheitlich, dass die königliche Regierung die Verfassung annähme. Der König lehnte ab und löste das widerspenstige Parlament auf – der Anlass für den Maiaufstand. Erst nach einer Woche anhaltender

Straßenkämpfe konnte der Aufstand in Dresden mit Unterstützung preußischer Truppen am 9. Mai 1849 niedergeworfen werden.

Nach diesem Desaster, dass die wichtigsten deutschen Länder die Beschlüsse der Nationalversammlung nicht akzeptierten, löste sich diese im Mai 1849 auf.

Als Wigard am 30. Juni wieder in Dresden eintraf, herrschte hier Kriegrecht. Die Gebäudeschäden nach den Straßenkämpfen waren noch frisch. Es hatte über 200 Totesopfer und viele Verwundete gegeben, manchem gelang die Flucht. Viele wurden inhaftiert, so auch der Dresdner Medizinprofessor H. E. F. Richter (1806 bis 1876). Über Prof. H. E. F. Richter wird auf die medizingeschichtlichen Beiträge im „Ärztblatt Sachsen“, Hefte 4/2008 und 5/2008 verwiesen.

Auch gegen Wigard wurde ein Hochverratsprozess angestrengt. Es kam zwar nicht zum Prozess, da Wigard sich mit einer öffentlichen Verteidigungsschrift erwehren konnte, aber auch ohne Verurteilung galt er in Regierungskreisen als „gefährlicher Demokrat erster Klasse“ und „gefährlicher Wühler“. In sein Amt als Leiter des stenographischen Instituts sollte er nicht mehr zurückkehren. Es gibt auch Akten über geheimpolizeiliche Überwachung. Er war nun erwerbslos und wählte nun, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen, die Ausbildung zum Arzt zweiter Klasse an der Dresdner Chirurgisch-medizinischen Akademie. 1852 wurde der jetzt 45-jährige Familienvater „Zögling“ dieser Anstalt im Kurländer Palais.

Die Ausbildung zu Ärzten zweiter Klasse galt schon damals als nicht mehr zeitgemäß. Sie wurde auch 1864 eingestellt. Sie war aber wesentlich billiger, als ein Medizinstudium an einer Universität. Die Dresdner Ausbildung, die Ärzte für Militär und plattes Land bereitstellen sollte, war schulmäßig-militärisch organisiert, auch mehr praktisch ausgerichtet, qualitativ sicher nicht schlecht, und dauerte 3 ½ Jahre. Am 15. April 1856 erhielt er nach Ablegung der Prüfungen in Wundarzneikunde, Geburtshilfe und Innerer

Medizin die Anerkennung als „Medicinae Practicus“. Ärzte zweiter Klasse hatten nicht das Recht, in größeren Städten, wo die akademisch ausgebildeten Doktoren saßen, zu praktizieren. Deshalb ließ sich Wigard vor den Toren Dresdens, in Deuben (heute ein Ortsteil von Freital) im Plauenschen Grunde, nieder.

Der Plauensche Grund war Mitte des 19. Jahrhunderts nicht mehr die ruhige berühmte Landschaftsidylle. Von Dresden-Plauen, bis wenige Kilometer vor Tharandt, war das Weißeritztal eng mit Industrien aller Art, Kohlengruben, Hüttenwerken, Ziegeleien usw. mit rauchenden Schloten und engen Arbeiterwohnungen bebaut. Abbau und Verwertung der Steinkohle hatte, besonders nach Fertigstellung der Eisenbahn Dresden-Tharandt („Albertbahn“ 1855), großen Aufschwung genommen. Eine stürmische Industrialisierung mit allen sozialen Problemen und Umweltbelastungen war innerhalb weniger Jahrzehnte über das Tal gekommen. Über seine ärztliche Arbeit in Deuben hat Wigard einen interessanten handgeschriebenen Erfahrungsbericht in Latein verfasst, den er am 15. August 1858 bei der Medizinischen Fakultät Jena als Dissertation einreicht. Im Universitätsarchiv finden wir seinen Antrag auf Promotion, unterzeichnet mit „Professor Franz Wigard, quittierter Vorstand des königlich-sächsischen Stenographischen Instituts, jetzt Medicinae Practicus, Wundarzt und Geburtshelfer zu Deuben, auch Distriks-Impfarzt“. Der Dekan ließ diesen Antrag bei seinen Kollegen zirkulieren, die durch Unterschrift ihr Placet gaben. Es kann angenommen werden, dass den Kontakt zur Universität Jena Wigards alter Mitstreiter in Frankfurt, Prof. G. Schüler, hergestellt hatte.

Die Dissertation trägt den Titel: „De regionis thoraco-epigastricae Intermiscentia cum Dispnoa sine febris, quae in Valle Plauensi saepius invenitur.“ Das heißt etwa: „Über Störungen im thorakal-epigastrischen Bereich, mit Atemnot, ohne Fieber, wie sie öfter im Plauenschen Grunde gefunden werden“. Nach heutigen Begriffen meint das wohl die chronisch-obstruktive Lungenkrankheit.

Zunächst beschreibt der Autor Geographie und Geologie des Plauenschen Grundes. Die Bewohner seien häufig Einheimische, aber wegen des Anwachsens der Industrie auch viele Zugewanderte. Sie leben oft in großer Armut, ihre Ernährung sei einfach, meist schwarzes Brot mit Butter und Käse, auch Kartoffeln, als Getränk viel Malzkaffee, weniger alkoholische Getränke. Dann wird von den Krankheiten der Talbewohner berichtet. Um sich besser in der damaligen medizinischen Terminologie zurecht zu finden, habe ich das Lehrbuch, nach dem Wigard vermutlich gearbeitet hat, daneben gelegt, nämlich „Grundriss der Inneren Medizin“, 2. Aufl. Leipzig 1853 von dem bereits erwähnten Prof. H. E. Richter. So wird über Morbidität und Multimorbidität berichtet, dann wird auf die 70 Fälle von Störungen mit Atemnot eingegangen. Die Krankheit kommt bereits im Alter von drei Jahren bis ins Greisenalter vor, vor allen bei denen, die mit Kohle-Berufen in Verbindung sind. Ursachen seien häufige Erkältungen, wobei wieder der reichliche Kaffeegenuss hervorgehoben wird. Wichtigste Ursachen seien aber verbrauchte Luft, Rauch, Staub und Dämpfe von Schwefel- und Salzsäure. Statistische Angaben im modernen Sinne fehlen natürlich. Bemerkenswert ist aber, dass der Zusammenhang zwischen Umweltbelastung, Lebensbedingungen und Erkrankungen klar beschrieben wird. Wigard bekam nach Zahlung von 160 Gulden sein Doktordiplom zugestellt. Im sächsischen Innenministerium wurde das Diplom „einer ausländischen Universität“ anerkannt. Er wurde nun den Ärzten erster Klasse gleichgestellt und durfte sich wieder in der Residenzstadt Dresden niederlassen.

Von seiner ärztlichen Tätigkeit wissen wir nur wenig. Bekannt ist, dass er sehr sozial dachte, indem er oft bei Ärmern auf Rechnungsbegleichung verzichtete. In seinem Testament habe er seine Erben verpflichtet, auf das Eintreiben von offenen Rechnungen zu verzichten.

Auch das Vertrauen seiner Dresdner Kollegen habe er wohl gehabt. Sie wählten ihn im Ärztlichen Kreisver-

ein, dessen Vorsitz Prof. H. E. Richter hatte, zum Schriftführer.

Der Verfolgungsdruck gegen die Akteure der Revolution von 1848/49 ließ in den 1860-er Jahren erheblich nach. 1862 verkündete König Johann (1801 bis 1873) eine Amnestie und die letzten Inhaftierten wurden entlassen. Auch die Geflohenen, wie Richard Wagner und Gottfried Semper kamen wieder nach Sachsen und konnten öffentlich wirken. Auch unser Dr. Wigard kam wieder zur Politik. 1864 bis 1874 wurde er zum Dresdner Stadtverordneten gewählt, Stadtrat ehrenhalber blieb er bis zu seinem Tode. Zusammen mit Paul Alfred Stübel (1827 bis 1895), dem späteren Dresdner Oberbürgermeister, gründete Wigard 1867 die „Sächsische Fortschrittspartei“. Als Abgeordneter dieser Partei war er 1867 bis 1872 in der weiten Kammer des Sächsischen Landtages. Von 1867 bis 1874 war er Sächsischer Abgeordneter im Berliner Reichstag (erst Reichstag des Norddeutschen Bundes, dann ab 1871 des Deutschen Kaiserreichs). In allen diesen Gremien war sein besonderes Anliegen die Schulpolitik, die Verbesserung der Volksschulbildung und ihre Lösung aus kirchlicher Bevormundung. Auch die Zivilehe, die Vorrang vor kirchlicher Beurkundung haben sollte, war eins seiner Themen. Die Fraktion der Fortschrittspartei im Reichstag, der auch der Mediziner Rudolf Virchow (1821 bis 1902), auch ein alter „Achtundvierziger“, angehörte, stand häufig in Opposition zum Kanzler Bismarck, vor allem gegen die preußische Hegemonie und den preußischen Militarismus. Als Wigard Anfang 25. September 1885 in Dresden starb, zeigte ein riesiger Trauerzug, dass er als volkstümlicher Mitbürger und Arzt verehrt wurde, als einer, der über ein halbes Jahrhundert für Demokratie und Fortschritt gekämpft hatte. Wenn wir heute den 20igsten Jahrestag der Friedlichen Revolution feiern, macht es auch Sinn, derer zu gedenken, die im 19. Jahrhundert die Grundlagen für eine demokratische Entwicklung Deutschlands gelegt haben.

Prof. Dr. med. Peter Friedrich Matzen zum 100. Geburtstag

11.10.1909 – 28.11.1986



Peter Friedrich Matzen wurde 1909 als Sohn eines Praktischen Arztes in München geboren. Hier besuchte er bis zum Abitur 1928 das Theresien-gymnasium. Stadt und Schule prägten sein Wesen, seinen Sinn für sprachliche Feinheiten, Literatur und Geschichte, seine rhetorischen und didaktischen Fähigkeiten. Das Studium in Berlin, Greifswald, Königshagen und München gab die Grundlage für seine Arztpersönlichkeit ab und erweckte das Interesse an operativen Fächern.

Matzen war von den ersten Kriegswochen an im Einsatz. Nach Verwundungen und einer schweren Hepatitis wurde er 1944 zur Weiterbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik Halle/S. freigestellt. Bald meldete er sich freiwillig an die Front nach Italien, wo er vor Monte Cassino zum 4. Mal verwundet wurde. Nach Halle heimgekehrt, hatte er bei Frenzel, dem Leiter der Orthopädischen Abteilung an der Chirurgischen Universitätsklinik, Gelegenheit, seine traumatologischen und orthopädischen Kenntnisse zu vertiefen und die traurigen umfangreichen Erfahrungen der „traumatischen Epidemie“ zu verwerten.

Seine Habilitation erfolgte 1951 über das Thema „Lässt sich der physiologische Ablauf der Knochenbruchheilung beschleunigen?“ Im selben Jahr übernahm er die neugegründete Orthopädische Universitätsklinik in Halle.

1953 wurde Matzen zum Professor ernannt und im November 1955 auf den orthopädischen Lehrstuhl in Leipzig berufen.

Neben den klinischen Aufgaben spielten Matzens wissenschaftliche Tätigkeit und die Konzeption eigener Techniken eine große Rolle. Die Liste seiner Veröffentlichungen führen 24 Bücher und Buchbeiträge an, ergänzt durch 107 Einzelarbeiten und 55 Vorträge mit registrierten Diskussionsbemerkungen.

Zwischen 1955 und 1975 erschienen aus der Leipziger Orthopädischen Klinik 622 Veröffentlichungen, darunter 31 Bücher und Buchbeiträge, 18 Habilitationsschriften, 103 Promotions- und Diplomarbeiten und 21 Veröffentlichungen aus den Reihen des mittleren medizinischen Personals.

Eine besondere Zuwendung erfuhren Unfallverletzte. Matzen sah die Versorgung aller Störungen des Haltungs- und Bewegungssystems stets als Aufgabe der Orthopädie an, also auch die von Verletzungen, da er die Biologie der Heilungsvorgänge als eine Einheit betrachtete. Wie Recht er damit hatte, zeigte die spätere Zusammenführung der Orthopädie und der Traumatologie.

In allem zeigten sich seine Gründlichkeit, sein Fleiß, sein ungeheures Wissen, verbunden mit einem hervorragenden Gedächtnis und dem ständigen Bewusstsein seiner hohen ärztlichen Verantwortung. In kürzester Zeit wurde er zum Erzieher und Bildungsträger einer neuen Ärztegeneration. So trug er dazu bei, dass das Fach Orthopädie seine alten, konservativen Fesseln sprengte und sich gleichrangig neben andere große Disziplinen stellte. Für ihn und die Leipziger Klinik bedeutete es über die DDR hinaus weltweite Anerkennung. Seine Leistungen beeinflussten nachhaltig das Niveau der orthopädischen Ausrichtung in der DDR.

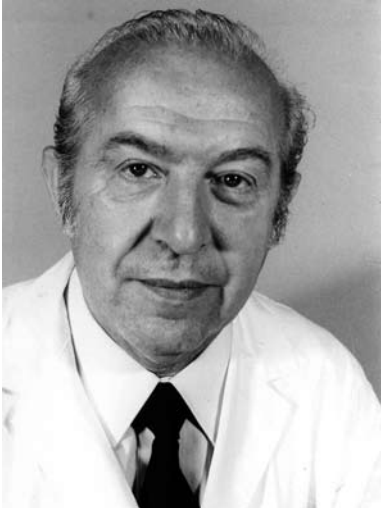
Bemerkenswert schnell zog er alle Menschen in seinen Bann, wozu neben seiner faszinierenden Erscheinung jeder Dialog, der sich entspannt, beitrug. Seine Zivilcourage war mehr als landläufige Tapferkeit. Nie scheute er sich, für die von ihm als richtig erkannten Überzeugungen

und Ideen einzutreten, und war bereit, auch persönliche Opfer zu tragen. Daher lehnte er es auch ab, sich in politische Denkschemata einzwängen zu lassen. Das zeigte sich 1968 bei der kontroversen Diskussion um die 3. Hochschulreform. Sein Widerstand gegen ihre Auflagen brachte ihm eine zweimonatige Suspension, ein Disziplinarverfahren und ein unbegrenztes Vorlesungs- und Prüfungsverbot ein. Er besaß die wundersame Gabe, die Niederlage doch noch in einen Sieg zu verwandeln.

1957 und 1967 war Matzen Präsident der Gesellschaft für Orthopädie der DDR und Vorsitzender zweier Kongresse. Einen Höhepunkt stellte in diesem Rahmen das Kallus-symposium im Dezember 1973 dar. Es fand unter Beteiligung von 74 ausländischen Fachvertretern statt, wodurch die Tagung zu einem wissenschaftlichen Gipfeltreffen ersten Ranges wurde. 1958 wurde er in die SICOT gewählt, ein Jahr später in die Deutsche Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte Leopoldina, deren Senator für Medizin er viele Jahre war. 1960 wurde Matzen Fellow des International College of Surgeons in Chicago. 1964 folgten die Ernennungen zum Ehrenmitglied der Vereinigung der Orthopäden Österreichs und zum korrespondierenden Mitglied der Italienischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Er war Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften und Ehrenmitglied der Bulgarischen Orthopädischen Gesellschaft. 1973 wurde er von den sowjetischen Kollegen mit der Priorow-Medaille ihrer Gesellschaft, 1975 mit dem ein Jahr zuvor gestifteten Lexer-Preis der DGOT und anlässlich seines siebzigsten Geburtstags mit der Cothenius-Medaille der Leopoldina geehrt. Die Gesellschaft für Orthopädie der DDR und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie ernannten ihn in Anerkennung seiner Verdienste um die Entwicklung des Fachs und der Leipziger Klinik sowie für sein wissenschaftliches Gesamtwerk zum Ehrenmitglied.

Dr. med. Eberhard W. Knöfler
Dr. med. Rolf Bethge

Prof. Dr. med. Werner Kothe zum 90. Geburtstag



Am 15.09.1919 in Chemnitz geboren und dem Sachsenland weitgehend treu geblieben, blickt der Jubilar auf eine erfolgreiche Chirurgenzeit und ein erfülltes Leben an der Seite seiner Frau Erika, die ebenfalls Ärztin ist, zurück. Nach dem Medizinstudium in Leipzig führte ihn sein Weg an das Kuchwald-Krankenhaus in Chemnitz (Kuntzen, Loebel), wo er seine Fachausbildung als Chirurg absolvierte. 1952 wechselte er als Oberarzt an die Chirurgische Universitätsklinik Leipzig, die Herbert Uebermuth übernommen hatte. Nach erfolgreicher Habilitation und Ernennung zum Dozenten für das Fachgebiet Chirurgie erhielt Werner Kothe

1962 den Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und wurde gleichzeitig Direktor der Chirurgischen Klinik. Hier widmete er sich vorwiegend der Abdominal- und Speiseröhrenchirurgie und begann die experimentelle und Gefäßchirurgie aufzubauen. Spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des Speiseröhrenersatzes erwarb er sich anlässlich eines längeren Aufenthaltes bei Prof. Petrov am Sklifasowsky-Institut in Moskau, wo jährlich über 100 Speiseröhrenoperationen erfolgreich durchgeführt wurden. Die Greifswalder Zeit war für Werner Kothe relativ kurz, da er 1967 den Ruf an die Leipziger Chirurgische Universitätsklinik als Nachfolger seines Lehrers Uebermuth folgte, die er bis zu seiner Emeritierung (1985) führte.

1981 leitete Werner Kothe den 13. Kongress der Gesellschaft für Chirurgie der DDR, der dem Andenken an Erwin Payr gewidmet war, der von 1911 bis 1937 der Klinik vorstand. Hauptthemen des Kongresses waren unter anderem der operierte Magen, Pankreatitis, Organentnahmen zur Transplantation, Stoffwechselprobleme, Verletzungen des oberen Sprunggelenks und die experimentelle Chirurgie, wo 108 (!) Vorträge gehalten wurden.

Mit Übertragung des 13. Kongresses der Gesellschaft wurden auch die Verdienste von Werner Kothe um

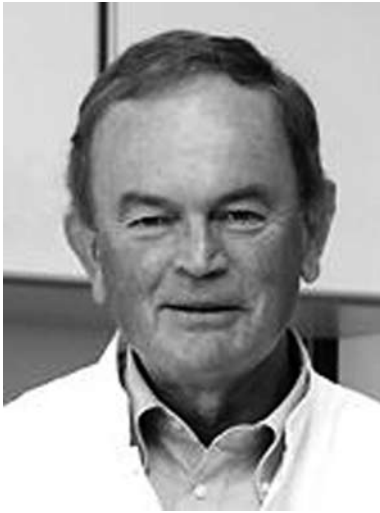
die Chirurgie und seine Arbeit im Vorstand der Chirurgengesellschaft gewürdigt.

Viele seiner früheren Mitarbeiter, Kollegen und Freunde erinnern sich gern eines Chirurgen, der ihnen als Lehrender und Berater kollegial zur Seite stand und ihnen wichtige operative Techniken in der Viszeralchirurgie vermittelte. Er setzte damit Traditionen seines Chefs Herbert Uebermuth fort, dem die Erziehung und Ausbildung junger Chirurgen zum Wohle der Patienten oberster Anliegen war. Mit vielen Beiträgen zur Chirurgie des Magens, der Kardie und der Speiseröhre und chirurgischen Problemen beim Diabetes mellitus bereicherte Werner Kothe die wissenschaftliche Seite der Chirurgie. Nicht unerwähnt bleiben dürfen der chirurgische Unterricht, dem Werner Kothe als Dozent und Professor immer große Aufmerksamkeit und Zeit geschenkt und die zahlreichen Doktoranden, die er bis zum Dr. med. beratend begleitet hat.

Seine früheren engen Mitarbeiter aus der Leipziger und Greifswalder Zeit danken dem Jubilar für die Jahre erfolgreicher Zusammenarbeit und Förderung und wünschen ihm und seiner Frau Erika alles Gute und weiterhin stabile Gesundheit.

Prof. Dr. med. Richard Reding

Prof. Dr. med. habil. Rainer Preiß zum 65. Geburtstag



Am 02.10.2009 begeht Herr Prof. Dr. med. Rainer Preiß seinen 65. Geburtstag. Seine langjährigen Kollegen und Mitstreiter möchten ihm dazu ganz herzlich gratulieren. Geboren 1944 in Albernau/Erzgebirge besuchte er von 1950 bis 1962 die Schule und legte das Abitur an der Ernst-Schneller-Oberschule in Aue ab. Von 1963 bis 1964 absolvierte er ein vorpraktisches klinisches Ausbildungsjahr im Städtischen Krankenhaus Herzberge, Berlin. Von 1964 bis 1970 studierte er an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin Humanmedizin und wurde 1970 Assistenzarzt am Institut für Pharma-

kologie und Toxikologie der Humboldt-Universität Berlin. Nach erlangter Anerkennung des Facharztes für Pharmakologie und Toxikologie unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. H. Banaschak im Jahre 1975 arbeitete er von 1977 bis 1989 als Oberarzt am Institut für Klinische Pharmakologie und habilitierte sich im Jahr 1981 zum Thema: „Natrium- und Calcium-Transportmechanismen und ihre Wechselbeziehungen in der Exzitations-Kontraktions-Kopplung an der arteriellen Muskelzelle und in der Pathogenese der essentiellen Hypertonie“. 1984 erlangte er die Dozentur für Klinische Pharmakologie und 1991 die Facharztanerkennung für Klinische Pharmakologie. Im Jahr 1989 wurde er zum Ordentlichen Professor für Klinische Pharmakologie auf den Lehrstuhl an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig berufen und trat damit die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. Reinhard Ludewig an.

Seit ihrem Bestehen leitet er die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät, ist seit 1992 Mitglied des Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University, Washington D.C. und Vorsitzender der Facharzt-Prüfungskommission Klinische Pharmakologie der Landesärztekammer. In den Jahren 1995 – 2001 war er als Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Klinische Pharmakologie e.V. der Bundesrepublik und seit 1998 als Außerordentliches Mitglied

der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft tätig. Sein wissenschaftliches Hauptinteresse galt der Klinischen Pharmakologie von Tumorstatika, einschließlich Tumorresistenzmechanismen, insbesondere dem hepatischen Cytochrom (CYP) P450-vermittelten und non-CYP-vermittelten Metabolismus alkylrierender Oxazaphosphorine, Anthrazyklin-Antibiotika und deren klinischer Prüfung. Besondere Erwähnung sollen dabei seine zulassungsrelevanten Arbeiten zu Bendamustin (Ribomustin®) erfahren. Daneben fanden die Untersuchungen zur Pharmakokinetik und Metabolisierung von Thioctsäure im menschlichen Organismus weite internationale Beachtung. Seit vielen Jahren wird das unter seiner Leitung am Institut etablierte umfangreiche Arzneimittel-Service-System mit Therapeutischem Drug Monitoring und klinisch-toxikologischer Analytik in akuten Intoxikationsfällen von den klinisch tätigen Kollegen geschätzt. Wir wünschen Professor Preiß jederzeit eine stabile Gesundheit, Glück und Wohlergehen, ein weiterhin waches Interesse an der Klinischen Pharmakologie und sind überzeugt, dass er sich alsbald neue Aufgabengebiete erschließen wird. Als erprobtem Kosmopoliten wünschen wir ihm viele erlebnisreiche Touren in alle Ecken der Welt.

Dr. rer. nat. Jens Teichert
OA Dr. med. Ralf Regenthal

Unsere Jubilare im November 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 04.11. Dipl.-Med. Einbock, Albrecht
01324 Dresden
- 08.11. Dr. med. Reske, Petra
01217 Dresden
- 14.11. Dr. med. Herklotz, Gerhard
01768 Glashütte
- 14.11. Dipl.-Med. Schömann, Karla
02826 Görlitz
- 19.11. Dipl.-Med. Bork, Christian
02694 Großdubrau
- 21.11. Dr. med. Uhlmann, Friedgerd
09557 Flöha
- 22.11. Dr. med. Zinke, Volker
04425 Taucha

- 24.11. Dr. med.
Brandt, Christine
04683 Fuchshain
- 25.11. Dr. med. Neubert, Elke
09514 Lengefeld
- 26.11. Dr. med. Fuchs, Christian
08626 Adorf
- 27.11. Dipl.-Med. Goethe, Eberhardt
01159 Dresden

65 Jahre

- 02.11. Dr. med. Spranger, Erhard
08258 Markneukirchen
- 02.11. Dr. med. Sturm, Jochen
09112 Chemnitz
- 03.11. Lorenz, Karin
01217 Dresden
- 03.11. Windisch, Brigitte
08058 Zwickau
- 05.11. Dr. med. Heinke, Volker
01324 Dresden

- 05.11. Dr. med. Lürmann, Knut
03058 Gallinchen
- 06.11. Dr. med.
Hennersdorf, Elisabeth
01896 Ohorn
- 06.11. Prof. (Univ. Riga) Priv.-Doz.
Dr. med. habil. Kätzel, Ralph
04105 Leipzig
- 07.11. Dr. med. Wiemers, Ulrike
04288 Leipzig
- 08.11. Glaß, Gudrun
02826 Görlitz
- 10.11. Dr. med. Mory, Manfred
09116 Chemnitz
- 17.11. Dipl.-Med. Anders, Marlies
02791 Niederoderwitz
- 17.11. Dr. med. Truhm, Brigitte
08523 Plauen
- 19.11. Dr. med. Frenkel, Ina
04849 Bad Düben

- 19.11. Dipl.-Med. Uhlemann, Wolfgang
01217 Dresden
- 21.11. Dr. med. Liebold, Wolfgang
09465 Cranzahl
- 22.11. Dr. med. Hahn, Monika
04159 Leipzig
- 22.11. Dr. med. Klinger, Johannes
01809 Köttewitz
- 23.11. Dr. med. Fritzsche, Roland
01594 Boritz
- 23.11. Dipl.-Med. Glaß, Michael
02826 Görlitz
- 24.11. Dr. med. Herrmann, Kathrin
01326 Dresden
- 27.11. Dr. med. Verbeek, Tilman
02747 Herrnhut
- 28.11. Dipl.-Med. Gottlöber, Barbara
01844 Neustadt

70 Jahre

- 01.11. Pfeiffer, Sigrun
02977 Hoyerswerda
- 01.11. Dr. med. Reuther, Bernd
08058 Zwickau
- 03.11. Dr. med. Tier, Adolf
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 05.11. Dr. sc. med. Stöber, Günter
04736 Waldheim
- 06.11. Prof. Dr. med. habil. Wehnert, Jörg
01279 Dresden
- 07.11. Littmann, Barbara
09366 Stollberg
- 07.11. Dr. med. Theß, Galina
01159 Dresden
- 09.11. Dr. med. Halamoda, Wolfgang
01067 Dresden
- 09.11. Dr. med. Schöne, Annelies
01259 Dresden
- 10.11. Dr. med. Ziegler, Almut
04159 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Lau, Thomas
04654 Frohburg
- 13.11. Prof. Dr. med. habil. Handrick, Werner
04316 Leipzig
- 13.11. Dr. med. Zobel, Stefanie
04157 Leipzig
- 14.11. Dr. med. Pohle, Barbara
04275 Leipzig
- 14.11. Dr. med. Zinkl, Marianne
08056 Zwickau
- 16.11. Dr. med. Schauer, Johann
08523 Plauen
- 18.11. Dr. med. Schwieger, Klaus
04277 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Rosenkranz, Erika
04288 Leipzig
- 24.11. Dr. med. Jähnichen, Eckhard
01454 Radeberg
- 24.11. Dr. med. Müller, Heike
01827 Pirna
- 25.11. Dr. med. Müller, Rolf
04277 Leipzig
- 26.11. Dr. med. Kraska, Klaus
09322 Penig
- 26.11. Dr. med. List, Antje
04157 Leipzig
- 27.11. Dr. med. Stegner, Ines
09376 Oelsnitz
- 28.11. Dr. med. Herrmann, Rosemarie
01623 Ketzerbachtal /
OT Ziegenhain

- 28.11. Dr. med. Lammel, Wilfried
02785 Olbersdorf
- 28.11. Dr. med. Schliwa, Adolf
08228 Rodewisch
- 29.11. Dr. med. Richter, Rudolf
08348 Johannegeorgenstadt
- 30.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Heilmann, Hans-Peter
01324 Dresden

75 Jahre

- 01.11. Prof. Dr. med. habil. Behrendt, Wolfram
04299 Leipzig
- 02.11. Dr. med. Schalling, Siegfried
09518 Großbrückerswalde
- 04.11. Dr. med. Dörre, Christa
08294 Löbnitz
- 05.11. Dr. med. Ackermann, Bernhard
08058 Zwickau
- 09.11. Dr. med. Künzel, Gunther
01877 Bischofswerda
- 09.11. Schnabel, Irene
09405 Zschopau
- 11.11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Martin
01324 Dresden
- 12.11. Dr. med. Pfeffer, Klaus
01129 Dresden
- 13.11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Jutta
01705 Freital-Wurgwitz
- 14.11. Dr. med. Streidt, Irmgard
01279 Dresden
- 16.11. Dr. med. Bulang, Eva
02625 Bautzen
- 17.11. Dr. med. Conrad, Renate
01277 Dresden
- 19.11. Dr. med. Böhme, Klaus
02625 Bautzen
- 22.11. Dr. med. Hessel, Anni
04155 Leipzig
- 23.11. Dr. med. Döll, Günther
02943 Weißwasser
- 25.11. Dr. med. Fröhler, Marie-Luise
04288 Leipzig
- 26.11. Dr. med. Schubert, Maria
08538 Mißlareuth
- 27.11. Dr. med. Reinhold, Ursula
01217 Dresden
- 28.11. Prof. Dr. med. habil. Staib, Horst
01237 Dresden
- 29.11. Dr. med. Zimmermann, Betty
04736 Waldheim

80 Jahre

- 01.11. Dr. med. Johne, Dieter
04720 Döbeln
- 07.11. Dr. med. Holm, Udo
04229 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Eder, Gerhard
04808 Kühren
- 27.11. Dr. med. Berndau, Wolfgang
04319 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Dippmann, Ruth
01309 Dresden

81 Jahre

- 09.11. Böhm, Marga
09126 Chemnitz
- 10.11. Dr. med. Eckelmann, Ursula
04229 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Teller, Edith
04720 Döbeln

- 29.11. Dr. med. Gmyrek, Gerd
04229 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz
- 30.11. Dr. med. Jahn, Heinz
04571 Rötha

82 Jahre

- 01.11. Dr. med. Siegmund, Rosmarie
01844 Neustadt
- 11.11. Dr. med. Pfefferkorn, Werner
09228 Chemnitz-Wittgendorf
- 20.11. Dr. med. habil. Krabisch, Heinz
09217 Burgstädt

83 Jahre

- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent. Luczak, Johannes
04177 Leipzig
- 22.11. Dr. med. Weiß, Herbert
01445 Radebeul

84 Jahre

- 02.11. Dr. med. Rentzsch, Gottfried
01723 Kesselsdorf
- 17.11. Dr. med. Thomä, Brigitte
04105 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz

85 Jahre

- 01.11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
- 02.11. Dr. med. Bernhardt, Johannes
01326 Dresden
- 25.11. Dr. med. Kleinschmidt, Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna

86 Jahre

- 03.11. Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim
- 15.11. Dr. med. Kahleyss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen
- 26.11. Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz

87 Jahre

- 11.11. Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Schmidt, Hans
04683 Naunhof

88 Jahre

- 04.11. Dr. med. Lehnert, Herbert
09116 Chemnitz
- 08.11. Dr. med. Großer, Rudolf
02826 Görlitz

89 Jahre

- 13.11. Dr. med. Dluhosch, Winfried
04683 Naunhof

91 Jahre

- 30.11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau

95 Jahre

- 25.11. Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest
01731 Kreischa OT Saida

Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Kurt Lorenz

Prof. Dr. Kurt Lorenz verstarb am 20. August 2009 im 90. Lebensjahr nach einem erfüllten Leben als Kinderarzt, Hochschullehrer und Forscher.

Er gehörte über viele Jahrzehnte zu den prägenden und tragenden Mitarbeitern der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Dresden. Viele Studenten, aber besonders die Weiterbildungsassistenten, der Klinik profitierten von seinem hervorragenden Fachwissen, seine Klarheit und Zielstrebigkeit im Denken und Handeln. Er war für viele jüngere Ärztinnen und Ärzte auch ein Vorbild im allgemeinen menschlichen Verhalten sowie insbesondere im Verhalten den Patienten und ihren Eltern gegenüber. Neben regelmäßiger Vorlesungstätigkeit – vor allem auch für Zahnmediziner – ist seine umfangreiche und vorbildliche Beratungsarbeit für Promovenden und Diplomanden hervorzuheben.

Auch wenn das letzte Lebensjahr durch dunkle Wolken überschattet war, so hatte sich Kurt Lorenz nach der Emeritierung 1985 eine besondere Vitalität und Frische bewahrt, die es ihm ermöglichten, noch engagiert am Leben in der Klinik und den Fachgesellschaften teilzunehmen, weitere Arbeiten zu publizieren, aber auch Kraft und Muse zu finden, sich intensiv mit den verschiedenen Künsten zu beschäftigen.

Kurt Lorenz wurde am 27.11.1919 in Dresden geboren. Hier legte er 1938 das Abitur ab. Noch während seines Militärdienstes begann er, nachdem er in seinem 23. Lebensjahr dem Kessel von Stalingrad entronnen war, 1943/1944 ein Medizinstudium an der Universität Halle-Wittenberg, das er infolge der Kriegsereignisse jedoch unterbrechen musste und erst 1945 in Göttingen fortsetzen konnte. Am 13. Februar 1945 erlebte er –

zufällig in Dresden anwesend – die Zerstörung der Stadt und die der eigenen Wohnung.

Nach Staatsexamen, Approbation und Promotion 1949 in Göttingen nahm er im Januar 1950 – zunächst als Pflichtassistent – seine pädiatrische Ausbildung an der Kinderklinik des ehemaligen Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt auf, die damals unter der Leitung von Marianne Zwingenberger stand. Seine Ernennung zum Oberarzt erfolgte 1956; zu diesem Zeitpunkt wurde die Klinik von Prof. Dr. Dr. O. Harnapp übernommen und in eine Hochschulklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ umgewandelt. Seit 1963 1. Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor habilitierte er sich im Jahre 1964 mit einer Arbeit über „Herzvolumen und Leistungsmaße bei Kindern und Jugendlichen“. Im Jahr 1965 erfolgte die Ernennung zum Hochschuldozenten, 1973 zum a. o. Professor für Kinderheilkunde.

Bereits 1970 hatte Kurt Lorenz die Leitung der neu geschaffenen Abteilung für soziale und prophylaktische Pädiatrie übernommen, die sich vorwiegend mit der Epidemiologie verschiedener Krankheiten im Kindesalter sowie dem Morbiditätsgeschehen in Kindereinrichtungen beschäftigte. Neben zahlreichen Publikationen zur Gesundheitssituation von Krippenkindern und der für sie wichtigen Einflussfaktoren – ein heute wieder aktuelles Thema – ist in diesem Rahmen das Buch „Langzeitbetreuung des chronisch kranken Kindes“ entstanden. Die intensive Arbeit innerhalb der Abteilung traf Anfang der 70-er Jahre mit dem zunehmenden Interesse staatlicher Stellen an allgemeinen und speziell auf Kindereinrichtungen bezogenen epidemiologischen Fragestellungen zusammen, sodass es logisch erschien, die Bemühungen an verschiedenen Orten 1972 mit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft „Morbidität und Mortalität im Kindesalter“ zu bündeln. Kurt Lorenz war einer ihrer Gründerväter und engagierter Leiter bis 1981.

Ein frühes und kontinuierliches wissenschaftliches Arbeitsgebiet war für Kurt Lorenz die Kinderrheumatologie. Am Anfang beschäftigte ihn die Prophylaxe des rheumatischen Fiebers, für deren Aufbau und wissenschaftliche Fundierung er im Jahr 1963 den Virchow-Preis erhielt.

Mit der drastischen Reduzierung der Rezidivquote des akuten rheumatischen Fiebers, traten auch bei Kindern und Jugendlichen die chronischen Gelenkerkrankungen, einschließlich der Kollagenosen, zunehmend in den Blickpunkt des Interesses.

Zur besseren Interessenvertretung der pädiatrischen Rheumatologie wurde von den Kinderärzten Lorenz und Oppermann (Halle) bereits im Jahr 1969 eine entsprechende Arbeitsgemeinschaft, primär innerhalb der Gesellschaft für Rheumatologie, gegründet. Prof. Lorenz war bis 1984 Leiter dieser Arbeitsgemeinschaft und gilt heute als „Nestor der ostdeutschen Kinderrheumatologie“ (Truckenbrodt, 2007). Von ihm wurden Standardwerke zur juvenilen rheumatoïden Arthritis (meist zusammen mit Oppermann, Halle) vorgelegt, zuletzt 1993 die „Kinderrheumatologie“.

Die vielfältigen und erfolgreichen Tätigkeiten von Kurt Lorenz wurden mit Preisen und Ehrenmitgliedschaften gewürdigt. So war er Ehrenmitglied der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR, der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie sowie der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Wir trauern um einen aufrechten, stets als Vorbild wirkenden Kinderarzt, Lehrer und Kollegen, der einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung der Pädiatrie in Dresden und dem gesamten ostdeutschen Raum geleistet hat. Wir werden ihm ein bleibendes ehrendes Gedenken bewahren.

Prof. Dr. med. Wolfgang Leupold
Prof. Dr. med. Manfred Gahr

Neue „Kinderstube“ erschienen

Ein unabhängiger Ratgeber für Familien, Erzieher und Lehrer

Eine neue Ausgabe der „Kinderstube“ ist dieser Tage mit dem Schwerpunktthema „Wie fit ist unser Kind“ erschienen. Es ist die zweite Ausgabe der unabhängigen Ratgeberzeitschrift der sächsischen Heilberufekammern.

Weitere Themen sind Wiederholungsimpfungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Medienkonsum bei Kleinkindern, Computersucht und viele



weitere Themen rund um das Aufwachsen der 0 bis 16jährigen. Abge-

rundet wird das Heft mit Ideen für ein „Blätterfest“ und einem Blick nach Japan, wo Kinder schon mit vier Jahren schreiben lernen.

Das Heft kann ab sofort auch abonniert werden. Ein Jahresabo (vier Hefte) kostet derzeit 14,00 EUR. Es können auch mehrere Exemplare pro Ausgabe für das Wartezimmer bestellt werden. Dazu werden gestaffelte Konditionen angeboten.

Abo-Hotline 03525 718686,
E-Mail info@abo-kinderstube.de

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hufeland-Preis

Zum 50. Mal wird der von der Deutschen Ärzteversicherung AG, Köln, gestiftete „Hufeland-Preis“ zur Förderung der Präventivmedizin in Deutschland ausgeschrieben.

Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge, der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind oder der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheiten oder Schäden, die bei vielen Betroffenen die Lebenserwartung beeinträchtigen oder Berufs-

fähigkeit zur Folge haben können, zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte/innen und Zahnärzte/innen, die im Besitz einer Approbation sind, gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren/innen mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2010“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2010 bei der Notarin Frau Dr. Ingrid Doyé, Kattenburg 2, 50667 Köln, unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht werden.

Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden

Einladung zur Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden **am 10. November 2009, 19.00 Uhr**, Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

„Zwischen Traum und Wirklichkeit“
Festvortrag von Professor Hans-Joachim Meyer,
Staatsminister für Wissenschaft und Kunst a.D., letzter Wissenschaftsminister der DDR

Im Zeichen der Erinnerung an den revolutionären Wandel im Herbst 1989 laden wir Sie zu unserer Jahreshauptversammlung ein und freuen uns, mit Prof. Meyer einen der Protagonisten dieser Zeit begrüßen zu dürfen.

Wir bitten möglichst um Anmeldung unter unserer Telefonnummer 0351 8267 131 bzw. per E-Mail: kaek-dd@slaek.de. Seien Sie herzlich willkommen!

Uta-Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)

Change/Chance

20 Jahre Friedliche Revolution – Veranstaltungsreihe im Uniklinikum Dresden 12.11.2009

„Durchbruch“ (Vorwendezeit)

Referenten: Dr. Hans Geisler (Staatsminister a.D.) und Dr. med. Johannes Hempel

17.11.2009

„Aufbruch“ (Wendezeit)

Referenten: Prof. Dr. Kurt Biedenkopf (Ministerpräsident a.D.) und Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

26.11.2009

„Umbruch“ (Nachwendezeit)

Referenten: Dr. med. Hans-Joachim Maaz und Landesbischof Jochen Bohl

Moderation jeweils: Uwe von Seltmann, freier Autor und Publizist
04.12.2009

Gottesdienst und Verabschiedung des Pfarrers und Krankenhausseelsorgers Nikolaus Krause mit anschließendem Empfang

Die Veranstaltungen finden alle 19.30 Uhr im Dekanatshörsaal, Fiedlerstraße 27, der Gottesdienst 17.00 Uhr im Medizinisch Technischen Zentrum, Fiedlerstraße 42, in 01307 Dresden, statt. Weitere Informationen finden Sie unter www.uniklinikum-dresden.de/1989.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

PET/CT beim Lungenkarzinom

K. Kendziorra¹, R. Kluge¹, G. Borte²,
Th. Kahn², O. Sabri¹, H. Wirtz³

¹Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin,
Universität Leipzig

²Klinik und Poliklinik für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie,
Universität Leipzig

³Medizinische Klinik und Poliklinik I/
Pneumologie, Universität Leipzig

Nicht-invasive Schnittbildmethoden zur Diagnostik pathologischer Veränderungen wurden bisher oft als konkurrierend und nicht als komplementär angesehen. Meist wurde versucht, die Überlegenheit der einen gegenüber der anderen Methode darzustellen. Solche Vergleiche haben aber in der klinischen Praxis in der Regel wenig Wert, zumal, wenn es sich um zwei Methoden wie die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und die Computertomographie (CT) handelt, die unterschiedliche Informationen zum Krankheitszustand liefern.

Die PET ist eine vor ca. 30 Jahren entwickelte nuklearmedizinisch-diagnostische Methode, mit der funktionelle Prozesse (zum Beispiel Stoffwechselprozesse, Transmitter-Rezeptor-Interaktionen) nichtinvasiv untersucht werden. Dabei werden biochemische Substanzen (Tracer) mit kurzlebigen Radionukliden markiert und deren räumliche und gegebenenfalls auch zeitliche Verteilung dargestellt. Demgegenüber lässt die CT ausschließlich morphologische und keine funktionellen Aussagen zum Krankheitsstadium zu.

Erste Versuche, diese komplementären Informationen mittels Bildfusion nutzbar zu machen, wurden in den 90-er Jahren zunächst für die neurologische Bildgebung vorangetrieben. Dabei wurden softwarebasierte Fusionsalgorithmen entwickelt, die eine lineare Anpassung der beiden Bilddatensätze ermöglichten. Dieser Ansatz ist beim Gehirn, was räumlich nahezu als „starres“ Organ angesehen werden kann, realistisch, scheitert aber dem Versuch der Fusion von thorakalen oder abdominalen Bilddatensätzen. Hier liegen bei unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten differente Gegebenheiten, be-

dingt durch zum Beispiel Atemexkursion und Darmmotilität vor (Abb. 1, siehe Seite 546).

Um diese Probleme zu lösen, entwickelte sich von Seiten der Nuklearmedizin die Idee einer multimodalen Bildgebung, welche zu der hardwarebasierten Bildfusion durch kombinierte PET/CT-Geräte führte. Durch die PET/CT ist die exakte räumliche Zuordnung von mittels PET dargestellter, pathologischer Stoffwechselprozesse zu anatomischen Strukturen im CT möglich. Atemexpansion bzw. Darmmotilität spielen somit bei der zeitgleichen Aufnahme eine untergeordnete Rolle.

Die Bedeutung dieser integrierten funktionell-morphologischen Bildgebung im Rahmen der Tumordiagnostik soll hier exemplarisch anhand des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms erläutert werden, welches als erste Indikation für die Durchführung der FDG-PET als anerkannte Vertragsarztleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen wurde.

Das Lungenkarzinom ist weltweit der häufigste vorkommende maligne Tumor und nimmt in Deutschland unter den krebisbedingten Todesursachen den ersten Platz ein. Von den etwa 210.000 krebisbedingten Todesfällen pro Jahr sind etwa 18 Prozent (37.000) auf das Lungenkarzinom zurückzuführen. Somit liegt die Mortalität deutlich über der des kolorektalen Karzinoms (jährlich etwa 29.000) und der des Mammakarzinoms (jährlich etwa 17.000).

Maßgebend für die Therapie des Lungenkarzinoms sind Histologie und die Tumorausbreitung. Die WHO unterscheidet vier Tumortypen: kleinzellige Karzinome, Plattenepithelkarzinome, Adenokarzinome und großzellige Karzinome. Speziell die Unterscheidung zwischen nicht kleinzelligen und kleinzelligen Lungentumoren ist prognostisch und bezüglich der Therapiewahl relevant. Die Gruppe der nicht kleinzelligen Tumoren macht etwa 80 Prozent der Lungenkarzinome aus. Im Gegensatz zum kleinzelligen Lungenkarzinom, bei dessen Behandlung die systemische Chemotherapie im Vordergrund steht (Schiller et al. 2001), stellen je nach Stadium die operative und

Strahlentherapie bei nicht-kleinzelligen Tumoren die wichtigsten Behandlungsverfahren dar (Schiller et al. 2001).

FDG-PET zur Charakterisierung von unklaren Lungenrundherden

Lungenrundherde, welche im Rahmen einer Röntgen-Thorax-Aufnahme zufällig entdeckt werden, bedürfen in der Regel einer histologischen/zytologischen Diagnosesicherung. Dabei ist die CT-Methode der Wahl zur Größenbeurteilung, zum Nachweis weiterer pulmonaler Herde und zur Lokalisationsdiagnostik einschließlich Punktionsplanung und -durchführung. Die wesentliche Frage ist bei unklaren Lungenrundherden die Frage nach der Dignität. Einzelne radiologische Zeichen, wie z.B. Verkalkungen weisen zwar auf eine eher benigne Genese hin, allerdings sind 25 Prozent – 39 Prozent der Herde, die anhand der morphologische Charakteristika radiologisch als benigne eingestuft wurden, maligne (Erasmus JJ et al. 2000). Da die Charakterisierung von unklaren Lungenherden mittels CT mit einer Spezifität von 40 bis 58 Prozent als ungenügend zu bezeichnen ist (Fletcher et al. 2008; Swensen et al. 2000), erfolgt zur definitiven Diagnose häufig eine histologische Abklärung. Bei etwa der Hälfte der Patienten, bei denen ein fraglich maligner Lungenherd histologisch abgeklärt wird, ergibt sich eine benigne Diagnose (Mack et al. 1993, Bernad A.1996).

Da die histologische Sicherung zum Beispiel mittels videoassistierter Thorakoskopie (VATS) oder transthorakaler Feinnadelbiopsie mit einem etwa 19 bis 26-Prozentigen Risiko eines Pneumothorax unterschiedlicher Ausdehnung behaftet ist und 10 bis 15 Prozent der Patienten nach der transthorakalen Feinnadelbiopsie eine Thoraxdrainage benötigen (Gambhir et al. 1998), scheint es von Vorteil, die komplikationsträchtige invasive Diagnostik zu vermeiden. Da die FDG-PET nicht die Morphologie sondern den Metabolismus beurteilt, kann sie mit einer hohen Genauigkeit zwischen malignen und benignen Rundherden differenzieren. In Metaanalysen an über 1.400 Patien-

ten erreichte die FDG-PET ein kumulative Sensitivität von 96,8 Prozent und eine Spezifität von 77,8 Prozent (Gould et al. 2001). Diese hohe diagnostische Genauigkeit, insbesondere hinsichtlich der Sensitivität, ist bisher für kein anderes bildgebendes Verfahren belegt. Eine Diagnose-sicherung unklarer Lungenrundherde mittels FDG-PET bietet daher bei Patienten mit einem erhöhten OP-Risiko und bei Patienten mit einem geringen Malignitätsrisiko den Vorteil, die komplikationsträchtige invasive Diagnostik zu vermeiden (Abb. 2, siehe Seite 547).

Neben einer hohen diagnostischen Genauigkeit sind auch gesundheitsökonomische Aspekte zu berücksichtigen. Eine kürzlich in Frankreich vorgestellte Studie zur Kosteneffektivität bei unklaren Lungenrundherden verglich die drei Strategien a) „wait and watch“ mit wiederholten CT Untersuchungen, b) FDG-PET und c) FDG-PET und CT. Bei dem typischen Patienten der Studie, einem 65-jährigen Raucher mit 2 cm großem pulmonalen Rundherd und einem relativ hohen Risiko eines malignen Prozesses von 43 Prozent, erwies sich die „wait and watch“-Strategie als am wenigsten kosteneffektiv. FDG-PET kombiniert mit CT war die effektivste Strategie und hatte die niedrigste inkrementelle Kosten/Effektivitätsrelation. Die Autoren schlussfolgerten, dass die FDG-PET kombiniert mit der CT die kosteneffektivste Strategie bei einem Malignitätsrisiko des Lungenherdes zwischen 6 Prozent und 87 Prozent sei (LeJeune et al. 2005).

FDG-PET zum Tumorstaging

Essentielle Voraussetzung für eine stadiengerechte Therapie des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms ist eine möglichst hohe Sicherheit in Bezug auf den Lymphknotenbefall und die Fernmetastasierung. Im Stadium I und II (Tumoren ohne Fernmetastasen und mediastinale Lymphknotenmetastasen) ist primär eine operative Therapie indiziert. Während Tumoren im Stadium III A (keine mediastinalen Lymphknotenmetastasen auf der dem Tumor kontralateralen Seite) potentiell noch operabel sind, ist beim Nachweis von kontra-

lateralen Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen (Stadium III B und IV) eine primär operative Behandlung in der Regel nicht mehr indiziert (Thomas et al. 2002). Um die Fälle, bei denen während der operativen Therapie eine Korrektur des Erkrankungsstadiums vorgenommen werden muss, möglichst gering zu halten, sind hohe Anforderungen an die prätherapeutische Diagnostik, insbesondere an das Lymphknotenstaging, zu stellen. Derzeit stellt das intraoperative „upstaging“, das heißt der histologische Nachweis kontralateralen mediastinalen Lymphknotenbefalls trotz vorausgegangener nicht-invasiver Bildgebung (CT) und nachfolgender Biopsie, ein großes Problem dar. Die klinische Bedeutung der FDG-PET bei diesen Patienten wurde in einer prospektiven, randomisierten Multizenterstudie in den Niederlanden gezeigt (van Tinteren et al. 2002). Diese Studie dokumentierte, dass die Rate an unnötigen Thorakotomien (und die damit verbundene Operationsmorbidity) durch den Einsatz der FDG-PET signifikant gesenkt werden konnte. In dieser Studie wurden 188 Patienten aus 9 Zentren in zwei Studienarmen, einem konventionellen Diagnosearm (vornehmlich CT, n=96) und einem Studienarm mit zuzüglich FDG-PET (n=92) untersucht. Dabei ergab sich eine relative Risikoreduktion für die Patienten im FDG-PET Arm von 51 Prozent. Die Einbindung der FDG-PET gegenüber dem konventionellen Staging allein verhindert eine unnötige Operation an einem von fünf Patienten (van Tinteren et al. 2002).

N-staging

Die morphologische Bildgebung mittels CT hat aufgrund der ungenügenden Korrelation zwischen der Größe eines Lymphknotens und dem Tumorbefall eines Lymphknotens nur eine unzureichende Sensitivität und Spezifität zur Detektion von Lymphknotenmetastasen (Arita T. et al. 1995; Arita et al. 1996). So weisen etwa 15 Prozent der Patienten im klinischen Stadium I bereits Metastasen in nicht vergrößerten mediastinalen Lymphknoten auf (Shields et al. 1990). Demgegenüber zeigen 30 –

40 Prozent der auf 2 bis 4 cm vergrößerten mediastinalen Lymphknoten histologisch keinen Tumorbefall (Arita et al. 1996). Eine zusätzlich zur CT durchgeführte funktionelle FDG-PET steigert die diagnostische Genauigkeit hinsichtlich des Lymphknotenstaging gegenüber der alleinigen CT signifikant. Eine Metaanalyse (Weber et al. 2003) an über 1.300 Patienten ergab eine mittlere Sensitivität und Spezifität der FDG-PET zum Nachweis von mediastinalen Lymphknotenmetastasen von 85 Prozent [95%-Konfidenzintervall (KI): 81 bis 89 Prozent] bzw. 87 Prozent (95%-KI: 83 – 91%). Für die CT ergab sich eine mittlere Sensitivität von 66 Prozent (95%-KI: 58 – 73%) und eine mittlere Spezifität von 71% (95%-KI: 65 – 76%) (Abb. 3, siehe Seite 547). Durch den hohen negativen Vorhersagewert der FDG-PET bezüglich einer Lymphknotenmetastasierung kann bei fehlender mediastinaler FDG-Anreicherung auf eine Mediastinoskopie verzichtet werden (van Tinteren et al. 2002). Bei einem PET positiven (kontralateral zum Primum gelegenen) Lymphknotenbefund sollte der entsprechende Lymphknoten histologisch aufgearbeitet werden, da die FDG-PET eine eingeschränkte Spezifität bezüglich der Differenzierung von Tumor zu entzündlichen Veränderungen hat. So kann vermieden werden, dass einem potentiell heilbaren Patienten aufgrund eines entzündlich-positiven PET-Befundes die Operation vorenthalten wird.

M-staging

Da die FDG-PET den ganzen Körperstamm abdeckt, können neben dem Primärtumor und Lymphknotenmetastasen auch Fernmetastasen in einem einzigen Untersuchungsschritt erfasst werden. In einer Vielzahl von Studien konnten mittels FDG-PET Fernmetastasen nachgewiesen werden, die mittels des konventionellen Stagings (inklusive der CT) nicht gefunden wurden. In einer Metaanalyse an 1.073 Patienten führte die FDG-PET bei durchschnittlich 18 Prozent (95%-KI 16 – 21%) der Patienten zu einer Änderung des Tumorstadiums gegenüber der CT-basierten Fernmetastasendiagnostik und in 11 bis 37

Prozent der untersuchten Patienten (je nach Studie) zu einer Veränderung im weiteren therapeutischen Vorgehen (Weber et al. 2003). Die FDG-PET weist eine Sensitivität von 94 Prozent, eine Spezifität von 97 Prozent und eine Treffsicherheit von 96 Prozent für das M-Staging auf (Metaanalyse von 581 Patienten, Hellwig D, Pneumologie 2001) und ist damit der CT (Sensitivität: 73 Prozent, Spezifität 82 Prozent, van Tinteren Lancet 2002) sichtlich überlegen. Daher sprechen sich die kürzlich zum Thema Lungenkarzinom erschienen Leitlinien sehr deutlich für eine Einbeziehung der FDG-PET beim N- und M-Staging des primären Lungenkarzinoms aus (NICE 2005) (Abb. 4, siehe Seite 547).

Kombinierte Bildgebung

Durch die seit kurzem einsetzbare kombinierte Bildgebung funktioneller und morphologischer Parameter mittels integrierter PET/CT ist ein exaktes Tumorstaging in einer einzigen Untersuchung möglich geworden. Eine im New England Journal of Medicine veröffentlichte Arbeit verglich die Wertigkeit der kombinierten FDG-PET/CT mit denen der alleinigen FDG-PET, der alleinigen CT und der visuellen Überlagerung von FDG-PET und CT-Bildern im Tumorstaging des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (Lardinois et al. 2003). Dabei war die integrierte FDG-PET/CT allen anderen drei Verfahrensweisen signifikant überlegen und erbrachte in 41 Prozent der Patienten zusätzliche Informationen gegenüber der visuellen Koregistrierung von FDG-PET und CT-Bildern. Auch hinsichtlich eines

exakten N-Stagings ist die integrierte PET/CT der softwarebasierten Bildfusion von FDG-PET und CT-Bildern signifikant überlegen (Antoch et al. 2003, Vansteenkiste JF et al. 1998).

Fluorodeoxyglukose – Positronenemissionstomographie (FDG-PET/CT) bei begründetem Verdacht auf ein Lokalrezidiv

Bisher gibt es keinen Nachweis, dass die frühzeitige Detektion eines Lokalrezidives einen positiven Einfluss auf das Überleben hat. Daher gibt es weltweit keine Empfehlungen für den routinemäßigen Einsatz diagnostischer Maßnahmen bei Patienten mit primär kurativ behandelten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen (ESMO Guidelines 2001, Tyczynski et al 2000). Allerdings besteht beim Nachweis eines Rezidives, abhängig von Ausmaß und Lokalisation, prinzipiell eine erneute kurative Therapieoption. Daher wird bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand des Patienten normalerweise eine Diagnosesicherung angestrebt. Hier weist die FDG-PET eine mittlere Sensitivität von 99 Prozent und eine Spezifität von 89 Prozent auf (Hellwig et al. 2001, Vansteenkiste et al 2004). Insbesondere die Abgrenzung eines Tumorrezidivs von narbigen Veränderungen gelingt mittels FDG-PET (Baum et al. 2004). Dabei spielt die PET eine signifikante Rolle in der weiteren Therapiestrategie des Rezidivs, wobei sich das Therapieschema bei 63 Prozent der Patienten durch die PET ändert (Hicks et al. 2001). Der Einsatz einer PET wird selektiv bei den Patienten empfohlen, bei denen

in der konventionellen Bildgebung der Verdacht auf ein Lokalrezidiv besteht, insbesondere dann, wenn ein kurativer Therapieansatz erwogen wird.

Um die genannten Vorteile der FDG-PET/CT sicherzustellen, ist es erforderlich, dass die Patienten durch ein spezialisiertes interdisziplinäres Team betreut werden und die Untersuchungen auf dem neuesten Stand der Technik durchgeführt werden. Dies wird um so anschaulicher durch den Vergleich zweier Arbeiten zum präoperativen Staging bei Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom, die nachweisen konnten, dass die Vermeidung unnötiger Thorakotomien nur dann erreicht werden kann, wenn die PET mit ausreichender Gerätequalität und Sensitivität durchgeführt wird, eine ausreichende Erfahrung in der bioptischen Überprüfung richtungsändernder Befunde besteht und die PET-Befunde im weiteren chirurgischen Vorgehen berücksichtigt werden (Viney et al. 2004) (siehe auch den Abschlussbericht Positronenemissionstomographie Indikation Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom des Gemeinsamen Bundesausschusses – <http://www.g-ba.de/informationen/abschlussberichte/514/>). Beispiel einer solchen interdisziplinären Herangehensweise ist die Vernetzung kommunaler und universitärer Einrichtungen, wie sie in Leipzig in Form der fachlichen Kooperation der Nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis am Klinikum St. Georg (Dozent Dr. med. habil. G. Neumann, Dr. med. K. Hohdorf) mit dem Universitätsklinikum realisiert wird.

Wiedereinstiegskurs nach berufsfreiem Intervall

Veranstalter:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen
Telefon: 030 308889-20
E-Mail: kfs@Kaiserin-Friedrich-Stiftung.de

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Gisela Albrecht

Fortbildungsinhalt:

Industrie-unabhängige Referate renommierter Berliner Ärzte aus Klinik und Praxis mit ausgiebigen Diskussionen zur Aktualisierung des medizinischen Wissens auf den wichtigsten Gebieten der ärztlichen Grundversorgung

Fortbildungsangebot:

Ca. 70 Stunden ärztliche Fortbildung und ggf. Vermittlung eines Hospitationsplatzes

Zertifizierung: wird bei der Ärztekammer beantragt

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die nach berufsfreiem Intervall wieder in ihrem Beruf tätig werden wollen

Tagungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus Robert-Koch-Platz 1, 10115 Berlin

Termin: 11. bis 22.01.2010

Teilnahmegebühren: 900,00 (einschließlich Mittags- und Pausenversorgung)

Anmeldeschluss: 18.12.2009

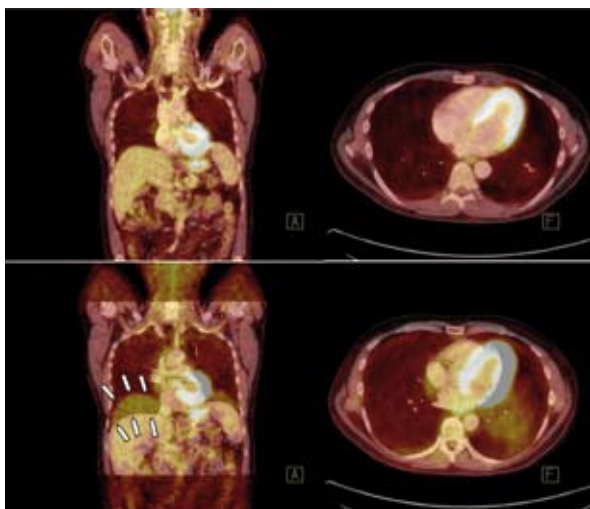


Abb. 1: Koregistrierung von FDG-PET- und CT-Datensätzen in Abhängigkeit von der Atemlage bei einem Patienten. Obere Reihe PET/CT in Atemmittellage mit exakter morphologischer und funktioneller Koregistrierung. Untere Reihe PET/CT bei Koregistrierung des PET-Datensatzes auf ein CT in tiefer Inspiration. Daraus resultierende erhebliche Ungenauigkeit der Überlagerung.

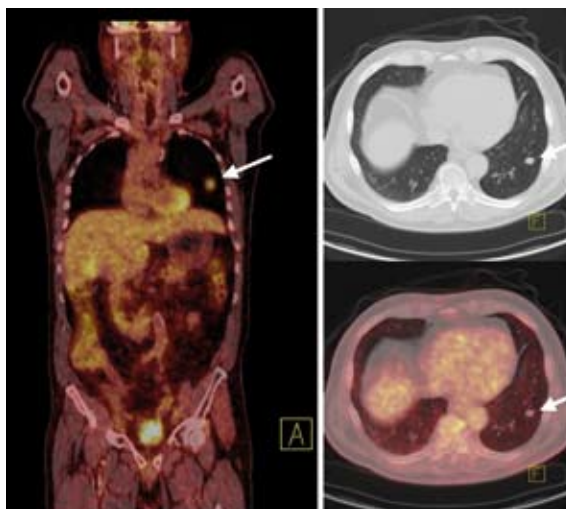


Abb. 2: 81-jähriger Patient mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom im linken Oberlappen. Intensive Glukoseutilisation im linksseitigen Lungenherd. Kein Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen

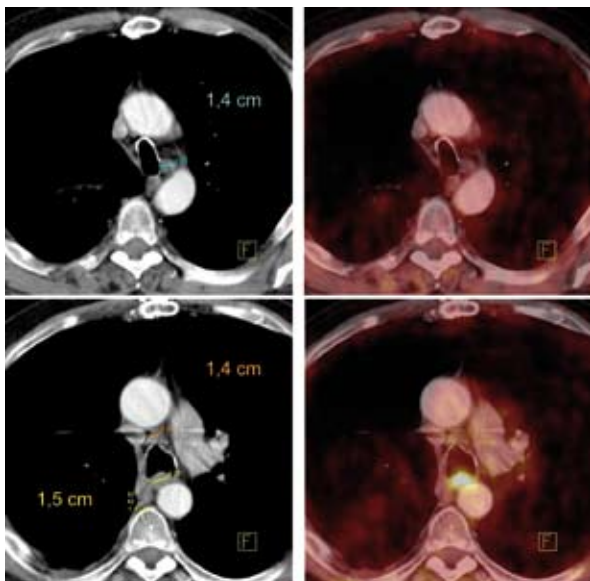


Abb. 3: Mehrere vergrößerte mediastinale Lymphknoten im CT, von denen nur einer einen metastasenverdächtig gesteigerten Glukosemetabolismus aufweist.

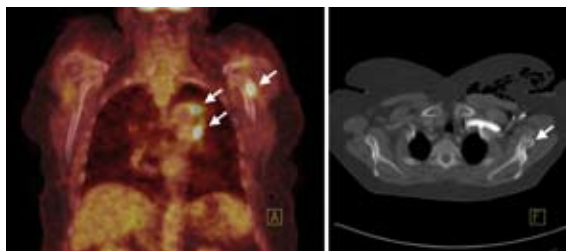


Abb. 4: 77-jährige Patientin mit Lungenkarzinom (histologisch Adeno Ca) mit Lymphknotenmetastasen und ossärer Metastase in der Skapula links.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Kai Kendziorra
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Stephanstraße 22
04103 Leipzig
E-Mail: kenk@medizin.uni-leipzig.de